



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

TEMA:

Incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de madres primerizas.

LAS AUTORAS:

**Arboleda Barrera, Camila María
Salazar Lucio, Allison Ivette**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Cárdenas Barragán, Germania Paulina

**Guayaquil, Ecuador
7 de septiembre del 2023**



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 de titulación fue realizado en su totalidad Arboleda Barrera, Camila María ; Salazar Lucio, Allison Ivette, como requerimiento para la obtención del título de licenciadas en Psicología Clínica.

TUTORA:

f. 

Psic. Cl. Cárdenas Barragán, Germania Paulina

DIRECTORA DE LA CARRERA:

f. _____
Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Arboleda Barrera, Camila María ; Salazar Lucio,
Allison Ivette**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de madres primerizas** previo a la obtención del título de **licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente, este trabajo es de nuestra autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023

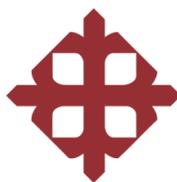
LAS AUTORAS:

f.  _____

Arboleda Barrera, Camila María

f.  _____

Salazar Lucio, Allison Ivette



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Arboleda Barrera, Camila María ; Salazar Lucio,
Allison Ivette**

Autorizamos a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de madres primerizas**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023

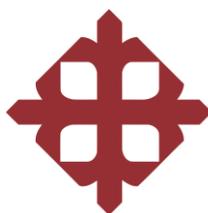
LAS AUTORAS:

f.  _____

Arboleda Barrera, Camila María

f.  _____

Salazar Lucio, Allison Ivette



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

INFORME DE COMPILATIO

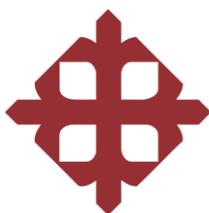
 CERTIFICADO DE ANÁLISIS magister	<p>Incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de madres primerizas</p>	<p>2% Similitudes</p> <p>10% Texto entre comillas 2% similitudes entre comillas < 1% Idioma no reconocido</p>
<p>Nombre del documento: Arboleda.Barrera_Salazar.Lucio.docx ID del documento: 2b1c78db8e0863e477e2d47ccd72226c6cadc39e Tamaño del documento original: 1.33 MB Autores: Camila Arboleda Barrera, Allison Salazar Lucio</p>	<p>Depositante: Camila Arboleda Barrera Fecha de depósito: 25/8/2023 Tipo de carga: url_submission fecha de fin de análisis: 25/8/2023</p>	<p>Número de palabras: 32.537 Número de caracteres: 204.030</p>

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: Incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de madres primerizas.

LAS AUTORAS: Arboleda Barrera, Camila María ; Salazar Lucio, Allison Ivette.

INFORME ELABORADO POR:

f. 
Psic. Cl. Cárdenas Barragán, Germania Paulina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTOS

- **Arboleda Barrera, Camila María**

Mis más sinceros agradecimientos a mis padres, quienes con gran esfuerzo y sacrificio me permitieron estudiar la carrera. A mis docentes quienes me han inspirado con su sabiduría, dedicación, vocación y respeto por los estudiantes y por la profesión. A mi tutora de tesis, la Psic. CI. Paulina Cárdenas por ser una excelente guía para mi compañera y para mí en este camino del trabajo de titulación. A la Psic. CI Daniela Mackenzie, quien por fortuna para mí fue tutora de destino y considero una gran maestra y ejemplo a seguir. Y por supuesto, a mi compañera y gran amiga Allison Salazar, quien con su amistad y personalidad me ha ayudado a evolucionar como ser humano.

- **Salazar Lucio, Allison Ivette**

Le agradezco a la institución de prácticas que me acogió y generó el deseo de ejercer la carrera. A mi tutora de destino, la Psic. CI Daniela Mackenzie, quien posibilitó un lugar para nuestro grupo en la instancia hospitalaria y nos ofreció más de lo esperado. A mi tutora de tesis, la Psic. CI. Paulina Cárdenas, quien nos guió y apaciguó nuestra angustia en el proceso de titulación. A todos los docentes de la institución que han dejado una huella en mí y a mi compañera y gran amiga, Camila Arboleda, sin quien, puedo asegurar, no sería ni estaría en donde estoy.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

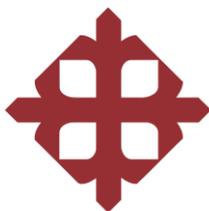
DEDICATORIA

- **Arboleda Barrera, Camila María**

Dedico este trabajo de titulación a todas las madres quienes atraviesan por la misma o similar situación a la del objeto de estudio, las cuales han movilizadas con sus historias personales a mi compañera y a mí a realizar esta tesis. A mis compañeros y amigos Allison y Sebastián, con quienes me siento agradecida y afortunada de cursar la carrera. Y a mi trayectoria como estudiante universitaria, la cual a pesar de los tropiezos y dudas he logrado avanzar, y estar a gusto con las elecciones que he realizado.

- **Salazar Lucio, Allison Ivette**

Dedico este, mi primer trabajo de importancia a mis padres y mi hermana menor, por cuidar y querer lo mejor para mí desde siempre. Al amor de mi vida, quien creyó en mí siempre que yo no pude, con quien crecí y lidió con mis altibajos desde el amor. A mi mejor amiga, quien me ha escuchado una y otra vez hablar de lo mismo sin juzgarme. Y por supuesto a mis amigos, Sebastián y Camila, quienes me han mantenido centrada todos estos años.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

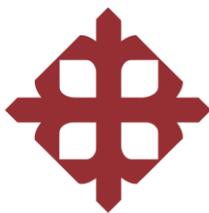
Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA/COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

Psic. Cl. Aguirre Panta, David Jonatan
DOCENTE ESPECIALIZADO

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes
OPONENTE



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

CALIFICACIÓN

NOTA: _____ 10 _____

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
Planteamiento del Problema.....	3
Preguntas específicas.....	4
Objetivos.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
Justificación.....	4
ANTECEDENTES.....	7
CAPÍTULO 1: El Neonato y la Enfermedad.....	9
Diagnóstico médico.....	9
Normalidad en neonato.....	11
Implicación de un diagnóstico asociado a la enfermedad en el neonato..	14
Factores Sociodemográficos.....	15
Factores prenatales.....	15
Factores natales.....	15
Cuidado de ruidos y luces.....	20
Cuidado postural, contención y anidamiento.....	20
Contacto piel a piel.....	20
Succión no nutritiva.....	21
Implicación socioeconómica para la familia de un neonato con diagnóstico asociado a la enfermedad.....	21
CAPÍTULO 2: La maternidad deseada y no deseada.....	24
La familia.....	24
Maternidad.....	27
Definición desde lo biológico.....	28
Definición desde lo psicológico.....	29
Definición desde lo social.....	30
Posición subjetiva.....	34
Deseo materno.....	35
Dicotomía femenina mujer-madre.....	36
Madres primerizas.....	39
Expectativas de la maternidad.....	39

Caracterización de madres primerizas según profesionales	42
CAPÍTULO 3: Movimiento de significantes de la maternidad	46
Implicaciones subjetivas de las madres en UCIN	46
Significantes que se pueden alojar en un neonato	50
Duelo y melancolía	51
Resignificación de la maternidad	55
CAPÍTULO 4: Marco metodológico	57
Enfoque	57
Paradigma	57
Método	57
Técnicas e instrumentos	57
Población	58
CAPÍTULO 5: Presentación de resultados	59
Viñeta A	59
Viñeta B	61
Viñeta C	63
Viñeta D	65
Viñeta E	66
Viñeta F	68
Viñeta G	69
Viñeta H	71
Análisis de casos clínicos	73
Discusión	80
CONCLUSIONES	82
LISTA DE REFERENCIAS	84
ANEXOS	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnósticos frecuentes a nivel nacional.	16
Tabla 2. Diagnósticos frecuentes a nivel internacional.	17
Tabla 3. Análisis de viñeta A.....	73
Tabla 4. Análisis de viñeta B.....	74
Tabla 5. Análisis de viñeta C	75
Tabla 6. Análisis de viñeta D	75
Tabla 7. Análisis de viñeta E.....	76
Tabla 8. Análisis de viñeta F.....	77
Tabla 9. Análisis de viñeta G	78
Tabla 10. Análisis de viñeta H.....	79

RESUMEN

La maternidad para una madre primeriza representa una experiencia llena de incertidumbres y miedos que, sin embargo, son percibidas como parte natural de la misma y por tanto no representa una problemática; la situación cambia en el momento en que a aquel neonato se le atribuye un diagnóstico de enfermedad, llegando a obstaculizar el deseo materno e implicando un duelo de las expectativas creadas para el futuro. La temática es vigente en la actualidad y supone una problemática en tanto afecta no solo a la madre, sino también al bienestar del neonato. El objetivo principal del presente trabajo fue analizar la incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad de un neonato en la posición subjetiva de las madres primerizas, por medio del método descriptivo, para plantear coordenadas que guíen el abordaje terapéutico. Se hizo empleo de revisión bibliográfica, entrevistas y presentaciones de viñetas clínicas, las mismas que fueron desarrolladas en base a un marco teórico psicoanalítico. De esta forma, se obtuvieron correlaciones entre los casos expuestos, dando cuenta de la diferenciación de una posición subjetiva inicial y una segunda modificada a consecuencia de la noticia de un diagnóstico médico, además de exponer el papel del psicólogo como posibilitador de una rectificación subjetiva.

Palabras Clave: neonato; madres primerizas; enfermedad; maternidad/feminidad; subjetividad; duelo

ABSTRACT

For a new mother, maternity represents an experience full of uncertainties and fears that, however, are perceived as a natural part of it and therefore does not represent a problem; The situation changes when a disease diagnosis is attributed to that neonate, coming to hinder the maternal desire and implying a duel of the expectations created for the future. The theme is current today and is a problem as it affects not only the mother, but also the well-being of the newborn. The main objective of this work was to analyze the incidence of medical diagnosis associated with the disease of a newborn in the subjective position of new mothers, through the descriptive method, to establish coordinates that guide the therapeutic approach. Bibliographic review, interviews and presentations of clinical vignettes were used, the same ones that were developed based on a psychoanalytic theoretical framework. In this way, correlations were obtained between the exposed cases, accounting for the differentiation of an initial subjective position and a second one modified as a result of the news of a medical diagnosis, in addition to exposing the role of the psychologist as an enabler of a subjective rectification.

Keywords: neonate; first mothers; diseases; maternity/ femininity; subjectivity; duel

INTRODUCCIÓN

Laín Entralgo (1982) define el diagnóstico médico como “todo conocimiento técnico, y por lo tanto operativo, del estado de salud en que ocasional o habitualmente se encuentra un individuo humano; si tal estado es la sanidad, para conservarlo o mejorarlo, y si es la enfermedad, para descubrir la índole y la estructura de ésta o intentar curarla” por lo que se entiende la incidencia del diagnóstico médico de un neonato como toda aquella condición que irrumpe lo normalmente concebido como “sano”; el diagnóstico asociado a una enfermedad, sería entonces aquel que pretende identificar la sintomatología para posteriormente procurar restituir el estado de salud de ser posible; cabe la aclaración sobre lo que se comprende por período neonatal, constituyendo entonces las primeras 4 semanas de vida de un recién nacido. Sobre la posición subjetiva de las madres primerizas, “se trata de la posición que se asume ante lo inconsciente” (Aguirre & Possetto, 2013, p. 5) dígase, en el caso de primigestas, de la introyección de nuevos significantes que “marcan” y reorganizan el sentido de maternidad y cómo se ubican en ella.

El trabajo guarda correspondencia con el Dominio 5: Educación, Comunicación, Arte y Subjetividad, ya que el objeto de este es el estudio de los procesos de identidad y de generación de la subjetividad, implicados en diversas dimensiones de carácter biopsicosocial, lo cual tiene relación con el objeto de estudio de esta investigación: analizar la incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad de un neonato en la posición subjetiva de las madres primerizas. La línea de investigación localizada es la de: Problemas del sujeto y su relación en distintos entornos (Universidad Católica Santiago de Guayaquil, 2020).

Al mismo tiempo, corresponde al Eje Social del Plan de Creación de Oportunidades, que se rige bajo principios de sustentabilidad y prosperidad. Sigue lo establecido en el Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, puesto que converge con tópicos como salud reproductiva y procura seguir políticas como la mejora de condiciones para el ejercicio del derecho a la salud integral, enfatizando la atención a aquellos en

situación de vulnerabilidad, como lo son las mujeres embarazadas (Secretaría Nacional de Planificación, 2021, p.66).

También guarda relación con el Plan de Desarrollo Sostenible de la OMS, específicamente con el objetivo relacionado con la Salud y Bienestar, cuya meta es aumentar sustancialmente la capacitación del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños estados insulares en desarrollo. Si bien la meta de este objetivo es más extensa, es en el tema de la capacitación el enfoque principal de esta investigación (Naciones Unidas, 2022).

Planteamiento del Problema

La investigación se realiza a partir del cuestionamiento acerca de síntomas depresivos en madres primerizas cuando existen complicaciones relacionadas al diagnóstico médico en sus neonatos. Resulta necesaria para la práctica profesional, especialmente del área de la salud, en tanto es dentro de este contexto que se vuelve imposible no identificar la problemática abordada aquí. Esto implica también un aporte que nutre la teoría aprendida durante la formación académica, ya que el hecho y ejercicio clínico convergen. En el ámbito social, procura salvaguardar la integridad y salud mental de las madres primerizas que atraviesan experiencias de duelo por todo lo perdido al recibir un diagnóstico asociado a la enfermedad en su neonato.

Así mismo, los resultados de esta investigación brindan una nueva perspectiva con respecto al tipo de tratamiento psicológico que debe ser empleado en las instituciones de salud en donde se atiende a madres primerizas, indican qué aspectos se deben tomar en cuenta al momento de establecer un abordaje con ellas, cuál es el papel del psicólogo clínico, los problemas de estigmatización que enfrentan a nivel social y cultural, e incluso puede servir de guía y orientación para otros profesionales de distintas disciplinas que no tengan conocimiento sobre cómo debe ser el trato hacia éstas y cuáles son las posibles condiciones subjetivas con las que se pueden encontrar.

Pregunta General

¿Cuál es la incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de las madres primerizas?

Preguntas específicas

- ¿Qué engloba el diagnóstico médico asociado a la enfermedad en un neonato?
- ¿Cómo el embarazo se significa subjetivamente en madres primerizas?
- ¿Cuál es la significación del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en las madres primerizas?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad de un neonato en la posición subjetiva de las madres primerizas, por medio del método descriptivo, para plantear coordenadas que guíen el abordaje terapéutico con madres primerizas.

Objetivos específicos

- Conceptualizar el diagnóstico médico asociado a la enfermedad de un neonato, mediante la revisión bibliográfica.
- Determinar cómo el embarazo se significa subjetivamente en madres primerizas a través de una revisión bibliográfica y entrevistas dirigidas a psicólogos clínicos con experiencia en el área de neonatología.
- Identificar la significación que le da la madre primeriza al diagnóstico asociado a la enfermedad de su neonato mediante la presentación de viñetas clínicas sobre madres primerizas de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Justificación

Dentro de las instituciones hospitalarias existen un sin número de “realidades”, está la de la institución, la del personal médico y enfermeras que labora allí, y la de los pacientes y sus familias. Todas ellas, a pesar de ser muy distintas entre sí, comparten ciertos aspectos en común, solo hace falta un buen observador para poder detectarlas. Pero ¿por qué es necesario

hablar de ellas? Conocerlas, estudiarlas y analizarlas permite identificar aspectos fuera del ámbito médico que podrían influir y afectar en el mismo. Por esta razón es que existen una variedad de investigaciones exponiendo y describiendo problemáticas sociales que se presentan dentro de estas instituciones de salud.

El presente trabajo se enfoca en la “realidad” de un subgrupo muy común en las instituciones de salud: madres primerizas de neonatos con un diagnóstico médico asociado a la enfermedad. ¿Por qué hablamos de esto? A través de experiencias de la práctica preprofesional se ha podido evidenciar cómo la condición de salud de un recién nacido influye significativamente en sus madres y la implicación que tienen en sus cuidados. Este último punto es el que se ha visto como una problemática frecuente, madres con un estado emocional tan degradado que no pueden hacerle frente a las nuevas e inesperadas necesidades de sus bebés.

Una de las razones que se puede identificar es el impacto emocional que les ha representado el diagnóstico de sus hijos, el cual llega a generar cuestionamientos en otros ámbitos de su vida tales como en su feminidad, su deseo de ser madre, su posición en la familia y en la sociedad. Lo que se analiza en este proyecto es la causalidad de estos, el por qué se producen, qué fenómeno subjetivo ocurre en estas madres primerizas. De esta manera se identifica el origen del problema de la poca implicación que presentan algunas madres con respecto a los cuidados de su hijo, y atender a estas necesidades de tal forma que se brinde una atención integral que procure el bienestar de quienes realizan la estancia hospitalaria para que el bebé pueda ser alojado en el deseo materno. La investigación hace empleo de un enfoque cualitativo, con un método descriptivo y técnicas como la entrevista, revisión bibliográfica y estudios de casos; la población escogida son 8 madres primerizas de un hospital de la ciudad de Guayaquil. El trabajo no está exento de limitaciones, puesto que la cantidad de madres analizadas es baja, y por tanto no puede decirse que se describe la experiencia de todas las madres primerizas; el tiempo de hospitalización de los neonatos también es un factor limitante, las recuperaciones muy prontas, hacen que el número de entrevistas sean menores, y por otro lado, el fallecimiento repentino también interrumpe

el abordaje con estas madres. En cuanto al desarrollo de esta investigación, la misma se divide en capítulos en los cuales se fundamenta teóricamente por qué la significación subjetiva de madres primerizas respecto al diagnóstico asociado a la enfermedad de su neonato es una problemática que debe ser abordada por la psicología clínica: el primer capítulo pretende plantear conceptos alrededor del término “diagnóstico” médico asociado a la enfermedad de un neonato, así como las implicaciones socioeconómicas para la familia que conlleva, mediante la revisión bibliográfica; el segundo capítulo plantea la posición subjetiva en la maternidad, haciendo empleo de una recopilación de aportaciones teóricas desde varios autores de la corriente psicoanalítica sobre: la posición subjetiva y su constitución, el concepto de maternidad desde el psicoanálisis, desde lo social y el lugar que ocupa en la familia; el tercer capítulo indaga sobre los conflictos y malestar psicológicos que son encontrados en estas madres que enfrentan la enfermedad de sus recién nacidos, además de los efectos posteriores en la subjetividad de este neonato; el cuarto capítulo expone la metodología utilizada en la presente investigación; y en el quinto capítulo se presentan y analizan viñetas clínicas en base a tres dominios preestablecidos: deseo materno, expectativas de la maternidad y dicotomía feminidad-maternidad, de tal manera en que se pueda determinar si hay o no una modificación de la posición subjetiva inicial.

ANTECEDENTES

Desde tiempos pasados, el tema de la maternidad y lo que conlleva es motivo de discusión y preocupación, mucho se habla de las posibles reacciones de una madre primeriza durante y después del parto, tal es el caso de Izquierdo (2018) el cual menciona los factores de predisposición de las mujeres primíparas que impliquen su entrada en la depresión post parto (DPP), tal como “las actitudes de las madres frente a la maternidad tanto antes como después del parto . . . [además de] los antecedentes psicológicos de la mujer” (p. 8) teniendo en consideración la esfera psicosocial del ser, dando cuenta de que no solo existe un factor biológico sino también emocional, consolidado a partir de ideales, por lo que la DPP se vería favorecida a partir de la “idealización y elevada autocrítica y autoexigencia en relación a su rol materno” (p. 9). Teniendo en cuenta la relevancia de lo emocional, se considera el impacto que genera el diagnóstico del neonato sobre el apego precoz en el postparto, Allende et al. (2017) comentan que “a medida que pasa el tiempo, la cantidad y características de las complicaciones e intervenciones, se agudizará esta situación, dificultando los procesos de establecimiento de apego” (p. 297), lo que vuelve necesario incentivar a otros profesionales a buscar mejores intervenciones que favorezcan la relación madre-hijo y el apego entre esta díada (p.304), puesto que puede evolucionar en una depresión en la madre y afectar al neonato.

En la misma línea de pensamiento, Ocampo y Castillo (2014) han encontrado que “la separación de la diada madre-hijo . . . , limita el avance del proceso de convertirse en madre; la falta de interacción madre hijo reduce las oportunidades de conocerlo, darle cuidado y permitirle . . . irse ajustando a su nuevo papel de mamá” (p.834). En Perú, Gayoso (2022) atribuye la depresión post parto como un factor de riesgo al decir que “una madre con depresión post parto tiene 3,09 veces más probabilidad de tener fracaso de lactancia materna exclusiva en comparación a la que no tiene depresión postparto” (p. 28), aportando una perspectiva distinta pero aun constituyendo otra de las formas en que la tópica es de suma relevancia para las áreas de salud, asociando depresión a maternidad.

Domínguez y Reyes (2020) en su investigación exponen algunas situaciones problemáticas, una de ellas giraba en torno a “las madres [que] se mantenían alejadas de sus hijos por situaciones que las incapacitaban física o psíquicamente . . . [los padres] se tornaban en cuidadores secundarios, . . . [por lo que] se descuidaba la atención psíquica que requerían las madres por quedar fuera del binomio que el hospital reconocía” (p. 50). Esto implicaría otra consideración en la que la subjetividad de las madres puede verse trastocada a partir de la hospitalización de sus neonatos.

Por su parte, Rossell et al. (2002) consideran que el conflicto principal por el que atraviesan estas madres “comienza posterior al parto, cuando pierden las esperanzas de tener un hijo sano . . . La mayoría de las madres (75%) se sienten culpables e impotentes frente a la prematurez de su hijo, a quien percibe pequeño y deforme” (párr. 29). Por el lado del involucramiento del personal médico en la tónica del apego precoz, Cevallos y Guadalima (2021) expone que el personal desconoce aspectos importantes como el tiempo que se necesita para que se establezca y las propiedades positivas que le trae el mismo a la salud de la díada (p. 46).

Enfocando las contribuciones a la problemática central del proyecto, Aulestia y Paredes (2018), introducen ya una de las manifestaciones de las madres frente a una condición médica de gravedad para su neonato, aborda el proceso de duelo en madres tras el diagnóstico de parálisis cerebral infantil, argumentando que cuando hay complicaciones durante el embarazo “las expectativas e ideales que se habían depositado . . . se ven en riesgo debido a . . . la posibilidad de que este hijo fallezca y con él todos los planes que se tenían . . . [afectando] el deseo de maternidad de la mujer” (pp. 39-40), situando que existe la pérdida de una imagen ideal creada a lo largo del embarazo. Todo lo mencionado da cuenta de que parece remitir a la subjetividad de la madre en el proceso de la asunción de su rol, por lo que se vuelve necesario plantear cómo se puede rectificar esa subjetividad cuando atraviesan este tipo de situaciones en donde la salud del neonato está en riesgo, para que no obstaculicen la maternidad.

CAPÍTULO 1

El Neonato y la Enfermedad.

Diagnóstico médico

Empezar definiendo el término diagnóstico permite contextualizar el título de la investigación, esclarecerlo, de tal manera que se comprenda la importancia de investigarlo y especificar a qué se va a referir. Como lo explicó el autor Laín, citado en la introducción, no sólo guarda relación con la enfermedad, con lo anómalo, sino también con la sanidad, e incluso muchas disciplinas lo utilizan para dar a conocer cierto aspecto de un objeto de estudio, al cual buscan problematizar.

