

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**El deseo de un hijo sano: resignificación del deseo materno en el
contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.**

AUTORAS:

Castillo Barrezueta, Melanie Itati

Viteri Ruiz, Antonella Veruska

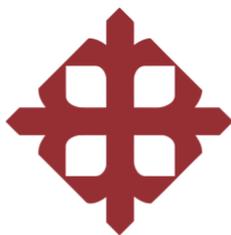
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psc. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

02 de Septiembre de 2025

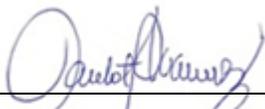


**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Castillo Barrezueta, Melanie Itati ; Viteri Ruiz, Antonella Veruska** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. 

Psc. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psc. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Castillo Barrezueta, Melanie Itati**
Viteri Ruiz, Antonella Veruska

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **El deseo de un hijo sano: resignificación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales** 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 total autoría.

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

Guayaquil, a los 02 del mes septiembre de del año 2025

LAS AUTORAS:

f. _____

Castillo Barrezueta, Melanie Itati

f. _____

Viteri Ruiz, Antonella Veruska



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Castillo Barrezueta, Melanie Itati**
Viteri Ruiz, Antonella Veruska

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **El deseo de un hijo sano: resignificación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales** cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2025

LAS AUTORAS:

f. _____
Castillo Barrezueta, Melanie Itati

f. _____
Viteri Ruiz, Antonella Veruska



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFOME DE COMPILATIO

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

El Deseo de un Hijo Sano: resignificación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
Antonella Viteri y Melanie Castillo

1% Textos sospechosos

- 0% Similitudes entre comillas entre las fuentes mencionadas
- 1% Idiomas no reconocidos
- < 1% Textos potencialmente generados por IA

Nombre del documento: antonella.viteri_melanie.castillo.docx
ID del documento: 20fc583fe36c3e5bafd5cfd28a25588174ca98e8
Tamaño del documento original: 595,53 kB
Autor: Melanie Castillo Barrezueta

Depositante: Melanie Castillo Barrezueta
Fecha de depósito: 22/8/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 22/8/2025

Número de palabras: 53.834
Número de caracteres: 317.028

Ubicación de las similitudes en el documento:

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: El Deseo de un Hijo Sano: resignificación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

LAS AUTORAS: Castillo Barrezueta, Melanie Itati; Viteri Ruiz, Antonella Veruska

INFORME ELABORADO POR:

f. 

Psc. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecerles a mis padres y a mi hermano por todo el apoyo que me han brindado durante cada etapa de mi vida, especialmente el apoyo que me han dado ahora durante todo este proceso, gracias por animarme en los momentos más difíciles y estar siempre conmigo apoyando cada decisión que he tomado. Le agradezco a mis tíos por todas sus palabras de apoyo, por estar presentes en esta etapa y aconsejarme en cada momento al igual que por cada bendición que me dieron. También les agradezco a mis abuelos por todo el amor que me dieron y por haberme guiado en cada proceso. Gracias a estas personas es que me he convertido en la persona que soy ahora, por ellos pude seguir adelante en cada etapa de mi vida.

Le agradezco a cada una de las amistades que he obtenido durante cada etapa de mi vida, mis amigos de colegio, Daniel, María José y en especial a Valeria, gracias por estar conmigo, ayudándome, escuchándome al igual que aconsejándome, cada momento juntos lo aprecio bastante. A mis amigas universitarias, le agradezco a Paula por todo el apoyo que me ha brindado durante este tiempo y también a Antonella que ha sido mi amiga y compañera durante todo este proceso de tesis, gracias por estar para mí, por toda la ayuda que me has brindado al igual que por cada momento que hemos pasado, eres una gran amistad que valoro y aprecio mucho. También quisiera agradecerle a Luna por estar conmigo, acompañándome día y noche, alegrándome y dándome paz cada vez que estaba al lado mío, ella también ha sido mi razón para seguir adelante.

Por último, a nuestra tutora de tesis, la miss Carlota, sin usted este trabajo no sería lo que es ahora, gracias por cada sugerencia, consejo y enseñanza que nos dio durante todo este tiempo, estamos muy agradecidas por todo el apoyo y cada palabra que nos brindó.

CASTILLO BARREZUETA, MELANIE ITATI

Terminar este trabajo ha sido un gran orgullo para mí, por lo que quisiera expresar mi gratitud a quienes en la trayectoria de esta carrera han sido pilares fundamentales. En primer lugar, quisiera agradecerle a la persona más importante en mi vida: mi mamá, quien me ha apoyado y aconsejado en cada etapa de mi vida con gran amor y paciencia. También, quisiera agradecer a mi tía por su constante compañía y aliento durante mi vida académica, al igual que su cariño. Así mismo, a la memoria de mis abuelos, que fueron un motor que movilizaba mi fortaleza y a mis mascotas, la negrita y Tobías. Es gracias a nuestra familia que he podido construir la persona que soy hoy, los amo.

Agradezco a las amistades que forje en la universidad, más específicamente a mi compañera de tesis Melanie. Gracias por cada uno de los buenos momentos y risas, esta amistad ha sido muy valiosa y la llevó con gran cariño en mi corazón. A su vez, gracias a mi mejor amiga de la infancia Mariu, por seguir a mi lado hasta el día de hoy, y a mis amigos con quienes comparto hermosos momentos por fuera de la facultad, ya que me han acompañado en este proceso y lo aprecio, los adoro millón chicos. Quisiera a su vez realizar una mención honorífica para agradecer a Paula, por ser una persona maravillosa y quien constantemente me ha impulsado a perseguir mis sueños. Gracias por darme un espacio de escucha, a mí y a mi deseo, al igual que permitirme tu compañía. Aprecio cada uno de los momentos vividos juntas durante esta etapa de nuestras vidas.

Por último, muchísimas gracias a la mejor tutora que la vida nos pudo dar. Gracias a nuestra tutora Carlota, por haber sido tan paciente y por todo el conocimiento que nos dejó durante este proceso. Su presencia nos dio el soporte y la valentía para llegar hasta aquí, estos momentos quedarán para siempre en mi memoria con mucho cariño y afecto.

VITERI RUIZ, ANTONELLA VERUSKA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todas las mujeres que tienen como deseo el ser madres, al igual que a todas esas madres que deben estar dentro de un hospital velando por su hijo, dejando de lado su dolor y dando todo de sí mismas por sus hijos, cuidándolos hasta en los momentos más difíciles de su vida.

También le dedico este trabajo a mi abuela, mi madre y a mi tía, que fueron y son mujeres y madres luchadoras y han brindado tanto amor y cariño a sus hijos durante todo este tiempo, gracias por todo lo que han hecho por nosotros y por siempre velar por nuestro bienestar.

CASTILLO BARREZUETA, MELANIE ITATI

A todas las mujeres, más específicamente a las madres, que bajo su deseo sostienen vidas en los momentos más cruciales del ser humano, incluso los más desafiantes. A aquellas madres que acallan su dolor durante la estancia hospitalaria de un hijo, pero encarnan su amor y resignifican su deseo, luchando con resiliencia. Con admiración, les dedico este trabajo.

Así mismo, le dedico este trabajo a mi mamá, quien ha sido una mujer luchadora, que ha sujetado el deseo materno y su maternidad con gran cariño y sacrificio. Su fortaleza durante los momentos más complicados ha sido un pilar de vida y amor.

VITERI RUIZ, ANTONELLA VERUSKA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
PSIC. CL. ROSA IRENE GÓMEZ, MGS.
DELEGADA POR DIRECCION DE CARRERA

f. _____
PSIC.CL. CAROLINA PEÑAFIEL T, MGS
DOCENTE ESPECIALIZADO DEL ÁREA

f. _____
PSIC. CL. ANDREA MORENO, MGS.
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
Planteamiento del Problema	5
Preguntas de Investigación	7
Pregunta General	7
Preguntas específicas.....	7
Objetivos de Investigación	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos.....	8
Justificación	8
ANTECEDENTES	10
CAPÍTULO 1.	18
La Construcción del Deseo Materno.....	18
La Definición y Conceptualización del Término Deseo Materno	18
El Embarazo y el Vínculo de la Dulce Espera.....	21
Transformación de la Libido y la Depresión Posparto	28
El Hijo como Fallo Materno.....	34
El Narcisismo de la Madre.....	37
El ser Madre y ser Mujer: la Tensión en la Identidad Femenina	40
El Rol Materno y la Ausencia del Deseo de Vida.....	47
CAPÍTULO 2.	50
El Hijo Enfermo.....	50
La Hospitalización Neonatal en Diferentes Áreas.....	50
Pacientes Neonatales Especificados	50
Sala de Hospitalización Neonatal	51
Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales	52
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	53
La Unidad de Aislados	54
El Cuerpo Neonatal Tomado por la Enfermedad	55
Herida Narcisista en la Madre de un Neonato Enfermo.....	60
CAPÍTULO 3.	65
Reacción Inicial de las Madres Frente a la Enfermedad de un Hijo.....	65
Impacto en la Dinámica de la Diada Madre-Hijo frente a lo Real de la Enfermedad ..	68
Duelo Perinatal.....	74
La Resignificación del Deseo Materno ante la Enfermedad de un Hijo en la UCIN.....	77
Casos	79
Viñeta 1 Caso Y.....	79
Viñeta 2 Caso H	82
Viñeta 3 Caso G	85
CAPÍTULO 4.	91
Metodología	91

Enfoque	91
Paradigma	92
Método.....	92
Técnica de recolección	93
Instrumento	93
Consentimiento Informado.....	95
Población:.....	96
CAPÍTULO 5.	97
Presentación y análisis de resultados	97
Presentación.....	97
Análisis de Resultados.....	99
Análisis de Entrevistas.....	100
Categoría 1: Deseo Materno.....	100
Análisis de Categoría 1: Deseo Materno.....	102
Categoría 2: Caída del Hijo Sano	104
Análisis de Categoría 2: Caída del Hijo Sano	106
Categoría 3: Resignificación del Deseo Materno	107
Análisis de Categoría 3: Resignificación del Deseo Materno	110
Conclusiones:	111
REFERENCIAS.....	114
ANEXOS	119
Anexo 1.....	119
Plantilla de Consentimiento Informado	119
Anexo 2.....	121
Entrevista a Madres con Hijos en UCIN	121
Entrevista a E1.....	121
Entrevista a E2:.....	123
Entrevista a E3:.....	125
Entrevista a E4:.....	131
Entrevista a E5:.....	134
Entrevista a E6:.....	137

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Banco de preguntas para madres con hijos dentro del Hospital Pediátrico en Guayaquil	94
Tabla 2. Presentación de categorías para las preguntas a madres con hijos dentro del Hospital Pediátrico en Guayaquil	97

RESUMEN

El trabajo de investigación El deseo de un Hijo Sano: resignificación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, tuvo como objetivo general el analizar la resignificación del deseo materno frente a la estancia hospitalaria de un hijo en UCIN por medio de una investigación cualitativa para un posible abordaje clínico con madres dentro esta área. Esta investigación fue de suma importancia debido a que dio cuenta de las experiencias de cada madre dando como resultado la realidad a la que se enfrentan al tener a sus neonatos hospitalizados en UCIN. Cuando una mujer se entera que está esperando un bebé, ella le otorga un lugar simbólico desde el deseo y construye ciertas expectativas, fantasías e ideales alrededor de lo que espera tener en un futuro. Estos ideales se correlacionan con la imagen de un hijo sano, lo que en el área de UCIN se ve trastocado por el real de la enfermedad, por lo que el deseo materno tendrá que ser resignificado a partir de esta experiencia y así dar paso a la aceptación de esta nueva realidad. Se utilizó el método descriptivo, pues permitió obtener información necesaria e importante acerca del deseo materno y la resignificación del deseo en madres con neonatos enfermos dentro del área de UCIN.

Palabras Claves: DESEO MATERNO; HIJO ENFERMO; RESIGNIFICACIÓN; HIJO SANO; CAIDA DEL IDEAL; UCIN

ABSTRACT

The research work entitled *The Desire for a Healthy Child: Resignification of Maternal Desire in the Context of the Neonatal Intensive Care Unit*, had the general objective of analyzing the resignification of maternal desire in the context of the hospital stay of a child in the NICU through a qualitative research for a possible clinical approach with mothers in this area. This research was of utmost importance, since it gave an account of the experiences of each mother resulting in the reality they face when having their newborns hospitalized in the NICU. When a woman finds out that she is expecting a baby, she gives it a symbolic place from desire and builds certain expectations, fantasies and ideals around that she hopes to have in the future. These ideals correlate with the image of a healthy child, which in the NICU area is disrupted by the Real of the disease, so the maternal desire will have to be redefined from this experiencia and thus give way to the acceptance of this new reality. The descriptive method was used, as it allowed obtaining necessary and important information about maternal desire and the resignification of desire in mothers with sick neonates in the NICU area.

Keywords: MATERNAL DESIRE; SICK CHILD; RESIGNIFICATION; HEALTHY CHILD; FALL OF THE IDEAL; NICU

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene la finalidad de analizar la resignificación del deseo materno frente a lo real de un hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El deseo materno representa en cierto modo el goce de la mujer, instaurado de forma que la existencia de un hijo toma la posición de objeto fálico, esta construcción es de orden inconsciente. La abrupta irrupción de una condición médica, orgánica o la muerte perinatal trae consigo el intento de simbolización de lo real por medio del rito, el duelo del ideal del hijo sano o de la muerte perinatal, el cual puede atravesar la psique materna. Dentro del ámbito hospitalario, lo real está expuesto en cada área, la unidad de cuidados intensivos neonatales sufre pérdidas diarias y, con respecto a la problemática elegida, muchas madres sufren la muerte perinatal y deben experimentar un proceso de duelo.

Retomando la conceptualización del deseo materno, Fernández (2021) sostiene que “el deseo materno se construye, y se relaciona con múltiples aspectos, entre ellos; políticos, sociales, culturales, el propio deseo, historia familiar de la madre, además del inconsciente” (p. 6). Hay un orden imaginario que sostenía parte del deseo insaciable instalado en el futuro hijo, al igual que la posición subjetiva en torno a la maternidad; la construcción inicia desde la primera infancia, por lo que hay una historia familiar que retorna en el embarazo. En términos coloquiales, parte del deseo es estructurado por la significación que le da esta madre y la posición del neonato en su vida.

Por otro lado, el duelo perinatal es un rito simbólico que sirve de trazo para hacer con aquel agujero en lo real provocado por la muerte perinatal. Comúnmente conocemos el duelo como una situación complicada y llena de distintos tipos de emociones, pues normalmente un embarazo no hace alusión a la muerte y los padres del neonato esperan la llegada con ansias, por lo que pasar por una etapa de duelo debido a la pérdida significativa de un hijo es un evento totalmente inesperado, que desarma y rompe el orden del mundo. En este caso, el mundo de la madre. Según Alvarado (2019):

Está constituido por períodos temporales que ayudan a desapegarse del objeto amado; se le da una nueva dirección al sentimiento amoroso, para utilizarla en una nueva relación. Cada fase del duelo es un mecanismo de defensa que ayuda a superar la crisis. Este proceso de adaptación evita que la psique del individuo se quebrante por el dolor inmenso de la pérdida. (p. 25).

Entonces, entendemos que tanto una condición médica no prevista durante el embarazo como la muerte perinatal representan un encuentro violento que tiene la madre con lo real, aquello que estaba velado y enmascarado por el orden imaginario y simbólico. Mientras que la imagen de un neonato que no cumple con los ideales de la madre irrumpe lo construido en el imaginario y deja heridas narcisistas, la muerte neonatal es una experiencia dolorosa y en muchas ocasiones traumática. Ambos casos llegan a dejar un impacto significativo en la madre y este enfrentamiento con lo real es lo que debe ser simbolizado por medio de los ritos del duelo, un proceso que representa un período de acuerdo con los tiempos singulares de cada madre, donde se pretende dar una nueva dirección al sentimiento amoroso y el desasimiento libidinal del ideal de hijo sano. Esto, en relación con la estructura psíquica de la madre, puede ocasionar una desestructuración del deseo materno, entendiendo la posible vacilación del orden imaginario y el sentimiento de incompletud de varios sueños con respecto al neonato. Por ello, es importante y necesario procurar la salud mental en los espacios hospitalarios, al igual que la investigación de esta problemática para poder obtener una respuesta en función de saber hacer en el trabajo analítico.

El dominio institucional de la UCSG que guarda correspondencia con la investigación es el Dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad, el cual responde a la subjetividad refiriendo:

La subjetividad como el proceso de construcción de sentido a lo largo de la vida, que involucra el aprendizaje, la cultura y la comunicación en tanto su orientación es la producción sistemática y permanente de significados que convierte a los sujetos en únicos e irrepetibles, a partir de su interrelación con el conocimiento, la historia y las formas de organización con que se enfrenta la realidad, así como las interacciones intra e intersubjetivas (p. 2).

Tomando en cuenta esta última cita, el dominio guarda relación con el tema de investigación debido a que el deseo de la madre es parte de la subjetividad que da sentido a una parte de la vida de la mujer. Esto, a su vez, involucra un aprendizaje con respecto a la maternidad y la historia familiar durante la primera infancia que retorna en la conceptualización de deseo, mediante la vía inconsciente. Además, como se planteará después, la subjetividad puede verse afectada por la presencia del real de la muerte, debido

al fallecimiento de un neonato. Es por eso esencial la investigación en sujetos de género femenino, que sean madres, que hayan vivido o que estén viviendo la experiencia de una resignificación del deseo materno por un hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales o muerte perinatal.

El eje del Plan de Creación de Oportunidades de la Secretaría Nacional de Planificación que guarda correspondencia con la investigación es el Eje Social, Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, el cual manifiesta:

La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (p. 66).

Esta investigación está centrada en dar una comprensión más clara acerca de los derechos de salud integral que una madre posee durante la estancia del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, pues la intervención del psicólogo clínico ayuda a, mediante su postura, hallar el saber hacer con la pérdida y lo real, además de brindar una posibilidad de reestructuración del deseo materno que ha sido atravesado por el duelo del hijo sano o de la muerte perinatal mediante el trabajo de análisis. La salud, como bien explica la OMS, va más allá de la enfermedad, ya que comprende las afecciones emocionales que irrumpen en la cotidianidad y que desbordan al sujeto en situaciones de urgencia. Además, respondiendo al objetivo del eje, se pretende que esta investigación sirva de base y soporte para futuras investigaciones con relación al deseo materno y el ideal de un hijo sano.

El objetivo del Plan de Desarrollo sostenible guarda correspondencia con la investigación de Dominio 3: Salud y bienestar, el cual responde a la subjetividad refiriendo “para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” (OMS, 2015, p.4).

En la actualidad, es importante promover la salud mental y el bienestar, con el fin de sensibilizar a la sociedad en torno a síntomas contemporáneos dentro de los diversos estatutos sociales. Con respecto a la mortalidad prematura, a modo de ejemplo, dentro de

las instituciones hospitalarias que cuentan con el área neonatal, es importante promover el servicio terapéutico a las madres de neonatos con alta mortalidad o aquellos que ya han fallecido, el acompañamiento hasta la llegada de servicio social, pues la madre se verá afectada a nivel psíquico y en muchas ocasiones no cuentan con una red de apoyo que puedan acompañarlas durante la primera etapa del duelo, la cual muy probablemente puede verse acompañada por una urgencia subjetiva ocasionada por la fragmentación del orden de su mundo.

Planteamiento del Problema

La presente investigación se realiza a partir del análisis de la problemática asociada a la desestructuración y resignificación del deseo materno frente a lo real de la enfermedad o muerte perinatal, en donde la población que se estudiará serán las madres de neonatos hospitalizados en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales dentro de un hospital pediátrico en Guayaquil. Es mediante la experiencia en las prácticas que se identificó la importancia de relacionar el deseo materno con el duelo del ideal del hijo sano o de la muerte perinatal, pues dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales las madres se ven frente a lo real de la enfermedad y de la muerte constantemente. En algunas ocasiones, el abordaje con las madres comprende historizar su propia maternidad y elaborar a partir de aquello que había formado parte de sus ideales dentro del imaginario, también muchas deben ser preparadas para un proceso de duelo por el posible fallecimiento del neonato. Es justo allí que podemos pesquisar la desestructuración del deseo materno.

Es importante recordar que el deseo materno cumple un papel importante en la subjetividad, ya que para que un bebé devenga como sujeto debe primero ser un hijo deseado, la madre debe establecer una relación con su hijo en donde desde un inicio lo crea en su imaginario, le habla, le piensa, cubre con sus necesidades y lo funda como sujeto deseante (Soto, 2005, p. 29).

Cada una de las madres ya ha creado a este hijo tan anhelado en su imaginario durante el embarazo, incluso mucho antes, y allí ha pretendido ser aquel gran Otro que introduzca a este nuevo individuo al mundo. Así mismo, en el contexto social las madres vinculan su

propia maternidad con la función que cumplen para asegurar que las necesidades básicas de su hijo sean correctamente atendidas. La calidad de vida, enfatizando en la salud física, es una de estas. Dentro de un área donde las madres se ven limitadas y el primer contacto con el neonato no es aquel que tanto soñaban, estas nuevas dificultades invaden y dejan huellas profundas, que no sólo pueden llegar a representar heridas narcisistas, sino que un conflicto con la propia maternidad.

Por otro lado, Cristo et al. En 2022 en su artículo *Percepciones de madres lactantes ante la prematuridad en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales* menciona que:

El ingreso del neonato prematuro a la UCIN interrumpe el vínculo que se establece entre el binomio desde el embarazo, generando en la madre una mezcla de alegría por la supervivencia del niño y de angustia y tristeza por la separación (Cristo et al., 2022, p. 7).

Las madres al momento de tener a sus hijos de manera prematura entran en un conflicto interno donde no saben cómo sentirse, demostrando tales sentimientos de alegría por haber dado a luz a su hijo, pero también angustia por no saber mucho de aquel infante, todo a causa de la separación que existe al momento del nacimiento, donde en vez de poder estar con ellos los aíslan manteniéndolos en UCIN, creando así que exista una brecha más extensa entre la relación madre e hijo.

Estudios que fueron realizados en Latinoamérica acerca de la maternidad, en Argentina, Wajnszyld en 2022 concluye que:

El niño viene al lugar de la falta fálica de la madre y, será justamente esto lo que lo hará sobrevivir, pero lo fundamental será hallar en la mujer no sólo un deseo de madre sino también un deseo de mujer (p. 888).

Por otra parte, estudios realizados en Colombia acerca del deseo materno, Garcia en 2019 indican que:

El acercamiento hacia la génesis materna surge a partir del interés de comprender y entender lo que significa ser madre realmente, todo ello, en la medida en que nos

encontramos en un contexto de cambio en el cual las mujeres no desean tener hijo y, en otro caso, el deseo de ser madre no necesariamente implica una relación sexual o estable, sino que se puede acceder a distintos métodos de fertilización. Por ello, el paso a seguir desde la perspectiva de psicoanálisis es seguir en cuestionamientos sobre la configuración de aquel deseo inconsciente, en el cual se encuentran las instancias del inconsciente, las huellas mnémicas y el fantasma (p. 27).

Por lo tanto, este proyecto de investigación se propone analizar e identificar la influencia de lo real de la enfermedad, registro que se encuentra latente al enfrentarse al duelo por pérdida del ideal del hijo sano o muerte perinatal, con respecto al deseo materno de una madre, evaluando a las madres de neonatos hospitalizados en el área de UCIN por medio de entrevistas clínicas y así mismo se pretende recopilar información sobre la problemática a través las madres con hijos hospitalizados dentro de esta institución.

Preguntas de Investigación

Pregunta General

¿Cómo se resignifica el deseo materno durante la estancia hospitalaria de un hijo en UCIN?

Preguntas específicas

¿Cómo se construye el deseo materno?

¿Cómo opera la caída de la imagen de un ideal de hijo?

¿Cómo aparece la resignificación del deseo materno en madres con hijos en UCIN?

Objetivos de Investigación

Objetivo General

Analizar la resignificación del deseo materno frente a la estancia hospitalaria de un hijo en UCIN por medio de una investigación cualitativa para un posible abordaje clínico con madres dentro del área de cuidados intensivos neonatales.

Objetivos Específicos

Describir cómo se construye el deseo materno por medio de una revisión bibliográfica.

Determinar cómo opera la caída del ideal de hijo sano por medio de una revisión bibliográfica.

Especificar cómo se da la resignificación del deseo materno en madres con hijos en UCIN.

Justificación

La presente investigación tiene como objetivo analizar cómo da inicio la resignificación materna ante la realidad de un hijo enfermo. Esta investigación es importante, debido que la aparición de un hijo o hija en la familia es un momento de felicidad para cada integrante, donde los padres se alegran al enterarse que podrán vivir o revivir la experiencia de tener un bebé, pequeño y que necesita de ellos para poder crecer de manera sana. La madre desde las primeras etapas de embarazo crea la imagen ideal de su bebé, alguien bonito, sano, gordito, el cual podrá cuidar y atesorar en todo momento. Pero en el momento que una mujer da a luz y se entera que su hijo tiene una complicación, es allí que se define si este amor que la madre entregó desde un inicio sigue existiendo hacia este hijo, pues este bebé llega a ser un extraño ante la madre por todos los cambios físicos que pueden llegar a tener por las condiciones médicas al nacer.

A nivel teórico, es importante poder ver cómo actúa este deseo materno ante la llegada de un hijo enfermo, cómo se da un proceso de duelo ante esta idealización que se tuvo durante el proceso de embarazo y cómo la madre inicia una resignificación a medida de las experiencias vividas dentro del hospital pediátrico.

A nivel profesional, es relevante debido a que se da información acerca de cómo puede la noticia de la condición del bebé afectar el comportamiento y la reacción de la madre hacia su hijo, debido a que las madres al enterarse de la enfermedad de su bebé pueden

inicialmente sentir un rechazo que con trabajo psicológico pueden llegar a elaborar una resignificación, tomando medidas para acercarse a sus hijos e intentar iniciar su rol materno, pero acoplándose ante la enfermedad.

A nivel social, es sustancial puesto a que se da a conocer acerca de la realidad que enfrentan estas madres, madres las cuales llegan a tachar como mujeres que no llegan atender de manera correcta a sus hijos, sin pensar en la lucha interna a la cual se enfrentan cada una de ellas, debido a que les toca realizar su maternidad en un hospital, escuchando un sinfín de diagnósticos y tratamientos.

El primer capítulo está centrado en explicar acerca del deseo materno, como este va creándose y en base a que se crea, al igual que como la madre inicia una idealización de su bebé desde las primeras etapas del embarazo. El segundo capítulo explicá acerca del hijo enfermo, el cómo las complicaciones derriban la idealización creada por la madre y la imagen del hijo deseado cae. El tercer capítulo hace un recorrido acerca de la creación de la resignificación materna, desde el momento que inicia su construcción. El cuarto capítulo presenta la metodología y las técnicas con las que se extraen las experiencias de las vivencias de las madres en el hospital. El quinto capítulo se trata de la presentación y análisis de los datos obtenidos, es decir, de las experiencias de las madres.

ANTECEDENTES

Nacional

El deseo materno, entendido en el marco psicoanalítico, se construye como un deseo de goce y atraviesa a la mujer desde el orden simbólico, allí tomando parte de la posición subjetiva del sujeto. Este deseo suele manifestarse incluso antes de la maternidad, en una primera infancia, pero su codificación puede verse afectada por una experiencia traumática como un duelo del ideal del hijo sano o de la muerte perinatal, donde el sujeto se ve expuesto a lo real. La presencia de una condición médica en un neonato que no fue detectada durante el embarazo irrumpe de manera abrupta y violenta en la psique materna como una catástrofe emocional, una situación no premeditada dentro de las metas construidas por la madre, es por ello por lo que la enfermedad en un hijo y el riesgo de muerte no sólo actúa como un evento devastador, sino que puede ocasionar la desestructuración del deseo materno y la caída de imaginarios configurados alrededor de la maternidad y del futuro junto al hijo tan anhelado, siendo así una encrucijada entre la relación de la madre con el neonato y los procesos psicológicos internos de la madre. Entonces, para poder comprender la complejidad del deseo materno y el impacto de la caída de los ideales de un hijo sano y los riesgos de mortalidad en un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se ha escogido una serie de artículos, a través del enfoque psicoanalítico, que permitan revisar cada uno de los temas que tendrán lugar en la presente investigación.

A continuación, se iniciará presentando los diversos estudios nacionales hallados con relación al tema de investigación. Ampudia (2022) en Quito, Ecuador, realizó un escrito sobre El rol del psicólogo clínico en la relación transferencial madre-neonato prematuro. Estudio realizado desde el enfoque psicoanalítico en 3 casos del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito-Ecuador, durante el periodo 2021-2022. Se utilizó un tipo de estudio teórico con metodología cualitativa. El escrito da relevancia a que el nacimiento prematuro es vivenciado como traumático por los padres ya que la prematuridad interrumpe varios procesos obligándolos a encontrarse en un momento para el cual no se encuentran listos todavía, la separación por la internación del bebé en cuidados intensivos o cuidados medios y el anidamiento psíquico de un bebé diferente al esperado.

Su objetivo fue analizar el rol de psicólogo clínico en la relación transferencial madre-neonato prematuro en 3 casos del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. La población utilizada para este estudio fue adulta en especial mujeres. El escrito dio a conocer resultados donde explica que la importancia del rol del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario del área de neonatología, puesto que destaca la importancia de la salud mental perinatal, aún más atravesando el proceso de prematurez en el cual su falta de atención se evidencia en la forma de estar presentes las madres, en el proceso de recuperación de sus bebés.

Por otro lado, Vásquez (2019) en Quito, Ecuador, realizó un estudio sobre Incidencia del agente materno en relación con el hijo, el cuerpo y el deseo. Se utilizó un tipo de estudio bibliográfico, de campo y descriptiva con metodología cualitativa donde se realizaron entrevistas. El escrito da relevancia a que una mujer cuando decide ser madre, decide también ser la instancia que facilita al bebé las primeras etapas de los procesos de crecimiento psicológico, pues un bebé existe siempre con alguien más, alguien que debe ser lo suficientemente buena para garantizar su salud física y psíquica. Su objetivo fue Analizar la incidencia del agente materno en la relación con el hijo, el cuerpo y el deseo y cómo ésta determina la estructuración subjetiva del niño. La población utilizada para este estudio fue adulta en específicamente psicólogos clínicos con formación psicoanalítica. El escrito dio a conocer resultados donde explica que dependiendo de cada mujer y de cómo esta aborde y acepte su maternidad un hijo vendrá a colmar y a llenar su falta de distinta manera. Cada hijo estará cargado de una significación y de una herencia familiar, la madre en el momento del nacimiento de su hijo pondrá un valor y lo investirá de acuerdo con su historia personal.

Ahora bien, Salinas (2024) en Quito, Ecuador, realizaron un escrito sobre Análisis descriptivo del duelo desautorizado en la experiencia de duelo perinatal en la maternidad, periodo 2024. Utilizó un tipo de estudio teórico con metodología cualitativa. El escrito da importancia a que se evidencia el retroceso en términos de sensibilización de este fenómeno en la sociedad en general, y como desde la primera línea de acción que deberían ser los profesionales de salud, no hay un conocimiento ni protocolo establecido en relación con al actuar en casos de 42 pérdida perinatal, generando como consecuencia mayores afectaciones a los procesos de duelo de las madres. Su objetivo fue describir el duelo

desautorizado en la experiencia de duelo perinatal en la maternidad, en madres que han perdido un hijo no nato durante su segundo y tercer trimestre de gestación, en la ciudad de Quito, en el periodo 2024. La población utilizada en este estudio fue de adultos, principalmente a las madres de la sierra ecuatoriana y con una madre del Medio-oriente. El trabajo dio a conocer resultados donde se evidencia el retroceso en términos de sensibilización de este fenómeno en la sociedad en general, y como desde la primera línea de acción que deberían ser los profesionales de salud, no hay un conocimiento ni protocolo establecido en relación con al actuar en casos de 42 pérdida perinatal, generando como consecuencia mayores afectaciones a los procesos de duelo de las madres.

A partir de la revisión de estos tres artículos nacionales, se pudo dar cuenta de la importancia del análisis de la estructura subjetiva materna con respecto al neonato y el rol del psicólogo clínico dentro del área neonatal, específicamente al tratarse de un caso de duelo perinatal o la preparación de un duelo debido a un pronóstico desalentador. Es decir, tanto Ampudia como Salinas profundizarán en el trabajo clínico que se conlleva dentro de las áreas críticas neonatales y el comienzo del duelo, específicamente con madres, siendo esto reforzado por la teoría dada por Vásconez acerca del agente materno y deseo de la mujer con respecto a su propia maternidad, al igual que este imaginario donde construyó la imagen del neonato incluso antes del embarazo. Por otro lado, Ampudia en su artículo va a ubicar el rol que cumple el psicólogo clínico dentro del área de neonatología en un hospital de Quito. Con este artículo podemos realizar una reflexión acerca de la importancia de un equipo multidisciplinar donde se incluyó al psicólogo clínico en casos neonatales, pues se intenta salvaguardar la salud mental de las madres con hijos prematuros que han permanecido hospitalizados con un pronóstico desalentador. Esto va un poco de la mano con lo señalado por Salinas, quien en su artículo explica acerca del proceso de duelo perinatal y la salud mental de la madre del neonato fallecido o pronto a fallecer, refiriendo la importancia de un buen abordaje. Por otro lado, Vásconez puntualizará al agente materno en relación con el hijo, en este caso el neonato, ubicando puntualizaciones acerca de la maternidad y la singularidad de cada madre con respecto al imaginario construido alrededor de la misma. Esto es algo que se diferencia de los dos primeros artículos, pues aquí vemos un enfoque dirigido a la madre y su subjetividad.

Sudamérica

Yendo hacia estudios por fuera de Ecuador, se hallaron artículos útiles para nuestra investigación de diversas partes de Latinoamérica. Grimaneza (2019) en Bogotá, Colombia, realizó un trabajo sobre ¿El deseo materno? Deseo de hijo, maternidad y mujer, una perspectiva psicoanalítica. Se utilizó un tipo de estudio teórico con metodología cualitativa. El escrito da importancia a que la maternidad no se presenta como parte de la biología de la mujer, sino que se presenta como un deseo de goce y, en este sentido, la maternidad se presenta como una subjetividad que afecta en la decisión y la posición que asumirá la mujer en un futuro. Su objetivo fue analizar la concepción del complejo de Edipo en Freud y Lacan, enfocándose principalmente en cómo se manifiesta el complejo en la niña. La población utilizada en este estudio fue adultos, principalmente mujeres. El trabajo dio a conocer resultados donde se puede comprender que la subjetivación del complejo de Edipo cumple una labor importante en lo correspondiente a la configuración de la mujer y que existe una diferencia en el desarrollo de la mujer y la génesis materna.

Así mismo, Hernández (2021) en México, realizó un escrito sobre La función materna y los estragos de lo real: un más allá del amor. Utilizó un tipo de estudio teórico con metodología cualitativa. El escrito da importancia a que el bebé imaginado, mucho antes de nacer vive primero en la ensoñación de sus padres, en este planeta descentrado, propio de un deseo que no es por completo ni del padre, ni de la madre, sino un anhelo oscuro que supera a ambos. Su objetivo fue analizar sobre la importancia del amor de la madre y los estragos de su función cuando falla su castración simbólica y no cuenta con la presencia del padre o está caído o al margen de su función. La población utilizada en este estudio fue de adultos, especialmente madres. El trabajo dio a conocer resultados que la maternidad como versión de la feminidad, como suplencia, no obtura el ser mujer; su dirección constante al hombre asegura que no se produzca un recubrimiento sobre el niño del ser todo para ella. Porque toda huella como estrago en lo real, puede condicionar por sí solo una vida entera e incluso, comandar el destino. El reencuentro permanente de una mujer-madre con el significante de su deseo en el cuerpo de un hombre, le permitirá asumir su verdadera función materna; situando al pequeño en un mundo de lenguaje para que devenga como sujeto, capaz de establecer lazo social en búsqueda de realizar su propio deseo de vida.

Por otra parte, Alvarado (2019) en México, realizó un escrito sobre Muerte perinatal y el proceso de duelo. Utilizo la investigación de campo metodología cualitativa. El escrito da importancia a que entre más avanzado está el embarazo, las expectativas de los padres son mayores, pues en torno al niño en formación se han elaborado fantasías más complejas. Esto hace más difícil superar la pérdida, máxime si se tiene en cuenta que cerca de la mitad de este tipo de pérdidas ocurre repentinamente y sin causa aparente, lo que a su vez causa un sentimiento de desesperanza y soledad en los padres. Su objetivo fue describir el lugar estratégico que ocupa el psicólogo clínico en sus pacientes y su ayuda a los padres que pasan por las primeras etapas del duelo perinatal. La población utilizada en este estudio fue de adultos, donde participaron madres y padres. El trabajo dio a conocer resultados que el nacimiento de un niño imperfecto representa múltiples pérdidas para los padres: un daño al narcisismo; una amenaza al concepto que tienen ella, de mujer y madre; él, el concepto de hombre y padre; significa la imperfección de los padres en la medida que el bebé "defectuoso" es una extensión de ellos mismos.

