

Lauret, Jimena Claudia

**El impacto subjetivo que produce en
los progenitores el paso por la
unidad de cuidados intensivos
neonatales a causa de un
nacimiento prematuro de un bebé
en una clínica privada de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Wendichansky, Florencia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“EL IMPACTO SUBJETIVO QUE PRODUCE EN LOS PROGENITORES EL PASO
POR LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES A CAUSA DE UN
NACIMIENTO PREMATURO DE UN BEBÉ EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE
CÓRDOBA”**

Lauret, Jimena. 2024

El impacto subjetivo que produce en los progenitores el paso por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a causa de un nacimiento prematuro de un bebé en una clínica privada de Córdoba.



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad: Sistematización de Práctica Profesional Supervisada

Contexto clínico

**EL IMPACTO SUBJETIVO QUE PRODUCE EN LOS PROGENITORES EL
PASO POR LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES A CAUSA
DE UN NACIMIENTO PREMATURO DE UN BEBÉ EN UNA CLÍNICA PRIVADA
DE CÓRDOBA.**

Alumna: Lauret, Jimena C.\\ Clave: 1917615

Directora: Lic. Wendichansky, Florencia\\ M.P 8346

Año 2024

AGRADECIMIENTOS

En primer un momento quiero agradecer de corazón a mi familia, a mi novio, y a todas las personas que estuvieron presente y acompañándome en esta etapa, desde el cursado de la carrera hasta la construcción del Trabajo Integrador Final. Su apoyo fue de gran ayuda y me permitió seguir adelante sin bajar los brazos ante las dificultades que se presentaban en el camino.

A mi directora de tesis Lic. Wendichansky Florencia, que accedió a brindarme sus conocimientos que me sirvieron de ayuda en esta etapa fundamental de mi carrera. Siempre desde su paciencia y entusiasmo. Fue una gran guía que con perseverancia logramos llegar juntas a este hermoso resultado.

A la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Córdoba, que me dieron la posibilidad de crecer tanto personal como profesionalmente todos estos años. Agradecer a cada uno de los profesores que marcaron mi paso por la carrera de forma positiva.

Por último, me gustaría agradecer a la Clínica Universitaria Reina Fabiola por permitirme llevar a cabo mis prácticas en su institución en el año 2023, y a cada uno de los profesionales que aportaron su granito de arena para la elaboración del presente trabajo.

Muchísimas gracias de corazón, es un trabajo que con tanto esfuerzo y dedicación realice durante estos meses. Deseo que el mismo al ser leído puedan entender el gran camino que he llevado a cabo durante todos estos años de aprendizaje.

“El optimismo es la fe que conduce al logro; nada puede realizarse sin esperanza”

(Helen Keller)

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. CONTEXTO CLÍNICO	12
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	16
3.1 RESEÑA HISTÓRICA DE LA CLÍNICA	17
3.2 FUNCIONAMIENTO DE LA CLÍNICA	20
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	23
5. OBJETIVOS	25
5.1 OBJETIVO GENERAL	26
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	27
6.1 CONCEPTUALIZACIONES ACERCA DEL IMPACTO SUBJETIVO	29
6.2 PROGENITORES	31
6.3 LO QUE IMPLICA EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO A NIVEL PSICOLÓGICO EN LA PERSONA	35
6.4 NACIMIENTO A TÉRMINO VS. NACIMIENTO PREMATURO	38
6.5 DUELO	39
6.6 MIEDOS Y TEMORES EN EL EMBARAZO Y EN EL NACIMIENTO	42
6.7 LA FAMILIA DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	44
7. MODALIDAD DE TRABAJO	47
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	49
7.2 TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	50
7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA	53
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	54
8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	61
8.2.1 LA EXPERIENCIA DE LOS PROGENITORES RESPECTO AL NACIMIENTO PREMATURO DE UN BEBÉ Y SU ESTADÍA DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	62
8.2.1.1 LA NEONATOLOGÍA	62
8.2.1.2 LOS BEBÉS NACIDOS PREMATUROS	66
8.2.1.3 LOS PROGENITORES DE LOS BEBÉS NACIDOS PREMATUROS	69

8.2.2 EI DUELO QUE TRANSITAN LOS PROGENITORES EN RELACIÓN AL NACIDO PREMATURO Y SU ESTADÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	72
8.2.2.1 <i>TODO LO IMAGINADO SE DESMORONA</i>	72
8.2.2.2 <i>NO QUERER VINCULARSE CON UN BEBÉ PREMATURO</i>	81
8.2.3 LOS MIEDOS Y TEMORES QUE SURGEN EN LOS PROGENITORES AL TENER UN BEBÉ PREMATURO Y EN SU ESTADÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	83
8.2.3.1 <i>EL TEMOR DENTRO DE LA NEO</i>	83
8.2.3.2 <i>EL TEMOR DE DESPRENDERSE DE LA NEO</i>	87
9. CONCLUSIONES	93
10. ANEXO	99
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURA

CURF: Clínica Universitaria Reina Fabiola.

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psiquiatría.

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RAE: Real Academia Española.

TIF: Trabajo Integrador Final.

UCC: Universidad Católica de Córdoba.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

1. INTRODUCCIÓN

Este escrito corresponde a la elaboración del Trabajo Integrador Final (TIF) a partir de la Práctica Profesional Supervisada, la cual fue desarrollada en una Clínica Privada de Córdoba durante el año 2023. Dicho trabajo tiene como finalidad obtener la Licenciatura de Psicología en la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba.

Dentro de la institución se trabajó principalmente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde ingresaban bebés prematuros o nacidos a término que sufren alguna complicación en el parto. En los próximos apartados se detalla la temática de nacimientos prematuros con profundidad junto con el ingreso de los padres en esta unidad, a pesar de que cada situación impacta de manera diferente en las personas que lo experimentan.

Este trabajo se aborda desde un enfoque psicoanalítico, donde se toman autores como Freud, Bleichmar Silvia, Bowlby, Winnicott y se fundamenta el resultado que desencadena el nacimiento prematuro en las personas y tener que transitar por la unidad neonatal; se tomarán como temáticas el embarazo, los duelos, los miedos, entre otros. El mismo tiene su impronta en la utilización de relatos, conversaciones, reuniones y entrevistas con los profesionales de salud mental.

La estructura de este escrito se encuentra dividida en diferentes apartados: en primer lugar, se presenta la contextualización del ámbito clínico teniendo en cuenta diferentes autores y conceptos relevantes. También la descripción del desarrollo y funcionalidad de la clínica en la cual se realizaron las prácticas.

Por otro lado, se plantea el eje del proceso de sistematización, que abarca el primer paso, “definición del eje”. A continuación, el objetivo general y los objetivos específicos del mismo. Posteriormente la perspectiva teórica, tomando diferentes aportes de autores en relación al eje construido. Seguido a esto, se describe la modalidad de trabajo, donde se caracterizan los sujetos implicados en él, las técnicas empleadas para la obtención de la información y las consideraciones éticas a tener en cuenta para llevar a cabo el mismo.

Luego se presenta el análisis de la experiencia, en el mismo se encuentra la recuperación del proceso vivido y corresponde a la experiencia que tiene el pasante en su labor. Para esto se utilizaron los registros de cada una de las visitas a la clínica. Siguiendo el mismo apartado se

lleva a cabo un análisis y síntesis de la experiencia vivida con la bibliografía utilizada en la perspectiva teórica, buscando responder cada uno de los objetivos propuestos.

Como última instancia, se plasman las conclusiones, los anexos y las referencias bibliográficas utilizadas para la elaboración del presente trabajo.

2. CONTEXTO CLÍNICO

En este trabajo para contextualizar e interpretar lo que es la Psicología Clínica, es pertinente conocer la historia y origen de la misma en el siguiente apartado. A continuación, se describen ciertas características sobre el ámbito clínico y el rol del psicólogo dentro de él.

Según lo expresado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003), la psicología clínica nace en 1896, cuando Witmer funda en la universidad de Pennsylvania la primera clínica con el nombre de “Psicología clínica”. Esto dio lugar al desarrollo y definición del rol del psicólogo clínico, hasta ese momento caracterizado como netamente científico.

La clínica de Witmer, ofrecía un tratamiento para deficiencias y dificultades que se podrían presentar en el desarrollo del niño, basándose principalmente en un re-aprendizaje. Este papel establecido por el autor se asemejaba con el rol terapéutico de la conducta de hoy, perteneciendo él mismo a una de las orientaciones más importantes de la psicología clínica (EFPA, 2003).

Otro aspecto a destacar en 1896, es la titulación de “Psicoanálisis” que realiza Freud a su propio método clínico con el propósito de abordar diferentes cuadros que se presentaban en esa época. Esta situación genera una ruptura con la tradición neuropatológica permitiendo el desarrollo de un nuevo enfoque que puede ser inscripto en ese momento como psicología clínica (EFPA, 2003).

Por lo anteriormente desarrollado, la Federación Europea de Psicólogos puede definir a la psicología clínica como una especialidad de la psicología, que utiliza sus conocimientos y técnicas para el estudio del comportamiento anómalo. Es decir, ese que se vive como un trastorno para el sujeto y para su entorno. Dicho enfoque busca establecer un psicodiagnóstico, frente a la identificación de una enfermedad, analizar su estado psicopatológico y realizar un tratamiento que brinde soluciones al problema o prevenirlo de antemano. Por otro lado, se caracteriza por disponer con métodos, modelos, enfoques y procedimientos propios siendo producto de múltiples acumulaciones de saberes científicos y técnicos, entre otros (EFPA, 2003).

Es importante mencionar que diferentes autores proponen otra perspectiva acerca de la psicología clínica, donde es considerada como un enfoque que no solo está asociado a la psicopatología; sino que además estudia e interviene sobre diferentes aspectos de la vida del ser humano. Esta perspectiva aborda un sujeto singular (un ser humano), plural (grupo) o colectivo (una comunidad), que se toma como un caso y se interviene desde su extensión y profundidad. (Manrique Tisnés, 2011). A su vez, Lagache (1982) expresa que en la clínica es necesario

trabajar con un sujeto “en situación”, esto quiere decir que para abordarlo se deben considerar ciertas circunstancias de su vida y su contexto en el cual se encuentra inserto. Manifiesta que cada situación es única y propia de cada individuo, entonces tienen que tomarlos desde su totalidad e integridad.

Por otro lado, respecto al rol del psicólogo clínico, el mismo se encarga de realizar diferentes funciones como evaluación, diagnóstico, investigación, enseñanza, asesoría, consultoría a funcionarios de escuelas, entre otras (Manrique Tisnés, 2011).

Por lo tanto, se entiende a la psicología clínica como un enfoque que abarca tanto el plano de la psicoterapia como así también una variedad de ejercicios e intervenciones en diferentes contextos. Esta rama de la psicología puede desplegarse en instituciones tales como: una clínica, centros comunitarios, hospitales, organizaciones municipales, entre otros. A la vez, existen diversos enfoques y recursos que utilizan los profesionales para abordar diferentes temas basados en diversos campos de estudio y criterios.

Respecto a nuestro país, en el año 1977 se funda la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A) con el fin de lograr una identidad autónoma de la profesión, a partir de objetivos y reglamentaciones para el ejercicio de la psicología en ella (Fe.P.R.A, 2012). En Córdoba, en el año 1984 se crea la Ley N° 7106 acerca de las disposiciones del ejercicio del psicólogo. En dicha norma, especifican el desarrollo de la psicología clínica en diferentes ámbitos y contextos. Por ejemplo, en hospitales generales, psiquiátricos, neuropsiquiátricos, centros de salud mental, clínicas e instituciones privadas y en práctica de esta profesión.

En cuanto al desempeño del psicólogo clínico propone que este se especializa en:

La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de proyectos experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad, mediante psicoterapias o terapia psicológica; otras actividades que, con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos (Ley 7016, 1984. Art. 3, pp 1-2).

Ulloa (1970), considera al psicólogo clínico como aquel que se encuentra entrenado para poner en práctica las leyes generales del método clínico, buscando adecuarlas a determinado campo o fin.

Hoy en día, muchos de los psicólogos se ven en la emergencia de implementar a su rol la atención psicológica a distancia para aquellos pacientes que lo pidan o necesiten. En esta terapia virtual se tienen que seguir requisitos que dependen de comportamientos o conductas psicológicas por parte de los profesionales para poder llevar a cabo la misma. Estas condiciones rondan en temáticas legales, éticas, tecnológicas, y junto a otras limitaciones externas que tienen que ver con la profesión. Cada una tiene el objetivo de hacer de la terapia eficaz y beneficiosa las personas que lo requieran y demanden de esta manera. (Fe.P.R.A, 2020)

Respecto a esto, es por lo que el rol del psicólogo se tiene que ir repensando de acuerdo a las demandas que aparecen en la comunidad permanentemente, ya que la misma cambia por los diversos factores que inciden en ella. Con esa presencia de diferentes desafíos y dificultades en la sociedad se requiere de una amplitud de las herramientas psicológicas, para dar respuestas eficaces a estos. Es muy importante que el lugar del psicólogo sea flexible y pueda evolucionar a medida que la sociedad lo hace, para así poder adecuarse y resolver cualquier circunstancia que se dé.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 RESEÑA HISTÓRICA DE LA CLÍNICA

Este trabajo se basa en las experiencias vividas en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, lugar donde se llevó a cabo la Práctica Profesional Supervisadas en el año 2023. Esta clínica se encuentra atravesada por diferentes acontecimientos que marcaron su historia y desarrollo hasta el día de hoy.

Siguiendo lo que indica su sitio web¹ La Universidad Católica de Córdoba (UCC), abrió sus puertas el ocho de junio de 1956 y se convirtió en la primera universidad privada del país. Seguido a esto, la Clínica Universitaria Reina Fabiola fue fundada el doce de octubre de 1959, por iniciativa del R.P. Jorge A. Camargo S.J. y un equipo de profesionales del arte de curar, con el nombre de "Clínica San José". Luego el primero de mayo de 1961, a partir de la propuesta del R.P. Jean Sonet S.J, modifica su nombre a Clínica Reina Fabiola-Hospital Esquiú. Esto lo realiza en tributo a la Reina de Bélgica y en agradecimiento al trabajo realizado por la asociación de amigos de dicho país.

En 1974 la clínica se instala en el barrio General Paz, edificio situado en la calle Oncativo N° 1248, junto a la Facultad de Ciencias de la Salud. Estructura a la que se le incorpora en el año 2015, un nuevo edificio de pediatría en la calle Jacinto Ríos N° 554.

En el año 2018, se le sumó la nueva sede ubicada en barrio Jardín logrando así un total de 20.000m² con los que buscan dar respuesta a todas las necesidades de la medicina actual. Hoy en día, desarrollan sus actividades en múltiples puntos de la ciudad de Córdoba.

¹ Información obtenida del sitio web institucional: [http:// www.curf.com.ar](http://www.curf.com.ar)

Figura Nro 1.² Ingreso de la Clínica.



Esta clínica es parte de una fundación para el crecimiento, desarrollo y complejización de la Universidad Católica de Córdoba (UCC). El propósito de la misma es la formación de todos los alumnos que conforman el área de Ciencias de la Salud y además prepararlos como futuros profesionales altamente calificados mediante residencias médicas. Contando con especializaciones de posgrado, a través de una capacitación técnica, teórica y humana a cargo de los profesionales que ejercen además de su especialidad como docentes para todos estos alumnos³.

En cuanto a las ideologías que prevalecen en la misma, se puede decir que quienes integran a dicha institución están sumamente comprometidos en la participación y la realización de cada uno de sus trabajos con excelencia, honestidad, compromiso y eficacia. Estos

² Imagen capturada por la autora del presente trabajo.

³ Información obtenida del sitio web institucional: [http:// www.curf.com.ar](http://www.curf.com.ar)

individuos que pertenecen a la organización ofrecen a la sociedad un servicio que sigue un perfil empresarial basado en su misión, visión y valores.

Su misión se basa en que son una Clínica Universitaria donde el hacer se centra en la persona y su familia, comprometidos con la excelencia en la asistencia, la formación integral, y la investigación aplicada.

Su visión, es crecer en un modelo de gestión que afiance su identidad institucional impulsando áreas estratégicas que posee, para así ser referentes como clínica en la experiencia y vida del paciente dentro de la misma.

Y en cuanto a los valores que posee la institución son los siguientes:

- El respeto: como la manifestación de pluralismo y dignidad a la persona humana.
- La empatía: participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en sus sentimientos.
- La calidad: en nuestro desempeño en la satisfacción del usuario.
- La compasión: un comportamiento dirigido a eliminar el sufrimiento y a producir bienestar en quien sufre.
- La equidad: como garantía de los derechos de las personas.
- La honestidad: con transparencia y honradez, priorizamos el beneficio del paciente.
- El compromiso: capacidad que tiene el ser humano para tomar conciencia de la importancia de cumplir con su trabajo⁴.

⁴ Información obtenida del sitio web institucional.

3.2 FUNCIONAMIENTO DE LA CLÍNICA

Para interpretar el funcionamiento de dicha institución tal como muestra su sitio web⁵, es importante mencionar que la misma desarrolla diversas especialidades como: alergia, anestesiología, cardiología, cirugía (general, de tórax, plástica, vascular, flebología, neurocirugía), dermatología, endocrinología, gastroenterología, ginecología, hematología, hemoterapia, hemostasia, infectología, laboratorio, neonatología, salud mental, entre otros.

Respecto al servicio de urgencias y emergencias, trabajan en diversos horarios de veinticuatro horas, los trescientos sesenta y cinco días del año. Su guardia ambulatoria cuenta con ocho boxes, shock room, camas frías y diferentes instrumentos y materiales aptos para intervenciones de emergencia cuando lo demanden.

Cada uno de los profesionales que componen este servicio se encuentran altamente calificados, para asistir de manera integral y completa a personas con condiciones médicas críticas, y en aquellas que poseen patologías que necesitan de una intervención compleja de urgencia e inmediatez.

A su vez, cuentan con guardias pasivas. En el caso que el paciente necesite de un profesional de otra especialidad, el personal de guardia lo contactará de forma inmediata para que le realice las indicaciones correspondientes o se hace presente el mismo para llevar a cabo la atención que sea necesaria para dicho paciente.

En cuanto al servicio de Salud Mental, en su sitio web⁶ indica que cuentan con un equipo interdisciplinario de profesionales médicos psiquiatras, psicólogos, psicomotricistas, y una trabajadora social. Cada uno de ellos enfocado para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la Salud Mental en los pacientes.

⁵ Información obtenida del sitio web institucional.

⁶ Información obtenida del sitio web institucional.

Su objetivo principal es el bienestar de cada uno de ellos, por eso mismo el equipo participa de un abordaje interdisciplinario de las patologías agudas y crónicas que se presentan en la clínica. Teniendo siempre una mirada humanista de cada uno e integrado a los distintos servicios y unidades de la CURF⁷.

Así mismo, desempeñan sus actividades tanto en consultorios externos como dentro del internado de la clínica, siempre aportando una mirada integral y completa. Las guardias pasivas únicamente institucionalizadas son la de psiquiatría. Estas disponen de tres psiquiatras en el equipo que permanecen en constante atención de acuerdo a las necesidades que se presenten en la clínica. El sector de psicología no cuenta con guardias institucionalizadas, pero los profesionales que conforman dicha área tratan de acomodarse para poder suplir cada situación que se dé y que demanden de su presencia (M.C Rivarola, comunicación personal, 4 de mayo de 2023).

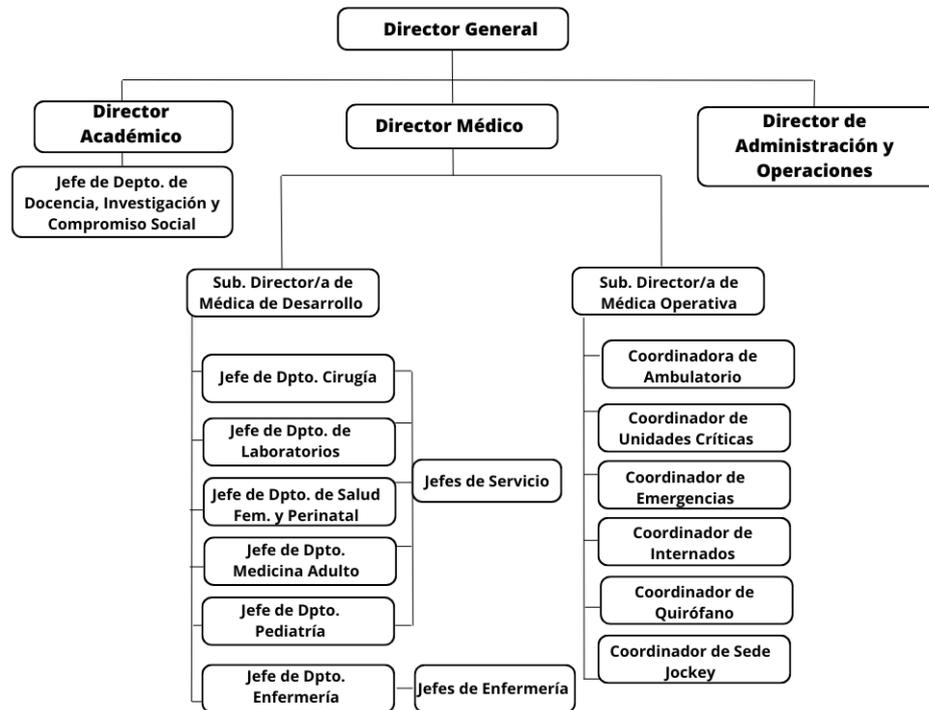
Actualmente el director general de la clínica es el Dr. T, R, por debajo del mismo se encuentran los directores de las diferentes áreas que componen la misma. Específicamente dentro del sector médico se encuentra el servicio de Salud Mental para todas las disciplinas que conforman dicho sector, donde el jefe es el Dr. E, K. Este servicio cuenta con un equipo de aproximadamente dieciséis profesionales que se dividen en psicología, psiquiatría y psicomotricidad. El Dr. K, profesional de psiquiatría, trabaja junto a dos psiquiatras donde atienden en consultorios y realizan intervenciones en todo el internado cuando se los requiere. Las psicomotricistas son tres, una encargada de coordinar y las demás divididas en los sectores de neonatología y pediatría. Por último, se encuentra el sector de psicología que cuenta con diez profesionales, cada uno de ellos desarrolla consultorio ambulatorio e internados. (M.C Rivarola, comunicación personal, 4 de mayo de 2023).

Seguidamente, se presenta el organigrama institucional⁸ donde se plasma todo lo explicado con anterioridad. El mismo se encuentra constituido por diversos puestos de trabajo ubicados de acuerdo a la relación de unos con otros:

⁷ De aquí en adelante las siglas CURF corresponden a Clínica Universitaria Reina Fabiola.

⁸ El organigrama institucional, es una construcción realizada por la autora del presente trabajo.

Figura Nro 2. Organigrama institucional



4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“El impacto subjetivo que produce en los progenitores el paso por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a causa de un nacimiento prematuro de un bebé en una clínica privada de Córdoba.”