Por ejemplo, en la sociología utilizan el término diagnóstico para realizar “una síntesis completa de los resultados del estudio de cada caso particular, que permita y fundamente de manera adecuada la mejor intervención social posible” (Cury & Arias, 2016, p.3). O desde la perspectiva empresarial en la cual le “permite a las organizaciones conocer el estado actual en que se encuentra su organización” (Portugal, 2017, p. 27). Y también vale mencionar en la disciplina del psicoanálisis en cuál Soler (1995) menciona que “consiste en concluir sobre la estructura, no tanto de la persona, sino sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta, y con material clínico hace referencia al discurso del sujeto en análisis” (p. 34).

Las similitudes que presentan estas definiciones sobre el “diagnóstico” es que buscan conocer en su totalidad el conflicto o situación por el que está atravesando su objeto de estudio. Así, podrán plantear intervenciones que se ajusten a elementos que resalten y que por lo general representan un problema. Otra similitud que guardan es el hecho de que, sobre todo en el Psicoanálisis, se toma en cuenta la individualidad del objeto y su propia forma de manifestación del problema; sin embargo, esto se encuentra vulnerado en otras disciplinas como la medicina.

El enfoque del término en la medicina ha representado un tema de debate durante muchos años. Pedro Laín Entralgo (1982) también brinda una conceptualización desde esta perspectiva: comenta que, para los clínicos

actuales, es una forma de “conocer el modo individual de la enfermedad del paciente” (p. 142). Pero al mismo tiempo reconoce que muchas veces no se puede lograr la premisa de la individualización sin caer en la masificación debido a otros factores tomados en cuenta al momento de ejecutar un diagnóstico (edad, síntomas, forma de manifestación, entre otras), pero no es imposible.

Otra definición del término ofrece el autor Clavreul (citado por Thompson et al., 2007): “el lenguaje médico dará cuenta de la enfermedad . . . descubriendo sus causas naturales, las únicas que forman parte del discurso médico, así como habrá constituido otros síntomas en hechos, y los habrá reagrupado en síndromes” (p. 2). Aquí se evidencia lo que se dijo anteriormente sobre la masificación en cuanto al diagnóstico relacionado a la enfermedad, el hecho de que muchos clínicos suelen enfocarse únicamente en los signos y síntomas para que se la pueda categorizar o ubicar en un grupo ya preestablecido (los síndromes a los que hace referencia). Otro aspecto que resalta el autor en esta cita es el enfoque naturalista de la medicina, o dicho en otras palabras, el biologicista u organicista en el que se fundamenta, lo cual podría ser una de las causas por la cual no se logra la individualización.

Por otra parte, menciona Saltzman (2010) algunas cuestiones que se deben tomar en cuenta al momento de diagnosticar y que se convierten en dificultades en la práctica: “(la multifactorialidad, la singularidad de cada paciente, etc), y los peligros de reducir un diagnóstico a una lista de síntomas, donde no hay una ordenación jerárquica, y donde la subjetividad está arrollada, como pasa actualmente en nuestra gloriosa especialidad” (p.43). Se identifica una vez más el problema de la individualización como uno de los factores necesarios para ejecutar un buen diagnóstico y que es muy poco logrado, incluso en la disciplina de la psiquiatría la cual es la especialidad del autor. También hace énfasis en el problema más común: reducir al paciente a sus síntomas, sin mirar más allá de ellos.

Para fines de la presente investigación, solo basta con saber que el diagnóstico busca conocer cómo funciona un aspecto de la vida de una persona, situación u organización o cualquier objeto de estudio, con el fin de

efectuar una intervención que logre un cambio. En este caso, se ubicará en el contexto que rodea un diagnóstico de enfermedad, la cual no solo está relacionada con lo biológico, sino también con lo social, familiar, laboral, académico, etc..., dependiendo a las características del individuo al que se diagnostique. Algunas de estas temáticas se abordarán más adelante, en donde no solo se habla de los aspectos mencionados; sino que también se busca abarcar ese elemento que, como se ha visto, ha sido perjudicado al momento de realizarlo: la individualidad.

Normalidad en neonato

Para hablar de normalidad en un recién nacido, la conceptualización del mismo es conveniente, de esta forma, Pérez et al. (2009) definen a la etapa neonatal a:

Los primeros 28 días de vida extrauterina. Se divide en dos períodos, el hebdomadario o neonatal inmediato, al que corresponden los primeros seis días de vida; y el poshebdomadario o neonatal tardío que abarca desde los siete a los 28 días de edad. (p. 140)

Doménech et al. (2011) aportan a la concepción que un recién nacido en condiciones sanas: “puede considerarse aparentemente sano cuando es a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen” (p. 9). Por lo que un recién nacido prematuro es “aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más o menos 15 días” (Rellán et al., 2011, p. 51).

Cabe destacar que, en el campo de lo social y de manera coloquial, el término “neonato” (perteneciente al ámbito de la medicina) es reemplazado por “recién nacido” o “bebé”, términos de los que se hará empleo también en el desarrollo del presente trabajo.

Se continúa así, mencionando que, existe un procedimiento “estándar” llevado a cabo en hospitales posterior al nacimiento de un niño sano, como podemos verlo en los Manuales MSD, de esta forma, a manera de listado se mencionan las condiciones idóneas en que debe hallarse el neonato:

- a. Los primeros cuidados empiezan por asegurarse de que el bebé pueda respirar, aclarando las vías respiratorias. (Consolini, 2021, sección primeros cuidados del recién nacido, párr. 2)
- b. Se limpia y envuelve en una manta al neonato. (párr. 4)
- c. Inmediatamente se lleva al neonato al pecho de la madre para un primer contacto piel con piel.
- d. Se continúa con una exploración física por parte del médico sobre el estado general del recién nacido (APGAR). (párr. 3)
- e. La madre y el bebé se recuperan juntos en la sala de partos.
- f. La madre amamanta al bebé después de los 30 minutos de haber nacido. (párr. 5)
- g. Como se ha observado desde la experiencia preprofesional, se traslada al recién nacido a la unidad de neonatología y se lo coloca boca arriba en una cuna pequeña que lo mantendrá caliente.
- h. Pasadas las 6 horas de nacimiento, se baña al neonato cuidando no quitar el punto sebáceo blanquecino. (párr. 6)
- i. Antes del alta hospitalaria se instruye a los padres sobre aspectos rutinarios de los cuidados sobre el bebé como el cordón umbilical, la circuncisión, la piel, la orina y las deposiciones y el peso. (sección primeros días después del nacimiento, párr. 1)

Concluido este proceso, las madres deberían ser capaces de llevarse a casa a un niño sin complicaciones y continuar su maternidad desde el hogar. Sobre los criterios para el egreso del recién nacido, el Ministerio de Salud Pública (2018) establece que el neonato debe cumplir con:

- Tiempo superior a 48 horas cuando el nacimiento fue por parto normal o superior a 72 horas cuando ha sido por cesárea
- Verificar la ausencia de factores de riesgo perinatal
- Signos vitales en rangos normales y estables por lo menos 12 horas antes del alta

- Porcentaje de pérdida de peso no superior al 10%
- Diuresis y una deposición espontánea en las primeras 24 horas de vida
- Recibir dos alimentaciones adecuadas. Si es por lactancia materna se debe verificar que la técnica y el conocimiento sea adecuado
- Verificar la ausencia de sangrado por lo menos dos horas si se han realizado procedimientos quirúrgicos
- Si existen factores de riesgo para infección o sepsis, los recién nacidos deben ser monitoreados por un tiempo mayor.
- Verificar la ausencia de ictericia patológica
- Haber cumplido con el tamizaje de sífilis, hepatitis B, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones, a través de la revisión de los resultados de los exámenes maternos
- La madre debe demostrar competencia y recibir el entrenamiento adecuado sobre el cuidado del recién nacido antes del alta y registrar en la historia clínica
- Evaluar la existencia de riesgos sociales en el ambiente familiar y realizar el seguimiento de acuerdo con los parámetros de trabajo social, si se detecta algún tipo de riesgo
- Confirmar que las indicaciones e información que se provea a la madre, padre y/o acompañantes sean claras para evitar errores de comprensión. (pp. 23-24)

Dicho procedimiento estándar respondería a las recomendaciones de organizaciones importantes como lo es la Organización Mundial de la Salud, la cual enfatiza constantemente en los beneficios del contacto materno con el neonato además de señalar que todos los recién nacidos deberían recibir:

- Protección térmica (por ejemplo, mediante el contacto directo, piel con piel, de la madre con el lactante);
- higiene del cordón umbilical y de la piel;
- lactancia materna temprana y exclusiva;
- evaluación de signos de problemas de salud graves o necesidades de atención adicional (por ejemplo, los recién nacidos con bajo peso al nacer, los enfermos o de madres infectadas por el VIH);

- tratamiento de prevención (por ejemplo, inmunización contra la tuberculosis y la hepatitis B, administración de vitamina K y profilaxis ocular). (OMS, 2020, sección atención esencial del recién nacido)

Implicación de un diagnóstico asociado a la enfermedad en el neonato

Es posible obtener cifras globales que sostienen la relevancia de complicaciones médicas en neonatos. De esta forma, la OMS (2020) establece sobre esta tónica que:

Las muertes en los primeros 28 días de vida se deben a enfermedades y trastornos asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, o de atención por parte de personal cualificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida. (sección datos y cifras, párr. 3)

Constituyendo una de las posibles causas de morbilidad relacionada a factores ambientales que, si bien compromete a países más vulnerables, no se encuentra por fuera de las condiciones que deben ser tomadas en cuenta para el abordaje de la temática, por otro lado, entre los diagnósticos asociados a una enfermedad argumenta que:

La mayor parte de todas las muertes neonatales (75%) ocurren durante la primera semana de vida, y aproximadamente 1 millón de recién nacidos mueren en las 24 primeras horas de vida. Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal), las infecciones y los defectos congénitos causaron la mayor parte de las muertes neonatales en 2017. (sección causas)

De manera más focalizada, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2022) ha concluido que en Ecuador “en el año 2021, se registró una tasa de mortalidad neonatal del 5,1 por cada 1.000 nacidos vivos” (sección tasa de mortalidad neonatal) que, si bien no es tan elevada como en otros países, aún representa una cifra significativa.

Para proceder a hablar de las escalas en las que el diagnóstico médico asociado a la enfermedad puede afectar a la relación madre-hijo, e incluso a aquellos con quienes conviven, es necesario establecer cuáles son los

factores de riesgo que comprometen el estado de salud en el neonato ya sea por relacionarse al recién nacido o a la madre, se consideran entonces:

Factores Sociodemográficos

Aguilar y Rivera (2021) exponen que, en Ecuador, las situaciones más frecuentes que constituyen: a) el nivel educativo de la madre, b) mujeres con más de tres embarazos anteriores, c) mujeres procedentes de un área rural, d) madres adolescentes (p. 10). Que guardan relación con la posibilidad de acceso a controles médicos e información sobre cuidados durante el embarazo.

Factores prenatales

Entre estos, se encuentran: a) la ausencia de controles prenatales, evitando el pronto diagnóstico de alguna enfermedad (p. 11); b) antecedentes toxicómanos de la madre, los cuales provocan síndrome de abstinencia en el neonato más prolongado que en los adultos (Santana, 2016, p. 4); c) la presencia de enfermedades en la madre como infecciones vaginales, trastornos hipertensivos, anemia y preeclampsia que aumentan la probabilidad de neonatos con bajo peso (Montalvo & Ávila, 2013, pp. 14-15).

Factores natales

De los cuales se cuenta: a) parto pretérmino como el principal factor debido a la alta tasa de morbilidad que implica (Couto et al., 2014, p. 842); b) complicaciones durante el parto, independientemente de si es natural o cesárea; c) el bajo peso, que es asociado a otros factores de riesgo y por lo tanto, complejo de combatir (Faneite et al., 2006, sección discusión, párr. 3).

La Organización Mundial de la Salud (2020) ha encontrado que las enfermedades con más índices de mortalidad en neonatos corresponden a la neumonía, diarrea, defectos congénitos y malnutrición en el recién nacido (sección causas). Se hace uso de lo investigado por la OMS en la presente investigación considerándolo recurso confiable de comparación global con poblaciones más específicas como la usada en este trabajo.

Habiendo aclarado lo anterior, se presentan de esta forma, tablas que contienen los diagnósticos más frecuentes en neonatos de acuerdo con diferentes autores:

Tabla 1. Diagnósticos frecuentes a nivel nacional.

Libro de ingresos de neonatos del área de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos		
	Definición y caracterización	Prevalencia
Síndrome de dificultad respiratoria	Corresponde a un “trastorno del desarrollo, que comienza inmediatamente luego del nacimiento, en RNPT, con pulmones inmaduros incapaces de secretar surfactante” (Quiroga, 2014, p. 4). Se presenta frecuentemente como: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorio, - retracciones costales, - quejido espiratorio, - cianosis, - alteraciones en la auscultación pulmonar. (Pérez & Elorza, 2003, p. 57) 	50%
Ictericia neonatal	Es definida como una “anomalía de coloración amarilla de la piel y los ojos causada por hiperbilirrubinemia (aumento de la concentración sérica de bilirrubina)” (Dysart, 2021, sección hiperbilirrubinemia neonatal, párr. 1).	26,25%
Sepsis neonatal	Constituye un “síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de infección sistémica . . . y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida” (Coronell et al., 2009, p. 58). Se presenta mediante una: <ul style="list-style-type: none"> - Aparición abrupta con falla multisistémica, - distress respiratorio severo, - cianosis, - apnea. (p. 61) 	7,5%
Bajo peso al nacer	Definido por la OMS (2014) como aquel “peso al nacer inferior a 2500 g” (p. 1).	3,75%
Taquipnea	Se puede conceptualizar como “resultante	3,75%

	<p>de diversos mecanismos que pueden estar presentes en un niño, es un signo clínico que alerta la presencia de enfermedades respiratorias y no respiratorias subyacentes.” (Arandia y Bertrand, 2018, p. 112)</p> <p>Caracterizada por una:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria >60x´, - dificultad respiratoria debido a retención de líquido pulmonar con atrapamiento secundario de aire. (Cerpa, 2019, p. 10) 	
Sífilis congénita	<p>Es definida como: “infección sistémica crónica, producida por el Treponema pallidum, transmitida al feto por circulación transplacentaria a partir de la semana 20 de gestación” (Peña et al., 2001).</p> <p>Las manifestaciones tempranas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones mucocutáneas, viscerales, nerviosas, oculares, óseas. <p>Las manifestaciones tardías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprenden los mismos órganos, pero con daños más severos, - involucran además al sistema cardiovascular. (p. 241) 	2,5%
Asfixia	<p>Se entiende como la “falta de oxígeno (hipoxia) o la falta de perfusión (isquemia) en diversos órganos” (Tejerina, 2007, p. 145).</p> <p>Se expresa sintomatología como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la frecuencia cardíaca, - aumento de la presión arterial, - aumento de la presión venosa para mantener una adecuada perfusión cerebral. (pp. 145-146) 	2,5%

Fuente: Delgado et al., 2021

La información obtenida en esta tabla data las morbilidades más frecuentes en neonatos, recolectada a partir de un estudio realizado en Portoviejo, Ecuador durante el 2018.

Tabla 2. Diagnósticos frecuentes a nivel internacional.

Texto: Atención primaria en Pediatría
--

	Definición y caracterización	Prevalencia
Apnea	<p>Se considera a la misma como “episodio de ausencia de flujo respiratorio de duración superior a 20 segundos, independientemente de la repercusión clínica . . . y también los episodios de ausencia de flujo en la vía aérea de menor duración que se acompañan de repercusión cardiovascular” (Pérez, 2008, p. 37)</p> <p>En las manifestaciones clínicas se hacen presentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pausas de apnea, - hipoxemia, - bradicardia, - hipertensión arterial inicial - hipotensión posterior, - e incluso parada cardiorrespiratoria. (pp. 37-38) 	<p>50% de los RN con peso al nacer < 1.500 g</p> <p>92% de los RN con peso al nacer < 1.250 g</p> <p>95-100% de los RN antes de las 28 semanas de edad gestacional</p>
Ictericia neonatal	<p>Es definida como una “coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina” (Rodríguez y Figueras, 2008).</p> <p>Se puede caracterizar por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observarse en primer lugar en la cara y luego progresar de forma caudal hacia el tronco y extremidades. - El tinte icterico no sólo está presente en la piel y conjuntivas, sino que también puede apreciarse en el LCR, lágrimas y saliva. (p.372) 	50%
RN hijo de madre diabética	<p>El concepto incluye a todo “neonato de riesgo elevado por las complicaciones que puede presentar. La incidencia de complicaciones es mayor en los hijos de madre con diabetes pregestacional, y son más graves en los hijos de madres con mal control metabólico durante la gestación” (Salvía et al., p. 135).</p>	0,15 hasta 12,3%
Bajo peso al nacer/prematur ez	<p>Se puede asociar a “la edad gestacional del recién nacido con peso de 1700 g o más” (Hoekelman, 2002, p. 653). A los cuales, persiste riesgo de otros problemas neonatales debido al estado</p>	7%

	de fragilidad en que se encuentran	
RN pequeño para edad gestacional	Se considera a “los RN con peso al nacer correspondiente al percentil 10 o inferior” (p. 654), como pequeños para la edad gestacional. <ul style="list-style-type: none"> - El diagnóstico antes del nacimiento es complejo. - La relación cabeza/abdomen . . . se utiliza para detectar el retraso de crecimiento. (p. 655) 	6,44%

Fuente: Hoekelman, 2002

El texto mencionado contempla información de España, que podría bien alejarse a las condiciones de Ecuador pero, que se ha encontrado, guarda mayor relación con las patologías más frecuentes en la observación de casos durante prácticas realizadas en un hospital de Guayaquil.

Otro de las condiciones a considerar, al plantear la repercusión de un diagnóstico asociado a enfermedad en un neonato sobre la posición subjetiva de una madre primeriza, es el ambiente hospitalario al que se verá expuesto la diada. En primer lugar y de manera general, Rasmussen et al. (2009) plantean que el microambiente de un recién nacido en un hospital debe cumplir con cierta normativa para no perjudicar al paciente, de esta forma:

- El RN debe estar en un área independiente . . . donde no use ropa sucia ni se traigan residuos de otras áreas, donde no penetre el aire contaminado
- La temperatura debe estar alrededor de 26°C con humedad relativa de 50%
- No deben contener más de 10 cunas con 2.80 m² por cuna, con espacio mínimo de 0.6 m entre ellas
- El aire debe renovarse varias veces en 24h, de lo contrario, se recontamina
- La iluminación natural se obtiene con ventanas de superficie no menos de 1/8 de la que abarque el piso. La iluminación artificial será lateral, semidirecta o indirecta, uniformemente repartida
- Los pisos deben ser de material liso, resistente, no poroso e impermeable, sin rupturas y de color claro.

- Las paredes, semi cóncavas, sin ángulos, lisas, claras. Las puertas de frente, con cierre automático, con goma en las uniones
- La limpieza debe hacerse con lienzo húmedo en solución detergente de hipoclorito de sodio. (p. 57)

En segundo lugar y de manera más focalizada, sobre el recién nacido en las salas de cuidados intensivos, Egan et al. (2012) comentan que el mismo: “debe afrontar este crecimiento cerebral en el ambiente de la UCIN, completamente distinto del ambiente uterino, siendo la evidencia contundente de que el mismo provoca una sobrecarga sensorial que impacta negativamente en el sistema neurológico en desarrollo” (p. 4). Recalcando la importancia del ambiente en el que el neonato será ubicado.

Considerando lo anteriormente planteado, proponen estrategias como:

Cuidado de ruidos y luces

Los recién nacidos prematuros son extremadamente sensibles a este tipo de estímulos y la exposición prolongada puede comprometer sus sentidos, por lo que dentro de las salas de UCIN: a) se controla el sonido de las alarmas de los equipos médicos; b) se cubren las incubadoras con mantas gruesas para aislar el sonido; c) se le habla al RN con voz suave y se incentiva a las madres a hacerlo, priorizando la importancia del silencio; d) se cuida de forma individualizada las necesidades de la intensidad de luz (pp. 6-7).

Cuidado postural, contención y anidamiento.

La posición en que se ubica al RN tiende a ser mantenida por el mismo y puede provocar contracturas musculares, por lo que el personal de la sala hace empleo de los implementos médicos para acomodar la posición del neonato en forma de nido o según lo necesite (pp. 7-8).

Contacto piel a piel.

Constituye la práctica más recomendada por organizaciones importantes como la OMS, “consiste en poner al RN sobre el pecho descubierto de su madre o padre Es una práctica segura, simple, sin efectos adversos que brinda beneficios a sus padres, al recién nacido y a la atención en general . .

. estabiliza la temperatura, les ayuda en su crecimiento y desarrollo, reduce el tiempo de hospitalización y aumenta el vínculo madre/ padre/hijo” (p. 10).

Succión no nutritiva.

Comprende el uso del neonato de un chupete que estimule la succión a pesar de no estar destinado a la alimentación, aporta al RN de beneficios conductuales por lo que se incentiva a los padres a realizarla (p.11).

Implicación socioeconómica para la familia de un neonato con diagnóstico asociado a la enfermedad

La hospitalización de un sujeto implica cambios en diversas áreas, debido a que conlleva una readaptación del estilo de vida no únicamente del paciente, sino también en el medio social, familiar, laboral y académico en el que se desenvuelve. Conocer este fenómeno es de gran importancia ya que permite generar empatía por aquellos que atraviesan la estancia hospitalaria, de tal manera que posibilite brindar un trato más humanizado a estas personas, no solamente por parte del personal de salud del hospital; sino también desde la sociedad, lugar en donde surgen los mayores estigmas.

En el ámbito económico las autoras Izquierdo y Ferrer (2018) mencionan que, durante el proceso de hospitalización, una de las principales fuentes de estrés es el tema laboral: “teme perder su empleo, ya sea por faltar al trabajo, retrasarse o verse obligado a pedir permisos, y ve en la continuación de sus actividades laborales la seguridad financiera que necesita proporcionar a la familia” (p.63). Los costos varían dependiendo del tipo de diagnóstico que tenga el neonato, ya que en base a este se necesitarán cierta cantidad de medicamentos de diversos precios, procedimientos médicos, y sobre todo el tiempo en que permanecerá en el establecimiento de salud. Son algunos factores que los familiares de un neonato en UCIN toman en cuenta para medir su capacidad económica y para realizar elecciones que reorganicen sus actividades laborales: buscan otros empleos con mejor remuneración, adquieren más de 3 trabajos, se integran a redes de apoyo económico, entre otras.

También sucede que el acompañamiento del recién nacido hospitalizado es un rol que se le suele adjudicar a la figura materna, quien es la que se visualiza más afectada en cuanto al reajuste de su estilo de vida, ya que es la

persona que permanece más tiempo en el hospital, a veces las 24 horas del día, y además se ve enfrentada a llevar su maternidad en dicho lugar. Los padres, en la mayoría de los casos, adoptan una posición de proveedores principales de la familia, al respecto las mismas autoras dicen:

Algunos padres identificaron de pleno su rol paternal con su rol de proveedores, es decir, para ellos ser padres significaba ser el responsable del sustento económico familiar . . . bien por convicciones y creencias propias, bien porque seguían el modelo heredado de sus propios padres. (p. 63)

Es decir, la hospitalización también implica un problema de género que las autoras han logrado analizar de manera óptima, siendo de vital importancia de identificar ya que es un factor de riesgo de estrés que los padres, y la familia en general, atraviesan en las salas de UCIN. Dicho en otras palabras, se coloca el peso de la estabilidad económica de una familia en la figura paterna, deviniendo en conflictos no únicamente para el padre, sino también para la madre, debido a que conlleva la separación de la pareja (de forma física): ella permanece en el hospital y el padre trabaja todo el día, lo cual genera malestares que se los explicará en el siguiente capítulo.