Basado en el análisis de estos tres artículos internacionales, se pudo recabar acerca de la configuración subjetiva de la mujer y la maternidad en función de su imaginario, al igual que el estrago materno y sus deseos. Con estas conceptualizaciones se desmienten muchos mitos alrededor de la maternidad y su florecimiento en la mujer, yendo desde los cimientos dados por la clínica de Freud y Lacan, hasta las conductas que se pueden encontrar en esta mujer previo y después de ser madres. Además, se ubica la intervención que realiza el psicólogo clínico durante un duelo perinatal y la fractura en este imaginario que se enfrenta a lo real en el orden de lo insoportable, señalando las posibles emociones que este evento puede evocar en la madre, pues muchas expectativas y deseos se ven enfrenta peligro por la abrupta presencia de la muerte del neonato, puntualizando las vías formidables de trabajo y conceptualizaciones para entender el malestar de la madre. Por otro lado, el primer artículo revisado es el de Grimaneza, se analizó la concepción del complejo de Edipo y como la maternidad se vivifica como un deseo de goce, derrumbando la creencia que solía promulgar la maternidad como un instinto y de orden biológico. Las ideas en el artículo de Hernández van a ser un tanto parecido, pero con ciertas conceptualizaciones diferentes, pues aquí no hablaremos del complejo de Edipo y la configuración femenina para explicar la maternidad, sino que se refiere la maternidad

como suplencia y el estrago materno que puede aparecer por diversas situaciones. A diferencia de estos dos autores, Alvarado contrasta del contenido ofrecido y ofrece a una mirada sobre la maternidad frente a lo real de la muerte en un duelo perinatal, señalando las fases y síntomas comunes, hasta los abordajes que puede realizar el psicólogo clínico.

Internacional

Se presentarán artículos internacionales que enriquecen la investigación, ofreciendo una mirada más global. Jiménez (2022) en España, realizó un escrito Análisis de tres casos de duelo perinatal. Utilizó la investigación de campo metodología cualitativa. El escrito destaca que las reacciones de duelo en progenitores masculinos serían más leves y breves, reportando menores índices de llanto y menor necesidad de hablar de ello. Las estrategias de afrontamiento de los padres son tendentes a la evitación, la internalización, la negación, la distracción y se focalizan en las relaciones sexuales. Las desigualdades entre los duelos pueden socavar notablemente el bienestar de la relación de pareja al tiempo que van redefiniendo sus roles. Su objetivo fue descubrir lo que un duelo perinatal puede desencadenar en madres, al igual que los recursos disponen para enfrentar esta adversidad. La población utilizada en este estudio fue de adultos, donde participaron tres mujeres. El trabajo dio a conocer resultados de que un duelo complicado puede dar paso a trastornos psiquiátricos, como ansiedad, depresión y estrés postraumático, que requerirán otro abordaje, las mujeres que han sufrido una muerte perinatal presentan síntomas clínicos comórbidos de dichos trastornos en los meses posteriores a la pérdida, permaneciendo incluso años.

De otra manera, Melendezm (2020) en Washington D.C, realizó un escrito sobre Resiliencia y apoyo social como predictores del duelo perinatal en mujeres: modelo explicativo. Utilizó un estudio transversal con metodología cuantitativa. El escrito indica que ante la muerte perinatal se desencadena un proceso de duelo difícil de resolver, pues involucra la pérdida física, la del rol materno y las ilusiones, expectativas y proyectos que rodean al hijo. Es un evento traumático que puede desarrollar un duelo complicado, lo que implica la presencia de síntomas que provocan un deterioro de la salud mental y la minimización de la autonomía de la mujer en duelo. Su objetivo fue desarrollar y probar un modelo explicativo del efecto de la resiliencia, el apoyo social y variables sociodemográficas sobre la resolución del duelo perinatal. La población utilizada en este

estudio fue de adultos, donde participaron 295 mujeres. El trabajo dio a conocer resultados mostraron que las mujeres que tuvieron mayores habilidades resilientes, específicamente, claridad en objetivos de vida y competencia social, presentaron un duelo menos intenso frente a dicha pérdida. La presencia de otros hijos aumentó la posibilidad de desarrollar.

Finalmente, Galaman (2021) en España, realizó un escrito sobre La angustia materna. Utilizo un estudio teórico con metodología cuantitativa. El escrito da importancia a que la mayoría de las mujeres sufren de trastornos del sueño, pesadillas o falta de apetito, taquicardias, flashbacks del momento del parto/cesárea o ansiedad, o llega a sentir terror pensando en tener que acudir al centro hospitalario donde fue atendida en el parto o donde su bebé aún queda hospitalizado. Su objetivo fue explorar el trauma obstétrico, un capítulo de la psicotraumatología moderna aún poco conocido en los ámbitos clínico y psicoterapéutico. La población utilizada en este estudio fue de adultos, donde participaron mujeres. El trabajo dio a conocer resultados que el impacto psicológico de un parto/cesárea difícil —o vivido por la parturienta como una experiencia traumática— tiene consecuencias relevantes en la calidad del puerperio, en el inicio y / o mantenimiento de la lactancia, influyendo en la salud psicoemocional de la madre y en la del bebé, muy especialmente en la calidad del vínculo afectivo, pilar fundamental para la construcción de un apego seguro y sano.

Dicho esto, en base a los tres artículos internacionales consultados, se rescata una reflexión y un estudio acerca de los desencadenantes de una muerte perinatal en las madres, ubicando los trastornos psiquiátricos y psicológicos que pueden verse a raíz de estos eventos. Sin embargo, en los artículos se va a realizar hincapié en la singularidad de cada caso, al igual que una profundización sobre el duelo y la experiencia traumática, que no sólo conlleva la muerte perinatal, sino que el haber sufrido un embarazo o parto complicado y el proceso de hospitalización por complicaciones en el neonato. Así mismo, los autores hablan un poco acerca de la resiliencia en ciertas mujeres y enumeran los factores de riesgo de un duelo más intenso, lo cual es pertinente de ser pesquisado por el psicólogo clínico durante su intervención. La lista de síntomas es explicada en su mayoría de forma explícita, sirviendo como una base para la sensibilización y advertencia para aquellos que trabajen en un área neonatal con casos de pronóstico desalentador. También, en uno de los artículos retomaremos conceptos teóricos sobre el deseo materno y la

configuración femenina, vinculándolo con la angustia en madres y lo cual puede verse relacionado con lo expuesto por los demás autores en sus pertinentes escritos.

Como bien se ha presentado, para este proyecto se han analizado una serie de artículos divididos por su lugar de origen. Dentro de los artículos realizados por autores nacionales, se pudo estudiar acerca de la subjetivación del complejo de Edipo, un recorrido teórico de la construcción subjetiva e imaginaria de la mujer, el agente materno con respecto al neonato y la herencia familiar que la madre vierte en este bebé, además de orientar sobre la intervención del psicólogo clínico dentro del área de neonatología y frente a casos de duelo perinatal o de diagnóstico desalentador.

Por otro lado, los artículos latinoamericanos revisados se concentran en la configuración subjetiva de la mujer y la maternidad en función de su imaginario, al igual que el estrago materno y sus deseos. También, se ubica la intervención que realiza el psicólogo clínico durante un duelo perinatal y lo que desemboca lo abrupto de lo real que impacta a la madre debido a la muerte o la probabilidad de muerte del neonato, irrumpiendo en este imaginario creado en torno a su vida como futura madre. En este caso, los artículos abordan temáticas parecidas a los que se expusieron anteriormente, sin embargo, estos autores se han enfocado en la conceptualización de la maternidad por fuera del imaginario social y las consecuencias en las construcciones del orden subjetivo debido a un duelo perinatal.

Por último, están los artículos internacionales que se han seleccionado, los cuales realizan una reflexión y un estudio acerca de los desencadenantes de una muerte perinatal en las madres, refiriéndonos a la sintomatología que se presenta durante un proceso de duelo y lo real del trauma que aparece frente a una experiencia traumática, que no sólo conlleva la muerte perinatal, sino que el haber sufrido un embarazo o parto complicado y la hospitalización. En estos artículos no sólo se hablará sobre los trastornos psiquiátricos y psicológicos que se presentan, sino en la singularidad el caso a caso y las consecuencias a largo plazo que deja la huella del trauma, como podría el miedo a acudir al hospital o pesadillas con respecto al evento de muerte perinatal. Aun así, podemos concluir que todos los artículos, a pesar de sus diferencias y enfoques, pueden ayudar significativamente a la investigación.

CAPÍTULO 1.

La construcción del deseo materno

La definición y conceptualización del término deseo materno

“Tradicionalmente se han pronunciado infinitas frases concernientes al “instinto materno”, atribuyendo una especie de saber-hacer a toda mujer respecto de la maternidad, independientemente de la posición de cada una. El psicoanálisis se posiciona en la vereda opuesta al instinto”

(Wajnszyld, 2022, p. 2)

Coloquialmente el término “deseo materno” se ha visto vinculado como un instinto propio del sexo femenino, donde se atribuye un saber-hacer a la mujer frente a su desempeño como madre. Es decir, dentro del contexto social se denomina el deseo de una madre y la maternidad como algo innato, donde se espera una lista de aptitudes que sirvan como método para solventar las necesidades básicas de un hijo. Sin embargo, desde la teoría analítica se hace una distinción entre lo que comprende el deseo materno y los instintos biológicos de cada individuo. Los seres humanos bajo la enseñanza del psicoanálisis actuamos por pulsiones, más no debido a una habilidad innata correspondiente a un género en específico.

Freud (1915) en sus escritos, Pulsiones y destinos de pulsión, refiere que “la pulsión sería un estímulo para lo psíquico y no actúa como una fuerza momentánea, sino que realiza una moción constante”. Es decir, es aquella intersección entre lo anímico y lo somático que viene como un representante de los estímulos que yacen en el interior del individuo, pero no se presenta como parte de una naturaleza propia del ser viviente. Por lo tanto, se infiere que la mujer actúa desde la pulsión y la construcción del deseo materno se escapa por fuera de una simple habilidad con la que se nace.

El deseo materno en realidad es una pieza importante para la constitución del sujeto y se sitúa no sólo en un ámbito social y cultural, sino que en la misma vida psíquica.

Además, es de gran importancia recalcar que cada ser humano ha sido atravesado por el lenguaje. Lacan en sus enseñanzas nos deja en claro que el inconsciente y la subjetividad están cimentados por el lenguaje, nos constituye y deja marcas que se sostienen con fuerza hasta la adultez. La maternidad ha sido hablada por medio del lenguaje a través de las generaciones y el rol de la mujer, en su posición como sujeto encargado de traer la vida y con una meta dirigida a la crianza, ha construido significantes que traen diversos debates en torno al deseo de una madre y su actuar. Es así como se afianza la separación del deseo materno de una singularidad biológica y se ve bajo su verdadera complejidad.

Lacan (1970) en su clase 9 en el seminario 17 mencionará que:

El papel de la madre es el deseo de la madre. Esto es capital. El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente. Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre (p. 79)

Al hablar de madres, se debe entender que una madre en un primer momento le da la posición de objeto a su hijo. Desde la clínica entendemos que un hijo viene a la madre para cubrir de alguna manera una falta, se coloca como aquel objeto fálico que había perdido. Un objeto “recobrado” y que muchas veces puede volverse indispensable al saberse de su existencia, en caso de que la mujer esté dispuesta a verse a sí misma criando una nueva vida, también entrando como parte del orden imaginario. La madre construye un ideal, vierte en un ser que aún no ha nacido un cúmulo de expectativas y lo constituye como sujeto, por lo que en algunas ocasiones puede llegar a ser sofocante y, justo como Lacan lo advierte, puede producir estragos. Aun así, no toda madre y su deseo se asemejará a la boca de un cocodrilo, no todas las madres querrán devorar a sus hijos.

Siguiendo a Lacan (1956) en su seminario 4 explica que:

Una parte de la vida erótica de los sujetos que participan de esta vertiente libidinal está totalmente condicionada por la necesidad por parte del Otro, la mujer maternal, de hallar en él su objeto, el objeto fálico, necesidad que ellos experimentaron en alguna ocasión y asumieron. Esto constituye la esencia de la relación analítica por oposición a la relación narcisista (p. 86).

Durante el comienzo de una nueva etapa de vida, cuando el infante nace y emerge en el mundo, este establece con la madre su primer vínculo, un lazo que permanecerá y funcionará como cimiento para los vínculos futuros. Es decir, siendo lo contrario a la relación narcisista, esta unión está llena de significación y se espera que con esto el infante pueda forjar sus propios deseos y construya su propia subjetividad, proporcionando un camino hacia las uniones que sostenga al crecer. Además, es importante recordar que este primer vínculo llega a ser posible debido a que la figura materna encarna a este gran Otro, quien servirá o actuará como el objeto que contemple y sustente a este infante, el cual de manera inconsciente aprobará este rol que toma la madre. Dicho de tal manera, la madre no sólo está allí para devorar al niño, sino que para fundarlo como sujeto deseante y otorgarle las bases que en las próximas etapas de vida sirvan como una guía. Es de allí la referida importancia al deseo materno dentro de la construcción del sujeto.

De la mano con lo explicado anteriormente, Soto (2005) en su texto *La constitución subjetiva en psicoanálisis y su relación con el concepto de desarrollo* indica que:

Este Otro debe saber cómo y cuándo estar: lo cualitativo prima sobre lo cuantitativo. Saber dar. Dar con amor. La madre, o quien cumpla su función, lee anticipadamente lo que ella cree que es una demanda y algo brinda que no es del hijo, sino que le es propio: se habla del deseo materno, lee lo suyo en el rostro del bebé (p. 4).

Con este pasaje Soto nos elucida sobre como una madre, en su función primordial, puede saber cuándo debe sostener y cumplir con las necesidades de un hijo, dándole significado a lo que antes carecía de contexto. Un bebé no ha desarrollado aún la habilidad del habla, un recién nacido no puede exponer su malestar o su alegría, pero es introducido al lenguaje por la madre y sostenido bajo algo que le es propio. Ya sea una mueca o el mismo llanto del neonato, la madre es aquel Otro que sabe qué es lo que se está demandando y cuándo debe cumplir con dicha función. La madre le otorga significado y ese amor que tanto necesita su hijo, depositando desde allí de manera inconsciente su deseo materno y emergiendo la subjetividad infantil. Por lo tanto, es bajo el deseo materno que la madre opera como sostén del hijo y lo fundamenta, brindándole así formas para poder desenvolverse a futuro.

Entonces, podemos definir al deseo materno como la proyección inconsciente del imaginario de la madre, entre esto las faltas y los anhelos, sobre un hijo. La madre piensa en su hijo, lo baña de expectativas e ideales, y le propicia la oportunidad de construirse como sujeto, a la vez sosteniéndolo como el objeto que completa la falta en su ser, por lo que en algunas ocasiones pueden existir los tan famosos estragos. La madre no sólo forja un vínculo lleno de significación, donde le da a su hijo las habilidades que le servirán para crear su propio deseo o su propia subjetividad, sino que también existirá este deseo materno en el cual la madre de manera inconsciente le transmitirá al hijo sus propios deseos, como si fuese una extensión de su propio yo.

El embarazo y el vínculo de la dulce espera

Desde lo más íntimo del ser, la psique humana, el embarazo se asoma como un proceso que comprende mucho más que la mera concepción biológica y los cambios corporales. El embarazo opera como una etapa donde se entrelazan los hilos de la subjetividad y el propio deseo de la madre, además del comienzo de la vida misma para este nuevo ser humano en formación.

Silvia Osoreo en su artículo (2022) *Aspectos Favorables de la Comunicación No Verbal Madre-hijo en la Construcción Del Psiquismo Desde el Enfoque de Aulagnier* dirá que:

La comunicación madre-hijo podría iniciarse antes de la gestación, con el deseo de la mujer de ser madre de ese hijo imaginado, soñado, que aún no es percibido, pero que es pensado y esperado; al que se le atribuye de antemano, una serie de cualidades y expectativas asociadas a la propia historia personal y familiar de esa mujer (p. 3).

El hijo imaginado se construye incluso antes de la concepción, siendo la historia familiar de la mujer y su subjetividad piezas importantes en dicha premisa, pero este camino se forja a través del deseo de vida que se le otorga a este ser aún no existente. Si hablamos del embarazo, el alma y el cuerpo se preparan para una etapa totalmente nueva, sin embargo, la aceptación de tal noticia se ve dependiente de los sueños de la mujer gestante. Cuando a un hijo se lo es pensado y esperado incluso antes de la gestación, durante el embarazo este deseo se prepara para traer consigo expectativas e ideales

estrechamente relacionadas con la maternidad que sirvan como metas a futuro. Además, la fundación de este primer vínculo madre-hijo inicia justamente allí, bajo la comunicación no verbal que se comparte con este pequeño ser y la dulce espera de su nacimiento.

Mario Sebastiani (2005) en su artículo, *Acerca del estado de embarazo ¿Dulce espera?*, comenta que “No son ni más ni menos que los deseos, los temores y las fantasías que imponen una situación y una actitud de espera” (p. 1). Haciendo referencia al complejo entramado emocional que comprende la espera de un hijo durante el proceso de gestación. La dulce espera representa aquellas expectativas y anhelos que tan gentilmente acogen al hijo aún no nacido, siendo la insistencia y necesidad de tener en presencia al objeto deseado. Sin embargo, un embarazo también trae consigo una reestructuración del yo en la mujer, al igual que evoca un tiempo de negociación entre lo pulsional y lo relacional, así que no sólo se creará un cúmulo de fantasías, sino que también temores propios de toda espera y la expectación de la llegada del gran día, el nacimiento.

Complementando a lo ya expuesto, Mario Sebastiani (2005) además indica que:

La noción de espera por sí misma expresa la ansiedad que nos produce posponer la satisfacción de lograr de inmediato lo que deseamos, a diferencia de tener que aguardarlo. ¿Quién no quisiera poder ver a su hijo en el mismo momento en que toma conocimiento de que se encuentra embarazada? (p. 1)

Una mujer que desea a este hijo durante el embarazo esperará con dulzura la llegada de dicho ser amado, pero a la vez se verá confrontada por la postergación extensa del propio proceso biológico. Al pensarlo desde el principio de placer y el principio de realidad de Freud, la madre al enterarse del embarazo quiere ver a su hijo lo más pronto posible, buscando la gratificación pulsional instantánea, tomada por este deseo tan grande alrededor de su maternidad. Aun así, esto no necesariamente irrumpirá en la madre negativamente, es allí donde vemos el principio de realidad, pues ella conoce que está limitada a imaginar a su bebé hasta que cumpla con el tiempo de embarazo necesario y pueda conocerlo cara a cara. Es decir, logra adaptar esta necesidad tan grande a las circunstancias y consigue moderar los impulsos en torno a ello. En el contexto social actual, la dulce espera se conoce como el período donde el imaginario materno le da sentido y forja al bebé como sujeto, partiendo desde la posición subjetiva de la mujer

gestante para consolidar la fantasía y el anhelo que promoverá distintas emociones en el ser, al igual que, como la propia frase lo indica, hay una espera para poder intentar cumplir todas las metas propuestas. Entonces, el embarazo puede concebirse como la gestación que da cabida a la espera del nacimiento de una nueva vida, pero también como un proceso del renacimiento simbólico de la psique materna.

Ahora bien, habría que repensar este proceso a partir del primer impacto que supone dicha noticia. La gran revelación puede materializarse frente a la madre como una realidad en la forma de una prueba de embarazo, desencadenando casi de inmediato una explosión de emociones como resultado: alegría, inseguridad, temor o quizá rechazo. Cabe señalar que, incluso aquellas mujeres que acogen esta noticia con entusiasmo no están exentas de experimentar ansiedades o preocupaciones, tales reacciones siendo propias de la incertidumbre sobre la salud del bebé que viene en camino, los cambios que pronto llegarán a su vida personal y la maternidad misma. El orden del mundo, inevitablemente, vacila y la monotonía que sostenía de pronto ya no funciona, la rutina debe adaptarse a esta nueva etapa.

En madres que abrazan el embarazo con cariño y un latente deseo de vida, el primer trimestre se podría denominar un período impregnado de ilusión y expectativa, en el que el mero conocimiento de la existencia de un hijo en el vientre trae gratificación y donde el narcisismo, no patológico, centrado en el yo aumenta. No obstante, como se ha señalado, un embarazo conlleva modificaciones significativas en ciertos aspectos del psiquismo materno, así como desafíos orgánicos que pueden presentarse en el cuerpo a medida que transcurre el tiempo. Desde el marco psicoanalítico, el cuerpo de cada ser humano opera como un ente mediador activo del inconsciente, donde las pulsiones, los afectos y los significantes reprimidos puedan hallar una vía de expresión, por lo que cada cambio corporal puede incidir a nivel de la esfera psíquica de la madre.

En este sentido, un punto que resulta fundamental de destacar en este primer trimestre es la redistribución y transformación de la energía libidinal a lo largo del proceso gestacional. Retomando las enseñanzas Freudianas, la libido se destaca como una fuerza motriz de la conducta, que comprende la energía psíquica asociada a los instintos sexuales y que impulsa los deseos y las motivaciones por medio de procesos conscientes e inconscientes. La energía libidinal en muchas ocasiones tiende a ser sublimada,

manifestándose en actividades socialmente aceptables; los afectos amorosos y las distintas artes cumplen una vía para despojar la libido de únicamente la satisfacción sexual. Cuando una mujer empieza su primer trimestre de embarazo, hay una inevitable transformación de la libido. Dejando atrás la sublimación en relación con el yo, esta energía empieza a verterse en este feto que toma la posición de objeto de afecto dentro de su vientre, canalizándose al cuidado maternal y la protección de esta nueva vida. Desde esta perspectiva, la mujer oscila hacia el denominado narcisismo secundario y reorganiza su libido hacia el interior del cuerpo gestante, en aquel objeto de amor que surge como extensión de su y que gracias a este vínculo tan íntimo que poseen tiene la oportunidad de existir.

Sin embargo, se debe considerar que la libido no en todos los casos logrará transformarse de manera fluida. Entre la contraposición de los impulsos, las inminentes demandas del yo y las expectativas sociales relacionadas a la maternidad, el inconsciente se ve afectado y entra en conflicto, donde inclusive puede verse una reactivación del Edipo.

Tomando este último aspecto, en la alborada del primer trimestre de embarazo, el carácter del complejo de Edipo femenino causa repercusiones en la maternidad y una interrogante puede aparecer como resonancia en la madre.

¿Qué significa este hijo para mí?

Una duda que propicia un trabajo de elaboración del deseo por este hijo, de allí partiendo hacia la aparición de las fantasías y expectativas que fundamentarán su posición subjetiva durante la dulce espera del bebé. Pero esto no es lo único que deviene de la reactivación del Edipo, sino que la mujer también tiende a verse confrontada por su propia femineidad y la naturaleza de la relación con su madre, ya sea identificarse o experimentar rivalidades inconscientes, emergiendo así las dudas sobre su futuro desempeño como madre o la vida misma.

Siguiendo a Mario Sebastiani (2005), menciona que:

Por ello, parece oportuno que las mujeres logren comprender que están viviendo una situación emocionalmente inestable por lo que deben encarar la vida cotidiana con un poco más de cuidado y tomándose un tiempo extra para resolver o tomar decisiones. (p. 3).

Un embarazo no es cualquier cosa, sino que una etapa llena de nuevas experiencias que trastocan al ser. Entre la fragilidad emocional inherente a la gestación y las emergencias o resignificaciones en la estructura psíquica ya constituida de la madre, no es sin comprender que es un proceso de inestabilidad que la mujer podrá hallar una vía para adaptarse a los cambios. No es sin considerar las dinámicas inconscientes que surgen con esta etapa que se logra entender los conflictos internos que pueda presentar una mujer en relación con su identidad y las demandas de la maternidad. Tal como indica Mario Sebastiani, la mujer debe encarar la vida cotidiana con una delicadeza particular, pues cada minuto se matiza de una transformación significativa que trasciende lo previamente vivido. Un embarazo no sólo comprende una dulce espera.

A este respecto, a medida que el proceso de gestación se aproxima a su culminación, la madre puede experimentar incomodidad física y una creciente ansiedad por la inminente labor de parto. Lo que en un principio se construyó como una dulce espera, colmada de añoranzas alrededor del objeto amado, puede tornarse en una sensación agridulce, marcado por la presión emocional. Sin embargo, este período surge como un momento crucial y de mayor conexión con el hijo aún no nacido. Este hijo que ha sido pensando, anhelado y acogido en un espacio psíquico tiernamente forjado, se encuentra en las últimas fases de su desarrollo dentro del útero, lo que le permite a la madre sentir su presencia con claridad. La noción de la madre "suficientemente buena" da paso junto al temor de no desempeñar correctamente la maternidad, después de todo, esta etapa también está revestida por el discurso de aquellos cercanos a la madre.

Según D.W. Winnicott (1965) en su obra *El proceso de maduración y el ambiente facilitador*, él refiere que:

Una madre suficientemente buena... empieza por una adaptación casi completa a las necesidades de su bebé, y a medida que pasa el tiempo se adapta cada vez menos, con creciente éxito, a las crecientes capacidades del bebé para afrontar el fracaso de la adaptación (p. 20).

Adaptarse a los cambios y saber-hacer con la maternidad, pero cada vez se vuelve mucho más complejo de lograr. Durante el segundo trimestre, el movimiento del bebé y su presencia actúa como un puente entre lo interno y lo externo, mientras que la espera funciona como un método de contención emocional que limita la necesidad de una

gratificación pulsional inmediata, para seguir bajo un imaginario que anuda y contribuye a la constitución de expectativas que forjan la idea de este hijo que yace dentro del vientre.

Ahora bien, sería pertinente volver a señalar el comienzo de esta travesía. Con la noticia de un embarazo, la mujer puede reaccionar de distintas formas y la apertura a la noticia puede variar. Emociones como la alegría por la llegada de un bebé y el susto por la responsabilidad que automáticamente se les adjudica, la madre debe simbolizar esto que llega a su vida como una experiencia única. En especial estas madres primerizas que lo primero que cuestionan es el saber-hacer materno y sus capacidades con respecto a otorgar un buen cuidado, si podrán sostener y suplir de manera efectiva a su hijo. Allí comienza si bien la despersonalización, en que la madre entremezcla su *ser mujer* con el rol que cumple en la crianza del hijo, o el desplazamiento de las necesidades básicas de un hijo a un segundo plano, dando el enfoque a su propia identidad por encima de cualquier situación. Este fenómeno se puede ver mucho más latente durante el final del segundo trimestre y la gran parte del tercer trimestre de gestación.

En referencia a este último punto, el tercer trimestre puede avivar una ansiedad a la separación, parte de la complejidad afectiva que acompaña el nacimiento de un hijo. La madre se ha *preparado* durante el embarazo y ha constituido a su hijo como sujeto, el objeto de su amor primordial, y debe dejarlo abandonar el vientre para convertirse en un ser autónomo. Esta ansiedad hallada en la madre se ve reflejada por el vínculo simbiótico que ha forjado con el feto; la madre lo colma de ideales y anhelos como método de obtención de una gratificación, lo piensa y lo imagina, a tal punto que el feto no sólo es un hijo al que se espera, sino una parte del propio cuerpo materno al que se acoge desde el interior. Si bien la mujer gestante está enterada de que el bebé en algún punto será un sujeto con deseos propios, es justamente este cambio lo que causa un temor a separarse. La madre en tanto que está embarazada y es movilizada por un deseo de vida, va a proyectar al hijo como una parte de sí misma que le trae satisfacción y el dejar de estar completa es angustiante.

Sin embargo, el tercer trimestre si bien es una etapa cargada de ambivalencia, es introductorio de celebraciones que surgen como vía para canalizar deseos, expectativas y ansiedades. Estas dinámicas lejos de ser meramente un rito social, representan bases que moldean la subjetividad materna en relación con el hijo.

Incluso podríamos pensar en celebraciones contemporáneas como el *gender reveal* y el *baby shower* como medios que propician un incentivo durante la espera, actuando como mediador que logre, de alguna manera, contener la tendencia a la inmediatez. El famoso *gender reveal* no sólo da a conocer el sexo del bebé, sino que materializa la fantasía materna de conocer la identidad de su hijo y ubica a este nuevo ser dentro del orden simbólico, dando la oportunidad de que los significantes propios de la cultura se adhieran a su constitución incluso antes del nacimiento. Por otro lado, el *Baby Shower* se festeja en la venida del tercer trimestre y dan cabida a que la madre sea sostenida por su entorno, reforzando su rol maternal y dándole un espacio para anticiparse a la llegada de su hijo. Lo podríamos tomar como una intersección entre el imaginario materno con las demandas del orden simbólico, la crianza que bajo su maternidad está próxima a desempeñar.

A modo de conclusión, Rosa María Gil Bello (2015) en su artículo, *Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir del análisis del discurso*, extrae el discurso de una madre:

Los cambios que hace el cuerpo me han sorprendido mucho. Es decir, cómo crear una vida modifica tanto el cuerpo, pero todo el cuerpo: las analíticas, el cuerpo, la mente... ¡Es que lo cambia todo! Eres una persona completamente diferente. No sé... (p. 8)

Para una mujer que es atravesada por el proceso de gestación, los cambios físicos son acogidos con sorpresa e irrumpen en la identidad, reconfigurando de alguna manera la subjetividad preestablecida y desafiando la unidad del yo. La transformación corporal en la madre que nos presenta Rosa María Gil Bello se experimenta como fascinante y al mismo tiempo desestabilizadora.

Se evidencia entonces que en cada trimestre el embarazo introduce diferentes transformaciones específicas, desde la adaptación a la nueva maternidad y los cambios a nivel corporal, hasta la ansiedad en las últimas semanas del embarazo y la inminente separación, que trascienden en el psiquismo materno y marcan puntos clave en la experiencia del proceso.

Transformación de la libido y la depresión posparto

La libido

Bajo la mirada de la clínica analítica, se ha designado la conceptualización de la libido a la energía psíquica que da impulso a instintos sexuales.

A propósito de la libido, Freud (1901-05) en su obra, *Tres ensayos de teoría sexual*, señala que:

La vemos concentrarse en objetos, fijarse a ellos o bien abandonarlos, pasar de unos a otros y, a partir de estas posiciones, guiar el quehacer sexual del individuo, el cual lleva a la satisfacción, o sea, a la extinción parcial y temporaria de la libido. (p. 198).

Es un tipo de energía psíquica capaz de fluir y transformarse en diferentes estados psíquicos; ya sea desplazarse, reprimirse o sublimarse, la libido no es una energía rígida y puede fluctuar al convertirse en libido de objeto. Sin embargo, es pertinente revisar este pasaje que nos trae Freud y darle una mirada más allá de los instintos de orden sexual. La libido también puede representar una clase de energía vital que impulsa los deseos, el placer y la creatividad, en el caso de la sublimación. Además del autoerotismo, que se ve reflejado en la libido narcisista centrada en el yo, la libido tiene un aspecto egoísta, pasa de un objeto a otro siempre y cuando este prometa una satisfacción a los deseos del individuo. Es decir, la libido escoge a que objetos va a verter esta energía libidinal acumulada.

Ahora bien, al dejar atrás la infancia, el individuo empieza a redirigir la energía libidinal comúnmente al amor y las relaciones sexuales, incluso en las artes. La libido entonces se direcciona a objetos externos, no sólo se enfoca en el autoerotismo. En el caso de conseguir una pareja amorosa, esta pasa a ser ubicada como objeto de deseo y la libido fluye exclusivamente allí, pues es dicha la relación la cual promete satisfacción y por consiguiente la extinción parcial de la libido. Sin embargo, en mujeres gestantes, es común detectar una transformación de la libido, donde la pareja pasa a segundo plano, al igual que los deseos sexuales, y es el nuevo ser en desarrollo que toma la posición de objeto de amor.

El embarazo es una etapa de alta carga emocional y de división subjetiva, donde hay aspectos de la personalidad de la madre que predominan por encima del resto. En la

enseñanza de Winnicott se habla de la preocupación materna primaria, que aparece cuando la madre se posiciona en un estado de sensibilidad exaltada. Para que dicha sensibilidad se de, es pertinente inferir que la mujer debe primero encontrar un deseo que la empuje a ubicar al feto como un objeto de amor, un objeto bueno, dando como resultado la apertura hacia el rol materno. En este caso, la libido, al ser una energía que fluye, pasa del erotismo a la ternura y al amor, pues la madre se siente complacida con la presencia del feto en su útero y da cabida a un revestimiento con la energía psíquica correspondiente. Es decir, la energía pasa de ser sexual a vincular.

La libido retorna a su estado *narcisista*, deja de proyectarse en objetos externos, y se comienza a verter al cuerpo gestante. Se convierte en una energía destinada a cumplir con la satisfacción de dar amor al feto, si este es ubicado como objeto de amor, al igual que se moldea a la necesidad de dar cuidados y conllevar el rol materno.

Incluso habría que pensar en esta libido que da un empuje a los deseos sexuales hacia la pareja amorosa, pero que trae conflicto a la madre y la divide entre las necesidades de su yo y la maternidad, por lo que se canaliza a través de procesos de sublimación orientados hacia la creatividad. Actividades recreativas como la planificación del espacio donde el bebé va a dormir luego de nacer o la confección de prendas con las que lo podrá vestir, es una vía lejos del erotismo donde el impulso de los deseos de la mujer gestante se logra expresar.

Por otro lado, dándole un enfoque a la sublimación de deseo sexual con respecto a la interacción con la pareja amorosa, es bien sabido que el término libido y el embarazo se ven tensionados por el imperativo social, los mitos y los prejuicios en el discurso de la sociedad, y los conflictos entre el rol materno y el yo de la mujer. En ocasiones, parecería que hay sentimientos de culpabilidad con respecto a los deseos sexuales y la denegación de satisfacer dichos impulsos. En los primeros trimestres, al haber una sensibilidad exaltada con respecto al amor por el feto, la madre prioriza el cuidado de su hijo.

Tomando este último punto de referencia, Panea Pizarro et al. (2018) en su artículo, *Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre*, menciona que “Casi todas las embarazadas participantes refieren temor y miedo a la hora de realizar prácticas sexuales durante la gestación” (p. 3). La libido al ser redirigida hacia el cuidado y la protección del feto se aleja del deseo sexual que, de

alguna forma, se convierte en una necesidad poco importante para la madre, pues puede interferir con el bienestar del hijo. Además, la pareja ya no es aquel objeto de amor al que la libido ha escogido para verter su energía, al menos no en los primeros trimestres. Para sustentar dicha premisa, los autores del artículo mencionado realizaron una investigación, donde se entrevista a distintas madres y se les cuestiona acerca del bajo interés sexual durante la gestación.

Bajo la investigación realizada por Panea Pizarro et al. se extrae el discurso de una de las madres, a quien denominaremos M, quien señala la reducción de la práctica sexual por miedo de ocasionar daño al feto. M manifiesta que “Una vez que quedé embarazada no quise seguir manteniendo relaciones sexuales por el miedo a perder al bebé.” En el embarazo, al existir el deseo de vida por parte de la madre, puede darse la aparición de una sensación de gratitud hacia el feto por su existencia en el útero. Ante la amenaza de peligro, se busca la protección total del feto a modo de preservar este objeto de amor que causa satisfacción. La libido por tanto se ve sublimada en la vertiente sexual y se forja como una energía que pretende otorgar amor al feto.

Pero ¿qué pasa cuando la madre no es capaz de ubicar al feto como un objeto de amor?

Justo como se puntualizó anteriormente, para poder ubicar al hijo como un objeto de amor, la mujer debe encontrarse ante el deseo y de allí partir hacia una preocupación materna primaria.

Lacan (1983) en el texto, *Notas sobre el niño*, menciona que:

La función de residuo que sostiene (y a un tiempo mantiene) la familia conyugal en la evolución de las sociedades resalta lo irreductible de una transmisión—perteneciendo a un orden distinto al de la vida adecuada a la satisfacción de las necesidades—que es la de una constitución subjetiva, que implica la relación con un deseo que no sea anónimo. (p. 56).

Un Otro primordial tal como una madre no se rige por instintos biológicos, sino que pretende la transmisión de algo mucho más allá que la mera supervivencia. En alusión a la puntualización de Lacan, para constituir a un hijo se debe darle un espacio privilegiado en la formación de la subjetividad materna. En la alborada del primer trimestre, durante la gran revelación de un embarazo, la madre *negocia* su subjetividad, enfrentándose al deseo ya construido y la identidad propia. Si se habla de un deseo que no sea anónimo, es

pertinente ubicar que dicho deseo es singular, llevando consigo la historia personal, anhelos y los conflictos del individuo, en este caso la madre, diferenciándose del cumplimiento del deseo de un otro, el cual es impersonal. Entonces, para que una mujer gestante posicione al feto como objeto de amor que pueda revestir libidinalmente, este debe devenir de un deseo no anónimo vinculado a la maternidad. La madre debe desear a este hijo, quererlo. Sin embargo, este deseo en ocasiones puede incluir ambivalencias.