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto subjetivo que produce en los progenitores el paso por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a causa de un nacimiento prematuro de un bebé en una clínica privada de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar la experiencia de los progenitores respecto al nacimiento prematuro de un bebé y su estadía dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Comprender el duelo que transitan los progenitores en relación al nacido prematuro y su estadía dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Analizar los miedos y temores que surgen en los progenitores el tener un bebé prematuro y en su estadía dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

Dado que la inserción en carácter de practicante ocurrió en una clínica privada de Córdoba, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y en donde se trabaja con recién nacidos prematuros o con enfermedades graves. Específicamente el foco del trabajo se encuentra en el nacimiento prematuro y como él mismo repercute en la vida de las personas, por eso se desarrolla un posicionamiento teórico para fundamentar esta temática y el análisis que se observará más adelante en el mismo.

El embarazo a nivel psicológico produce diferentes repercusiones en la vida de las personas, se experimenta como un suceso que genera un gran giro significativo en cada una de ellas. Durante el desarrollo del mismo comienzan a formarse fantasías y expectativas hacia el bebé en camino, en donde se depositan rasgos, metas, nombres, apellidos, entre otras. Luego el nacimiento del mismo se considera como otro momento en el que se vive con una gran intensidad y anhelo por ver a ese bebé imaginado.

Cuando el nacimiento se produce prematuramente, se lo considera como un evento traumático para las personas que lo experimentan. Estos nacimientos irrumpen de una manera inesperada y brusca desorganizando a cada una de ellas, y en donde se experimenta como un gran impacto subjetivo repercutiendo de formas diferentes. Además, este impacto se encuentra vinculado con tener que transitar la internación del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que llega a producir diversas manifestaciones como culpa, ansiedad, nerviosismo, angustia, entre otras, por ver a este en esas condiciones y conectado a diversas máquinas.

A continuación, se van a desglosar cada uno de los temas correspondientes al eje seleccionado:

6.1 CONCEPTUALIZACIONES ACERCA DEL IMPACTO SUBJETIVO

Es necesario comenzar este apartado explicando las principales teorizaciones acerca de esta temática para entender a dónde apunta el eje seleccionado. Así mismo, es importante percibir la relación entre ambos conceptos, dado que se busca comprender el posicionamiento subjetivo de la persona ante la presencia de un nacimiento prematuro de un bebé y tener que transitar por la unidad neonatal. Como cada sujeto vivencia de forma singular este acontecimiento, como el impacto va influir de diversas formas en la subjetividad de cada uno.

El concepto de impacto tomado por la Real Academia Española⁹ (RAE) (2024) lo define como “una huella o señal que deja el impacto”. También se puede identificar el concepto subjetivo¹⁰ donde la misma lo define como “perteneiente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo”.

Siguiendo un poco más, se podría tomar a la subjetividad como un producto o resultado que se genera por el contacto con los impulsos primitivos de la persona, y con las demandas que provienen del contexto que la envuelve. Entonces la misma se podría ver como algo que forma parte de la persona, compuesto por sus peculiaridades, características, y de aquello que los delimita y diferencia del mundo de las cosas (Ruiz Martín del Campo, 1998).

Tomando los aportes del psicoanálisis se pueden rescatar dos tipos de abordajes en relación a la subjetividad, en este trabajo se toma uno de ellos. En él algunos autores consideran a la subjetividad como un resultado de los procesos de significación e interpretación por parte de un Otro significativo. Así mismo, expresan que el concepto de subjetividad es muy amplio y homogéneo, en donde se pueden presentar diversas significaciones (Cartolano, 2006).

Bleichmar, (2003), plantea que la producción de la subjetividad hace al modo en el cual las sociedades determinan las formas con las que se constituyen sujetos dignos y aptos de integrarse al sistema que las mismas le otorgan. A la vez, la producción de la subjetividad genera diversos elementos que producen un sujeto histórico, aceptable socialmente.

Para comprender el concepto de impacto subjetivo, se debe explicar que en la vida de la persona se hacen presente diversas crisis que son esperables de acuerdo a la etapa que se

⁹ Información obtenida de su sitio web RAE, <https://dle.rae.es/impacto>

¹⁰ Información obtenida en su sitio web RAE, <https://dle.rae.es/subjetivo>

encuentra inserta la misma, por ejemplo, el nacimiento de un hijo. El autor Viney (1976, como se citó en Slaikeu, 1996) expresa que hay ciertas situaciones que son identificadas como desencadenantes de crisis vitales, el embarazo y nacimiento de un hijo son una de ellas. En consonancia con esto, Pittman (1995) habla acerca de las crisis de desarrollo las cuales tienen características de ser universales y previsibles, que pueden surgir a partir de factores biológicos y sociales. Algunos de los cambios que acompañan a las mismas pueden ser sutiles o dramáticos y abruptos. Dentro de las crisis de desarrollo más comunes se encuentra también el nacimiento de un hijo.

Al hablar específicamente de un nacimiento prematuro se puede decir que en este existe un factor extra, que se puede identificar como la irrupción brusca e inesperada en la vida de las personas. En relación a esto, se puede observar el impacto que genera el mismo y la repercusión que posee en cada individuo que experimenta esta situación. Ya que el impacto del evento, nunca va ser experimentado de la misma forma por ellos, esto se debe a que irrumpe en una historia y toma un lugar y sentido particular.

Por lo tanto, se puede decir que el impacto subjetivo se genera a partir de un evento que irrumpe en la vida de las personas y afecta de manera distinta en cada una de ellas; como en este caso el nacimiento prematuro y el ingreso a la unidad neonatal. Estos últimos influyen y movilizan a las personas de acuerdo a sus personalidades, recursos inter e intrapersonales, sus historias, sus vínculos, entre otros aspectos (Hecht y Storti, 2020). Este efecto, que genera el nacimiento prematuro y el ingreso del recién nacido junto con los padres a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, desencadena diversas manifestaciones como: angustia, depresión, somatización, duelos, psicosis, la presencia de ansiedad persecutoria, imposibilidad de continuar con sus tareas cotidianas (Camerini, 2013).

En este sentido, las autoras Basso y Mimiza (2012) expresan que en el entorno hospitalario donde se encuentran los recién nacidos se proyectan todas las fantasías depresivas de la madre transformándolo en persecutorio (ansiedad paranoide) y es un ámbito donde la misma quiere alejarse lo antes posible (ansiedad claustrofóbica). Muchas veces la falta de comprensión por parte del personal de salud dentro de la unidad, hace que en la madre aumente esa ansiedad paranoide y tenga la necesidad de retirarse de lo peligroso, la acusación, la realidad, etc.

Es pertinente aclarar que a lo largo del trabajo se profundiza más sobre esta temática, que hace hincapié en estas manifestaciones causadas por el nacimiento prematuro y el ingreso

de los progenitores en la unidad neonatal, que se consideran relevantes para describir el eje construido y los objetivos del mismo.

6.2 PROGENITORES

Como se planteó anteriormente las personas que asisten a la UCIN¹¹, la mayoría de las veces son padres que acompañan todo el proceso de sus hijos. Es por eso que en este apartado se habla de “progenitores”, ya que se toma específicamente a los padres de los bebés y no a otra persona en particular.

Para comprender un poco más, en este apartado se desarrolla la principal función materna y paterna que tienen las personas. Ya que se observa a esas personas que se encargan de cuidar y atender a los recién nacidos prematuros. Es decir, que llevan a cabo las funciones indispensables para la vida de las personas.

Cabe aclarar, que en este apartado se habla de funciones y no de personas específicas ya que cualquiera puede ocupar esos lugares. Pero el foco de este trabajo está puesto específicamente en los progenitores.

Según Soifer (1995), la función primordial de la familia es la defensa de la vida. Para poder llevar a cabo esta tarea la familia busca implementar diversas enseñanzas en relación a temáticas de la vida de las personas, primero la enseñanza del cuidado físico. Con el nacimiento del bebé comienza la preservación de su vida, cuando crece se le enseñan conductas para conservar su integridad corporal, impulsar el desarrollo físico y mental, ayudar a reprimir sus fantasías, entre otras acciones. Por otro lado, se encuentra la enseñanza de las relaciones familiares, se inicia a una edad muy temprana y se busca que las personas tengan la capacidad para socializar con otros dentro de su círculo íntimo. Aquí aparece la envidia y los celos hacia los progenitores y hermanos, estas situaciones deben suceder para la elaboración del amor y la consideración a otros. Esto se genera a través de la contención y ejecución de la envidia, los

¹¹ De aquí en adelante, las siglas UCIN corresponden a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

celos, el narcisismo y el complejo de Edipo. También se enseña la actividad productiva y recreativa, donde se motivan todas las conductas que impulsan la capacidad de jugar y crear en las personas; es fundamental dado que el juego es la piedra crucial para el aprendizaje de diferentes acciones. La capacidad de jugar se encuentra acompañada por la comunicación y la posibilidad de relacionarse con otras personas fuera del ámbito intrafamiliar. Además de esto, la autora habla sobre el aprendizaje escolar, la familia tiene que involucrarse e impulsar a realizar los quehaceres del colegio; con el objetivo de obtener disciplina respecto a la escuela y su modalidad.

Por otra parte, expresa la enseñanza sobre relaciones sociales, lo cual ayuda al individuo a vincularse con personas de su entorno. Además, la familia debe impulsar la inserción en el mundo laboral, siendo una compañía para encontrar su vocación y elegir opciones o lugares para trabajar. Asimismo, se debe hacer hincapié en las relaciones sentimentales. Es esencial crear un ambiente en donde se pueda escuchar, acompañar y sostener cuando se habla acerca de temáticas que rondan el sentir algo por otras personas. Y, por último, la enseñanza de la formación y consolidación de un nuevo hogar. La familia tiene un papel importante en la transmisión de valores de cómo contraer matrimonio, criar, educar, etc. (Soifer, 1995).

En consonancia con ello se toma a la autora Hernando (sf), quien retoma la constitución del aparato psíquico que propone Silvia Bleichmar, donde quienes ejercen las funciones maternas y paternas desarrollan diferentes tareas a lo largo del tiempo.

En un primer tiempo la función materna opera como “madre implantadora”, es decir como un sujeto inconsciente que transmite mensajes erotizantes a un otro. En este momento el cuerpo del hijo se encuentra en un lugar de goce, con intercambios anales y orales por parte de la madre. Del lado de su narcisismo, la misma ve a su hijo como un todo, donde ama algo en el que nunca va a estar, esto se debe a la convicción de su imaginación para con el bebé, sobre su destino y felicidad, buscando reparar las pérdidas en su infancia.

Al hablar de este primer tiempo, se puede mencionar acerca de la primera vivencia de satisfacción. La misma hace referencia a que el bebé o “cachorro humano” ante la tensión de necesidad que siente y al no saber cómo manejarla necesita de un auxilio ajeno para lograr calmarla. En este caso la madre se presenta como un individuo experimentado que puede advertir el estado del bebé y ayudarlo. La misma al calmar esta acción cancela la excitación que produce la necesidad y deja registrado en él huellas mnémicas. Esa simple acción de alimentar al niño, no solo le brinda elementos nutricios sino el hecho de ser introducido por un otro

humano genera algo más. Este es un otro, que está sexuado, es decir provisto de inconsciente y que sus actos no se reducen a lo autoconservativo (Bleichmar, 1993).

La función paterna en estos primeros tiempos ópera de la misma forma que la materna, implantando y narcisizando. Así mismo se posiciona como sostén amoroso de la madre en toda la situación de maternidad y nacimiento. Desde ese lugar busca favorecer el distanciamiento de la libido de ella con el bebé, impidiendo que la misma lo sobreinverta.

En el segundo tiempo de la estructuración del aparato psíquico, se da lugar al desarrollo de la represión originaria a partir de la renuncia del hijo al autoerotismo; es decir se sepulta en el inconsciente las representaciones vinculadas al mismo. Esto es posible, si los padres o quien cumple estas funciones tienen su erotismo instaurado y reprimido, por ejemplo, si la madre tiene inscrito su erotismo anal y cuando vea al niño tocarse esa zona interviene diciendo “a la mamá no le gusta que el nene se te toque la cola” (Hernando, sf).

La función paterna en sí, estimula la separación de la madre con el hijo que tiene que darse para la estructuración psíquica. Sin embargo, se habla de ciertos requisitos que debe tener la persona para cumplir esta función fundamental, por un lado, que se le dé el lugar para hacerlo y por otro llevar a cabo un doble movimiento:

Por un lado, el padre tiene que estar más allá de las rivalidades fraternas, para ofrecerle al hijo un posicionamiento que, al mismo tiempo que exige la renuncia a la madre- Con tu madre no- Proponga una circulación que brinde la posibilidad de acceso al resto de las mujeres (...)

Por otra parte, para que el padre pueda cumplir esta función tiene que haber un aspecto no solo rivalizante si no que remita al categórico “Obra de modo tal que tu máxima sea la ley universal”. Máxima que en el nivel subjetivo es la fuente del odio contra la transgresión y que en este caso de la prohibición edípica juega del lado del padre que ha renunciado a su propia madre (Bleichmar, 1993, como se citó en Hernando, sf. pp 181-182).

Debido a esto, el padre tiene que ir más allá de las rivalidades fraternas para ofrecerle un posicionamiento al hijo en el que pueda renunciar a su madre y permitir el acceso a otras personas. Es fundamental que todo enfrentamiento se maneje, ya que puede causar conflictos importantes entre ellos. Entonces la función paterna conduce esa doble articulación, la capacidad de amor hacia el hijo para ofrecerle un modelo como padre con el cual identificarse. Pero además existe esa rivalidad y envidia al estar enamorado de su madre y desea que esté a su lado (Hernando, sf).

Luego es posible teorizar respecto del tercer tiempo de Bleichmar, en donde lo principal que ocurre en este tiempo tiene que ver con la constitución de las instancias ideales y del Superyó (Zachetti, sf). La formación de esta instancia, siguiendo al texto de Zachetti, se encuentra vinculada a la declinación del complejo de Edipo, el niño renuncia a su satisfacción a partir de los deseos edípicos y los transforma en identificación con los padres. Esto da origen a la instancia del Superyó, donde el mismo se enriquece con los aportes de la sociedad y la cultura (Zachetti, sf).

Por otro lado, Bleichmar menciona que la eticidad (la ética) del sujeto se encuentra inscripta en el Yo desde antes, y se manifiesta en los que se conocen cómo diques anímicos, a saber: asco, vergüenza, compasión y pudor. Estos diques son definidos por la autora como precursores de las instancias secundarias y son anteriores a la constitución del Superyó (Zachetti, sf).

Además, expresa que en el tercer tiempo se encuentran las identificaciones secundarias y un movimiento fundador de las instancias ideales: el Ideal del Yo y de la Conciencia Moral. Dicho movimiento se ha concebido clásicamente como producto de la articulación deseante a uno de los padres y la rivalidad con el otro inaugurando una identificación sexuada (Zachetti, sf).

Desde una observación cotidiana que contrapone con esta perspectiva clásica, se puede percibir que cuando el niño expresa su necesidad de ser algo en un futuro, allí ya está en juego el origen del Ideal del Yo. Es consecuencia del desplazamiento del narcisismo de la centralidad en la cual se encontraba posicionado (Zachetti, sf).

Es por esto que Bleichmar, entiende a la moral como una norma que se inscribe en el aparato psíquico a partir de la identificación, no con el objeto perdido. Es decir, no por el abandono del objeto materno que la ley se inscribe en el niño; sino se puede pensar que la norma se instaure para seguir recibiendo el amor del objeto al que se debe renunciar (Zachetti, sf).

Se concluye entonces que las personas que cumplen estas funciones tienen una gran influencia en la estructuración del psiquismo de otro, el mismo se va construyendo a partir de los mensajes tanto conscientes como preconscientes e inconscientes de los sujetos clivados. Es decir, con un psiquismo ya constituido (Hernando, sf).

6.3 LO QUE IMPLICA EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO A NIVEL PSICOLÓGICO EN LA PERSONA

Luego de contextualizar acerca de las funciones materna y paterna, es necesario continuar este apartado postulando las implicaciones psicológicas del embarazo y el nacimiento a término, y qué sucede cuando se da prematuramente.

En primer lugar, se debe expresar lo que implica un embarazo, el cual se puede interpretar como un suceso que modifica el cuerpo de la madre y además estimula de una forma particular su psiquismo y espíritu. Aparecen diferentes sensaciones y sentimientos que alegran o asustan. El bebé que se empieza a formar lo hace en un entramado de deseos de ambos padres o de las personas que los rodean, ya que es el portador de rasgos, de apellidos y en algunos casos de nombres de sus antecesores. Recaen fantasías de oportunidades perdidas, de ideales no cumplidos o de expectativas acerca de sus propias vidas (Griffa y Moreno, 2005).

La maternidad en sí se encuentra atravesada por diferentes transformaciones en todos los ámbitos de las personas implicadas. Se lo considera un tipo de crisis vital y evolutiva, que produce un cambio psíquico en la mujer y en el hombre que van a ser padres. Es una crisis que viene acompañada de las fantasías, historias, personalidades y características que le van depositando al bebé que viene en camino (Oiberman et al., 2011).

Ahora bien, cuando se acerca el final del embarazo, el parto y el compromiso de cuidar al recién nacido, estas situaciones se experimentan con mayor intensidad, por lo tanto, dichas expectativas tienden a elevarse mucho más (Maldonado, et al., 1981). El nacimiento para la vida de las personas significa una culminación de una etapa y el comienzo de otra que se genera con el encuentro con el bebé fantaseado desde hace mucho tiempo, y el bebé real (Basso y Mimiza, 2012).

En relación a esto, retomando a estas últimas autoras Basso y Mimiza (2012) se puede decir que el día del nacimiento es un momento culmine en la vida de las personas, donde se genera un gran movimiento emocional en cada una de ellas. Es un momento que se recuerda durante toda la vida. Estas autoras en su texto, toman los aportes del autor Winnicott (1956) que identifica un estado mental en el periodo perinatal que se caracteriza por una sensibilidad notable ante las necesidades del recién nacido, denominada: “Preocupación Maternal Primaria”.

La misma acontece a las primeras semanas luego del parto, donde la madre o quien se encuentre cumpliendo esa función se entrega a la tarea del cuidado estricto y absoluto del bebé.

En la etapa del puerperio es un tiempo de cansancio y agotamiento físico, donde se desencadenan diferentes transformaciones emocionales y del cuerpo. La madre se encuentra muy vulnerable y confundida luego del parto, entonces intenta acomodarse con defensas maníacas ante las situaciones que está experimentando: su bebé el más bello, recibe halagos y regalos de todas las personas que están a su alrededor. Lo que lleva a cabo la madre la defiende de lo que podría ser una depresión pos-parto, siempre y cuando la misma se vaya acomodando a la nueva situación que la interpela (Basso y Mimiza, 2012).

Sin embargo, esto se puede volver difícil y triste cuando el bebé por prematuridad o por alguna enfermedad, tiene que estar internado los siguientes días o meses. Para las personas que lo viven ya no hay un bebé hermoso para presumir o mostrar, no hay caras felices; sino de pura preocupación y temor. Pasan a estar en un lugar repleto de caras extrañas y desconocidas que es la unidad neonatal (Basso y Mimiza, 2012).

Cuando el nacimiento se da de esta manera prematura, hay ciertas etapas que se encuentran ausentes y que la persona no puede experimentar. Respecto al embarazo falta la última etapa, donde los padres comienzan a imaginar a su hijo como alguien totalmente diferente a ellos. La denominada “etapa sensible” en las primeras horas de vida del bebé, descrita por los autores Klaus y Kennell, también se encuentra ausente ya que el mismo durante los primeros momentos luego del nacimiento es atendido y cuidado por los profesionales. Y los padres, lo miran y tocan por primera vez recién dentro de la unidad neonatal. Esta etapa es considerada fundamental para el desarrollo del apego entre los padres y el bebé (Basso y Mimiza, 2012).

La incidencia del parto de forma prematura e inesperada, siempre se considera un evento traumático. Ese nacimiento genera una sensación de desorganización, caída, pérdida y frustración de lo planeado y anhelado para el bebé (Basso y Mimiza, 2012). A su vez la autora Vanier (2013), expresa que esas condiciones en la que se da el nacimiento prematuro son muy violentas, y desencadenan sensaciones muy desestabilizadoras para las personas. Aparece la violencia en el parto cuando le quitan al bebé de sus manos para realizar diferentes intervenciones como intubar y ventilar, generando un malestar al no tener en seguridad de la salud del mismo. Junto con ella viene la violencia cuando lo trasladan directamente a la unidad neonatal, y luego cuando le dan el pronóstico del bebé y con este los riesgos que corre.

Además, menciona que el hecho de que el bebé tenga que pasar por todas esas situaciones hace que aflore y aumente el sentimiento de culpabilidad en la madre. La culpa es una mala compañera por la repercusión que podría llegar a tener en ella y en el bebé, como por ejemplo llegar a deprimirse. De cierta forma, experimenta una herida narcisista en todos sus puntos de referencia. La autora en su texto retoma a Freud cuando describe que en cada nacimiento el narcisismo de los padres viene a renacer con él, vendrá un hijo maravilloso y todo se solucionará. Sin embargo, cuando se da de manera prematura se pone en juego el mismo, ya que son padres traumatizados y se les hace difícil investir a ese bebé que tienen enfrente (Vanier, 2013). En la madre se destacan esos sentimientos de culpa y desvalorización por sentirse incapaz de sostener o mirar a su hijo, que debe ser hospitalizado y exponerse a complejas intervenciones clínicas (Basso y Mimiza, 2012).

La autora Mathelin (2001), habla también acerca de la culpa que siente la madre. Ve a su hijo como un niño que completa el embarazo dentro de una incubadora sin ella y al cual no puede mirar, ni hablar porque le produce mucho malestar y dolor. La madre se siente decepcionada por no haber podido retener y completar el embarazo, y por no haber sido capaz de traer al mundo un hijo hermoso y saludable.

Por otro lado, la autora Camerini (2013) expresa que quienes ingresan en este camino de la maternidad- paternidad con nacidos antes de término viven una experiencia inesperada y difícil de transitar. La prematurez termina con el “enamoramiento” que surge del encuentro con su hijo deseado y anhelado. Describe que se vive como un shock donde se presentan intensos sentimientos y emociones, que llevan a una gran movilización, un ejemplo de esto son los duelos por las fantasías anheladas, la presencia de una ansiedad persecutoria, miedos, temores, entre otras. Esta crisis a su vez activa mecanismos de defensa como la evitación o la negación para afrontar o no la situación que están experimentando.

Además, la persona al experimentar dicha situación se siente prematura, no se percibe preparada para hacerle frente a lo que viene acompañado de la misma (Maldonado, et al., 1981). Por eso mismo, al hablar de padres prematuros se puede mencionar diferentes acciones que estos atraviesan como: retirarse de la clínica sin su hijo, comprar lo necesario con prisa, sacarse leche con pezoneras eléctricas porque el recién nacido no puede alimentarse, no poder cargarlo y bañarlo, entre otras (Camerini, 2013).

Entonces, como se menciona a lo largo de todo el apartado durante el embarazo y el nacimiento se crean ciertas expectativas o fantasías respecto al bebé que viene en camino.

Cuando aparece la prematurez y la sorpresa en el nacimiento estas expectativas se rompen, lo cual genera una situación desgarradora. Se presenta una gran necesidad de reorganizar los recursos físicos y psicológicos para adaptarse a esa realidad diferente (Maldonado, et al., 1981).

6.4 NACIMIENTO A TÉRMINO VS. NACIMIENTO PREMATURO

Es pertinente explicar en este apartado a qué se llama nacimiento a término y prematuro para comprender la temática del eje plasmado en el presente trabajo. Un nacimiento se considera a término, cuando los bebés nacen luego de la semana treinta y siete de gestación, y antes de la cuarenta y dos. Dicho de otra manera, la duración total de la gestación es de nueve meses equivalente a treinta y ocho semanas; específicamente doscientos sesenta y seis días (Delval, 2000).