El reajuste que deben realizar los padres durante la internalización de sus neonatos abarca, según Mayhua (2019), un acoplamiento “a la cultura dentro de una UCIN, que incluyen normas, horarios, cuidados, protocolos que se manejan en cada área, que difiere mucho de lo que ellos conozcan y de su idea de un cuidado de un recién nacido” (p.9). Como se ha estado mencionando, se produce un encuentro abrupto entre las creencias iniciales de los padres, su estilo de vida y crianza, al momento de ingresar a las salas de hospitalización. Y lo que menciona la autora, son aspectos más técnicos de esta adaptación, en donde va a tener dos fines: o hay un acoplamiento óptimo, o no lo hay. Lo cierto es que en la mayoría de los casos se suele dar de forma gradual, primero se presentan las dificultades y malestares durante los primeros días y luego se van disipando hasta “lograrlo”. Cabe recalcar que la eficacia del proceso va a depender de dos factores: la disponibilidad del hospital y sus colaboradores, y la de los padres.

Y para concluir, es necesario mencionar las implicaciones sociales que conlleva la estancia hospitalaria, más específicamente hablar sobre el estigma al que se somete la familia del recién nacido hospitalizado. Al respecto Guimarães et al. (2018) comenta que las personas sienten vergüenza y rechazo, por lo que es posible que crean que su identidad social está contaminada; suelen surgir comentarios que hacen alusión a que el diagnóstico del neonato se deba a un accidente, a un descuido o falta de sensibilidad por parte de los padres (p.7). Lo que los autores mencionan son algunos señalamientos que hace la sociedad a los padres, se tiende a culpabilizarlos, aparecen comentarios de “malos padres” o “irresponsables”, y por lo general tienden a concentrarse en la figura materna.

En el siguiente capítulo se profundizará sobre esta problemática: las repercusiones que conlleva la hospitalización de un recién nacido en la subjetividad de las madres, en donde muchas veces es cuestionada su maternidad o, dicho en otras palabras, su deseo materno se pone en tela de juicio para la sociedad.

CAPÍTULO 2

La maternidad deseada y no deseada

La conceptualización de la maternidad abarca un sin número de perspectivas. En este capítulo se presentan algunas de ellas, de manera que puedan aprovecharse para esclarecer algunos aspectos del tema de la investigación, y sobre todo, sostener el propósito de la misma.

La familia

Antes de entrar de lleno a la conceptualización individual de la maternidad, se presenta primero desde la perspectiva de la familia, en donde se la puede encontrar como un elemento, una parte fundamental de esta.

Para la autora Lora (2003) la familia como institución tiene la función principal de “hacer del viviente un sujeto de deseo, darle un lugar simbólico, un lazo de parentesco, una posición en las generaciones y una identidad civil” (p.26). Entonces se puede decir que la importancia de la familia no únicamente se limita a satisfacer las necesidades básicas, aquellas que los seres humanos poseen por naturaleza; sino que va más allá, influye en cómo el individuo se posiciona ante su medio y como interactúa con él.

La familia es elemental en la constitución subjetiva del sujeto. Desde el psicoanálisis se argumenta que hay dos figuras dentro de la familia que son importantes: el padre y la madre. Para fines de esta investigación, se enfatizará en el rol que cumple la figura materna dentro de la misma, se adelanta que a las madres se les confiere un papel muy importante frente a cómo se va a desenvolver ese hijo en la sociedad, sus elecciones de objeto, y modo de goce dentro de esta.

En el aspecto social al que debe adentrarse el sujeto, es necesario entender la importancia de relacionarse con los otros, con los pares. Para lograrlo, Lacan (1978) menciona que hay un proceso psíquico que debe cumplirse, uno en el cual se involucra la figura materna:

Para que se introduzcan nuevas relaciones con el grupo social . . . , la imago debe ser sublimada. En la medida en que resiste a estas nuevas

exigencias, que son las del progreso de la personalidad, la imago, beneficiosa en un principio, se convierte en un factor de muerte. (p.40)

La sublimación de esta imago permite al sujeto dirigir la pulsión hacia la búsqueda de pares semejante a la misma, este sería el ideal pero también advierte las consecuencias de no realizar este proceso psíquico, habla sobre la muerte pero se puede inferir que no en todos los casos se llega a ese extremo (aunque en el libro de La Familia, del cual se extrajo la cita, menciona algunos ejemplos), basta con saber que el no poder ejecutar dicha sublimación causa malestar, angustia, y quizás conductas desadaptativas.

El texto de Lacan parece realizar un especial énfasis a la madre como figura principal dentro de la estructura subjetiva de un sujeto: “[existe] una primariedad de la madre. En su interpretación del complejo de castración, del fantasma de castración, destacó también el origen materno” (Miller, 2005, sección IV Una secuencia escandida, párr. 21), es un comentario de carácter crítico a partir de la lectura del libro de Lacan. Quizás hablar sobre los significantes asociados al rol materno en la familia es poner énfasis en aquello que la función materna representa para el sujeto, mencionar los aspectos de la psiquis en los que tiene influencia, y sobre todo, resaltar en cómo se puede manifestar y visualizar en lo social.

En las elecciones de pareja, del partenaire, también hay influencia de la figura materna. En el mismo texto de la familia, Lacan menciona: “la relación de su madre consigo mismo proporciona la forma en la que se encastra para siempre en la modalidad y la elección de su objeto, deseo motivado de ternura y de educación” de ser el caso que la madre haya adquirido esta modalidad de crianza con este sujeto; lo que da a entender aquí es que el sujeto busca en la elección de este partenaire la imago materna, los cuidados proveídos por esta durante las primeras etapas. Dirá Miller: “Toda la fantasmática humana, inclusive la castración, está tomada en el paréntesis materno” (sección IV Una secuencia escandida, párr. 22).

Ante tanta influencia de la madre en la construcción psíquica del niño, ¿qué hay de los otros miembros de la familia? Pues la otra figura elemental, que sería la del padre, viene a cumplir otro propósito: “en todo este texto se ve

planear . . . la imago materna sobre todas esas conexiones con la muerte. Esto hace evidentemente del padre una función de reparación” (sección V Una concepción de conjunto del desarrollo psíquico). O de regulación de todo lo que deposita la madre sobre el niño, de instaurar que va y que no, y de ser un moderador en estos procesos psíquicos.

Desde una perspectiva histórica, dentro de una familia la madre debía cumplir algunas funciones tales como: “cuidado y atención al esposo en una atmósfera de obediencia y sumisión, y en relación a sus hijos, la protección, crianza y educación. Sobre ella recaía la atención y cuidado de las personas” (Valdivia, 2008, pp. 16-17). Se trataba de una figura de cuidado, protección y educación, aspectos que guardan relación con lo mencionado anteriormente por Miller y Lacan, pero más profundizados y técnicos y con una clara explicación de cómo influyen en un sujeto.

Esta premisa que parece plantear la autora de la “madre dedicada a la familia” no es vigente en la actualidad, debido a que se encuentra en conflicto entre esta “idea” de la figura materna y la realización personal fuera de la misma, lo que da paso a nuevas formas de familia. Más adelante se adentrará en detalles sobre este conflicto que podría llamarse una dicotomía mujer-madre.

Se ha hablado sobre el impacto que tiene la familia sobre el niño, ahora compete hablar del efecto que la llegada del niño tiene en la familia. Para comenzar, Soria (2012) menciona que “el nacimiento de un hijo tiene implicancias tales para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado” (p.22). Por supuesto que esto se da en la mayoría de los casos, lo que importa señalar aquí es el acogimiento que le da esa familia al individuo, ese lugar que no solo compete lo social (como se ha mencionado con anterioridad), sino también dentro del mismo núcleo familiar.

También, el acogimiento de la familia va más allá de ser algo meramente instintivo, como sucede con algunos animales, o por el simple aspecto de la consanguinidad. Santelices (2001) va a decir que:

La consideración del hijo como sujeto de derechos y obligaciones no se desprende de la observación de un hecho biológico, sino de un hecho cultural reconocido como tal y dotado de un significado que involucra no sólo al hombre y la mujer que se unen sexualmente sino también a las familias de ambos y a los hijos nacidos de esa unión. (pp.186-187)

Es decir, que este proceso de acogida tiene que ver con la palabra, con una predisposición a realizar un reconocimiento de este nuevo niño como un sujeto de lenguaje y al que se le va a dotar un lugar en el mismo, y no únicamente por parte de los padres, sino por parte de ambas familias dice el autor.

Además, este mismo autor menciona las implicaciones subjetivas que tiene el tipo de acogimiento que le brinde la familia al niño: “es fin y comienzo constante y es fuente de sus experiencias de acogida y valoración por parte de los mayores de su familia. Experiencias que durante la vida podrán dar cuenta de una cierta satisfacción o insatisfacción” (p.192). A esto se le puede agregar que el tipo de acogida que le proporcione la familia al niño puede estar sujeta al contexto en que se de esa llegada, el cual puede ser de diversas índoles: social, económico, situacional, e incluso con aspectos que tiene el propio niño. Todos estos son factores que impactan la estabilidad de una familia.

Y es que, para la familia, esta llegada implica más que un integrante nuevo en el núcleo, también guarda relación con la adopción de nuevos roles por cada uno de sus miembros: los hombres pasan a ser abuelos, padres, hermanos, tíos, primos, al igual que las mujeres. Nuevos significantes que traen consigo nuevas funciones, y que son mejor explicadas desde otras corrientes.

Maternidad

La transformación del concepto de maternidad a lo largo de las épocas y las diferentes acepciones desde los distintos campos en que se es estudiada, concierne a la investigación presente, puesto que constituye parte de las expectativas o cualidades esperadas sobre la madre y en perspectiva, conocerlas facilita la comprensión de la modificación subjetiva que se produce

en la madre debido a la movilización de significantes determinantes para la subjetividad de la mujer.

Definición desde lo biológico

El campo de la medicina, como práctica objetiva, científica, metódica y comprobable establecería inevitablemente una asociación de “maternidad” con funciones reproductivas, así pues, a partir de lo biológico, se describe como madre al: “ser vivo que desde el momento de la fecundación asume esta condición, el cuerpo de la madre desde ese momento, poseerá características diferentes a las que mantenía antes de la concepción” (Abajo et al. 2016, p. 26).

Considerando la terminología empleada en la rama, sería más apropiado referir a la temática como *gestación*, el cual remite a procesos biológicos y parte del ciclo de “todo” ser vivo.

Otra forma de obtener una idea de lo que significa la maternidad para quienes se encuentran inmersos en el campo de la salud es a través de aquello que se recoge por las expresiones de dicho personal, obteniendo respuestas que dan cuenta de una:

Tendencia a concebir la maternidad desde una visión marcada por la exclusividad y la incondicionalidad, . . . un ideal de la maternidad como fundamento de la realización de la mujer, por lo que consideran que debe asumirse con compromiso y como prioridad (Castro & Peñaranda, 2011, p. 338)

Prioridad que implica, para la mujer, ser la responsable inmediata del neonato; esta concepción deja entrever que este discurso médico también se encuentra atravesado por lo cultural. Si bien lo mencionado anteriormente nace a partir de un estudio focalizado en Colombia, es de utilidad en tanto guarda similitud con el discurso observado en el personal médico durante las prácticas preprofesionales en un hospital de la ciudad de Guayaquil, de manera que podría ser ubicado como estándar de la maternidad desde las posturas de la medicina.

Definición desde lo psicológico

Desde la disciplina de la psicología, el cuerpo también toma importancia para la conceptualización de maternidad, sin embargo, dicha esfera se entrelaza al mismo tiempo con lo psíquico y lo social, considerando que en tanto el ser es atravesado por el lenguaje, le competen los cambios culturales.

Se habla de esta forma sobre *maternaje*, entendido como “adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico sino al desarrollo psicológico y emocional, cualidades que le son generadas fundamentalmente por medio de las interacciones precoces con el hijo” (García & Palacín, 1999, p. 104). Con lo que se implica de manera más significativa el papel del neonato en la cuestión de ser madre, más allá de gestarlo y parirlo, se trataría de “la conformación psicosocial del rol materno o ejercicio de la crianza . . . logrando que sus hijos alcancen las metas de desarrollo biopsicosocial establecidas según su edad y sexo, sin desfallecer en el intento” (Montiel, 2016, p. 101).

Trata pues, de la función de la madre para la construcción del Yo del recién nacido, por lo tanto, se habla también de las funciones de crianza que debe cumplir la progenitora para conseguirlo, para lo cual Calmels (2011) menciona:

- *Función de sostén*: haciendo referencia al sostén de pecho, como primera forma de contención durante la alimentación; y al sostén de brazo, como “ayuda” mientras el niño se encuentra sentado sobre los brazos de la madre (p. 19). Sería pues la cual les compete a las madres de las que el presente trabajo aborda, al estar al cuidado de neonatos.
- *Función de acompañamiento (o de mano)*: llevada a cabo una vez empieza la marcha en el niño e implica un alejamiento corporal del cuerpo del adulto que no es total, acompañando de la mano en los primeros pasos (pp. 21-22).
- *Función de provocación*: referida a la incitación por parte del adulto a que el niño mantenga la marcha sin apoyo de la mano, ayudándose de objetos a su alrededor (pp. 22-23). Estas dos últimas funciones corresponden a lo esperado normativamente dentro de la maternidad.

Sobre la primacía de la función de la madre en la constitución de la subjetividad del niño, Lacan (2009) presenta el *Estadio del espejo*, argumentando que: “la cría de hombre, a una edad en que se encuentra por poco tiempo, pero todavía un tiempo, superado en inteligencia instrumental por el chimpancé, reconoce ya sin embargo su imagen en el espejo como tal” (p. 99). Así pues, a la edad de entre 6 y 18 meses, la madre tendría la función de presentar al niño a su reflejo y ubicar la indicación “ese eres tú”, que posteriormente sería introyectado por el sujeto.

Definición desde lo social

La maternidad ha sufrido una serie de modificaciones a lo largo del tiempo, en tanto cambios culturales se han dado, por lo cual, corresponde hablar del “ser madre” desde cada era importante en la historia de la humanidad.

La maternidad en la cultura griega. Se considera que estuvo caracterizada por una organización matriarcal en tanto el estilo de vida era pacífico y ligado a la tierra, la concepción de “madre” es, de esta forma, asociada a “diosa”, y la tierra al igual que la mujer era percibida como un ser bondadoso capaz de crear vida, fértil. Con la llegada de invasiones, el modelo matriarcal pasa a una jerarquía patriarcal y el personaje de “diosa” es trastocado a esposa sumisa, dividiendo las cualidades de lo femenino en varias diosas (Molina, 2006).

De esta forma, en diosas como Deméter se ubica la maternidad al representar a la tierra y la agricultura, mientras que la cualidad de hija se atribuye a Perséfone y la feminidad y sensualidad en Afrodita; separando rasgos que convergen en la mujer. Incluso la gestación, inicialmente priorizando el lugar de la madre como portadora del hijo, se ve desplazado a una función de nodriza, como plantea Beauvoir (1947) “Dedicada . . . a tareas secundarias, despojada de su importancia práctica y de su prestigio místico, la mujer ya solo aparece como una sierva” (p.105).

La maternidad en el cristianismo. Con la introducción de la Biblia, y la historia de Adán y Eva, en la cual Eva es castigada con “parir con dolor” por pecar y desobedecer, según Oiberman (2005) “expresa una toma de conciencia respecto de la sexualidad humana tan difícil de dominar Por lo tanto, la base del matrimonio residirá en controlar la sexualidad y la fecundidad femenina” (p. 120). La maternidad sería concebida en primera instancia como una experiencia negativa, una consecuencia de un suceso anterior, inevitable de sufrir, pero rápidamente se produciría un cambio con el culto a la Virgen María, la autora mencionada anteriormente comenta que:

Significó elevar la maternidad por encima de la naturaleza, el Culto abre el acceso a la trascendencia para las mujeres más humildes. . . . La leche materna tenía un significado simbólico: alimento primordial, nutriente vital para el recién nacido Los místicos imaginaron la gracia divina con la forma de la leche que alimentaba el alma. (p. 120)

Así pues, la época dio paso al uso de lo simbólico para la maternidad, además de ponerse en juego cuestiones de lo imaginario al ubicar la maternidad en una figura: la madre sería bondadosa y abnegada, devota a su hijo.

La maternidad en la Edad Media. El asentamiento de la ideología adquirida durante el cristianismo sentó las bases para la concepción de maternidad durante la Edad Media, considerada la época más misógina de todas; se produjo una exaltación a la virginidad, por lo que la sexualidad se limita a fines reproductivos y el papel de la mujer a funciones nutritivas para el bebé.

El amor de las madres a los hijos es visto como algo evidente, bajo el supuesto que ella siente mayor placer al amar que al ser amada. . . . en relación con las hijas, su tarea es de vigilancia y control de la sexualidad de éstas, reproduciendo con ellas la actitud represiva de la que ha sido objeto, para preservar el cuerpo femenino de todo aquello que mancille su valor fundamental, la castidad. (Molina, 2006)

Se continúa con la separación de la cualidad erótica en la mujer para priorizar lo reproductivo, llegando a ser inculcado en la mujer desde una corta edad, aprendiendo que la sexualidad es algo que debe ser reprimido.

La maternidad en el Siglo de las Luces. La llegada de la Ilustración, caracterizada por ser un periodo de producción intelectual, produjo un viraje en el papel de la mujer: el infante dejó de considerarse exento de derechos (tal como un animal) para percibirse como seres inocentes, a los cuales había que cuidar; con ello, se le asigna la responsabilidad a la madre de establecer un vínculo con el niño, más allá de solo parirlo. Así, “la dimensión espiritual y carnal . . . se acercan para poder construir un modelo de buena madre, sometida al padre, pero muy valorada a causa del alumbramiento de los hijos. . . la función materna va a absorber la individualidad de la mujer” (Oiberman, 2005, p. 123).

Convergen las dimensiones: carnal, en tanto aún es importante la facultad de poder gestar y parir; al mismo tiempo que espiritual puesto que también le correspondía inculcar valores morales, “cuidando del alma”.

La maternidad en la Era Moderna. Junto al desarrollo científico, la crianza se vuelve material de estudio y se estratifica, por lo que se considera que lo aportado por las madres no es suficiente para sostener al niño, lo cual es respondido por las mujeres como un empuje a ser educadas en el tema, lo cual sumaría un gran peso sobre los hombros de las madres, pues “la tarea de las madres es ahora entender a cada hijo como individuo, estar atenta a su estadio de desarrollo, ser objetiva y reflexiva para responder a sus necesidades” (Molina, 2006).

Debido a esto es que surgen nuevos estudios alrededor de la niñez y la maternidad, la más representativa es la *teoría del apego*, la cual postula la importancia de este “en el desarrollo de la constitución mental del infante humano, su desarrollo emocional, la adquisición tanto de seguridad, como confianza y confort” (Persano, 2018, p. 158), no solo durante la etapa infantil, sino también en el establecimiento de vínculos durante la adultez. Esta “figura de apego surge como la persona que está disponible para satisfacer las necesidades del bebé. Esto implica estar la mayor parte del tiempo presente”

(p.158), que en la época sería encarnada por la madre; con esto, se instituye la dicotomía buena madre/ mala madre, siendo la primera aquella responsable de un niño que establece un apego seguro con su entorno, considerándola el ejemplar, el ideal; y la segunda, toda madre de un niño con desórdenes en lo biopsicosocial y por tanto, culpable del resultado.

El ideal de madre, dedicada a su hijo, remitiría nuevamente a lo establecido en la Edad Media: la separación de lo erótico, la desexualización de la maternidad, lo cual también es explicado desde teorías como la del Edipo que plantean la elaboración que realiza el niño al caer en cuenta de un deseo en la madre por un otro (su padre) que no es él, separando a la madre de la prostituta, en quien se ubicaría el deseo (Freud, 1910, pp. 163-165).

El feminismo, por su lado, empieza a cobrar importancia en la época en tanto empieza a cuestionar los derechos de la mujer y a plantear la posibilidad de la maternidad informada, considerando la fuerza que toma la maternidad para ser el estándar de lo femenino.

La maternidad en la Era Post-Moderna. Considerando los avances médicos y la relevancia de la esfera política en lo privado, las condiciones de la actualidad requieren de un repensar y replantear la maternidad, ejemplo de esto es la creación de métodos anticonceptivos que transformaron la maternidad como deber a una maternidad por elección, deseada.

Las olas del feminismo le devolvieron la cualidad erógena y placentera al cuerpo de la mujer, Adrienne Rich propone una distinción de la maternidad:

Como experiencia, es decir, la relación potencial de cualquier mujer con los poderes de la reproducción y con los hijos, y la maternidad como institución cuyo objetivo es asegurar que este potencial, y que todas las mujeres, permanezcan bajo el control patriarcal. (Citado en Saletti, 2008, p.178)

Reconociendo que el ser madre tiene connotación de opresión por parte de un sistema que ubica a la mujer como de utilidad gestante, de una ley simbólica del patriarcado; al mismo tiempo que devuelve la posibilidad de percibir a la maternidad como desligada de una obligación, se vuelve una cualidad más de la mujer y no su principal función.

Se demanda entonces una nueva lectura de lo materno, que impliquen nuevas formas de representación para las mujeres para elaborar nuevas identificaciones con respecto a lo femenino, comenta Vegetti que se trata de apropiarse de “las representaciones de la maternidad en la fantasía, el registro imaginario donde se construye nuestra identidad sexuada” (citado en Saletti, 2008, p. 181).

Actualmente el concepto de maternidad ha evolucionado, ya no se ven reflejados esos ideales de las épocas pasadas. Barros (2011) menciona que “hace décadas atrás, que la maternidad no resulta ya tan funcional al sistema. Ella supo ver que el deseo de ser madre podía aparecer como algo que la mirada del Otro desalentada e incluso censurada” (p.55). Es decir, que la maternidad ya no conserva la misma percepción. Todo lo mencionado daría paso a consideraciones sobre la maternidad como salida a diversas situaciones, visto desde lo social, “en nuestras sociedades llamadas *emergentes*, muchos sectores desfavorecidos “eligen” la maternidad, porque al no tener estatus, ni función, ni rol social, tener un hijo constituye el acceso a la vida adulta” (Oberman, 2005, p. 128), que desde lo psicoanalítico se traduce en salida del Edipo, como respuesta a no poseer el falo.

Posición subjetiva

Se vuelve pertinente plantear coordenadas sobre la posición subjetiva en tanto que permite entender el movimiento de significantes que marcan la subjetividad de la mujer durante la maternidad, pasando de una posición a otra.

Desde la perspectiva discursiva, Laclau y Mouffe consideran que las diferentes posiciones subjetivas “son el resultado de articulaciones constituidas por medio de una operación hegemónica. Esto significa que las posiciones de sujeto no están determinadas con anterioridad a la articulación discursiva que las constituye como tales” (citado por Peller, 2011, p. 54). Puntualizando la influencia del lenguaje y la entrada a este para poder plantearse como posibilidad.

Desde el psicoanálisis, se emplearía esta categoría para ubicar estructuras clínicas (neurosis, psicosis, perversión) durante el trabajo analítico, pero también sería entendido como “las relaciones de un ser humano con su

trabajo, con su semejante y, en general, con todo lo que lo rodea” (Bernal, 2009, p. 1), por lo que en la maternidad corresponde a todas las formas de respuesta frente a dicha experiencia.

Miller (2006) plantea en *Introducción al método analítico* 3 niveles y 2 procesos que los entrelazan entre sí (p. 20), se toma de esta categorización a ambos procesos, llevado a la lógica de la maternidad, así, la *subjetivación*, que no es sino la posición asumida, es entendida como la ubicación del sujeto como mujer, puesto que es aquello a lo que se ha identificado a lo largo de su vida, y frente a la cual, la maternidad le supondría un trabajo de rectificación subjetiva, no en el sentido analítico que remite al hacerse cargo de sus dichos (p. 70), sino a una suerte de reelaboración de la posición subjetiva, pasar de mujer a madre.