El conflicto de la identidad que lleva a ubicar al hijo como un objeto malo, si tomamos referencia de las conceptualizaciones de Melanie Klein (1946-60) en *Envidia y gratitud*, que aparentemente posee una parte de la madre, la sombra de su feminidad individual, que ella no quiere que se le sea arrebatada tan abruptamente. Entonces el revestimiento libidinal hacia el cuerpo gestante, al feto dentro del útero, se vuelve algo complejo.

Además, el embarazo es un estado de transparencia psíquica, donde la sensibilidad emocional parecería operar como un camino hacia recuerdos de la primera infancia que han sido, quizá, olvidados. Si el deseo materno, por lo contrario, se ve como un símbolo de frustración y la reactivación de duelos pendientes o angustias primitivas, esta incapacidad de ubicar al hijo como objeto de amor puede llevar a conflictos internos mucho más profundos. Si esto no se resuelve hasta el nacimiento del bebé, puede dar paso a la conocida *depresión posparto*.

La depresión posparto.

Lacan (1976) en su *Seminario 24*, a propósito de una madre, manifiesta que “se trata ahí de un parasitismo — en el útero de la mujer, el niño es parásito, todo lo indica, hasta el hecho de que algo puede andar muy mal entre ese parásito y ese vientre.” (p. 3). Para la madre el feto no es completamente conocido, es un extraño que llega a su vida, pretendiendo obturar la falta en ser y sostener su deseo, y que se fusiona con su propia carne. El cuerpo ya no le pertenece sólo a la madre, sino que está siendo compartido por un otro que no controla, que está allí y se sirve de sus recursos. Lacan utiliza el término parásito como una metáfora, haciendo alusión a la extrañeza del feto que encuentra hogar dentro del vientre.

Pese a los avances tecnológicos, como la proliferación de las ecografías 2D, 3D y 4D que operan para consolidar en las madres la construcción de una identidad con respecto a su hijo, el feto sigue siendo un ser desconocido que habita el cuerpo materno. Si bien la

visualización del hijo contribuye a combatir de cierta forma la extrañeza, esto no elimina su carácter enigmático en la psique materna. El feto es ese otro del que se sabe únicamente datos puntuales relacionados a componentes orgánicos y al que aun así se le ha ubicado como objeto de deseo. Dicho aspecto es el que reproduce la frase *cita a ciegas* que las madres mencionan al asistir a las primeras ecografías con el obstetra.

En tal sentido, llegando hacia la última etapa gestacional y la venida del parto, este extracto tomado desde la enseñanza Lacaniana apunta directamente hacia la irrupción de ansiedad por el inminente nacimiento del bebé, a quien finalmente conocerá por primera vez. Dicha ansiedad, quizá, surge como reacción ante el feto que, como objeto a, no siempre llega a obturar por completo el deseo materno y su estado como *parásito* en el útero tiende a desafiar la identidad.

Rosa María Gil Bello (2015) en su artículo, *Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir del análisis del discurso*, extrae el siguiente relato de una madre primeriza “Del parto sí que tengo miedo. Como es el primero, no sé cómo va a ir.” Bajo dicha vivencia, se infiere una angustia ante la insistencia del parto como un proceso desconocido. Al traducirlo desde una perspectiva psicoanalítica, el temor al parto no se reduce al simple miedo de la convalecencia y el dolor físico, sino que no se sabe cómo va a ir la ruptura en la fusión con el hijo que operaba como objeto interno y esto produce tensiones psíquicas de orden inconsciente.

La madre debe negociar la separación del bebé como objeto al que se revestía de energía libidinal desde el interior del cuerpo y la individualidad de este. El parto marca un paso de la preocupación materna primaria, pues es allí donde la mujer se enfrentará con la realidad de la crianza de un hijo y la maternidad, entrando en conflicto por el imperativo de cumplir la demanda de ser una *buena madre*. Al mismo tiempo, el nacimiento del infante también puede llegar a quebrantar una identidad que había sido construida en torno a la madre durante la experiencia de gestación.

De ser esta mujer gestante que debía ser atendida y cuidada por los otros a su alrededor, con el parto la madre se restituye como un agente secundario relegado a la satisfacción de las demandas del bebé. La mujer durante el embarazo suponía completud, pero al darse la separación del recién nacido de su cuerpo, esta sensación se ve mutilada por la sombra de una identidad que ya no está. Ya no hay quien pregunte por ella, sino que por el ser que

acaba de dar a luz. El cambio puede contribuir a conflictos internos, que pueden verse vinculados a la propia historia personal, y la madre se rinde ante la experiencia de un vacío psíquico que causa malestar. Incluso habría que pensar en aquellas madres que no sólo deben negociar con los nuevos cambios y el vacío en el ser que deja el parto, sino que están solas en ello. Más si hay algo allí de la historia personal que ha infligido. Es de tal manera, en los conflictos no resueltos, que se desarrolla un posible trastorno como lo es la depresión posparto.

Según Villegas Loaiza et al. (2019) en el artículo, *Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto*, se indica que “La prevalencia de depresión posparto fluctúa entre 10 al 20% de la población.” (p. 4). Es un porcentaje significativo de madres que sufren de tal malestar, siendo definido por un estado del ánimo que oscila entre la tristeza y el desánimo. Es decir, le da un punto a la concepción psicoanalítica que define la capacidad de la madre para ubicar al infante recién nacido como objeto bueno u objeto malo, de lo cual surgirán impulsos ya sean del orden amoroso o agresivo, entre estas las conductas autodestructivas. Los autores en artículo recientemente utilizado también mencionan la diferenciación del término *maternity blue* con la depresión posparto, siendo la tristeza posparto un síndrome transitorio que se resuelve con mayor facilidad, en el que el 80% de madres se ven afectadas. Si el período de malestar anímico se prolonga de las 2 semanas, es considerado una depresión posparto.

Para concluir, Laura Gutman (2003) en su obra, *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*, menciona que:

Prefieren adormecerla, logrando apaciguar los ánimos de los demás, y dejando a una mujer sin capacidades físicas ni emocionales para ocuparse del bebé, que es entregado a otra persona para que lo cuide. Con frecuencia, la lactancia se corta y la madre tiene la certeza de estar haciendo las cosas terriblemente mal (p. 22).

La experiencia de una mujer puerpera se halla en un estado de vulnerabilidad emocional. Los conceptos antes mencionados: la transformación de la libido, que ahora debe revestirse hacia el infante como objeto externo, la relación con el objeto-bebé, el deseo materno y la culpabilidad al intentar responder un imperativo de *buena madre* se devuelven como insoportables en función de intentar buscar una estabilidad. Laura

Gutman nos hace referencia al agotamiento físico y emocional que obstruye el cuidado del bebé por parte de la madre, pero señala un punto que vale la pena repasar.

La palabra *adormecerla* se puede interpretar tal como el intento de represión del conflicto en el psiquismo materno por parte del otro, quien sólo vela por el bienestar del recién nacido. En tal caso, no hay un deseo no anónimo, sino que se cumple el deseo de un otro que impone un mandato inconsciente que resulta insoportable durante un estado de inestabilidad emocional. La madre es en sí ubicada como un objeto pasivo que debe mantener la calma por el bien del recién nacido, como se explicó anteriormente, ya nadie pregunta por ella y esto sólo refuerza su alienación, tristeza y vacío.

Además, si una madre es atrapada en la posición depresiva, la impotencia de no poder cuidar al bebé debido al agotamiento puede devenirse en sentimientos de culpa excesivos por la incapacidad del cumplimiento del rol materno, si no se invierte, por lo contrario, en impulsos agresivos hacia ella misma o el infante. Es importante recordar que incluso después del parto, este hijo sigue siendo un extraño al cual se debe conocer, lo que en caso de tal afección psíquica provoca el rechazo como defensa a la extrañeza y la sombra de su propia identidad.

El hijo como falo materno

Desde una postura psicoanalítica, dentro de la dinámica entre una madre y un padre, para la madre la prueba de amor más sincera hacia su pareja es constituida por la concepción de un hijo. Al darse la concepción, lo que se espera es que la pareja parental pueda enseñarle este hijo, en desarrollo, cómo construir sus propias metas, deseos y anhelos, adquiriendo así una autonomía subjetiva. No obstante, este proceso puede verse cuando la madre, desde el inconsciente, ubica al hijo como el falo que durante la castración ha perdido, el único objeto que podrá suplir su falta en ser, por lo que la dinámica de la diada madre-hijo se ve afectada por dicho fenómeno.

Lacan (1994) en el *Seminario 4* dentro de su escrito: Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina, indica que “no es lo mismo si el niño es metáfora del amor de ella hacia el padre o metonimia de su deseo de falo, que no tiene y nunca tendrá” (p. 244). En este fragmento Lacan subraya dos posibles configuraciones en la diada madre-hijo. Por un lado, la madre al desear y amar al padre prueba o demuestra este deseo dándole

un hijo, mirándolo desde este punto, el hijo representa una metáfora del amor materno hacia el padre, lo que operará como una vía en la que, cuando el infante crezca, podrá ser capaz de crear una separación y desapegarse de la madre, creando así su propio camino basándose en su experiencia. Sin embargo, es esencial recordar que la madre, como todo ser humano, se encuentra en falta y al referirse a un deseo de falo en la maternidad, se hace referencia en la posición de objeto que la madre coloca a su hijo, en este caso constituyéndolo alrededor de la metonimia del deseo de falo e imponiendo sus propios deseos insatisfechos para moldearlo, esto con el fin de lograr hacer frente al vacío.

Ahora bien, cuando se habla sobre el hijo que ha sido reducido como falo, se trata de un infante que, como se expuso anteriormente, por consecuencia del deseo de la madre no podrá fundamentar su propia autonomía, sino que es limitado a vivir debajo del regazo materno toda su existencia. La madre de manera inconsciente buscará en su hijo el sentirse plena, hay ámbitos de la vida personal que no han sido satisfechos y causan conflicto, por lo que el haber reencontrado el falo perdido le propicia la capacidad de resolver las faltas que tiene. En definitiva, el niño es convertido en este objeto que completará a la madre y es quien causa en la madre un sentido de vida. Al ser parte del entramado de los conflictos inconscientes maternos, la madre no siempre logra vislumbrar los efectos perjudiciales que ocasiona en el hijo por medio de sus acciones. A largo plazo, esto representa un problema para el infante, pues ha sido delegado como un subordinado de las expectativas maternas y el discurso de este gran Otro primordial lo sujeta sin dar un espacio al desarrollo autónomo infantil. El hijo, en otras palabras, crecerá con los intereses asignados por la madre y no creados por sí mismo, en una dinámica donde las demandas de la madre siempre irán en primer lugar.

Bajo dicho contexto, se presenta una viñeta de una paciente atendida durante las prácticas preprofesionales realizadas en una unidad educativa, la paciente la cual se llamara “B” para resguardar su confidencialidad es una estudiante que es derivada con psicología debido a que desde la tercera semana de clases ha ido disminuyendo en sus notas en la clase de robótica, cuando se tiene las sesiones con ella, indica que de un tiempo a otro, ha perdido el interés en seguir en el taller de robótica, después de varias sesiones explica como ella no se inscribió por su propio interés, pero al indicarle a la madre sobre que debía escoger un taller, ella intervino inscribiéndola en el taller de robótica, después

se supo que esta intervención que hizo la madre fue porque ella después de tener a B, no pudo seguir este gusto que tenía, por lo que esperaba que su hija pudiera continuar con su legado. En este ejemplo, se puede ver como esta madre busca en su hija poder completar ese deseo de seguir ese gusto por la robótica, pero en la experiencia de la hija.

El hijo al ser un falo de la madre la sostiene y crea la ilusión de una gratificación, así evitando que se desborde ante el deseo insatisfecho que aún yace como una huella significativa dentro de su esfera psíquica. La mujer al ser madre se somete a un imperativo social demandante y a cambios emocionales drásticos, los deseos que ella alguna vez se planteó para sí misma se alejan cada vez más. Incluso, es importante considerar a estas mujeres que, desde antes de haberse convertido en madres, han sufrido malestar a causa de la falta y la imposibilidad de lograr sus objetivos de vida. Si el hijo es un objeto que sirva para suplir la falta estructural que la castración ocasionó, la madre obtendrá de manera inconsciente la gratificación pulsional que sólo el cumplimiento de estos deseos que ella en algún momento se planteó para sí misma podría darle. Es justo esto lo que pesquizamos en el caso de B. y su madre.

Al ser arrebatada del falo en la castración, la mujer pierde aquella omnipotencia que le hacía creer poder poseerlo todo. Entonces, la falta está allí en el ser y causa malestar, por ello se manifiestan un sinnúmero de deseos y ambiciones que pretenden suplir la falta al ser alcanzados. Aun así, esto no siempre es suficiente, por lo que estas madres oscilan hacia esta otra vertiente: asumir el rol materno y concebir un hijo que pueda continuar con su legado. Con el hijo ha recuperado el objeto que se perdió hace mucho atrás, algo que, como se revisó ya, promete una sensación de completud para la mujer, pero que causaría que el infante no pueda tener una subjetividad individual debido a que es sometido a realizar todo lo que la madre espere de él, sin permitirle asumir su propio deseo.

Se puede entonces entender que el hijo como falo materno, bajo las enseñanzas Lacanianas, devela la complejidad del deseo inconsciente depositado en la diada madre-hijo, operando de tal manera que la madre logre sentirse satisfecha. Bajo este mismo orden, se puede pensar en el hijo no sólo como un objeto que viene a obturar la falta en ser de la mujer, sino que, en una extensión del yo materno, donde las demandas de la madre moldean la subjetividad infantil y le permite de tal forma seguir sus deseos no

cumplidos en su hijo. Es decir, la madre vive a partir de las experiencias del infante con el fin de sentirse orgullosa y darse crédito a sí misma por lo conseguido.

El Narcisismo de la Madre

El narcisismo, desde su perspectiva etimológica el término encuentra origen en el antiguo mito griego de Narciso, un joven muy reconocido que, según la narrativa mitológica, queda profundamente enamorado de su propio reflejo en el agua. Es así como, dentro del imaginario colectivo de la cultura popular, se determina el narcisismo como un patrón de la personalidad caracterizado por un amor propio excesivo y una exagerada percepción inflada de la propia importancia, que puede manifestarse en diversos grados de intensidad. Sin embargo, ¿qué comprende el narcisismo de la madre?

Desde la clínica psicoanalítica, el concepto de narcisismo va más allá de su visión tradicional y es Freud en 1914 en *Introducción al narcisismo*, que finalmente define la distinción fundamental de dos tipos de narcisismo, el primario y secundario.

La idea de una carga libidinosa primitiva del yo, de la cual parte de ella se destina a cargar los objetos; pero que en el fondo continúa subsistente como tal viniendo a ser con respecto a las cargas de los objetos lo que el cuerpo de un protozoo con relación a los seudópodos de él destacados (p. 4).

Al hablar de narcisismo primario, entendemos que este concepto corresponde a una etapa inicial del desarrollo infantil psíquico donde el infante se constituye libidinalmente a sí mismo, sin tener aún la capacidad suficiente de dirigir dicha energía libidinal hacia objetos externos. Sin embargo, en la madre este narcisismo primario de su hijo representa una dimensión particular, que puede ser experimentada como una reemergencia de su propio narcisismo. Es de este narcisismo redivivo que la madre vierte en el infante sus ideales narcisistas y deseos por medio del afecto que otorga desde el inicio del proceso de gestación, hasta el nacimiento y la crianza. Freud lo describe como un hijo amado que tome la posición de “Su Majestad el Bebé” que se funda del ideal del yo materno. Por otro lado, el narcisismo secundario hace referencia a la libido, en la etapa donde el sujeto es capaz de redirigir su energía a objetos externos, pero que de alguna manera vuelve a ser depositada en el yo. Es decir, la reinversión de la libido en el yo después de haberla volcado en el mundo exterior, reforzando la imagen idealizada ya existente.

Con respecto a la maternidad, en la madre la intensidad con la que proyecte el narcisismo secundario depende de la fuerza de este. Si el narcisismo secundario es particularmente intenso, puede manifestarse como el imperativo de priorizar sus propias necesidades, deseos e imagen idealizada, por encima de la construcción subjetiva y las necesidades auténticas de su hijo. En consecuencia, mediante la vía inconsciente la madre puede tomar al infante como un medio que le propicia un reforzamiento de la autoestima y el sentido de valía, pero ignora la individualidad de su hijo y, de alguna manera, su estado emocional. Si bien en el narcisismo primario se vierten ideales propios del imaginario materno, en este caso específico se espera que dichas expectativas sean cumplidas y se limita al infante a un deseo que no le corresponde, que no ha sido construido por su propia subjetividad.

Karyl McBride (2013) en su obra, *Madres que no saben amar*, sostiene que “Tener una madre narcisista, tanto si es absorbente como si es negligente, hace que la individuación—tener una identidad propia independiente— sea difícil de lograr” (p. 40). Esta afirmación nos remite a un intenso narcisismo materno secundario que, ya sea consciente o inconscientemente, proyecta expectativas del orden imaginario sobre su hijo y lo posiciona como una extensión de su propio yo, imponiéndose ante la construcción de una subjetividad autónoma.

Por lo tanto, tomando de referencia lo explicado anteriormente, la madre *narcisista* concibe a este hijo como un objeto destinado a cumplir sus sueños y aspiraciones, relegando la subjetividad del infante en un segundo plano. La madre cosifica al infante, a su hijo, y esto causará que no pueda realizar una separación entre el niño y ella, debido a que, en el momento en que la madre lo visualiza como un objeto, toda frustración y ambición es a lo que el hijo debe sostenerse para ser configurado como sujeto. A medida que este infante va creciendo, debido a la dinámica sostenida con la madre, su posición de objeto se mantiene y buscará cumplir, tal cual, todo lo ella le indique, reforzando la imagen idealizada y la autoestima de la madre a partir de sus experiencias de vida. En tal sentido, se debe tener en cuenta que algunas madres rechazan la posibilidad de que sus hijos puedan crear una subjetividad propia, con deseos y anhelos independientes a los suyos, lo que nos retorna a esta necesidad materna de mantener al infante bajo la imagen idealizada y convertirlo en una extensión de sí mismas. En el caso de las niñas, inclusive podría

pensarse que dichas madres esperan a que su hija, siendo su objeto de amor, pueda ser en algún punto de la vida su doble.

Este fenómeno en consecuencia puede impactar significativamente en el desarrollo emocional del infante y en la dinámica de la diada madre-hijo, llegando a tal punto que, si los ideales proyectados por la madre caen, da la emergencia de una herida narcisista que en la madre puede asentar una huella que deje una impronta profunda en el psiquismo y cause gran malestar.

Karyl McBride (2013) añade entonces lo siguiente:

Nosotras, las hijas de madres narcisistas, creemos que tenemos que estar ahí, a su disposición —que nuestro papel es atender a sus necesidades, sentimientos y deseos—, incluso de niñas. No sentimos que importemos a nuestras madres en ningún otro sentido (p. 34).

Ser un objeto sujeto al ideal de un gran Otro y yacer inerte a la disposición de un deseo ajeno, es el rol que un hijo de una madre *narcisista* es obligado a cumplir con tal de sostener el velo imaginario que recubre lo real. Karyl hace hincapié en que, con el pasar del tiempo, no es sencillo para el infante despojarse de sus propios sentimientos para poder satisfacer a la madre, que puede ser difícil a nivel emocional el tener que siempre cumplir con ciertas expectativas. Este narcicismo materno que se caracteriza por idealizaciones excesivas, donde las madres persiguen el sueño de un *hijo perfecto* para alimentar el propio ego, creando una imagen inconsciente de éste donde se genera exigencias y un apego emocional desmedido. Tales ideales incluso siendo manifestados a partir de los deseos no realizados de la madre, donde por medio de su descendencia decide lograr todo lo que ella no pudo. La falta de empatía por parte de la madre, pues ella sólo se permite pensar en sí misma cuando su hijo se escapa de su imaginario, le dificulta dar cuenta del dolor que causa, pero es su respuesta ante el impacto de lo real y la caída de ideales que sostenían su autoestima.

Eso, sin más, es el narcicismo de la madre.

El ser madre y ser mujer: la tensión en la identidad femenina

Desde la perspectiva social y cultural.

Una mujer que es madre, pero que se encuentra en la encrucijada de su propia identidad y la maternidad que ha acogido entre sus brazos.

Según Paricio del Castillo y Polo Usaola (2020) en su artículo, *Maternidad e identidad materna: de construcción terapéutica de narrativas*, nos indican que:

La maternidad y feminidad han sido dos conceptos identitarios clásicamente ligados entre sí, de forma que lo femenino se ha definido con muchas de las características que se presuponen a lo materno y lo materno ha quedado relegado a un asunto exclusivamente femenino, en ocasiones socialmente mistificado, a cuyas necesidades prácticas no se ha prestado la suficiente atención política (p. 40).

Las autoras nos precisan el imaginario colectivo que rige la conceptualización de la feminidad, al igual que la maternidad en el entramado social. Dentro del contexto social, bajo la mirada del otro, quien es madre debe velar por su hijo e implicarse de lleno en la crianza, realizando un sacrificio importante: dejar de lado la esencia que representa su ser. Esto devela así el cuestionamiento sobre la feminidad, si es posible seguir siendo mujer cuando se es madre, y ocasionando de tal forma una tensión inherente a estos significantes tomados del entorno. Desde la clínica analítica, estos principios van más allá de una imposición cultural, tal como nos muestra el artículo, sino que opera como un mandato inconsciente, una ley, que sujeta a la mujer a este imaginario colectivo y pretende moldear su subjetividad.

El imperativo cultural, posiciona entonces a la feminidad de una mujer que es madre como una única respuesta, donde la madre entonces órbita exclusivamente alrededor de su hijo, oponiéndose a la opción que ofrece a la mujer un balance subjetivo. Es decir, en muchos casos una madre no logra cumplir la función de cuidar a su hijo y acogerlo, mientras que al mismo tiempo continúa en la construcción de sus propios deseos o necesidades, aquellos que alguna vez se planteó cumplir. Entonces, hay una pugna entre el yo de la mujer y los ideales impuestos por el superyo de la sociedad, llegando a tal punto que la pregunta ¿podré seguir siendo mujer? Se vuelve demasiado distante y la identidad se pierde, ocurre una despersonalización.

Siguiendo a Paricio del Castillo y Polo Usaola (2020) “El juicio social responsabiliza a las madres de las dificultades que pueden surgir en el desarrollo psicoafectivo de los niños, al tiempo que minusvalora las renunciaciones y los cuidados maternos” (p. 41). Cuando se habla del ser madre, suele concebirse una idealización que ubica a la mujer como este alguien, un gran Otro primordial, a quien se le responsabiliza del desarrollo psicoafectivo de sus hijos y que debe estar por completo para ellos en todo sentido. Esto implica que para ser madre o cumplir su rol, una mujer debe desprenderse de la feminidad que yacía constituida en ella antes del embarazo, sin considerar lo que esto significa a nivel emocional y los conflictos internos a nivel inconsciente que pueden dar cabida a partir de dicha experiencia.

Por un lado, cuando se habla del ser mujer se hace referencia a la identidad individual que posee un sujeto del sexo femenino. Una mujer antes de quedar embarazada, suele ser una mujer constituida por deseos, ambiciones y necesidades propias que están resguardadas por la subjetividad cimentada en el psiquismo y que rige su actuar, alguien que mira por sí misma y pretende buscar la gratificación de sus sueños. Esta construcción subjetiva es irrupida por el embarazo mediante la posición de madre que se le atribuye a la mujer por medio de los significantes que rigen el imaginario colectivo, donde, en ocasiones, poco a poco se llega a dejar de lado lo propio para poder enfocarse más en quien ahora necesitara el cuidado. Esto es lo que se puede denominar ser más madre que mujer.

La historia parece llegar a un final abrupto, los sueños se vuelven una realidad que ya no podrá ser. El hijo se presenta como una extensión del yo que necesita ser sostenido en todo momento, que no puede ser relegado en cuidados a nadie más que la madre. Incluso si hay un padre, la madre es quien debe dejarlo todo y verterse en su rol, sacrificando todo aquello que alguna vez la caracterizó.

Desde una mirada psicoanalítica

Viéndose ahora desde la perspectiva psicoanalítica, tenemos dos pensamientos acerca de lo que es ser madre y ser mujer, por un lado, estará Lacan, donde se centrará en la división del sujeto y el deseo de la mujer y por otro lado tenemos a Freud, el cual nos hablará acerca de cómo el hijo llega a ser lo cercano a una resolución del complejo de Edipo femenino.

Freud (1925) en su texto *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* indicará:

La diferencia entre varón y mujer en cuanto a esta pieza del desarrollo sexual es una comprensible consecuencia de la diversidad anatómica de los genitales y de la situación psíquica enlazada con ella; corresponde al distingo entre castración consumada y mera amenaza de castración (p.275).

El complejo de Edipo caracterizado por ser la etapa importante para un infante, donde existirán sentimientos y deseos hacia los progenitores, aunque también existirá hostilidad. Visto desde el lado de la mujer, ella desarrollará un apego hacia su padre, pero también existirá un descubrimiento de la falta, donde la niña llegará a reconocer acerca de su sexualidad, debido a que se enfrentará al reconocimiento de su cuerpo, donde se dará cuenta que el niño tiene un pene y ella no, creando sentimiento de envidia al pene y un sentimiento de inferioridad, a esto Freud lo llama la castración ya consumada. Durante este proceso la niña tendrá rechazo hacia la madre, debido a que la vea como alguien incompleta o castrada, así como ella y durante este proceso también existirá la envidia al pene debido a su propia falta, la niña sentirá tal envidia al no poder sentirse completa.

Teniendo esto en cuenta, podemos ver como desde edad temprana, la mujer llega a sentir esta incompletud, desde el momento que existe una castración en la infancia, la mujer siente una falta la cual estará presente en todo momento, por esta razón es que Freud más adelante indicara que existirá en la mujer una resolución edípica femenina, en la cual es fundamental la participación del hijo. Al momento de ocurrir esta resolución la mujer comienza a tener una renuncia al deseo del pene y a la identificación del padre por lo que buscara otras formas para obtener la posesión del falo, por lo que es aquí donde entra su deseo de tener un hijo. En este punto se puede destacar como el deseo de ser madre llega a ser fundamental para poder alcanzar la completud de la mujer, debido a que según Freud el ser madre y tener un hijo es lo que ayudaría a la mujer a poder sentirse completa e intentar encontrar su propia falta.

Ahora, ¿qué ocurre cuando una madre rechaza a su hijo? Primero se debe entender que cuando esto ocurre es porque existió un narcisismo materno, el cual sucede en el momento donde la madre decide no aceptar a su hijo por algún detalle que le haya o no encontrado. Como se sabe las madres al momento de dar a luz, suelen buscar algún mínimo aspecto

que pueda hacer que exista ese despertar de aceptación materno, pero cuando esto no ocurre la madre simplemente rechaza al bebé, esto puede causar que la madre tenga un conflicto inconsciente el cual no fue resuelto en su feminidad, sexualidad o maternidad, con esto último, desde un punto de vista freudiano, se puede decir que la maternidad no llega a nacer de las mujeres o esta instaurado en toda mujer, sino que se va construyendo a lo largo de la vida de la mujer junto a su construcción de la feminidad, esto quiere decir que la mujer tomara en cuenta su experiencia en la niñez como también su adolescencia y su adultez, tendiendo presente sus relaciones sociales y familiares, en especial con la madre. Por último, estos conflictos inconscientes pueden llegar a la madre como una proyección de sí misma, donde probablemente al ella recibir un rechazo por algún integrante de la familia como la madre, cometa lo mismo con su hijo, lo cual llegará no solo a causarle daño al bebé sino también a la madre.

Buscando otro pensamiento psicoanalítico, Recalcati (1918) en su texto, *Las manos de la madre: Deseo, fantasmas y herencia de lo materno*, indica “La maternidad no es un hecho simplemente biológico, es un evento del deseo. Surge desde el inconsciente como una ofrenda alimentándose de los sueños, las expectativas y los deseos inconscientes de todas las madres” (p. 13). Recalcati habla sobre dos puntos importantes, el primero donde el ser madre no es un hecho biológico, el cual deja en claro que el ser madre no está insaturado o puesto en toda mujer, debido a que a pesar de que la mujer tiene la opción de poder gestar y parir, eso no quiere decir que ella esté dispuesta a pasar por esa experiencia en su adultez. Por otro lado, tenemos la parte de los deseos inconscientes, los cuales pueden llegar a dar aparición debido a las experiencias vividas de la mujer, debido a que cuando se habla de los deseos inconscientes, se puede creer que se trate de los deseos reprimidos que tiene desde su juventud, dando paso a que cuando la mujer toma la decisión de ser madre, puede que sea por identificaciones infantiles o conflictos no resueltos en su adolescencia, los cuales pueden ser causados por su relación familiar, en especial con su madre. Por último, también se nombran los sueños y expectativas, los cuales se puede pensar que ven por el lado de lo que es ser madre, debido a que en la juventud también puede ocurrir que la adolescente se cree expectativas sobre cómo sería ser una madre, creando así escenarios en donde ella pueda visualizarse de esa forma basándose en su experiencia materna.

Fernández (2022) en el texto *Maternidad y feminidad desde el psicoanálisis* explica:

La madre como mujer desea algo más allá del hijo. No debemos olvidar que la madre es una mujer. Lacan resumió el Edipo Freudiano en la Metáfora Paterna, que, en última instancia, lo que viene a decir es que la madre es mujer también y que como mujer desea algo más allá de su hijo (p. 18).

La madre siempre deseará más, como indica Fernández en la cita, el hecho de que el padre pueda cumplir con el trabajo de separación, ayuda a que el niño pueda tener una apertura a su desarrollo unitario. La madre según la autora no es una madre que no siente interés hacia su hijo en absoluto, sino que es una madre que no tiene un solo deseo o se enfoca solo en su hijo, sino que demuestra el interés en el padre, aquí puede verse como la madre puede seguir o tener una falta, pero aun así esta no va dirigida solamente hacia el infante, sino también puede ir hacia el padre. Se puede observar cómo en ningún momento se hace una separación acerca de la maternidad o el ser mujer, más bien realiza una unión donde la madre puede llegar a ser una mujer que puede mantener sus deseos propios, dándose un lugar a ella y al infante, esto ayuda a que el niño pueda desarrollarse por sí mismo y no en base a la madre.

A propósito de esta idea, se extrae el fragmento de un caso clínico. En el caso de la paciente, a quien denominaremos “C”, se abordó el malestar causado por la condición médica de su hija, una niña de 1 año de edad, y la elaboración alrededor de su propia maternidad. Durante la mayor parte de las sesiones, C. solía hablar sobre sus hijos y el papel que ella desempeñaba dentro del hogar, haciendo énfasis en su rol como “ama de casa” y el método de crianza que practica. No obstante, al pedirle que intenté relatar su propia historia, C. dice una frase un tanto curiosa: “Yo quería ser enfermera, luché por estudiar...mis padres no me dejaron. Yo nunca quise casarme, pero una vez que conseguí marido y me embaracé, mi historia acabó.” Es allí donde se puede pesquisar, quizá, una despersonalización de la identidad de esta madre y el mandato inconsciente del discurso social que la moldeó por fuera de sus propios deseos. La frase mi historia acabó da cuenta de una expresión de alienación al deseo del Otro, en este caso sus padres, y el sacrificio de su individualidad para cumplir con las funciones correspondientes de una buena madre al quedar embarazada, que la ubican entonces en una postura de conflicto entre su yo deseante y el ideal del yo impuesto por la sociedad.

Laura Gutman (2003) en su obra, *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*, indica que:

Las mujeres puérperas tienen la sensación de enloquecer, de perder todos los lugares de identificación o de referencia conocidos; los ruidos son inmensos, las ganas de llorar constantes, todo les molesta, creen haber perdido las capacidades intelectuales, racionales. No están en condiciones de tomar decisiones domésticas.

Viven como fuera del mundo; justamente, viven dentro del «mundo-bebé». (p. 21)

Una mujer que hace un corte en su propia historia, despojándose de los sueños y ambiciones que movilizaban su deseo, parece haber perdido todos los lugares de identificación y la capacidad de decidir. Laura Gutman hace referencia al estado psíquico de las mujeres puérperas que son tomadas por el rol materno, como si su existencia estuviera sujeta únicamente por las necesidades del Otro. Hay una división; seguir siendo mujer o ser una buena madre, se trata de una reflexión en la propia subjetividad que llega a provocar angustia. Parecería que ya no hay más que una sola vía por la cual transitar por la vida. En el caso de C. se ilustra una renuncia que fragmenta su subjetividad y la remite por completo a vivir en el “mundo bebé”, pues sus hijos operan como un nuevo objeto de deseo, su nuevo objeto de amor.

Siguiendo a Laura Gutman (2003) “El desdoblamiento del alma femenina o la fusión emocional en el alma del bebé es indefectible, aunque este proceso sea inconsciente. La decisión de llevarlo a la conciencia es personal” (p. 21). La identidad femenina se entremezcla en los matices de la adquirida maternidad y la diada madre-hijo propone una fusión que refuerza la imposición de la función materna del imaginario colectivo, forjando una resignificación subjetiva y reprime aspectos que deben ser entonces sacrificados. Esto es un proceso inconsciente, no obstante, la decisión de llevarlo a la consciencia es un trabajo que debe ser elaborado por la madre misma. En muchas ocasiones, la mujer no logra reconocer que hay una fractura en su identidad y normaliza la renuncia a la gratificación de los deseos o proyectos desligados al hijo, pues lo atribuye al instinto. Pero no hay tal cosa como el instinto materno, como se ha expuesto anteriormente, sino que pulsiones y conflictos internos que impulsan el actuar. Por lo tanto, el llevar a la consciencia este fenómeno requiere que la madre reconozca dicha despersonalización y lo interprete más allá de un instinto biológico.

Por otro lado, ¿qué hay de estas madres que no desean afrontar el rol materno?

Cuando la mujer, al verse dividida, entra en cuestionamiento sobre qué será de ella al convertirse en madre, si no hay un deseo que implique el sostener y participar en la crianza del hijo, la decisión final llega a oscilar hacia el desamparo y la satisfacción de sus necesidades como única prioridad. No es el simple balance entre las responsabilidades o la priorización del autocuidado, sino el desplazamiento total de las demandas de un hijo a segundo plano, que actúa a favor de una defensa inconsciente contra la oposición al yo deseante. Porque la división del ser y el imperativo social se sienten como una anulación del deseo, causa angustia y malestar, resultando en una reacción de aversión por parte de la madre al cuidado del hijo, esto con tal de no perderse a sí mismas. En este caso, en vez de una madre fagocitadora y un apego ansioso, hay un infante que se presenta como una “amenaza” ante su identidad. La mujer teme ser consumida por su hijo y rechaza el rol materno para protegerse.

Aun así, no en todos los casos esto representa una ausencia de amor, pero sí obtura como una marca significativa en el desarrollo emocional del infante a su cargo. En consecuencia, el hijo puede interpretar la ausencia de afecto materno como un abandono, un rechazo, por lo que es esencial que la madre logre abordar su malestar, explorando las emociones reprimidas que la fragmentan y la ansiedad que provoca la pérdida de su subjetividad como sujeto individual. Es importante que la madre alcance un balance y logre que esta división, tan compleja como es, no construya una barrera que la aleje de su hijo.

En definitiva, la maternidad es una experiencia única y profundamente transformadora, que se erige como un escenario lleno de aristas y de introspección que confronta a la mujer a tensiones inherentes en relación con su subjetividad, el ser madre y el ser mujer se encuentran como dos polos distantes. A favor de lo expuesto, retornamos las ideas de Laura Gutman (2003), quien manifiesta lo siguiente “Las mujeres nos encontramos fuera del mundo concreto, pero en la obligación de seguir funcionando con sus reglas.” Las expectativas del entorno demandan al yo un cambio, pero la tensión entre la identidad y el rol maternal provoca una disociación con la dimensión social apartada del “mundo bebé.” Bajo un discurso impaciente que ignora la complejidad emocional de dicha transición, la mujer se ve en la necesidad de elegir un “bando” y seguir adelante, aún si el

mundo interno está fragmentándose en mil pedazos. Por ello, vemos esta diferenciación de ser “más madre” o ser “más mujer” en la historia, cargada de ambivalencia y peculiaridades distintivas, de miles de mujeres alrededor del mundo.

El rol materno y la ausencia del deseo de vida

Una madre que forja una barrera ante el deseo de maternar y la oposición a la pulsión de vida, que se sostiene como, quizá, una identificación hacia impulsos destructivos contra sí misma o contra el hijo. Es decir, hay un deseo ausente. La diada madre-hijo entonces se ve confrontada ante emociones ambivalentes, pues hay conflictos no resueltos de por medio.