Desde la implantación en el útero hasta los dos meses se habla del período embrionario, en el mismo se produce la diferenciación de los órganos y las partes del cuerpo. En la cuarta semana el embrión empieza a ser visible con su cabeza, corazón e intestino. Ingresando en la sexta semana se comienza a distinguir los rasgos de la cara como los ojos, los oídos y la nariz. En la séptima semana comienzan a aparecer los pies y las manos. Al terminar este período, el embrión comienza a tomar forma de un ser humano y se experimentan los primeros movimientos; aunque los padres no se percatan de los mismos. El período fetal se prolonga hasta el nacimiento, a partir de las doce semanas se comienza a percibir los movimientos de brazos y piernas, y en la semana dieciséis los padres ya pueden sentir cada uno de ellos (Delval, 2000).

En la semana veintiocho es cuando el feto puede sobrevivir fuera del útero, y con cuidados estrictos y específicos desde la semana veintidós. El tiempo que transcurre entre las veintiocho y las treinta y ocho semanas es un período de consolidación de los desarrollos, y la preparación para la supervivencia fuera del útero de la persona (Delval, 2000).

Por otro lado, un nacimiento prematuro según la OMS (2023) es aquel nacimiento que se da antes de la semana treinta y siete de gestación. Teniendo en cuenta esto, se pueden dividir

en subcategorías para identificarlos mejor: prematuros extremos son aquellos de menos de veintiocho semanas, muy prematuro los de veintiocho a treinta y dos semanas, y por último prematuro moderado los de treinta y dos a treinta y siete semanas.

Siguiendo lo expresado por la OMS (2023) los bebés pueden nacer de manera prematura, ya sea por un trabajo de parto prematuro espontáneo o por alguna indicación médica de un profesional que es necesario intervenir antes de tiempo.

6.5 DUELO

Freud (1917) expresa que el duelo es la reacción frente a una pérdida de un objeto amado, que puede ser real o abstracto. La persona que experimenta un duelo es necesario que pueda aceptar que lo que se perdió no existirá o volverá más, entonces con el paso del tiempo su Yo tendrá otras satisfacciones otorgadas si la persona logra desligarse del objeto que perdió en algún momento de su vida.

Dicho autor menciona que el trabajo del duelo ante la pérdida del objeto consiste en retirar la libido del mismo para poder desplazarse a otros objetos diferentes, aunque este trabajo se caracteriza por ser un proceso lento que absorbe todas las energías del Yo (Freud, 1917).

Falavigna (2010) toma los aportes de Bowlby (1980) acerca del duelo, y presenta una definición clásica del mismo en su texto. Bowlby expresa que el duelo es una reacción psicológica que se pone en marcha a partir de una pérdida, manifiesta que dicha reacción psicológica y emocional se puede ver de dos maneras aguda y duradera. La misma se manifiesta en una serie de pasos para la elaboración y conclusión final del duelo.

El primer paso es aceptar que la pérdida se ha producido. La pérdida de algo significativo para la persona, específicamente si se produce de manera inesperada, produce una gran desorganización e impacto brusco en quienes lo experimentan. Esta misma etapa se supera cuando se acepta la realidad de lo que se ha perdido, esta aceptación viene acompañada de un gran dolor que desencadena en la persona ciertas reacciones como por ejemplo la negación. Esta última se manifiesta como un tipo de defensa para poder hacerle frente a ese intenso dolor

que dificulta su vida. El autor considera a la negación como otra etapa del duelo que viene vinculada con la búsqueda incipiente de lo que se perdió y que nunca se va a encontrar. Poder salir adelante brinda la posibilidad de experimentar una reacción emocional no patológica, que permite a la vez llegar a la resolución final del duelo (Falavigna, 2010).

El modelo Kübler-Ross (1969), hace alusión también acerca de las etapas del duelo y las divide específicamente en cinco. La primera etapa es la negación, la misma surge inmediatamente luego de experimentar una pérdida. Luego sigue la ira, que viene acompañada de sentimientos de frustración y enojo al sentirse impotente al no poder modificar las consecuencias que sobrevienen ante dicha pérdida. En esta etapa, la persona busca culpables de lo que sucedió; ya sea en otra persona o en ella misma. Otro momento es el de la negociación, la persona tiene la esperanza de que hay alguna manera de modificar lo que está experimentando. Cuando la misma comienza a asimilar de forma gradual la pérdida, sobreviene un gran malestar y dolor al comprender lo que se está perdiendo; este momento se define como la cuarta etapa del modelo denominada depresión. La superación de dicha etapa, es cuando se acepta la pérdida y sobreviene un estado de calma y serenidad al comprender acerca de las diferentes pérdidas que pueda transitar la persona en la vida.

Por eso mismo, el duelo se considera una reacción natural de la persona ante la pérdida de otra persona, objeto u evento significativo. Se considera un proceso activo, dificultoso y personal. Puede estar atravesado por componentes físicos, psicológicos y sociales (Basso y Mimiza, 2012).

Estas mismas autoras, expresan la existencia de un duelo anticipado. Este se considera como una respuesta normal y esperada por parte de la persona para buscar cuidarse ante la presencia de la muerte de un ser querido, lo cual le permite ir adaptándose a esa supuesta pérdida que podría llegar. Este es un tipo de duelo que ayuda a atenuar los efectos que podría causar la asimilación de la muerte o pérdida. Dicho de otra manera, busca evitar que la misma se encariñe de una forma que podría causar mucho malestar (Basso y Mimiza, 2012).

Es importante conceptualizar acerca del duelo en este trabajo, ya que a partir del nacimiento prematuro aparece una pérdida vinculada a todo lo que es arrebatado por la presencia de este tipo de nacimiento. La autora Camerini (2013) expresa que el duelo frente a este nacimiento prematuro ronda en temáticas de ya no tener el alta conjunta, respecto al alojamiento conjunto, sobre el aspecto del recién nacido, entre otras situaciones.

Por eso mismo, es pertinente también tomar el duelo perinatal el cual se desencadena ante una pérdida perinatal, y es la que ocurre en cualquier momento del embarazo hasta pasado el primer mes del recién nacido (Martinez, 2024). Esta clase de duelo es múltiple respecto a las temáticas que abarca desde el duelo del hijo proyectado, de la plenitud de la pareja, del futuro esperado, de la fertilidad, entre otras.

A su vez, las autoras Basso y Mimiza (2012) expresan que el duelo de un hijo es una de las experiencias más dolorosas que una persona puede sufrir en la vida. Se considera uno de los duelos más difíciles de elaborar y es el que más dura en el tiempo. En este proceso suelen aparecer sentimientos de culpa, ya que los padres lo viven como un fracaso en su deber o tarea.

Estas autoras, hablan también sobre ciertas etapas del duelo normal o típico y lo vinculan con la pérdida de algún ser querido; que también se podría pensar relacionado a otras pérdidas. La primera, la fase inicial, se caracteriza por la evitación y la sensación de estar en shock. La persona reacciona con la irrealidad y se constituye como un mecanismo de defensa del psiquismo. Luego se encuentra la fase aguda, aparece la confrontación y el dolor ante la pérdida. Y por último, la fase final donde se restablecen los patrones habituales y las rutinas sin lo que se ha perdido. La energía se recobra y aparecen nuevos proyectos (Basso y Mimiza, 2012).

6.6 MIEDOS Y TEMORES EN EL EMBARAZO Y EN EL NACIMIENTO

Como se mencionó en los diferentes apartados, el embarazo es un momento muy importante y significativo en la vida de las personas. En esta sección se plasman los miedos y temores que surgen en ese momento del embarazo, en el nacimiento y los que se hacen presentes cuando se da en otras condiciones como sucede en el nacimiento prematuro.

Durante el período de embarazo tanto la madre como el padre experimentan diversos temores en relación a la salud del bebé, a lo que le puede ocurrir a la madre y sobre el nacimiento (Videla, 1997).

Los mismos se clasifican en temores comunes en todas las personas y otros más específicos que tienen que ver con la historia y personalidad de cada una de ellas. Del lado de la madre algunos tienen que ver con el temor a no cumplir de manera correcta su rol como madre, temor al parto, temor que el hijo salga con alguna malformación, temor a la muerte ya sea de ella o de su bebé, entre otras cosas. Respecto al padre los miedos rondan en cuestiones como a no ejercer el rol de padre de forma correcta, preocupaciones respecto a su economía, duda acerca de las capacidades de los profesionales encargados de atender a su pareja o hijo, entre otros (Videla, 1997).

Es pertinente remarcar que el miedo y la ansiedad son dos manifestaciones que están presentes a lo largo de todos estos momentos, algunos con más intensidad que otros. Como se mencionó anteriormente, el miedo más común es el de tener un hijo con alguna enfermedad o con alguna malformación. Este viene acompañado de sentimientos de culpa por parte de los padres vinculados a un castigo por haber cometido algún error y que se esté pagando de esta manera (Maldonado, et al., 1981).

Dentro de los temores mencionados anteriormente, se encuentra el temor específico al de tener un parto prematuro, es un temor que ronda en ellos al no desear que el parto se adelante y verse en la obligación de trasladar y cambiar todo a esa fecha. Desde el tamaño de la ropa, el biberón, los chupetes, etc. Sumado a lo que implica para las personas tener un bebé nacido antes de tiempo, junto con todos los cuidados extremos que se deben llevar a cabo, y la dependencia absoluta que este necesita (Videla, 1997). Este temor es bastante común, y muchas veces suele

manifestarse cuando la madre o el padre no se sienten preparados o listos para recibir a su bebé. Estos miedos juntos con los deseos y fantasías suelen hacerse presente en forma de sueños como una manera de expresar cómo se sienten frente a la experiencia de tener un hijo (Maldonado, et al., 1981).

Siguiendo un poco más, como se explicó con anterioridad se puede observar un estado luego del embarazo que la madre o quien se encuentre cumpliendo esa función tiene cierta inclinación de cuidar y proteger a su cría. Esto es algo normal en los primeros meses de vida cuando se deben tener ciertos cuidados. Retomando a la autora Camerini (2013), ella habla de que luego del embarazo se presenta ese mecanismo en la persona donde busca proteger y cuidar a su bebé, y en donde aparecen ciertos temores y fantasías arraigados a esto. Miedo a que no sobreviva, cuidados extremos respecto a su higiene, etc. Ese mecanismo lo toma de Winnicott que lo define como la “Preocupación Maternal Primaria”, donde la madre se aboca al cuidado de su bebé. La misma lo toma también para explicar cómo se da el mismo, pero ante la incidencia de un nacimiento prematuro.

Esta autora expresa, que lo que sucede en este nacimiento prematuro es que esos temores y miedos “normales” se vuelven más intensos, ya que pueden volverse reales para las personas; es decir van más allá de los miedos típicos y esperados en los primeros meses de vida. De cierta forma ya no los cuidan y atienden como si no fueran a sobrevivir, sino que piensan que tienen que hacer lo posible para que logren sobrevivir realmente en el mundo y no perderlos de su lado. Son temores que despiertan en las personas el tomar medidas muy extremas para evitar que algo malo suceda (Camerini, 2013).

Cuando el recién nacido prematuro es trasladado a la unidad neonatal para sus cuidados, se hacen presentes otros temores que rondan en cómo sostenerlo, miedos respecto a poder dañarlo o causar alguna complicación en su condición. De cierta manera el tener un bebé prematuro y tener que observar su estadía en dicha unidad provoca la aparición de temores que surgen por estar allí y observar su atención, junto con todas las situaciones que deben experimentar (Ocampo, 2013).

Por otra parte, cuando se aproxima el alta de esta unidad neonatal, los padres experimentan diversos estados emocionales y psicológicos, como interrogantes, temores, fantasías. Al comienzo durante el transcurso de la internación de los bebés, la mayoría de las veces se presenta un gran anhelo y ansias de irse de alta con sus hijos. Pero lo que sucede realmente es que cuando llega el momento de desprenderse de la unidad neonatal, en la cual se

sienten acompañados y seguros, sobrevienen muchos temores al no saber cómo cuidar y atenderlos fuera de ella (Basso y Mimiza, 2012).

El alta se experimenta como un acontecimiento que despierta muchos miedos por parte de los progenitores, el hecho de tener que irse de la institución y comenzar a cuidar a los bebés sin los profesionales cerca produce un incremento de cada uno de ellos. No saben de qué manera ayudarlos y si van a poder estar bien realmente. El haber estado tanto tiempo dentro del mismo y con cuidados estrictos produce un aumento de los temores en no saber cómo manejarlo (Pose, 2014).

Cuando se acerca dicho momento, los padres experimentan diversas emociones, sentimientos y estados psicológicos por la llegada de ese suceso. Esto se debe, ya que los padres dentro de la unidad neonatal tuvieron que presenciar y observar diferentes acontecimientos que marcaron su forma de ver al bebé, sus cuidados y la misma unidad. El hecho de irse de alta supone por un lado mucha ilusión y esperanza, pero también un gran temor al tener que irse del lugar tan seguro que supone dicha unidad. Por eso se habla de miedos que pueden ser consciente o inconsciente y los lleva a actuar de una forma que retrasa dicha alta, para permanecer más tiempo dentro de ella por parte de los padres (Basso y Mimiza, 2012).

6.7 LA FAMILIA DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Para finalizar con la perspectiva teórica es pertinente hablar del paso histórico del trabajo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, dado que los nacidos de manera prematura son trasladados a esta sección junto con los padres que deben cumplir la función de ser parte de todo el proceso. Asimismo, contextualizar acerca del lugar que tienen los mismos dentro de esta unidad y frente a los nacidos prematuros (Basso y Mimiza, 2012).

Siguiendo lo planteado por estas autoras, remarcan que los desarrollos científicos y tecnológicos del siglo pasado, generaron la posibilidad de implementar cuidados especializados

para los recién nacidos prematuros y de alto riesgo logrando una mayor supervivencia de los mismos (Basso y Mimiza, 2012).

Por tal motivo, se desarrolla un aumento de las internaciones prolongadas en la unidad neonatal. A la vez, que se incorpora a la familia en los cuidados que se realizan dentro de esta unidad y junto con los profesionales de salud. Dado que anteriormente se consideraba a la misma como portadora de infecciones y enfermedades, donde se le daba importancia a la salud de los recién nacidos evitando cualquier tipo de contagio causada por la interacción con la familia. Esto producía una gran influencia e impacto en la vinculación de ella con los bebés en los primeros años de vida (Basso y Mimiza, 2012).

Por eso mismo, se habla de un nuevo enfoque que hace alusión al cuidado del recién nacido centrado en la familia. Dicho enfoque les brinda un lugar más activo y comprometido para el cuidado del recién nacido. De cierta forma, se busca crear una relación de confianza y cooperación con la familia, donde los profesionales y ella conformen un equipo para trabajar en la unidad. Con el fin de atender no solo las necesidades del recién nacido, sino también brindarle apoyo y sostén a la familia durante todo este proceso (Basso y Mimiza, 2012). Ya que, como se mencionó anteriormente en los diferentes apartados se vive como una experiencia traumática y desestabilizadora.

La especialista Quiroga (2018), expresa que esta modalidad de trabajo en la unidad neonatal hace alusión a una cierta filosofía del cuidado, donde le asegura a la familia un involucramiento en la creación de acciones y toma de decisiones respecto al recién nacido prematuro. Siendo algo fundamental reconocer a la misma como pieza clave para el cuidado, buscando desterrar la concepción de la familia visitando al mismo dentro de estas unidades. Esto es crucial porque impulsa a la asimilación de lo que sucede y fomenta el vínculo entre ellos durante la internación.

Por lo descrito anteriormente, es pertinente mencionar la importancia del primer contacto entre la familia y esta sección. Retomando a las autoras Basso y Mimiza (2012), se puede definir a este primer contacto como un impacto profundamente doloroso y desorientador. El ambiente para ellas se vuelve desconocido lo cual genera una incomodidad y preocupación acerca de la condición del recién nacido. Produce diversos efectos en cada persona que es crucial atender y escuchar a cada uno de ellos para ayudarlos a procesar la situación que están atravesando.

Así mismo, se busca generar esa contención por las diversas reacciones que pueden darse en el transcurso de su estancia en la unidad neonatal. A la vez, orientarlos y guiarlos para poder afrontar cada una de ellas. Estos diferentes cuidados que los padres reciben dentro de la unidad por parte de los profesionales, se basan en tener en cuenta características como: el acceso total las 24 horas del día, buscar que se sientan cómodos y sin ser juzgados, ayudarlos a enfrentar cada sentimiento y emoción que surjan, fomentar acciones de crianza y capacitarlos para el alta de la clínica (Basso y Mimiza, 2012).

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo se basa en un proceso de sistematización de la experiencia de práctica, para comenzar a desarrollar el concepto de sistematización es pertinente tomar los aportes del autor Jara (2010), donde define a la misma como un proceso de reflexión e interpretación comprensiva de una experiencia. Expresa que primero se obtiene toda la información de la misma, para luego realizar una reconstrucción y ordenamiento de los datos obtenidos. Luego se analiza todo el proceso vivido, y se observa si se cumplen o no los objetivos propuestos al comienzo de la experiencia.

El autor especifica que dicho proceso se debe llevar a cabo teniendo una capacidad creadora, innovadora y transformadora por parte de la persona que lo realiza para no quedar reducida a una mera reproducción de todo el material adquirido (Jara, 2010).

El mismo plantea una división de cinco tiempos donde detalla en cada paso que se debe realizar para construir y llevar a cabo un proceso de sistematización. Se comienza por el punto de partida, tiene como requisito haber estado presente en la experiencia y tener diferentes registros sobre la misma. Luego hay que formular un plan para poder sistematizar, en él se especifica qué temática se va a elegir y qué aspectos centrales se van a tomar y cuáles no. A la vez, dar cuenta de las fuentes de información disponible y que procedimientos se van a utilizar en un tiempo determinado. Otro momento en el proceso, es la recuperación del proceso vivido. Esta se basa en reconstruir la historia de la experiencia detallada y ordenar toda la información que se obtuvo de la misma. Implementando un ejercicio descriptivo y narrativo, desde una posición objetiva o neutra para no realizar ninguna interpretación aún (Jara, 2018).

En el siguiente paso se deben realizar reflexiones que permitan generar diversas interpretaciones de lo vivido y de la riqueza de la experiencia propia, siempre desde una mirada crítica e innovadora. Y, por último, se encuentra el punto de llegada que redirecciona de nuevo al punto de partida. Pero ya desde una posición enriquecedora por el análisis, el ordenamiento de la información, las interpretaciones, etc. En él se formulan las conclusiones, recomendaciones, proyecciones y aprendizajes obtenidos a lo largo de todo el proceso (Jara, 2018).

Por otro lado, otros autores plantean que la sistematización busca explicar, organizar y comunicar la información que se obtiene de una experiencia, creando al final así una conclusión que se ejecuta desde una mirada crítica. Es decir, se busca interpretar lo vivido para poder

comprender todo lo que sucede en la experiencia para luego transmitirlo a otros de una manera comprensible (García & Triado, 2010).

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Para el presente trabajo, la población que toma relevancia son padres que llevan a cabo la función materna y paterna dentro del área de neonatología. Son hombres y mujeres de alrededor de veintiséis a treinta y cinco años. Dichos individuos asisten a esta área para el cuidado y acompañamiento de los bebés que se encuentran internados en terapia intensiva por nacer prematuramente.

Específicamente, la población que se toma como objeto de sistematización se conforma por cuatro padres de dos casos clínicos de bebés prematuros, S y J. Los padres del paciente S. tenían alrededor de veintiséis y treinta años. Son de un pueblo del interior de la ciudad de Córdoba, y se fueron de la clínica después de haber estado entre ciento cuarenta y ciento cincuenta días acompañando a su hijo en la unidad neonatal. El mismo fue dado de alta el veinte de septiembre del año 2023.

Los padres de J, tenían alrededor de treinta y treinta y cinco años. Son de la ciudad de Córdoba y se fueron de alta junto con su hija el veintidós de julio del año 2023. Tras haber estado ochenta días dentro de la unidad neonatal acompañando a J.

Además, se toman los aportes de los profesionales que forman parte del equipo de salud mental, para complejizar y detallar la información que se obtuvo en la observación a los progenitores. Son profesionales que están permanentemente en contacto y trabajo con ellos, y con los recién nacidos prematuros. Específicamente son psicólogas y psicomotricistas, alrededor de treinta a sesenta años.

El seguimiento que se realizó a los progenitores consistía en observarlos una vez por semana los días viernes por la mañana, desde las 9 am hasta el mediodía. Se llevaban a cabo visitas junto con la psicomotricista a cada sección que compone la neonatología, donde se encontraban los padres con los bebés prematuros internados.

Por otro lado, los encuentros para realizar las entrevistas con los profesionales de salud mental se llevaron a cabo dentro de la unidad neonatal o en diferentes sectores de la clínica; los mismos días y horarios. Las personas entrevistadas fueron específicamente tres profesionales, tres mujeres: una psicomotricista y dos psicólogas; una de ellas la referente de la práctica en la clínica.

7. 2 TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En este apartado se destacan las técnicas que se llevaron a cabo para la adquisición de información en la práctica y para la elaboración de este trabajo. Las herramientas que se utilizaron son las siguientes: los registros de campo, la observación no participante, entrevistas abiertas y el acceso a historias clínicas de los bebés nacidos de forma prematura.

En primer lugar, el registro de campo es “la producción de un texto ligado a la experiencia. Plantea la presencia de hechos significativos, procesos, puntos críticos, logros, interrogantes e hipótesis, etc.” (Rotondi, 1990, como se citó en Nocetti, sf). Por eso mismo se apuntó todo lo que se percibió en la experiencia de práctica tanto lo objetivo como lo subjetivo de lo que emergió allí. Dichos registros fueron aplicados durante cada visita a la institución o encuentro virtual con la psicóloga referente, posibilitando la obtención de la mayor cantidad de información.

La observación no participante, es otra técnica que se utiliza para obtener material y se basa en observar sin intervenir activamente. Durante la pasantía en la clínica se mantuvo un rol sin poder intervenir, solo en algunas ocasiones. Esta técnica se efectuó en cada visita y encuentro con los progenitores en los diferentes espacios que componen la neonatología. Además, se realizó en las habitaciones de internación conjunta que integran esta área y donde se encuentran internados por 24 horas o más los padres junto a los bebés.

El contacto con las historias clínicas de los pacientes permitió obtener más información acerca de las devoluciones que hace el área de salud mental, especialmente psicología, a los

padres. Así mismo, permitió tener un seguimiento del proceso de cada uno de ellos y percibir las indicaciones de los profesionales de acuerdo a cada caso.

Por último, se realizaron entrevistas abiertas al personal de salud mental que se encuentra en la neonatología y en permanente interacción con los progenitores. Las preguntas que se llevaron a cabo sirvieron para ampliar el material obtenido con las técnicas explicadas anteriormente, y fueron dirigidas a estos profesionales ya que había una limitación del contacto directo con los padres para realizar estas acciones.

Este tipo de entrevistas es característica de la investigación cualitativa, permite crear una interacción entre el entrevistador y entrevistado; donde este último tiene la libertad de brindar su punto de vista y expandirse de los interrogantes planteados (Taylor y Bogdan, 1987).