Deseo materno

Dentro de lo cultural, se asocia el deseo materno a “instinto maternal”, implicando la voluntad de una mujer por gestar y criar de un hijo que le es innato y que desde el psicoanálisis constituye un proceso más complejo para ser atribuible a la naturaleza, este deseo de la madre por un hijo también es primordial para la constitución del niño durante la operación alienación-separación, como argumenta Furman (2018) “el ser viviente, antes de la alienación, es un ser de vacío, un cero que si se articula al Otro del conjunto de significantes, se transforma en un sujeto alienado al significante” (p. 104). El niño entonces es inicialmente ser vivo, pero no sujeto, la alienación a la madre le da acceso al campo de lo simbólico, mientras que la separación con el pecho de la madre, producida en el destete, sería causante de alojar un vacío, que le permitiría al niño desear, constituyéndose como sujeto deseante (p. 106).

Es apropiado entonces, remitirnos a los tres tiempos del Edipo en Freud, que se retomará a lo largo de la investigación y profundizará posteriormente: En el primer tiempo, la madre representa a la Cosa “que aloja a un goce primordial perdido . . . el niño se identifica con la imagen ideal que le ofrece la madre . . . se trata de ser o no ser el objeto de deseo de la madre” (Tendlarz,

2013, p. 113). Lo cual plantea que el niño sería ubicado por la madre como aquello deseado, capaz de completarla.

En un segundo tiempo, se introduce lo simbólico y es el Nombre del Padre quien limita esta relación establecida en el primer tiempo, por lo que “la prohibición del incesto funciona del lado materno como la interdicción de reintegrar su producto. y del lado del niño lo separa de su identificación con el objeto de deseo materno” (p. 114). En este momento, tanto niño como madre entenderían que no pueden ser aquello que colma al otro y por tanto, que deberían buscarlo por fuera, consolidándose durante el tercer tiempo: para la madre, el deber voltear la mirada hacia la pareja y reconociéndose como mujer deseante; para el niño recibiendo la promesa del falo, mientras la niña se enfrenta al *penisneid* y debe buscar una salida para hacer con la falta (p. 115).

Dichas salidas corresponden bien a: 1) la mascarada femenina, 2) la relación con el partenaire, y 3) la que es de nuestra competencia, la maternidad, por la que el vacío es llenado simbólicamente por el hijo (p. 118). Esta última salida parece establecer un ciclo en el cual la niña en falta buscase ser madre para llenarla, tome a la hija desde el deseo materno devorador, aferrándose al falo y eventualmente viéndose obligada a voltear, para que la hija deba atravesar por la misma lógica.

La razón de este deseo devorador en lo materno guarda relación con la condición de mujer que converge en un mismo sujeto, responde a una “solución” a la angustia de la falta que se lee como “madre insaciable” porque “después de todo, la sustitución niño-falo no colma la falta y subsiste un resto de insatisfacción” (p. 155). Se entiende, por tanto, que la maternidad implica una relación entre la posición de madre y mujer.

Dicotomía femenina mujer-madre

Como es mencionado anteriormente, en los tiempos del Edipo se presenta las siguientes salidas: “para los niños, la no identificación al falo, y para las niñas una es la renuncia; la otra es la identificación viril . . . ; la otra, que Freud ubica como la verdadera posición femenina, es la maternidad” (Brodsky, 2004, p.60).

Son estas otras opciones que tiene la mujer como salida las que ponen de manifiesto una dicotomía entre mujer-madre. Porque, aunque existan, la maternidad siempre va a estar contemplada como algo propio y único de la mujer. Por esta razón, y por otras relacionadas a la historia y al género, algunas madres entran en conflicto con sus deseos por fuera de la maternidad, entonces es pertinente hablar sobre estas otras salidas del Edipo, para que sirvan de explicación de esta dicotomía.

El significante de la maternidad ha tomado otros rumbos: “A veces es una injuria, una enfermedad, una invasión, una mutilación. Hay mujeres que se sienten aprisionadas desde el primer momento en que saben que están embarazadas” (Barros, 2011, p.51). Esas expectativas de la maternidad ideal que se han formado a lo largo de la historia ya no existen, ya no son una realidad para algunas mujeres. Ahora, hay que imaginar cómo sería mantener esta postura mencionada por Barros y estar acompañada de una hospitalización por un diagnóstico de enfermedad de su recién nacido.

Con respecto a la otra salida del edipo, “la identificación al falo”, la cual puede ser bastante angustiante, Barros dice:

También puede ser el falo como respuesta a la demanda de un ideal ético, siendo la esposa-madre-hija-empleada perfecta . . . es la posición más propia de la neurosis y más nociva para ella cuanto más alienada se encuentre a esa imagen y no pudiendo decepcionar la demanda del Otro. (p.31)

Se pone de manifiesto algunas de las demandas a las que puede estar sometida una mujer, impuestas por el Otro, dentro de las cuales no solo involucra la maternidad, e incluso pueden presentarse al mismo tiempo. Todas ellas son perniciosas en tanto la mujer crea que su deber es estar completamente alineada a ellas, que debe ser todas al mismo tiempo y a la perfección, es imposible, y es ese imposible lo que se pone de manifiesto en el malestar, en la neurosis.

Actualmente la maternidad ya no es concebida como el ideal máximo femenino, ni romanizada. Se trata de una opción, una que está al mismo nivel

que las otras. Esta primera salida que menciona Freud en su texto, la de “renuncia”, está relacionada con buscar otros sustitutos de falo que no tengan que ver con la maternidad: éxito laboral, académico, financiero, el matrimonio, y en general todo lo relacionado a la autorrealización.

Otra perspectiva de la dicotomía es la de Berkoff (2017), quien explica acerca de la relación que tiene la mujer y la madre respecto al goce:

Como madre es “la que tiene”, . . . como mujer está más abierta a una lógica del infinito . . . más abierta a un goce sin medida. . . . está menos atada a sus bienes y puede llegar más lejos en su arrojo o también a una entrega sin límites en nombre del amor. (p.54)

Vale decir que hace una especificación del goce que tendría la madre, que es la “tener” o poseer el falo a través del niño; y la de la mujer mencionado que este goce es infinito, con menos límites, con innumerables posibilidades y elecciones, tan amplias que pueden descarrilarse, causar estragos, en tanto que la mujer se vea sumamente alineada a estas, como se lo ha mencionado anteriormente.

Pero no necesariamente hay que separar una de la otra, o hablar de una u otra, como si no pudieran coexistir, como si ser madre aboliera el ser mujer. Lo que dice Berkoff es el efecto más extremo de estas dos posiciones, en las cuales se presentan grandes malestares. Mujer y madre pueden estar presentes en un mismo sujeto, y el balance que tengan es lo que da lugar a maternidades muy distintas.

Existen estrategias que realizan las madres para equilibrar su maternidad con el ser mujer, es decir, con otros deseos fuera de la primera:

El retraso del nacimiento del primer hijo, la decisión de la maternidad en un determinado tiempo o edad, o la dedicación del tiempo al cuidado del hijo. Considera que no son estrategias aisladas e independientes, sino que, en su conjunto y de una manera interactiva, constituyen un modo de afrontamiento que refleja como mujeres . . . valoran e integran las consecuencias que la maternidad implica para sus propias vidas. (p.93)

Es un planteamiento desde una perspectiva social, pero son estas las elaboraciones conscientes que las madres utilizan como solución ante sus deseos como mujer.

Dentro de la misma maternidad también es importante que se desarrolle esta dicotomía, o por lo menos una división del ser mujer y ser madre, de manera en que no se mezclen, que una no se superponga a la otra, es decir, evitar que:

‘El niño no sature la falta en que se sostiene su deseo’. . . la madre sólo es suficientemente buena si no lo es demasiado, sólo lo es a condición de que los cuidados que prodiga al niño no la disuadan de desear como mujer. (p.2)

Es aquí donde entra la figura del padre, quien realiza esta disuasión, que da paso al no-todo de la madre, es decir que el niño no lo sea todo para ella. Que se pueda cumplir con esta condición es de gran importancia para el sujeto, ya que de esta forma se limitará a formar parte del fantasma de esta madre. Por el contrario, si no se llegase a cumplir, este niño puede convertirse en un síntoma de la relación dual que se produce entre madre-hijo, tomarlo como un partenaire sintomático. Esta posición en la clínica es la más difícil de abordar, puesto que el deseo del niño no se ve distinguido al de la madre.

El mismo autor dice, también, que la llegada del niño no únicamente viene a ser tomado por la madre como un sustituto del falo, a colmar su falta, sino que, al mismo tiempo, tiene otro propósito: “Cuanto más colma el hijo a la madre, más la angustia, . . . La madre angustiada es, de entrada, la que no desea –o desea poco, o mal– como mujer” (p.3). El niño divide a la madre, la angustia, porque le hace dar cuenta de que además de su rol materno, también es una mujer, un sujeto deseante que ahora se encuentra sometido a un goce mortífero del cual le es imposible salir.

Madres primerizas

Expectativas de la maternidad

A pesar de la perspectiva actual con respecto a la maternidad, cuando es deseada, guarda ciertos ideales para la madre, las cuales forman parte del

campo de lo imaginario que se pone en juego cuando requiere ser llevado a lo real. Más formalmente los autores Brazelton y Cramer dicen:

El hijo imaginario de sus sueños y fantasías . . . y el feto invisible pero real, cuyos ritmos y personalidad particulares se han estado volviendo crecientemente evidentes desde hace varios meses,... se fusionan con el recién nacido real que ahora pueden ver, oír y, finalmente, tomar entre sus brazos. (citado por García & Palacín, 1999, p. 104)

Hablan sobre las expectativas que tienen las madres incluso antes del nacimiento, es decir, estas se van constituyendo durante el desarrollo del embarazo e incluso, en algunos casos, vienen formándose desde antes de la concepción del mismo.

Con respecto a esto Lacan, en el texto de La Familia, argumenta que “Incluso la tolerancia ante el dolor del parto puede comprenderse como el hecho de una compensación representativa del primer fenómeno afectivo que aparece: la angustia, nacida con la vida” (Barros, 2011, p.39). Dar a luz a un niño, deseado o no, dice Lacan que conlleva una angustia la cual es comprensible, debido a que para las madres es un acontecimiento totalmente nuevo, cargado de fantasías que se ven movilizadas justamente en el momento del parto.

Algo que para muchas madres representa un evento traumático, el momento del parto y todo lo que conlleva, suele subjetivarse como una compensación ante esa angustia que trae el nacimiento, como algo por lo que se debe pasar para poder traer a su hijo al mundo, y poder así cumplir con lo expuesto por los dos autores mencionados anteriormente. Quizás Lacan intenta decir que se trata de un desplazamiento de esa angustia a los dolores del parto, de tal manera que posibilite a las madres pensar o subjetivar esa angustia como necesaria y así no verla como un sufrimiento.

¿Y qué sucede después del nacimiento? Se habla de los cuidados que la madre provee al hijo, los cuales responden a esas expectativas que se venían formando. Freud (1976), en Tres Ensayos de una Teoría Sexual, menciona que la madre “es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción

sexuales . . . la madre dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece...” (p.203). Es decir, la madre viene a tomar a ese niño como como un objeto de deseo, uno de carácter sexual diría Freud sin reconocerlo como tal por parte de ella. El hijo viene a suplir una falta en la madre, esa sería la expectativa esencial de la maternidad dentro del psicoanálisis: “colmar la falta”, sustituir al falo, un objeto a que viene a hacer un intento de completud, y que por lo tanto es merecedor de amor.

En el mismo texto advierte sobre ese “amor” que puede llegar a ser inconmensurable, mortífero para el niño: “un exceso de ternura . . . resultará dañino, pues apresurará su maduración sexual; y también «malcriará» al niño, lo hará incapaz de renunciar temporariamente al amor en su vida posterior, o contentarse con un grado menor de este” (p.204). Es aquí donde interviene la figura del padre mencionado en el apartado de “la familia”, como un regulador de ese amor que deposita la madre sobre el niño, el Nombre del Padre (NP), quien viene a realizar una separación.

Hasta el momento, se ha explicado un posible cimiento, desde el psicoanálisis, por el cual provienen las expectativas en la maternidad, y desde cuándo pueden comenzar. También se habla de cómo las madres las ponen en práctica y como su rol se mueve a partir de las mismas: el amor inconmensurable. Ahora conviene hablar de otra cosa.

Como se ha mencionado, existe toda una carga libidinal importante que la madre deposita en su hijo, pero ¿por qué? Freud posiciona a la maternidad como una de las salidas del complejo de Edipo. El autor Barros al respecto comenta que en el psicoanálisis persiste un ““conservadurismo” su inclinación a favorecer en la cura de las pacientes mujeres los caminos del matrimonio y de la maternidad” (p.55). Al respecto la autora Brodsky (2004) menciona que la maternidad se percibe como algo en lo que se puede “ubicar a los hijos como objetos a, como el único objeto verdaderamente femenino” (p.58). En resumen, desde esta corriente se percibe a la maternidad como un ideal de cura, o la más favorecida. Quizás esta premisa se toma como punto de partida para la constitución de las expectativas de la maternidad, ya no solo para satisfacer ciertas fantasías y deseos, como dice Brodsky; sino que también

para sirva como una cura o solución al malestar presente en la madre, a la falta que la angustia, como dice Barros.

Caracterización de madres primerizas según profesionales

En este apartado del capítulo, se recopilan los comentarios y opiniones de psicólogas clínicas entrevistadas para esta investigación, cuyo campo de experiencia se centra en la atención a pacientes y familiares de un hospital, especialmente en el área de neonatología. Las profesionales, en la entrevista, describen y puntualizan aspectos de la maternidad tanto dentro del contexto hospitalario como en su consulta privada.

Dentro del abordaje psicológico que han realizado las profesionales entrevistadas para la investigación, resaltan los principales motivos de consultas en las madres primerizas. Para la psicóloga clínica Gavilanes dichos motivos de consulta tienen que ver con “el cómo manejar a su hijo que se porta malcriado, que se porta irritable, que no quiere hacer caso, con conductas desafiantes”, argumentando así, que en su consulta con madres primerizas, lo que más identifica “es la frustración de la madre de cómo manejar la frustración del hijo.”

Según la psicóloga clínica Mackenzie, los principales motivos de consulta son “por ansiedad, porque la madre es muy sobreprotectora, por retrasos en el lenguaje del niño, por frustración tanto del niño como del adulto debido a que no sabe manejar la situación”. También realiza una comparación con las madres que son multíparas: “las que tienen más hijos impresiona que se relajan más o más bien, como me decía una madre, ‘al primero lo limpiaba a cada rato, y a este que es el tercero o cuarto dejan que se ensucie’, por decir un ejemplo”.

Resalta en el comentario de ambas profesionales la frustración o irritabilidad tanto del niño como de la madre, es decir, ella se frustra porque no puede manejar la frustración de su hijo, lo cual está relacionado con el que hacer en la maternidad como un elemento significativo de angustia para las madres primerizas. Por su parte Mackenzie brinda otros motivos: sobreprotección y problemas en el lenguaje, puede decirse que ambos se encuentran relacionados, que son causa y efecto entre sí, el primero se relaciona con el estrago del deseo materno explicado anteriormente, y lo

segundo es la consecuencia del mismo en algunos casos. Y viceversa, las dificultades en el lenguaje despiertan ese deseo materno expresado como sobreprotección.

Por otro lado, se aborda el tema de las necesidades de las madres primerizas, entre las cuales la psicóloga clínica Gavilanes menciona que la más destacable es el “deseo de bienestar, de tener a su hijo con herramientas de regulación, que pueda ser más paciente, ser una *buena madre* para su hijo.”

Al respecto, la psicóloga clínica Mackenzie comenta las necesidades relacionadas al factor económico: “es diferente, de la que no tiene los recursos económicos, a diferencia de las que tienen. Hay madres que aprovechan su seguro del IESS, y hay las que pueden pagar algo (la consulta privada)”. Por otro lado, menciona que predomina una “demanda de guía y de recomendaciones para sobrellevar la parte conductual, por ejemplo los berrinches”.

En este punto las psicólogas brindan comentarios desde diferentes perspectivas, la primera apuntando a necesidades psicológicas y emocionales y la segunda le suma aspectos económicos. Ambos se complementan entre sí, ya que por un lado se trata de su deseo como madre “ser buena”, o suficientemente buena, y para esto acuden a consulta en busca de recomendaciones que lo posibiliten, lo cual implica la disponibilidad económica que posee para asegurar ese bienestar que comenta Gavilanes.

También las profesionales brindan una conceptualización de la maternidad desde su formación académica y experiencia profesional. La psicóloga clínica Mackenzie menciona: “me parece que no tiene una conceptualización específica, ni siquiera en base a mi experiencia, más bien cada madre ha encontrado como hacer con su maternidad, puesto que hay madres que lo han podido hacer a través de un hijo con una condición, con un hijo secuelar, con un hijo sano, con un hijo prematuro, e incluso con un niño que ha fallecido”; la psicóloga Quijije secunda la argumentación de la psicóloga Mackenzie al decir que “cada mujer tiene su propio concepto de lo que es la maternidad, para unas puede ser sólo cuidar a un niño, y para otras es salirse de su individualidad” y entre las posibilidades en que puede ser vivida comenta que “depende de cómo esta madre ha sido criada, sí tuvo una infancia muy

difícil, o sufría de violencia, entonces esta maternidad va a ser complicada para ella.”

Por su lado, la psicóloga clínica Gavilanes concuerda, al decir que “conceptualizar la maternidad es distinta para cada madre, cada una vive una realidad diferente”, pero desde su experiencia lo describe como algo abrumador, las demandas inconscientes del entorno abruman . . . , siempre he dicho que implica un encuentro con lo real, esta pregunta constante de qué hacer frente a esto que puede llegar a paralizarme.”

Se puede constatar que, incluso en la actualidad, definir a la maternidad resulta enigmático para la mujer, las psicólogas entrevistadas no son la excepción en tanto además de profesionales, son mujeres que se enfrentan a la dicotomía feminidad-maternidad. Las opiniones de las entrevistadas aportan puntos centrales que se han abordado en la investigación en secciones anteriores: la posibilidad de vivenciar la maternidad, de posicionarse como madres a pesar del diagnóstico asociado a la enfermedad e incluso a partir de una pérdida física del neonato, como comenta Mackenzie. Quijije resalta la experiencia infantil como factor determinante de la concepción de maternidad, es decir, los ideales aprendidos dentro del círculo familiar y la posición ante la castración; y Gavilanes trae la asociación de maternidad con lo real, concepto psicoanalítico en tanto remite a una madre devoradora, pre-edípica y a la experiencia misma del cuerpo que atraviesa por la gestación y el parto.

A partir de las entrevistas, se identifican los principales factores estresantes a los que se enfrentan las madres primerizas. Según la psicóloga clínica Mackenzie “los factores más estresantes son la cuestión del lenguaje, hay menos interacción de los padres hacia los niños de la primera infancia, menos estimulación, más irritación, hay más demanda de la inmediatez de la resolución del problema de que no haya lenguaje en el niño. Esto sucede tanto en madres primerizas o de madres con más niños. En los casos de las últimas suele haber comparaciones, pero en las madres primerizas serán pocos casos en donde lo han visto normal”.

Y por último la psicóloga Gavilanes señala la influencia de la cultura, estableciendo: “se habla mucho de la disciplina positiva y crianza positiva y cómo acompañar al niño en las emociones, cuando muchas veces las madres

vienen desde su crianza con amenazas” lo cual asocia a la mayor fuente de estrés para estas madres al “sentir que hay un manual que ya deberían saber, en esta búsqueda de cómo ser perfectas para acompañar a sus hijos en todo momento, olvidando que no es que se va a poder dar todo desde la perfección, no existen como tal esto.”

A pesar de que el tipo de casos con los que las psicólogas entrevistadas se han encontrado en su clínica, para ambas profesionales se pone en juego lo social y las demandas provenientes de la época que, por un lado, demanda inmediatez y por otro, promueve nuevos estándares bajo los cuales las madres serán calificadas como “buenas” o “malas” madres, la teoría converge en la práctica en tanto lo mencionado en anteriores capítulos sobre la evolución del concepto de maternidad, aún se encuentra vigente e influye en la experiencia de ser madre durante el Siglo XXI.

CAPÍTULO 3

Movimiento de significantes de la maternidad

Ahora que se ha conceptualizado lo que es la maternidad, y descrito como es el ambiente hospitalario en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), junto con los distintos cambios que implican; es conveniente abordar ahora el cómo se moviliza la posición subjetiva de una madre dentro de estas salas de hospitalización.

Implicaciones subjetivas de las madres en UCIN

Previo a hablar específicamente sobre las madres, es importante mencionar las afectaciones emocionales por las que atraviesan las familias en UCIN debido a que, en la mayoría de los casos, este puede ser un lugar de sostenimiento o al contrario representar un motivo de angustia adicional para ellas. Alonso (2017) va a decir al respecto: “Los padres . . . manifiestan generalmente una primera respuesta de shock y pánico, seguida de otras emociones como culpabilidad, angustia, indicios depresivos, etc, viéndose incapaces de hallar soluciones, tomar decisiones o hacer frente a las situaciones diarias del niño” (p. 6). Con respecto a lo último se infiere que hace referencia a las necesidades de su recién nacido hospitalizado, las cuales están relacionadas a los cuidados en las salas de hospitalización, descritos en el capítulo 1.

Hay temores iniciales, emociones que quizás nunca habían experimentado antes, y una situación que, sobre todo para las madres primerizas, es nueva. Todo esto conlleva una angustia significativa para esta familia, en especial para los padres quienes permanecen más tiempo en el hospital, razón por la cual no es de extrañarse encontrar muchos casos de urgencias subjetivas en las salas de UCIN.

La hospitalización de un neonato es un episodio en el cual prevalece una actitud pesimista, después la autora explica que se adentran en una nueva etapa en la cual “buscan información que les ayude social, emocional y anímicamente a hacer frente a aceptar e incluir la enfermedad en el día a día, a partir de la cual tendrán que reorganizar la vida familiar” (p. 6). Es decir, la familia comienza a lograr un acomodamiento a la situación, pasa de un

momento de frustración a uno de acción, en donde se buscan recursos para hacerle frente lo mejor posible, y estos pueden ser tanto: emocionales, sociales, económicos, laborales, etc. Claro que en algunos casos esta etapa suele tardar, e incluso no desarrollarse.

La autora Soria (2012) menciona los tipos de ayuda y colaboración que ejercen los familiares en una situación de hospitalización del recién nacido: “la ayuda externa debe estar orientada a cuidar a los padres realizando para ellos actividades tales como limpieza, trámites, preparación de alimentos, acondicionamiento de ropa, de manera de facilitar que el cuidado directo del recién nacido” (p.28). Estas también son formas de involucrarse en la hospitalización y en los cuidados del recién nacido, y de brindar soporte a las madres primerizas. La realidad es que no siempre sucede y por lo general se ven madres en las áreas de neonatología que se encuentran angustiadas, descuidadas de sí mismas, y preocupadas por lo que será después una vez dada el alta hospitalaria.

Para las madres, la autora Serret (2014) afirma que la hospitalización del recién nacido es “una situación inesperada e impactante, necesitan cierto tiempo para la aceptación de un nuevo rol materno, deben aprender una nueva estructura que guíe sus deseos y su comportamiento” (p.95). Es un momento difícil en el cual decaen todas esas expectativas e ideales que venían formando desde el embarazo, no es el proceso por el cual algunas pensaron que iban a atravesar como madres primerizas, el cual estaba lleno de temores, pero estaban previstos y alertados; la hospitalización es un imprevisto, no lo tienen en cuenta, cuando llega provoca un impacto subjetivo significativo, que puede desencadenar muchas cosas.