Desde Sigmund Freud (1905) en su obra, *Tres ensayos sobre teoría sexual*, él indica que "La madre es sin duda el objeto de amor más importante, y quizás el primero." El imperativo social lo ha decretado; la madre es quien acoge al nuevo ser que llega al mundo y lo ubica como objeto de amor, otorgándole la oportunidad de constituirse como sujeto y adentrarse en el mundo. Por ello, la madre es el objeto de amor más importante para un ser humano, no obstante, no toda mujer es movilizada por un deseo de vida al quedar embarazada.

Un embarazo no dictamina la apertura de una mujer a ser madre, la maternidad no es una experiencia fácil. Después del nacimiento de un hijo, no toda mujer siente una gratificación y los objetos de deseo priman en el exterior, se presenta una desconexión del rol materno y un abandono a nivel emocional. Sin el deseo materno parecería que no hay nada allí en el mundo para el infante, no hay un motivo que impulse a la vida. En tal sentido, la mujer ni tan siquiera ha de encontrar la manera de recubrir a este nuevo ser libidinalmente y la proyección que se logra verter en este va tintada por frustraciones, por sentimientos de culpabilidad y, como se expuso anteriormente, deseos destructivos propios del silencio con respecto a la maternidad. Desde un punto de vista Freudiano, se podría pensar en el concepto de pulsión de muerte como parte del bosquejo que cimienta el nulo deseo de vida con respecto a un hijo. Recordando que la pulsión de muerte se inclina hacia el Tánatos y se contrapone a un empuje, no existe tal impulso, por tanto, no es que la madre quiera desaparecer a su hijo, pero el malestar es tal que se provoca un rechazo del hijo como objeto de amor.

Araceli Colin (2015) en su artículo, *De la pulsión de muerte, el deseo, y la pulsión invocante*, refiere que:

Ese más allá del placer es un principio que rige la pulsión de muerte. Pero ésta de ninguna manera ha de ser confundida con, ni reducida a una tendencia asesina, eso sería un error. Las pulsiones de muerte, en conflicto y mezcladas con las de vida, están presentes en todos los seres humanos (p. 30).

En relación con el rol materno y un ausente deseo de vida por parte de la madre, los impulsos destructivos, tales como: dinámicas inconscientes que niegan al hijo, la desconexión emocional y una conducta agresiva hacia sí misma, se reflejan como una producción del más allá del placer, en su naturaleza particular que conflictúa al individuo, que ha causado un estrago. Cómo se señaló en la problemática de la encrucijada, ser mujer o ser madre, el imaginario colectivo normaliza un sacrificio y la renuncia de sueños preestablecidos, por lo que hay un deseo insatisfecho que se manifiesta en dicho estrago por consecuencia de la existencia de un hijo. Pese a esto, la carencia de un empuje que invite a brindar afecto también puede generar preguntas.

¿Seré yo una mala madre?

¿Será que amo a mi hijo?

La OMS (2022) indica que “se calcula que hasta 1000 millones de niños de entre 2 y 17 años en todo el mundo fueron víctimas de abusos físicos, sexuales, emocionales o de abandono en el último año” (p. 2). Se comprueba que hay un número significativo de niños que son violentados por sus cuidadores dentro del hogar. En muchos casos el abuso físico, como se mencionó, no acaba simplemente allí, sino que se convierte en un infanticidio por parte de estas madres tomadas por lo mortífero de la pulsión de muerte, si bien la pulsión de muerte no siempre es mortífera, como bien nos indica el artículo anterior, en algunas madres dicha pulsión empuja hacia un más allá de placer que apunta a dañar a sus propios hijos. Hay madres que carecen de deseo de vida y no logran ubicar al hijo dentro de un espacio en su subjetividad, lo han posicionado como un objeto malo, por lo que recurren hacia la violencia. Ya sea por medio del castigo físico o de manera verbal, es una forma de violentar al infante para evitar ser devoradas. Por otro lado, no se puede dejar en el olvido esas madres que han llegado a matar a sus propios hijos, este acto puede llegar a ser de manera consciente como inconsciente, donde la madre no mide los abusos que le

hace a su propio hijo, llegando a arrebatarse la vida al infante, por lo que, así como hay casos donde hay maltratos también se puede ver cómo hay casos donde la madre no se preocupa por la vida de su propio hijo, prefiriendo arrebatársela.

Para finalizar, Paricio del Castillo y Polo Usaola (2020) en su artículo, *Maternidad e identidad materna: reconstrucción terapéutica de narrativas*, menciona que:

Así, los sentimientos de culpa son todavía frecuentes en las mujeres que, por necesidad o por deseo, delegan los cuidados de sus hijos en otras personas (que suelen ser, también, mujeres). Este fenómeno podría estar relacionado con la aparición reciente de relatos de mujeres que expresan arrepentimiento por haber tenido hijos y que refieren no haber encontrado en la maternidad la sensación de plenitud esperada (p. 48)

El arrepentimiento que sostiene la postura defensiva, pero que queda en el limbo de un *¿qué habría sido?* y causa malestar. La mujer que carece del deseo de ser madre, o que por lo contrario se retracta de su decisión de dar a luz a un hijo, sufre sentimientos de culpa por no poder desempeñarse como es debido y al hacer una separación entre ella y el infante, lo cede para que sea cuidado por alguien más. La supuesta gratificación y el placer de haber creado la vida se mutila por el estado de negación de vida de la madre, no hay un espacio subjetivo para este hijo y sería muy difícil encontrar la vía adecuada para hacerlo cuando no hay pulsión que empuje hacia ello. Esa es la ausencia de un deseo de vida. Tampoco hay manera de que la madre se pueda permitir formar una dinámica madre-hijo saludable con el infante.

Por tanto, el vínculo fracturado y la falta de deseo no sólo afecta en los primeros años de vida, sino que puede perdurar incluso durante y después del crecimiento del infante, donde el impacto negativo no sólo se da en el psiquismo materno, sino que también afecta al hijo que ha sido desamparado por su deseo.

CAPÍTULO 2.

El hijo enfermo

“Los bebés con anomalías son considerados como sucesos catastróficos en nuestra cultura, en la que se valoran la inteligencia, la belleza y el éxito.”

(Alvarado, 2003, p. 307)

En el presente capítulo se caracterizarán las distintas áreas de un hospital pediátrico, específicamente las unidades neonatales, con un enfoque que abarque el impacto de los niveles de riesgos en el infante enfermo, tanto a nivel orgánico como en el ámbito de la salud mental. A su vez, se pretende analizar aquello que comprende acoger a un hijo enfermo desde un enfoque psicoanalítico.

La hospitalización neonatal en diferentes áreas

Pacientes neonatales especificados

Cada hospital organiza sus áreas según las necesidades y gravedad de los pacientes. En este apartado se especificará las zonas a las que neonatos y sus madres acceden en función de los cuidados y riesgos asociados a su condición específica. Dentro del hospital pediátrico donde se realizaron las prácticas pre-profesionales la Unidad Neonatal comprende las siguientes unidades:

- Sala de Hospitalización Neonatal (C2)
- Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (CIN)
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)
- Aislados.

Sala de hospitalización neonatal

Cuando un neonato es hospitalizado o trasladado a un hospital, sea para una consulta, chequeo o algún tipo de tratamiento, es posible que como parte de este sea ingresado a una de las distintas áreas de dicho establecimiento. Una de las salas más concurridas en la Unidad Neonatal es la de hospitalización, también denominada C2. En esta sala se permite acceso general a otros familiares de los pacientes. A diferencia de otras salas donde solo ingresa un familiar por paciente.

Pistoria (2024) en su texto, *Ingreso en el hospital*, indica que “A menudo, la atención médica se produce de forma rápida y sin explicación alguna. Saber qué va a suceder puede ayudar al paciente a afrontar y participar activamente en su cuidado durante su estancia” (p. 2). Como se puntualizó anteriormente, cuando un neonato es ingresado a una sala de hospitalización, esto se da debido a una condición médica o alguna lesión la cual puede ser tratada. Tal como señala Pistoria, es esencial que la enfermedad sea detectada para poder ayudar al paciente y encontrar una vía óptima para su cuidado. Siendo el caso de la sala C2, el objetivo es brindar un espacio seguro y con la atención de médicos especializados necesarios para la recuperación. Adicional, en la sala no sólo permanecen los doctores, sino también asisten psicólogos clínicos los cuales pretenden brindar su servicio a las madres o familiares que están en el área.

Cabe destacar que esta unidad hospitalaria está integrada por pacientes de menor riesgo. En tal sentido, las madres de los neonatos frecuentemente suelen permanecer junto a sus hijos las 24 horas del día, con la posibilidad de aplicar actividades como el plan canguro y la lactancia. También se admite la visita de familiares cercanos de la madre; ya sea el padre del neonato y los abuelos paternos o maternos. Es importante recordar que el vínculo madre-hijo es esencial para el desarrollo del infante, al igual que preserva, de alguna manera, la estabilidad emocional de la madre durante la irrupción de la angustia a partir de la abrupta hospitalización. Esto si la madre posee un deseo de vida con respecto al recién nacido.

A su vez, los pacientes ingresados en esta área no suelen quedarse de manera permanente. Es común observar neonatos listos para retornar a casa, habiendo ya pasado por tratamientos y exámenes médicos para asegurar su recuperación, o con enfermedades

no tan complejas, por lo que el alta médica suele ser frecuente. Es así como no se logra pesquisar grandes niveles de angustia en las madres, al igual que se desprende la ansiedad ante los pronósticos de alta mortalidad. Además, en el área C2 es frecuente una gran implicación por parte del personal médico en cada caso, logrando una buena comunicación con las madres y el esclarecimiento de dudas con respecto al cuidado neonatal, específicamente el cuidado de un hijo enfermo, y las inseguridades que las condiciones del recién nacido pueden generar en función del miedo a lo desconocido que se ve reflejado en el psiquismo materno.

Unidad de cuidados intermedios neonatales

La sala de Cuidados Intermedios Neonatales, también conocida como CIN, es un espacio donde los bebés asisten de manera inmediata en el momento que presentan complicaciones mostrada durante el parto o prematuridad al momento de nacer, las cuales requieren de observación y tratamiento. En esta sala los bebés son ingresados, pero no de manera permanente debido a que se le asigna un tratamiento que los ayude a resolver la enfermedad presentada y así poder irse con la madre y su familia, al igual que a diferencia de otras salas, está no es necesario que asistan con trajes especiales, debido a que en este espacio permanecen también los bebés más estables de salud.

La OMS (2022) indica que “estos recién nacidos corren un mayor riesgo de desarrollar diversas enfermedades que requieren atención en la unidad de cuidados neonatales” (p. 2). Los bebés durante la estancia en cuidados intermedios neonatales tendrán complicaciones por lo que se mantendrán en observación para que estas no puedan llegar a desarrollarse por lo que estarán luchando por seguir con vida. Por otro lado, tenemos a las madres, las cuales llegan a ser un punto importante, debido a que ellas serán las encargadas de darle ese afecto y calor que un recién nacido necesita, pero aquí durante ese proceso se pueden mostrar dos tipos de madres, por un lado una madre que al tener un hijo con complicaciones, experimentan un estado de desorientación, donde probablemente tomen la decisión de alejarse y esperar a que se resuelva con el tiempo, sin embargo, también se pueden ver madres que buscarán permanecer a la espera lo que necesite su hijo, así como también, de que su bebé obtenga las mejores condiciones de vida y pueda ser dado de alta con un buen estado de salud.

Los enfermeros, las enfermeras y doctores que están dentro de esta sala serán los encargados de manejar la estabilidad del bebé que esté dentro de CIN, dándole la atención necesaria con el fin de que la criatura crezca y se fortalezca para que así pueda regresar con su familia a su hogar y no regrese a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales donde asisten los recién nacidos con mayores complicaciones.

Unidad de cuidados intensivos neonatales

La unidad de cuidados intensivos neonatales comprende un escenario liminal donde aquello velado por lo imaginario, que sostiene las representaciones ideales de la vida, se ve enfrentado violentamente contra lo real de la enfermedad y la amenaza de la muerte. Es decir, se habla de un área especializada dentro del hospital donde neonatos, cuya existencia pende de intervención médica debido a complicaciones o enfermedades complejas, reciben cuidado las 24 horas del día y atención constante por parte de un equipo multidisciplinario. La unidad se caracteriza por el uso de tecnología avanzada que pretende compensar las fallas del cuerpo del recién nacido, apoyando funciones vitales como la respiración, el ritmo cardíaco y el desarrollo integral.

Las terapias críticas más frecuentes en el área son: monitoreo continuo por licenciadas en enfermería y doctores, ventilación mecánica, bombas de alimentación, administración de medicamentos, equipos de soporte vital e incubadoras o cunas térmicas. Estos procedimientos intervienen directamente en el cuerpo del recién nacido para sostener la vida, pero a la vez altera la imagen y las idealizaciones subjetivas en la madre, impactando profundamente las dinámicas psíquicas de la madre y el neonato.

Dentro del hospital donde se realizó las prácticas pre-profesionales, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, mejor conocida como UCIN, se diferencia significativamente de áreas de hospitalización comunes. Al comprender una unidad intensiva, los recién nacidos ingresados presentan una alta tasa de mortalidad y complicaciones riesgosas. Es el fino hilo que anuda el pasaje entre la vida y la muerte, pretendiendo estabilizar al neonato en riesgo. Es común que los pacientes sean hospitalizados en esta área a partir de traslados inmediatos luego del nacimiento, siendo separados de sus madres y llevados con urgencia para ser atendidos.

Así mismo, a diferencia del área C2, la unidad se organiza con horarios estrictos y limitaciones con respecto al contacto piel con piel. Cada día las madres sólo pueden visitar a los neonatos en tres horarios establecidos por el hospital y permaneciendo aisladas del contacto con el infante por incubadoras. En tal sentido, el neonato convaleciente está rodeado del personal médico y los equipos tecnológicos la mayor parte del día, transitando de tal manera sus primeros días de vida en función de recuperarse.

Gonzales y Alfie (2023) en su artículo, *Una revisión acerca del cuidado de la salud mental en las familias de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*, refieren que:

La fragilidad de un recién nacido convoca la disponibilidad continua de sus cuidadores. El bebé que ingresa en la UCIN se encuentra en condiciones aun de mayor vulnerabilidad, así como también sus padres y la familia ampliada, que deben reorganizar sus respuestas frente a la incertidumbre (p. 135).

Como exponen estos autores, el neonato hospitalizado en la UCIN está en un estado de fragilidad y la normalidad de los cuidadores se fragmenta, dividida entre los deseos y la enfermedad. No hay un vínculo físico en la dinámica de la diada madre-hijo, el área se llena de estímulos superficiales y angustia materna durante los horarios de visita. Hay mucha menos implicación del personal médico, que no lo hacen por carencia de profesionalidad, con los padres y los neonatos son remitidos únicamente al referente de un cuerpo enfermo, de un diagnóstico. Con respecto al último punto, es importante distinguir las condiciones médicas más recurrentes en la UCIN: hiper prematuridad, malformaciones, síndrome de abstinencia e hidrocefalia.

La unidad de aislados

El área de *aislamiento* compete un espacio de alto cuidado dentro de la CIN y UCIN que pretende apelar por la seguridad de pacientes con riesgo vital y probabilidades de infectarse. Los neonatos en aislamiento suelen estar en cunas térmicas recubiertas por un material plástico o incubadoras que permiten limitar el contacto con el ambiente. Por lo general, los pacientes suelen presentar condiciones tales como: infecciones confirmadas o sospechosas, condiciones de alto riesgo infeccioso, recién nacidos de madres con infecciones activas.

Esta área suele traer angustia a la madre y una sensación de desamparo en el neonato; el *aislamiento* se lleva a cabo en una sala confinada del resto de cuneros y permanece parcialmente vacía, con la única intervención, poco frecuente, de las licenciadas y los doctores. Hay restricciones parecidas a la UCIN, donde la familia del neonato debe limitarse en el contacto físico directo y están obligados a utilizar un traje especial para evitar contagios. Además de estar sobrestimulados por la tecnología utilizada para los tratamientos, el neonato es remitido al cuerpo enfermo *postrado* en cama y la falta de vínculos con la madre, que muchas veces teme a acercarse demasiado debido a la situación médica, que a largo plazo puede contribuir a la presencia de depresión neonatal.

Gonzales y Alfie (2023) en su artículo, *Una revisión acerca del cuidado de la salud mental en las familias de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*, menciona lo siguiente “La sobrevida de recién nacidos (RN) de alto riesgo ha aumentado notablemente y los cuidados por parte de los padres resultan, por lo tanto, una variable necesaria para incluir en este contexto.” (p. 134). Pese al aislamiento por riesgo de contagio, el personal médico fomenta la intervención de un equipo multidisciplinario, donde asisten psicológicos clínicos, y la asistencia activa de la madre para prevalecer el vínculo temprano, además de la salud mental del recién nacido y de sus familiares.

El cuerpo neonatal tomado por la enfermedad

El cuerpo es el primer hogar del yo, se construye por medio de experiencias pulsionales, ya sea de displacer o placer, y del diálogo con el mundo exterior. En el neonato el vínculo con la madre o el cuidador primario trae consigo la investidura del lenguaje en el cuerpo. En tal sentido, la aparición de una enfermedad se interpone como un suceso que toca al cuerpo no sólo a nivel orgánico, sino que aparece como ese algo que viene a trastocar la construcción psíquica temprana.

Francisco Conde Soto (2016) en su artículo *El cuerpo más allá del organismo: el estatus del cuerpo* en el psicoanálisis lacaniano plantea que: "El cuerpo habitualmente pensado como una cosa sólida, de carne y hueso, es aquí más bien un cuerpo hablado, un cuerpo del que se dicen cosas," (p. 12). Desde tal perspectiva el cuerpo enfermo habla por sí mismo, externando el malestar por medio de síntomas de orden físico. Sin embargo, es este cuerpo enfermo el que también es tomado por los dichos en la relación con el Otro.

Ya sea el Otro de la medicina o la familia directa. Cuando irrumpe una enfermedad, el cuerpo es del que más se habla y el que más se ve intervenido.

Cabe recalcar que el neonato percibe de un modo afectivo mucho más pronunciado que un adulto. Según René Spitz (1945) la relación de un recién nacido con el medio es netamente fisiológico, por lo que durante los 3 primeros meses de vida sus experiencias se vuelven dependientes del afecto. Como se puntualizó anteriormente, las sensaciones corporales constituyen una base de la experiencia psíquica incipiente, por lo que el cuerpo neonatal es el primer escenario al que pertenece la subjetividad. En los primeros 3 meses de vida el neonato se defiende por medio de la barrera protectora del elevado umbral de su percepción, la madre siendo parte de este proceso como un estímulo afectivo.

René Spitz (1965) en su obra, *El primer año de vida del niño*, indica que “Si los estímulos son muy violentos, pueden atravesar o romper esta barrera y modificar la personalidad del niño” (p. 34). En una hospitalización el cuerpo del neonato—lejos de ser sostenido por el contacto materno, siendo la madre el único individuo por el que está compuesto el medio del neonato—se ve invadido por la maquinaria y procedimientos médicos. Catéteres, sondas y monitores, incluso el sustituto materno no satisfactorio en Unidades Intensivas por medio de las licenciadas en enfermería y auxiliares, el recién nacido se ve atravesado tanto a nivel de su cuerpo como en el orden de este mundo al que acaba de llegar.

Esta invasión además irrumpe en la experiencia sensorial del neonato, ocasionando de tal modo una ruptura en la constitución del psiquismo y el vínculo con el Otro primordial, la madre. Siguiendo a René Spitz, él ubica que “La ternura de la madre le permite ofrecer al niño una extensa gama de experiencias vitales” (p. 25). El neonato está a la merced del cuidado y protección de la madre, no es capaz de sostenerse por sí mismo. Spitz hace hincapié en las primeras relaciones objétales como una vía para la fluctuación de la libido y los impulsos, al igual que la introducción del recién nacido al mundo exterior. En tal sentido, la hospitalización urgente de un neonato ocasiona que la función de sostén por parte de la madre se vea frustrada por complicaciones de orden orgánico.

En la institución hospitalaria donde se realizó las prácticas pre-profesionales la modalidad de hospitalización se ve comprometida por una variedad de limitaciones con relación al vínculo piel a piel entre la diada madre-hijo. El neonato se mantiene conectado

a monitores que brindan soporte vital y cuneros térmicos que realizan un corte entre el mundo exterior y el cuerpo humano, mientras que la madre debe remitirse a horarios estrictos para poder visitar a su hijo y no puede sostenerlo entre sus brazos.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales acoge neonatos que han sido irrumpidos por lo real de la enfermedad—generalmente siendo condiciones médicas bastante complejas, tales como: hiperprematitud, hidrocefalia, malformaciones o problemas en las funciones vitales, al igual que infecciones—suponiendo ser un soporte que ayude a la estabilización de la salud física, por lo que demanda la minuciosa esterilización del área y la restricción de visitas externas. Por tanto, en estos neonatos hospitalizados se observa una falla cuantitativa en la relación objetal, generando una experiencia de desamparo. Retomando la obra de René Spitz (1965) se menciona que “Cuando existe una carencia total afectiva, seguirán consecuencias funestas, como quiera que hayan sido las relaciones anteriores entre la madre y el hijo” (p. 110). La relación que la madre ha forjado con el recién nacido es el vínculo sostenido durante la gestación, pero nada más allá de esto. Los neonatos son rápidamente trasladados al hospital pediátrico e ingresados a UCIN, por lo que muchos ni siquiera son capaces de sentir el calor del pecho materno. Dos de las consecuencias que Spitz menciona son: el síndrome del hospitalismo y la depresión anaclítica.

Siguiendo este punto, René Spitz (1965) nos demuestra que la depresión anaclítica y el hospitalismo son producto de la ausencia de relaciones objetales, es decir, la dinámica del recién nacido con la madre, y esta carencia afectiva es la que produce un detenimiento del desarrollo en varios sectores de la personalidad del neonato. Por un lado, la depresión anaclítica puede verse en infantes que antes de la separación ya han creado un vínculo con la madre en el lapso de 3 meses, su impacto en el desarrollo pudiendo ser reversible. Sin embargo, en cuanto al síndrome del hospitalismo, se da en niños institucionalizados u hospitalizados que no han mantenido este contacto y la carencia afectiva se prolonga de los 5 meses en adelante, ocasionando secuelas permanentes. Según los estudios que realizó junto con Katherine M. Wolf (1945), se infiere que los neonatos, al ser privados del afecto del Otro primordial, tienden a presentar impulsos agresivos e invertir la libido hacia sí mismos, creando de tal forma un rechazo a la estabilización corporal.

Generalmente el neonato no puede percibir su cuerpo como propio, pero se ven como extensión de esta madre que lo ha traído al mundo. Por ello, los impulsos agresivos y la libido suelen descargarse en la madre. Al no haber este Otro cerca y viéndose limitados a un soporte superficial por las máquinas, estos instintos quedan libres y retornan hacia el propio ser. Algunos se vuelven más llorones y quisquillosos, pierden el apetito y a largo plazo presentan rechazo al contacto o mayor morbilidad infecciosa (Spitz, 1965). Incluso, bajo estos mismos estudios, se observó que varios de estos bebés simplemente fallecían.

Si para el recién nacido la madre es el único individuo en su medio, la interacción con el personal médico no actúa como una suplencia de dicha figura, no es satisfactorio, por lo que no hay a quien demandar nada. El neonato se empuja a sí mismo hacia lo mortífero. Entonces, un recién nacido en UCIN no sólo se enfrenta al dolor de orden orgánico y la invasión de maquinaria médica en el cuerpo, sino que a la falta de sostén y el desamparo por la casi nula presencia de la madre.

Ahora bien, si hablamos de la madre de un neonato enfermo también es importante puntualizar el desamparo desde tal perspectiva. El ideal de la función materna se ve agujereada por las limitaciones y la baja participación en el cuidado del neonato. Tal como se revisó en el primer capítulo, durante el embarazo una madre construye expectativas y el apareamiento de una enfermedad, al igual que una hospitalización por urgencia justo luego del parto, mutila tales deseos de una forma un tanto violenta. Las madres de neonatos enfermos no sólo lidian con la angustia provocada por el desconocimiento del discurso médico, sino que el vínculo con sus hijos se ve cortado por la distancia entre el cunero térmico y su propio cuerpo.

Dentro de UCIN, en el hospital pediátrico donde se realizó las prácticas pre-profesionales, las madres de los pacientes neonatales con morbilidad infecciosa y elevado riesgo de mortalidad enfrentan una situación de profunda restricción, por lo que una vía para poder hacer con la dinámica de la diada madre-hijo las remite a la mirada y también la voz. Por ejemplo, en tales casos, los médicos dan paso a las visitas sólo tres veces al día y les indican a las madres limitar lo más posible el contacto físico, recomendando no introducir las manos en el interior de las cunas para prevenir contagios. El cuerpo del infante está demasiado frágil. En muchos casos, los recién nacidos no sólo se mantienen confinados en los cuneros especializados, sino que son envueltos en una capa de plástico

que refuerza su aislamiento del mundo exterior. Esta barrera física, por supuesto, pretende proteger al neonato enfermo, pero acentúa la privación de afecto entre la madre y el hijo, generando así tristeza y una experiencia de alienación en las madres.

Las licenciadas en enfermería son quienes los cuidan y protegen durante el período de la estancia hospitalaria, de tal forma, la madre queda desplazada y ubicada en la posición de un mero observante. Son las enfermeras que, en ciertos casos particulares, pueden obturar como un Otro primordial que ampare a este neonato hospitalizado e intervenido. De tal forma, estos eventos plantean una interrogante crucial: ¿cómo ejercer la función materna en un espacio donde el contacto directo no es posible?

Es la pregunta que muchas madres con pacientes ingresados en UCIN se realizan a sí mismas, en tanto el ideal de un hijo sano cae, una expectativa que suele sostenerse durante la gestación como pilar de la identidad materna, y la imposibilidad de maternar conforme a lo que ellas esperaban. El deseo de la madre no logra satisfacerse del todo, precipitando un estado de desamparo y confusión que rompe el orden del mundo. Pero, más allá de esto, es el hecho de deber adaptarse a una maternidad con un hijo que se escapa del ideal y que, por su fragilidad, se ve alejado y relegado al cuidado médico.

Estaba el caso de una mamá, a quien se denominará L, que se atendió en UCIN durante las prácticas preprofesionales realizadas en un hospital pediátrico, quien pide la ayuda del Departamento de Psicología, pues necesita un espacio en el cual se le permita desahogar su angustia, al igual que recibir una guía para poder ejercer su rol como madre dentro del área. En el discurso de L, ella manifestaba tristeza y decía sentirse muy perdida, no tenía idea de qué hacer o cómo cubrir las necesidades de su neonato. Pese a que tenía un hijo de 4 años en casa, el nacimiento de un hijo prematuro la tomó por sorpresa y jamás había vivido una hospitalización como esa, mucho menos había estado frente a una condición tan delicada y que necesitase de muchos cuidados. Al verse limitada, tanto por los horarios llevados en UCIN como por el contacto piel a piel con su hijo, L no comprendía como podía maternar. Incluso presentaba problemas para producir leche materna, el estrés no la dejaba tranquila en ningún momento, y su bebé se estaba nutriendo a base de una fórmula, la cual era administrada en una jeringa por las enfermeras. L sentía que no había forma de forjar un vínculo con su hijo prematuro, imposibilitando la función que ella creía que debía cumplir como madre.

En este caso particular, la practicante encargada del caso realizó un abordaje que permitiese abrir nuevas posibilidades para L; se ofreció herramientas como la voz materna y la mirada, que forman parte de la comunicación no verbal, para poder construir un vínculo con el neonato hospitalizado. Durante la sesión, se elaboró junto a L una lista de opciones que se podían realizar dentro de UCIN para hacer uso de la comunicación no verbal. Entre estas opciones estaba: narrar un cuento infantil, contarle al neonato acerca de su hogar y la familia que allí se encuentra, al igual que cantarle de vez en cuando y ofrecerle palabras cargadas de afecto.

Es por ello por lo que se recalca la importancia de la intervención del psicólogo clínica en áreas como lo es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde las madres viven una experiencia compleja y se ven entramadas en una encrucijada difícil de sobrellevar: acoger a un hijo, que no es el que habían deseado en el embarazo, y encontrar la manera para poder conllevar la función materna a pesar de las limitaciones que el área y la situación puedan comprender.

Herida narcisista en la madre de un neonato enfermo

Se sostiene que un hijo, habiendo sido ubicado como objeto de amor materno y en quien se deposita un deseo, representa una fuente de plenitud y alegría para su madre, encargado en tal sentido de obturar la falta en ser y colmar el hogar de esperanza. Como se explicó anteriormente, desde el momento en que la madre recibe la noticia de su embarazo, comienza a tejer la ilusión e imagen idealizada del hijo, sujeta por ilusiones y cargada de expectativas—cómo será este bebé y cómo quisiera que fuera—que funcionan, en algún punto, como una meta posterior al nacimiento y que se mantiene a medida que el infante va creciendo. En tal sentido, el hijo forma parte de la extensión del yo materno, y más que nada en los primeros años de vida, esto constituye la indentidad en la medida que el infante no se perciba a sí mismo como una entidad separada del cuerpo de la madre.

No obstante, el ideal forjado en la subjetividad materna se ve trastocado cuando un hijo no responde a la imagen que había sido creado por la madre. La aparición de una enfermedad ya sea detectada antes o después del parto, tanto como la presencia de anomalías en el cuerpo o un diagnóstico complejo que acompañe al hijo toda la vida,

puede entonces quebrar el ideal y hacerlo caer. Después de todo, un hijo sano es lo que la mayoría de las madres esperan. El hijo dentro del imaginario materno encarnaba plenitud y la madre solía poseer cierto saber, uno que nadie más podía tener, pero al verse confrontada con lo real de la enfermedad en un hijo, en algunos casos, deviene el malestar a nivel psíquico provocado por una herida narcisista. La ruptura de una fantasía desencadena conflictos internos y produce ambivalencia entre la necesidad de sostener su rol materno y la culpa o el duelo por la imagen anterior infantil que ha caído.

Alcantara (2022) en su artículo *Madres narcisistas: Maternidad tóxica y posible daño psicoconductuales en los hijos* explica:

Al valorar afectivamente al niño, los padres reviven cuestiones de su propio narcisismo primario, y este bebé sería una forma de satisfacer deseos y reparar heridas narcisistas de sus cuidadores. Por lo tanto, la crianza es un ejercicio que se realiza mucho antes del nacimiento de un hijo. A través del deseo y la imaginación, muchos padres se descubren en el proceso de embarazo (p. 11).

Desde la concepción, un hijo se convierte en el objeto de amor al que se le deposita anhelos de completud y reparación del propio narcisismo. Los padres cuidan y sostienen a un hijo, criándolo de tal manera que se interpele por su bienestar, sin embargo, hay madres que en ocasiones entrelazan su función con la necesidad del absoluto cumplimiento de sus expectativas, pues representa algo de sí mismas y de su propia historia. Madres que buscan en los infantes un tipo de perfección, en un intento de reafirmar su propio valor, ya sea para su satisfacción o para demostrar a un otro que su hijo cumple los parámetros de *normalidad*. Es así como, al verse frente a la imagen de un hijo enfermo, este afán de cumplimiento se intensifica y persisten en la crianza de un infante que llene tales expectativas narcisistas. En algunos casos, incluso se ve la búsqueda de tratamiento que actúen en sentido de la eliminación del diagnóstico, una manera de hacer frente al real al que el velo imaginario las ha expuesto, para poder así seguir sosteniendo a un hijo sano idealizado, dejando de lado el sufrimiento que puede esto ocasionar en el infante.

A partir de las dinámicas narcisistas maternas y su complejidad en la diada madre-hijo, se presenta a continuación la viñeta de una paciente atendida en las practicas pre-profesionales que se realizaron en un hospital pediátrico, a quien de denominará "M", para

resguardar su confidencialidad. M. se presenta inicialmente como una madre bastante amorosa y preocupada por la condición médica de su hija, una joven de 12 años con retraso en el lenguaje, quien se encontraba hospitalizada por episodios convulsivos y una aparente paraplejia parcial. Durante las sesiones, se observa como M. sobreprotege a su hija, la sostiene con dulzura y afecto, y a la vez enaltece sus habilidades, negando cualquier tipo de deficiencia. M. deseaba que su hija, al igual que ella, estudiase derecho en un futuro. Sin embargo, en una sesión particular, algo moviliza a M. y de repente se desborda en llanto, realizando una confesión que revela un conflicto interno: “Ella vino con muchas complicaciones al nacer, yo no lo sabía, pero quizá fue eso lo que le causó el retraso en el habla y los problemas que tiene ahora...yo sólo quiero que mi hija sea normal, que vuelva a ser normal.” Una declaración cargada de dolor y ambivalencia, que ilustra el ideal narcisista de una madre que busca en su hija una perfección, cuando la realidad se escapa de las expectativas imaginarias y quien está a su lado es una joven que, por su condición médica, no puede alcanzar las metas impuestas por mamá. Pero no es sólo el deseo, sino que hay un intento de volver a esta hija una extensión del yo, un doble, donde la imagen idealizada se transforma en un recordatorio de las frustraciones de los propios deseos inconclusos, afectando en el apego con la joven ahora convaleciente. Porque hay una herida narcisista, devenida de un narcisismo secundario demasiado potente y abrasador.

Retomando a Alcántara, nos indica lo siguiente “Por lo tanto, desde que nace un bebé trae deseos y perspectivas creadas para reparar fallas en la vida infantil de sus padres” (p. 13). Tal como se refleja en la viñeta presentada, donde se da la aparición de una condición médica compleja—tanto durante la gestación, como el parto y la crianza a posteriori—y a su vez un trastorno del desarrollo se puede de tal modo inferir que dichos factores pueden representar una amenaza quebrantadora para una madre. La presencia de una enfermedad confronta a la madre con su idealización, más aún cuando esta se ubica como una vía que ha hallado para obturar fallas en la vida infantil o retazos de algún evento que marcó parte importante de su vida, a la larga siendo un recordatorio de la posible existencia de obstáculos en la vida de su hijo, los límites de la omnipotencia materna y también en sus propios deseos. Es justo esto lo que se pudo observar en M. y la herida narcisista que el diagnóstico de su hija, por quien dejó atrás sus sueños, le provocó.

Aun así, a pesar de las dificultades que un hijo deba sobrellevar frente a lo real de la enfermedad, en algunas madres esto no llega a detener, como se expuso anteriormente, el intento de cumplir los deseos y expectativas que se habían forjado dentro del imaginario. La madre buscará una cura definitiva o se engañará a sí misma para poder aún acallar el malestar psíquico. Pero es esa negación al diagnóstico que no sólo evidencia la idealización de un *hijo sano*, sino que relega el sufrimiento orgánico del hijo a segundo plano y lo deja atrapado entre las demandas narcisistas maternas y las dificultades que una condición médica puede generar en la vida cotidiana. Una madre, por lo tanto, en la desesperación de saber-hacer con este escenario, que moviliza y revive los propios complejos infantiles, pretende transformar al infante en una extensión de sí misma.

Ahora bien, se ha hablado acerca del diagnóstico médico en un hijo, haciendo referencia a enfermedades catastróficas que pueden llegar a tener los niños, pero también se puede tener en cuenta que no sólo tales condiciones pueden llegar a desequilibrar la función materna. Cuando se habla de la enfermedad como obstáculo en una madre, es importante entender que también se hace alusión a las madres que deben enfrentarse a diagnósticos clínicos de orden neurológico y psicológico. Por ejemplo, trastornos del neurodesarrollo, que acompañan al infante no sólo durante la niñez, sino que, en la adolescencia y el periodo de adultez, y limitan a cierto punto las conductas del individuo, llegan a tener un impacto igual de significativo, pues para la madre será un poco complicado llegar a cumplir con los ideales imaginarios y representará un *problema*. De este escenario deviene la interrupción de la individualidad del hijo, con madres fagocitadoras y listas para devorarlos de forma sobreprotectora, generando la necesidad de depender de la madre en todo momento.

Siguiendo este punto, se presentará la viñeta de un caso que fue atendido durante las prácticas pre-profesionales realizadas en una institución educativa. La paciente, a quien se denominará “G”, es la madre de un niño de 6 años, el cual últimamente había estado presentando conflictos con relación al vínculo con sus pares; el hijo de G. tenía dificultad para acercarse a sus compañeros y ciertos problemas durante las clases. G. asiste a la institución para conversar sobre el comportamiento de su hijo junto al Departamento de Psicología, mostrándose en un primer momento como una madre preocupada. Se le explica acerca de la conducta que había estado teniendo su hijo en la institución y de la

sospecha de un presunto Trastorno del Espectro Autista (TEA), por lo que se le pregunta algunos datos personales sobre el niño. Después de realizar varias sesiones con su hijo, se confirma la hipótesis de que el hijo de G. está dentro del Trastorno del Espectro Autista, por lo que se la convoca para comunicarle la situación. Cuando esto ocurre G. en un principio no da ningún comentario, pero luego de un tiempo manifiesta lo siguiente: “No veía ningún comportamiento extraño cuando estaba conmigo, nunca me imaginé que pudiera tener algo, estoy sorprendida porque él para mí era normal”. En una reciente entrevista hecha a G. ella trae información sobre posibles tratamientos para eliminar al TEA en su hijo. Entonces, G. indica “Si tuviera la oportunidad, haría que mi hijo se realice algún tratamiento para que pueda ser como los demás”.