7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para llevar a cabo la aplicación de dichas técnicas en la práctica y la elaboración del trabajo se encontró fundamento en los principios éticos que toma el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). El cual plantea ciertos aspectos centrales que debe seguir el psicólogo para su ejercicio profesional como, por ejemplo: el secreto profesional, la confidencialidad, la intimidad de las personas, el consentimiento informado, el respeto a la dignidad de ellas, entre otros. En consonancia a esto, toda la información que se obtuvo de la práctica y se utiliza en el trabajo obtenida tanto en la observación no participante, en los registros, en las entrevistas y las historias clínicas debe permanecer resguardada manteniendo la seguridad y protección de los sujetos implicados. Por eso mismo, la mayoría de la información utilizada en dicho escrito sobre los casos clínicos de la institución fue alterada para resguardar a esos sujetos. Además, de actuar de manera respetuosa y responsable en relación a las diferentes concepciones de vida de los mismos; evitando cualquier acto discriminatorio y prejuicioso hacia los sujetos.

Por otro lado, la Ley 26529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (2009), plantea acerca de los derechos que deben tener

los pacientes, su historia clínica y el consentimiento de todo lo que le realizan a este. Basándose en el capítulo IV de la historia clínica, el cual es un documento obligatorio, fechado, foliado y completo en el que sale toda la información del paciente. El acceso a la misma lo puede realizar:

Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas (...) (Ley 26529, 2009. Art. 18, pp 5)

Por esto mismo el contacto con las historias clínicas de los pacientes de la neonatología, se llevaron a cabo junto a los profesionales de salud mental, que posibilitaron y autorizaron la lectura conjunta como habilita la ley expuesta anteriormente.

8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Para desarrollar toda la experiencia vivida en la Práctica Profesional Supervisada en posición de practicante se lo hace en primera persona, donde se la va a dividir en diferentes etapas. En cada una de ellas, se presentan cada uno de los momentos que se vivieron desde la selección de la práctica hasta el día que se finalizó la misma.

Un primer momento sería la asignación al lugar de práctica. A mediados de abril es cuando se realizó el proceso de selección para las prácticas, semanas después quedé seleccionada en el contexto clínico. Al enterarme que había quedado al principio me sentí desconcertada ya que había elegido como primera opción otro contexto, en el cual tenía muchas expectativas y deseos de estar. Más allá de esto, me encontraba contenta porque sabía que iba a ser un gran desafío a nivel personal y profesional; ya que no era una de mis opciones acudir a un hospital o clínica en futuros trabajos. Las preguntas que rondaban en mi cabeza eran acerca de: *¿Cómo voy a ayudar en una clínica? ¿Podré acompañar a los psicólogos? ¿Será muy difícil lo que tengo que hacer?*

En un segundo momento serían los primeros contactos con la institución. Estaba muy nerviosa y con ganas de conocer cada rincón de la clínica. El primer encuentro se programó semanas siguientes en una reunión con la psicóloga y mi tutora de prácticas profesionales, en ella se especificaron los lugares donde yo iba a poder estar. Los mismos eran: en ateneos, revistas de sala, talleres de información, acompañamiento a una asesora de lactancia, consultorio, entre otros. Cada una de esas actividades me parecieron super interesantes y quería empezar lo antes posible, estaba muy ilusionada y con grandes expectativas.

Luego de este primer encuentro me contactaron para presenciar mi primer ateneo, en el me presentaron al jefe de servicio de salud mental junto a todo el equipo. Este contaba aproximadamente con dieciséis profesionales entre psicólogos, psicomotricistas, trabajadoras sociales y psiquiatras.

Al principio me encontraba muy perdida y no comprendía nada de lo que charlaban, pero con el paso de los minutos comencé a entender un poco más. En el ateneo se hablaron cuestiones generales acerca de diversas problemáticas que se estaban dando dentro de la clínica, pero también presentaron un caso de un adolescente con psicosis que necesitaba de internación. Fue una reunión con un ambiente cálido y agradable, donde me permitieron dar mi punto de

vista cuando yo quería hacerlo. Lo que me causaba mucha gracia es que el director era muy lacaniano, entonces todos sus chistes eran sobre él y psicoanálisis, fue muy divertido y cómodo estar presente en sus chistes y conversaciones.

En este segundo momento, también se encuentran los primeros contactos con las tutorías de la universidad. Los primeros encuentros fueron de mucho silencio y ansiedad de parte de cada integrante, ninguno sabía qué decir o hacer. La presencia de muchos miedos, temores o inquietudes respecto a cada institución se iban incrementando a lo largo de cada encuentro. Con el paso de las semanas y meses se fue transformando en un espacio de escucha y contención. En el mismo cada uno podía dar su punto de vista y ayudar al otro cuando lo necesitaba, fue un lugar de mucho enriquecimiento y aprendizaje en conjunto tanto con compañeros y profesores.

Un tercer momento sería la presentación y adaptación al lugar de práctica. Con el paso de las semanas comencé a asistir a la clínica, al principio me reunía con la psicóloga referente de la práctica en su consultorio y hablábamos cuestiones más teóricas acerca de situaciones que se daban en la clínica. A la vez, me explicaba que el lugar del practicante de psicología no se encontraba establecido, y por eso las actividades que podía realizar se iban a ir definiendo con el tiempo. Esto se debía también a que el jefe de servicio de salud mental no dejaba que el practicante estuviese presente en diferentes actividades, todo para resguardar la confidencialidad de los datos o el secreto profesional. Eso bajó un poco mis expectativas al no poder acompañar o estar con psicólogos, pero automáticamente entendí la situación que planteaba y la decisión que había tomado. Comencé a sentirme un poco inquieta y a preguntarme: *¿Podría encontrar algún tema para mi trabajo final de esta forma? ¿Me alcanzaría la información para poder construirlo? ¿Llegaré con las horas pautadas?*

Siguiendo un poco más, a mediados de mayo empecé a asistir a la UCIN donde me recibió la psicomotricista quien me iba acompañar el tiempo que estuviese allí. Esta procedió a explicarme la funcionalidad de la unidad neonatal, en ella se encontraban los bebés que nacen prematuros o los que nacen a tiempo, y por alguna complicación tenían que ingresar allí. La misma se encontraba dividida en tres sectores, en el "A" se hallaban los pacientes más críticos y en terapia intensiva. En el sector "B", lo llamaban los profesionales "zona de engorde", y estaban los bebés que eran alimentados a través de sonda, biberón y pecho materno. Y en el último el sector "C", estaban los bebés que ya se encontraban en condición de poder irse de alta junto con sus familias.

En estos encuentros tuve la posibilidad de recorrer cada una de los lugares que conforman la UCIN, en ellos pude observar diferentes situaciones como: la lactancia y la importancia que se le daba, buscando siempre que sea un momento cómodo y beneficioso tanto para la mujer como para el bebé. En cuanto a los padres, la participación y su vinculación en el cuidado de los bebés, a la vez brindándoles un acompañamiento psicológico para ayudarlos a asimilar y afrontar toda la situación que los atraviesa. Como también la atención permanente a los pacientes cuidándolos tanto física como psicológicamente, buscando evitar signos de estrés y malestar. Lo más que me sorprendió en ese momento fue escuchar la misma pregunta en todas las habitaciones *“cuando me voy a ir de alta con mi hijo”* (Registro de práctica, semana del 10/5/2023). La psicomotricista me explicó que era una pregunta que todos realizaban porque no era lo que imaginaban irse a sus hogares pero sin sus hijos.

En cada una de estas situaciones, me mantuve en la posición de observadora no participante, no tuve un contacto o participación en lo que sucedía. Cabe aclarar que la psicomotricista al salir de cada visita a los bebés junto a sus familias, me explicaba todo lo que decía o hacía.

Otro momento sería el cambio de lugares y roles dentro de la práctica. En el mismo mes pase a otra sección de la clínica, esto sucedió ya que la psicomotricista junto con la psicóloga, me recomendaron primero observar lo que era esperado en los bebés recién nacidos y luego lo que sucede cuando no se da en esas condiciones.

A partir de esto, comencé a asistir con una médica en el piso tres donde se encontraban las madres internadas junto a sus bebés. Era un sector de la clínica exclusivamente para mujeres que habían dado a luz a sus hijos, ya sea por parto natural o cesárea. Se podía observar de forma clara el contraste de los miedos en las familias con sus hijos a término y con los prematuros.

Aproximadamente estuve un mes acompañando a la Dra. y a una residente de medicina, pudiendo observar y aprender sobre diversos fenómenos que se daban allí. Principalmente el tema de la lactancia, las mujeres que optaban por amamantar los profesionales se encargaban de que sea una experiencia feliz y gratificante. Las enfermeras junto con estos profesionales asesoraban a las mujeres para que realizaran una buena técnica, y pudieran irse a sus hogares teniendo un conocimiento de la forma correcta para hacerlo. Lo que aparecía muy frecuente era el nerviosismo o ansiedad por parte de ellas en relación a la lactancia, más allá de haber sido madres primerizas o no. Sus miedos o temores rondaban en esas temáticas, como amamantarlo, como calmarlos, como saber si comen bien, entre otras cosas.

Con respecto a ello, lo que sucedía era que mi lugar era confundido con el de una médica de la clínica. La mayoría de las personas que visitábamos me trataban como una doctora y me interrogaban acerca de la salud de sus bebés, esto pudo haber sido porque muchas veces me tocó llevar la balanza para pesar a los recién nacidos o los instrumentos para revisarlos.

Cuando les aclaraba de que era una practicante de psicología se sentían confundidos al no entender el rol que tenía como psicóloga en esa área. Muchos me preguntaban si estaba para analizarlos a ellos o a sus bebés. Cuando esto sucedía, les explicaba que mi lugar era para entender temas como la lactancia, el vínculo entre los recién nacidos y las personas, y que no estaba para analizar a nadie allí dentro.

En esta área, iba a acompañar a una asesora de lactancia e iba tener la posibilidad de percibir todo lo relacionado a ella tanto del ámbito físico como psicológico. Por ciertos motivos por parte de la profesional esto no pudo suceder, y entonces tuve que acompañar a la Dra. Esto se llevó a cabo durante un mes, hasta que decidí cambiarme de sector porque ya sentía y veía que tenía todo el material recabado allí.

Otro momento dentro de la práctica sería la reinserción en la unidad neonatal nuevamente. Desde junio para adelante decidí acompañar a la psicomotricista en dicha área, al comienzo mi lugar como practicante se encontraba limitado a la participación activa con los profesionales y personas que acompañaban a los bebés.

En este lugar empecé a observar y realizar seguimientos de los casos, cada viernes de la semana visitamos a los bebés junto a sus familias. A la vez, realizaba encuentros los días lunes con la psicóloga que me informaba de las intervenciones con las familias, y me enseñaba las historias clínicas de los pacientes de neonatología. Poder leer y entender cómo se construyen las mismas fue sumamente enriquecedor para mis conocimientos.

Durante los días asistiendo a esta área puede observar y presenciar diferentes cuestiones que emergieron en la misma. Lo más frecuente entre los padres es la desorganización emocional que causaba el parto prematuro y la irrupción de lo inesperado de este. Miedo, incertidumbre, ansiedad, preocupación, entre otros; son cada uno de las emociones y sentimientos que producía en los padres. La mayoría de ellos, expresaban la gran confusión y desorientación que estaban transitando con el nacimiento del bebé.

Los miedos y temores es algo que se vivió a flor de piel allí dentro, miedo cuando suena una alarma, miedo cuando tose, miedo cuando duerme mucho, miedo porque no se alimenta bien, miedo porque no saben cómo tocarlo.

El sentimiento de culpabilidad es algo que aparecía también en ellos y junto con los temores era lo principal y se encontraban arraigado a diferentes discursos por parte de los padres. Culpa por no entrar a la neonatología, culpa por no poder ayudarlos, culpa por ir a dormir y dejarlos solos, culpa por no haber llegado al tiempo pautado, entre otras cuestiones.

Respecto a esto, la psicomotricista me explicaba que se desencadenaba la activación de mecanismos de defensa en las personas como la evitación y la negación. Muchas de ellas se negaban a ingresar a la UCIN, venían muy pocas veces a la semana, se rehúsan a tocarlos, mirarlos o alzarlos. Estas conductas aparecen de la mano con lo traumático o disruptivo que podía ser para ellos toda la situación. Entendí que no hay que juzgarlos u obligarlos a que lo hagan, sino esperarlos hasta que procesaran la situación a su tiempo.

Siguiendo un poco más, pude aprender la modalidad de trabajo interdisciplinario de los profesionales donde lo esencial es la participación activa de los padres o familias en el proceso de atención a los recién nacidos. Siendo una gran oportunidad para que estos pudieran ir tomando contacto con ellos y acompañándolos desde ese lugar. Algo que sucedía a menudo es que a los padres les costaba autorizarse para realizar ciertas acciones con los bebés, entonces el equipo de salud los invitaba a eliminar esas inquietudes y poder hacer lo que ellos deseaban (siempre y cuando no perjudique la salud o cuidado de ellos). De cierta forma los habilitaba a que puedan moverse y tener mayor involucramiento en todo, y no quedar reducidos a ser meras visitas.

Con el paso del tiempo tuve la posibilidad de presenciar y acompañar el alta de bebés que habían estado internado más de cien días dentro de la UCIN. Fueron momentos de nostalgia, emoción y agradecimiento para todos nosotros. Esos gestos de decirme gracias y abrazarme me hicieron entender que de cierta forma yo también forme parte de su paso por la neonatología, y a mi manera aporte un granito de arena para acompañarlos y ayudarlos. Casualmente desde que ingrese en esta sección puede presenciar el ingreso y el alta de dos bebés, **S** y **J**. Con ellos pude observar casi todo el proceso desde que llegaron a la neonatología hasta que se fueron de alta con sus padres, por esto mismo decidí que serían dos casos muy representativos para realizar este trabajo junto con otros casos que han pasado por la neonatología y han aportado material enriquecedor. El paciente **S**, había nacido en la semana de gestación veinticinco con tan solo 600 gramos, cuando se lo vio hacía cuarenta y ocho días que se encontraba internado con múltiples intervenciones clínicas. En cambio, la paciente **J**

había nacido en la semana treinta y uno a diferencia del paciente anterior esta no mostraba signos de estrés o irritabilidad.

Mi rol como practicante empezó adquirir mayor flexibilidad e involucramiento, tuve la oportunidad de comenzar a interactuar con las personas, los profesionales ya me reconocían e intercambiamos charlas o comentarios acerca de las situaciones que se daban en la UCIN.

Comencé a ingresar a las habitaciones de internación conjunta con la compañía de la psicomotricista, esta es la última instancia dentro de la UCIN para poder irse de alta los padres junto a los bebés. Tiene el objetivo de apaciguar la transición de estar en el hospital a irse a sus hogares, que estas personas puedan conocer y estar con los bebés sin depender de los profesionales o máquinas. Pero no todos tienen la oportunidad de pasar por esta etapa, por eso toman la decisión de seleccionar aquellos que observan que la necesitan más. La mayoría se basaba en los que no sabían manejar a los bebés, los que tenían miedo de dejar esta área por lo que podría llegar a pasar afuera o que les costaba entender o decodificar sus necesidades. Esto último junto con los temores es lo que pude observar mucho en los padres, hay una gran dependencia respecto a las máquinas. Por eso sucedía que se les hacía difícil mirar a los bebés y entenderlos, porque las máquinas mostraban casi toda la condición de ellos.

Sin embargo, los profesionales se daban cuenta de lo común que eran estos comportamientos por eso acudían a apagar las máquinas para que ellos empiecen a ver más allá de las mismas. Respecto a los miedos buscaban identificarlos y apaciguarlos, sabían que era algo que podía darse por todo lo que tuvieron que vivir dentro de la unidad neonatal y con sus bebés.

Este momento lo llamaría el último tramo de las prácticas. En agosto decidí quedarme el resto de los meses dentro de la UCIN. Fue una decisión que tomé para seguir indagando ciertas cuestiones que me interesaban para construir este trabajo. Seguí asistiendo los días viernes, pero comencé a tener contacto con una psicóloga que acompañaba a los padres en la neonatología más allá de que no pude estar en sus intervenciones, pude preguntarle acerca de ciertas situaciones que se daban con ellos y debatir desde nuestros puntos de vista. Obtuve mucha información en esas charlas y me permitió tener un conocimiento o mirada más compleja de lo que observaba.

Conocí la unidad de pediatría, junto con esa psicóloga y la psicomotricista fuimos a esa área a indagar acerca de un caso de violencia infantil que había ingresado a la guardia. Las enfermeras del lugar nos explicaron que se trataba de un niño de 2 meses que había ingresado

con una hemorragia cerebral muy grande y con desprendimiento de retina. Casos como este, ingresaron dos más y había causado un gran revuelo en los profesionales de la clínica. Por eso días después, me invitaron a una charla de pediatría donde se iban a hablar de estos casos que habían ingresado.

A comienzo y fines de octubre comencé a estructurar preguntas para hacerles al personal de salud mental para ampliar el material recabado durante toda la estadía en la clínica. Las preguntas eran dirigidas para saber más acerca de las personas que pasaban en la UCIN y entender ciertas situaciones que se daban allí.

Un día viernes coordine el encuentro con la psicóloga que trabajaba en la UCIN y lleve a cabo la primera entrevista dentro de una habitación de dicha área. En ella emergió principalmente la repercusión en los padres del nacimiento prematuro acompañado por el miedo, la angustia, la culpa, los duelos, etc. Me habló también sobre sus intervenciones que eran más de escucha y sostén para ellos, principalmente buscaba generar un lugar donde pudieran hablar de cómo se sentían e ir acompañando toda la situación que estaban atravesando.

Con el paso de las semanas llevé a cabo encuentros virtuales con la tutora de la práctica, donde me ayudaba con cuestiones teóricas acerca del TIF¹². Un día decidí realizarle la entrevista también de manera virtual, en ella emergieron diferentes temáticas que podían ayudarme ampliar el material recolectado dentro de la neonatología. Los mismos estaban relacionados a los sentimientos de angustia que aparecían en los padres, la ansiedad persecutoria y el gran sentimiento de culpabilidad por sentirse responsables por todo lo que estaba sucediendo con el recién nacido prematuro.

Luego tuve la posibilidad de contactarme nuevamente con la psicomotricista para realizarle la entrevista que venía llevando a cabo a los diferentes profesionales del área de salud mental. En este caso también fue de manera virtual ya que la misma no poseía del espacio para realizarla presencial, el encuentro fue muy enriquecedor y pudimos hablar y complejizar los diferentes temas que observé con ella cuando la acompañaba en el área de neonatología. Habló acerca del miedo por parte de los padres a lo desconocido y a no tener el control de la situación. Acompañado del gran temor y angustia a la pérdida.

En la semana de la prematurez que fue en diciembre, tuve la invitación al evento que se realiza todos los años en la clínica y en donde todas las personas que pasaron por la neonatología

¹² De aquí en adelante las siglas TIF, corresponden a Trabajo Integrador Final.

asisten. Esa invitación de cierta forma fue como un cierre de esta etapa de práctica en la clínica, me llenó de orgullo haber tenido la posibilidad de realizar mis prácticas en ella.

8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

En este apartado se desarrolla el análisis de los objetivos específicos del Trabajo Final Integrador. En el mismo se intentará realizar una articulación entre la teoría que ha sido descrita en capítulos anteriores, especialmente en el marco teórico, y la práctica, mediante la experiencia obtenida en las Prácticas Profesionales Supervisadas. Para eso se toman los aportes relevantes e importantes que respondan a dichos objetivos planteados.

El primer objetivo planteado para este trabajo consiste en indagar acerca de la experiencia particular de los progenitores que pasan por la UCIN a causa de un nacimiento prematuro. Para ilustrar este objetivo y los siguientes, se tomarán dos casos particulares y específicos. En cuanto a la sistematización, esta se realizará tomando la información obtenida a partir de las entrevistas llevadas a cabo a los profesionales de salud mental, el acceso a las historias clínicas, los registros y la observación no participante dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

En los objetivos dos y tres, se expresan aspectos vinculados al impacto que genera el nacimiento prematuro en la persona y su estadía en la UCIN. El foco de los mismos está puesto en el duelo y se relaciona a diversas temáticas que se viven por el nacimiento prematuro y por estar dentro de esta unidad. Además, se tiene en cuenta los miedos y temores que surgen en los progenitores a partir de dicho nacimiento prematuro y en su paso por ella.

8.2.1 LA EXPERIENCIA DE LOS PROGENITORES RESPECTO AL NACIMIENTO PREMATURO DE UN BEBÉ Y SU ESTADÍA DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Para comenzar, en este primer objetivo principalmente se busca indagar la experiencia de los progenitores en relación a los nacidos prematuros y su paso por la UCIN. Para llevar a cabo esto, se describen las características y cualidades generales de la unidad neonatal, los recién nacidos prematuros, y la de sus progenitores.

8.2.1.1 LA NEONATOLOGÍA

Para dar comienzo al análisis de la experiencia, es importante partir desde el contacto y la participación en esta unidad. La neonatología es un lugar donde se escuchan los sonidos de las máquinas y los llantos de los bebés. Es un espacio que se encuentra teñido de miedos, temores y preocupaciones por parte de cada uno de los padres que están allí. Se encuentra repleto de profesionales y enfermeros entrando y saliendo todo el tiempo. Hay caras sonrientes, pero también mucha tristeza. Las paredes se encuentran repletas de carteles con nombres de los bebés, y con frases motivacionales para ellos y los padres. La presencia de diagnósticos favorables y desfavorables, la impotencia de no saber cómo ayudar o qué hacer. Y como expresa la autora Mathelin (2001), las horas allí dentro transcurren de forma lenta como el aumento de peso de los bebés.

Figura Nro. 3 Ingreso de la Neonatología¹³



La UCIN, se puede decir que es un lugar donde se observan diversas situaciones, donde la vida y la muerte están muy presentes. Los recién nacidos que ingresan a esta unidad lo hacen a causa de un nacimiento prematuro o por otros motivos, como un nacimiento a término pero que hubo alguna complicación en el mismo. Centrándose en el nacimiento prematuro, los bebés se encuentran en estados muy vulnerables y frágiles durante sus períodos de internación y experimentan avances, pero también complicaciones que producen retrocesos en su estado de salud.

De cierta forma son bebés que se encuentran intubados, sondeados, y conectados a diferentes máquinas dentro de una incubadora. Donde su nacimiento se generó por ejemplo entre las semanas de gestación veinticinco, veintiséis, veintisiete y donde su peso ronda entre 600, 700 y 800 gramos. Entonces, la pregunta es qué tan duro y complicado es empezar una

¹³ Imagen capturada por la autora del trabajo.

maternidad y paternidad frente a estos bebés que se encuentran en estas condiciones tan indefensas y vulnerables dentro de dicha unidad (Leon Martin, et al., 2005).

Como se viene explicando, el nacimiento prematuro y tener que ingresar a la unidad neonatal produce grandes repercusiones en los padres tanto en su salud física como mental. Los profesionales de psicología y psicomotricidad que trabajan en esta unidad, perciben y entienden a este acontecimiento como *“una situación traumática, que pueden dar lugar a que se despierten ciertos aspectos latentes en la vida de la persona”* (Registro de práctica, semana del 30/06/2023).

Ninguna pareja, ninguna persona en general está preparada para traer al mundo un hijo demasiado pequeño e inmaduro. Con todas esas condiciones tan delicadas y frágiles que poseen al comienzo (Leon Martin, et al., 2005).