A este nuevo acontecimiento surge la necesidad de acción, del qué hacer en este nuevo entorno: “este mismo ambiente permite . . . este nuevo comportamiento materno y paterno a partir del soporte y acompañamiento del equipo asistencial. El entorno social puede percibirse como inhibidor de las actividades o como facilitador de las mismas, dependiendo de la situación vivida” (p.95), lo cual se mencionó cuando se hablaba de la familia. De estas madres se espera un reajuste, de ambiente, de expectativas, de significantes, entre otras; pero en este proceso no se encuentran solas, puesto que los

hospitales ponen a disposición planes y capacitaciones a sus colaboradores para que tengan una participación dentro de este.

Algunos síntomas que padecen las madres que tienen a su neonato hospitalizado: “el desánimo, tristeza, sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido, síntomas de ansiedad acompañados o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor” (Torrecilla et al., 2023, p.112). La presencia prolongada de estos síntomas puede desencadenar trastornos mentales severos, sobre todo cuando la madre no solicita ayuda, ya que desde la experiencia de la práctica se evidencia el sufrimiento materno silencioso, en donde prevalece la creencia de que nadie la entiende, la culpa, creer que esto solo le sucede a ella, y la angustia de recibir “malas noticias” (que su recién nacido no evoluciona y que por el contrario se está descompensado).

La forma en la que se manifiesta ese sufrimiento silencioso lo menciona la misma autora, la incapacidad que presentan para realizar los cuidados de su hijo o hija. Una vez más desde la experiencia de la práctica se pueden encontrar madres quienes tienen dificultades al momento de alimentar a su hijo, cambiarlo, realizar algún procedimiento médico acompañado por las enfermeras, e incluso hay miedo de tocarlos; en los casos más extremos ni siquiera pueden verlos. Los mismos autores más formalmente dicen: “manifestaban mayores índices de torpeza y vacilación cuando asumían el cuidado pleno de sus hijos, demoras en el establecimiento del vínculo y aumento de angustia y ansiedad” (p.113).

Todos estos malestares y angustias producidas por el contexto hospitalario al que se tienen que enfrentar las madres, afectan el vínculo que tiene con su recién nacido, Soria al respecto dice:

El vínculo entre la madre y su hijo se comienza a generar desde su concepción, desarrollándose a través de toda la gestación y el apego es un tipo de vinculación estrecha que caracteriza a una relación muy sensible entre la madre y el recién nacido. Las interferencias tales como separación temprana, circunstancias especiales no esperadas o las proyecciones de la madre, pueden alterar esa relación y afectar el desarrollo del neonato a nivel físico, emocional o social. (p.22)

La autora explica que el vínculo entre madre e hijo es el producto de las expectativas de la madre que se vienen formando desde el embarazo, o incluso desde la planificación del mismo, y es por interferencias que este se ve afectado, una de estas es la hospitalización de su neonato. Entonces es pertinente preguntarse ¿cómo se ve afectado?, ¿de qué manera se ve afectado?, ¿qué cambia?, ¿qué sucede subjetivamente con esta madre?

Al respecto “el nacimiento de un hijo es “un acontecimiento en el cual se daría un encuentro entre fantasma y realidad, entre objeto interno (bebé en gestación), y externo (recién nacido)” (Gutton, citado por Ruiz, 2019, p.210). Es decir, en un proceso de embarazo y nacimiento dentro de lo normativo se produce un encuentro subjetivo entre lo que fantaseaba y lo real, que hasta cierto punto es lo que se esperaba. Pero en aquellas madres que sus hijos deben ser internados en las salas de UCIN, esta situación ni siquiera se encontraba representada o contemplada, por esta razón es que se produce todas estas sintomatologías mencionadas, los estados emocionales por los que tiene que pasar la familia y en especial la madre.

La misma autora continúa mencionando lo que produce la internación en la subjetividad de las madres, una vez que su recién nacido es dado de alta, ella habla de una:

‘Parentalidad compensatoria’. Esta surge de representaciones del niño como vulnerable . . . y la necesidad del padre, de la madre, de compensar, luego del alta del niño o la niña, de los sufrimientos que ellos suponen debieron significar la internación y los cuidados, en algún caso agresivos (para la mente de los padres), a los que fue sujeto el bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). Los efectos de esto pueden dar lugar, por ejemplo a una sobreprotección, o a la no puesta de límites de parte de los padres, situación que marca en la crianza, comportamientos compensatorios de estas primeras experiencias. (p.213)

El malestar generado en las salas de UCIN no se merma una vez dada el alta hospitalaria, si bien se produce en las madres un alivio en ese momento por la oportunidad de tomar por primera vez con sus propias manos su rol materno, sin interferencias médicas, no se olvida el sufrimiento vivido allí por

lo que, como dice la autora, es que las madres tienden a compensar ese tiempo en donde su hijo padeció de muchos dolores, y lo hacen a través de la sobreprotección durante la etapa de la infancia y adolescencia, e incluso puede llegar a la adultez. Para entender mejor lo expuesto, es necesario explicar cuál fue la mirada de esta madre sobre el niño hospitalizado, y los significantes impuestos sobre el mismo.

Significantes que se pueden alojar en un neonato

Para explicar cómo influye la posición subjetiva de la madre ante la enfermedad de su recién nacido, el autor Barros trae un análisis de Alfred Adler con un personaje histórico: el kaiser Guillermo II de Alemania, cuyas características principales era su modo autoritario, pretensión de omnipotencia, intolerancia a toda crítica y consejo, rechazando cualquier influencia, e ideas megalómanas. Adler dice que todas ellas surgen a partir de un complejo de inferioridad relacionado con su atrofia congénita en su brazo, a manera de compensación. Por otro lado, menciona el aporte de Freud al caso argumentando que dentro de la personalidad de Guillermo II había una figura muy importante, la madre, quien no ocultó su mirada de decepción ante su condición, fue mirado como un cuerpo defectuoso (Barros, 2011, p. 50).

En esta ejemplificación se puede ver el deseo materno puesto en juego, como se evidencia según Freud, es la mirada de esta madre la que determinó la subjetividad del kaiser, una mirada de decepción que lo empuja a refugiarse en esas actitudes e ideas de grandeza, que lo orilla a tener que compensar, a buscar una solución al estrago producto del deseo materno.

Así como el kaiser Guillermo II, los recién nacidos dentro de las salas de UCIN se ven expuestos a adquirir diversos significantes únicamente por el hecho de haber sido internados. Ruiz (2019) menciona que prevalece “una mirada paterna ‘medicalizada’ y una percepción del mismo cómo ‘vulnerable’ (p. 209). Como se mencionó antes, no era el niño que en un principio se había imaginado, no fue el niño sano, completo, ni ideal, ni siquiera se puede decir que fue contrario a lo que se esperaba, porque no se tenía pensado algo así.

Los significantes alojados en este neonato están relacionados con la fragilidad y la enfermedad que mostró el niño al nacer, las cuales le impidieron a las madres estar con ellos desde el nacimiento, como hubieran querido. La

misma autora afirma que cuando el recién nacido hospitalizado crece “percibe que los padres lo estiman ‘vulnerable’ y actúa desde aquí, manifestando un ‘comportamiento de riesgo’ que refuerza la sobreprotección o expresando en ‘el plano somático’, ciertos síntomas que dan origen a múltiples consultas pediátrica” (p. 212). Aquí se menciona como subjetivo el niño estos significantes alojados desde su nacimiento, siendo este uno de los tantos caminos subjetivos que puede seguir, otro de ellos es el ejemplo del kaiser, la realidad es que dependen del caso por caso. De todos modos, estos determinan el modo de vivir de los niños, cómo se posicionan subjetivamente ante el mundo.

Ruiz también brinda una explicación de la mirada desde lo social para estos recién nacidos. Menciona que las “representaciones sociales ligadas a un ‘estereotipo del prematuro’ como frágiles, más pequeños, menos activos y mediante expectativas negativas sobre su desarrollo en especial” (p. 212). Desde la experiencia de la práctica, las madres en UCIN comentan que las personas por fuera del núcleo familiar (amigos y familiares lejanos), tienen una mirada de desesperanza con respecto al niño, no únicamente por el riesgo de muerte inherente a las salas de hospitalización, también por el hecho de que, cuando es dado de alta, su desarrollo y desenvolvimiento nunca se va a asemejar a otros niños que no fueron internados, es decir, surgen las comparaciones con tendencia a negativizar el desarrollo del neonato.

Mucho se ha hablado sobre la pérdida por la que atraviesan las madres primerizas, la que está relacionada con sus expectativas e ideales del niño que imaginaron tener, y que en su lugar la realidad fue otra. Cuando ocurre esto, las madres atraviesan por un duelo, no necesariamente de muerte; sino un duelo de lo simbólico.

Duelo y melancolía

Desde lo social, el *duelo* es concebido como un proceso al que debe enfrentarse todo aquel que ha perdido a un ser querido; coloquialmente llamado *luto*, en la actualidad toma relevancia y capta la atención de la medicina en tanto las manifestaciones clínicas del mismo parecen rozar lo patológico, tal es el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2004), el cual

aporta a la concepción que, quienes lo atraviesan, suelen presentar sintomatología característica de un episodio de depresión mayor como “sentimientos de tristeza . . . , insomnio, falta de apetito y pérdida de peso” (pp. 716-717) que, ciertamente puede observarse en madres que han perdido a sus hijos.

Sin embargo, la intención de la investigación no es recoger esta experiencia del duelo, de naturaleza física, y para ello, el psicoanálisis aborda la tónica desde un lugar un tanto distinto. No se desestima por ello la existencia del duelo frente a la pérdida real de un objeto, pues es “por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc” (Freud, 1917, p. 241). Con énfasis en la segunda parte del enunciado, se abre paso a considerar que el duelo también es referido frente a una expectativa, dígase de todo lo que una madre fantaseaba sobre su embarazo, que es perdida y debe abandonarse, como ocurre al recibir un diagnóstico asociado a la enfermedad.

Considerando la exigencia de la época por la inmediatez, es importante hacer la precisión de que “a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará” (pp. 241-242). Se entiende, por tanto, que más allá de acallar los síntomas superficiales, vale darle un lugar y procurar entenderlo para producir efectos (como es el atravesamiento del mismo)

Es posible realizar una suerte de ordenamiento para el proceso del duelo, que no es de orden cronológico, como lo son las *etapas del duelo*, sino de carácter lógico en tanto corresponde a la economía libidinal.

1. Como inicio, frente a la pérdida, el principio de realidad le muestra al sujeto que el objeto de amor deja de existir, así por ejemplo una madre que soñaba con que su hijo fuese futbolista, debe enfrentarse a abandonar dicho ideal cuando recibe un diagnóstico de una malformación en las piernas de su hijo.
2. Posteriormente, el sujeto siente la necesidad de eliminar libido de todo lo que pueda ser enlazado a dicho objeto, de deshacerse de toda idea

que lleve a la madre a recordar esta desilusión, es decir, de la posibilidad del niño de jugar fútbol.

3. Se antepone una renuencia a abandonar por completo la libido, pudiendo convertirse en una psicosis alucinatoria para conservar el objeto, como puede ser el caso de una madre aferrada a su deseo, yendo en contra de todo pronóstico de la medicina que considera que la malformación es temporal.
4. En normalidad, persevera la realidad, pero puede no ocurrir inmediatamente, por lo que la madre renunciaría a su ideal para pasar a priorizar la mejoría del niño, comprendiendo que el que no pueda dedicarse al fútbol no es lo peor.
5. Los recuerdos y expectativas sobre el objeto son sobreinvertidos, disipando la libido (p. 243) Y pasarían a ser reemplazados por un nuevo objeto de amor, un nuevo ideal, el cual bien puede ser la recuperación del estado de gravedad del neonato o la asignación de otra profesión deseada al hijo.

Según Freud, existe una segunda posición frente a la pérdida real de un objeto: la *melancolía*, que guardaría muchas similitudes con la noción de duelo como:

El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior . . . la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor . . . el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. (p. 242)

La melancolía sería vivida como más drástica, y a diferencia del duelo, en el cual la libido es desplazada de un objeto a otro nuevo, en la melancolía sería ubicada en el Yo, así “la identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor” (pp. 246-247), garantizando que no haya pérdida, que se conserve de alguna forma el vínculo de amor.

En ambas posiciones se presenta un semblante de tristeza que, para la diferenciación de los conceptos, se precisa que funciona de maneras distintas:

dado que existe un viraje de la investidura libidinal hacia el Yo (respuesta narcisista), la degradación o queja no se exterioriza, sino que se atribuye a sí mismo, de esta forma “lo esencial no es, entonces, que el melancólico tenga razón en su penosa rebaja de sí mismo, hasta donde esa crítica coincide con el juicio de los otros. Más bien importa que esté describiendo correctamente su situación psicológica” (p. 245), el punto de comparación para las verbalizaciones pesimistas de la madre no sería la opinión del resto sobre ella, sino la medida en que el amor por el objeto ahora es odio.

Bien es cierto que no toda madre parece “caer” en esta categoría de melancolía, se encuentra sentido en el hecho de que “si el objeto no tiene para el yo una importancia tan grande, una importancia reforzada por millares de lazos, tampoco es apto para causarle un duelo o una melancolía” (p. 253). Dentro de la experiencia preprofesional, los casos de ausencia de duelo parecen ser inexistentes, de maneras diferentes, cada madre atraviesa el duelo al recibir un diagnóstico.

Para aclarar esto, es importante retomar la segunda parte de la frase de Freud (1917), sobre el duelo como una pérdida de “una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc” (p. 241), como se mencionó antes, el diagnóstico de una enfermedad implica un enfrentamiento al duelo. Fernández (2023), describe a la pérdida como:

Un estado en el cual se deja de poseer, lo que se tenía, por alguna circunstancia y ya no se tendrá más . . . hablamos de la falta o ausencia de algo que se tenía y valoraba, incluso puede tratarse de algo que formaba parte de tu identidad como persona.” (párr. 2)

La autora, nuevamente nos remite a lo que Freud consideraba sobre el duelo, contribuyendo con otro punto importante, con brevedad abordado anteriormente: la relación del objeto perdido con la identificación como sujeto. Los ideales que se forman durante el embarazo, aunque principalmente ubicados en el neonato, también pasan a formar parte de la madre misma, en tanto un niño dotado en artes, vuelve de la mujer *la madre* del niño dotado, y por lo tanto, con un diagnóstico de enfermedad, la pérdida de expectativas

también es pérdida de lo determinante para su subjetividad; Melanie Klein (1975), corrobora lo mencionado al decir que en el duelo:

La pena por la pérdida real de la persona amada está en gran parte aumentada . . . por las fantasías inconscientes de haber perdido también los objetos "buenos" internos. Se siente . . . que predominan los objetos internos "malos", y que su mundo interno está en peligro de desgarrarse. (p. 345)

Las cuales guardan relación con las figuras parentales, Klein retoma en su obra, la importancia de la percepción de dichas fantasías para la reacción frente a la pérdida, asociándolo con la aparición de una posición maníaca o depresiva.

Resignificación de la maternidad

Queda por delante, entender la relación e influencia de un diagnóstico asociado a la enfermedad en un neonato sobre la posición subjetiva de una madre, de qué forma todo lo introyectado durante la infancia, incluida la salida del Edipo y los deseos moldeados por la exigencia de la época, puede verse rectificado a partir de un evento que atraviesa al cuerpo y la psiquis de la mujer, por lo cual es pertinente recopilar lo analizado por otros profesionales, además de realizar un análisis propio de lo observado en prácticas preprofesionales.

Las tres profesionales de la salud entrevistadas han encontrado, en su ejercicio clínico, experiencias de madres con duelo diagnóstico. La psicóloga Quijije corrobora la importancia de la tónica al plantear el diagnóstico de un neonato como el principal motivo de consulta, sobre esto comenta que:

Las madres "pensaban que sus hijos iban a nacer completamente estables, pero cuando están en labor de parto sucede todo lo contrario entonces es como una expectativa que ellas tenían versus la realidad, es un choque que causa mucha tristeza y produce sentimientos hostiles."

La psicóloga Mackenzie por su parte, relata que es muy frecuente encontrar a madres primerizas con "ansiedad frente al diagnóstico que tenga su recién nacido" y la psicóloga Gavilanes menciona que aquello a lo que se enfrentan

las madres, se trata de un “proceso de duelo ante lo nuevo”, y se le atribuye “la culpa (es decir) si fue un niño deseado o no deseado, por qué no se cuidó, etc”, llegando inclusive a observarse un “rechazo hacia ese niño.”

Todas exponen situaciones y emociones relacionadas a la noticia de recibir un diagnóstico relacionado con algo que no marcha bien, que no es otra cosa que el antecedente a atravesar el duelo; se abre con ello la pregunta sobre si dicho duelo es vivido por todas las madres por igual, o si existen condiciones bajo las cuales el duelo se complica más. Sobre esto, la psicóloga Quijije considera:

Al ser una madre primeriza tiene mucha más expectativa y no sabe qué es parir, qué es un quirófano, qué se realiza, si es con anestesia o no, qué es lactar pero para una madre que ya ha tenido varios hijos, ya ha pasado por este proceso (y es común) que no se sienta 100% nerviosa.

La psicóloga Mackenzie resalta que toda madre, primeriza o múltipara, durante una hospitalización experimenta la misma angustia, aunque habrá factores que influyen puesto que “hay madres que están muy tranquilas, no tienen la ansiedad exacerbada a diferencia de las que tienen un primer hijo, ni tan presente la idea de muerte como suele pasar cuando alguien nunca ha podido tener hijos.” La psicóloga Gavilanes comenta que “el temor ahí [en el área de neonatología] es la muerte y no hay mayor diferencia de una madre primeriza o no pero sí se instauran nuevos puntos como tener un temor o culpa por dejar a otros hijos.” considerando así que quien vive el duelo de forma más complicada son las madres múltiparas.

Con esta última aportación no se descarta la población seleccionada para la investigación como foco principal, se reconoce que las madres múltiparas se enfrentan a otras situaciones que convergen con el duelo del niño hospitalizado, sin embargo, es innegable que toda madre primeriza se enfrenta al duelo del diagnóstico, en conjunto con la reconstrucción de su maternidad.

CAPÍTULO 4

Marco metodológico

Enfoque

En el siguiente trabajo, debido al área temática que comprende el tema, se empleó un enfoque de tipo cualitativo, en el cual se “utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. Se guía por áreas o temas significativos de investigación” (Hernández, et al., 2014, p. 7).

Paradigma

Se empleó el paradigma interpretativo, que, según la autora Ricoy (2006) “constituye una reflexión en y desde la praxis, conformando la realidad de hechos observables y externos, por significados e interpretaciones elaboradas del propio sujeto, . . . énfasis en la comprensión de los procesos desde las propias creencias, valores y reflexiones” (p. 17), es decir, se enfatizó en cómo estos sujetos interpretan el ser madre de un neonato con diagnóstico médico desde su realidad.

Método

El método utilizado es el descriptivo, desde el cual “se busca especificar propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier fenómeno que se someta al análisis” (Hernández, et al., 2014, p. 92); en este caso, se buscó una descripción de la posición subjetiva de estas madres.

Técnicas e instrumentos

Para realizar todo lo propuesto, se empleó algunas técnicas de recolección de información como la entrevista, definida como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (Janesick, 1998, citado en Sampieri, 2014, p. 403). Dirigida a profesionales de psicología clínica con experiencia en el área de neonatología, para la aplicación de esta se contó con una lista de preguntas que servirán de apoyo para esta. La presentación de viñetas

clínicas descrita por Evans, et al. (2015) como “una descripción escrita breve y cuidadosa de una persona o situación, diseñada para simular características clave de una situación del mundo real” (p. 162).

La presentación de dichas viñetas clínicas fue obtenida de casos de madres primerizas en un hospital de la ciudad de Guayaquil y argumentado teóricamente. También se hizo uso de la revisión bibliográfica la cual “le sirve al investigador para conocer los antecedentes de un ambiente, así como las vivencias o situaciones que se producen en él y su funcionamiento cotidiano y anormal” (LeCompte & Schensul, 2013, citado en Hernández, 2014, p. 415) para abarcar más información sobre el fenómeno.

Población

La población, tomando en consideración lo descrito por Sampieri como aquella “sobre la cual se pretende generalizar los resultados” (p. 174) comprendió, por ende, a un grupo de 8 madres primerizas del área de Neonatología de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO 5

Presentación de resultados

A partir de la presentación de casos clínicos de madres primerizas con neonatos hospitalizados que fueron abordados durante las prácticas preprofesionales, se contemplaron los datos generales, un análisis fenomenológico y uno dinámico de cada caso con el propósito de plantear puntos de conexión teórica entre cada uno de ellos, en los cuales se buscó exponer la posición subjetiva inicial de la madre frente a 3 aspectos: 1) el deseo materno, 2) la dicotomía feminidad-maternidad y 3) las expectativas del embarazo; además de la modificación subjetiva producida a partir de la noticia de un diagnóstico asociado a la enfermedad en su neonato.

Viñeta A

Datos generales

- **Edad:** 23
- **Educación:** Secundaria cumplida
- **Profesión:** (se desconoce)
- **Estado civil:** Unión libre
- **Lugar de procedencia:** Guayaquil

Motivo de consulta: El personal médico de sala realiza interconsulta a psicología para brindar soporte emocional a los padres.

Diagnóstico del neonato: Recién Nacido pretérmino, Gastrosquisis y Dificultades respiratorias.

Análisis fenomenológico

Mujer de 23 años. quien se encuentra unida a su esposo de 25 años el cual trabaja en una distribuidora de medicamentos. Ambos viven con la familia de la madre: sus padres y 2 hermanas, desde que se tuvo conocimiento del embarazo.

Fue un embarazo inesperado, aunque mencionó que con su pareja deseaban tener un hijo dentro de dos años. Sin embargo, cuando tuvo conocimiento de su embarazo mencionó que se sentía nerviosa en un

principio, pero después de hablarlo con su pareja “entendimos que esto era muy bueno y que lo íbamos a aceptar”. Durante los primeros 2 trimestres no tuvo complicaciones en el embarazo, hasta que en el tercer trimestre se detectó el diagnóstico a través de una ecografía. Al principio refiere que sintió miedo y culpa por creer que había hecho algún mal movimiento para que el recién nacido desarrollara la gastrosquisis; pero también comenta que hubiera sido peor para ella encontrarse con esto al momento del parto, por lo que en ese momento comenzó a investigar sobre el diagnóstico y las implicaciones que tenía; razón por la cual la hospitalización ya estaba contemplada.

Análisis dinámico

La posición subjetiva frente al diagnóstico de su neonato se ha ido modificando conforme al tiempo en que ha permanecido en la hospitalización. Pasando de mostrarse en un principio optimista e involucrada en sus cuidados diciendo “tengo la convicción de que mi hijo va a salir de esta” y buscando alternativas que mejoren la calidad de vida de su hijo; a diferencia de las últimas sesiones en donde apareció la culpa ante el diagnóstico y evolución de su hijo mencionando “mi hijo se va a morir, no sé qué hice durante el embarazo para que esté así”, identificándose una posición subjetiva de culpa ante el diagnóstico.

Acerca de la dinámica familiar, se trata de una familia estructurada siendo la menor de 2 hermanas, y por la hospitalización de su hijo ha permanecido dentro de este núcleo familiar, junto a su esposo. En cuanto a la dinámica de pareja, menciona que la hospitalización de su recién nacido los ha unido más, al igual que la familia de ambos. Sin embargo, en sesiones posteriores refiere malestar respecto a su madre, ya que descubrieron que la enfermedad del neonato en cuestión es genética, y que un miembro de la familia de la madre de la paciente falleció por la misma condición. Ante esto, la madre de la paciente se culpa por el diagnóstico de su nieto, por lo que la paciente ha optado por no comentarle la evolución de su hijo, de esta manera busca "protegerla".