Una madre siempre se preocupará por su hijo o hija, velará por su bien al igual que estará para cuidarlo cada que lo necesite, en este caso se puede ver como G, a pesar de querer a su hijo y apreciar cada momento con él, no quita el hecho de que sería capaz de realizar algún tratamiento para poder hacer que su hijo pueda ser alguien *normal* como bien menciona al inicio, prefiriendo ver formas que ayuden a que su hijo sea como los demás, haciendo referencia en convivir con las demás personas, realizar diferentes actividades y demás. G ve el tratamiento como una opción donde cree que puede ayudar a su hijo, pensando que este sería un bien para él cuando en realidad es una idea que toma para poder obtener al hijo *normal* que pensaba que tenía antes de saber sobre el diagnóstico.

Freud (1917) en su texto *Introducción al narcisismo* indica que:

El sujeto ama en el objeto el rasgo que recuerda lo que él fue y ha perdido, o lo que posee los méritos que él no tiene y desearía tener, es decir, se ama en el otro lo que falta al yo para alcanzar el ideal (p. 20).

La madre (el sujeto) ama y desea a su hijo o hija (el objeto) debido a que estos llegan a ser su extensión, ellos son los que completan a la madre, por lo que la madre buscará en ellos similitudes y así dejar a cargo cada ideal, pero en el momento que el niño o niña presenta una anomalía o diferencia, todo lo planificado se pone de lado creando así la imagen del hijo defectuoso, donde una madre al ver que su hijo no puede con lo que ella ha planificado o pensado con anterioridad, buscará la forma en que pueda cumplir con su deseo, esto implica que deje de lado el sufrimiento del hijo y enfocarse en su propio deseo.

CAPÍTULO 3.

Reacción inicial de las madres frente a la enfermedad de un hijo

“El psicoanálisis nos enseña que la presencia sin palabra y sin deseo puede ser bastante más dañina que una ausencia que sabe regalar sin embargo unas (pocas) palabras adecuadas.”

(Massimo Recalcati, 2015, p. 12)

Como se ha revisado en el capítulo anterior el embarazo es la etapa más deseada de una mujer que quiere tener un hijo, es un momento de felicidad debido a que tendrá en su vientre una parte de ella, desde el momento que se entera que está creando una vida, esperando un bebé, la madre comienza a cuidarse y tener precauciones para no tener ninguna complicación durante el embarazo. estas precauciones no son solo creadas por la madre, sino que son medidas que indican los doctores o en estos casos los ginecólogos y obstetras que ayudarán a que la madre pueda tener un embarazo seguro y que el bebé no tenga ninguna complicación o dificultad, por lo que las madres suelen seguir recomendaciones como realizar reposos, no hacer actividades de fuerza, cuidar de la alimentación, entre otras.

Tinker y Ransom (2002) en su texto *MADRES sanas y BEBÉS sanos: la conexión vital* indica “Cuando las madres padecen de desnutrición o de enfermedades, o no han recibido una atención prenatal y de parto adecuadas, sus bebés se enfrentan a un mayor riesgo de enfermedad” (p. 2). Las madres toman todas estas precauciones con el fin de que durante su embarazo no exista ningún inconveniente que pueda causar problemas con el bebé, asegurando así la estabilidad de la criatura que lleva dentro y poder tenerlo con la mejor salud posible. Aun así, nada puede prevenir durante los primeros meses de embarazo las posibles enfermedades que un bebé puede llegar a tener a medida que va creciendo en el vientre de una madre por lo que llegan a ver casos donde las madres se llegan a enterar sobre alguna enfermedad que tiene su bebé durante los últimos meses de embarazo o a medida que su hijo o hija está creciendo.

Volviendo al caso de la paciente G. que fue atendida durante las practicas preprofesionales realizadas en una institución educativa, en otra entrevista hecha a la paciente, G indica lo siguiente acerca de su embarazo: “D tiene dos hermanos mayores que son normales, ninguno ha tenido alguna enfermedad, también por esa razón es que me sorprendí al enterarme que D tiene TEA.” El hecho de que sus dos primeros hijos hayan nacido sin mostrar alguna enfermedad creo que G. al momento de quedar embarazada de D creará la imagen de hijo sano, dejando así de lado la opción de alguna enfermedad, por lo que al enterarse que D a la edad de 6 años tiene un presuntivo TEA crea esa sorpresa donde la imagen de hijo sano se hace a un lado y aparece la imagen de hijo enfermo.

Tomando en cuenta lo que dice Maud Mannoni (1994) en su texto *El niño retardado y su madre* indica que “Cualquiera sea la madre, la llegada de un hijo no corresponde jamás exactamente a lo que espera” (p. 14). Una madre crea la imagen de su hijo durante sus meses de embarazo, imagen que llega a caerse durante los meses donde el hijo está en el vientre como también en el tiempo que va creciendo, en el caso de G. ella se entera del presunto diagnóstico de TEA cuando su hijo ha crecido, además se puede ver que G. crea una idea de normalidad en su hijo debido a que en sus anteriores embarazos no existió alguna enfermedad que alguno de sus hijos presentara al momento de nacer ni en su posterior desarrollo, por lo que al enterarse sobre el presunto diagnóstico de D causa que esa imagen de hijo normal desaparezca, tomando de manera drástica la imagen del hijo enfermo.

Por otro lado, también están presentes las madres que conocen acerca de la enfermedad de su hijo durante el embarazo, madres que durante los meses de embarazo al momento de realizarse los chequeos se enteran de alguna enfermedad que puede llegar a tener a su hijo, creando en las madres conflictos o momentos donde se preguntan ¿Será que mi hijo estará igual a los demás niños que tienen esta enfermedad?

Una vez que la madre se entera sobre la enfermedad que su hijo padece, existirá el sentimiento de preocupación, debido a que desde antes de que el bebé nazca, la madre queda advertida de que su hijo ya viene con una falla, creando así la preocupación en ella y haciendo que busquen información que pueda ayudarlas a conocer cómo será la nueva imagen de su hijo y sobre como deberá vivir ahora su hijo, creando más preocupación en

vez de paz, debido a que las madres en el momento que hacen la búsqueda se encuentran con la realidad de la enfermedad.

En relación con lo expuesto, se presenta la viñeta extraída del caso de una paciente atendida durante las prácticas preprofesionales en un hospital pediátrico. La paciente, a quien se le llamará C, es la madre de un infante de 7 meses de edad, el cual había sido diagnosticado con hidrocefalia. C. es derivada al Departamento de Psicología con la intención de realizar un abordaje de acompañamiento psicológico. Durante la primera sesión, se le da un espacio a C. para historizar el apareamiento de la enfermedad en el cuerpo de su hijo. C. refiere haberse enterado del diagnóstico durante la mitad de su embarazo y admite haberse asustado mucho, ella mencionó lo siguiente: “yo no sabía lo que significaba la hidrocefalia, así que fui a buscar información en internet...las fotos que vi me dieron miedo y no podía estar tranquila.” Ante tal confesión C. rompe en llanto, inmediatamente mirando hacia atrás, donde su hijo se encontraba dormido. Sólo entonces ella continuó su discurso: “pensé que mi hijo también tendría una cabeza así de grande y no podría ser un niño normal.” Ella incluso especifica que su hijo, justo luego del parto, tuvo que permanecer hospitalizado un tiempo en UCIN.

López (2011) en su texto *Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio* explica que “Algunos problemas graves del bebé, que comprometen su supervivencia, se anticipan durante el embarazo y no resultan sorprendidos para los padres ni el equipo” (p. 28). En este fragmento López indica como la madre al igual que el padre, quedan advertidos acerca de la enfermedad que padece su hijo, donde la madre debe experimentar la pérdida de la idealización desde antes de conocer a su hijo, el cual llega a ser un reto difícil para ella debido a que desde el primer momento de conocerlo debe enfrentarse a la realidad de la enfermedad, en donde a pesar de haber tenido meses donde la madre pudo crearse una nueva idea de cómo será su bebé, al momento de conocer a su hijo, es golpeada por la realidad y llega a entender que probablemente no está preparada aun para enfrentar ver a su hijo con alguna enfermedad o complicación, por lo que para una madre suele ser difícil poder sobrellevar esta situación.

Las reacciones de las madres acerca la salud de su hijo aparece de dos maneras diferentes, pero se puede visualizar como las reacciones quedan siendo similares, en los casos de las viñetas presentadas anteriormente, ambas madres quedan sorprendidas por la

enfermedad, pero también preocupadas por la normalidad que su hijo ya no tiene, la cual fue rebatada por la enfermedad que padece su hijo, en este punto también se debe tomar en cuenta la forma de actuar que pueden llegar a tener las madres, donde existirá un grupo de madres que acepten a sus hijos, los cuiden y velen por ellos, llegando a ser madres que los eduquen para que puedan ser auto-eficientes como también madres cocodrilos las cuales sobreprotegerán a sus hijos con el fin de que nada les suceda, al igual que también existirán otro grupo de madres las cuales presentarán desinterés en sus hijos debido a que no tuvieron al hijo que desearon.

Impacto en la dinámica de la diada Madre-Hijo frente a lo real de la enfermedad

Como se ha revisado en capítulos anteriores, las bases que estructuran la dinámica de la diada madre-hijo se ven compuestas por el deseo y el imaginario de la madre. Una enfermedad, que toca el cuerpo a nivel orgánico y fragmenta la imagen de un hijo, confronta tales estructuras ante la caída del ideal de un hijo sano y altera la dinámica de manera significativa, generando respuestas que pueden oscilar entre la sobreprotección y la desconexión afectiva.

Si bien un hijo no siempre corresponde al ideal imaginario construido durante la gestación y hay una discrepancia entre las expectativas maternas y la realidad después del parto, la aparición de una enfermedad representa un escenario de amenaza lleno de desafíos. Maud Manonni (1994) en su obra, *El niño retardado y su madre*, indica que “Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como carencia.” (p. 22). Cuando un hijo es tomado por una enfermedad—irreversible, compleja o desconocida—tal irrupción va a causar un quebrantamiento en la psique y los sueños perdidos, que se pretendían restablecer con el nacimiento del hijo, se ven cada vez más distantes.

Es de tal forma que el real de la enfermedad puede despertar traumas e insatisfacciones provenientes de la historia de la madre, pues trastoca el plano fantasmático, pudiendo impedir la obtención de recursos simbólicos que ayuden a resolver los conflictos internos que causan malestar. Después de todo, es importante recordar que, para la madre, el hijo y ella son uno mismo.

Ahora bien, se han mencionado dos posibles vías que guíen la dinámica de la diada madre-hijo. Por un lado, tenemos a aquellas madres que recurren a la sobreprotección para solventar el cuerpo enfermo de su hijo, y por el otro están las madres que reaccionan ante un diagnóstico desfavorable con la desconexión afectiva y el rechazo al hijo enfermo. Maud Manonni (1994) nos describe una madre *normal* como aquella que, si ha tenido un apego no resuelto hacia su padre, logrará ubicar al hijo en un lugar definido como el favorito dentro de la familia. Es en tal sentido que, bajo lo que cree ser una petición del niño, lo tendrá que sostener en un proceso de *gestación eterna*. Aun así, habría que plantearse el significado de normalidad en este caso, pues la autora hace referencia a una madre sobreprotectora, que pretende devorar a su hijo y mantenerlo con ella por siempre para asegurar su bienestar.

Siguiendo este punto, Manonni (1994) manifiesta que “Dicha madre va a dejar a ese niño, que no puede liberarse de ella por agresividad, a un estado a-dinámico, como el pájaro empollando un huevo que jamás podrá abrirse.” (p. 23).

Parecería que la madre debe sostener al infante con delicadeza, por miedo a hacerle más daño, y recurre a una sobreprotección que logre forjar una barrera entre su hijo y el mundo exterior que lo está haciendo sufrir. Aunque una madre se ve obligada a renunciar al hijo creado por el imaginario, ella responde a la fragilidad del infante con su propia fantasía. La autora incluso hace alusión a estas madres que, al ser movilizadas por su deseo, colocan al hijo enfermo como su hijo preferido—en el caso de tener más hijos—y relegarse a sí mismas y a los hermanos del infante como cuidadores que interpelen por su bienestar hasta la muerte.

En las madres con neonatos hospitalizados en el área de UCIN es muy común observar indicios de una dinámica sobreprotectora. Tal conducta en ocasiones responde a la amenaza de una posible pérdida potencial y el deseo de vida que promueve el cuidado del bebé. Tomando de referencia la conceptualización de Manonni, una madre *normal* sostendrá entonces el deseo de maternar, aunque resignificado, y buscará siempre su bienestar. No obstante, el real de la enfermedad reaviva conflictos psíquicos propios y la fantasía que promueve una supuesta demanda del neonato, demanda que es tomada para retornar al hijo a la posición de extensión del yo de la madre y limitando su independencia,

ancla a la mujer a una eterna protección desmedida hacia al infante. Tal fenómeno prevalecerá incluso cuando el hijo crezca.

A modo de ejemplo, se retomará la viñeta de la paciente M, quien fue atendida durante las prácticas pre-profesionales realizadas en un hospital pediátrico. Es esencial recordar que la hija de M. presentaba episodios convulsivos y una aparente paraplejia parcial; no obstante, más allá de la condición médica que aparece durante la adolescencia de su hija, M. había sufrido un embarazo de alto riesgo y un parto prematuro, por lo que su hija estuvo hospitalizada en UCIN durante aproximadamente un mes. También, en época de pandemia, la joven estuvo infectada de COVID-19 e ingresó UCIP, en el área de aislados. En el curso de las sesiones, M. manifestó que su hija debía ser sostenida por ella o sufriría de un accidente. Ella transportaba a la adolescente en una silla de ruedas y no le permitía realizar muchas actividades, creía que el dolor en sus extremidades se debía a una condición médica, y le atribuyó imposibilidad para caminar. Sin embargo, los doctores no afirmaban dicha hipótesis. M. estaba sobreprotegiendo demasiado a su hija, a tal punto que la ahogaba con su propia angustia. La estaba haciendo dependiente de ella. M. confesó ser así incluso en casa, donde su hija era la preferida, pese a que ella tenía dos hijos más, y todos debían hacer lo posible por mantenerla bien protegida y cómoda. Pronto, gracias a las intervenciones sostenidas en sesión, M. diría lo siguiente: “Fue duro, yo no quería que ella muriese cuando nació y viví muchas cosas difíciles, sólo quiero cuidarla bien...incluso estoy pensando en mudarme junto a ella, lejos de sus hermanos”.

En tal sentido, se podría retomar la enseñanza que Lacan (1969) introduce en su Seminario 17 acerca del deseo de la madre. La mujer, al haber dejado caer al niño cargado de sus sueños perdidos, no puede satisfacer su falta y al acoger el cuerpo tomado por una enfermedad, el único camino para saciar su deseo es el de devorar a su propio hijo. A esto se lo conoce como la *madre cocodrilo*. La madre cocodrilo intenta cuidar y proteger a su hijo, que se ve afectado por una condición y necesita de su presencia afectiva, pero termina devorándolo y construyendo una dinámica que simula el período de gestación, en el que la madre le daba un hogar al feto dentro de su vientre, y se deja parasitar por un ser con un cuerpo parcelado.

En el caso presentado, M. es una representación de lo que se denominó una madre cocodrilo, con un deseo que se vio trastocado por la amenaza de pérdida durante la

estancia de su hija en UCIN y lo real de una enfermedad que no estaba dentro de sus expectativas, que cierra su boca afilada y se devora a su hija a manera de protegerla de todo mal. Un sufrimiento que se presenta en múltiples ocasiones durante su historia.

Por otro lado, es pertinente ubicar la maternidad y el deseo de una madre que no logra impulsar hacia la construcción de un vínculo afectivo con el hijo. Es decir, la desconexión afectiva y el abandono ante un diagnóstico desfavorable.

Retomando a Maud Manonni (1994) nos menciona que “La llegada de un hijo enfermo al hogar de una mujer que há mantenido malas relaciones con su propia madre, puede llegar a despertar conflictos neuróticos.” (p. 23). Este pasaje nos hace alusión a que, si una mujer neurótica ha tenido una relación conflictiva con su madre durante su historia, tal vínculo edípico no resuelto puede influir en la manera en que esta mujer se vincule a su propio hijo, más si está enfermo, pues se reactivan los complejos infantiles y aparece la ambivalencia; entre la culpa y el rechazo, provocando una desconexión afectiva que imposibilite el deseo de la maternidad y produzca una fobia hacia el hijo. Manonni a este tipo de madre las categorizó como *patógena*.

Como se puntualizó en el primer capítulo, un hijo es un completo extraño a lo largo del proceso de gestación y que aun así forma parte de la misma madre. Después del nacimiento el infante se manifiesta como sujeto que desea, que demanda, y su cuerpo ya no es una extensión de su madre, pues ha abandonado el vientre materno y está expuesto al mundo. Al verse la presencia de la enfermedad, la diada madre-hijo carece de una identificación, no hay ese algo que sostenga el deseo de la madre y le permita ubicar al infante como objeto de amor, y esto lleva a que la madre por instantes vea al niño como un animal dañino, lo que provoca una actitud imperativa. Una dinámica que opera para disfrazar la angustia que causa la imagen de este hijo que ya no logra reconocer. (Maud Manonni, 1994.)

Después de todo, para una madre que revive traumas antiguos y la reactivación de conflictos edípicos, las fallas en la imagen del hijo sano quebrantan la psique y retornan desde el lado de lo insoportable. La mujer entonces puede hallar en el abandono del hijo una forma de salir de este malestar psíquico que la aqueja, lo que podría inclusive pensarse como un acting out o un pasaje al acto.

Dentro del hospital pediátrico donde se realizaron las prácticas pre-profesionales este es un escenario que se ve con frecuencia. El Departamento de Psicología está en constante búsqueda, respondiendo a las demandas médicas que solicitan acompañamiento psicológico en las madres de neonatos hospitalizados en el área de UCIN, sin embargo, muchas de las madres no logran ser localizadas. Algunas de ellas presentan un rechazo al área, ya que hay una respuesta fóbica ocasionada por la situación, prefiriendo estar en la sala de espera. Otras, bajo el testimonio de licenciadas en enfermería y en extractos recogidos en algunas sesiones terapéuticas, no presentan interés alguno por sostener un vínculo afectivo con los neonatos y visitan el área muy pocas veces.

La desconexión afectiva, al igual que la sobreprotección, puede permanecer incluso luego de que el hijo crezca, ya sea en el abandono total y la relegación a otro familiar o alguna persona externa al núcleo familiar, como en conductas agresivas impulsadas por una pulsión mortífera y el desamparo aún si se convive con el hijo dentro del hogar. Esto, por supuesto, no sólo es una experiencia llena de ambivalencia para la madre, sino que puede ocasionar malestar en el propio hijo.

Durante ese mismo período de prácticas, se atendió a una mamá, a quien se le llamará T, con una hija ingresada dentro del área de CIN. T es derivada por el médico tratante al Departamento de Psicología, pues es una madre consumidora de drogas. En este caso particular se identifica una desconexión afectiva incluso antes del nacimiento del neonato. En los últimos meses y durante el proceso de gestación, T constantemente salía de casa y, de manera inconsciente, se alejó lentamente de sus dos hijos mayores, a los cuales solía dejar en la casa de su madre hasta que tuviese ganas de regresar. Es decir, T relegaba el cuidado de sus hijos y se iba por periodos prolongados de tiempo. Ella nunca decía a dónde iría y tampoco lo que haría. T asegura no haber tenido conocimiento acerca del efecto de los estupefacientes en un embarazo y menos las consecuencias que podría cargar su hija luego del nacimiento. La hija de T fue diagnosticada con síndrome de abstinencia y hospitalizada de urgencia en UCIN. Por medio de las sesiones sostenidas con la practicante, T confesó que ella se sentía muy culpable y le prometió a su hija no volver a consumir drogas. El arrepentimiento, velado por la culpa que la carcomía, funcionó como una catapulta para que T pudiese sostener un deseo de vida en su hija recién nacida. Sin embargo, no había certeza de hasta qué punto tal afirmación de amor materno podría

mantenerse latente. Es esencial destacar un punto relevante en la historia de T; ella no había planificado su último embarazo y el padre de esta hija era un hombre con quien se había juntado para suplir la pérdida de su difunto esposo. El uso de drogas aparece como una forma de acallar su malestar, además de dar cuenta de una desconexión afectiva no sólo con sus hijos, sino una desconexión que intentaba forjar con la vida misma. Esto se explica por el duelo no tramitado que mantiene sentimientos negativos en T. Su esposo había fallecido unos cuantos años atrás, fue una muerte violenta, y ella no supo cómo reaccionar y tampoco quería estar sola, por lo que recurre a un nuevo hombre y a los tóxicos. No obstante, no parecía haber la intención de sujetarse a la vida. Es en este sentido que, al tener una nueva hija con un hombre que no ama—a diferencia de sus otros hijos, quienes le pertenecían al amor de su vida—ella no sabe cómo poder ser madre, mucho menos de una niña que nace enferma. Es sólo la culpa que moviliza y hace que reaccione. T relega el cuidado de su hija cuando se entera que ya está mejor, ignorando las sesiones con la practicante y saliendo del hospital con sus amigas, las mismas con quienes solía drogarse.

Sin embargo, también hay madres que reaccionan de tal manera por motivos distintos. Durante ese mismo período de prácticas, se atendió a una mamá, a quien se le llamará T, con una hija ingresada dentro de UCIN. A lo largo de las sesiones, T admitió haber pasado por una época donde no quería ir a ver a su hija, sintiéndose mal cada que entraba al hospital. Tanto los ruidos de las máquinas dentro área como la imagen de su hija, una bebé prematura, encerrada en una cuna térmica e invadida por diversos tubos, era un escenario demasiado doloroso para ella, lo que ocasionó un rechazo a las visitas diarias. T, al contrario de K, huía del real de la enfermedad que traía angustia, pues temía perder a su hija y UCIN era un área que recordaba esta terrible sentencia, prefiriendo enviar a su esposo a que fuera a ver a la pequeña. Aquí también se pesquiza un acto de desconexión afectiva con el neonata, sin embargo, esto no es causado por falta de deseo o amor a su hija, sino por el miedo a lo que podría encontrarse al llegar a UCIN.

Para cerrar el tema, Manonni (1994) explica qué:

Cuando se tiene un hijo anormal—parecen decir—se está a la vez muy sola, pues en ese niño una no se reconoce como ser humano, y muy vigilada, ya que, más que otra madre, se debe dar de sí misma cierta imagen soportable. (p. 25).

Las madres con hijos tomados por una enfermedad pueden llegar a sentirse bastante solas, el ideal que antes sustentaba el deseo ya no se puede hablar y la fantasía jamás será llevada a la realidad, sino que sienten el peso de una función que demanda demasiado, ya que este hijo no puede solventarse a sí mismo y jamás lo podrá, esto más que nada en enfermedades críticas que no poseen cura. Como decía Manonni, hay un retorno al remitente y es así como aparece una pregunta:

¿Qué se puede hacer con estos sueños inconclusos, con las fantasías que han quedado sin uso?

Es en tal sentido que, como se ha determinado, la dinámica de la diada madre-hijo oscila entre la sobreprotección y la desconexión afectiva, lo cual puede dar lugar a consecuencias a largo plazo, más aún cuando los hijos crecen y las primeras relaciones objétales con el Otro primordial se manifiestan como síntoma.

Duelo perinatal

El fallecimiento de un neonato trae consigo la experiencia de un duelo perinatal en las madres, un escenario cargado de dolor que, desde una perspectiva psicoanalítica, fractura el deseo inconsciente que sostenía la imagen de un hijo idealizado. Cuando una enfermedad catastrófica trastoca el cuerpo, la posibilidad de que quien está enfermo fallezca es casi inevitable. Dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales la muerte o el pronóstico de muerte, por altos niveles de mortalidad, de un neonato se vive en las madres con gran ambivalencia; entre la esperanza de que la situación cambie y la salud del hijo se establezca y el real de la muerte irrumpiendo en la plenitud que la mujer solía sentir durante el proceso de gestación, provocando malestar y, en muchas ocasiones, gran tristeza ante la amenaza de una pérdida potencial.

Según Maud Manonni (1994) en su obra, *El niño retardado y su madre*, indica que:

Hecha para dar la vida, está hasta tal punto sensibilizada frente a cuanto amenace esa vida surgida de ella, que puede incluso sentirse dueña de la muerte cuando el ser que ha traído al mundo le hace imposible toda proyección humana (p. 19).

Por momentos, parecería que las madres que reciben un pronóstico desfavorable buscan disfrazar la verdad. Ante el posible fallecimiento de un neonato hospitalizado en el área de UCIN, dictaminado por el médico tratante y el equipo multidisciplinar

involucrado en el caso, estas madres pretender aseverar el cuerpo frágil de su hijo mediante el deseo de vida y la oposición al cuerpo médico, una forma en la que el inconsciente se resiste a tal desenlace. Cabe destacar las palabras que la autora nos trae en su texto, pues es una realidad en la que algunas madres se ven sumergidas. Hechas para dar la vida, hay un rechazo a la posibilidad de que algo—una enfermedad que son incapaces de controlar—pueda arrebatarse a este hijo que ellas mismas trajeron al mundo.

Dentro del hospital pediátrico donde se realizaron las prácticas preprofesionales se puede observar dicho rechazo a un pronóstico de muerte con frecuencia. Estaba el caso de una madre, con un neonato de tan sólo unos días de nacido hospitalizado en UCIN, que decía lo siguiente: “Si dios me dejó darle vida, no creo que vaya a quitármelo tan rápido.” Al igual que ella, muchas mujeres se aferran a esta creencia y utilizan el rechazo al diagnóstico y el discurso médico como un mecanismo de defensa que logre sostener, aunque sea momentáneamente, el ideal de un hijo sano que yacía en la fantasía materna. Aun así, Manonni (1994) refiere que esta oposición no siempre está, pues las madres, que se impulsan por el deseo de vida, buscan la manera de preservar el bienestar de sus hijos y pedirán el apoyo de los médicos y las licenciadas en enfermería para poder lograrlo.

Además, acerca de pronósticos desfavorables y el discurso médico, Manonni (1994) infiere que “Toda ocasión en que se desprecia al niño es recibida por la madre como un ataque a su propia persona. Todo desahucio del niño significa para ella su propia condena de muerte” (p. 20). Para la madre, todo desahucio de su hijo durante una estancia hospitalaria resuena como una aniquilación de su propio ser. Como se revisó durante el primer capítulo, un hijo ubicado como objeto de amor obtura la falta estructural de la madre, manifestándose como una extensión del yo. Es de tal forma que las palabras de Manonni cobran sentido en relación con una posible muerte neonatal en el área de UCIN, pues cada pronóstico por parte del cuerpo médico confronta a la madre con la posibilidad de perder a su hijo.

Es allí donde el equipo médico convoca al Departamento de Psicología con la demanda de iniciar o preparar a la madre para un proceso de duelo. El trabajo que normalmente se realiza en el área de UCIN es: la línea del tiempo. Esta línea del tiempo historiza desde el primer encuentro con el neonato, el día en que la madre se entera de su embarazo, hasta los momentos durante el proceso de gestación y el nacimiento del bebé. Esta herramienta

se utiliza para permitirle a la madre ubicar un recurso simbólico con el que pueda tener una historia que contar de su hijo, en caso de que este llegue a fallecer.

Ahora bien, ¿qué sucede entonces ante un fallecimiento neonatal?

En referencia a lo expuesto por Manonni (1994), tal experiencia puede ser vivida para la madre como una muerte simbólica propia. Cabe recalcar que lo real de la muerte se avecina sobre la madre con violencia y desgarrar el velo imaginario que sostenía las expectativas e ilusiones inconscientes, lo que ocasiona un dolor significativo en su ser. Si muere el hijo, es como si ella tampoco pudiese seguir viviendo. Por lo tanto, un rito como lo es el proceso de duelo funciona como recurso simbólico para poder elaborar el escenario traumático que ha sido la muerte de un hijo.

A propósito del duelo, Dudelzak (2003) en su artículo *Sobre “Duelo y Melancolía de S. Freud (1917)”*, señala que:

En el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, el sujeto pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido. (p. 6)

El neonato, que encarnaba el deseo materno, se convierte en este objeto amado que cae y deja un vacío, cuya pérdida se vuelve insoportable y desencadena un malestar psíquico intolerable. Sin embargo, pese a que el neonato abandona el mundo y su cuerpo se vuelve intangible, la madre que ha investido libidinalmente de manera correcta a su hijo no retraerá dicha energía, sino que seguirá concentrada en él. Por ello, cuando un bebé fallece, las madres pueden manifestar su dolor por medio del desánimo, la tristeza profunda y el aislamiento de quienes la rodean. También cabe recordar que, tomando las enseñanzas de Lacan (1954) en su seminario 2, cada sujeto lleva el proceso del duelo bajo un tiempo lógico, el cual es propio de la estructura y no lleva una secuencia cronológica exacta. Es decir, cada madre llevará el duelo neonatal de forma única y bajo su propio tiempo para elaborar la pérdida.

Con respecto al protocolo llevado por el hospital pediátrico, donde se realizaron las prácticas preprofesionales, durante el fallecimiento de un paciente, en donde la mayoría de las muertes neonatales se dan por hiper-prematuridad y anomalías congénitas, el médico tratante y las licenciadas en enfermería permiten la entrada a los padres, dejando

que la madre vea y sostenga entre sus brazos al neonato como una forma de *aceptar* el suceso. No obstante, la aceptación de la muerte de un hijo, tal como se ha explicado, no es tan sencilla y no hay manera de poner un fin a las fantasías maternas de manera inmediata. Habrá madres, como un caso vivido durante las prácticas, que se aferrarán al cuerpo del neonato y se rehusarán a soltarlo con la esperanza de que el bebé vuelva a la vida, sin ni siquiera la capacidad de hablar y simplemente en angustia pura, quedando a la deriva con un deseo materno que resignificar a raíz de la pérdida.

Por otro lado, otras madres no encontrarán a este hijo como objeto de adoración y presentarán poca importancia, fenómeno especificado en el subtema anterior, no habiendo siquiera mostrado implicación a lo largo de la estancia hospitalaria y dejando atrás la historia con este hijo, que al estar enfermo se escapó de sus ideales y expectativas, por fuera de su vida.

La resignificación del deseo materno ante la enfermedad de un hijo en la UCIN

La verdad y el dolor no son, en efecto, reconocidos sino en la medida en que el Otro acepte la pena a través de su propia angustia (Maud Manonni, 1994).

Durante los capítulos anteriores se abordó la construcción del deseo materno, así como el impacto que trae la presencia de un hijo en la vida psíquica de la mujer. Si se habla de un neonato que llega al mundo con complicaciones y es diagnosticado con alguna enfermedad crónica, las fantasías imaginarias que sostenían este deseo se ven quebradas y el ideal del hijo sano cae de manera abrupta. Tal como se revisó previamente, para las madres con hijos enfermos negar la realidad y aferrarse a las expectativas establecidas durante la gestación es un mecanismo de defensa que intenta velar este real que se vuelve insoportable. Por ello, la resignificación del deseo materno es un proceso psíquico clave, el cual permite a la madre despedir la imagen de este hijo sano que yacía acogido en su mundo fantasmático, reelaborando este deseo inicial y transformando las representaciones inconscientes relacionadas con el hijo y la propia maternidad.

Massimo Recalcati (2015) en su obra, *Las manos de la madre: Deseo, fantasmas y herencia de lo materno*, indica que “El amor materno, más que cualquier otro amor, revela que, cuando se ama, se ama siempre una vida en particular, al sujeto en su singularidad” (p. 68). Ningún niño es igual que otro, cada uno posee una singularidad. Ese algo

específico que la madre destaca, que acoge para ubicarlo como objeto de amor y recubrirlo libidinalmente; sin embargo, cuando el hijo se escapa de la normalidad, ya sea por una condición crónica o permanente, las características de dicha enfermedad en ciertos casos configuran una singularidad difícil de afrontar. En las madres que tienen a sus hijos ingresados en UCIN es importante la resignificación del deseo idealizado que habían depositado en los neonatos. Esto para integrar la realidad de este hijo, tanto en sus limitaciones como fragilidad, a la subjetividad materna y permitir a la madre transitar por un proceso de duelo—es decir, un proceso que le ayude a simbolizar la pérdida del ideal anterior—que finalmente logre la aceptación del diagnóstico.

Aun así, es importante estar advertidos que esta resignificación no siempre se da de manera fluida. A lo largo del subtema anterior se abordó el fenómeno del rechazo materno ante la noticia de una dificultad o enfermedad crónica. Según Mendoza et al. (2008) en su artículo *Adaptación de las madres de niños con parálisis cerebral – Aplicación del modelo de Roy* explica que “para que la aceptación de esa nueva condición y para que aprenda a lidiar con la nueva situación, la familia necesita obtener el mayor número posible de informaciones acerca del cuadro clínico del niño” (p. 2). Este fragmento sugiere que, para que una madre pueda llegar a aceptar a un hijo enfermo y adaptarse de manera adecuada, es necesario un conocimiento detallado acerca de la enfermedad. El desconocimiento puede generar dudas, tal como se pudo evidenciar en el caso de C. y su hijo diagnosticado con hidrocefalia, lo que lleva a las madres a un estado de angustia. Por tanto, es esencial impartir información clara y esclarecer las dudas de la madre. No obstante, esto no garantiza que todas las madres puedan acoger a los neonatos que presentan una condición crónica y tampoco lograr una aceptación, lo que en ocasiones puede llevar al rechazo del neonato y la falta de implicación durante la estancia hospitalaria en UCIN.

La resignificación del deseo materno es entonces esta vía que otorga herramientas a la madre para la reelaboración simbólica y la aceptación del hijo enfermo, adaptando las fantasías imaginarias a la enfermedad y las limitaciones que conlleva esta. Según Künstlicher en su texto *El concepto de "Nachträglichkeit"*; un puente entre el pasado y el presente indica que “El concepto de la resignificación trasciende la polaridad entre la realidad histórica y la realidad psíquica. Es el momento en que lo traumático del pasado se liga con la ayuda de las sensaciones, emociones, imágenes y palabras del presente”

(Künstlicher, 1995 citado en Kancyper, 2019, p. 5). Resignificar es darle paso al cambio y la admisión de la realidad, ver la situación desde otra perspectiva, con la ayuda de las sensaciones y los nuevos conocimientos que se viven y se aprenden junto al neonato en el presente, habiendo transitado ya por lo traumático de un diagnóstico médico.

La madre debe trabajar en el duelo del ideal de hijo sano, dando cuenta de la realidad que se vive en la estancia dentro de UCIN y la singularidad que la lleva a amar a su hijo, para así desinvertir libidinalmente este objeto de amor idealizado que, de algún modo, ha perdido y reorientar dicha energía hacia nuevas representaciones imaginarias con respecto al neonato. La aceptación de la enfermedad empieza por adaptaciones pequeñas; darle al neonato y la enfermedad un lugar tanto en su vida como en su hogar. Aún si en un comienzo la madre daba un paso atrás—ya sea por la angustia de ver el cuerpo neonatal en un estado de fragilidad extrema, conectado a aparatos médicos y aislados en cuneros térmicos, o por la soledad que provoca la estancia hospitalaria en UCIN, donde la madre parece ser la única que puede saber-hacer con el neonato—al resignificar su deseo es capaz de ubicarlo en el lugar que no le dio en un principio y sostener a este hijo con gran amor, sin imponer ideales poco realistas. Es a partir de este proceso psíquico que la madre se plantea una mayor implicación en el cuidado del bebé y halla nuevas formas para maternar.

Casos

Para sustentar la conceptualización acerca de la resignificación del deseo de una madre, se han extraído dos casos trabajados durante las prácticas preprofesionales realizadas en un hospital pediátrico y dos viñetas extraídas de los casos trabajados por Maud Manonni (1994) en su obra, *El niño retardado y su madre*.

Viñeta 1 Caso Y

El primer caso por presentar es el de una paciente, a quien se le denominará Y, la cual fue atendida dentro de un hospital pediátrico durante las prácticas preprofesionales. Y es una mujer de 30 años y madre de dos hijos varones menores de edad, derivada al Departamento de Psicología por el médico tratante con el objetivo de realizar un abordaje de acompañamiento psicológico, pues su hijo menor, a quien llamaremos A, estaba

atravesando un cuadro médico crítico. El médico creía pertinente ofrecerle a Y un espacio de escucha, pues indicó haberla visto con un semblante cabizbajo en múltiples ocasiones.

El hijo menor de Y tenía 11 meses de edad durante las sesiones sostenidas con la madre. En los antecedentes, se habla de un embarazo que carecía de complicaciones y de un parto eutócico; sin embargo, las dificultades llegaron luego del nacimiento de A, pues pronto se reveló un pronóstico desfavorable, el cual se trató de: cianosis generalizada y dificultad respiratoria. Poco después A es trasladado al área de UCIN, donde más tarde, luego de múltiples exámenes realizados por el equipo multidisciplinario involucrado en el caso, se determinó finalmente que A padecía de una cardiopatía congénita y problemas neurológicos.