Las autoras Basso y Mimiza (2012), interpretan que la incidencia de un parto de forma prematura e inesperada, siempre se considera como un evento traumático para todas personas que lo viven. Desorganizándolo y desestabilizando todo lo planeado por cada una de ellas. Para esas personas que lo experimentan ya no hay un bebé lindo para presumir o mostrar, no hay caras felices; sino de pura preocupación y temor. Es decir, pasan a ingresar a un lugar repleto de caras extrañas y desconocidas dentro de la unidad neonatal.

Respecto al lugar de los padres dentro de la unidad de la clínica, se perciben como parte del equipo de salud y se los motiva para lograr una participación e involucramiento en cada acción. Los profesionales con honestidad e información concisa se dirigen a ellos para explicarles cada paso o momento del proceso con los bebés, con el objetivo de que los mismos se interioricen con estos procedimientos y lograr ayudar y atender sus necesidades. Cada acción que llevan a cabo los padres, aunque sea la más simple, les brinda mucha satisfacción al sentirse útiles y más cerca de los bebés. Además, les ayuda a asimilar todo lo que están experimentando, y reducir los sentimientos y emociones que genera este acontecimiento.

Esa relación recíproca que se observa entre los padres y el equipo de salud dentro de la UCIN de la clínica, es lo que plantean las autoras Basso y Mimiza (2012) cuando se refieren a la centralidad que tiene la familia para el cuidado del recién nacido. Este enfoque considera a la familia como una única variable constante en la vida del bebé, y por eso la ubica como una pieza primordial en sus cuidados. Además, detallan la importancia de la participación activa para que se genere una relación de confianza con los profesionales, y donde estos puedan atender no solo a las necesidades del bebé sino de las familias también.

Ese vínculo que se observa dentro de la neo y que plantean las autoras, de cierta forma hace que los padres perciban a la larga la UCIN como un tipo de útero donde permanecen dentro madurando y creciendo. A lo largo del tiempo en cada una de las visitas en ella, se pudo observar que la misma termina funcionando como un lugar seguro y acogedor en donde los padres se sienten resguardados para transitar todo el proceso que genera las situaciones a la que están expuestos.

Además, las personas que pasan por un nacimiento prematuro tienen la sensación de sentirse prematuras también. Y la UCIN, funciona como un lugar donde pueden ir aprendiendo y asimilando todo lo que están viviendo. Para los autores Maldonado, et al., (1981) la causa que produce esa sensación se debe a la ausencia de toda la preparación tanto física como mental para recibir al bebé. Es decir, la persona al experimentar dicha situación se siente prematura, y no se percibe lista para hacer frente a lo que viene vinculado con un nacimiento prematuro.

Respecto al espacio físico que cuenta la UCIN de la clínica, la misma posee tres sectores y donde cada recién nacido prematuro que ingresa es trasladado a la primera sección y luego va avanzando por los otros sectores. El sector “A”, es el lugar de cuidados críticos y donde cuenta con cunas, incubadoras y diferente aparatología. El sector “B”, es llamado “la zona de engorde”; allí el objetivo es alimentar a los bebés ya sea por mamaderas, sondas o con el pecho materno. Este espacio cuenta con cunas y sillas para las personas que los acompañan. Y el último sector es el “C”, en él se encuentran los bebés con sus familias a punto de irse de alta y en donde se encargan de realizar conductas como controles, papeleos, certificados, etc.

Dentro de esta unidad, se encuentran a la vez dos habitaciones con camas, heladera, baño y cunas. Tomando las conversaciones con la psicomotricista dentro de la UCIN, expresa que las mismas cumplen con la función de “hospitalización conjunta” de los padres con sus bebés, de cierta forma:

“Cumple la función de que los padres puedan conocer a sus hijos y puedan tomar decisiones sobre estos; algo que antes dependía exclusivamente de los profesionales de salud. Esto ayuda a las familias a que el paso de la clínica a su casa no sea tan brusco y traumatizante, evitar dejarlos a la deriva que eso podría causarles mucho malestar; a la vez que no sería bueno ni para los padres ni sus hijos.” (Registro de práctica, semana del 7/07/2023).

Es pertinente aclarar, que no todos los padres tienen la posibilidad de pasar por esta última instancia ya que la UCIN no cuenta con un espacio físico para tener más habitaciones; por eso dentro de la misma solo hay disponibles dos. Por eso mismo, los profesionales eligen a los padres que observan con más miedos, temores, inseguridades o conflictos con el cuidado del bebé para ayudarlos con la transición de la clínica a sus hogares.

8.2.1.2 LOS BEBÉS NACIDOS PREMATUROS

“Hace años que se pensaba que no convenía encariñarse con los niños nacidos antes de tiempo, por si no sobrevivían. Hoy se sabe que el amor de sus padres les ayuda a salir adelante.” (Dra. Ivone Olza, sf, como se citó en Camerini, 2013)

Esta frase demuestra la importancia de los padres para la supervivencia de los bebés prematuros. Es decir, a través del amor que brindan los mismos se puede lograr una mejora en la salud y el bienestar de los bebés en la internación en la UCIN. Retomando a las autoras Basso y Mimiza (2012), las mismas expresan la importancia del enfoque que incorpora como piedra fundamental a la familia para ayudar en el proceso de cada uno de estos bebés. Donde la misma tiene un rol importantísimo para el avance de cada uno de ellos, a partir de sus cuidados, dedicación y amor. Siendo que años atrás se veía como un peligro y riesgo el estar cerca de los bebés nacidos antes de tiempo.

A su vez, la autora Camerini (2013) expresa que hoy en día se sabe que los bebés prematuros con el amor y cariño de sus padres evolucionan de forma positiva y rápida. Además, que ese afecto que reciben por parte de cada uno de ellos reduce y disminuye el estrés y malestar que se presentan en estos bebés.

Como se explica en esta sección del trabajo, este primer objetivo apunta a indagar y comprender la experiencia de los progenitores respecto al nacimiento prematuro de un bebé, y su estancia en la UCIN. Para fundamentar el mismo, se toman como ejemplo dos casos de bebés prematuros **S** y **J** que se observaron todo su proceso dentro de la clínica. Aquí, se explica de manera general la evolución de cada uno de los pacientes en la unidad.

El paciente **S** nació en la semana veinticinco de gestación con tan solo 600 gramos, ya se encontraba cuarenta y ocho días internado con múltiples intervenciones clínicas cuando se lo vio por primera vez en la unidad neonatal. Este paciente estuvo aproximadamente entre ciento cuarenta y ciento cincuenta días internado cuando fue dado de alta con sus padres. Específicamente se fue de la unidad el veinte de septiembre del año 2023.

En cambio, la paciente **J** nació en la semana treinta y uno de gestación, y estuvo aproximadamente ochenta días internada dentro de la UCIN. Fue dada de alta el veintidós de julio del año 2023.

Según lo planteado por la OMS (2023), el paciente **S** entraría en la categoría de “prematureo extremo”, ya que nació antes de la semana veintiocho de gestación. Por otro lado, la paciente **J** estaría dentro de la categoría de “muy prematureo”, dado que nació entre la semana veintiocho, y treinta y dos de gestación.

Además, tomando lo que el autor Delval (2000) plantea sobre el desarrollo del nuevo ser, ambos pacientes nacen en la semana de gestación veinticinco y treinta y uno, dónde tendrían que estar ingresando en un periodo de consolidación de desarrollos anteriores y de preparación para vivir fuera del útero de la madre. Ellos nacen con anticipación, no pudiendo realizar estos procesos esenciales de crecimiento en el útero de sus madres, lo cual los lleva a tener que estar bajo cuidados especiales para ayudarlos a consumir los mismos. El paciente **S** por nacer en la semana veinticinco, sus cuidados tuvieron que ser más estrictos y especiales por su condición delicada.

Es pertinente describir de manera general, el transcurso de estos pacientes a lo largo de su internación en la UCIN. Como se explica durante este trabajo, la unidad neonatal cuenta con diversas secciones donde los bebés pasan por cada una de ellas a medida que van mejorando. En cuanto al primer contacto con los pacientes dentro de la misma, fue en la sección “A” de cuidados críticos. El paciente **S** presentaba altos signos de irritabilidad y estrés, manifestados a través de hipo e inquietud, por haberse sometido a diferentes intervenciones clínicas desde su internación en dicha unidad. Por otro lado, cuando se vio por primera vez a la paciente **J**, también se encontraba en este sector, pero a diferencia del otro paciente no mostraba esos signos y en cuanto a su aspecto físico era mucho más grande.

Cuando estos bebés se encontraban en la sección “A”, estaban dentro de incubadoras, con pañales, y cubiertos en la cabeza y los pies. A la vez, estas incubadoras estaban tapadas con una manta y la luz del sector se encontraba baja simulando estar dentro del útero de la madre.

La psicomotricista encargada de los recién nacidos prematuros, explicó que los nacidos de esta manera no pueden recibir caricias ya que podría desorganizar su esquema corporal y producir un gran malestar en ellos. Ya que, estos se encuentran ubicados simulando si estuviesen dentro de la panza, por eso se les comunica a los padres que pueden sostenerlos de la cabeza y los pies respetando su posición. El objetivo es cuidar el proceso de crecimiento que tienen los bebés dentro del útero, evitando cualquier alteración que podría perjudicar al mismo. Por eso mismo, el espacio de la UCIN es un sitio donde prevalece la oscuridad y el silencio para evitar interferir en su crecimiento.

En relación a esto, las autoras Basso y Mimiza (2012) hablan acerca del medio ambiente dentro de la unidad neonatal el cual es totalmente diferente al espacio intrauterino de una persona y que puede llegar a interferir con el crecimiento del prematuro. Por lo cual, se implementa dentro de esta unidad que los niveles de luz busquen favorecer el desarrollo de los bebés para una mejor adaptación. Esto es crucial para que los profesionales puedan intervenir sin alterar o causar algún malestar en los bebés.

Cada paciente a su tiempo fue trasladándose a los otros sectores de la UCIN, el paciente **S** su proceso de transición fue más lento ya que se presentaron diversas complicaciones que hicieron de su paso por la unidad sea más difícil. Ante esto, los profesionales siempre respetaron su proceso y no presionaron al paciente para avanzar, siempre fue de acuerdo a lo que soportaba y no. En cambio, la paciente **J** evolucionó de una forma totalmente diferente y rápida. Cabe aclarar que la diferencia de semanas en que nacieron cada uno influyó en su avance dentro de la UCIN.

Por lo tanto, en cada visita que se efectuó en esta unidad, se pudo observar que la internación de cada uno se experimentó de forma particular y donde fueron creciendo, y adaptándose al medio de diferentes maneras. En el paciente **S** por ejemplo, hubo un momento en el medio de su internación que experimentó una complicación que lo llevó a estar conectado a un respirador durante semanas y con una condición de salud muy delicada.

Luego hubo otro momento, cuando el paciente ya se encontraba en internación conjunta los padres comenzaron a notarlo amarillo y con mucha fiebre, los médicos automáticamente lo llevaron a una sala donde lo aislaron de los otros bebés y de su familia. Este acontecimiento interfirió en su alta e hizo que se pospusiera unos días más.

Por otro lado, la paciente **J** tuvo una complicación también antes de irse de alta, este fue un episodio de ahogamiento que hizo que se pospusiera su salida y se llevarán a cabo diferentes estudios para descartar algún tipo de peligro.

Como resultado, en sus padres la irrupción de su nacimiento prematuro y tener que transitar por la UCIN acompañándolos impactaron de diferentes formas por las diversas circunstancias que se vivieron con estos bebés prematuros. Esto es lo que apunta el concepto de **impacto subjetivo**, dar cuenta de la experiencia de dos casos en la UCIN para entender cómo un mismo acontecimiento repercute de formas particulares en cada uno de los padres. Es decir, influye y moviliza a las personas de acuerdo a sus personalidades, recursos inter e intrapersonales, sus defensas, sus historias, sus vínculos, entre otras cuestiones (Hecht y Storti, 2020).

8.2.1.3 LOS PROGENITORES DE LOS BEBÉS NACIDOS PREMATUROS

Como se explica anteriormente se toma como ejemplo a estos bebés **S** y **J** para indagar la experiencia de sus progenitores, teniendo en cuenta que es este el objetivo de dicho apartado. Primero se describen de forma general las características de estos pacientes para comprender la vivencia de sus padres y la repercusión que tienen en ellos. A continuación, se desarrollan las características específicas de sus padres, donde se habla acerca de sus vidas y algunos de sus comportamientos dentro de la UCIN para conocerlos y poder pensar respecto del **impacto subjetivo** que el paso por dicha unidad pudo haber tenido en ellos.

Los padres del paciente **S**. eran padres primerizos y tenían alrededor de veintiséis y treinta años. Ambos son del interior de la ciudad de Córdoba, y viajaban todos los días a la clínica para estar con su hijo. Dejaban la clínica solo para irse a dormir de noche y al otro día regresaban a primera hora. La mayoría de las veces llegaban angustiados y preocupados. Respecto a sus trabajos tuvieron la posibilidad de no asistir durante toda la estadía de su hijo en la UCIN, ya que el padre trabajaba en un lugar de manera independiente y la madre pudo tomar licencia del mismo.

Estos padres, a lo largo de su estadía en la UCIN experimentaron diferentes situaciones que agravaron sus sentimientos y emociones, hubo avances respecto a su hijo, pero también muchos retrocesos lo cual generó que la estadía se alargue cada vez más. Muchas veces en ellos, se presentaba el enojo, la angustia e inquietud al ver que los otros bebés avanzaban de secciones y su hijo no. Esto se puede relacionar con las autoras Basso y Mimiza (2012), las mismas plantean que durante la internación de los bebés en la unidad neonatal es frecuente que aparezca la sana envidia de las familias al percibir que los otros avanzan y se van de alta, y ellos se encuentran estancados en un mismo lugar.

Se destacan en los registros realizados en las visitas en la UCIN, que estos padres la mayor parte del tiempo presentaban mucha angustia y tristeza. La madre específicamente era la que más se observaba desbordada respecto a la situación de **S**, y el padre junto con los profesionales trataban todo el tiempo de calmarla. Por eso mismo, su paso por la UCIN se tiñó de miedos y preocupaciones vinculado a todo lo que tuvieron que presenciar con la salud de su hijo.

En cuanto a los padres de **J**, ambos tenían alrededor de treinta y treinta y cinco años, y son de la ciudad de Córdoba. También padres primerizos. La madre es médica de terapia intensiva, y en su trabajo la mayor parte del tiempo presenciaba la pérdida de algunas personas que atendía. Dentro de la UCIN se pudo observar como la mayor parte del tiempo estaba en ella presente la fantasía de muerte, la misma fue un factor que influyó en su manera de experimentar todo el proceso de su hija. Por lo general se encontraba en estado de alerta de acuerdo a cada acción e intervención que se le realizaba a la bebé, y sumado que ante cualquier ruido que hacían las máquinas reaccionaba, pudiendo inferirse el estado de alerta permanente.

En relación al padre de **J**, en los registros se observa que la mayor parte del tiempo permanecía en silencio y participaba poco en las acciones con su hija en comparación con la madre. Esta última, las veces que se los observaba juntos, no lo dejaba sostener a la bebé mucho tiempo o si lo hacía estaba pendiente de ellos y lo corregía.

Se puede relacionar esto con lo que plantea Bleichmar en el texto de Hernando (s.f), en el primer tiempo de la estructuración del aparato psíquico acerca de la importancia que tiene la función paterna para generar el distanciamiento de la madre con el hijo e impedir que la misma lo sobreinviesta. Ya que, se observaba que era una madre que la mayor parte del tiempo cargaba en sus brazos a su hija, no la quería soltar y donde quería llevar a cabo todas las acciones impidiendo que el padre realizará algunas de ellas. Dado que este es un primer tiempo donde la madre ve a su hijo como un todo que viene a completarla y hacerla feliz, reparando ciertas

heridas de su infancia. Es posible inferir que quizás la madre presentaba grandes temores respecto de que su hija se mantenga con vida, los cuales en gran parte pueden haber tenido que ver con su conocimiento como médica que la ubica en un lugar de saber acerca del cuerpo humano, quizás más que el padre, y dichos temores estaban obstaculizando una vinculación sana por parte del padre con la hija, no permitiendo que el padre ejerza su función en estos primeros tiempos de vida.

Es importante remitirnos a conversaciones con la psicomotricista y la psicóloga referente de la práctica, quienes esclarecieron la información respecto a los padres. Los padres de **S** y **J** pasaban la mayor parte del tiempo dentro de la neonatología, todos los días iban a la clínica a estar con sus hijos y cuando se retiraba a descansar se mantenían a la noche en contacto con las enfermeras. Hubo muchas recomendaciones por parte de los profesionales para que roten entre ellos o con personas de sus familias para que pudieran dormir, ya que era muy importante que estuvieran descansados para poder afrontar cada día que los esperaba dentro de la UCIN.

Estos padres durante su estadía en la UCIN, se dedicaron y abocaron al cuidado exclusivo de sus hijos dejando de lado y en pausa sus vidas. Estos no descansaban, no comían bien, no se contactaba con otros familiares o amigos, y no realizaban conductas para relajarse de toda la situación que estaban transitando. Específicamente con los padres de **S**, la psicomotricista expresó que la cronicidad en la que se había transformado la internación de su hijo, ya que estuvieron alrededor de ciento cuarenta o ciento cincuenta días, hizo que la situación traumática se alargará con ella a causa de todos los días que tuvieron que pasar en la neo. A la vez, la profesional explicó que muchas veces cuando suceden estos casos donde están mucho tiempo dentro de la misma, cuando salen de ella para ir a sus hogares se vive una situación que reactiva síntomas al empezar a comprender todo lo vivido allí dentro.

Por eso mismo, hubo varias recomendaciones por parte de la psicomotricista junto con otros profesionales de la salud mental para que fuera de la clínica asistan ambos a un espacio terapéutico. En cambio, la madre de **J** ya contaba con atención psicológica en el proceso de su hija, por eso mismo estos profesionales se comunicaban con su psicóloga para conversar ciertas cuestiones que se daban dentro de la UCIN.

8.2.2 EL DUELO QUE TRANSITAN LOS PROGENITORES EN RELACIÓN AL NACIDO PREMATURO Y SU ESTADÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

En este segundo objetivo se busca comprender el **duelo** que transitan los progenitores ante la irrupción de un nacimiento prematuro y tener que ingresar dentro de la UCIN. Por eso mismo para entenderlo se toma principalmente como ejemplo los casos de **S y J**, junto con otras experiencias que se observaron dentro de esta unidad en la clínica.

Este apartado se subdivide en dos subapartados para dar cuenta de este objetivo:

8.2.2.1 TODO LO IMAGINADO SE DESMORONA

“Ponete en la situación de cómo se planea un viaje donde ya tenga fecha de partida, entonces ante de eso yo me voy preparando y acomodando en relación a los días que tengo para hacerlo. Pero qué sucedería en mi si el viaje se adelantara para el día siguiente, donde todo lo tengo que preparar ya y salir si o si mañana” (Registro de práctica, semana del 24/07/2023).

Esta es una frase que se obtiene de los registros que fue emitida y explicada por la psicóloga referente dentro de su consultorio. Se considera representativa ya que ilustra a modo de metáfora, lo que causa el nacimiento prematuro en las personas. Las mismas tienen una fecha programada para el nacimiento y organizan todo para la llegada de dicho momento, pero la inmediatez con la cual se presenta el nacimiento prematuro desorganiza y desestabiliza todo lo planeado. Esa irrupción brusca e inesperada con la que se presenta deja a la persona imposibilitada a la hora de poder pensar y prepararse siquiera, todo sucede de manera rápida.

Durante los encuentros con esta psicóloga y la psicomotricista de la unidad se pudo comprender que en el nacimiento prematuro aparece un duelo complicado que se vive en los padres en relación a dicho suceso. El mismo, se encuentra vinculado principalmente acerca de todas esas expectativas e ilusiones no alcanzadas por parte de los padres por la irrupción de ese

nacimiento. Donde todo lo que venían imaginado para ese momento no sucede y eso se experimenta con un gran dolor. Es decir, se observa un quiebre en lo que uno esperaba y anhelaba con lo que realmente sucede cuando irrumpe el nacimiento prematuro.

Es necesario profundizar más acerca del momento del embarazo para comprender dicho objetivo. Como se explicó anteriormente, durante el embarazo los padres van generando ciertas expectativas y fantasías en relación al bebé en camino, este se empieza a formar en un entramado de deseos de ambos padres o de las personas que los rodean. Se considera un portador de rasgos, de apellidos, de nombres. En este bebé recaen fantasías de oportunidades perdidas, de ideales no cumplidos o de expectativas acerca de sus propias vidas. El nuevo ser no solo ocupa un lugar en el útero materno, sino en el “útero familiar”; se nutre tanto con el alimento, pero también con las expectativas y fantasías y deseos de los padres y las personas de su entorno (Griffa y Moreno, 2005).

En el último periodo del mismo, se encuentra el momento en que la mujer comienza a sentir los movimientos de su bebé, y con estos empieza a construir una imagen de su hijo y de ella como madre. Estos últimos meses, le dan lugar a imaginar y pensar cómo será y qué hará él bebé, y donde la sociedad comienza a reconocerla como madre sintiéndose fuerte e importante. Sin embargo, cuando el nacimiento prematuro se presenta se lleva consigo todo este periodo donde la madre comienza a preparar el lugar del bebé en su cabeza, pero también en el espacio físico de su hogar. Cuando comienza a instalar su cama, su ropa, sus juguetes (Mathelin, 2001).

Como se destaca en los registros, la inmediatez en la cual sucede el nacimiento prematuro deja a las personas en una situación incómoda donde no puede pensar, ni organizar, ni reaccionar ante el acontecimiento y solo queda esperar la llegada del bebé. De cierta forma irrumpe en lo que se venía formando desde el embarazo, ellos cargan con una imagen idealizada de sus bebés y de la maternidad- paternidad que se rompe cuando sucede otra cosa con dichos bebés. Por eso mismo este acontecimiento se entiende como un duelo difícil de transitar y se vincula con todo lo que se pierde con dicho nacimiento prematuro.

Maldonado, et al. (1981) expresan que cuando aparece esa dificultad imprevista en el curso del embarazo, hace que se rompan todas esas expectativas que se tenían durante el mismo y eso resulta una verdadera crisis en la “familia embarazada”. Es decir, esas expectativas de tener un bebé a término son rotas por la realidad del nacimiento prematuro y se da la necesidad inmediata de comprar todo para el mismo.

Por eso mismo, se puede pensar en el concepto de duelo que plantea Freud (1917), donde se considera al mismo como una reacción frente a una pérdida de un objeto amado, que puede ser real o abstracto. La persona que experimenta el duelo debe aceptar que lo que se perdió no existirá o volverá más. En este caso la pérdida es sobre *“el ideal de lo imaginado y que no fue, de cierta forma es el duelo por ese proyecto que habían pensado y que pasó todo lo contrario (...)”* (Entrevista Nro.1, 2023). De cierta forma la ilusión y el sueño se estrellan con la violencia de lo real (Mathelin, 2001). Todo eso que los padres vienen imaginando y soñando del embarazo, del bebé y de su preparación es arrebatado por la irrupción de este acontecimiento.