Durante el transcurso de estancia hospitalaria se han desarrollado algunos elementos de angustia, algunos superados y otros que permanecieron hasta

el fallecimiento del recién nacido. Una de ellas en la misma hospitalización, comentaba que se sentía frustrada por permanecer allí por dos meses sin poder dejar el hospital, ya temía que algo le sucediera a su hijo en su ausencia; además de que asociaba que el tiempo de la internación es el tiempo de sufrimiento del bebé. Otro elemento de angustia fue que, en un principio, una vez realizada la operación, el neonato iba a tener una calidad de vida bastante complicada, por las dietas a las que debía someterse; sin embargo, el procedimiento médico indicado no tuvo los efectos esperados y por el contrario empeoró su estado de salud, llevándolo a padecer problemas de nutrición en donde con el pasar de los días no mejoraba, lo cual generaba malestar significativo en la madre.

En cuanto a los mecanismos de defensa de la madre, resalta la negación con respecto al pronóstico del neonato, ya que el personal médico le indicó que, si la operación tuviese éxito, el tiempo de vida del recién nacido sería muy corto y que no habría forma de cambiar eso. A pesar de esto, la madre insistía en realizar un procedimiento médico que asegurase que su hijo pudiese vivir de manera óptima; pero poco después comprendió que esto no era posible en el caso de su hijo.

Y para concluir, con respecto a la maternidad, durante el periodo de hospitalización se mostró muy implicada en los cuidados de su hijo, aunque no estuvo exenta de temores y frustraciones, sobre todo cuando el personal médico le indicó que ella debía manipular la bolsa colostomía; sin embargo, gracias a la ayuda de las enfermeras y a su disposición pudo lograrlo sin problemas. Situaciones como estas fueron las que la madre mencionó para argumentar que su maternidad se vio bastante afectada, ya que no podía tenerlo en brazos (al comienzo de la hospitalización), no pudo realizar la lactancia, y más que nada le afectaba el no poder llevarlo a su casa. A pesar de esto, manifestaba estar feliz de tener a su hijo, ya que menciona que hizo que su esposo y ella fueran más unidos.

Viñeta B

Datos generales

- **Edad:** 19

- **Educación:** Primaria culminada
- **Profesión:** Trabajo en campo
- **Estado civil:** Unión libre
- **Lugar de procedencia:** Riobamba

Motivo de consulta: Personal médico realiza interconsulta al área de psicología para contención emocional y espacio de escucha por hallarse sola en la ciudad.

Diagnóstico del neonato: Prematurez, bajo peso y dificultad respiratoria a consecuencia.

Análisis fenomenológico

Mujer de 19 años, unida a su esposo de 21 años, ambos trabajadores de campo en Riobamba. Viven con la familia de B: su padre y sus hermanas desde su infancia y se mantuvo al unirse con su esposo.

Embarazo no esperado, pero acogido con emoción, la madre no deja el trabajo de fuerza a pesar de indicaciones del médico y frente a una caída, entra en labor de parto, causando que su hija nazca prematura, ambas son trasladadas desde Riobamba a Guayaquil debido a la ausencia de los equipos necesarios para el cuidado de la niña, lo que implicó la estadía de B en una ciudad que no conocía y sin ninguna fuente de apoyo, resultando en que la madre exprese angustiada constantemente su deseo de regresar y “llevarse a su niña a un hospital más cerca de casa” a pesar del estado de gravedad.

Análisis dinámico

La posición subjetiva de la madre frente al neonato es rectificadora durante toda la hospitalización en tanto, inicialmente, se prioriza el ser hija por sobre el ser madre, el estar cerca de su padre antes del bienestar del neonato, dicha posición es modificada a lo largo de las intervenciones para pasar a estar involucrada, desear conocer los detalles del diagnóstico de su hija y esperar mejoría en el diagnóstico.

La posición subjetiva frente al personal médico es negativa, en tanto se percibe como discriminada por el trato de los miembros del personal al provenir de otra provincia.

La dinámica familiar está caracterizada por una familia estructurada, es la hija mayor de 4 hermanas, atraviesa una pérdida de la figura materna durante la infancia, y vive en conjunto del padre y la pareja. Con respecto a los vínculos familiares, mantiene una relación estrecha con el padre, y cercana con el resto de los miembros de la familia.

Se identifican elementos de angustia, entre los que se puede mencionar al discurso médico, el cual provoca frustración y retraimiento, por lo que la madre procura no preguntar a pesar de no entender lo que se le explica. Por otro lado, el encontrarse sola en la ciudad, provoca altos niveles de angustia que expresa en un deseo insistente de regresar a su hogar, que es disminuido para el momento del alta médica.

Como mecanismos de defensa empleados por la madre, se identifica a la fantasía y negación, en tanto la madre argumenta cosas como “si la llevan en ambulancia con el oxígeno podemos estar más cerca de (la) familia y mejorará, yo sé que no va a pasarle nada”.

Por último, en cuanto al embarazo, antes de la hospitalización se identifica la existencia de deseo materno y el mismo es percibido como acceso a la adultez y la ganancia de un lugar junto a sus hermanas quienes tienen hijos a pesar de ser menores que ella. Durante la hospitalización la maternidad es percibida como angustiante y, por ejemplo, frente al no producir leche, la paciente se atribuye culpa por “no hacerlo bien.”

Viñeta C

Datos generales

- **Edad:** 26 años
- **Educación:** secundaria
- **Profesión:** (Se desconoce)
- **Estado civil:** casada
- **Lugar de procedencia:** Pedro Carbo

Motivo de consulta: Los médicos tratantes de sala realizan una interconsulta a psicología considerando la gravedad del diagnóstico y pronóstico del neonato.

Diagnóstico del neonato: Prematurez, dificultad respiratoria

Análisis fenomenológico

Mujer de 26 años reside en la ciudad de Guayaquil, pero su lugar de procedencia es en el cantón Pedro Carbo; y está casada con un hombre de 22 años desde hace 3 años.

Fue un embarazo no planeado pero deseado desde la edad de los 16 años. Durante los dos primeros trimestres de gestación no tuvo complicaciones, pero a comienzos del tercer trimestre tuvo preeclampsia, razón por la cual tuvo un parto prematuro, por cesárea, lo cual iba en contra de su expectativa de tener un parto natural.

Análisis dinámico

Su posición subjetiva frente a la maternidad se ha visto bastante afectada desde el diagnóstico de su hija, pasando de ser algo muy esperado y deseado desde hace muchos años atrás, a llegar a considerar que “no sirvo para esto”. Esto también ha desembocado en que se ponga en cuestión su feminidad y su valor como mujer, llegando a culpar a su cuerpo por “crear una hija defectuosa”. Cabe aclarar que cuando se indaga sobre su maternidad, ella mostró resistencia como mecanismo de defensa.

La condición de salud de su hijo ha sido elemento de angustia representativo en esta madre, puesto que conlleva algunas limitaciones en su interacción con ella, entre la más angustiante está el no poder darle de lactar, ni que reciba ningún tipo de alimentación, razón por la cual ya no permanece tanto tiempo en la sala como ella quisiera.

Con respecto a su dinámica familiar es a mayor de 7 hermanas, su madre le ha adjudicado el papel de “cuidadora” desde muy temprana edad, significativo que ha marcado su vida significativamente ya que a los 16 años decidió trabajar de niñera en otra ciudad, ocupación que ha mantenido hasta la fecha y que ha contribuido a la formación de sus expectativas de la maternidad “siempre quise tener mis propios hijos”. Su relación con su madre ha sido de carácter conflictiva, ya que argumenta “ella malcriaba a mis hermanas, les daba todo a ellas”, pero al mismo tiempo no le hizo saber su

malestar. Por otro lado, su padre falleció hace 3 años, suceso por el cual aún se encuentra atravesando en duelo.

Viñeta D

Datos generales

- **Edad:** 26 años
- **Educación:** Secundaria completa
- **Profesión:** (Se desconoce)
- **Estado civil:** Casada
- **Lugar de procedencia:** Durán

Motivo de consulta: Personal médico de sala realiza la interconsulta debido a que han identificado que la madre no se encuentra involucrada en los cuidados del neonato.

Diagnóstico del neonato: Microcefalia

Análisis fenomenológico

Mujer de 26 años quien reside en el cantón Durán en la provincia del Guayas, y está casada con un hombre de 27 años que se encontraba desempleado.

Fue un embarazo inesperado, en sus planes a futuro no se encontraba el ser madre, por lo que la noticia le causó un gran impacto. Tuvo complicaciones desde el segundo trimestre de embarazo, tiempo en el cual se detectó el diagnóstico a partir de una ecografía, le causó “inseguridad” y temor desde ese momento hasta ya estando en la hospitalización, debido al desconocimiento del mismo.

Análisis dinámico

Indagando sobre su posición subjetiva frente a la maternidad, se muestra temerosa ya que refiere no tener los conocimientos necesarios sobre el cómo ser madre, y la hospitalización de su recién nacido ha conllevado a que ponga en duda sus capacidades para el cuidado. Por otro lado, con respecto al diagnóstico, en un principio se encontraba muy tranquila, su posición subjetiva era de optimismo ya que el personal médico le ha comentado que no hay

afectaciones significativas asociadas a la enfermedad, pero aún así decía que tenía el pensamiento de que algo malo sucedía. Sin embargo, tiempo después presentó algunas complicaciones en el estado de salud de su neonato, representando elementos de extrema angustia y culpabilidad. Otro momento de malestar para la madre fue la noticia del embarazo ya que no deseaba tener un hijo, por lo que menciona “me tomó tiempo asimilar que iba a ser mamá”.

Esta culpa parece ser que se encontraba reprimida al comienzo, como mecanismo de defensa que no se dio a conocer hasta que la condición médica de su hijo empeoró. Además de presentar resistencias, ya que no quiso comentar a qué se debía dicha culpa.

En cuanto a la dinámica familiar, refiere que tanto su esposo como su madre se han visto bastante afectados por la hospitalización de su hijo, sobre todo por la falta de recursos económicos para sostener la misma. Y debido a esto, su esposo pasa la mayor parte fuera del hospital buscando empleo y pidiendo ayudas económicas. Esta situación ha dado paso a sentimientos de soledad por parte de la madre, lo cual ha afectado su deseo por sostener la maternidad y el vínculo con su neonato: no quiere tocarlo y no le gusta permanecer mucho tiempo en la sala, solo el necesario.

Viñeta E

Datos generales

- **Edad:** 26 años
- **Educación:** tercer nivel
- **Profesión:** Ama de casa
- **Estado civil:** Unión Libre
- **Lugar de procedencia:** Portoviejo

Motivo de consulta: Se realiza una interconsulta por parte del personal médico con motivo de brindar apoyo emocional a la madre debido a complicaciones en el estado de salud del neonato.

Diagnóstico del neonato: Prematurez, bajo peso al nacer

Análisis fenomenológico

Mujer de 26 años que reside en la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí. Su ocupación son las labores domésticas a pesar de haberse graduado de ingeniera comercial, esto debido a la falta de empleo. Su estado civil es de unión libre con un hombre de 27 años quien trabaja de panadero. Viven con los padres de su pareja.

Con respecto al embarazo, refiere que cuando tuvo conocimiento del mismo (en la 7ma semana) sintió miedo debido a que no lo esperaba, ya que había tenido algunos intentos fallidos de embarazo. Durante el periodo de gestación presentó algunas complicaciones, al igual que en el parto el cual fue realizado de emergencia (por cesárea) ya que peligraba la vida de su hija; razón por la cual fue hospitalizada. Esto fue algo que ya se contemplaba desde el segundo trimestre de gestación, debido a que las ecografías indicaban complicaciones; pero aun así ella esperaba tener un parto natural.

Análisis dinámico

La posición subjetiva de la madre con respecto al diagnóstico de su recién nacida es en un principio ambivalente: “un castigo o una bendición”, pero después parece ir tendiendo al primero ya que luego menciona “a veces pienso que lo que uno hace lo pagan los hijos”. Aquí se puede inferir que presenta sentimientos de culpa por la condición de salud de su hija.

Como elemento de angustia principal se identifica el diagnóstico del neonato, ya que remite en la madre un recuerdo traumático: “mi hermana menor falleció de la misma enfermedad de mi hija”, lo cual le ha representado un “bloqueo emocional” al momento de realizar los cuidados indicados por el personal médico y de recibir información de su pronóstico: “cuando los doctores vienen a darme información, siento que se me mete por un oído y se me sale por el otro, luego mi familia me pregunta y no sé qué responderles”, “no puedo cargar a mi hija sin ayuda, me da miedo hacerle daño, por eso prefiero dejarla en la termocuna”, “me siento en el limbo”, entre otros. Otro elemento de angustia es el duelo por las expectativas, debido a que ella esperaba dar a luz a su hija y estar con su familia lo más pronto posible; además de que el parto no fue como ella esperaba. También el factor

económico es otro elemento de angustia no únicamente para ella, sino también para el padre.

Todo lo mencionado ha influenciado en su maternidad, ya que en un comienzo prevaleció el deseo materno y después de la hospitalización este se vio trastocado, viéndose poco implicada en sostenerlo por la presencia de los temores.

En cuanto a la dinámica familiar la describe como disfuncional ya que, en su familia, se han manifestado agresiones tanto físicas como verbales provenientes de sus padres y de ella. En cuanto a la dinámica de pareja, comenta que hace unos años se separaron por conflictos de intereses, pero volvieron a unirse a finales del año 2022. Desde entonces no refiere malestar dentro de la relación.

Viñeta F

Datos generales

- **Edad:** 21 años
- **Educación:** Primaria culminada
- **Profesión:** Ama de casa
- **Estado civil:** Casada
- **Lugar de procedencia:** Guayaquil, Pascuales

Motivo de consulta:

Se realiza una interconsulta por parte del personal médico considerando el estado de gravedad del neonato para brindar acompañamiento a los padres.

Diagnóstico del neonato:

Prematurez, VIH a consecuencia de enfermedad de los padres.

Análisis fenomenológico

Mujer de 21 años, casada con su esposo de 39 años, con quien ha mantenido una relación durante 8 años, y quien trabaja en construcción mientras ella cuida de los 3 hijos (de él) de un compromiso anterior.

Embarazo planificado y deseado, a pesar de antecedentes de VIH en tratamiento por parte del padre, complicaciones a lo largo del embarazo para el neonato y la madre, son ingresados por medio del seguro.

Análisis dinámico

La posición subjetiva de la madre con respecto al neonato es asumida como milagrosa, en tanto se le aclaró que las posibilidades de embarazo además de bajas eran riesgosas, dicha posición no es rectificadas a lo largo de la hospitalización en tanto es mantenida por el discurso religioso.

La dinámica familiar se caracteriza por una familia estructurada, con vínculos cercanos entre la madre y los demás hijos del esposo, se ubica como madre de ellos a pesar de la cercanía en edad con el mayor, rol que es acogido por todos en el círculo familiar.

Los elementos de angustia identificados en la madre guardan relación con la gravedad del diagnóstico de la neonato, angustia que es reforzada por los pases de visita de los médicos al dar un mal pronóstico. La intervención terapéutica estuvo dirigida a disminuir esta angustia que sostienen los médicos.

Entre los mecanismos de defensa empleados por la paciente, se encuentra la negación de la condición de gravedad del neonato y la fantasía de observar cambios muy notorios en el estado físico, considerando que mejoraba.

Sobre el embarazo, anterior a la hospitalización, se identifica la presencia de deseo materno y el neonato representa una expresión del lazo afectivo hacia el esposo, en tanto “en el caso de que muera, siempre habrá una parte de él aquí” y a partir de ello, se llena un “vacío” en la vida de la madre. Durante la hospitalización, la maternidad empieza a girar en torno a la lactancia, la cual es imposible para la madre (debido a su condición de VIH) y por lo tanto, la madre se siente imposibilitada de acceder a ella, sin embargo, es atravesada mediante intervenciones en las que se procura la reflexión de la madre sobre otras maneras de ejercerla.

Viñeta G

Datos generales

- **Edad:** 20
- **Educación:** Educación superior iniciada
- **Profesión:** Ama de casa
- **Estado civil:** Casada
- **Lugar de procedencia:** Guayaquil

Motivo de consulta:

Se realiza interconsulta por parte del personal médico para brindar contención emocional y apoyo psicológico a una madre de mellizas, de las cuales la mayor fallece y la menor queda en condiciones de gravedad por prematuridad.

Diagnóstico del neonato: Dificultad respiratoria a causa de prematuridad.

Análisis fenomenológico

Mujer de 20 años, casada con su esposo de 31 años quien trabaja en una línea de cooperativas, viven en la casa de los padres de G, junto a su padre y hermanas.

El embarazo es inesperado, la madre recibe la noticia hasta un periodo avanzado de la gestación, llevaba un estilo de vida desorganizado y lo reajusta a partir de la noticia, la cual es recibida con alegría. Por constituir un embarazo gemelar, las condiciones son de alto riesgo, y el parto se ve adelantado causando que el nacimiento sea prematuro y se complique. G pierde a una de las mellizas y no se le es informado hasta que la segunda melliza es transferida a otra institución hospitalaria, no le es posible a la madre asistir al funeral de la primera melliza debido a que debe permanecer junto a la segunda y constantemente presenta pesadillas en donde puede ver a su hija.

Análisis dinámico

La posición subjetiva con respecto al neonato es modificada repetidas veces durante la hospitalización, favorecida por una separación temprana, G no se reconoce como madre de la niña inicialmente, con el contacto piel a piel se produce una rectificación a una posición de madre sacrificada, dejando de lado el cuidado propio por procurar la presencia en la sala, y para el momento del alta médica, la madre ajusta esta posición para suplir las necesidades del neonato además de priorizar su estado anímico.

Con respecto a la dinámica familiar, se identifica una familia estructurada, G mantiene una relación cercana pero ambivalente con el padre de la niña, los roles son confusos en tanto la pareja de G ubica en ella a “otra hija”, lo que causa conflictos entre los dos.

Entre los elementos de angustia ubicados, se encuentra la culpa por la condición médica de la neonato, la cual es disminuida mediante intervenciones en las que, a partir de su discurso, se devuelven dichos que dan cuenta del esfuerzo de la madre por procurar la salud de la niña, además del atravesamiento de la pérdida física de su primera hija.

Se identifica como principal mecanismo de defensa a la fantasía, manifestada a través de sueños en los que se conserva vivo el objeto de amor y en los que es capaz de ejercer su maternidad de forma ideal.

Sobre el embarazo, antes de la noticia no se identifica un deseo materno, en tanto se prioriza la experiencia de mujer, sin embargo, el embarazo es acogido abriendo paso a la instauración de este deseo y durante la hospitalización G se enfrenta a la dicotomía feminidad-maternidad.

Viñeta H

Datos generales

- **Edad:** 25
- **Educación:** Estudios superiores culminados
- **Profesión:** Licenciada en Marketing
- **Estado civil:** Unión libre
- **Lugar de procedencia:** Guayaquil

Motivo de consulta:

Se realiza interconsulta por parte del personal médico para brindar apoyo psicológico a la madre de un neonato con diversos diagnósticos.

Diagnóstico del neonato: Neonato con hidrocefalia, columna bífida y malformación del ano.

Análisis fenomenológico

Mujer de 25 años, recién egresada, unida a su esposo de 30 años, quien trabaja en Difare, viven en casa de los padres de H, pero solo conviven con el esposo de la madre.

Embarazo no planificado pero deseado a partir de la noticia, no hubo complicaciones durante el embarazo ni novedades sobre malformaciones al momento de realizar chequeos, por lo que el diagnóstico provoca grandes niveles de angustia que se intensifican en el primer encuentro con la imagen del neonato.

Análisis dinámico

La posición subjetiva de la madre frente al neonato es de culpa inicialmente, refiere de sí misma “lo traje a este mundo solo para sufrir”, asumiendo todo el peso de los diagnósticos del neonato, durante la hospitalización, esta posición es rectificada a partir de capacitación del personal médico sobre la condición del neonato e intervenciones psicológicas en las que se plantea la naturaleza de azar de la misma.

La dinámica familiar está caracterizada por ser una familia estructurada, vínculo estrecho con la pareja, constituye la principal fuente de apoyo, acompañándola durante la estancia hospitalaria.

Se identifican como principales elementos de angustia el diagnóstico mismo del hijo y las intervenciones quirúrgicas que deben realizarse a consecuencia de este, cuyos son disminuidos a partir de posibilitar un lugar en el que alejar dicha angustia, en conjunto con la evolución del neonato.

Existe una presencia marcada de culpa en su discurso como expresión de resistencia, por otro lado, algunos de los mecanismos de defensa empleados por la paciente para hacer frente a la angustia son la negación del malestar, lo cual constituye un obstáculo para el abordaje, y la identificación con la situación de gravedad de otros neonatos que no evolucionan, lo cual se antepone a la madre en forma de rumiaciones.

Sobre el embarazo, se identifica la presencia del deseo materno anterior a la hospitalización, y representa para la madre la realización de sí misma, el volverse madre, que ha sido deseado “desde siempre”. Se produce un duelo

diagnóstico a consecuencia de la gran cantidad de expectativas formadas durante el embarazo, por lo que la maternidad dentro de la estancia hospitalaria es vivida como angustiante a pesar de tener acceso al contacto físico (plan canguro) y dar el pecho.

Análisis de casos clínicos

A continuación, se recopilan información de los casos presentados en el capítulo 3, en donde se pretende analizar los aspectos y conceptos teóricos abordados en los capítulos anteriores de tal manera que se pueda dar cuenta el impacto de la atribución de un diagnóstico asociado a la enfermedad a los neonatos en la posición subjetiva de las madres con respecto a la maternidad, y la rectificación que se pudo lograr mediante intervenciones psicológicas.

Tabla 3. Análisis de viñeta A

Viñeta A		
	Posición subjetiva inicial	Modificación
<i>Deseo materno</i>	A pesar de que el recién nacido no fue planificado, el deseo materno se empezó a construir desde que la madre tuvo conocimiento del embarazo.	Una vez que tuvo conocimiento del diagnóstico de su hijo, y mientras permaneció en la estancia hospitalaria, este se vio trastocado llegando incluso a no desear volver a tener más hijos.
<i>Expectativas de la maternidad</i>	La madre nunca esperó ni preveía tener un hijo con un diagnóstico de enfermedad, ella espera tener a su hijo sano y llevárselo a casa.	Durante el periodo del embarazo se detectó la condición en la que venía el niño, desde ese momento la madre venía atravesando un duelo por los este ideal que no se podrían cumplir. A partir de ese momento presentó algunas defensas psíquicas, mostrándose optimista para negar la gravedad de la situación de su hijo. Llegó a presentar sentimientos de culpa por el diagnóstico y por la

		<p>posibilidad de que su hijo falleciera.</p> <p>A pesar de esto, se encontraba reelaborando estas expectativas mediante su implicación en los cuidados de su hijo e incluso estuvo en busca nuevas alternativas de tratamiento para mejorar su calidad de vida.</p>
<i>Dicotomía feminidad-maternidad</i>	En su discurso no se manifestó algún cuestionamiento con respecto a su feminidad	
Rectificación subjetiva	Las intervenciones que se realizaron fueron dirigidas a la rectificación de la culpa por el diagnóstico, logrando disminuirla; llevándola a la comprensión de que la condición de su hijo se debía a factores aislados.	

Tabla 4. Análisis de viñeta B

Viñeta B		
	Posición subjetiva inicial	Modificación
<i>Deseo materno</i>	A pesar de no producirse durante el tiempo esperado por la madre, se identificó en el discurso presencia de deseo materno con la noticia del embarazo que responde al acceso a la adultez, como medio, no como fin.	No existe una modificación de esta posición después del diagnóstico del neonato, se continuó manteniendo el deseo de ser madre.
<i>Dicotomía feminidad-maternidad</i>	Se priorizó la posición de hija antes que la de madre, ubicando su comodidad por encima de la mejoría de la niña.	El diagnóstico asociado a la enfermedad de su neonato, por sí solo no supuso una modificación de la priorización del ser hija.
<i>Expectativas del embarazo</i>	Las expectativas generadas durante el embarazo no fueron establecidas a partir del género de la neonato, debido al desconocimiento de la madre del mismo y de	No existió una modificación de las expectativas en tanto la madre sostuvo en el discurso religioso que la condición de la bebé mejoraría de forma milagrosa y las condiciones clínicas de

	la poca relevancia en el acceso a la adultez.	la neonato posteriores favorecieron la posición.
Rectificación subjetiva	En pro del bienestar de la neonato, las intervenciones apuntaron a la rectificación de la posición de hija a la de madre, logrando que durante la hospitalización se priorice el estado de salud y la mejoría de la niña, sin invalidar sus emociones en tanto su posición de hija.	