Al entrevistarla durante la primera sesión, Y admite haberse sentido completamente desconsolada ante tal diagnóstico; desde ese momento ella supo que su hijo jamás sería normal, algo que le tocaría enfrentar durante toda la vida, y que le dolía inmensamente. Inicialmente, ella creía que quizá los problemas que había experimentado con su esposo durante el embarazo, las constantes peleas y el desgaste emocional, habían sido el causante. Todos los chequeos con el obstetra siempre habían arrojado buenos resultados, nunca hubo la sospecha de alguna anomalía durante la gestación, y su hijo mayor, de 8 años, era un niño totalmente sano, por lo que no entendía la posibilidad de tales enfermedades atravesando el cuerpo de A.

Estos puntos parecían reflejar de alguna manera un conflicto entre su ideal imaginario de un hijo sano, el cual, Y había construido durante el embarazo, y la realidad que estaba viviendo en UCIN a partir de la aparición de una condición crónica en A. Cabe resaltar que, para una madre, este hijo que ha gestado es un total extraño, al cual ha dejado entrar a su vida y que posee una cualidad específica que le permite sostener su amor y la función de su rol como madre. Este punto es crucial durante el abordaje con las madres dentro de un hospital pediátrico, más que nada en el área de UCIN.

Ahora bien, durante esa misma sesión, Y menciona haber llegado a un punto de reconocimiento de la enfermedad luego de un tiempo en UCIN. En aquel entonces ella fue bastante puntual, manifestando lo siguiente: “A es mi hijo...luego de reflexionar un poco hablé con mi esposo y llegué a la conclusión de que esta sería nuestra realidad, que debía amarlo a pesar de todo lo que estaba pasando.” Es allí donde la practicante a cargo

del caso realiza una intervención, la cual parece movilizar algo en Y, que permite la apertura hacia una declaración mucho más allá de un simple amor pese a la enfermedad. Y confiesa que, al enterarse de su embarazo, ella no tuvo una reacción positiva, sino que la noticia la dejó un poco contrariada. Lo primero que vino a su mente fue no tener al bebé, aunque en realidad le agradase la idea de ser madre nuevamente, pues no deseaba traerlo a un hogar lleno de problemas. Tal cosa sólo aportó a los sentimientos de culpabilidad que yacían como un malestar latente durante la estancia en el área de UCIN, pues todo remitía al mismo punto: los problemas con su esposo y su inestabilidad emocional. Sin embargo, lo que le permite a Y, de alguna manera, disminuir su angustia son los resultados que finalmente le son entregados por el equipo médico; la enfermedad de A deriva de problemas en la genética y otros causantes de orden orgánico. Y entonces puede llegar a una conclusión acerca de la condición de A y logra aceptarla, pues ninguno de estos motivos hacía referencia a los problemas que ella solía señalar.

Dejando de culpabilizarse a sí misma y poniendo en palabras su posición frente al diagnóstico de su hijo, Y se permite acoger la singularidad de A. Es importante dejar en claro que, pese a la existencia de dos condiciones crónicas, el cuerpo de A se ve relativamente bien. Este es otro punto que actúa como una catapulta para que Y empiece un camino de resignificación de su deseo como madre, pues es la imagen de su hijo, un bebé tan bonito, muy parecido a su padre y bastante regordete, que la llena de ternura. Este neonato atravesado por una cardiopatía congénita y problemas neurológicos es tejido en el mundo fantasmático de su madre bajo la mirada de un niño lindo, el cual asemeja aquel ideal de un hijo sano que existía con anterioridad, que, si bien nunca tendrá una vida igual que la de otro niño, cuidará por este deseo de amarlo a pesar de todo.

Además, después de un par de sesiones, Y comentó sobre un deseo que en ella había, mucho antes de su segundo embarazo y el nacimiento de A. Ella le hace un pedido a Dios: “Los hijos crecen muy rápido, yo quiero un niño que pueda cuidar por siempre.” Se podría pensar en las conceptualizaciones descritas en el primer capítulo, donde el deseo materno puede tornarse envolvente y la madre puede desear sostener a un hijo a tal punto que se limite la individualidad del infante. Y hace una plegaria cargada de una construcción imaginaria, que luego se torna insostenible al volverse una realidad debido a la condición de A, quien siempre necesitará la ayuda de un Otro primordial para poder cubrir las

necesidades básicas de su vida. Es esto también lo que se devuelve en aquella noche de reflexión en la que piensa en un poco de todo, donde finalmente se empieza una resignificar su deseo, pudiendo en tal sentido elaborar nuevos ideales y planes de adaptación.

Los cambios que Y realiza empieza desde el hogar, donde construye un espacio físico donde tanto la condición médica como A sean acogidos. En las sesiones ella describe como remodeló una zona de su casa, tumbando una pared para poder realizar una habitación más grande, donde entre una máquina de oxígeno y que esté bien resguardada, con la posibilidad de ser esterilizada con constancia. En cuanto fue dada de alta de UCIN y retornó a su hogar con A, ella buscó presentarle al bebé a su otro hijo y, en vez de ocultar o revestir la realidad, le comenta sobre la situación médica de A y deja en claro que debe tener un poco de cuidado, pues hay ciertas cosas que él no puede realizar. A su vez, a medida que A fue creciendo Y decide conseguir una carriola de bebé para poder transportar a su hijo por toda la casa. Esto último no sólo para poder estar pendiente de su condición, por si A sufría de algún episodio cardíaco, sino porque el médico tratante en UCIN había sugerido intentar sentar al infante de vez en cuando. A partir de esto, la vida de Y se ve envuelta en un sinfín de cambios para poder preservar el bienestar de A. Ella puntualiza esto como una muestra de amor hacia su bebé.

Durante la actual hospitalización, se ha dado seguimiento al caso por parte del Departamento de Psicología, ofreciendo un abordaje que permita que Y continúe explorando sus deseos, fantasías, temores y la maternidad misma. Si bien ella ya era madre antes del nacimiento de A, esta es una experiencia totalmente nueva y que ha sido un trayecto de grandes aprendizajes y cambios. Además, sin duda alguna, es un caso que nos permite identificar aquellos puntos que dan cuenta de una nueva forma para vincularse con un hijo enfermo, donde el acoger no es simplemente la presencia física, sino que una aceptación del infante y su singularidad.

Viñeta 2 Caso H

Este es el segundo caso por presentar, el cual también fue llevado durante las prácticas preprofesionales en un hospital pediátrico. La viñeta comprende la historia de la paciente H, quien es la madre de una niña con hidrocefalia y parálisis cerebral. H es derivada al

Departamento de Psicología por medio del médico tratante, quien considera que la madre debe recibir algunas sesiones de acompañamiento psicológico, pues su hija era una paciente de larga estancia en el hospital y con múltiples reingresos luego de ser dada de alta.

Es durante la primera entrevista que la practicante logra recoger algunos datos importantes sobre la historia de la maternidad de H: la hija de H nace prematuramente mediante una cesárea, por lo que se ve ingresada en UCIN por un cierto período de tiempo, el cual tenía como objetivo que el cuerpo neonatal se desarrollase correctamente. Cabe destacar que la hija de H es una bebé planificada y deseada, por lo que H en aquel entonces refiere haber hecho todo lo posible para que su hija pueda retornar a casa junto a ella y su esposo. Sin embargo, es a lo largo de la estancia hospitalaria en UCIN que la bebé se llega enfermar, contrayendo una infección que más tarde provocaría la hidrocefalia y la parálisis cerebral.

En un principio, H se ve afectada significativamente por el diagnóstico. Hay episodios de angustia y preocupación, tales sentimientos producto de la situación médica que se avecinaba sobre el cuerpo de su hija. Para ella, su hija no debía tener ninguna enfermedad, todo había sucedido demasiado rápido. La negación inicial al diagnóstico médico actuó como un mecanismo de defensa que, ante la impotencia de no saber controlar la situación, respondía como una salida de su malestar y le concedía sujetarse del ideal de una hija sana por un poco más de tiempo. Aun así, hay unos momentos en particular que H logra rescatar de esta experiencia; H recuerda haberle hablado constantemente a su hija, a lo que la bebé un día responde por medio de movimientos de manos y balbuceos, pese a que la infección ya había afectado su cuerpo, dando cuenta que su presencia estaba siendo notada, que allí había una manera de forjar un vínculo. Es de tal forma que H llega a pensar lo siguiente: “yo la amo.” pues su hija era no sólo una bebé que había deseado con tanta fuerza, siendo esta su única hija, sino que la posibilidad de ejercer su función como madre por medio de esas interacciones la reconfortó demasiado. Es desde allí que H comienza a buscar la manera de salir adelante con su hija.

H manifiesta que a partir de ese punto ella logra sostener el diagnóstico dado por los médicos y lo acepta, tratando de investigar lo más que puede sobre la condición de su hija. Con esto, le da un espacio a la enfermedad entre los planes que había construido para su

vida junto a la bebé, tomando la decisión de aplicar una válvula para tratar la hidrocefalia y mejorar la calidad de vida de la menor, al igual que acomodar un lugar en la habitación matrimonial para poder cuidarla durante los primeros meses de vida. Por medio de las intervenciones realizadas por la practicante, H logra elaborar acerca de sus sentimientos y describe con gran cariño la dinámica llevada en la familia, al igual que las actividades que realiza con la pequeña. Debido a que la niña no puede moverse adecuadamente y presenta ceguera total, en casa se implementó el uso de carriolas para bebés, método que H sigue usando cada que se da la oportunidad—esto pese a que su hija actualmente tiene 10 años— más que nada cuando planifican salidas en familia.

La paciente asegura estar muy orgullosa de ser madre. Entre sus relatos, ella comentaba su constante deseo por mostrar a su hija ante el mundo. Es importante dejar en claro que, a diferencia del caso anterior, la imagen corporal de la hija de H es bastante impactante, ya que tiene un peso muy bajo, al igual que una estatura pequeña, postura rígida debido a la parálisis cerebral y su tez con una pigmentación casi gris. Aun con estos detalles, H dirá la siguiente frase: “yo se la presento a todo el mundo, les cuento la historia que hemos vivido desde que nació y sobre su enfermedad.” Tal narrativa refleja una integración de la experiencia que ha vivido desde el diagnóstico de enfermedades crónicas en su hija con su identidad como madre, al igual que su deseo. Además de esto, H también agregó que: “yo dejo que todos la vean en la calle...jamás le cubro la cara, nunca podría avergonzarme de ella, mi hija es muy especial para mí”.

En este caso particular, vemos que la resignificación del deseo materno se da a partir de la interacción madre-hija dentro del área de UCIN, lo cual rompe las barreras que parecían ser impuestas por la condición médica en el cuerpo neonatal. Pese a la ceguera y la parálisis cerebral, la bebé logra reconocer la voz de su madre, H, llegando a tener momentos donde balbucea cuando H le habla, lo que para esta madre es suficiente para poder seguir sosteniéndola como un objeto de amor que, aunque fuera de las expectativas imaginarias construidas durante la planificación de tener un hijo, le hace sentir orgullo. Aquí a su vez se logra hacer una diferenciación con el caso de Y, pues se carece de una imagen bonita, y aun así hay una vía que posibilita afianzar el vínculo de la diada madre-hija y ayudar en la reconstrucción del deseo de esta manera, al igual que las bases cimentadas en su subjetividad.

Viñeta 3 Caso G

El tercer caso que se presenta, al igual que los otros dos, fue atendido dentro del hospital pediátrico donde se realizaron las prácticas preprofesionales.

Es derivada al Departamento de Psicología una madre de 24 años, a quien se denominará G, quien estaba allí por su hija menor, una neonato hospitalizada en el área de UCIN. En un principio, la médico tratante realiza la interconsulta solicitando un abordaje de acompañamiento psicológico, pues la hija de G padecía de algunas enfermedades infecciosas y respiratorias complejas, al igual que una malformación en la mandíbula, por lo que había poca esperanza de vida. No obstante, la hija de G actualmente mantiene una condición médica estable y está a punto de ser dada de alta.

Durante las primeras sesiones con G, ella solía traer al espacio las palabras miedo y culpa. En los antecedentes que se exponen, G indica a la practicante que su embarazo fue un poco extraño. Ella no se enteró de su estado sino hasta los 3 meses de gestación, en los cuales realizó actividades demasiado riesgosas. G parecería allí encontrar un punto de conflicto, poniéndose en tal posición que la hacía señalarse a sí misma como poco cuidadosa, ya que creía que este descuido aportó a las razones que provocaron la enfermedad de su hija. La practicante en ese entonces hace un hincapié en esto, lo cuestiona un poco, y G allí revela que el embarazo realmente fue muy tranquilo, no hubo complicación alguna, y además, cuando su hija recién nacida ingresa en UCIN, los médicos no señalaron su falta de cuidado como el motivo de la situación médica actual.

Aun así, el hecho de que su hija estuviese ingresada en UCIN y recluida en el área de aislados, pues la enfermedad era tal que la bebé debía recibir cuidados intensivos las 24 horas, la mantenía constantemente angustiada y aterrada. G no quería que su hija estuviera en el área de aislados y le pedía en rezos a Dios, desde un anhelo de su propio ideal caído, que realice un milagro en el cuerpo de su hija y le quite toda condición de encima. También, se rehusaba a firmar una carta de consentimiento para la ejecución de una traqueotomía en la bebé.

G quería una bebé que pudiese cumplir sus funciones como cualquier otra niña, a la que pudiese cuidar. Sentía que no estaba siendo una madre suficientemente buena.

Incluso había ocasiones donde la angustia plantaba un límite, un freno, a su deseo de visitar a su hija dentro de UCIN, llegando a somatizar a tal punto que el cuerpo expresaba

el malestar por medio de palpitaciones, sensaciones de ahogo y episodios de llanto. G acerca de esto ubicaba lo siguiente: “yo jamás creí que mi hija sufriría así...nunca creí que estaría enferma.” Es decir, dentro de su construcción imaginaria no había espacio para la enfermedad, su hija había sido pensada como una bebé sana y que nacería sin ninguna complicación. G también señala otro punto importante: el nacimiento de su primer hijo no fue así, jamás vivió una experiencia como esa. Por ello dirá: “está tan intervenida, tiene el cuerpo repleto de cables...y el pitido de la máquina me hace sentir muy mal, no puedo evitar romper en llanto cada que ingreso al hospital.” Allí ella confiesa que hubo una época donde no quería entrar, este es el límite que se puntualizó anteriormente, debido a que el miedo a que la enfermedad siga allí no la dejaba. Había una fuerte creencia de que Dios le estaba poniendo pruebas para saber cuánto ama a su hija.

Esto sólo pudo transformarse cuando G logra levantar la culpa y encuentra algo en su hija que, bajo sus propias palabras, la hace reaccionar. G confiesa que su hija no fue planificada, vino en un momento en que no se veía siendo madre nuevamente y tenía miedo de pasar por ese proceso en una etapa de su vida tan compleja, pues tenía ciertos problemas a nivel económico, pero que aun así la noticia fue un motivo de felicidad para ella. No obstante, fue todo demasiado rápido y de la nada. Esto podría vincularse a esta interpretación que ella mismo trae; poco cuidadosa y la que carga la culpa por haber fallado como madre. Es por ello que veía este escenario como una prueba de Dios. Había algo más allá del impacto visual que traía la enfermedad de la bebé, que efectivamente le afectó significativamente, y por ello el ideal de este hijo sano se vio tan trastocado. Es como si no haber tenido el cuidado necesario de esta hija no planificada fuese el detonante al diagnóstico anormal.

Es durante una noche que el pronóstico de su hija se vuelve desfavorable. El equipo médico decreta que puede fallecer en cualquier momento, lo que coloca a G en una encrucijada; entre la vida y la muerte, siente que, como madre, le compete realizar una elección. Ella elige sostener la vida de su hija. Esto se afianza luego de las sesiones con la practicante de psicología y las palabras de los doctores—tanto los diagnósticos, como los motivos detrás de los mismos y las explicaciones sobre los diversos tratamientos necesarios para la mejoría de la bebé—que al visitar a su hija la ve y piensa: “se ve tan inocente e inofensiva, se parece tanto a su hermanito...tan chiquita y sufriendo.” Esto le

abre un espacio para, desde su propio discurso, reaccionar y tomar la batuta de la situación médica de su hija. Decide que su hija la necesita, que su hija está buscando ser cuidada por ella. G describe que, pese a todos los cables que aún yacían pegados a su cuerpo y el insoportable pitido de las máquinas, la mirada de su hija y la inocencia detrás de la misma, como si pidiese ser sostenida, la levantó de su angustia. Esta era una bebé que, desde la posición en la que la ubica, puede cuidar y con la que puede ser una buena madre.

Si bien no era la bebé sana que construyó en su mundo fantasmático, la cual resguardaba la sensación de culpa que producía malestar, es una hija a la que puede sostener. Por ello decide firmar el consentimiento de la traqueotomía como una vía para poder seguir preservando su salud.

G finalmente le da un lugar a la enfermedad de su hija y no pretende cambiarla. Ella inclusive dice por fin entender que el área de aislados es por el bien de la bebé, que allí está para evitar más infecciones, y que su rol está siendo cumplido dentro de UCIN desde pequeños detalles; entrar a retirar la información diaria a la hora que es indicada por los médicos, hablarle a la bebé de su día, tal como fue sugerido en terapia, al igual que darle de lactar por medio de una jeringa y contribuyendo al cuidado de su cuerpo, aprendiendo a poder limpiar su cuello y cambiar el tubo de la traqueotomía.

Entre sus planes a futuro está preparar un lugar para poder llevar a su hija luego de que le den de alta. G y su esposo no tienen vivienda propia aún, pero ella se plantea construir un espacio debajo de la vivienda de sus primos, un pequeño apartamento, y limpiarlo constantemente. En sesión G indica que piensa buscar un empleo, pues quiere poder adquirir todo lo necesario para que su hija pueda mantener su salud estable. Desde los tubos para la traqueotomía, como productos para poder limpiar la zona intervenida y las medicinas que han sido recetadas. También ha decidido posponer la cirugía de mandíbula de la bebé por motivos de prevención, ya que, pese a que antes le parecía una necesidad para poder evitar la traqueotomía, no quiere poner en riesgo a su hija. Los médicos le dijeron que aún no tiene la edad suficiente y ella lo respeta.

En una última entrevista, G dirá abiertamente esta frase: “esta experiencia ha hecho que mi deseo de ser madre crezca, agradezco a Dios por haberme dado esta hija y la amo con toda mi alma.”

Desde la teoría desarrollada en esta investigación, se puede identificar una resignificación del deseo materno que había en G. En un principio hay algo en ella, y de quizá su narcisismo—el oponerse a la traqueotomía para preservar la imagen de una niña normal y preferir eliminar la malformación, que no estuviese mal por su culpa—al mismo tiempo que el haber quedado embarazada en un momento inoportuno, que juega allí un papel importante. Hay malestar, emocional y también físico, que se produce ante un escenario como lo es el real de la enfermedad y el área de UCIN. Incluso el propio pronóstico de muerte que en algún momento le dan, en el cual se ve señalada como una madre que no lo puede dar todo. Esto provoca aversión al hospital, al pitido de las máquinas y una fijación con los cables en el cuerpo de la neonato. Sin embargo, es sólo transformando esto que logra transitar por una nueva vía y su perspectiva cambia por completo, dando así la resignificación del deseo. Ella ve algo único en su hija que evoca el amor, la posiciona como su ser amado que va a cuidar y a quien acogerá con todo y la enfermedad que la aqueja. En su mundo fantasmático ahora se erige la imagen de una niña enferma que la mira, con inocencia y con los rasgos iguales a los de su hijo mayor, y desea ser cuidada, a la que puede cuidar. Es este deseo no anónimo de sostener que le permite darle un lugar en su vida y tomar las riendas de la situación, haciendo nuevos planes incluyendo a este ser.

Estos tres casos logran evidenciar cómo la caída del ideal de un hijo sano puede afectar a las madres que viven una experiencia en UCIN a causa de la enfermedad del neonato, siendo la resignificación un proceso necesario para poder sostener a este hijo con amor y darle un espacio dentro de sus vidas. Estas viñetas ayudan a diferenciar las distintas formas de malestar en las madres y el punto de partida que permite una transformación en el deseo. Bajo el orden imaginario algunas habrían sujetado la idea de un hijo primerizo que fuese colmado con buena salud, mientras que otras no tenían en sus planes la aparición de un nuevo miembro en la familia, pero que desean sea el hijo idóneo para cuidar, y prima la culpa ante el real que luego se vuelve insoportable durante la aparición de una enfermedad.

Tal como se ha revisado en los capítulos anteriores, el hijo es un ser que aparece de la nada, del cual las madres no saben nada, pero a quien le adjudican una imagen desde su deseo. Esto, claro, si logran reconocerlo y darle un lugar. Por ello, en los casos presentados

vemos que, el hijo que se sale del ideal puede causar un quebrantamiento de lo que construía el deseo de la madre. Nada es como lo habían fantaseado y jamás lo podría ser. Este hijo, que se siente como una extensión de su yo, es hablado desde la medicina y desahuciado, y se convierte en alguien que no se puede reconocer.

Es por ello necesario que la madre elabore estos sueños que han caído y que le dé un duelo al niño sano que ha perdido, sino el hijo será alguien a quien no podrá sujetar bajo el deseo y allí lo que quedará es el rechazo y el desamparo. De allí la importancia de una intervención que lea el malestar de la madre y le dé un espacio a estos conflictos internos que la aquejan. El deseo materno no es instintivo, así que se debe resignificar para poder dar paso a la aceptación y la apertura al diagnóstico, formulando nuevas proyecciones y fantasías que ahora estén desvinculadas al ideal de un hijo sano y vinculadas al hijo real.

Cuando se habla sobre los cambios que han hecho las madres, no hacemos referencia a la reinención debido a que el que una madre se reinvente, sería mostrar los cambios en su rol materno o una adaptación a una nueva identidad personal donde busca tener equilibrio tanto en la maternidad como en su vida pero sin basarse en sus experiencias pasadas, lo que es la diferencia de la resignificación que en estos casos se ha visto que las madres lo han realizado, debido a que en base a lo vivido con sus hijos en el tiempo que estuvieron en UCIN, estas madres han podido realizar modificaciones en su vida basándose en sus mismas experiencias, realizando modificaciones de manera no tan profunda en donde dan paso a la aceptación de sus hijos con una condición médica aceptando a la condición de su bebe y realizando cambios en base al entorno y comodidades de este, viendo así por su hijo y lo que beneficiaría a aquel bebé. Ahora bien, se debe tener en cuenta que esta resignificación no solo ocurre con madres que tuvieron hijos con alguna condición, sino también con madres con hijos sanos, debido a que suelen tener rechazo hacia el hijo, como se explicó en el capítulo anterior este rechazo puede darse por la historia familiar de la madre, donde la relación o dinámica familiar no fue favorecedora para la madre y por esa razón rechaza el criar a un hijo, independientemente si es sano o tiene alguna condición.

Una de las preguntas que más rondaba es ¿Para sentirse como mujer es necesario ser madre? Fernández (2022) en el texto *Maternidad y feminidad desde el psicoanálisis* indica que:

Si oponemos madre y mujer, la madre se dibuja como el Otro de la demanda y la mujer como el Otro del deseo (...) la madre podría haber ostentado un estatuto privilegiado en relación a la mujer y que en aquellas sociedades en las que la mujer aparece como un ciudadano con plenos derechos el deseo de maternidad se va desdibujando (p. 24).

Fernández explica que la madre se ubica como Otro de la demanda, es la encargada de que el niño obtenga información para poder seguir adelante, enseñándole cómo desenvolverse en su entorno y cuidándolo durante el proceso de manera no obsesiva o asfixiante para el hijo. Por otra parte, la mujer se ubica como el Otro del deseo, donde el deseo que tiene la mujer no solo va dirigido al cuidado de un hijo sino a algo más, creando la separación entre el hijo y la madre donde el hijo obtendrá sus propios conocimientos y gustos a base de sus experiencias. Pero también agrega que el deseo de ser madre es influenciado por las culturas en las que se viven, por lo que si se basa en la cultura el ser madre llega a ser un paso importante y necesario en la mujer para así sentirse completa, pero a raíz de que la mujer ha obtenido más derecho, esta creencia ha dejado de ser válida, llevando a que las mujeres exploren más acerca de sus propios deseos y mostrando por otro lado que el ser madre no es la única forma en donde se puede llegar a sentir mujer, sino también se encuentran otros deseos o espacios los cuales dan paso a que la mujer pueda sentirse completa.

CAPÍTULO 4.

Metodología

Para la presente investigación se utilizó el enfoque cualitativo, debido a que nos permite escuchar y visualizar las diferentes perspectivas de las madres con neonatos hospitalizados en el área de UCIN, además de contemplar cómo se da inicio a la primera resignificación materna en madres con hijos con condiciones médicas y observar cómo este grupo de madres recuperan su rol materno. Por otro lado, se utilizó un paradigma interpretativo y método descriptivo, pues estos métodos permitieron realizar una recolección de información adecuada para poder ejecutar la investigación. A su vez, se escogieron las entrevistas semidirigidas como técnica de recolección, de esta manera se pudo cumplir con los objetivos planteados.

Enfoque

El enfoque escogido para la investigación fue el cualitativo. Se realizó dicha elección en favor de explorar y analizar de manera más precisa la postura y experiencia de las madres con hijos ingresados dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Según Hernández Sampieri et al. (2014) indica que:

El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades (p. 8).

Tal como menciona el autor, este enfoque ofrece flexibilidad en cuanto a la recolección de datos, lo que permite abordar las vivencias únicas de la población escogida y la complejidad de la situación que la atraviesa. En este trabajo de investigación, la metodología escogida da un espacio para sostener el objetivo planteado, explorando cómo las madres con neonatos en UCIN logran resignificar, de manera individual, el deseo de maternar.

Paradigma

Para este trabajo de investigación se ha escogido el paradigma interpretativo, ya que permite abordar las experiencias de las madres en torno al acogimiento hacia su hijo recién nacido con condiciones médicas, y la naturaleza de esta misma durante el proceso de embarazo y la maternidad a posteriori.

Sucari et al. (2024) indica:

El paradigma interpretativo-hermenéutico se centra en la comprensión profunda de los fenómenos sociales y humanos, haciendo hincapié en la subjetividad y la interpretación de los significados que los individuos atribuyen a sus experiencias (...) el paradigma interpretativo busca entender cómo las personas construyen la realidad social a través de sus interacciones, lenguaje y cultura (p. 33).

El paradigma interpretativo se basa en la interpretación del significado que cada individuo le otorga a una situación o experiencia específica. Para esta investigación dicho paradigma se adapta a los objetivos estipulados, donde se pretende analizar la realidad que viven las madres de neonatos ingresados en UCIN y su perspectiva tanto de su propia maternidad como del vínculo con sus hijos.

Método

Con relación al método utilizado en este trabajo de investigación, se seleccionó el método descriptivo, ya que facilita el desarrollo teórico sobre el deseo materno y la resignificación de este en las madres que están tramitando el duelo por el ideal del hijo sano o una posible muerte neonatal.

García et al. (2012) indica que:

La investigación descriptiva se enmarca en la metodología no experimental y, como su propio nombre indica, consiste en describir una situación real natural mediante la observación sistemática no participante o valiéndonos de preguntas a una muestra de personas capaces de proporcionar la información deseada sobre opiniones, comportamientos o circunstancias (p. 103).

Tal como señala García, el método descriptivo permite evidenciar y demostrar una situación real mediante la observación sistemática, al igual que, en este caso, la

recolección de material teórico. Para este trabajo nos ayuda a caracterizar el deseo materno y como la caída del ideal del hijo sano durante una estancia hospitalaria en UCIN puede resultar en una resignificación de dicho deseo.

Técnica de recolección

En cuanto a las técnicas de recolección, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con seis madres de neonatos hospitalizados en el área de UCIN dentro de un hospital pediátrico. Las entrevistas se realizaron con el objetivo de recoger la experiencia y vivencias de las madres y los cambios en su rol materno y la resignificación de la maternidad ante la presencia de una enfermedad crónica en sus hijos neonatos.

Yuni et al. (2014) hablará acerca de las técnicas de recolección, evidenciando que:

Estos instrumentos pueden ser aparatos de carácter mecánico, los formularios de un cuestionario, una guía de observación estructurada, una cámara de video, etc. En algunos casos los instrumentos “amplifican” las capacidades perceptivas del investigador, en otros contienen los estímulos o reactivos para que se genere la información (p. 31).

Tal como este pasaje nos indica, una técnica de recolección contiene las herramientas necesarias para generar la información que se necesita saber acerca de la población escogida. En este trabajo el objetivo es analizar e identificar en los dichos de las madres la caída del ideal del hijo sano y la influencia de tal fenómeno en la subjetividad.

Instrumento

Para realizar las entrevistas se utilizó el siguiente banco de preguntas

**Tabla 1. Banco de preguntas para madres con hijos dentro del Hospital
Pediátrico en Guayaquil**

Instrumentos-Objetivos	Descripción	Categoría	Preguntas
Objetivo 1	Describir cómo se construye el deseo materno	Deseo materno	<p>¿En base a que experiencia o desde que momento se dio cuenta que quiso ser madre?</p> <p>¿Cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?</p>
Objetivo 2	Determinar cómo opera la caída del ideal de hijo sano	Caída del ideal de hijo sano	<p>¿Alguna vez pensó que su hijo tendría alguna condición médica?</p> <p>¿En qué momento se enteró que su hijo nacería con una condición médica?</p> <p>¿Cómo se sintió al enterarse que su hijo tenía una condición médica?</p>
Objetivo 3	Especificar cómo se da la resignificación del deseo materno en madres con hijos en UCIN	Resignificación del deseo materno	<p>¿En algún momento se llegó a cuestionar acerca de su rol materno?</p> <p>¿Hay alguna experiencia que haya hecho que su deseo de ser madre incrementara?</p> <p>¿Cree que la condición médica de su hijo ha sido un impedimento para</p>

			<p>realiza su rol materno?</p> <p>¿Qué tipo de emociones estaban presentes en el momento que veía a su hijo en UCIN?</p> <p>¿Qué cambios ha tenido que realizar para cumplir su rol materno a partir de la situación médica actual de su hijo/a?</p> <p>Durante la estancia hospitalaria ¿qué experiencia cree usted que ha fortalecido el vínculo con su hijo/a?</p>
--	--	--	---

Nota: Esta tabla muestra las preguntas que se le realizaron a las madres con neonatos hospitalizados en el área de UCIN acerca de las tres categorías de cada objetivo propuesto. Esta tabla, por lo tanto, es de autoría de las autoras de la investigación.

Consentimiento informado

Así como se ve en el anexo 1, antes de realizar las entrevistas se realizó un formato el cual se utilizó con las seis madres de neonatos hospitalizados dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos dentro de un hospital pediátrico, donde se les otorgó un consentimiento informado el cual explicaba a las madres acerca del tipo de preguntas que se les realizarían y sobre el tipo de instrumentos que se utilizarían.

Cañete et al. (2012) en su trabajo Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales indica que:

El CI describe un proceso interactivo en el cual el individuo (o su representante legal) accede voluntariamente y sin coerción a participar en un estudio, luego de que los propósitos, riesgos y beneficios de este han sido cuidadosamente expuestos y entendidos por las partes involucradas (p. 17).

El tener un consentimiento informado ayuda a la participación voluntaria de la población a la que se quiere entrevistar y de misma forma contribuye de manera positiva a la recolección de datos al momento de realizar las entrevistas obteniendo así mejores resultados.

Población

La población escogida para este trabajo de investigación estuvo conformada por seis mujeres, específicamente madres de neonatos hospitalizados dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos dentro de un hospital pediátrico, esto en función de recoger la perspectiva materna ante la aparición de una enfermedad o condición crónica en el cuerpo neonatal.

Según Hernández Sampieri (2014) nos explica sobre la elección de una población, indicando lo siguiente “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p. 174). Delimitar de manera específica contribuye a la recolección de información y el cumplimiento de los objetivos propuestos, pues da posibilidad a una mejor comprensión y le otorga singularidad al tema expuesto.

CAPÍTULO 5.

Presentación y análisis de resultados

Presentación

En el capítulo anterior se presentó la metodología que fue empleada durante la presente investigación, en donde se ubicó que uno de los instrumentos para recoger los datos de la población sería las entrevistas semiestructuradas las cuales se realizarían a madres con hijos en UCIN en el Hospital pediátrico en Guayaquil. El objetivo de estas entrevistas es recabar información por medio de las madres con hijos en UCIN acerca de su experiencia ante el nacimiento de un hijo con condición médica delicada y el manejo de su rol materno ante tal situación. Las preguntas de las entrevistas se dividieron en tres categorías que contienen los puntos principales de cada capítulo teórico mostrado anteriormente, dividiéndose en deseo materno, caída del ideal de hijo sano y resignificación del deseo materno.

Tabla 2. Presentación de categorías para las preguntas a madres con hijos dentro del Hospital Pediátrico en Guayaquil.

Objetivo	Categoría	Definición
Describir cómo se construye el deseo materno.	Deseo materno	La comunicación madre-hijo podría iniciarse antes de la gestación, con el deseo de la mujer de ser madre de ese hijo imaginado, soñado, que aún no es percibido, pero que es pensado y esperado; al que se le atribuye de antemano, una serie de cualidades y expectativas asociadas a la propia historia

		personal y familiar de esa mujer (Silvia Osoreo, 2022, p. 3).
Determinar cómo opera la caída del ideal de hijo sano.	Caída del ideal de hijo sano	Cuando se tiene un hijo anormal—parecen decir— se está a la vez muy sola, pues en ese niño una no se reconoce como ser humano, y muy vigilada, ya que, más que otra madre, se debe dar de sí misma cierta imagen soportable (Manonni, 1994, p. 25).
Especificar cómo se da la resignificación del deseo materno en madres con hijos en UCIN.	Resignificación del deseo materno	El amor materno, más que cualquier otro amor, revela que, cuando se ama, se ama siempre una vida en particular, al sujeto en su singularidad (Recalcati, 2015, p. 68). “El concepto de la resignificación trasciende la polaridad entre la realidad histórica y la realidad psíquica. Es el momento en que lo traumático del pasado se liga con la ayuda de las sensaciones, emociones, imágenes y palabras del

		presente” (Künstlicher, 1995 citado en Kancyper, 2019, p. 5).
--	--	---

Nota: Esta tabla muestra las categorías que se utilizaron para las preguntas a madres con hijos en UCIN dentro del Hospital de Niños en Guayaquil. Esta tabla es de autoría de las autoras de la investigación.

Análisis de resultados

Codificación de las entrevistas a madres con hijos en UCIN dentro de un Hospital de Niños en Guayaquil.

Por cuestiones éticas se mantendrá el nombre de las madres bajo anonimato con el siguiente código:

Madre 1: E1

Madre 2: E2

Madre 3: E3

Madre 4: E4

Madre 5: E5

Madre 6: E6

E1 es una mujer de 27 años, quien está casada y es actualmente ama de casa. Anteriormente solía trabajar, pero ha decidido no seguirlo haciendo. La hija de E1 a estado hospitalizada por alrededor de 4 meses, debido a hiperprematuridad y enfermedades infecciosas.

E2 es una mujer de más de 30 años, quien está casada y tiene 2 hijos con su actual pareja. Está madre también es ama de casa, siempre lo ha sido. La hija de E2 a estado

alrededor de un 1 mes en UCIN, pues nació hiperprematura y con complicaciones cardiopatas debido a que E2 tuvo diabetes durante el embarazo.

E3 es una mujer de 24 años, una profesional en el área de la pedagogía y anteriormente solía trabajar en un kínder. Ella tiene 2 hijos con su actual esposo. La hija de E3 ha estado 5 meses en UCIN, la bebé ingresa por una serie de complicaciones respiratorias y más tarde se le coloca un traqueótomo ya que no podía deglutir la leche materna, además durante el proceso sufrió de una infección y tiene una deformidad en la mandíbula.

E4, ella es una mujer de más de 30 años y tiene dos hijos. Su neonato ingresada dentro de UCIN es la hija de su segundo compromiso. En la actualidad es ama de casa, pero le gusta salir con frecuencia a pasear. La hija de E4 tiene menos de 1 mes en UCIN. Ella nace con hiperprematitud al igual que con complicaciones cardiológicas y respiratorias, pues la madre sufrió de preeclampsia.

E5 también es una mujer de más de 30 años, casada y madre de dos hijos, ella es ama de casa, pero también ha pensado en comenzar algún tipo de emprendimiento. Su hijo ha estado por 4 meses ingresado en UCIN, debido a hiperprematitud y una condición infecciosa al igual que complicaciones respiratorias.

E6, ella es una mujer de 36 años quien vive en el campo junto a su esposo y sus dos hijos. Ella es ama de casa, pero suele apoyar a su esposo de vez en cuando con la producción de su huerto. Su hija ha estado por 2 meses dentro de UCIN, debido a que en casa comenzó a presentar complicaciones respiratorias y vómitos, actualmente se sigue realizando estudios para identificar el diagnóstico, pero hay una sospecha de problemas neurológicos.