También se puede ampliar el concepto de duelo con lo que plantea Bowlby en el texto de Falavigna (2010), donde lo define como una reacción psicológica que se pone en marcha a partir de una pérdida. El autor manifiesta que dicha reacción psicológica y emocional se puede ver de dos maneras: aguda y duradera, dependiendo de cada persona.

En las visitas llevadas a cabo en la UCIN, era frecuente escuchar preocupaciones y malestares de cada uno de los padres que ingresaba a estar con sus hijos. Estas rondaban en temáticas de no tener nada preparado para la llegada del bebé, de irse de alta sin la panza y sin su hijo, respecto a la imagen del bebé dentro de la incubadora siendo tan chico y tan frágil, entre otros. Específicamente en los registros se destacan comentarios como *“no tenemos absolutamente nada organizado ni comprado, así que tuvimos que cambiar todo y salir a comprar a las apuradas”*, *“mi hijo estaba bien, pero todo lo que está pasando no era lo que había esperado”* (Registro de práctica, semana del 30/06/2023). Esto se puede vincular con lo que plantea la autora Camerini (2013), cuando expresa que el duelo es acerca de las fantasías y expectativas no realizadas a causa de dichos nacimientos como, el alta en conjunto y en familia, el parto natural, el bebé a término, etc.

Dentro de dicha unidad, se pudo observar como el duelo de todo lo imaginado por los padres se refleja en primer lugar por el aspecto del bebé. Estos llegan siendo muy pequeños, frágiles y con un peso muy bajo, se encuentran dentro de la incubadora conectados a máquinas y cables, con un aspecto pálido o rojizo. Muchos de los padres vienen con imágenes del bebé típico grande, gordito y cachetón, pero se encuentran con este totalmente diferente y expresan *“es muy chiquito y débil”*, *“todavía no descifro a quién se parece”*. Basso y Mimiza (2012), manifiestan que son padres que se encuentran con un ambiente desconocido, con muchas máquinas y la apariencia de un hijo enfermo que destruye las fantasías del hijo imaginado.

La profesional en psicomotricidad expresó que lo que sucede es que muchos padres en la última etapa de la internación de su hijo pueden percibirlo con la cara de un bebé como ellos pensaban, y antes no reconocían esa imagen con la que tenían en su mente desde que ingresaron a la UCIN (Registro de práctica, semana del 18/08/2023).

Con el tema de la maternidad- paternidad son padres que imaginaron que la misma iba a ser de una forma y terminó siendo de otra por la irrupción del nacimiento prematuro. Se encuentran condicionados por estar dentro de la UCIN, sus cuidados y funciones se encuentran influidos por los médicos y se sienten expuestos ante la mirada de otros. En acciones como por ejemplo darle de comer a sus hijos, también se da de una manera muy diferente a la que ellos pensaban, y donde lo tienen que hacer frente a otros padres, y con mucho cuidado por todos los cables que se encuentran conectados a los bebés.

Respecto al alta conjunta, esta no se da y se considera uno de los momentos más dolorosos dentro de la UCIN. La mayoría de los padres realizan la pregunta “¿cuándo nos vamos a ir de alta juntos?” (Registro de práctica, semana del 10/05/2023). Son padres que tienen que volver a sus hogares sin su bebé, donde el lugar que le armaron para dormir permanece vacío hasta que el mismo salga de la clínica. Como también puede suceder que deban organizar todo apresurado para la llegada del bebé, ya que no tuvieron tiempo a realizar todos esos preparativos.

Camerini (2013), expresa específicamente que ser madre prematura conlleva a todo esto; es irse a su casa sin su bebé en brazos, llegar a sus hogares y no tener a nadie quien poner en la cuna, es sacarse leche con una pezonera eléctrica y donde tienen a un bebé que no se puede prender aún, es no poder bañarlo, entre otras cosas.

Como se explica, el duelo viene acompañado de un gran malestar a causa de la pérdida que experimenta la persona y a la vez impacta produciendo cambios a nivel físico, social y psicológico (Basso y Mimiza, 2012). Si se toma como ejemplos los padres de **S** y **J** los mismos dejaron de llevar a cabo hábitos como comer, descansar, despejarse y por eso mismo se los notaba todo el tiempo cansados y abatidos. También había mucha angustia, ansiedad, miedo y culpa.

Al hablar de duelo en este apartado es pertinente explicar las etapas del mismo, para esto se toma el modelo de duelo de Kübler- Ross (1969) donde se busca identificar y analizar cómo los padres transitan por ellas dentro de la unidad neonatal.

Cuando los padres ingresan a dicha unidad lo primero que se observa es la angustia. Es una angustia arrasadora, que obstruye y que no deja ser, ni mirar dentro de la misma (Entrevista Nro. 2, 2023).

Estos padres que se encuentran dentro de la unidad se topan con un entorno repleto de aparatos, profesionales, rostros desconocidos y con una sensación de mucha soledad y preocupación. Donde su hijo es entregado al cuidado de individuos que no conocen (Basso y Mimiza, 2012). En la entrevista con el personal de salud mental se obtuvo la información de cómo los padres al comienzo les cuesta autorizarse para llevar a cabo ciertas acciones como alzarlos, tocarlos o simplemente estar cerca de ellos. Se encuentran en una situación donde quedan reducidos en un lugar de no saber cómo plantarse frente a los bebés y como brindarles un cuidado si para ellos los médicos son los únicos que pueden hacerlo. De cierta forma, se excluyen y se sienten ajenos a todo lo que sucede con los mismos (Entrevista, Nro. 1, 2023). Mathelin (2001), expresa que para estos padres el niño continúa el embarazo sin la madre, y que la incubadora sostiene y lleva a cabo lo que ella no pudo hacer.

Además, esta autora expresa que cuando aparece el nacimiento, la madre por lo general debe hacer un duelo por ese hijo imaginado y el de sus fantasías que se formó durante el embarazo. Lo que sucede es que cuando irrumpe el nacimiento por prematuridad todo el duelo se vuelve mucho más complicado y hasta puede llegar a ser imposible de transitar. Cuando se da este tipo de nacimiento, la madre busca anular directamente lo que él mismo aconteció, y para ella sigue portando con ese hijo imaginario para no enfrentar la decepción que viene acompañada con lo que realmente sucede en la realidad (Mathelin, 2001).

Lo mencionado anteriormente, se puede vincular con lo que plantea la psicóloga en la entrevista, donde observa que en los padres se hace presente la negación y evitación como un tipo de mecanismo de defensa que se activa en los mismos. Con el objetivo de evitar procesar la situación tan difícil y complicada que están viviendo. Donde muchas veces eso repercute en el trabajo con ellos dentro de la UCIN, ya que no ingresan en ella o no cooperan con los cuidados y tareas que se le piden (Entrevista Nro. 1, 2023).

Las autoras Basso y Mimiza (2012), expresan que en el ámbito hospitalario se proyectan todas las fantasías depresivas de la madre convirtiéndolas en persecutorio (ansiedad paranoide). Estas autoras sostienen que muchas veces sucede la falta de comprensión por parte del personal de salud, y esto lleva a que en la madre aumente esa ansiedad paranoide y tenga la necesidad de retirarse de ese ambiente. Esto se puede relacionar con lo que plantea la psicóloga, acerca

del rechazo o la evitación que tienen los padres con ingresar a la UCIN o participar en las tareas; tal vez por la presencia de esa ansiedad paranoide que los invade y los hace actuar de dicha manera.

A su vez, lo que manifiesta la autora Mathelin (2001) sobre sostener el hijo imaginado se puede vincular también con lo que la psicomotricista menciona que cuando los pacientes *“son prematuros extremos aparece el miedo a tocarlos, acercarse a la incubadora, y hasta la imposibilidad de reconocerlos hasta como bebés.”* (Registro de práctica, semana del 11/08/2023). Según la profesional esto último es algo que suele pasar seguido, donde los padres recién con el paso del tiempo lo van constituyendo y libidinizado como bebés, al punto de manifestar *“ya se parece más a un bebé”*.

Siguiendo el modelo de duelo que plantea la autora, se puede relacionar a este primer contacto con la UCIN y la reacción de los padres ante lo perdido como una primera etapa del duelo. La misma se caracteriza por la negación que se da ante la presencia de la pérdida y lo que ella produce. Esto es lo que se observa en los padres, cuando se habla de la negación para no hacerle frente a las repercusiones que produce la pérdida por la incidencia de este tipo de nacimiento en ellos (Kübler Ross, 1969).

El enojo y la frustración es algo que también se observa dentro de la UCIN, al no saber cómo actuar o posicionarse frente a los bebés. En los padres de **S** y **J**, la mayor parte del tiempo se encontraban inquietos y desconfiados en cada intervención por parte de los médicos. Se los percibía angustiados y preocupados, estos padres no se despejaban ni un segundo de al lado de las incubadoras, y cuando los profesionales se acercaban trataban de responder cada uno de los interrogantes que le surgían.

En los registros se pudo observar como la madre de **S**, se encontraba con mucha frustración e impotencia al no entender lo que estaba sucediendo con su hijo y no poder ayudarlo (Registro de práctica, de la semana 7/07/2023). Esta madre quería encontrar respuestas a lo que estaba sucediendo con él y comentó que había buscado en internet información toda la noche anterior y que eso empeoró su estado.

Por otro lado, la madre de **J** se encontraba en un estado de alerta y a la defensiva. Todo el tiempo estaba presente y escuchando cada intervención, donde pedía un diagnóstico constantemente de cómo se sentía su hija. En esta madre se pudo observar al comienzo como un cierto recelo, donde no quería dejar a su hija en manos de los profesionales en ciertas cuestiones, y dar un paso al costado cuando se lo pedían. Un motivo al cual se puede adjudicar

este comportamiento, es que al ser médica y vivir estas situaciones cotidianamente, entendía todo lo que sucedía y por eso le costaba correrse de ese lugar y ser madre ante esa situación.

Esa frustración se puede relacionar con la segunda etapa del duelo, donde aparece la ira al sentirse impotente la persona de no poder hacer nada ante las consecuencias de la pérdida. A su vez, dicha etapa se caracteriza por la búsqueda incipiente de culpables ya sea en ellos mismos o en otras personas (Kübler Ross, 1969).

Dentro de la UCIN, la culpa es una temática que se observa mucho y causa diferentes sentimientos y emociones. Los padres dentro de la unidad se encuentran todo el tiempo buscando culpables por las situaciones que está viviendo el bebé, la mayoría de las veces apuntan contra ellos mismos como responsables de todo lo que sucede. Vanier (2013) expresa que ante las situaciones que tienen que experimentar por el nacimiento prematuro hace que aflore y aumente el sentimiento de culpabilidad, y la culpa para la autora la considera una mala compañera por el impacto que podría llegar a tener en cada uno de ellos y en el bebé.

Como se viene explicando, la culpa en la unidad neonatal es algo que irrumpe y desestabiliza a los padres, por parte de la madre se puede observar la culpa por no haber podido retener a su hijo los nueve meses dentro de su panza. Piensa que pudo haber hecho alguna acción que perjudicó al nacimiento a término y se diera de esta forma prematura. También la culpa de no poder mirarlos, ni sostenerlos. (Entrevista Nro. 1, 2023). En estos padres se puede percibir como la culpa los invade hasta en acciones como dormir y descansar, se sienten avergonzados de admitir al frente de los profesionales haber descansado una noche en sus hogares y haber dejado a sus bebés en la UCIN en manos de otros (Registro de práctica, semana del 8/08/2023).

Con los padres de S, se recuerda un momento que el padre se sentía muy culpable y mal porque su hijo una noche había vomitado la comida y él interpretó que él era el causante de ese episodio porque le había dado mucha, y quizá él no podía soportar tanto. Su posición daba a entender lo mal que se sentía al respecto, tenía la cabeza gacha y expresaba su vergüenza.

Las autoras Basso y Mimiza (2012) remarcan que esos sentimientos de culpa y desvalorización que sienten, rondan en esas temáticas de sentirse incapaz de sostener o mirar a su hijo que debe ser hospitalizado y exponerse a complejas intervenciones clínicas lejos del cuidado de ellos. Se sienten culpables y avergonzados al ver la vida tan complicada que le están dando a ese bebé que trajeron al mundo.

A su vez, esta culpa que se observa en los padres en la unidad se puede vincular también con lo que plantea la autora Mathelin (2001). La misma expresa que cuando dan a luz a un hijo prematuro, las madres tienen una imagen negativa de su persona debido a que no pudo llevar a su niño y le dio una vida demasiado frágil. Es decir, de no poder haber sido capaz de traer al mundo un hijo saludable y bonito. Para esta autora, son madres que fueron separadas de sus hijos en el momento del nacimiento, y desde esa situación buscan una explicación y una causalidad para generar un lazo psíquico de lo que ocurrió. Se encuentran sumergidas en esa ola de culpabilidad. Se sienten mal y ven a un hijo que las hirió narcisísticamente, un hijo que las hizo experimentar el fracaso (Mathelin, 2001).

Esta herida narcisista es la que habla Freud en el texto de Vanier (2013). El mismo expresa que durante cada nacimiento el narcisismo de los padres vuelve a renacer, viene un hijo maravilloso que todo solucionara. Sin embargo, con los nacimientos prematuros el narcisismo de los padres se pone en juego, ya que de cierta forma son padres que se les hace difícil invertir a ese bebé que tienen delante.

Una vez que pasan las semanas y los padres ya se encuentran instalados dentro de la UCIN, se puede observar cómo se van acomodando y sintiéndose más relajados. Primero el vínculo que se genera con los otros padres y el gran sostén recíproco que se brindan entre ellos, es muy importante. Se puede destacar en los registros el clima de risas, charlas, consejos y apoyo, como el mismo reconforta y ayuda a pasar el proceso de la mejor forma (Registro de práctica, semana 7/07/2023).

A la vez, se puede percibir la confianza en los padres y la participación de los mismos con el equipo de salud, que viene acompañada de una cierta aceptación por parte de ellos en relación a los acontecimientos que transitan y lo que están viviendo. Basso y Mimiza (2012), hablan de un proceso de aceptación y lucha por parte de los padres contra todas las adversidades que se dan en la internación. Son padres que ya comienzan a estar conectados con las actividades dentro de esta unidad y comienzan a entender que la vida del niño también depende de sus cuidados.

Con esto último, la autora Mathelin (2001) expresa que es importante incorporar a la madre en los cuidados y correr al personal de salud de ese lugar de “buena madre omnipotente”. De cierta forma, buscar desterrar esa mirada que tienen hacia los profesionales como únicos y primordiales para la salud de los bebés.

Podría relacionarse lo explicado sobre la aceptación que realizan los padres con lo que sucede en la UCIN, con la etapa del duelo en donde se acepta de forma gradual la pérdida, y sobreviene un estado de calma y serenidad al comprender lo que la persona está atravesando (Kübler Ross, 1969).

En los padres de **S** y **J**, se pudo observar cómo a medida que iba pasando el tiempo y viendo las mejoras de sus hijos la tranquilidad aparecía en cada uno de ellos *“estoy mucho más tranquila al ver que está mejorando”* (Registro de práctica, semana 30/06/23). Se sentían más reconfortados al ver cómo sus hijos pasaban de sala, y aunque no fuera el alta significaba un gran valor para ellos. (Registro de práctica, semana 28/07/2023). Además, se sentían más calmados cuando estos ya comenzaban a conocer cada una de las intervenciones que llevaban a cabo los médicos con los bebés y se les daba el lugar para que estos pudieran hacerlas también. Con estos padres, se pudo percibir como le colocaban la medicación a sus bebés, como les cambiaban las vendas, como les sacaban la sonda, entre otros comportamientos. Esto era muy valioso, porque les ayudaba a entender y procesar todo lo que estaban viviendo allí; sumado al papel activo en los cuidados de sus hijos.

Además, con estos padres algo que se puede destacar, es el gran apoyo y sostén que se brindaban entre ellos. Celebraban juntos las mejoras de sus bebés, el aumento de peso, el paso de una sala a otra, y también el acompañarse en momentos difíciles que vivieron allí dentro.

Con la compañía de la psicóloga referente se pudo entender que todo el proceso que dura el nacimiento prematuro, le da la posibilidad a los padres en poder amoldarse y entender toda la situación que se encuentra atravesando. Cada uno va pasando por diferentes etapas y con la compañía de los profesionales va asimilando cada situación que se le presenta. A su vez, con el paso del tiempo en los padres puede suceder que puedan encontrar en el bebé esa imagen que tenían desde que este se encontraba en la panza. En el caso de **S**, su madre cuando este ya se encontraba en otra sección con un peso mayor y sin cables o máquinas conectadas expresó *“ahora se parece más a un bebé”* (Registro de práctica, semana del 28/07/2023).

8.2.2.2 *NO QUERER VINCULARSE CON UN BEBÉ PREMATURO*

Siguiendo lo planteado respecto al duelo en el nacimiento prematuro, se puede pensar y hablar también acerca de un duelo anticipado. Muchos de los padres dentro de la UCIN buscan evitar encariñarse con el bebé porque sienten que en algún momento lo van a perder o algo le va a suceder por su condición delicada. La profesional en psicomotricidad expresó que hay muchos padres que les cuesta mirarlos, tocarlos o siquiera ingresar a esta unidad; muchas veces esto se puede interpretar como una conducta para evitar formar un vínculo con los mismos y luego sufrir con una supuesta partida del bebé. Esto se debe a que la fantasía de muerte se encuentra muy presente en estas personas dentro de la UCIN, ya que la misma es un ambiente donde la vida y la muerte están en juego todo el tiempo. Sumado a que es un lugar de terapia intensiva, donde hay aparatos, cables, médicos y diagnósticos desfavorables que hace que aumente dicha fantasía.

Las autoras Basso y Mimiza (2012), consideran a este tipo de duelo, el duelo anticipado, como una respuesta normal y esperada por parte de las personas para buscar cuidarse ante la presencia de la muerte de un ser querido, lo cual le permite ir adaptándose a esa supuesta pérdida que podría llegar. Este es un tipo de duelo que ayuda a las mismas a atenuar los efectos que podría causar la asimilación de ella.

En las visitas de la UCIN, se pudo percibir algunos comportamientos que dan a entender este tipo de duelo ya que algunas veces había bebés solos dentro de las incubadoras y sin ninguna persona cerca, las enfermeras comentaban que sus padres no querían ingresar a la unidad directamente o si ingresaban estaban muy poco tiempo y se iban rápidamente. Específicamente se recuerda que había una madre con dos gemelos dentro de la unidad, y todo el tiempo ella sola se encargaba de los bebés. Se la notaba muy cansada y exhausta, y cuando se le preguntaba acerca del padre ella manifestaba que estaba trabajando la mayor parte del tiempo y no podía venir. Las enfermeras comentaban que el padre había venido un par de veces, pero estaba muy poco tiempo y se retiraba. Con esta conducta se podría pensar, que era un padre que no quería pasar tiempo con estos bebés y no quería encariñarse por lo que podría ocurrir al estar en una condición tan vulnerable y frágil dentro de la unidad. Este comportamiento y junto con los otros se podrían observar como un mecanismo de defensa que implementa la persona, para cuidarse de un supuesto duelo que podría llegar por la pérdida realmente de un bebé. Como

lo hizo en este caso este padre, que se escudaba en el trabajo para no ingresar a la UCIN y acompañar a su pareja con los bebés.

Maldonado et al., (1981) expresan que cuando hay algún riesgo de muerte o pérdida en los bebés, los padres muchas veces vivencian la oscilación entre vincularse afectivamente o no, por el miedo de hacerlo y que luego llegue la pérdida de los mismos. Esto se podría vincular con lo explicado anteriormente con los bebés prematuros, y al verlos en un estado tan vulnerable a los mismos tienen esa indecisión de relacionarse o no con los bebés por lo que podría ocurrir.

Cabe aclarar, que cuando se dan estas situaciones los profesionales de salud mental de dicha unidad nunca obligan a los padres a ingresar a ella y estar con los bebés, entienden que muchas veces pueden darse estas situaciones y buscan trabajar con ellos de la manera que puedan. También pueden proponer que venga otra persona en su lugar para ayudar a la madre en estas situaciones.

Si volvemos a los dos casos que se utilizan como ejemplos en este trabajo, en el caso del bebé **S**, si retomamos el episodio donde sufrió una complicación su madre necesitaba de la palabra de un médico en ese momento que pudiera asegurarle que su hijo iba a estar bien y que no iba a perderlo “*Constantemente busco que algún doctor me diga algo que me tranquilice y que me asegure que va estar bien, no hay cambios ni avances. Tengo miedo*” (Registro de práctica, semana del 7/07/2023). Se puede pensar con esto, como esta madre necesitaba buscar una respuesta sobre el estado de su hijo como una forma de anticipar o prevenir lo que podría ocurrir con este más adelante. A su vez, buscaba de una palabra que le diera una mínima esperanza que no iba a perderlo, pero también se podría pensar que buscaba una respuesta que le dijera que iba a pasar y con ello prepararse para todo lo que podría venir con ella.

En la UCIN de la clínica, el duelo puede llegar inclusive por el fallecimiento y la pérdida de un bebé, aunque no fuera en estos casos. El duelo acerca de un hijo, es el duelo más difícil y complicado de elaborar, y es el que dura mucho más en el tiempo (Basso y Mimiza, 2012). Pero en las visitas llevadas a cabo en la unidad no se presenciaron la pérdida de algunos de los bebés que se encontraban internados en ese momento.

8.2.3 LOS MIEDOS Y TEMORES QUE SURGEN EN LOS PROGENITORES AL TENER UN BEBÉ PREMATURO Y EN SU ESTADÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Como se explicó en los objetivos anteriores el ingreso a la unidad neonatal, es un momento difícil y duro que tienen que transitar las personas. Llegan a un lugar totalmente desconocido, extraño y repleto de personas y aparatos. En este objetivo se busca analizar los **miedos y temores** que surgen en los progenitores al tener un bebé prematuro y experimentar su estadía dentro de dicha unidad. Con las visitas llevadas a cabo en la misma se pudo observar cómo esos miedos y temores van cambiando de acuerdo a la etapa o momento del proceso en el cual están insertos los padres.

8.2.3.1 EL TEMOR DENTRO DE LA NEO

En primer lugar, es pertinente retomar los temores que se dan durante el embarazo, como se explicó anteriormente a lo largo de este periodo los padres van teniendo algunos miedos que son comunes en todas las personas. Los mismos rondan en temáticas del lado de la madre: miedo a no tener leche, miedo a la muerte del hijo, temor a morir en el parto, preocupaciones respecto a la anestesia, entre otros. Del lado del padre: miedo de ejercer el rol de padre y esposo, temor y desconfianza con los médicos y profesionales que atienden a su familia, entre otros (Videla, 1997).

Durante el transcurso del mismo también se puede identificar específicamente el miedo al parto prematuro, donde los padres no quieren que el mismo suceda de dicha manera por lo que implica tener un bebé tan chico y frágil; juntos con los cuidados estrictos que hay que brindarle (Videla, 1997). Este miedo se hace presente cuando los padres no se encuentran

preparados para la llegada del mismo, y lo manifiestan de dicha manera (Maldonado, et al. 1981).

A su vez, estos últimos autores expresan que cuando en el embarazo se presenta algún riesgo o complicación, estos temores típicos aparecen con mayor intensidad; donde no se trata solo de una remota posibilidad sino de una amenaza de pérdida del bebé. Es decir, esto produce que viejos temores -que el bebé no se encuentre bien dentro de la panza, de no ser capaz de generar buenos bebés o de no merecer tener un hijo perfecto- puedan ser confirmados por la realidad en la persona (Maldonado, et al., 1981). Esto se podría vincular también con la presencia del parto prematuro, y en la madre se activan esos miedos antiguos al verlo tan vulnerable y frágil con posibilidades de perderlo en cualquier momento.