Tabla 5. Análisis de viñeta C

Viñeta C		
	Posición subjetiva inicial	Modificación
<i>Deseo materno</i>	A pesar de que fue un embarazo inesperado, el deseo materno se fue construyendo desde antes del embarazo.	Con el diagnóstico, el deseo materno se vio afectado, ya que apareció la duda sobre si ser madre era lo que quería.
<i>Expectativas de la maternidad</i>	Ella esperaba que su hija naciera sana y sin ninguna complicación, y que pudiera cuidarla en su casa, como a los niños que cuidaba en su trabajo.	El diagnóstico impactó significativamente en estas expectativas, llegando a manifestar culpa por la condición de su hija.
<i>Dicotomía feminidad-maternidad</i>	Como ella es la mayor de 7 hermanas y por su trabajo en el cuidado de niños, podría decirse que para ella el ser madre fue un rol que iba relacionado con el ser mujer.	Se cuestionó si ella “servía para tener hijos”. Su posición de mujer se vio afectada al considerar que su cuerpo tuvo la culpa del diagnóstico de su hija; y además de que no podía ser una buena madre
Rectificación subjetiva	Las intervenciones llevaron a una rectificación de este cuestionamiento de su feminidad y de su valor como madre, logrando que visualice nuevas formas de ejercer su maternidad dentro del hospital.	

Tabla 6. Análisis de viñeta D

Viñeta D		
	Posición subjetiva inicial	Modificación

<i>Deseo materno</i>	No hubo presencia de deseo materno antes del embarazo. Una vez que tuvo conocimiento de este, se comenzó a desarrollar.	Cuando se detecta la condición de su hijo (durante el embarazo) se produjeron en la madre dudas sobre su deseo de sostener la maternidad, llegando a presentar sentimientos de culpa.
<i>Expectativas de la maternidad</i>	Como se mencionó anteriormente, ya desde el embarazo presentaba dudas sobre sus capacidades para proporcionar los cuidados necesarios a su hijo; sin embargo, se mantenía en una postura de optimismo frente al pronóstico del paciente y esperaba poder llevarlo a casa pronto.	La estancia hospitalaria acentuó sus dudas sobre su capacidad de ser madre y, debido a complicaciones en el estado de salud de su hijo, sus temores se encarnan en la condición de su bebe, llegando incluso a considerarse como incapaz de cuidarlo.
<i>Dicotomía feminidad-maternidad</i>	Disfrutaba de su feminidad por lo que dentro de sus planes no estaba tener hijos.	El embarazo, al ser inesperado, produjo un duelo por esta transición de mujer a madre.
Rectificación subjetiva	Las intervenciones dieron lugar a que la madre pueda asumir su posición como madre frente a su hijo, procurando también que prevalezcan sus deseos más allá de la maternidad, llevándola a una reflexión de que no se trata de una pérdida total de su feminidad, sino de otra modalidad de la misma.	

Tabla 7. Análisis de viñeta E

Viñeta E		
	Posición subjetiva inicial	Modificación
<i>Deseo materno</i>	A pesar de ser un embarazo inesperado, el deseo materno se encontraba presente desde antes de que tuviera conocimiento de este, ya que en el pasado había tenido varios intentos de gesta.	Al momento del diagnóstico y de la hospitalización, este deseo materno inicial fue bastante afectado, llevando a que la madre no se viera implicada en los cuidados de su hija, afectando el vínculo y el deseo de sostener su maternidad.

<i>Expectativas de la maternidad</i>	La madre siempre quiso tener un hijo, no contemplaba que tuviera algún diagnóstico o complicación.	La necesidad de realizar un parto de emergencia, debido a las complicaciones de la neonato dentro del útero, representó un duelo para la madre, ya que ella esperaba un embarazo a término y un parto natural. Cuando ingresó a la estancia hospitalaria fue cuando se vieron bastante afectadas las expectativas iniciales, llegando a considerar su maternidad como un castigo.
<i>Dicotomía feminidad-maternidad</i>	Su feminidad no se vio afectada por el deseo de ser madre que mantenía desde antes del embarazo.	No se produjo una modificación de esta posición subjetiva inicial.
Rectificación subjetiva	Las intervenciones lograron esta rectificación de posición subjetiva de castigo a sostener una maternidad con limitaciones en el ejercicio de su rol, por los cuidados especializados que requirió su hija en UCI por algunos meses.	

Tabla 8. Análisis de viñeta F

Viñeta F		
	Posición subjetiva inicial	Modificación
<i>Deseo materno</i>	El embarazo fue percibido como milagroso y el deseo materno se encontró presente desde antes de la noticia del mismo, salida del Edipo.	No existió una modificación de esta posición después del diagnóstico del neonato, se continuó manteniendo el deseo de ser madre.
<i>Dicotomía feminidad-maternidad</i>	F se posicionó como madre experimentada antes que mujer, incluso desde antes de su embarazo, con los hijos de su esposo.	El diagnóstico de enfermedad favoreció la modificación de “madre con experiencia” para ubicarse como mujer que es madre primeriza, produciendo un cambio en la dinámica familiar. Se exacerbó el ubicarse como madre por sobre ser mujer.

<i>Expectativas del embarazo</i>	Las expectativas durante el embarazo giraron en torno al sexo del neonato, esperando que fuese una prolongación de la vida del esposo. Esperaba un bebé sano.	Se produjo una modificación de dichas expectativas en tanto la realidad la llevó a la misma, y fueron modificadas para ajustarse al sexo y al lugar dentro del círculo familiar.
Rectificación subjetiva	Las intervenciones apuntaron a devolverle a F la facultad de ser mujer además de madre, reflexionando sobre el deseo de un hijo como medio de conservación de su objeto de amor (su pareja), consiguiendo que se tomara en consideración ambas posiciones.	

Tabla 9. Análisis de viñeta G

Viñeta G		
	Posición subjetiva inicial	Modificación
<i>Deseo materno</i>	El embarazo fue inesperado pero el deseo materno fue establecido con la noticia, asegurándose de cuidar de sí misma al ser necesario para cuidar de su bebé. La maternidad no constituye la salida del Edipo pero evoca el deseo materno,	El fallecimiento de la primera gemela favoreció la modificación del deseo materno, provocando que la madre no desee ver o tocar a la segunda gemela. El diagnóstico de prematuridad abrió la posibilidad de un nuevo movimiento, ubicándose como madre predispuesta.
<i>Dicotomía feminidad-maternidad</i>	La madre disfrutó de su feminidad y no se encontraba dentro de sus planes el ser madre.	Se produjo un encuentro con la dicotomía feminidad-maternidad, obstaculizada por la pareja quien introdujo una nueva posición: "hija" Se estableció una modificación de la posición subjetiva, en tanto G fue capaz de reconocerse como madre de la neonato a partir del hacerse cargo de las exigencias del diagnóstico médico.
<i>Expectativas del embarazo</i>	Las expectativas generadas durante el embarazo fueron	Con el fallecimiento de una de las gemelas, la madre

	elaboradas a partir de la consideración del embarazo gemelar. Esperaba niñas sanas.	se vió empujada a modificar su posición frente a estas expectativas, aunque de manera compleja, la madre fue capaz de elaborar nuevas expectativas sobre su maternidad a partir de las posibles complicaciones del diagnóstico.
Rectificación subjetiva	Las intervenciones realizadas como practicante, en las que se procuró la búsqueda de la salida de la madre del lugar que ocupa en la dinámica de pareja (como hija), le permitieron a la madre acceder a la posibilidad de un punto medio, en el que el deseo materno se mantuvo, pero el cuidado de sí misma (como sujeto) también fue priorizado.	

Tabla 10. Análisis de viñeta H

Viñeta H		
	Posición subjetiva inicial	Modificación
<i>Deseo materno</i>	Presencia de deseo materno a pesar de lo inesperado de la noticia del embarazo, esfuerzos y cuidados para procurar un embarazo sin complicaciones.	Se produjo una modificación del deseo materno, la madre no deseó volver a atravesar por el embarazo de otro neonato corriendo riesgo de que se suscite la misma situación.
<i>Dicotomía feminidad-maternidad</i>	Posición subjetiva de madre involucrada y emocionada ante la idea de maternidad anterior a la hospitalización.	Modificación en la posición subjetiva a la de única culpable por la condición diagnóstica del neonato, como aquella que "lo trajo a sufrir al mundo."
<i>Expectativas del embarazo</i>	Las expectativas fueron elaboradas alrededor de una maternidad estereotípica, en la cual la madre pudiese cuidar y ejercer dicha maternidad con naturalidad desde su hogar después del parto.	El diagnóstico asociado a la enfermedad produjo una ruptura de estas expectativas, se atravesó el duelo de las mismas pero la madre no abandonó la posición durante la hospitalización en tanto le sirvió de sostén para no caer en angustia.

Rectificación subjetiva	Mediante intervenciones, la madre fue capaz de rectificar su posición de culpable a una posición de responsable por la mejoría del neonato, disipando la angustia asociada a la maternidad. Las expectativas creadas por la madre buscaron modificarse, sin embargo, fueron trabajadas en pro del ejercicio de la maternidad dentro de la estancia hospitalaria.
--------------------------------	--

Discusión

El análisis de casos, a partir de las diversas modificaciones que se producen en las áreas de las que se ha expuesto en capítulos anteriores, sustentó el principal argumento del presente trabajo: un diagnóstico asociado a la enfermedad produce cambios en la subjetividad de las madres primerizas que son experimentados como un duelo de expectativas sobre la maternidad. No está de más aclarar que la exposición de los 8 casos seleccionados, no constituyeron la totalidad de situaciones en las que se ha encontrado la presencia de estas modificaciones durante la práctica preprofesional.

Es claro que el que la madre sea primeriza o múltipara no influyó en el atravesamiento del duelo, pues la pérdida de expectativas sucedió igual sin importar la cantidad de hijos, sin embargo, se identificó como factor principal el que la estancia hospitalaria represente la primera experiencia de hospitalización de un hijo.

Un aspecto que resaltó en estos casos fue el de una maternidad inesperada, y el que con la vivencia de un embarazo fuera creándose el deseo materno, claro está que ésta no fue la realidad de todas, pero sí de la mayoría. Como se mencionó en los capítulos anteriores, y se evidenció en este análisis de casos, tanto el diagnóstico como la hospitalización fueron factores determinantes que afectaron en el deseo materno, debido a las limitaciones que conllevaron y la vivencia de lo nuevo (un ambiente hospitalario). Sin embargo, hubo madres que por su cuenta pudieron crear nuevas formas de maternidad en este ambiente, y otras en las que se necesitó la intervención de psicólogos para lograrlo, para poder maternizarse y resurgir el deseo materno ante estas nuevas condiciones.

Al respecto, el análisis posibilitó también la visualización del papel del psicólogo en esta problemática, pues es mediante sus intervenciones que las madres fueron capaces de rectificar una posición subjetiva que complejizaba la experiencia de la maternidad, dando paso hacia diferentes perspectivas en las que la madre pudo alojar a ese hijo enfermo y se asegurase el bienestar de la díada.

CONCLUSIONES

A partir del empleo de conceptos psicoanalíticos como el duelo, caracterizado por Freud; el deseo materno, desde Furman y Lacan; se realiza un análisis de la significación de la maternidad a través del tiempo, lo cual posibilita conocer cómo estos conceptos se movilizan en el ámbito hospitalario, un lugar nuevo, con nuevas vivencias y nuevos significantes. Esta articulación permite direccionar la investigación sobre los aspectos centrales de los casos seleccionados, determinando cómo se manifiestan las diversas posiciones subjetivas que puede presentar un sujeto frente a la maternidad, y a su vez lo vulnerables que pueden ser frente al diagnóstico de enfermedad.

Se logra contextualizar la experiencia de hospitalización y lo normativo de los partos, descubriendo en el desarrollo del mismo, que a pesar de hablarse de apego precoz al dar a luz, la realidad hospitalaria es diferente a consecuencia de varios factores entre los que destaca la complicación del estado de salud del neonato; por otro lado, se consigue establecer la implicación de dicho diagnóstico médico en la subjetividad desde diferentes áreas de la vida de la madre.

Se aborda la subjetivación del embarazo en madres según las exigencias y discursos predominantes de cada época a partir de bibliografía seleccionada y la experiencia profesional de psicólogas clínicas, lo que permite dar cuenta del cambio radical del embarazo y la maternidad para las mujeres en tanto actualmente no es limitante ni determinante de su subjetividad, en este sentido, puede coexistir el deseo de ser madre con el de ser algo más. Así mismo, se logra discernir que el significado del embarazo se construye a partir de la salida del Edipo y se refuerza por los ideales familiares y culturales.

A partir de la presentación de casos, se descubre que aunque en todas las mujeres la experiencia de ser madre de un neonato enfermo implica un duelo, la influencia de este diagnóstico en la posición subjetiva de la madre va a variar de sujeto a sujeto, principalmente sostenido en el significado del neonato dentro de los ideales de la mujer.

Si bien el trabajo está enfocado en una población de madres primerizas, es de importancia que se realicen futuros trabajos en los que el objeto de estudio sea constituido por madres multíparas, estableciendo una correlación o comparación con el presente trabajo.

Por otra parte, el trabajo no está exento de limitaciones, puesto que la cantidad de madres analizadas es baja, no puede decirse que se describe la experiencia de todas las madres primerizas, y por lo tanto se puedan dejar de lado otros aspectos de la misma. El tiempo de hospitalización de los neonatos también es un factor limitante, ya que por un lado algunos tuvieron recuperaciones muy rápidas, haciendo que el número de entrevistas sean menores, y por otro, el repentino fallecimiento de algunos neonatos hace que se vea interrumpido el abordaje con estas madres.

REFERENCIAS

- Abajo, S., Bermant, C., Cuadrada, C., Galaman, C., & Soto, L. (2016). Ser madre hoy: Abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género. *Musas*, 1(2), 20-34. doi:10.1344/musas2016.vol1.num2.8
- Aguilar, A., & Rivera, S. (2021). *Determinantes de la supervivencia neonatal entre los neonatos fallecidos entre 2014 a 2017 en Ecuador y registrados por el MSP: Un estudio de metodología mixta*. [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito.
- Aguirre, J., & Possetto, E. (2013). Posición subjetiva, fenómeno y diagnóstico en psicoanálisis. [Disertación investigativa]. Universidad Nacional de Córdoba. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/20469>
- Allende, L., & Rivera, J. (2017). Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Global*, 16(45), 295-308. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100295&lang=es
- Alonso, I. (2017). Impacto de la enfermedad crónica infantil en la vida familiar. [Tesis de grado]. Santander: Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11667/Alonso%20Exp%c3%b3sito%20In%c3%a9s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Arandia, V., & Bertrand, P. (2018). Mecanismos fisiopatológicos de taquipnea. *Neumología Pediátrica*, 13(3), 107-112. doi:<https://doi.org/10.51451/np.v13i3.211>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Asociación Americana de Psiquiatría. London.

- Aulestia, R., & Paredes, M. (2018). *El proceso de duelo en madres tras el diagnóstico de parálisis cerebral infantil en sus hijos e hijas en la Fundación "San Juan de Jerusalén"*. [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador], Carrera de Psicología Infantil y Psicorrehabilitación, Quito.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16520>
- Barros, M. (2011). *La Condición Femenina*. Grama Ediciones.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Buenos Aires: ePublibre.
- Berkoff, M. (2017). Descifrar a la mujer. virtualia. *Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (33), 52-55.
<https://revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/zmC8mOGLIe5xeQvBD2TC8elEaRENgPO05UWLPMru.pdf>
- Bernal, H. (2009). Las estructuras clínicas en el psicoanálisis lacaniano. *Revista Poiésis*. 9(18). 1-6.
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/141>
- Brodsky, G. (2004). *Clínica de la Sexuación*. Serie de Enseñanzas.
- Calmels, D. (2011). *Del sostén a la transgresión: el cuerpo en la crianza*. Argentina: Biblos. <http://www.aecassociacio.org/docs/Del-sosten-a-la-transgresion-D.Calmels.pdf>
- Castro, B., & Peñaranda, F. (2011). La comprensión de los significados de la maternidad. *Salud Colectiva*, 73, 333-345.
<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n3/333-345/es>
- Cerpa, B. (2019). *Prevalencia y características perinatales de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018*. [Tesis de grado]. Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Medicina Humana, Huacho.
<http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/2455>

- Cevallos, A., & Guadalupe, L. (2021). Conocimiento y cumplimiento sobre apego precoz en dos unidades de salud de la ciudad de Quito-Ecuador. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*, 5(3), 42-48. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1191/1080>
- Consolini, D. (2021). *Cuidados en recién nacidos y lactantes*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/cuidados-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/primeros-cuidados-del-reci%C3%A9n-nacido>
- Coronell, W., Pérez, C., Guerrero, C., & Bustamante, H. (2009). Sepsis neonatal. *Revista de enfermedades infecciosas en Pediatría*, 22(90), 57-68.
- Couto, D., Nápoles, D., & Montes, P. (2014). Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *Medisan*, 18(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000600014
- Cury, S. P.; Arias Astray, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de «diagnóstico social. Breve revisión bibliográfica de su evolución, *Alternativas*. Cuadernos de trabajo social [en línea], manuscrito aceptado. doi: 10.14198/ALTERN2016.23.01
- Delgado, D., Bravo, D., Placencia, M., & Sidar, S. (2021). Prevalencia de morbilidad neonatal. *Revista Científica Biomédica Higié de la Salud*, 3(2). <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/481>
- Doménech, E., González, N., & Rodríguez-Alarcón, J. (2011). *Cuidados generales del recién nacido sano*. En S. E. Neonatología, Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Neonatología (9-18). Madrid: ERGON.
- Domínguez, O., & Reyes Arellano, M. A. (2020). Una terapéutica psicoanalítica al trinomio y casuística de parentalidades. *Affectio*

Societatis, 17(33), 42–64.
<https://doi.org/10.17533/udea.affs.v17n33a02>

Dysart, K. (2021). *Hiperbilirrubinemia neonatal*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/hiperbilirrubinemia-neonatal>

Egan, F., Quiroga, A., & Chattás, G. (2012). Cuidado para el neurodesarrollo. *Revista de Enfermería*, 4-14. <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>

Evans, S., Roberts, M., Keeley, J., Blossom, J., Amaro, C., Garcia, A., Odar C., Canter, K., Robles, R., & Reed, G. (2015). Metodología basada en viñetas para el estudio de toma de decisiones clínicas: validez, utilidad y aplicación en los estudios de campo de la CIE-11. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160-170. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33738719009.pdf>

Faneite, P., Linares, M., Faneite, J., Martí, A., González, M., & Rivera, C. (2006). *Bajo peso al nacer*. Importancia. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 66(3), 139-143. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000300002

Fernández, H. (2023). El duelo ante la pérdida de la salud. En La web de la Salud. <https://lawebdelasalud.com/el-duelo-ante-la-perdida-de-la-salud/>

Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual (1905)*. En Freud, S. *Obras Completas*, Tom. VII, 109-222. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1910). *Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre*. Contribuciones a la psicología del amor I. En Freud, S. *Obras Completas*. 155-168. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía (1917)*. Obras Completas, Tom. XIV, 235-256. Buenos Aires: Amorrortu. <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/05/Freud-Amorrortu-14.pdf>
- Furman, M. (2018). *Sin agujero: tratamiento posible del autismo y de la psicosis en la infancia y adolescencia*. Tres Haches.
- García, & M, P. C. (1999). Proceso de maternidad: Un espacio de intervención psicológica para la prevención. *Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia*, 103-110. Girona. <https://www.seypna.com/documentos/articulos/garcia-proceso-maternidad.pdf>
- Gayoso, G. (2022). *Depresión post parto como factor de riesgo en el fracaso de la lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo*. [Tesis doctoral, Universidad Privada Antenor Orrego], Facultad de Medicina Humana, Trujillo. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8965>
- Guimarães, M. S. de F., dos Santos, I. M. M. da Silva, L. J. Christoffel, M. M., y da Silva, L. R. (2018). Parentalidade De Pais De Recém-Nascidos Hospitalizados Por Sífilis Congênita À Luz Da Teoria Das Transições. [Crianza de padres de recién nacidos hospitalizados por sífilis congénita a la luz de la teoría de las transiciones]. *Enfermagem*, 27(4), e1190017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001190017>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. Editorial *McGraw-Hill*. México. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigación-sexta-edicion.compressed.pdf>.
- Hoekelman, R. (2002). *Atención Primaria en Pediatría (Vol. 1)*. Madrid: Harcourt.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). *Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2021*.

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf

Izquierdo-Sánchez, L. y Ferrer-Ribot, M. (2018). Las experiencias del padre en las Ucin: una revisión desde la perspectiva de género. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16 (1), 55-69. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16102>

Izquierdo, S. (2018). *Factores favorecedores de la depresión postparto en primíparas*. [Tesis de grado, Universitat de les Illes Balears, Facultad de enfermería y fisioterapia], Palma. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150248/Izquierdo_Rabassa_Sofia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Klein, M. (1975). *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos (1940)*. En Klein, M. *Obras Completas: Amor, culpa y reparación*. 346-371. México: Paidós. https://www.academia.edu/45571176/OBRAS_COMPLETAS_DE_MELANIE_KLEIN

Lacan, J. (1978). *La Familia*. Argonauta.

Lacan, J. (2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia analítica. En J. Lacan, *Escritos 1*, 99-105. México: Siglo XXI. https://arditiesp.files.wordpress.com/2012/10/lacan_estadio_del_espejo.pdf

Laín, P. (1982). *El diagnóstico Médico: Historia y Teoría*. Barcelona: Salvat.

Lora, María Elena. (2003). *El niño y la familia desde el psicoanálisis. Una aproximación lacaniana*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS, 1(2), 25-28. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000200004&lng=es&tling=es.

- Mayhua, J. (2019). *Cuidados centrados en la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales* [Tesis de pregrado]. San Martín de Porres: Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7340/Cuidados_MayhuaQuispe_Jenny.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Manual de atención integral a la niñez*. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ni%C3%B1ez.pdf
- Miller, JA. (2005). El niño, entre la mujer y la madre. *Virtualia. Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 13, 2-5.
- Miller, J. (2006). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé*, 15(2), 93-103. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282006000200009&script=sci_arttext&tlng=en
- Montalvo, A., & Ávila, R. (2013). Factores maternos que predisponen el nacimiento del recién nacido de muy bajo peso. *Multimed*, 17(1), 82-97. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul131g.pdf>
- Montiel, M. (2016). La conformación psicosocial del maternaje y su impacto en la salud de la familia. *Psicología y Salud*. 26(1). 101-110. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1903>
- Naciones Unidas. (2022). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Ecuador. [ecuador.un.org: https://ecuador.un.org/es/sdgs](https://ecuador.un.org/es/sdgs)
- Ocampo, M., & Castillo, E. (2014). Cuidando a un hijo prematuro en casa: del temor y la duda a la confianza. *Texto & Contexto - Enfermagen*, 23(4), 828-835. <https://www.scielo.br/j/tce/a/bVvdmLS59D8qBShqR9w3dxx/?lang=es>

- Oberman, A. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, 115-130. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111258>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,a%20corto%20y%20largo%20plazo>.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- Palmer, C., & Mujsce, D. (2002). Enfermedades neonatales comunes. En R. Hoekelman, *Atención Primaria en Pediatría* (Vol. 1). 643-657. Barcelona: Harcourt S.A.
- Peller, M. (2011). Judith Butler y Ernesto Laclau: debates sobre la subjetividad, el psicoanálisis y la política. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 44-68. <https://www.scielo.br/j/sess/a/wxfsV4mwSmgpWHPHGczb3WC/?format=pdf&lang=es>
- Peña, A., Cardiel, L., Matamoros, M., Iturbide, L., Ávalos, J., & García, H. (2001). Sífilis Congénita. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Médica del Hospital General de México*, 64(4), 240-245. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=3909>
- Pérez, J. (2008). *Apnea en el periodo neonatal*. En A. E. Pediatría, Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría (37-42). Madrid: ERGON.
- Pérez, J., & Elorza, D. (2003). *Dificultad respiratoria en el recién nacido. Etiología y diagnóstico*. *Anales de Pediatría Continuada*, 1(2), 57-66.