Análisis de Entrevistas

Categoría 1: Deseo materno

E1 indica que, para ella, el deseo de ser madre nace a partir de la experiencia de vida, cuando se es más joven no hay tiempo para pensar en hijos, sino que la vida gira alrededor de otras posibilidades. Es cuando ella está en la adultez que se plantea la idea de ser madre.

“Cuando uno ya ha vivido muchas cosas, ahí es cuando le da ese sentimiento.” es lo que dice al respecto, agregando que: “Ahí es cuando se quiere un hijo propio.” Por ello, E1 menciona que, al enterarse de su embarazo, ella se sintió “feliz, muy feliz”. Su hija es una neonato a la que ama y de la cual sintió mucha alegría al enterarse de su existencia.

Por otro lado, E2 identifica el deseo de ser madre a partir de la imagen de los bebés recién nacidos. Sobre esto, ella dirá: “Me gustan los recién nacidos, por cómo se ven, mi primer hijo nació normal, gordito, larguito.” Este es un factor clave que le permitió sostener la maternidad. Sin embargo, E2 hace énfasis en no haber deseado tener más hijos luego del primero. Cuando se entera que está embarazada de nuevo, ella forja esta idea de tener una niña y así completar “la parejita”, lo que incluso la lleva a rogar a Dios por este anhelo, pero es justamente este deseo el que le permite acoger esta nueva vida con mucho amor.

Para E3 el deseo de ser mamá se construye durante los inicios del noviazgo con quien en la actualidad es su esposo. “Él siempre me decía que quería ser papá y de novios siempre tuvimos esa idea. Incluso ya habíamos planeado que el día que tuviéramos hijos, si era niño su nombre sería Eidan y si era niña luego lo cambiaríamos.” es lo que menciona ella, ubicando que es a partir de esta experiencia de vida que quiso ser madre. Además de esto, ella señala que estudió para ser maestra de kínder, por lo que siempre le han gustado los niños. Una vez que se casó, se sintió completamente lista para tener un hijo. Por ello, E4 indica que sintió felicidad, al igual que nervios, cuando se enteró de su primer embarazo. No obstante, luego de su primer hijo ella no tenía intenciones de quedar embarazada tan pronto y su segundo embarazo la tomó por sorpresa. Pese a esto, finalmente ella pensó que “Dios me la envió y es por algo.” aferrándose a la idea de que su hija venía al mundo con un propósito para combatir los miedos de ser madre nuevamente, logrando sentirse feliz por esta nueva vida dentro de ella.

En cambio, E4 sostiene que el deseo de tener un hijo surge a partir de su segundo compromiso. Ella ya tenía hijos, todos adolescentes, pero no eran de su actual esposo. Es en tal sentido que comienza a pensar en la posibilidad de ser madre nuevamente, pues tanto ella como su esposo querían un hijo juntos. Un bebé que fuese de ambos. E4

menciona entonces que decidió dejar de cuidarse y planificó la llegada de un nuevo integrante junto a su pareja, aunque no se esperaba que esto diese frutos tan rápido, por lo que al quedar embarazada sintió mucha alegría. Ella dirá que: “Sentí mucha felicidad, porque este bebé fue el más deseado que todos los que he tenido.”

Para E5 el deseo de ser madre y sostener la maternidad se da a partir de la experiencia con su primer hijo. Ella menciona que, cuando su primer hijo tenía 8 o 9 años, había un anhelo de volver al primer mes; que su hijo vuelva a ser un bebé, el cambiar pañales y atender a las demandas de los cuidados básicos, técnicamente empezar de cero. Si bien había fantaseado con volver a ser madre, E5 había proyectado tal deseo como una meta a futuro, que pudiese cumplir algunos años más tarde y no tan pronto. Aun así, al enterarse de su segundo embarazo ella siente alegría, aún si no fuese planificado, y decidió no renegar ya que Dios se la había enviado como una bendición. Además de esto, ella añade lo siguiente: “Me sentí alegre, es de la persona que yo más quiero.” haciendo referencia a la unión con su esposo, quien era el padre de este nuevo hijo, por lo que su estado le traía mucha felicidad.

Por último, tenemos el testimonio de E6. Ella menciona que antes de su último embarazo ya tenía dos hijos, ambos menores de edad, y tenía el deseo de volver a ser madre, pero no en ese momento. E6 incluso refiere que estaba cuidándose para no volver a quedar embarazada, pero aun así sucedió. Bajo su experiencia, ella comenta lo siguiente: “Resulta que pasado dos meses me entero de que estoy embarazada y no quiero decir que no quería ser madre, porque yo quería, pero más adelante...no en estos momentos.” Además, ella recalca que tenía conocimiento sobre cómo sostener la maternidad y deseaba otro hijo más, pero realmente en sus planes esto no se debía suceder tan pronto. Es así que define a su hija como una bebé no planificada, pero a la que quiere mucho, pues acoge la noticia como algo que simplemente “se adelantó”.

Análisis de categoría 1: Deseo materno

Se infiere que las seis madres llegan a la conclusión de que el deseo materno se construye a partir de las experiencias de vida y la singularidad de cada una de sus historias. Además, se reafirma la teoría que lleva hacia el deseo no anónimo que una mujer debe

albergar para dar paso al reconocimiento de un hijo. Es decir, ser ese Otro que pueda reconocerlo de una manera no anónima y otorgarle un lugar simbólico dentro de su deseo. Es así que E1, E2, E3, E4, E5 y E6 logran sentir felicidad ante la llegada de este ser desconocido a sus vidas.

Silvia Osoreo en su artículo (2022) *Aspectos Favorables de la Comunicación No Verbal Madre-hijo en la Construcción Del Psiquismo Desde el Enfoque de Aulagnier* dirá que:

La comunicación madre-hijo podría iniciarse antes de la gestación, con el deseo de la mujer de ser madre de ese hijo imaginado, soñado, que aún no es percibido, pero que es pensado y esperado; al que se le atribuye de antemano, una serie de cualidades y expectativas asociadas a la propia historia personal y familiar de esa mujer (p. 3).

Para el psicoanálisis es importante diferenciar los instintos biológicos de las pulsiones que impulsan el deseo materno, por lo que vincula su construcción a la historia personal y familiar de cada mujer, al igual que su posición subjetiva. La autora da cuenta justamente de este punto y también menciona que, es el deseo de la mujer de ser madre lo que permite sostener a este hijo en gestación aun cuando es un completo extraño. Tal como se revisó en el marco teórico, la mujer embarazada piensa en cómo podría ser este bebé, lo sueña, y crea una imagen en base a las expectativas entramadas en las fantasías de su mundo fantasmático.

Bajo las experiencias particulares de E1, E2, E3, E4 y E5, ellas consideran que este deseo se va formando a medida que viven la vida, desde la niñez a la adultez, por lo que al enterarse que serían madres hubo mucha felicidad. Además, E3, E4 y E5 hacen referencia a la relación con el otro y la falta. Estas madres construyen el deseo a partir de la idea de dar un cuerpo al amor que se tiene por la pareja romántica y obtener la falta que quizá haya en esa familia, pues el hijo prometería cierta completud imaginaria. Por otro lado, E2 añadió que el deseo materno no sólo se basa en experiencias de vida, sino también en los rasgos físicos que se encuentran en un hijo. Es ver algo de lo propio o de quien se ama encarnado en un nuevo ser; rasgos que pueden ser tanto de la madre misma, como de

sus otros hijos o de sus parejas. Esto contribuye a no dejar al hijo en anonimato y darle un lugar en la familia y en sus vidas. Es en tal sentido que, en esta categoría, se puede ver las distintas maneras de denominar el deseo materno y su construcción. El deseo de ser madre dependerá de cada experiencia o vivencia, se forja mediante la singularidad propia de cada mujer, debido a que este puede presentarse a través de diferentes momentos o situaciones, los cuales dejarán huella y harán que este deseo materno incremente o aparezca dándole paso al sentimiento del amor por el hijo.

Categoría 2: Caída del hijo sano

E1 comenta que ella durante todos los meses de embarazo no sintió ningún dolor que le causara inquietud, que hubo un momento donde se revisó pero que no era nada de qué preocuparse, indica que “los exámenes salían bien, todo bien” por lo que no imaginó que su hija tendría alguna condición médica. Indica que no sintió otro dolor por lo que espero hasta el día del parto, donde comenta “Me hicieron cesárea ahí en la clínica y al parecer ella nació bien en la clínica, pero después dijeron que se complicó”, cuando vio todo lo que ocurría y cuando le comentaron acerca de la condición de su hija E1 explica que se sentía “devastada”.

E2 explica que desde antes de tener a su hijo ya sabía acerca de que vendría con alguna posible enfermedad o condición, debido a que por medio de sus chequeos y su condición de salud es que le indican del futuro de su bebé, E1 comenta “cada eco que me hacía preguntaba si vendría bien porque ya me habían dicho el riesgo que podría tener por ser diabética” y añade “Me habían dicho que podía nacer prematura desde el día uno”. Por último, indica que cuando le dieron a conocer sobre la prematurez de su bebé, ella tenía miedo, E1 explica que se sentía “fatal, me daba miedo a perderla”.

E3 indicará que a pesar de que no le dijeron que su bebé vendría con alguna condición ella presentía que algo sucedía con su hija, E3 comenta “en el fondo de mi si había como una inseguridad, en cada consulta preguntaba si ella está bien, si no tiene nada, no le ve nada, en el fondo de mí yo sentía que algo pasaba, pero nunca me decían nada me decían que todo estaba bien”. Desde un inicio E3 tiene este miedo de que su hija tuviera alguna complicación, por lo que cuando su bebé nació, el enterarse que su hija debida ser trasladada a una clínica en Guayaquil y permanecer en el área de UCIN la deja

descompuesta, explica “Me quede en shock en ese momento, pero me mentalice que debía estar fuerte y tranquila porque si a mí me pasaba algo, mi hija podría sentirse mal y las dos mal o sea no.” Añadiendo que cuando pudo por fin ver a su hija se sorprendió “mi impresión fue verla con muchos cables”.

E4 explica que no se imaginó que su bebé tendría alguna condición médica, debido a que en sus anteriores embarazos no tuvo ninguna complicación, “me cogió de sorpresa porque he tenido tres partos donde todos han sido normales”. En el embarazo E4 sintió dolores de cabeza pero como no eran muy fuertes no decidió darle importancia, debido a que hasta donde se había chequeado ella tenía buen peso y le habían indicado que todo estaba normal, pero eso cambia un día que el dolor de cabeza era muy fuerte que tuvieron que aplicarle medicamento y comenzaron hacerle exámenes, no tenía un buen presentimiento por lo que cuando se recostó en una camilla y escucho que debían intervenir al bebé se preocupó, porque ella aún no había dado a luz, E4 comenta “le pregunté a una enfermera como sería la intervención y me dijo que me la iban a sacar y poner en una incubadora, me sentí más aliviada pero también estaba en shock” a pesar de sentir alivio E4 estaba preocupada por su bebé, debido a que aún no había cumplido los nueve meses, por lo que al enterarse que debían sacar a su bebé para ubicarlo en otra parte la angustió.

E5 comentó que ella no pensó que su bebé estaría con alguna enfermedad, más bien aseguraba que vendría sano, esto debido a que durante el embarazo no sintió ninguna anomalía, indica que “No sabía que nacería tan pronto, en el embarazo todo estaba normal y de la nada tuvieron que hacerme cesárea”. Al enterarse sobre la condición de su bebé no se sentía estable, quería estar cerca de su bebé además de que lo que creía que sucedería como el hecho de dar a luz y poder irse no era una opción debido a que debía quedarse en el hospital por su hijo, E5 explica que se sentía “mal, muchas veces quise simplemente aislarme junto a mi hijo y huir de todos lados”.

E6 indicó que a pesar de que no pensaba que su hijo vendría con alguna condición médica, sabía que podría nacer prematuro, E6 explica “cuando me diagnosticaron que tenía la placenta oclusiva total ahí si dije que en cualquier rato se me viene” y añade “no pensé que tendría una enfermedad, sino que venga prematura, cosa que, si sucedió porque nació prematura”. E6 ha pesar de ya tener conocimiento de la prematurez de su bebé no

dejo de lado la preocupación de su hija, estando al tanto de su pequeña durante los meses de embarazo, revisando si el tamaño de su hija estaba acorde al tamaño de los meses en el que se encontraba. E6 menciona que en el momento que se entera de la alta posibilidad que su hija nazca prematura se sintió indispuesta, E6 comentó que se sentía “bien mal, ¿Cómo cree que estaría? Fue duro”.

Análisis de categoría 2: Caída del hijo sano

Cuando se tiene un hijo anormal—parecen decir—se está a la vez muy sola, pues en ese niño una no se reconoce como ser humano, y muy vigilada, ya que, más que otra madre, se debe dar de sí misma cierta imagen soportable (Manonni, 1994, p. 25)

Manonni hablará acerca de cómo las madres pueden llegar a sentirse solar al momento de tener un hijo con una condición o una enfermedad, debido a que al saber que nacieron con alguna complicación no lo aceptan como un ser humano, por lo que entran en una etapa de duelo por no encontrar al hijo ideal que alguna vez imaginó, perdiendo en ese duelo los deseos y aspiraciones que alguna vez tuvo, cuando la pérdida de identificación entre ella y su propio hijo.

Los hijos con alguna enfermedad terminan siendo no reconocidos o identificados por las madres, en el caso de las madres entrevistadas se puede ver que tanto E3, E4, E5 como E6 nunca se imaginaron que su hijo vendría con alguna complicación por lo que el estado de shock fue por lo primero que pasaron, por otro lado se ve como también existen sentimientos de culpabilidad por parte de E3, E4 y E5, debido a que al saberlo habrían hecho algo para que sus hijos nazcan bien, por otro lado E2 era la única que tenía idea sobre la enfermedad que podría tener su bebé, aun así se puede visualizar como ella sigue esperando a su bebé. Se puede ver como E1, E2, E3, E4 y E5 comparten el sentimiento de tristeza y estado de shock, pero aun así ellas durante todo el proceso hospitalario estuvieron presentes y cuidando de sus hijos, donde a pesar de que no fueron el o la bebé que esperaban igual seguían cuidando y preocupándose por el estado de sus hijos. Las madres al enterarse del estado de salud de sus bebés se enfrentan a la realidad de la enfermedad, debido a que deben enfrentarse ante la nueva imagen que trae su hijo o hija,

creando así un conflicto donde deben dejar de lado la imagen que alguna vez desearon para abrirle los brazos a la nueva imagen que se presenta ante ellas.

Categoría 3: Resignificación del deseo materno

E1 ubica que la condición de su hija no ha sido un impedimento para sostener su rol como madre dentro de UCIN. Bajo su testimonio, ella siempre pudo cumplir las funciones maternas cuando iba a visitar a su hija, aún si al principio no podía sostenerla entre sus brazos. Lo que afianza el vínculo con su bebé fue el poder ir a visitarla y verla, notar como su hija la reconocía por medio de la voz. “Ella me escuchaba y se movía, le gusta estar conmigo.” es lo que ubica acerca de las visitas dentro de UCIN durante el primer mes. Por ello, ella evadía el dolor de la cesárea e iba a las horas indicadas para verla y estar ahí con ella. Además, un punto clave que describe como un incremento en su deseo de ser madre es la fantasía de tener una niña y esto le permite preservar el amor que siente por su hija incluso después del nacimiento y la estadía dentro de UCIN.

Por otro lado, E2 menciona que durante los primeros días en UCIN ella se sentía muy mal, pues no podía ir a visitar a su hija. Pese a esto, actualmente E2 está la mayor parte del tiempo dentro del hospital y asiste a los horarios de visita, sin embargo, la forma de materner dentro de UCIN fue un giro inesperado para ella, ya que describe no haber podido darle de lactar a su hija y debía botar la leche materna que se extraía. También, ella hizo referencia a este hijo mayor que quedó en casa con el padre y los abuelos, con el que tampoco era capaz de cumplir su rol como normalmente lo haría. Con respecto al vínculo con la recién nacida, E2 considera que lo que le ha facilitado mantener un lazo afectivo con su hija durante este proceso es verla y poder tocarla. “Es chiquita me gusta todo de ella, se parece al hermano y es puro papá, es como ver a mi hijo varón, pero en mujer.” Es lo que ubica como aquella experiencia que ha fortalecido su amor hacia la neonato.

Desde la experiencia de E3 ella llevaba un buen tiempo cuestionando su rol como madre, específicamente durante los primeros meses en UCIN. Ella admite haberse reprochado por no ser una madre suficientemente buena, no sólo con la bebé sino también con su hijo mayor, pues él no estar en casa la hacía pensar que se perdió parte del proceso de crecimiento del mismo. “Ahora habla más, está más grande.” es lo que dice ella. Sin

embargo, ahora intenta repetirse a sí misma que es una buena madre, que hace todo por sus hijos, pues es lo que ha aprendido durante su estancia en UCIN. Dentro del área ha visto muchos casos, bebés que estaban bien y de repente fallecen, por lo que le sorprende que su hija, pese a su estado de salud, siga luchando. “Me han dicho que es una niña fuerte y valiente.” dice sobre su hija. Es también cuando se deshace de la culpa que comprende y entiende la situación actual, ver a su hija inofensiva, sin haber pedido estar ahí, la hace reaccionar. Actualmente siente felicidad al ir a visitar a su hija, con su esposo creen que estar cerca de ella y brindarle su calor la calma y la ayuda a dormir. Ella, de hecho, sentía que su hija necesitaba protección por medio de las reacciones que la bebé dejaba ver cuando la cargaba. Cada vez que la ve dice “ella es mi hija, ella es igual a su hermano, es mi chiquita.” También, señala que es el área de UCIN la cual le ha enseñado a valorar su título como madre y querer tener más hijos, al igual que cuidar más tanto a su bebé recién nacido como a su hijo mayor. “Me quedo con eso con todo lo que he visto aquí y si un hijo está aquí es porque trae un propósito de vida a los padres.”

E4 en un principio se sentía culpable por no haberse cuidado lo suficiente, por lo que no creía haber sido una buena madre. A su vez, a ella le habían dicho que ya no tenía la edad para quedar embarazada y aun así lo hizo, por lo que reafirmó la creencia de que había hecho las cosas mal. No obstante, refiere no haberse cuestionado su rol, pero haber sentido mucha tristeza al no poder dar de lactar a su bebé ya que no podía extraerse leche del seno. Ella menciona que en UCIN tuvo que incluso aprender una nueva forma de darle leche materna a su hija, la cual consistía en usar una jeringa y medir la cantidad de la leche, al igual que cumplir con horarios estrictos de visita. Para mantener un vínculo afectivo con su hija ubica el uso de la voz materna; ella le habla, siente que su hija la está escuchando, y es un sentimiento que describe cómo bonito y que brota a partir de dicha interacción, verla le recuerda al deseo de que ella la quiso tener. A su vez, ella dice lo siguiente: “Me ha ayudado que ella ha sido tan fuerte y está avanzando bastante.” haciendo referencia a las mejoras que ha tenido la bebé, por lo que ahora intenta entrar con buenas vibras para transmitir positividad en su hija y darle ánimos.

En cambio, E5 describe siempre haber podido cumplir con su rol como madre dentro de UCIN pues jamás le prohibieron tocar a su hijo. Cada que lo ve siente alegría, en casa

visita a UCIN piensa que le dirán que todo está bien y su estadía dentro del área le ha enseñado muchas maneras nuevas para poder llevar la maternidad. E5 menciona haber aprendido a tomarle la presión, a cambiarle el pañal muy bien y como alzarlo pese a la fragilidad en sus huesos. Ella cataloga esto como exigencias, pero que le han ayudado a estar más atenta y estimularlo adecuadamente, especialmente en las terapias. Aún si le duele la espalda ella viene a verlo, todo deja de importarle cuando es la hora de ir con su hijo, ella piensa que los dos solitos se refugian entre sí. Esto es justamente lo que ha fortalecido su vínculo dentro de UCIN, el estar con su hijo y cuidarlo, por ello dice que: “Él me tiene a mí y yo lo tengo a él, él me da fuerza y yo le doy toda mi fuerza a él.”

Por último, E6 dice que UCIN y la situación médica de su hija no la llevaron a cuestionarse su rol como madre. Para ella este momento es un milagro, pues tanto ella como su hija están vivas, y describe a su hija como una bebé muy bonita y muy parecida a su esposo, al igual que sus otros hijos. “Su carita...hasta es más blanquita que yo, eso lo sacó de él.” Esta frase la ubica como parte de la experiencia que ha logrado incrementar su deseo materno y lo que la ha ayudado dentro de UCIN, pues ella en un primer momento sentía mucho dolor en su cuerpo y el ver a su hija la hacía levantarse e ir en el horario de visita. Si bien al principio para E6 era algo nuevo, más que nada el tema de la lactancia y la poca comida que podía ingerir su hija debido a su estado de salud, ella menciona haber entendido que estos cambios eran por el bienestar de la bebé y actualmente se ha planteado seguir adelante. Ver que su bebé está recuperándose cada vez más y que ahora puede tomar una cantidad de leche más grande le produce felicidad, por lo que le habla constantemente para fortalecer el vínculo afectivo entre ambas. Sobre esto ella indica que: “Yo le hablo diciéndole que tiene que recuperarse, que tenemos que estar con el papá y los hermanos, hablo con ella porque sé que me escucha.”

Análisis de categoría 3: Resignificación del deseo materno

Recalcati (2015) en su obra, *Las manos de la madre: Deseo, fantasmas y herencia de lo materno*, indica que “El amor materno, más que cualquier otro amor, revela que, cuando se ama, se ama siempre una vida en particular, al sujeto en su singularidad.” El autor señala que el amor materno se destaca por la capacidad de acoger la singularidad de un hijo. Dicha singularidad resuena en las experiencias que las madres contaron durante las entrevistas en UCIN. Si bien el reconocer los rasgos físicos tanto de la pareja sentimental, como de los hijos mayores o incluso de sí mismas es una vía que ayuda a ubicar al neonato como propio, como un objeto de amor que completa la vida, y recubrirlo libidinalmente desde una corriente tierna y llena de afecto, es esencial que la madre sea capaz de sostener al hijo real.

Es decir, al hijo que tiene en la realidad y al hijo de este real que se intentó velar. Para esto, se debe apreciar la singularidad. En el caso de los neonatos en UCIN, la singularidad puede verse bajo la particularidad de la situación médica en la que se encuentra y la imagen real que hay del cuerpo. “El concepto de la resignificación trasciende la polaridad entre la realidad histórica y la realidad psíquica. Es el momento en que lo traumático del pasado se liga con la ayuda de las sensaciones, emociones, imágenes y palabras del presente” (Künstlicher, 1995 citado en Kancyper, 2019, p. 5). Desde el enfoque particular de esta investigación, este amor a la singularidad de una vida única se manifiesta en la resignificación del deseo materno, donde las madres, como lo vemos en E1, E2, E5 y E6, reconocen en los cuerpos enfermos de sus hijas los rasgos únicos que le permiten construir un vínculo dentro de UCIN. Así mismo, E3 y E4, al poder transformar la culpa, solidifican su amor al adentrarse al cuidado de los neonatos, aprendiendo nuevas vías para maternar y también reconociendo estos rasgos particulares que les permiten reconocer a sus bebés como suyos. El abrazar la particularidad del hijo, aún si parte de esta se escapa de los ideales contruidos durante la gestación, permite dar un duelo al ideal del hijo sano y movilizar el deseo en un acto de reconocimiento, lo que da paso a una aceptación. Sin embargo, es importante destacar que tal proceso es único de cada madre, tal como se ha señalado en capítulos anteriores, y se lleva bajo los tiempos lógicos que les permitan procesar la pérdida del hijo sano, resolver los conflictos internos y dar entrada a los cambios.

CONCLUSIONES

En este proyecto se concluye que la resignificación del deseo materno es un proceso que contribuye a que las madres logren una reelaboración simbólica y la aceptación del hijo real que tienen en sus vidas, más específicamente en experiencias de hospitalización neonatal en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde los neonatos padecen de diversos tipos de condiciones crónicas. Una madre no se espera ni imagina que un hijo estará enfermo durante la gestación, pues en su mundo fantasmático se proyecta la imagen de un bebé sano. Entonces, la irrupción de una enfermedad compleja produce una huella en la madre, pues este hijo que ocupa el objeto de deseo materno no es aquel que soñó, trayendo conflictos inconscientes, al igual que distintos tipos de reacciones y vías de afrontamiento. Entre estas vías se encuentra la resignificación del deseo como una posibilidad para otorgar una nueva mirada a la situación actual.

En cuanto al deseo materno, se define como la proyección inconsciente del imaginario y la posición subjetiva de la mujer, rompiendo los estigmas que lo redirigen hacia los instintos biológicos, donde se busca el cumplimiento de un rol y la existencia de un hijo como obtención de un objeto que complete una falta estructural. Se determinó que el deseo materno está atravesado por diferentes estructuras inconscientes, entre ellas la falta, el narcisismo, la relación con el Otro y el complejo de Edipo, y se concluye que su construcción se forja a partir de las experiencias de vida y la historia personal de cada mujer. La maternidad se da bajo una singularidad, cada mujer materna de una manera única y desea desde su propia posición subjetiva. Es en tal sentido que cada mujer gestante piensa en su hijo, creando expectativas y fantasías de orden imaginario, propias de su historia de vida, propiciándole ideales que le causen satisfacción a su deseo.

Por ello, se hace énfasis en cómo la aparición de una condición crónica o una enfermedad permanente fragmenta los ideales construidos alrededor de la imagen de un neonato, dando paso a sentimientos de ambivalencia y estragos que apunten hacia una herida narcisista difícil de simbolizar. Hay madres que se aferran a la imagen de un hijo que carezca de anomalías, negando rotundamente el diagnóstico y sosteniendo este ideal de un bebé sano para mantener la ilusión de completud que traía la llegada de este ser en su vida, y madres que, por lo contrario, dicha condición produce un gran rechazo, pues es un hijo al que no se reconoce y al cual no se sienten capaces de sostener, ya que sus sueños

se han visto frustrados y esto retorna como algo insoportable. Así mismo, están los casos donde, referente a las heridas narcicistas, las madres se culpabilizan a sí mismas y se señalan como insuficientes y para nada buenas, ya que han fallado para preservar la salud de sus hijos durante el proceso de gestación. Este punto es altamente relevante como causante de las manifestaciones de sobreprotección o desconexión afectiva en madres con neonatos enfermos o portadores de condiciones crónicas, consecuencias que a largo plazo determinan la dinámica de la diada madre-hijo en el caso de que el neonato con complicaciones llegue a sobrevivir.

Dentro de una estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, la caída del ideal de un hijo sano se vive en el día a día bajo la vivencia de las madres que están allí por el estado de salud de sus neonatos. Lo innombrable de lo real, en este caso la enfermedad, se ve constantemente velado y disfrazado por el lugar simbólico que le ceden estas madres a sus hijos, al igual que las fantasías cimentadas en el imaginario, por lo que recibir el diagnóstico desfavorable de un hijo recién nacido y vivir un proceso hospitalario en un área intensiva es una experiencia altamente traumática. Para una madre, lo normal sería llevar a su hijo a casa luego del parto y empezar a desempeñar el rol que se ha propuesto conllevar, pero una condición crónica demanda cuidados específicos que sólo un hospital puede ofrecer. No sólo es un hijo al que no se puede reconocer, siendo tan diferente a lo que se imaginaba, sino también se convierte en un otro al que no puede cuidar como quisiera y que requiere una atención totalmente distinta a lo que ya conocía. Ellas tienen horarios estrictos y limitaciones, lo cual produce una fisura en el vínculo con el hijo y dudas acerca de la propia maternidad, en adición a la culpabilidad que muchas madres suelen mencionar con respecto a los diagnósticos.

Ahí es cuando las preguntas sobre cómo materner con un hijo enfermo comienzan a surgir y abren paso a la introspección. Es importante recalcar que condiciones como las que se ven en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en muchas ocasiones suelen tocar la imagen corporal del neonato, presentar complicaciones a futuro o ser permanentes. Durante esta estancia hospitalaria las madres aprenden a elaborar las respuestas a esta interrogante y resignificar las expectativas con respecto al hijo, no sólo a nivel de una imagen física, sino en los ideales y los sueños a futuro. A su vez, las madres descubren

nuevas vías para poder llevar las funciones maternas y movilizar el malestar que ocasiona la situación en general.

Estos cambios y descubrimientos son los que dan paso a una resignificación del deseo materno dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. A un hijo se lo ama a partir de una singularidad específica; para las madres con neonatos hospitalizados en un área intensiva son estos detalles únicos los que permiten sostener el deseo no anónimo hacia sus hijos. Sentir que son reconocidas como madres por sus hijos, creer que ellos necesitan de su protección y su afecto, que son capaces de responder ante sus palabras aún pese a su estado de fragilidad, reactiva esta plenitud que en un principio se había escapado junto al deseo de un hijo sano. Incluso identificar pequeños rasgos distintivos y la reavivación de experiencias de la propia historia o la relación con la pareja afectiva, son puntos que dan paso a la movilización del malestar y permite la creación de nuevas significaciones. A partir de la resignificación, las madres acceden a involucrarse en las terapias intensivas, aprenden sobre la condición del neonato y los cuidados pertinentes, al mismo tiempo que construyen proyecciones a futuro que involucran la anomalía en el estado de su salud de sus hijos. Es decir, acogen a este hijo real que esta frente a ellas.

Aun así, es esencial estar advertidos que la resignificación del deseo materno no es algo que ocurre una sola vez en la vida psíquica de una madre. Los hijos, portantes de una condición crónica o no, todo el tiempo están creciendo y cambiando, resbalándose de la imagen idealizada que yacía protegida por la madre, por ello que este proceso de adaptación y resignificación es constante. Sin embargo, la resignificación del deseo materno en madres con neonatos hospitalizados dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es mucha más compleja, ya que es una experiencia que deja marcas significativas. Es así como la propuesta que deja este proyecto es seguir explorando la complejidad del deseo materno ante la aparición de una condición crónica en un hijo recién nacido y sus consecuencias a nivel psíquico, al igual que proponer la instauración de un equipo psicológico fijo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales dentro de los hospitales pediátricos, con el objetivo de brindar abordaje psicológico y acompañamiento para las madres en dicha área y así concederles un espacio para que puedan elaborar tanto sus miedos, la culpa, la tristeza, el rechazo, como sus fantasías y deseo.

REFERENCIAS

- Abreu, L. A., & Melo, N. S. (2022, noviembre 8). Madres narcisistas: maternidad tóxica y posible daño psicoconductual en los hijos. NÚCLEO DEL CONOCIMIENTO. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-es/maternidad-toxica>
- Alvarado García, R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. Instituto Nacional de Pediatría. <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1381>
- Bello, R. (2016). Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir del análisis del discurso. *Musas*, 1(1), 63–81. <https://doi.org/10.1344/musas2016.vol1.num1.5>
- Castillo, R. P. D., & Usaola, C. P. (2020). Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 33–54. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020003>
- Colín, A. (2015 7). De la pulsión de muerte, el deseo, y la pulsión invocante. Unam.mx. <https://biblat.unam.mx/hevila/Fuenteshumanisticas/2015/vol29/no51/3.pdf>
- Dominios Institucionales – UCSG. (s/f). Edu.ec. Recuperado el 22 de agosto de 2025, de <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/institutos-icseha/dominios-institucionales/>
- Dudelzak, L. (2003). Sobre “Duelo y Melancolía” de S. Freud (1917). NODVS. <https://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=113&rev=21&pub=2>
- Fernández, L. (2022). Maternidad y feminidad desde el psicoanálisis. NODVS. <https://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=792&rev=84&pub=1>
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual.
- Freud, S. (1914). Introducción Al narcisismo. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos.

- García, G. (2017). ¿El deseo materno? Deseo de hijo, maternidad y mujer, una perspectiva psicoanalítica. Repositorio Institucional. <http://hdl.handle.net/10819/5461>
- González, M. A., & Alfie, J. (2023). Una revisión acerca del cuidado de la salud mental en las familias de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 43(3), 134–138. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i3.270>
- Guilhem, B. R. C. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. 121–127.
- Gutman, L. (2003). La maternidad y El encuentro con la propia Sombra. del Nuevo Extremo.
- Kancyper, L. (2019, enero 24). RESIGNIFICACIÓN, MEMORIA Y TRABAJO DE SIMBOLIZACIÓN. *Temas de Psicoanálisis | Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis; Temas de Psicoanálisis*. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2019/01/24/resignificacion-memoria-y-trabajo-de-simbolizacion/>
- Klein, M. (1975). Envidia y gratitud y otros trabajos. PAIDOS.
- Lacan, J. (1969). El Seminario de Jacques Lacan, Seminario 17: El Reverso del Psicoanálisis (J. Granica, Ed.). Paidós SAICF.
- Lacan, J. (1983). El seminario de Jacques Lacan, Seminario 2: El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica. Paidós SAICF.
- Lacan, J. (s/f-a). El seminario de Jacques Lacan, Seminario 4: La relación de Objeto. Paidós SAICF.
- Lacan, J. (s/f-b). Seminario 24: Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra. *Psicopsi.com*. Recuperado el 22 de agosto de 2025, de <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/06/Lacan-Seminario24.pdf>

- Madinabeitia, A. P. L. G. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53–70. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000100005>
- Mannoni Maud, O., & Mannoni, M. (1994). *El Niño retardado y Su madre*. Ediciones Paidós Iberica.
- Mari Paz García Sanz Manuel García Meseguer. (s/f). *Los métodos de investigación*.
- Martins, M. C., Boeckmann, L. M. M., Melo, M. C., de Moura, A. S., de Morais, R. de C. M., Mazoni, S. R., & Griboski, R. A. (2022). PERCEPCIONES DE MADRES LACTANTES ANTE LA PREMATURIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. *Scielo.br*. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80125_es
- McBride, K. (2013). *Madres Que No Saben Amar: Como Superar las Secuelas Provocadas Por una Madre Narcisista*. Urano.
- Mendonça Gondim, K., & Di Ciero Miranda, M. (2008 3). ADAPTACIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL – APLICACIÓN DEL MODELO DE ROY. *Nure Investigación*. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7724027.pdf>
- Monti, M. (2022). *Notas sobre un niño. Jacques Lacan*. https://www.academia.edu/76253478/Notas_sobre_un_ni%C3%B1o_Jacques_Lacan
- Objetivos de Desarrollo Sostenible. (s/f). *Undp.org*. Recuperado el 22 de agosto de 2025, de <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>
- Osores, S. (2022). Aspectos favorables de la comunicación no verbal madre-hijo en la construcción del psiquismo desde el enfoque de Aulagnier. *Edu.pe*. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/2631/2993>

- Panea Pizarro, I., Domínguez Martín, A. T., Barragán Prieto, V., Martos Sánchez, A., & López Espuela, F. (2019). Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. *Atención primaria*, 51(3), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.003>
- Pistoria, M. J. (2025, mayo 7). Ingreso en el hospital. Manual MSD versión para público general; Manuales MSD. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/ingreso-en-el-hospital>
- Plan de Creación de oportunidades. (s/f). Gob.ec. Recuperado el 22 de agosto de 2025, de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
- Recalcati, M. (2018). *Las Manos de la Madre. Deseo, Fantasmas y Herencia de Lo Materno*. Anagrama.
- Salud, O. M. (2022a, primavera 11). Unidad de Atención Materno-Recién Nacido: Una innovación en el cuidado de recién nacidos pequeños y enfermos. Who.int. <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/mother-newborn-care-unit>
- Salud, O. M. (2022b 11). Violencia contra los niños. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Sebastiani, M. (2005). Acerca del estado de embarazo ¿Dulce espera? Uba.ar. https://repositorioubasibbi.uba.ar/gsd/collect/encruci/index/assoc/HWA_541.dir/541.PDF
- Soto, B. (2005). La constitución subjetiva en psicoanálisis y su relación con el concepto de desarrollo. Fort-da.org. <https://www.fort-da.org/fort-da8/soto.htm>

- Soto, F. C. (2017). El cuerpo más allá del organismo: el estatus del cuerpo en el psicoanálisis lacaniano. *Contrastes Revista Internacional de Filosofía*, 22(2), 1–22. <https://doi.org/10.24310/CONTRASTESCONTRASTES.V22I2.4117>
- Spitz, R. (1996). *El primer Año de Vida del Niño*. Fondo de Cultura Económica.
- Sucari, W., Sucari, H., Calsin, M., Mamani, J., Choque, C., & Gil, I. (2024). Paradigmas y métodos de la investigación científica. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.
- Tinker, A., & Ransom, E. (2002). MADRES sanas y BEBÉS sanos: la conexión vital. Population Reference Bureau. https://www.prb.org/wp-content/uploads/2002/04/HealthyMothers_Sp.pdf
- Villegas Loaiza, N., Paniagua Dachner, A., & Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7), e261.
- Wajnszyld, M. (2022). Reflexiones acerca de la maternidad, a partir de un deseo vehiculizador. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia.
- Winnicott, D. W. (1965). *Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador: Estudios Para una Teoría del Desarrollo Emocional*. Ediciones Paidós Iberica.
- Yuni, J., & Urbano, C. (2014). *Técnicas para Investigar: Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Brujas.