Cuando el parto prematuro se presenta, la violencia con la cual se da hace que afloren otros miedos y temores en los padres. Si tomamos a la autora Vanier (2013) ella propone que las condiciones en la que se da este nacimiento son muy desestabilizadoras para las personas que lo viven. Expresa que la violencia del parto, cuando desprenden al bebé de los brazos de sus padres para llevar a cabo diferentes intervenciones, los lleva a tener un gran temor por saber qué pasó y preguntarse si está vivo o no. Esto se puede relacionar con lo que una psicóloga habló en la entrevista acerca de la angustia y el miedo que surgen en las familias, específicamente en las madres en el momento del parto y en esa violenta separación con el recién nacido que es trasladado automáticamente a cuidados intensivos (Entrevista Nro.1, 2023).

A su vez, en el caso de **J** la psicóloga referente durante las conversaciones dentro de su consultorio comentó acerca del día del parto de la bebé y cómo su padre recuerda el momento en que le sacaron a su hija de sus brazos. Él mismo cuenta que presencié una situación donde la sala se quedó en total silencio, y él sintió un miedo recorrer todo su cuerpo al no saber qué sucedía con su hija. Cuando uno de los médicos se acercó y le dijo “*respira*”, eso fue un alivio para él en todo ese caos que estaba viviendo en su nacimiento.

Así mismo, Vanier (2013) expresa que, junto con esta situación, aparece la violencia cuando trasladan al bebé directamente a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y luego cuando le dan el pronóstico del mismo y los riesgos que podría tener. En la entrevista que se realizó a la misma psicóloga se pudo rescatar:

El primer contacto del padre es con las enfermeras que lo reciben. Cuando el bebé nace el médico y la enfermera lo trasladan al área de neonatología. Generalmente el padre es quien ingresa y se lo observa muy asustado y preocupado, también se le suma estar así por su bebé y con la mujer en quirófano que no sabe cómo está. (...) Se le explica cómo es la modalidad de trabajo en la neo al padre y se le recomienda que le cuenta a la madre dónde está su hijo. De cierta forma que le vaya transmitiendo y haciendo una idea de cómo es la misma (Entrevista Nro. 1, 2023).

Acá se puede observar lo que plantea la autora cuando habla de la violencia en ese momento, cuando le retiran al bebé de sus brazos para llevarlo a la UCIN y el padre en este caso es quien presencia toda esa situación. A su vez, recibe por parte de los médicos el pronóstico de su hijo y se le explica la modalidad de trabajo dentro de la unidad. Esto hace que afloren ciertas preocupaciones no solo por la salud del bebé, sino por la salud de su esposa que se encuentra dentro del quirófano aún. Además, como se viene hablando los mismos ingresan a un lugar desconocido y les genera mucha incertidumbre provocando miedo a lo incierto y a lo extraño.

Cuando los bebés ya se encuentran dentro de la UCIN, en las visitas se pudo observar que los miedos de los padres son en relación a la fragilidad y supervivencia de los bebés, estos surgen al verlos tan chiquitos e indefensos que hacen que teman por su vida. El estado de alerta es algo que se percibe en la mayoría de los padres, cualquier ruido o sonido por parte de las máquinas hace que enciendan las alarmas de estos y tengan miedo acerca de lo que indiquen las mismas.

De cierta forma, al ver un bebito prematuro tan pequeño, frágil y más necesitado de cuidados que el bebé a término hace que se intensifiquen los temores típicos en los padres de no conseguir adecuadamente a su hijo (Maldonado, et al., 1981).

Si retomamos a la autora Camerini (2013), la misma habla que luego del embarazo se hace presente un mecanismo normal donde la persona se dedica al cuidado y protección del bebé, y donde se hacen presentes ciertos temores y fantasías vinculados a eso que son típicos. Ese mecanismo, como se explicó, lo toma del autor Winnicott que lo describe como la “Preocupación Maternal Primaria”, es un tiempo donde la madre experimenta emociones y sentimientos característicos de este mecanismo. Tiene miedo a que no sobreviva, lo cuida de una forma extrema, etc. Basso y Mimiza (2012), expresan que la madre siente las necesidades del bebé y responde a cada una de ellas de forma sensible e inmediata; estableciendo entre ambos un patrón de interacciones mutuas.

Por otro lado, Camerini (2013) expresa que cuando irrumpe el nacimiento prematuro esos temores y fantasías que se hacen presentes se experimentan con mayor potencia porque para la persona pueden volverse realidad al ver al bebé en esas condiciones tan vulnerables. De cierta forma ya no lo va a cuidar y proteger como si no fuera a sobrevivir, sino que piensa que tiene que hacer todo lo que está a su alcance para que logre sobrevivir realmente. Es decir, ya no son esos temores comunes de las primeras semanas, sino que al tener un bebé prematuro hacen que los mismos se intensifiquen y sean vividos de otra manera diferente.

Por eso mismo, dentro de la UCIN se puede pensar que los miedos que se observa en ella son en relación a la supervivencia de los bebés y su estado de alerta es para prevenir de que algo malo les suceda. Específicamente el miedo a la muerte al verlos tan pequeños y vulnerables que ante cualquier situación piensan lo peor que puede pasarles a los bebés. Esto se puede vincular con el hecho de que ingresar a la neo supone que se active más el miedo vinculado a la muerte y a la pérdida (Registro de práctica, semana del 8/09/2023).

Por ejemplo, la mayoría de las veces cuando se conversaba con los padres dentro de la UCIN estos no dejaban de prestar atención a sus bebés y ante cualquier sonido o estímulo emitido por ellos se giraban a ver qué sucedía. Una vez sucedió que una madre le estaba dando de comer a su hijo cuando una máquina conectada al mismo hizo un ruido, y ella automáticamente le retiró la mamadera. La psicomotricista le preguntó por qué lo hizo, y ella manifestó que la retiró porque pensó que le estaba causando daño. Estas situaciones se pueden asociar con lo que plantea Camerini (2013), cuando menciona que son padres que hacen todo lo posible para lograr la supervivencia de estos bebés y su protección.

Con los padres de **S** se pudo observar que el miedo a la pérdida de su hijo era muy notorio al comienzo en las visitas. Sumado a que tuvieron que precisar diferentes complicaciones que hicieron que se agrave su temor y se aumentará sus estados de alerta. En dichas visitas se los notaba tensos, inquietos y nerviosos; y no se despegan en ningún momento del lado de su bebé. La psicóloga referente explicó, que en la madre de **S** se observaba mucho el temor por haber tenido un hijo tan prematuro y chiquito, y observar cómo era sometido a tantas intervenciones clínicas de pronto. Estos miedos la llevaban a tener diferentes pesadillas de noche que imposibilitaba su descanso en su hogar.

La madre de **J** al ser médica de terapia intensiva ingresó a la neo con un estado de alerta muchísimo más elevado, y con una ansiedad y temor muy grande por la muerte de su hija. La misma psicóloga explicó que este miedo lo sostuvo durante las primeras semanas hasta que

pudo mirar a su hija más allá de los sonidos y números que marcaban las máquinas (Registro de práctica, 7/08/2023). Le costó mucho dejar de lado esa imagen de su hija, y vincularse con una bebé que no estaba enferma realmente. Esto tiene que ver quizá que sus temores y fantasías de pérdida se podían volver realidad, entonces sus cuidados iban dirigidos a una bebé que ella veía enferma por su condición tan delicada y tenía que hacer todo lo posible para que estuviera bien.

Por eso mismo, cuando se observaba a la madre se podía percibir cómo se encontraba todo el tiempo en alerta escuchando y observando cada aparato conectado a su hija. Cada uno de estos comportamientos junto con los anteriores se podría pensar que están vinculados con el hecho de ser médica y tener un conocimiento de la mayoría de las situaciones que se daban a su alrededor. En consecuencia, desencadenaba miedos y temores mucho más intensos a diferencia de otros padres.

En sí, la UCIN es un espacio donde los padres presencian todo el tiempo avances y retrocesos de sus bebés y de los otros, eso es un factor que agrava estos miedos en relación a la supervivencia de ellos. Ya que, ante cualquier situación negativa en alguno de los bebés, hace que sea experimentado por los padres con mayor ansiedad y nerviosismo. Sumado a la gran preocupación que les genera al pensar que a sus hijos les puede suceder lo mismo.

8.2.3.2 EL TEMOR DE DESPRENDERSE DE LA NEO

Al hablar de la UCIN es importante mencionar que es un espacio muy controlado, donde ante cualquier conflicto o dificultad el personal de salud siempre se encuentra cerca y a disposición para ayudar y atender lo que sucede. Es un lugar repleto de máquinas, médicos, enfermeros que le aseguran a los padres que todo está bien con los bebés y los hace sentir seguros. En dicho sitio, los padres disponen de cierta aparatología que les brinda información importante y dan a conocer ciertos aspectos del desarrollo del bebé que desean ver. Estos aparatos, por ejemplo: monitorean su peso, controlan si respira o no y hasta tienen la posibilidad

de pesar los pañales para que se den cuenta si los bebés se están alimentando bien. Toda esa disponibilidad les produce seguridad y confianza calmando cada una de las preocupaciones acerca de diferentes cuestiones.

Sin embargo, cuando se acerca el momento del alta de dichos bebés, los padres tienen mucho miedo de perder todo ese ambiente controlado y cuidado en donde se encuentran. El “alta” significa desprenderse de esa seguridad y comodidad que brinda el sitio, y comenzar una vida con sus bebés fuera de dicha unidad.

Este momento se vive como un acontecimiento que despierta muchos miedos por parte de los padres, el hecho de tener que irse del hospital y comenzar a cuidar al bebé sin estos profesionales a su disposición genera un incremento de los mismos. No saben de qué manera ayudarlo y si este realmente va a poder estar bien fuera de la unidad neonatal, y a su cargo exclusivamente. Además, el hecho de haber estado tanto tiempo dentro de la misma y con cuidados sumamente rigurosos, produce un aumento de los temores vinculados al no verse capacitados y listos para manejar al bebé solos (Pose, 2014).

Por eso mismo en la UCIN, se pudo entender que estos tipos de miedos y temores en el momento del alta van teniendo que ver con la posibilidad y capacidad de los padres para ejercer los cuidados de su hijo fuera de dicha unidad. Es decir, lejos de todo el apoyo que les brinda el personal de salud. Estos cuidados se pueden vincular con las funciones que plantea Soifer (1995) que ejerce la familia para la defensa de la vida de cada uno de sus miembros. Y donde cada una de estas funciones tienen que ver con diferentes tareas que lleva a cabo la misma a lo largo de la vida, para así generar diversas enseñanzas en ellos.

En las entrevistas a las psicólogas se pudo ratificar lo propuesto por Pose (2014) anteriormente mencionado. Donde el “alta” es un momento complejo para los padres, ya que dudan sobre sus capacidades de cuidar y brindarle todo para que esté bien. Temen que si al bebé le sucede algo no sepan cómo reaccionar o qué hacer, por eso mismo les cuesta desvincularse de las enfermeras y las máquinas que las tienen a su favor y seguridad (Entrevista Nro.1, 2023).

De cierta forma, sienten que desde el momento que se van de la institución la vida del bebé está en sus manos sin monitores y sin personal especializado a su disposición. Por eso mismo surge ese miedo en relación a no saber cómo llevar adelante la tan anhelada tarea de cuidarlo (Basso y Mimiza, 2012).

A su vez, en las entrevistas con estas profesionales se entendió que el deseo de irse de alta se pone en juego dependiendo de cada uno de los padres. Hay muchos de ellos que desean

y anhelan irse a sus hogares, como también hay otros padres que les cuesta mucho dejar la UCIN con todo lo que ella significa. Esta diferencia respecto al deseo de querer irse de la unidad depende de que si los padres ya se encuentran seguros y empoderados de cada una de las intervenciones para con el bebé, o si todavía les cuesta tomar la responsabilidad de cuidarlos sin la ayuda del personal de salud (Entrevista Nro.1, 2023).

Por eso mismo, el momento del alta no solo se da para el bebé que se encuentra dentro de la UCIN, sino para los padres que acompañaron todo el proceso de este. Los psicólogos junto con otros profesionales se encargan de evaluar si los padres se encuentran en condiciones de retirarse o todavía les falta asimilar la situación para poder hacerlo. Toda esa inseguridad, miedo y temor que se presentan a causa de ese momento se busca trabajar con cada uno de ellos, para ayudar que la transición de la clínica al hogar no sea tan brusca y dolorosa. Por eso mismo, la hospitalización conjunta es un recurso para los padres que necesitan de ese momento y es una ayuda para poder desprenderse de la unidad.

Este recurso de hospitalización conjunta, es la oportunidad que tienen los padres de hacerse cargo del bebé durante veinticuatro horas o más. Es una etapa intermedia entre la institución y el hogar, para poder atenuar los efectos que produce ese momento tan significativo (Camerini, 2013).

Con respecto a la diferencia de cómo se vive el alta en los padres, otro aspecto que puede indicar un comportamiento distinto tiene que ver con las vivencias que cada uno de ellos transita en esta unidad, y cómo eso repercute en la forma de vivir todo el proceso allí junto con este momento (Entrevista Nro. 2, 2023). Si tomamos los casos **S** y **J** para ejemplificar estas situaciones, se puede observar esta diferencia que se habla respecto a cómo vivieron dicha situación del alta dentro de la clínica.

En los padres de **J**, se pudo presenciar el alta junto con la de su hija y fue un momento lleno de emociones. Estos agradecieron a todo el personal de salud por ayudar a su bebé y brindarles apoyo a ellos mismos en todo el proceso que pasaron dentro de la UCIN. Algo muy valioso fue observar cómo estos padres se despedían con los padres de **S**, y estos últimos lloraban por el momento tan significativo que es irse a sus hogares con su bebé. También que, durante la internación de sus hijos, forjaron una gran amistad que sirvió de apoyo y sostén recíproco.

La profesional en psicomotricidad, comentó que la madre de **J** días atrás había experimentado varias crisis por la llegada del alta de su bebé y donde no quería desprenderse

de la unidad por lo que podría pasarle a su hija fuera del control que le brindaba la misma. Por lo cual, tomaron la decisión de extender la internación conjunta para ayudar y trabajar con esta madre los miedos y temores vinculados a dicha momento.

A su vez, la psicomotricista explicó que este acontecimiento se podría vincular a un episodio que había tenido **J**, donde se había ahogado una noche cuando la alimentaban y eso encendió todas las alarmas en sus padres; específicamente en la madre. Ante esta situación los médicos le realizaron todo un chequeo médico y descartaron la posibilidad de peligro de **J**, pero entendieron que el episodio era causado quizá por otro factor. Esta profesional explicó que muchas veces pueden aparecer ciertos síntomas en los bebés por el tipo de vínculo que se genera entre ellos y los padres, y pueden manifestarse a través de la alimentación o en la irritabilidad de los mismos. En el caso de la madre de **J**, ella tenía muchos miedos y temores por irse de alta que de cierta manera se transmitieron a su hija a través de sus tensiones y produjeron ese episodio (Registro de práctica, 28/07/2023).

Cuando se habló con la psicóloga referente de la práctica, ella llevó a cabo otra lectura de este episodio, y manifestó que en estos padres el suceso de ahogamiento fue un disparador que despertó nuevamente sus miedos y temores respecto a la pérdida de su hija. Por eso mismo, este episodio afectó a estos padres y causó la presencia de estos miedos que imposibilitaron el alta de ellos junto con su hija, y que se extendiera un poco más (Registro de práctica, semana del 7/08/2023).

A su vez, la psicóloga manifestó que este episodio que experimentaron los padres de **J**, se considera muy subjetivo ya que ese mismo suceso quizá en otros padres no despertaban esos miedos y temores. Pero esta madre al ser médica de terapia intensiva, fue un factor extra que hizo que se viviera todo de otra manera e intensidad.

Todo lo explicado anteriormente se puede vincular con lo que plantean las autoras Basso y Mimiza (2012), donde expresan que cuando se acerca este momento los padres vivencian diferentes estados emocionales y psicológicos.

A lo largo de la internación los padres esperan que ese momento llegue con mucho anhelo, pero al llegar el día esto comienza a cambiar debido a que deben desprenderse de la UCIN donde los mismos se sienten protegidos y cuidados. Esto desencadena un gran temor que se encuentra relacionado con ejercer sus funciones de manera correcta fuera de la unidad. Según estas autoras, es un temor que se puede manifestar de forma consciente e inconsciente en los mismos y los lleva a actuar de una manera particular para retrasar dicho momento del alta

(Basso y Mimiza, 2012). Esto último, se podría relacionar con lo sucedido con la madre de **J** y el episodio de ahogamiento que desencadenó ciertos temores que hicieron que el alta de su hija se pospusiera en el tiempo.

Por otro lado, la llegada del alta de los padres de **S** fue experimentada de una manera muy diferente. Son padres que realmente anhelaban la salida de la UCIN, y esto tenía que ver por la gran cronicidad que había tomado la internación de **S**.

Estos padres pasaron dos veces por hospitalización conjunta, la primera vez cuando estos se encontraban en el proceso comenzaron a notar a su hijo amarillento y con mucha fiebre. Automáticamente los profesionales decidieron aislarlo por su salud en una sala para trabajar con este, y donde les restringieron el paso a los padres durante días. Este fue otro momento muy frustrante y desestabilizador para ellos ya que se encontraban tan cerca del momento de irse a sus hogares y retrocedieron nuevamente (Registro de práctica, semana del 18/08/2023).

La segunda vez que estuvieron en hospitalización conjunta, los padres de **S** expresaron que se encontraban cansados y agotados y que no veían la hora de irse a su hogar. Estuvieron mucho tiempo pasando por situaciones de estrés y angustia, por lo cual estaba presente las ansias de irse de allí, y estar tranquilos. Estos padres junto con su hijo, estuvieron aproximadamente entre ciento cuarenta y ciento cincuenta días dentro de dicha unidad y por eso mismo sus ganas de salir eran intensas, sumado que tuvieron que presenciar muchos avances y retrocesos que hicieron que su cansancio se agrave más (Registro de práctica, semana del 28/08/2023).

Retomando a las autoras Basso y Mimiza (2012), las mismas expresan que en el momento del alta en los padres se pueden observar diferentes sentimientos confusos y contradictorios. El cansancio y la tensión, como sucedió con los padres de **S**, es algo que se observa en ellos por las horas, días y semanas de angustia e incertidumbre pasadas por la internación de los bebés.

En una visita en la hospitalización conjunta de estos padres, hubo una frase emitida por la madre de **S** donde da cuenta de su asimilación de todo lo vivido con su hijo “mi hijo no es un bebé enfermo, sino que necesita tiempo para estar bien” (Registro de práctica, semana del 28/08/2023). De cierta forma se interpreta como un tipo de afirmación para sus pensamientos, y da entender cómo ella veía a su hijo después de todo lo experimentado. Para ella no era un bebé enfermo, sino que necesitaba tiempo para estar bien y poder amoldarse al mundo donde se encontraba. Estos padres cuando se fueron de alta, lo hicieron con un equipo de profesionales

para ayudarlos los primeros meses; que contaban con enfermeros, fonoaudiólogos y psicomotricistas.

9. CONCLUSIONES

En el siguiente apartado, se desarrollan diferentes conclusiones que surgen del proceso que se llevó a cabo durante la elaboración del trabajo realizado.

Como se explicó con anterioridad, este trabajo fue escrito desde una posición de practicante de la Clínica Universitaria Reina Fabiola. En esta institución en el año 2023 se realizaron diversas visitas en el área de neonatología, lugar de terapia intensiva para bebés que necesitan de cuidados especiales. Es un lugar de urgencia, diagnósticos, máquinas, llantos, pérdidas, enfermeros, psicólogos, y médicos. En este espacio se pudo observar diferentes circunstancias por parte de la salud de los bebés, y en relación a los padres como consecuencia de la prematurez y encontrarse dentro de esta unidad neonatal.

A partir de lo observado y la información obtenida allí, se construyó el eje que es la temática de este trabajo. El mismo fue difícil de decidir, ya que se presentaban diversos temas de interés que se daban dentro de la clínica. Gracias a las experiencias y vivencias tomadas en las prácticas, lo que más despertó curiosidad para desempeñar este eje fue lo que sucedía dentro de la UCIN con los bebés prematuros y sus padres.

La temática de este trabajo, se basa en proveer información a otros para entender el impacto que puede llegar a tener en las personas un suceso que se presenta de una forma brusca y no esperada en la vida de cada una de ellas. El mismo es vivido como una situación de crisis, donde las mismas no saben cómo reaccionar o posicionarse frente a dicha crisis. Lo interesante de este trabajo fue mostrar lo disruptivo que puede llegar a ser un nacimiento prematuro, y el hecho de tener que ingresar a un lugar totalmente desconocido, a través de la captación de las implicancias psicológicas que tienen en las personas atravesar por dichas experiencias. Ya que la UCIN, es un lugar de terapia intensiva que despierta diferentes manifestaciones en cada una de ellas. Sumado a lo difícil que es transitar al comienzo el camino de la maternidad- paternidad con bebés prematuros cuyas vidas se encuentran en riesgo de cierta manera.

El marco teórico del trabajo giró en torno a la temática del eje, donde se fundamenta cada una de las cuestiones que componen al mismo. Este marco pone foco en una mirada psicoanalítica, que habla acerca del **impacto subjetivo** y como un mismo acontecimiento es vivido de diferentes formas por cada persona; en este caso el nacimiento prematuro. Dependiendo de factores como sus historias, sus estructuramientos psíquicos, y todos los recursos/defensas que tienen o no cada una de ellas a su alrededor.

A su vez, se desarrollan las implicancias psicológicas del **embarazo, el parto y el puerperio** en las personas que lo viven. El embarazo como un suceso que modifica el cuerpo

de la madre y estimula de una forma particular su psiquismo y espíritu. Aparecen deseos, fantasías y expectativas de la familia embarazada en relación al bebé que viene en camino (Griffa y Moreno, 2005). A la vez, se encuentra la presencia de miedos y temores típicos de ese periodo. Y el nacimiento, como otra situación que se considera importante y se lo recuerda con muchos sentimientos y emociones.

Sin embargo, se observa lo disruptivo y desestabilizador que puede llegar a ser para las personas cuando no se da en esas condiciones. El **nacimiento prematuro** se vive de otra forma totalmente diferente, su incidencia brusca e inesperada siempre se lo considera una situación traumática (Basso y Mimiza, 2012). Desde la violencia en la cual se da el parto, la incertidumbre de saber si está bien o no, el traslado inmediato del bebé al área de terapia intensiva, lo angustioso que es ingresar a esa área totalmente desconocida, el temor por la sobrevivencia del bebé, entre otras cuestiones.

En relación a la **articulación teórica- práctica** del mismo, se buscó analizar el impacto subjetivo que puede tener en los progenitores su paso por el área neonatal a causa de un nacimiento prematuro. Se pudo identificar que este impacto venía de la mano con aspectos vinculados a los duelos sobre lo perdido, la culpa por lo no alcanzado, y los miedos y temores que subsisten el hecho de atravesar por esta experiencia. Para abordar estas cuestiones se definieron tres objetivos, donde cada uno de ellos sirvió como una guía para encaminar el desarrollo de esta articulación entre el material teórico con la experiencia obtenida en la práctica.