- Pérez, J., Madrigal, E., Vargas, A., & Martínez, R. (2009). *Crecimiento y desarrollo de la etapa neonatal*. En R. Martínez, *Salud y Enfermedad del niño y del adolescente*, 140-147. Jalisco: Manual Moderno.
- Persano, H. (2018). *La teoría del apego*. En H. Persano, *El Mundo de la Salud Mental en la Práctica Clínica*, 157-177. Akadia. https://www.researchgate.net/publication/338825868_La_Teoria_del_Apego
- Portugal, V. (2017). *Diagnóstico empresarial*. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1489/Diagn%C3%B3stico%20Empresarial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quiroga, A. (2014). *Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria*. Plan de cuidados de enfermería. *Enfermería Neonatal*, 4(1), 4-9.
- Rasmussen, B., Hidalgo, A., Martínez, R., & Martín, C. (2009). *Atención médica de la salud enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario*. En R. Martínez, *Salud y Enfermedad del niño y del adolescente*, 45-62. Jalisco: Manual Moderno.
- Rellán, S., García, C., & Aragón, M. (2011). *El recién nacido prematuro*. En S. E. Neonatología, *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Neonatología* (págs. 51-57). Madrid: ERGON.
- Rossel, K., Carreño, T., & Maldonado, M. (2002). *Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido*. *Revista Chilena de Pediatría*, 73(1), 15-21. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000100004&script=sci_arttext
- Ricoy, C., (2006). *Contribución sobre los paradigmas de investigación*. *Educação*, 31(1), 11-22. <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>

- Rodríguez, J., & Figueras, J. (2008). *Ictericia Neonatal*. En A. E. Pediatría, Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Neonatología (372-383). Madrid: ERGON.
- Ruiz, A. L. (2019). Nacer prematuro. Encrucijadas vinculares a lo largo de la niñez y la adolescencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 23(2), 205-218.
<https://www.redalyc.org/journal/3396/339666659010/339666659010.pdf>
- Santana, N. (2016). *Embarazo y hábitos tóxicos: repercusiones en el recién nacido*. [Tesis de grado]. Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud, San Cristóbal de La Laguna.
- Santelices, L. (2001). La familia desde una mirada antropológica: requisito para educar. *Pensamiento Educativo, Revista De Investigación Latinoamericana (PEL)*, 28(1), 183–198.
<http://cuadernos.info/index.php/pel/article/view/29279>
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de feminidad. *Clepsydra*, 169-183.
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/14802/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Saltzman, M. J. (2010). *El diagnóstico en psiquiatría: una problemática actual*. En la XXIV Jornada de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Provincia de Buenos Aires. XI Jornadas de Residentes de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires, *Capitalismo, Sujeto y Lazo Social*. 15-367. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec98.pdf#page=272>
- Salvía, M., Alvarez, E. & Cerqueira, M. (2008). *Hijo de madre diabética*. En A. E. Pediatría, Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría (134-138). Madrid: ERGON.

- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025. [cepal.org: https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf](https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf)
- Serret, M (2015). *El cuidado enfermo del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal* [Tesis de doctorado]. Universitat Rovira i Virgili. <https://www.tdx.cat/handle/10803/285312#page=1>
- Soler, C. (1995). *Los diagnósticos*. En Freudiana Nº 16. Catalunya: Escuela Freudiana de Psicoanálisis, 1996.
- Soria, R. (2012). Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. *Revista Enfermería Neonatal*, (13). <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2012/05/Educaci%C3%B3n-a-los-padres-del-reci%C3%A9n-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>
- Tejerina, H. (2007). Asfixia neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 46(2), 145-150. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v46n2/v46n2a12.pdf>
- Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C., & Lombardi, G. (2007). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/el_proceso_diagnostico_en psicoanalisis.pdf
- Tendlarz, S. (2013). *Las mujeres y sus goces*. Colección Diva. Buenos Aires.
- Torrecilla, N. M., Wadheim-Arizu, J., & Contreras-Zapata, D. I. (2023). Ansiedad, Depresión e Interacciones Vinculares en Madres de Prematuros Durante el Período de Internación en una Unidad de Cuidados. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN* -

ISSN: 2697-3456, 7(12), 111–124.
<https://doi.org/10.46296/yc.v7i12.0277>

Universidad Católica Santiago de Guayaquil. (2020). Dominios Institucionales.
ucsg.edu.ec: <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>

Valdivia, C. (2008). *La familia: concepto, cambios y nuevos modelos*. *Revista la Revue du REDIF*, 2(1), 15-22.
<https://www.edumargen.org/docs/2018/curso44/intro/apunte04.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista a la psicóloga clínica Katherine Quijije

1. *¿Cuáles han sido los principales motivos de consulta de las madres primerizas?*

Dentro del área de neonatología, el principal motivo de consulta es el diagnóstico de sus hijos, ellas pensaban que sus hijos iban a nacer completamente estables, pero cuando están en labor de parto sucede todo lo contrario entonces es como una expectativa que ellas tenían versus la realidad, es un choque que causa mucha tristeza y produce sentimientos hostiles.

2. *¿Considera que son diferentes a los de las madres multíparas? ¿Por qué? ¿En qué son diferentes?*

Si son diferentes, al ser una madre primeriza tiene mucha más expectativa y no sabe una madre primeriza que es parir, no sabe que es un quirófano, no sabe que se realiza, no sabe si es con anestesia o no, no sabe que es lactar pero para una madre que ya ha tenido varios hijos, ya ha pasado por este proceso no se sienta 100% nerviosa

3. *Desde su experiencia, ¿considera que ambos tipos de madres atraviesan las mismas necesidades? ¿Cuáles serían?*

Si, porque se encuentra atravesando el duelo del diagnóstico de este hijo, ¿a qué nos referimos con esto? que ellas pensaban que iban a llevarlo a su casa, que todo iba a estar bien, que iban a llevar un proceso de recuperación como de las otras madres, pero la realidad es que sucede todo lo contrario. Y también puede existir una comparación con otras madres “tal vez mi amiga dio a luz a las mismas semanas que yo, pero ella ha salido bien y no sé porque yo estoy acá con mi hijo” esto independientemente de si es primeriza o multípara.

4. *¿Cuáles son los principales factores estresantes a los que se enfrentan las madres primerizas?*

El cambio de contexto por el que atraviesa en esos momentos, el hecho de no estar en sus casas, a nuevos horarios, en la cual se tienen que levantar cada 3h o 4 4h, pero es muy diferente hacer esto estando en casa y estando en un hospital por el hecho de que duermen en sillas. Otro factor estresante

al que se ven expuestas son las preguntas realizadas por otras personas, más comúnmente en familiares y amigos, las cuales suelen tratar de la recuperación del niño: “¿cómo está tu hijo?”, “¿cuándo sale?”, “¿se va a recuperar?”; entonces estas madres al escuchar estos tipos de preguntas les causa más estrés que tranquilidad, porque hay madres que no saben cómo contestarlas, ni siquiera los doctores pueden dar una respuesta certera de esto. Otro factor estresante es el hecho de que se quedan en el hospital solas, a veces no les permiten traer a más de dos familiares, lo cual es esencial en estos momentos que son críticos en donde se requiere un apoyo familiar mucho más amplio, pero no, a veces solo está el esposo, a veces no los dejan entrar a los dos al mismo tiempo.

5. En base a su formación y experiencia profesional, ¿cómo conceptualiza a la maternidad?

Es un concepto muy amplio, cada mujer tiene su propio concepto de lo que es la maternidad, para unas puede ser sólo cuidar a un niño, y para otras es salirse de su individualidad, es decir, el tiempo que el tiempo que tenía solamente para ella ahora lo compartirá con su hijo, a veces todo el tiempo se los dedican a sus hijos, porque tienen este temor que si ellas no los cuidan todo el tiempo pues les vayan a hacer daño. La maternidad depende de cómo esta madre ha sido criada, si tuvo una infancia muy difícil, o sufría de violencia, entonces esta maternidad va a ser complicada para ella, puede llegar a repetir los mismos patrones con sus hijos, hacer una maternidad de la cual no va a disfrutar al 100%, si no vaya a tener consecuencias para ella y también para este hijo.

Anexo 2: Entrevista a la psicóloga clínica Daniela Mackenzie

1. *¿Cuáles han sido los principales motivos de consulta de las madres primerizas?*

Por depresión, por ansiedad, porque la madre es muy sobreprotectora, por retrasos en el lenguaje del niño, por frustración tanto del niño como del adulto debido a que no sabe manejar la situación. En el área neonatal vienen por depresión postparto, ansiedad frente al diagnóstico que tenga su recién nacido, ya sea a nivel hospitalario, e incluso en madres quienes sus hijos fueron dados de alta y mantienen esa ansiedad de “mi hijo fue hiper prematuro”, tiene todavía esa etiqueta que lo va llevando a la consulta externa, y si es a nivel hospitalario, es por ansiedad del diagnóstico de su RN porque no comprenden lo que le dicen los médicos.

2. *¿Considera que son diferentes a los de las madres multíparas? ¿Por qué? ¿En qué son diferentes?*

Pensaría que no, puesto que a pesar de que las madres multíparas tienen otros hijos, para ellos si es la primera vez que tienen un hijo hospitalizado, entonces si va por ese lado de la hospitalización dicen estas madres “me agarran como nueva, como si fuese la primera vez”. Además, que hay madres que no han tenido hijos desde hace 15 años, 10 años; entonces si se identifican con este discurso de “me agarro como nueva, como madre primeriza”. En madres que tienen otros hijos, quizás la angustia vaya por otro lado, por estar en este ámbito hospitalario.

Hay cosas que sí inciden, y otras que no, debido a que hay madres que están muy tranquilas, no tienen la ansiedad exacerbada a diferencia de las que tienen un primer hijo, ni tienen tan presente la idea de muerte como suele pasar cuando alguien nunca ha podido tener hijos o tuvo una pérdida.

En la consulta externa es diferente, las madres primerizas son muy sobreprotectoras, la gran mayoría desde mi experiencia son así, las que tienen más hijos impresiona que se relajan más o comen bien, como me decía una madre “al primero lo limpiaba a cada rato, y a este que es el tercero o cuarto dejan que se ensucie”, por decir un ejemplo.

3. *Desde su experiencia, ¿considera que ambos tipos de madres atraviesan las mismas necesidades? ¿Cuáles serían?*

A nivel hospitalario si, sobre todo cuando están vulnerables es una sala, me parece que atraviesan exactamente lo mismo, el dolor, no en igual intensidad, pero es un aspecto muy característico o el denominador común es el hijo, ya que están vulnerables y esto hace que entre ellas formen grupos de apoyo para llorar, sostenerse, para que una cuide mientras la otra va a comer. Yo he pedido evidenciar esto, no importa de ninguna manera la parte socioeconómica, en ese momento todas son iguales a pesar de que hay el área privada, general, del ministerio, del ISFA; pues todas en una condición económica totalmente diferente al igual que en estratos sociales, y en ese momento, el dolor de haber parido, de la cesárea, de ver a su hijo con muchos cables, todas mantienen una postura de igual.

En la consulta externa se nota mucho la diferencia de necesidades, no hay tanta vulnerabilidad como en la hospitalización, es diferente, el que no tiene los recursos económicos, a diferencia del que los tiene, aprovecha su seguro del IESS, o el que puede pagar algo. La diferencia puede notarse cuando están hospitalizados como cuando no están hospitalizados.

También hay demanda de guía y de recomendaciones para sobrellevar la parte conductual, por ejemplo, los berrinches.

4. *¿Cuáles son los principales factores estresantes a los que se enfrentan las madres primerizas?*

Dentro del contexto hospitalario, se encuentra el hecho del entorno, la adaptación al hospital, los cambios de alimentación, la higiene, la angustia de tener un niño hospitalizado, el duelo del diagnóstico, el cual se divide en dos: si es un niño que está hospitalizado, y si es un niño que va a quedar secuelar. Este último es mucho más difícil ya que la madre sabe que quizás puede quedar en estado vegetativo o que va a fallecer.

En la consulta externa, los factores más estresantes son la cuestión del lenguaje, hay menos interacción de los padres hacia los niños de la primera infancia, menos estimulación, más irritación, hay más demanda de la inmediatez de la resolución del problema de que no haya lenguaje en el niño. Esto a pesar de ser madres primerizas o de madres con más niños, en los casos de estas últimas suele haber comparaciones, pero en las madres primerizas serán pocos casos en donde lo han visto normal.

5. En base a su formación y experiencia profesional, ¿cómo conceptualiza a la maternidad?

Me parece que no tiene una conceptualización específica, ni siquiera en base a mi experiencia, más bien cada madre ha encontrado como hacer con su maternidad, puesto que hay madres que lo han podido hacer a través de un hijo con una condición, con un hijo secuelar, con un hijo sano, con un hijo prematuro, e incluso con un niño que ha fallecido. Entonces, mi conceptualización de la maternidad a nivel hospitalario tiene varios significados, que no es lo mismo de una maternidad de una maternidad de alguien que nunca ha pasado por un hospital: preocupación, para las personas más religiosas: el rezar, llamar a un pastor, es el acompañamiento que la madre hace, a parte de las recomendaciones que da el hospital acerca de la lactancia materna, amamantar, dar el biberón el cual es parte de la maternidad que se va dando en los hospitales. Es diferente, e incluso la maternidad de cada mama en la misma sala, en general, pueden ser los cuidados y los vínculos que la madre va realizando y cómo encuentra el ser madre en un hospital o en un lugar tan vulnerable como este.

Anexo 3: Entrevista a la psicóloga clínica Estefanía Gavilanes

1. *¿Cuáles han sido los principales motivos de consulta de las madres primerizas?*

El cómo manejar a su hijo que se porta malcriado, que se porta irritable, que no quiere hacer caso, con conductas desafiantes, generalmente vienen a consulta externa; porque aquí dentro del hospital se sienten más angustiadas por el diagnóstico, porque tienen a sus hijos y todas las expectativas, dependiendo de cada caso, y está en una incubadora.

En consulta externa, llegan niños de 3 años en adelante por el cómo manejar la frustración del niño, la situación escolar, porque en la casa se porta bien pero en la escuela se porta “desastroso”, entonces respondiendo a la pregunta, el motivo de consulta es la frustración de la madre de cómo manejar la frustración del hijo.

Dentro del área de neonatología, podría estar ser madre primeriza, de entrada el proceso de duelo ante lo nuevo, la maternidad que es una etapa nueva, así llegue en la adolescencia, en la adultez, es una etapa diferente; y dependiendo, la culpa: si fue un niño deseado o no deseado, por qué no se cuidó, etc, creería que podría estar ubicado esto, el cambio de rutina, el cómo saber de lactar, cómo ser “buena madre”, estas preguntas que van a depender del grado de preparación anterior de la madre; también el rechazo hacia ese niño.

2. *¿Considera que son diferentes a los de las madres multíparas? ¿Por qué? ¿En qué son diferentes?*

No, porque cada individuo es diferente y la madre igual se puede agobiar por el cómo con el primer hijo controlaba más y cómo con el segundo se le está complicando y no sabe con ese niño gestionar. Llegan a consulta externa por una dificultad de cómo acompañar la emoción de los niños, cómo regular la frustración del no saber hacer, y a lo mejor con el primer hijo pudieron tramitarlo con el chancletazo y ahora no les sirve.

La madre sí llega a consulta diciendo “yo con mi primer hijo...y ahora”, comparando mucho, también he tenido casos en donde se agobian porque se repite lo mismo que con un hijo anterior.

En neo y en hospitalización general, el miedo de la muerte está latente, las madres que ya tienen más hijos hacen una renuncia consciente porque se le demanda estar presente, entonces sienten otra culpa, el “dejar a otro hijo de lado” se suma así a lo mejor hay otra culpa por el diagnóstico. Las madres que tienen más niños, creería yo que hay hasta más angustia por esta separación temporal, así su hijo esté con gripe o una situación leve, lo va a vivir muy invasivo, entonces ante la respuesta de acompañar, la madre va a sentir, tanto primeriza como múltipara, un agobio de tener a su hijo mal, se suma la angustia de “estoy dejando a...por cuidar a”, sin llamar a su hijo ni siquiera porque al hacerlo va (el niño) a llorar más y se van a sentir peor, ahí es donde se refuerza la importancia de que incluso haya presencia en la ausencia, pues de ahí se genera e instauran los celos “mi mamá nació mi hermano y me dejó”. Entonces el temor ahí es la muerte y no hay mayor diferencia de una madre primeriza o no pero sí se instauran nuevos puntos como tener un temor o culpa por dejar a otros hijos.

3. Desde su experiencia, ¿considera que ambos tipos de madres atraviesan las mismas necesidades? ¿Cuáles serían?

Sí, porque en consulta externa, la necesidad de la madre es un deseo de bienestar, de tener a su hijo con herramientas de regulación, que pueda ser más paciente, el ser una “buena madre” para su hijo es lo que buscan cuando vienen y es lo que buscan también en hospitalización.

En neonatología creo que una de las principales necesidades también es ver a su hijo bien, el deseo del alta médica, el deseo de comenzar la rutina con los niños y tenerlos en casa, que compartan con todos, pero la angustia de verlos mal se comparte

4. ¿Cuáles son los principales factores estresantes a los que se enfrentan las madres primerizas?

Creo que ahora que se habla mucho de la disciplina y crianza positivas y cómo acompañar al niño en las emociones, cuando muchas veces las madres vienen desde su crianza con amenazas, están muy metidas en sentir que hay un manual que ya deberían saber, en esta búsqueda de cómo ser perfectos para acompañar a sus hijos en todo momento, olvidando que no es que se va a poder dar todo desde la perfección, no existen como tal esto. Entonces es el querer ser perfecta en un mundo que critica, está bien querer hacerlo bien,

pero se agobian mucho por no saber cómo lograrlo, están aprendiendo a controlar una emoción y no gritar, por ejemplo, el querer sostener incluso con su frustración, cómo regularse a pesar de sus ganas gritar.

5. En base a su formación y experiencia profesional, ¿cómo conceptualiza a la maternidad?

Abrumador, las demandas inconscientes del entorno abruma y creo que como algo abrumador y que invade, siempre he dicho que implica un encuentro con lo real, esta pregunta constante de qué hacer frente a esto que puede llegar a paralizarme. Lo bueno es que ya hay mucha más consciencia, ya no se percibe que quien va al psicólogo está loco, sino que la salud mental sirve para acompañar situaciones como esta, está mucho más validado que antes, se le da más cabida al buscar herramientas que necesites para tramitar todas estas situaciones, porque son abrumadoras, y no consejos. Se suman también nuevas cargas, no solo la cantidad de hijos: la economía, el tiempo de pareja, puede llegar a ser abrumador.

La maternidad para alguien que no sabía que estaba embarazada, que la pareja no está con ella, que no tiene apoyo, es diferente, conceptualizar la maternidad es distinta para cada madre, cada una vive una realidad diferente y cuando me hacías esta pregunta, para mí sería algo abrumante, porque por más herramientas que tengas te encuentras frente a este cuidado este tener que acompañar, cuidar y también implica tiempo y deseo.

Anexo 4: Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por Camila Arboleda Barrera y Allison Salazar Lucio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar la incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad de un neonato en la posición subjetiva de las madres primerizas, por medio del método descriptivo, para plantear coordenadas que guíen el abordaje terapéutico con madres primerizas.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas.

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo _____, con C.I.# _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación: Incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de madres primerizas.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar la incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad de un neonato en la posición subjetiva de las madres primerizas, por medio del método descriptivo, para plantear coordenadas que guíen el abordaje terapéutico con madres primerizas.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: 20 de julio del 2023

Anexo 6: Autorización para uso de casos clínicos



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 20 de julio de 2023

Estimado _____

Director de docencia

Nosotras, Camila Arboleda Barrera con cédula de identidad 1250022306 y Allison Salazar Lucio con cédula de identidad 0952377588 estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica De Guayaquil, nos dirigimos a usted para solicitar la debida autorización para describir casos clínicos atendidos dentro de la institución hospitalaria para la elaboración del proyecto de titulación (tesis de pre-grado), resaltando que no se usarán nombres y apellidos de los pacientes.

La presente investigación tiene como objetivo general: analizar la incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad de un neonato en la posición subjetiva de las madres primerizas, por medio del método descriptivo, para plantear coordenadas que guíen el abordaje terapéutico con madres primerizas. Se resalta que la información redactada tiene únicamente fines académicos. La investigación se realiza bajo la tutoría y supervisión de la Psicóloga clínica Paulina Cárdenas.

f. _____

Camila María Arboleda Barrera

f. _____

Allison Ivette Salazar Lucio

f. _____

Psic Cl. Daniela Mackenzie Ugarte

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Arboleda Barrera, Camila María**, con C.C: **#1250022306** y **Salazar Lucio, Allison Ivette**, con C.C: **#0952377588** autoras del trabajo de titulación: **Incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de madres primerizas** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica** en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 7 de septiembre del 2023.

f.



Nombre: **Arboleda Barrera, Camila María**

C.C: **1250022306**

f.



Nombre: **Salazar Lucio, Allison Ivette**

C.C: **0952377588**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad del neonato en la posición subjetiva de madres primerizas		
AUTORAS	Arboleda Barrera, Camila María; Salazar Lucio, Allison Ivette		
TUTORA	Psic. Cl. Cárdenas Barragán, Paulina, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	7 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS:	105
ÁREAS TEMÁTICAS:	psicología clínica; método clínico; psicoanálisis		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	neonato; madres primerizas; enfermedad; maternidad/feminidad; subjetividad; duelo		

RESUMEN: La maternidad para una madre primeriza representa una experiencia llena de incertidumbres y miedos que, sin embargo, son percibidas como parte natural de la misma y por tanto no representa una problemática; la situación cambia en el momento en que a aquel neonato se le atribuye un diagnóstico de enfermedad, llegando a obstaculizar el deseo materno e implicando un duelo de las expectativas creadas para el futuro. La temática es vigente en la actualidad y supone una problemática en tanto afecta no solo a la madre, sino también al bienestar del neonato. El objetivo principal del presente trabajo fue analizar la incidencia del diagnóstico médico asociado a la enfermedad de un neonato en la posición subjetiva de las madres primerizas, por medio del método descriptivo, para plantear coordenadas que guíen el abordaje terapéutico. Se hizo empleo de revisión bibliográfica, entrevistas y presentaciones de viñetas clínicas, las mismas que fueron desarrolladas en base a un marco teórico psicoanalítico. De esta forma, se obtuvieron correlaciones entre los casos expuestos, dando cuenta de la diferenciación de una posición subjetiva inicial y una segunda modificada a consecuencia de la noticia de un diagnóstico médico, además de exponer el papel del psicólogo como posibilitador de una rectificación subjetiva.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-985018974 +593998342935	E-mail: camila.arboleda@cu.ucsg.edu.ec alison.salazar@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Psic. Cl. Torres, Tatiana, Mgs.	
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419	
	E-mail: Tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	