ANEXOS

Anexo 1

Plantilla de consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Entiendo que esta **entrevista** es parte de una investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil cuyo tema es **El Deseo de un Hijo Sano: resignación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.** El objetivo de esta investigación es **analizar la resignificación del deseo materno frente a la estancia hospitalaria de un hijo en UCIN por medio de una investigación cualitativa para un posible abordaje clínico con madres dentro del área de cuidados intensivos neonatales.**

Como parte del estudio, se aplicará **una entrevista** sobre **El Deseo de un Hijo Sano: resignación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.** Se me ha explicado el propósito de este instrumento y entiendo el contenido del mismo. Si yo decido participar en el estudio, entiendo que yo **acceptare responder a cada una de las preguntas que se realizaran durante la entrevista.**

Entiendo que estoy participando libre y voluntariamente sin ser obligados/as en cualquier forma a hacerlo, y que tengo el derecho de responder o no a determinadas preguntas y a negarme a participar, si así lo deseo.

Entiendo que mi identidad se mantendrá estrictamente confidencial, al igual que toda la información aquí proporcionada, la cual será utilizada solo para fines de investigación científica.

Declaración de Consentimiento.

Mediante esta declaración yo acepto participar en este estudio, y acepto que se grabe y que se tomen fotos durante este momento, aunque éstas no serán publicadas en ningún medio. Entiendo que mi nombre no se vinculará a la grabación ni a las fotos, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que he contestado.

Sé que tengo el derecho de hacer preguntas en todo momento y que no tengo que contestar las preguntas que no quiera. Entiendo que, si decido participar en este estudio, puedo dejar de participar en cualquier momento y que nada malo me va a pasar.

Si tengo alguna pregunta puedo llamar al Investigador/a Principal: **Antonella Viteri y Melanie Castillo**, durante el día al teléfono de la Universidad Católica: 3804600.

Sí estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

Su Nombre

Su Firma

Fecha

Nombre de la persona obteniendo el consentimiento

Firma de la persona obteniendo el consentimiento

Fecha

Uso del material audiovisual

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil pudiera usar las fotos, los videos o las grabaciones, en parte o del todo. Por favor lea y seleccione aquello con lo que usted está de acuerdo.

Yo autorizo a que las fotos o videos en que yo salgo:

Sean usadas para el propósito de investigación Si No

Sean usadas para enseñar y entrenar a otras personas Si No

Sean usadas para congresos y eventos científicos. Si No

Anexo 2

Transcripción de las entrevistas a madres con hijos en UCIN en Hospital Pediátrico en Guayaquil.

Entrevista a madres con hijos en UCIN

Entrevista a E1

Categoría 1:

1. ¿En base a que experiencia o desde que momento se dio cuenta que quiso ser madre?

Cuando tenía 25, yo tengo 27 ahorita. Porque no tenía ese tiempo de estar así pensando en muchas cosas ya cuando uno ya ha vivido muchas cosas ahí como que le da ese enlace, ese sentimiento porque uno ya ha vivido cosas, ha pasado cosas, muchas cosas, entonces como que uno quiere. Algo dijo de una.

2. ¿Cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

Feliz, porque quería tener a mi hija

Categoría 2:

3. ¿Alguna vez pensó que su hija tendría alguna condición médica?

No

4. ¿En qué momento se enteró que su hijo nacería con una condición médica?

Los exámenes salían bien, todo bien, pero llegando a casa se puso malita, a ella la trajeron de emergencia, a mí no me daban dolores, me vino un dolor así, pero me paso incluso me fui a ver a un hospital de Milagro, pero me dijeron que no, que aún me faltaba entonces como ir a la casa y regresar era un costo grande, entonces me quedé ahí. Me hicieron cesaría ahí en la clínica y al parecer ella nació bien en la clínica, pero después dijeron que se complicó entonces me trajeron para acá.

5. ¿Cómo se sintió al enterarse que su hijo tenía con una condición médica?

Devastada

Categoría 3:

6. ¿En algún momento se llegó a cuestionar acerca de su rol materno?

Hasta ahorita no

7. ¿Hay alguna experiencia que haya hecho que su deseo de ser madre incrementara?

Siempre deseaba tener una niña, entonces este deseo incremento al momento de enterarme que sería una niña

8. ¿Cree que la condición médica de su hijo ha sido un impedimento para realiza su rol materno?

No, hasta ahora me dejan cargarla, le gusta estar conmigo. Antes también podía también cumplir mi rol, porque, aunque no me dejaran cargarla le hablaba y ella me escuchaba y se movía y ahorita estamos mejor.

9. ¿Qué tipo de emociones estaban presentes en el momento que veía a su hijo en UCIN?

Feliz de verla que está bien, aunque los primeros días si me sentía mal porque estaba enferma mi niña.

10. ¿Qué cambios ha tenido que realizar para cumplir su rol materno a partir de la situación médica actual de su hijo/a?

Desvelarme, pero todo sea por ella, aunque yo estaba recién con la cesárea igual vine con ella.

11. Durante la estancia hospitalaria ¿qué experiencia cree usted que ha fortalecido el vínculo con su hijo/a?

Ir a verla todos los días, estar ahí con ella, eso ha fortalecido este vínculo.

Entrevista a E2:

Categoría 1:

1. ¿En base a que experiencia o desde que momento se dio cuenta que quiso ser madre?

Cuando salí embarazada de mi primer hijo, sentía emoción miedo. Me gustan los recién nacidos, por cómo se ven, mi hijo nació normal, gordito, larguito eso fue lo que hizo que quisiera ser madre, aunque no me gustaban los achaques. Tuvimos miedo también porque no queríamos que viniera prematuro. Con mi segunda hija me sentí feliz cuando me enteré de que estaba embarazada porque era niña y así tendría la parejita, la verdad yo no quería un segundo hijo, pero ya Diosito la mando y tanto le rogué que sea niña.

2. ¿Cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

Con miedo porque ya como era mi segundo embarazo yo era diabética, entonces estaba con el temor de todo lo que le podía pasar a ella.

Categoría 2:

3. ¿Alguna vez pensó que su hija tendría alguna condición médica?

Desde el embarazo, cada eco que me hacía preguntaba si vendría bien porque ya me habían dicho el riesgo que podría tener por ser diabética, me habían dicho que podría nacer con hidrocefalia con Síndrome de Down.

4. ¿En qué momento se enteró que su hijo nacería con una condición médica?

Me habían dicho que podía nacer prematura desde el día uno, hasta el día que realmente me ingresaron por una infección y la doctora me dijo que podrá venir con complicaciones.

5. ¿Cómo se sintió al enterarse que su hijo tenía con una condición médica?

Fatal, me daba miedo a perderla, me da miedo a perderla.

Categoría 2:

6. ¿En algún momento se llegó a cuestionar acerca de su rol materno?

Si, porque pensé que era mala madre por no cuidarme, me sentía culpable por no cuidarme, por mi nació prematura.

7. ¿Hay alguna experiencia que haya hecho que su deseo de ser madre incrementara?

No

8. ¿Cree que la condición médica de su hijo ha sido un impedimento para realiza su rol materno?

Los primeros días no pude, me sentía mal, ya ahora por lo menos puedo quedarme aquí, por ejemplo, hoy tengo consulta, pero no quisiera ir porque quiero quedarme con ella. Quisiera tenerla conmigo todo el tiempo, pero no puedo.

9. ¿Qué tipo de emociones estaban presentes en el momento que veía a su hijo en UCIN?

Felicidad, la emoción de verla, tocarla.

10. ¿Qué cambios ha tenido que realizar para cumplir su rol materno a partir de la situación médica actual de su hijo/a?

Fue in giro inesperado, no pude darle el pecho, había momentos donde daba mucha leche y aquí solo dan 2cc y me tocaba botar la leche, me desespera ver a veces que tiene hambre y no puedo darle el seno. También dejar a mi otro hijo en casa con el papá y con los abuelos.

11. Durante la estancia hospitalaria ¿qué experiencia cree usted que ha fortalecido el vínculo con su hijo/a?

El verla, es chiquita me gusta todo de ella, se parece al hermano y es puro papá, es como ver a mi hijo varón, pero en mujer.

Entrevista a E3:

Categoría 1:

1. ¿En base a que experiencia o desde que momento se dio cuenta que quiso ser madre?

Con mi primer embarazo cuando recién me comprometí desde ese momento si tuve la idea junto con mi esposo, él siempre me dijo que quería ser papá y de novios siempre

tuvimos esa idea y ya habíamos planeado de que el día que tengamos hijos si era niño Eidan y si era niña luego le cambiamos, desde ese momento yo ya me comprometí dije bueno quizá ya puedo ser mamá, desde ese momento tuve el sentimiento de ser mamá

2. ¿Cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

Con mi primer bebé la verdad, siendo sincera me sentí asustada, llore, me hice la prueba casera con mi esposo no sabía y de los nervios no leí las instrucciones, como dos rayas son positivo entonces de los nervios busque un tutorial, me sentí con miedo pero feliz porque estaba dándole vida a una personita tan chiquita que pronto la voy a conocer, esos fueron mis primeros sentimientos felicidad, pero miedo porque igual mi mamá quería que terminara mi carrera que luego la termine porque nunca la deje y estando embarazada la termine.

Con mi segunda hija me entere a los tres meses ella fue un parto muy distinto porque no sabía la verdad, ella fue muy distinto y yo como que aún no quería salir embarazada, recién había terminado la universidad quiero trabajar uno siempre piensa en algo mejor, uno se proyecta así, pero bueno ya al final dije Dios me la envió y es por algo, yo sabía que tenía un propósito y hasta el día de hoy lo entiendo. Me sentí feliz, un poco asustada y ya cuando nació y todos los sentimientos cambiaron, tenía preocupación y muchas cosas más donde las emociones se tornan diferentes.

Categoría 2:

3. ¿Alguna vez pensó que su hija tendría alguna condición médica?

La verdad que no, pero en el fondo de mi si había como una inseguridad, en cada consulta preguntaba si ella está bien, si no tiene nada, no le ve nada, en el fondo de mi yo sentía que algo pasaba, pero nunca me decían nada me decían que todo estaba bien, incluso mi esposo el sintió una angustia y se puso a escuchar música, alabanzas para estar más tranquilo, el también ya lo presentía. Entonces como ya somos papá ambos presentimos que solía pasar algo, yo presentía algo, pero nunca me imaginé que de gran tamaño y estar aquí ha sido fuerte.

4. ¿En qué momento se enteró que su hijo nacería con una condición médica?

Al momento de nacer, yo saliendo del quirófano el doctor me dice su bebé está siendo trasladada a UCIN en una clínica de Guayaquil. Me quede en shock en ese momento, pero me mentalice que debía estar fuerte y tranquila porque si a mí me pasaba algo, mi hija podría sentirse mal y las dos mal o sea no. Yo tenía que estar en la clínica 5 días, sentía la necesidad de ya salirme de la clínica para venir a verla, yo no la conocí, mi esposo si la conocía la vio y todo, pero yo no, me decían que era tranquila, estaba bien, pero todo el mundo llorando, todos desesperados y para mí eso era una mentira, para mí solo querían mantenerme tranquila entonces yo dije no mi hija algo tiene. Cuando vine mi impresión fue verla con muchos cables.

5. ¿Cómo se sintió al enterarse que su hijo tenía con una condición médica?

La verdad culpable más que a nada, pero muchas personas nos decían que no nos sintiéramos culpables porque nosotros no sabemos y además le estamos dando vida a una persona tan chiquita. Pero yo sí cuando me entero de que ella está mal, cuando la veo con las maquinas yo sentí como que culpa porque dije por qué no me entere antes, al principio quizá allá tomado más vitaminas así ella hubiera estado bien, pero después de tanto tiempo entendí que no era mi culpa y que era un propósito desde que estaba en la barriga porque se aferró a la vida, por todo lo que hacía ya que seguí en la universidad hice las practicas, cargaba niños y aun así ella se aferró a la vida. Ella quería estar aquí y entendí que es un propósito y que debo seguir luchando más que nada por ella. Al principio me costó adaptarme al diagnóstico, pero con el tiempo ya que adapte al ritmo de este tiempo y sé que me la voy a llevar y va a estar bien.

Categoría 3:

6. ¿En algún momento se llegó a cuestionar acerca de su rol materno?

Si porque yo sentía que no cumplía un rol de mama porque sentía que no hacia las cosas bien, cuando venía estaba intranquila, la mente me traiciona todo me traiciona, pero digo

no que me está pasando, debo ser positiva y decir no pues mi hija está aquí, siempre he tenido cuidado en las palabras porque creo en la manifestación. Me reprochaba diciéndome que no soy una buena mamá y no solo con la bebé sino también con mi hijo porque no he visto el proceso de crecimiento porque ahora habla más, está más grande. Igual si me digo que soy buena mamá y si me dicen que soy buena mamá y trato todos los días de serlo, aunque es duro, igual estoy pendiente de ella y prefiero que ella tenga todo comprado, todo lo que necesita. Una madre hace todo por sus hijos y eso lo he aprendido aquí, también he aprendido a valorar más las cosas, me costó el proceso y entender, pero yo le pido a Dios el me la sostiene, sé que los médicos aquí hacen todo pero la medicina nunca es todo y hay a veces me ha tocado vivir ver niños que estaban aquí y después ya no están y me sorprende porque mi hija con tantas cosas sigue aquí luchando, me han dicho que es una niña fuerte y valiente.

7. ¿Hay alguna experiencia que haya hecho que su deseo de ser madre incrementara?

Si, en el hospital en el área hospitalaria he aprendido a valorar más ese título de madre y yo creería que quizás después de ella si me anima a tener un bebé más, porque aparte que me encantan los niños, me gusta atender, enseñarles además me encantan, he aprendido a valorarlos y a quererlos más que ellos necesitan todo el cuidado todo el amor y valor de sus papás, para estar seguros. Me quedo con eso con todo lo que he visto aquí y si un hijo está aquí es porque trae un propósito vida a los padres y uno tiene que darse cuenta y empezar a valorar porque nosotros también pasamos por eso. Mi hijo también la quiere conocer como sea, me ha dicho que quiere verla.

8. ¿Cree que la condición médica de su hijo ha sido un impedimento para realiza su rol materno?

La vi inofensiva, no pidió estar así, no pidió venir al mundo, aquí me cuestionaba sobre que hice mal, que no hice bien, en que falle y por eso también me decía que no podía estar así, porque ella podía sentir eso. Cuando veía a las mamás hacer plan canguro, yo por dentro me moría de ganas de coger a mi hija, pero como había tantos cables no la podía coger, entonces dentro de mí era el sentimiento de culpa, no me sentía bien porque no la

podía coger, yo dije mi hija no me siente, no siente mi calor y ahora me di cuenta que cuando con mi esposo vamos a verla y la tenemos ella se calma y se duerme y ahí me di cuenta de que ella quería tener nuestro calor, cuando esta con el papá se duerme y se ve más calmado. Yo sentía que necesitaba protección, sentía que quería estar en nuestros brazos, porque ahí se veía tranquila. Cuando la vi dije que ella es mi hija, ella es igual a su hermano, cuando la vi dije que era mi chiquita.

9. ¿Qué tipo de emociones estaban presentes en el momento que veía a su hijo en UCIN?

Felicidad, mucho amor por ella siento que he tratado de transmitirle lo mejor, yo vengo y a veces si me he sentido por miedo, cada día me levanto pensando que no le haya ocurrido algo, que no haya ninguna novedad que todo esté bien, es un espacio hospitalario donde hay de todo puede pasar de todo, me pregunto si está bien si sucedió algo pero cuando ya vengo y la veo tranquila ahí todo cambia, ya hay mucho amor mucha felicidad y diciéndole a ella que tiene que estar bien para poder ir a casa, que la familia la quiere conocer porque ya está grande y siempre intento venir tranquila para que tenga mucha paz y pueda estar tranquila.

10. ¿Qué cambios ha tenido que realizar para cumplir su rol materno a partir de la situación médica actual de su hijo/a?

Uno de los cambios es que antes con mi primer hijo salía, iba al comisariato, lo llevaba a jugar y compartía tanta cosa con mi hijo, salía con mis amigas pero yo siempre con mi hijo, lo llevaba conmigo era mi chicle porque mis amigas me decían trae a tu hijo y lo llevaba, ahora todo ha cambiado, he hecho tantos cambios en mi vida porque al estar aquí ha hecho que no salga tanto con mi esposo, antes salíamos por ahí nos íbamos a una fiesta pero tantas cosas han cambiado y nuestras vidas también, ahora él está trabajando más pendiente al bebé y yo aquí encerrada. Esos cambios han sido super llenantes porque cuanto tiempo que yo me he dedicado a mi hija, la vamos a sacar a pasear con mi hijo, pero aprendí que nunca hay que adelantarse los hechos y vivir el día a día, valorar todos los días y si hay que cambiar las cosas malas como ir de fiesta por sacrificarme y cuidar a mi hija lo hare, porque la vida de mi hija esta por delante. He aprendido bastante, esta

maternidad fue muy diferente a la primera, he aprendido cosas que durante el primer embarazo me faltaron y no sabía, siento que mejore como mamá, soy más atenta, soy más cuidadosa con mis hijos viendo su salud.

Mi esposo también ha cambiado, su carácter, ha estado trabajando, yo he hablado con él porque no podemos seguir como antes, por lo que él si ha hecho cambios, antes si discutíamos como era orgulloso dejábamos las cosas, pero ahora lo hablamos y resolvemos, seguimos batallando con algunas cosas, pero si hemos tenido cambio.

11. Durante la estancia hospitalaria ¿qué experiencia cree usted que ha fortalecido el vínculo con su hijo/a?

Influyo el verla, me sorprende y me metí tanto en mi papel porque quería estar ahí adentro, venia con la mentalidad de que si la veía llorar entro y la saco, yo ver a mi hija por primera vez después de cinco días me impacto, yo me quede asombrada le decía que me perdone por si tenía la culpa. Ya después temblé, fueron muchos sentimientos que me pasaron y después me mentalice porque si yo iba cabizbaja, aterrorizada con miedo, ella va sentir a sentir eso, porque ellos sienten todo entonces me mentalizaba que mi hija está bien, va a salir de aquí y después eso, ver cuantas maquinas, los sonidos yo ya he aprendido los sonidos de las maquinas pero luego me paso, fue algo super duro que me toco el alma corazón todo, eso aquí porque ya estando en mi casa sé que será diferente y que pasando los días se me olvidaran los sonidos de las maquinas, porque esto colapso mi mente bastante, fue duro y ha sido duro todo lo que he pasado, han pasado momentos donde me pregunto si ella está bien, me entra la duda pero me digo también, mejor es decir que mi hija está bien, porque si inicio con la duda es que pasan cosas así que mejor no. Ver mamitas que lloraban luchaban y ver que los niños no ganaban la batalla fue algo super duro, no me imagine vivir esto, nunca en mi vida he pasado en un hospital, nunca había dormido en uno y esto ha sido la prueba más grande, pero una prueba de amor para mí, para mi hija, para mi familia y demostrarme lo que valgo como mamá, el sentimiento que desde que yo llegué aquí el amor de madre lo puede todo, porque si yo estoy aquí es porque la amo, la quiero, la valoro y quiero que salga de aquí. Una mama puede hacer muchas cosas y hasta llegar al límite, porque eso es una madre, que ama que quiere y

quiere que su hijo este bien. Ha sido una experiencia super fuerte, pero me ha llenado de mucha valentía y mucho amor por ella y por mi hijo.

Entrevista a E4:

Categoría 1:

1. ¿En base a que experiencia o desde que momento se dio cuenta que quiso ser madre?

Porque ya mis hijos están grandes y yo me vi no tan vieja para tener mi último bebe, además de que este es mi segundo compromiso y tengo un con él y yo también tanto como el papá como el hijo queríamos tener uno y eso fue lo que nos llevó a tener otro hijo.

2. ¿Cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

Me sentí muy feliz porque no pensaba que iba a salir tan rápido por ejemplo yo me estaba cuidando mucho tiempo con la inyección, era mes a mes y cuando ya decidimos tener un bebé lo conversamos y quedamos en que sí, entonces decidí ya no ponerme la inyección, me la puse por última vez en el mes de Septiembre y en Octubre se me terminaba la dosis y los demás meses no me cuidaba para nada, en Diciembre fue el mes donde dijeron que había quedado embarazada, fue mucha felicidad porque este bebé fue el más deseado que todos los que he tenido

Categoría 2:

3. ¿Alguna vez pensó que su hija tendría alguna condición médica?

No, me cogió de sorpresa porque he tenido tres partos donde todos han sido normales, daba a luz y al siguiente día podía ir a casa

4. ¿En qué momento se enteró que su hijo nacería con una condición médica?

Mi bebe no venía con ninguna complicación, hasta el segundo trimestre fue el último chequeo, pero mi esposo decía que siga atendiéndome, fuimos hacer ecos a varios hospitales y todos decían que estaba normal, tenía buen peso y fue hasta el 25 de julio que fue la última cita, después andaba con dolor de cabeza, pero no eran muy molestosos y de a poco hasta el 29 me agarro un dolor de cabeza más fuerte, mi esposo me tomo la presión, estaba un poco alta. El 30 había subido más mi presión y fue cuando fui a emergencia, me tuvieron ahí desde las 9 de la mañana hasta las 3 de la tarde, sentí que era algo rápido porque solo iba por dolor de cabeza, me tomaban la presión, me comenzaron a medicar, me tomaron pruebas de orina, pero no me decían nada, los doctores conversaban entre ellos, después me hicieron acostar en una camilla y después me pusieron suero y finalmente sentí un dolor muy fuerte donde tuvieron que aplicarme un medicamento. Cuando eran las 10 de la noche estaban esperando una ambulancia para traerme al hospital y aun tenia a mi bebé en la barriga, mi esposo estaba preocupado porque no le había dicho nada. Eso de las 10 de la mañana me dicen que debían intervenirme porque estaba en peligro mi hijo, no entendí mucho, pero yo estaba muy mal porque pensaba ¿Cómo van a intervenir a mi hijo? ¿Qué van a hacer? No quería que lo sacaran porque fuera de mi barriga no puede estar, es una bebé de 27 semanas.

5. ¿Cómo se sintió al enterarse que su hijo tenía con una condición médica?

Mi esposo me daba ánimo, pero yo no entendía como tratarían a mi bebé porque mi bebé solo tenía 27 semanas, le pregunté a una enfermera como seria la intervención y me dijo que me la iban a sacar y poner en una incubadora, me sentí más aliviada pero también estaba en shock

Categoría 3:

6. ¿En algún momento se llegó a cuestionar acerca de su rol materno?

Al principio me sentía culpable porque sentía que si yo hubiera sabido que los dolores que tenía eran por preeclampsia hubiera acudido antes al médico, pero como nunca me dio nunca fui antes, solo fui cuando el dolor ya era demasiado fuerte, no me dejaba acostarme en la cama solo me mantenía levantada, también el hecho de que me decían que

a esta edad ya no es para tener hijos, es más complicado, esto me hacía cuestionar si era buena madre

7. ¿Hay alguna experiencia que haya hecho que su deseo de ser madre incrementara?

Si, antes era muy vaga, salía mucho, entonces a partir que yo decidí tener un bebe cuando supe que estaba embarazada fue lo mejor que me pudo pasar en ese momento, aparte de todo ya no salía, ya no iba a tomar, ni la discoteca ni nada, porque quería tener un embarazo bien y en mi casa, esto fue lo que más me hizo cambiar y deseé más el ser madre.

8. ¿Cree que la condición médica de su hijo ha sido un impedimento para realiza su rol materno?

No porque a pesar de que al principio me decía la doctora es muy prematura, todo está bien pero no le damos esperanza a que la bebé va a resistir, pero tampoco le decimos que no, si se siente bastante triste, muy malo, incluso no podía conversar sobre mi hija porque lloraba por todo, era un mar de llanto, así mismo me paso cuando quería dar leche, pero no me salía y me frustré tanto que comencé a llorar

9. ¿Qué tipo de emociones estaban presentes en el momento que veía a su hijo en UCIN?

Hay muchas, sin embargo, yo le hablo, le toco la carita, siento que ella me escucha y siento que también como que me ve, yo le hablo con amor y a veces se me quiere salir una lagrima, pero de alegría, entonces sentiría alegría cada que la veo.

10. ¿Qué cambios ha tenido que realizar para cumplir su rol materno a partir de la situación médica actual de su hijo/a?

Al momento de lactar es darle por medio de una jeringa, eso es la diferencia, también que debo cumplir con el horario que dan, hay veces que tengo mucho sueño y me vence pero igual intento llegar en el tiempo, ahí estoy.

11. Durante la estancia hospitalaria ¿qué experiencia cree usted que ha fortalecido el vínculo con su hijo/a?

Me ha ayudado que ella ha sido tan fuerte y está avanzando bastante, diagnóstico que me da la doctora, examen u otra cosa que todo está bien, el único inconveniente con la bebé es que se olvida de respirar, eso es lo que tiene ahora porque en exámenes y otras cosas que le han hecho está bien. El hablarle también ha hecho que sienta que este vínculo siga, porque cada que le hablo sé que ella siente, es un sentimiento bonito que brota cuando estoy con mi bebé. Cuando la vi por primera vez me dolió bastante, nunca pensé en el tema, me dio mucho sentimiento mucha tristeza, me sentí mal y hasta la doctora se dio cuenta y me hizo más a lado para decirme que yo no podía sentir eso, por la bebé estaba pequeña, y yo debía darle buenos ánimos, buenas vibras. Al momento de verla se me viene el deseo de que yo la quise tener.

Entrevista a E5:

Categoría 1:

1. ¿En base a que experiencia o desde que momento se dio cuenta que quiso ser madre?

Todavía no estaba planificado, yo quería ser madre otra vez, pero yo tenía planificado 35 años ya, pero si Dios me mando al bebé no reniego nada porque es una bendición, ahorita hemos aprendido mucho el ser padres, mi marido ha aprendido muchas cosas. Desde antes he tenido el deseo de ser madre, cuando tuve mi primer hijo cuando tenía sus 8 o 9 años si me decía como que quisiera volver a primer mes, el cambiar pañales, empezar de cero.

2. ¿Cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

Me sentí alegre, es de la persona que yo más quiero, gracias a Dios el bebé es una bendición

Categoría 2:

3. ¿Alguna vez pensó que su hija tendría alguna condición médica?

No, va a venir sano, pero Dios sabe cómo hace las cosas

4. ¿En qué momento se enteró que su hijo nacería con una condición médica?

No sabía que nacería tan pronto, en el embarazo todo estaba normal y de la nada tuvieron que hacerme cesárea. Es un bebé prematuro, me enteré en su nacimiento que algo estaba mal. Además, yo decía: doy a luz y me voy a mi casa, pero sigo aquí en el hospital.

5. ¿Cómo se sintió al enterarse que su hijo tenía con una condición médica?

Mal, muchas veces quise simplemente aislarme junto a mi hijo y huir de todos lados

Categoría 3:

6. ¿En algún momento se llegó a cuestionar acerca de su rol materno?

Antes sí, me decían que no tenía paciencia porque con mi primer hijo me desesperaba y no sabía qué hacer. Este bebé vino después de 14 años y me agarró como nueva para ser madre.

7. ¿Hay alguna experiencia que haya hecho que su deseo de ser madre incrementara?

Estando aquí en el hospital, vi que la vida es cosa dura, he llorado y me he reído y estando con el he aprendido mucho también cuando él se ríe o lo tengo cogido, el siente que yo lo estoy protegiendo de cualquier cosa

Cuando lo veo despierto, mirándome con sus ojitos, cuando le van a hacer algo como hace pucheros como si me dijera mamá no deje que me hagan o me quedo viendo y le cojo la mano como diciéndole tranquilo aquí estoy, cuando ya le hacen las cosas yo lo cojo y le digo tranquilo papi, aquí estoy, tu mamá está aquí, tienes que aguantar para poder salir

de aquí ya se van y nos dejan a nosotros dos, suelo decirle eso y así él se tranquiliza un poco porque lo cojo con los guantes, el me siente.

8. ¿Cree que la condición médica de su hijo ha sido un impedimento para realiza su rol materno?

No, porque si me lo han dejado coger, de hecho, me han dicho que lo coja para que así él coja más fuerza, los doctores me dicen que de aquí al año ya lo tenga y tenga los huesos más duritos, porque va creciendo.

9. ¿Qué tipo de emociones estaban presentes en el momento que veía a su hijo en UCIN?

Siento alegría, que me dirán que esta todo bien, agradecerle a Dios hablar con él y pedir que no tenga nada y como ahora no ha dado noticias buenas igual sé que Dios me lo dará en mi tiempo.

10. ¿Qué cambios ha tenido que realizar para cumplir su rol materno a partir de la situación médica actual de su hijo/a?

Dormir pocas horas, estar más atenta a él, aprender a tomarle la presión, como cambiarle el pañal muy bien, el cómo alzarlo porque tiene los huesitos frágiles he aprendido a como cogerlo con cuidado, son muchas experiencias que he tenido. También como estimularlo porque no quiere coger el biberón, las terapias.

Quedarme también en el hospital también, a veces me duele la espalda, pero digo que no importa porque debo quedarme por mi hija, uno viene con dolor con todo, pero aun así debo venir por él, yo estoy sola entonces por eso estoy aquí, me cuido poniéndome doble mascarilla para no enfermarlo y poder estar con él.

11. Durante la estancia hospitalaria ¿qué experiencia cree usted que ha fortalecido el vínculo con su hijo/a?

Porque hemos estado los dos solitos, los dos solitos nos refugiamos, porque él me tiene a mí y yo lo tengo a él, el me da la fuerza a mí y yo le doy toda mi fuerza a él para que sea valiente, no sienta miedo y que sepa que no lo voy a soltar.

Entrevista a E6:

Categoría 1:

1. ¿En base a que experiencia o desde que momento se dio cuenta que quiso ser madre?

Yo ya tengo dos hijos, uno de 7 y uno de 5 lo que pasa es que yo quiero bastante a mi hija, pero eso no era planificado, yo me estaba cuidando con pastillas, resulta que pasado dos meses me entero de que estoy embarazada, pero tampoco quiero decir que no quería, porque yo quería, pero más después, no en estos momentos. De todas formas, ya llego y yo al principio creía que era otra enfermedad, no un embarazo porque yo menstruaba a la semana, pero me entero de que estoy embarazada a los dos meses, pero eso no quiere decir que no quería ser mamá, porque yo si quería ser, pero no en esta ocasión, sino que más adelante pero ya me salió así, después me dijeron que estaba a punto de arrojar porque tenía la mitad de la placenta desprendida, tenía hematomas, pero me controlaron y pude tenerla a ella. Si tenía conocimiento y deseo de ser madre solo que esta vez no fue planeado.

2. ¿Cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

Me sentía confundida, porque decía cómo y por qué porque tomaba pastillas y me preguntaba si está bien o no porque seguía tomando las pastillas hasta ese momento, hasta me desparasite, mi hija no salió, estaba haciendo plan de perder peso donde hacia dietas, tomaba aguas fuertes y mi hija no salió, entonces yo me sentí un poco mal porque tenía miedo a lo que yo hacía le podía perjudicar a ella pero de ahí comencé a cuidarme, me tomaba el ácido fólico, hierro y me cuidaba la comida, no hacia dietas estrictas.

Categoría 2:

3. ¿Alguna vez pensó que su hija tendría alguna condición médica?

Con alguna condición medica no, pero si tenía miedo porque cuando me diagnosticaron que tenía la placenta oclusiva total ahí si dije que en cualquier rato se me viene porque empecé yo a informarme y también a preguntar a médicos y resulta que era algo super peligroso por eso es que estoy aquí. No pensé que tendría una enfermedad, sino que venga prematura, cosa que, si sucedió porque nació prematura, que esté aquí es milagro.

4. ¿En qué momento se enteró que su hijo nacería con una condición médica?

Dos meses antes que ella naciera, a las 26 semanas porque me di cuenta de que tenía 31 pero aquí salía que tenía solo 28, no estaba segura de cuantas semanas estaba, pero ella era más pequeña de lo que yo creía, porque yo dije tengo 31 semanas me voy para los 8 meses, con un mes más ya salgo de eso, pero el peligro permanecía por lo de la placenta.

5. ¿Cómo se sintió al enterarse que su hijo tenía con una condición médica?

Bien mal, ¿Cómo cree que estaría? Fue duro

Categoría 3:

6. ¿En algún momento se llegó a cuestionar acerca de su rol materno?

No, sino que a veces a uno se le cae porque a veces no se tiene algo para los hijos, pero de ahí no.

7. ¿Hay alguna experiencia que haya hecho que su deseo de ser madre incrementara?

Este momento, porque por milagro estamos vivas, por todo lo que le conté de ella, también porque yo llegué a tener anemia, me hicieron como cuatro transfusiones de sangre porque me dijeron.

Es muy bonita, es muy parecida más a mi esposo y a mis hijos que a mí, la carita, hasta es más blanquita que yo y eso lo saco de él.

8. ¿Cree que la condición médica de su hijo ha sido un impedimento para realiza su rol materno?

Al principio solo tenía mucho dolor, pero eso no me impedía decir que no que yo no me voy a levantar o que me duele, claro que me dolía, pero de todas formas tenía que venirla a ver a ella, ya ahora se me calmaron los dolores, me siento bien. Me tocaba venir para darle de comer, como nació prematura al principio no estaba mucho con ella, pero yo soy católica, entonces deje en mano de Dios todo lo que le estuvieran haciendo los médicos y tener paciencia, cuando me dijeron que va a comer me alegre mucho porque ya podía darle mi leche materna, ahí decidí estar aquí y seguir adelante yo con ella.

9. ¿Qué tipo de emociones estaban presentes en el momento que veía a su hijo en UCIN?

Felicidad, porque la veo recuperándose cada vez más, tengo la esperanza que vamos a salir de aquí bien, eso me causa emoción y una felicidad enorme.

10. ¿Qué cambios ha tenido que realizar para cumplir su rol materno a partir de la situación médica actual de su hijo/a?

La lactancia, porque en eso tuvimos problemas ya que mi hija no comió desde el principio, entonces ella estaba teniendo un dolor más de los que ya estaba teniendo, pero luego ya comenzó a comer más y la dieta que hacía, porque no puedo hacerla, pero entiendo porque igual se busca lo más sano para ella.

11. Durante la estancia hospitalaria ¿qué experiencia cree usted que ha fortalecido el vínculo con su hijo/a?

Que se sigue recuperando, mantener el pensamiento positivo, es paso a paso todo y sé que ella se está recuperando, yo le hablo diciéndole que tiene que recuperarse que tenemos que estar con el papá y los hermanos, converso con ella porque sé que me escucha.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Castillo Barrezueta, Melanie Itati**, con C.C: # **0930318654** y **Viteri Ruiz, Antonella Veruska**, con C.C: # **0931670913** autoras del trabajo de titulación: **El deseo de un hijo sano: resignificación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de 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, 02 de septiembre de 2025

f. _____

Castillo Barrezueta, Melanie Itati

C.C: 0930318654

f. _____

Viteri Ruiz, Antonella Veruska

C.C: 0931670913



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	El deseo de un hijo sano: resignificación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.		
AUTOR(ES)	Castillo Barrezuela, Melanie Itati; Viteri Ruiz, Antonella Veruska		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psc. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad De Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de septiembre de 2025	No. DE PÁGINAS:	139
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología Clínica, Psicoanálisis, Educación.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Deseo materno; hijo enfermo; resignificación; hijo sano; caída del ideal; ucin		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>El trabajo de investigación El deseo de un Hijo Sano: resignificación del deseo materno en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, tuvo como objetivo general el analizar la resignificación del deseo materno frente a la estancia hospitalaria de un hijo en UCIN por medio de una investigación cualitativa para un posible abordaje clínico con madres dentro esta área. Esta investigación fue de suma importancia debido a que dio cuenta de las experiencias de cada madre dando como resultado la realidad a la que se enfrentan al tener a sus neonatos hospitalizados en UCIN. Cuando una mujer se entera que está esperando un bebé, ella le otorga un lugar simbólico desde el deseo y construye ciertas expectativas, fantasías e ideales alrededor de lo que espera tener en un futuro. Estos ideales se correlacionan con la imagen de un hijo sano, lo que en el área de UCIN se ve trastocado por el real de la enfermedad, por lo que el deseo materno tendrá que ser resignificado a partir de esta experiencia y así dar paso a la aceptación de esta nueva realidad. Se utilizó el método descriptivo, pues permitió obtener información necesaria e importante acerca del deseo materno y la resignificación del deseo en madres con neonatos enfermos dentro del área de UCIN.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-996022514 +593-988817886	E-mail: melanie.castillo02@cu.ucsg.edu.ec antonella.viteri@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Torres Gallardo, Tatiana Aracely, 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):			