Además, en cada uno de estos objetivos se utilizaron dos casos clínicos (**S** y **J**) junto con otras experiencias para ejemplificar cada temática que estos abordaban.

En cuanto al primer objetivo, se puede decir que en la experiencia de los casos **S** y **J** se pudo percibir el tipo de impacto que tuvieron estos bebés y su internación en la UCIN en la vida de sus padres. Estos pacientes eran bebés prematuros que habían nacido entre la semana de gestación veintiséis y treinta. Los mismos fueron avanzando de una manera particular, hubo muchas evoluciones y también retrocesos respecto a su salud. Todo eso que sucedía con los bebés era presenciado directamente por sus padres, por eso mismo estos factores junto con otros (sus historias personales) hicieron que dicho impacto sea experimentado de forma subjetiva por cada uno de estos padres.

La madre de **J** al ser médica de terapia intensiva su paso por la neonatología fue vivenciado de una manera más intensa y con mucha ansiedad al comprender la mayoría de las

situaciones que sucedían a su alrededor. Era una madre con un gran estado de alerta respecto a todo lo que sucedía a su alrededor, y mucho miedo a la pérdida de su hija.

En cambio, en la madre de **S** su experiencia fue teñida con grandes temores y miedos, pero por todas las complicaciones de salud que había tenido su hijo durante la internación en la UCIN.

El segundo objetivo en cuanto al **duelo**, se pudo percibir que el más significativo que tuvieron que hacer los progenitores tuvo que ver con el hecho de tener un hijo de una forma no esperada. Ellos durante el embarazo van creando fantasías y expectativas en relación al bebé, a la maternidad-paternidad, el nacimiento, el momento del parto, entre otros. Sin embargo, cuando se produce el nacimiento prematuro todo eso es arrebatado por la inmediatez y brusquedad por la cual se presenta. Todo eso anhelado y soñado en esos momentos es abatido por la violencia de lo real (Mathelin, 2001).

Por eso mismo, se toma el concepto de duelo de Freud (1917) para entender que en estas personas algo se pierde y tiene que ver con todo eso que imaginaron y no se cumplió por las condiciones en la que se da este nacimiento prematuro. En la UCIN se podía ver cómo eran padres que se encontraban muy angustiados por no tener nada organizado en sus hogares, por no poder irse de alta junto con su hijo, de que la ropa que le compraron no encajaba con ese bebé que tenían enfrente o padres que no tenían comprado absolutamente nada, ni habían llevado a la clínica la ropa para ellos.

A su vez, con esto se pudo comprender otro tipo de duelo dentro de la unidad que tiene que ver con un **duelo anticipado**. Él se lo toma como un tipo de mecanismo de defensa que la persona implementa para atenuar los efectos que podría causar la llegada de una pérdida. Con los bebés prematuros se pudo pensar que con ellos esto sucede, muchos padres no quieren ingresar a la unidad neonatal o les cuesta estar allí dentro y se podría pensar que tiene que ver con ese tipo de duelo. Al verlos en una condición tan delicada e indefensa, con un temor muy grande en relación a perderlos, buscan evitar cualquier tipo de contacto, o apego, para prevenir ciertas emociones y sentimientos que podrían llegar si sucede realmente la pérdida.

En cuanto al último objetivo, se pudo analizar diferentes **miedos y temores** que surgen en los progenitores ante el nacimiento prematuro, y tener que pasar por la unidad neonatal. Además, se pudo identificar como los mismos van cambiando de acuerdo a la etapa o momento que se encuentran atravesando estos padres dentro de la unidad.

Al comienzo estos miedos tienen que ver con la condición tan frágil y delicada en la que ven a los bebés, entonces su preocupación ronda en lograr que estos sobrevivan realmente en el mundo y a su lado. La posición que adquieren los padres frente a los mismos da a entender estos temores de perderlos o que algo malo les suceda.

Así mismo, se pudo comprender que hay otros miedos que tienen que ver con dejar ese ambiente controlado y seguro que es la unidad neonatal. El “alta” es una situación donde se perciben esta clase de miedos, específicamente cuando a los padres les cuesta desvincularse con ese lugar y comenzar una vida fuera de la clínica y con su bebé. Dichos miedos se encuentran relacionados con la duda que tienen de ejercer sus cuidados fuera de la unidad, y que los bebés puedan estar bien lejos de ella.

Por eso mismo, acá se puede observar como la UCIN termina funcionando como un útero para estos padres. Le cuesta mucho separarse de ese lugar que les propicia seguridad y contención, donde pudieron crecer y entender varias situaciones que se daban allí. Este momento del alta, da a comprender esta situación y cómo en los padres surgen esos miedos junto con otras emociones por no querer irse de la unidad neonatal.

Por último, se considera pertinente hablar de cuestiones personales. La práctica y el desarrollo de este trabajo fue un gran desafío a nivel personal y profesional. Por un lado, al mencionar la práctica, es importante aclarar que al ser la segunda pasante de la institución fue un reto ganarse el lugar dentro de la misma. Hubo muchas turbulencias, donde no había mucha organización respecto a lo que podía hacer la practicante, pero con mucha perseverancia se logró encontrar un espacio dentro de la UCIN. Esta unidad fue de gran interés y por eso mismo la temática de este trabajo giró en relación a ese lugar.

Además, dentro de este espacio y junto con el trabajo llevado a cabo en los consultorios, se pudo tener una aproximación del ejercicio profesional del psicólogo dentro del contexto clínico. Sumado al enriquecimiento del trabajo interdisciplinario que se observa allí entre profesionales de la salud, ya sea psicólogos, psicomotricistas, médicos, enfermeros, etc. Para el rol de futura profesional, fue muy beneficioso poder observar esto y tener la posibilidad de incorporar más información y habilidades.

Es importante aclarar que pese a las limitaciones del contacto con intervenciones psicológicas directas dentro de la clínica y de la UCIN por regla mayor, fue sumamente importante y beneficioso todo lo aprendido en cada uno de los lugares transitados en la institución. Con el acompañamiento de la psicomotricista en esta área y de la psicóloga

referente se encontró la manera de obtener la mayor cantidad de información, y tener una mirada integral de todo lo que sucedía en dicha clínica; especialmente en el área neonatal.

En cuanto a la elaboración de este trabajo, se lo vivió como una recta final de todo este proceso largo y lindo que fueron todos esos años de la carrera. En dicho proceso de elaboración, hubo muchas crisis, llantos, pero también alegrías y satisfacciones al ver cómo iba quedando. Fue muy gratificante poder lograr este resultado y concluir con esta etapa hermosa, espero que este trabajo sirva para muchos estudiantes y personas para entender la magnitud de un nacimiento prematuro y lo que causa su irrupción en la vida de las personas.

Este trabajo fue llevado a cabo con mucha dedicación y entusiasmo.

Nada grande se ha hecho en el mundo sin una gran pasión. (Georg Wilhelm Friedrich Hegel)

10. ANEXO

10.1 ENTREVISTA ABIERTA PARA PROFESIONALES PSICÓLOGOS EN TORNO A LOS PADRES QUE PASAN POR LA NEONATOLOGÍA POR UN NACIMIENTO PREMATURO

1. ¿Cómo ingresan los padres a la neonatología luego de un parto prematuro?
2. ¿En qué situaciones aparece el sentimiento de culpabilidad en cada uno de ellos?
3. ¿Cómo se percibe la angustia en ellos?
4. ¿Cómo se observa el duelo de las fantasías y expectativas con lo que realmente sucede?
5. El nacimiento prematuro ¿cómo influye en la construcción del vínculo?
6. ¿Cuáles son los sentimientos que más prevalecen en la neonatología?
7. Respecto al alta ¿Cómo se da en los padres o familia la misma?

10.2 ENTREVISTA ABIERTA PARA PROFESIONALES EN PSICOMOTRICIDAD EN TORNO A LOS PADRES QUE PASAN POR LA NEONATOLOGÍA POR UN NACIMIENTO PREMATURO

1. ¿Cómo ingresan las familias a la neonatología a partir de un parto prematuro?
2. ¿Cómo perciben la angustia de los padres?
3. ¿Perciben un sentimiento de culpabilidad en ellos? ¿Y en relación a qué situaciones aparece la misma?
4. ¿Cómo son las intervenciones que realiza con los padres o familias?
5. Respecto al alta ¿Cómo se da la salida en los padres y como lo experimentan? ¿Qué sentimientos o emociones aparecen?

10.3 INFORMACIÓN COMPLETA DE LOS CASOS CLÍNICOS UTILIZADOS DURANTE TODO EL TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CASO CLÍNICO S:

- El paciente S. había nacido en la semana 25 con tan solo 600 gramos, hacía ya 48 días que se encontraba internado con múltiples intervenciones clínicas.
- Se hablaba de una gran desorganización de su esquema llevándolo a tener signos de estrés e irritabilidad, donde se necesitaban más intervenciones para reducirlos y que puedan ayudarlo a estar mejor.
- La psicóloga referente dio información acerca del paciente S y su familia, primero hablaba acerca de la madre que se encontraba con muchos miedos por haber tenido a su hijo tan prematuro y que le realicen tantas intervenciones al ser tan pequeño. También que esos miedos le producían muchas pesadillas. Mucho miedo a la muerte de su bebé.
- Cuando se vio al paciente S por primera vez, se encontraba en el área de cuidados críticos de la UCIN. Este era un paciente que ya hacía 48 días aproximadamente que estaba internado en la clínica. Este paciente tenía alrededor de su incubadora diferentes carteles que lo felicitaban porque había pasado el kilo y eso era algo positivo. En ese momento no estaban los padres y hubiese sido bueno observarlos, o saber cómo se encontraban.
- Cuando se vio de nuevo al paciente S, esta vez sí se encontraban los padres del bebé. La mamá apenas llegó la psicomotricista le manifestó el gran malestar y dolor que estaba sintiendo, no podía ver a su hijo conectado a un respirador y ver que de cierta forma no respire por sí solo. *“Constantemente busco que algún doctor me diga algo que me tranquilice y que me asegure que va estar bien, no hay cambios ni avances. Tengo miedo”*. La frustraba demasiado ver que todos los bebés pasan a las siguientes instancias y el suyo todavía siguiera estancado en el mismo lugar, no mejorando. Expresaba que ahora su hijo le habían descubierto una dificultad médica, entonces estaba conectado a un respirador y ella no lo podía ver así. Además, que busco en internet que era y le salían

un montón de cosas graves, eso no le ayudó en nada porque agravó su malestar y nerviosismo. Cuando hablaba se la notaba muy angustiada, se movía constantemente, y las manos las torcía y las sacudía.

- La psicomotricista sin la presencia de los padres, explicó un poco la condición de S. Expresó que había estado muy grave, sufrió un paro cardiorrespiratorio y eso lo hizo retroceder muchos pasos atrás. Por eso los padres sentían que su hijo se iba en cualquier momento, entonces necesitaban de cualquier cosa para aferrarse y estar seguro que eso no iba a pasar.
- Con el paso de las semanas se visitó al paciente S. Este había pasado de sección y fue mucha la emoción al notar los avances de este paciente. Al llegar con la familia lo primero que se vio fue un cartel gigante del Dibu besando la cabeza del paciente, y celebrando los tres meses que había cumplido. Fue un momento de gracia y halago por el cartel que había hecho el padre (fanático número 1 del jugador). Los padres se veían mucho más tranquilos y alegres por estos avances. Estos expresaban que fue muy reconfortante ver cómo su hijo pasaba de sala, y aunque no fuera el alta significaba un montón para ellos. Es más, ellos decían “*ahora se parece más a un bebé*”
- Además, se estaban sacando muchas fotos porque ya no tenía el respirador y la enfermera le sacó la sonda para que pudieran capturar el momento sin eso. Estaban muy contentos porque los tíos pudieron ir a verlo y tenerlo en la falda, se reían porque decían que se portó muy bien donde no lloró en ningún momento.
- Al salir de la habitación, la psicomotricista comentó que el paciente S había evolucionado mucho pero cada intervención que realizaban con él siempre tenían en cuenta hasta donde él aguantaba y podía. No buscaban presionarlo para que realizara ciertas acciones, sino que todo se medía de acuerdo a lo que S podía soportar o no; ya que el fin no es generar retrocesos.
- En los encuentros con la psicóloga referente en el consultorio, se pudo observar hablar acerca de los dos pacientes y sus padres. Lo que observaba principalmente en ella fue la evolución de cada uno de los pacientes respecto a su alimentación, y también el proceso por parte de los padres. La psicóloga explicó que tenía una agenda donde allí escribía sobre los casos mucho más específicos y en términos psicológicos.
- La internación conjunta de S y sus padres. Cuando se ingresó a la habitación se encontraba una médica explicando algunos ejercicios para la succión del paciente, la

psicomotricista también empezó a observar esto y opinaba sobre algunas cuestiones que veía. Fue muy interesante ver una intervención interdisciplinaria entre las dos profesionales.

Luego la mamá de S procedió a darle de comer con el biberón, todos estaban observando como lo hacía y en un momento decide sacarlo de la boca de su hijo porque tenía miedo que se ahogara. Ella se justificó diciendo que no veía cuando hacía las pausas entonces decidió sacar el biberón por miedo a hacerle mal a su bebé. Esto pareció interesante porque en ambos padres el miedo y la culpa estaban presentes, ya que el padre expresó que había hecho algo mal porque su hijo había vomitado a la noche y que a lo mejor le habían dado de comer de más. Es algo frecuente ver en ellos este sentimiento de culpabilidad, donde les da mucho miedo hacer algo con su bebé; pero también es entendible ya que estuvieron mucho tiempo viendo las diferentes complicaciones que había tenido durante su internación en la Neo.

- La psicomotricista comentó que los papás de S estaban avanzando de una manera positiva, donde podían decodificar y responder las necesidades de este. Eso era muy bueno ya que muchas veces eran las enfermeras quienes se daban cuenta del estado de este, entonces es fundamental que ellos también empiecen a leerlo porque al fin y al cabo son ellos los que se van a su casa con S.
- Otra semana en la UCIN, junto con la psicomotricista hablamos del paciente y sus padres. Una semana atrás él se encontraba en la internación conjunta pero los padres empezaron a notarlo amarillo y volando de fiebre entonces lo pusieron en una sala de aislamiento. Fue un poco desanimado saber que S estaba a punto de irse de alta y tuvo complicaciones que hicieron que se quede más tiempo en la neo. La psicomotricista explicó que ellos el jueves lo venían viendo mal por eso decidieron intervenir y aislarlo para su salud, hoy ya se encontraba en una sala normal donde los padres podían visitarlo.
- Respeto a los padres, se le preguntó a la psicomotricista que veía en ellos, y expresó mucho cansancio y aislamiento. Son unos padres que no están comiendo, ni durmiendo, no tienen contacto con otras personas y su vida se reduce en venir a la clínica todos los días; igual que los padres de J. La psicomotricista comentó que le recomendaron que asistiera a un espacio terapéutico fuera, pero estos se negaron rotundamente, ante esto ellos no pueden obligarlos a hacerlo y por eso aceptan la decisión que quieran.

- Además, comentó que ellos hacían aproximadamente entre 140 y 150 días que están yendo y viniendo para la clínica, donde la internación de su hijo agarró una cronicidad y por eso la situación traumática que están viviendo también se extiende con ella. También explicó que cuando los padres salen de esa situación ya pasan a tener un post trauma y que hay una activación de síntomas cuando llegan a sus hogares, donde de cierta forma comienzan a asimilar el paso de todo y a entender lo que sucede.
- El paciente S y sus padres habían regresado a internación conjunta. Al llegar la madre lo estaba cargando y paseando por toda la habitación. La psicomotricista comenzó a hablar sobre ciertas indicaciones que debían seguir en su hogar, estos se iban a ir de alta en unos días, pero iban a tener el acompañamiento de diferentes profesionales como psicomotricistas y fonoaudiólogos de la zona donde vivían.
- Algo que se pudo observar en estos padres era un gran agotamiento físico de estar tantos meses en la Neo, y de ir y venir todo el tiempo. También la madre expresó que se quería ir ya porque estaba cansada y agotada, sentía que fue mucho lo que vivió y difícil. El padre también asentía acerca de lo que la mujer decía y agregaba que fue mucho tiempo de estar en la clínica y que no veían la hora de llegar a su hogar.
- Algo que llamó mucho la atención fue una frase que dijo la madre *“mi hijo no es un bebé enfermo, sino que necesita tiempo para estar bien”*. Lo expresó muy segura y también dio la sensación que quería confirmar algunos pensamientos que tenía. Debe haber sido muy difícil ver tantos avances y retrocesos por parte de su hijo, sumado a diversas intervenciones médicas dolorosas que tuvo que presenciar.

CASO CLÍNICO J:

- La paciente J había nacido en la semana 31 y a diferencia del paciente anterior esta no mostraba signos de estrés o irritabilidad.
- Lo que la psicóloga comentó es que la mamá de esta bebé era médica así que constantemente estaba preguntando y leyendo todo lo que le decían a esta, al entender lo que le hacía la angustia y el miedo crecía más. Por eso su estado de alerta era muy elevado y prestaba atención a cualquier sonido.
- Cuando se observó por primera vez a los padres de J estaban en el área crítica de la neonatología acompañando a la paciente. La psicomotricista le recomendó que se fueran turnando entre ellos u otras personas para que pudieran descansar en su hogar. *“estoy mucho más tranquila al ver que está mejorando”*
- Dentro del consultorio con la referente, la psicóloga C, habló un poco sobre los encuentros con los padres de J. Específicamente de lo que el padre vivió en el parto con su hija J. En el nacimiento de su hija hubo un momento en donde ella y los profesionales se quedaron en silencio, sintió un gran temor recorrer su cuerpo y uno de ellos miró al padre y le dijo *“respira”*. Después de esa palabra escuchó a su hija llorar y fue un gran alivio para ellos.
- En las siguientes visitas con los padres de J, se notaba el gran nerviosismo específicamente de la madre que siempre se encontraba cargando a su hija y muchas veces no dejaba que el padre lo hiciera.
- Cuando el padre la cargaba lo corregía o le explicaba la manera correcta de hacerlo, como si tuviese miedo de que algo les sucediera.
- Su estado de alerta era muy elevado, todo el tiempo trataba de entender lo que los médicos les decían y preguntaba también sobre cada intervención dirigida a su hija.
- Respecto al alta, tocó presenciar el alta de la paciente J. La madre se encontraba muy emocionada y agradeció a todos los profesionales que ayudaron a su hija y a ella misma, percibir la situación y conmovió a todo el personal de salud dentro de la UCIN.
- Fueron a despedirse de la familia de S, que juntos habían pasado por muchos momentos dentro de la Neo y principalmente se habían acompañado y sostenido. Fue un momento

de mucha nostalgia al ver las lágrimas de estas personas, hubo un gran acompañamiento recíproco entre estos padres durante sus estadías.

- A partir de esta salida, la psicomotricista comentó que la madre de J había tenido muchas crisis en relación al alta de su hija, no se quería ir a su casa porque tenía mucho miedo que pasara algo y que las enfermeras no estuviesen para ayudarla.
- Respecto a esto decidieron, más allá del alta de J, extender el tiempo de internación compartida para poder trabajar con la madre estos miedos o temores de ir a su casa con su hija. La psicomotricista comentó que es normal esa reacción de los padres cuando hay una hospitalización crónica de los bebés, entonces los padres no se sienten capaz o tienen miedo de ir a sus casas con ellos. En el caso de J, ella había estado internada aproximadamente 80 días internada y los padres acompañando cada momento.
- La psicomotricista comentó que la paciente había tenido un episodio una noche donde se había ahogado cuando se alimentaba con una enfermera, eso encendió las alarmas de los padres. Los médicos junto con la psicomotricista se alarmaron y le realizaron estudios para ver si era algo orgánico o de otra índole, descartaron la primera posibilidad entonces entendían que podría ser otra cosa lo que había causado el episodio en la paciente. Respecto a esto, la psicomotricista explicó que muchas veces pueden aparecer en los bebés síntomas por el vínculo con los padres, y que suele manifestarse en la alimentación o en la irritabilidad que puedan tener. Esto sucedió con la madre de J, tenía muchos miedos y temores que le terminó transmitiendo a su hija a través de sus tensiones que desencadenaron en el ahogamiento en su hija.
- A la psicóloga referente se le preguntó si podía hablar acerca de la condición de sus padres (los cuales ya se habían ido de alta hacía una semana). Ella comentó sobre la madre, esta era médica en terapia intensiva y donde la mayoría de las veces presenciaba el fallecimiento de algunas personas en la institución. Estaba todo el tiempo la fantasía de muerte rondando en ella.
- La psicóloga comentó que cuando ingresó a la neo lo hizo en un estado de alerta total, donde había mucha ansiedad y miedo a la muerte de su hija. La psicóloga percibió como a esto lo sostuvo durante unos meses hasta que pudo empezar a mirar a su hija más allá de las máquinas, pudiendo así vincularse con una bebé que no estaba enferma.
- La psicóloga desde su punto de vista explicó lo que veía de este caso, en la madre el día que se ahogó su hija despertó nuevamente el miedo de muerte que tenía desde el

nacimiento de J. Ese suceso fue algo que la afectó mucho y causó otros miedos o temores que imposibilitaron el alta de ella con su hija. Según la psicóloga, esto que le sucedió es muy subjetivo de acuerdo a cada persona, porque en ella pasó de esa forma; pero quizá en otra persona ese episodio no le despertaba ese miedo a la muerte de su bebé.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basso, G. y Mimiza, M. J. (2012). *Un nacimiento prematuro: acompañando el neurodesarrollo*. Casserini Hnos. Editores.
- Bleichmar, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente: destinos de la pulsión, destinos del sujeto*, 32- 37. Buenos Aires: Amorroutu.
- Bleichmar, S. (30 de julio de 2003). *Conferencia: Silvia Bleichmar. “Acerca de la subjetividad”*. Realizada en la Facultad de Psicología de Rosario
- [Conferencia: Silvia Bleichmar “Acerca de la subjetividad” – Silvia Bleichmar](#)
- Cartolano, E. (2006). *Adolescencia y subjetividad: tiempo de tomar la palabra*. En Rother Horstein (Comp.) *Adolescencias: Trayectorias turbulentas. Parte II: La turbulencia: tránsito hacia la complejidad*, 175- 190. Edit. Paidós. Buenos Aires.
- Centro de Psicología Integral. (22 de enero de 2024). *Las 5 fases (o etapa) del duelo: la teoría de Kübler- Ross (1969)*. <https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. <http://www.clinicareinafabiola.com.ar/>
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). 12 de noviembre de 2016. [CODIGO-DE-ÉTICA-2016.pdf \(cppc.org.ar\)](#)
- Delval, J. (2000). *El desarrollo humano antes del nacimiento y su “nido” psicológico*. México: Siglo XXI Editores.
- Falavigna, G. (2010). *De la familia romántica a la familia posmoderna*. MIMEO.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003). *Psicología clínica y psiquiatría. Papel del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe. P. R. A) (2012). *Estatuto de la federación de psicólogos de la República Argentina*
- http://www.fepra.org.ar/docs/la_federacion/estatuto_fepra_modificado_2012.pdf

- Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe. P. R. A) (2020). *Pautas de Orientación/ atención psicológica a distancia* [PAUTAS-DE-ORIENTACIÓN-PARA-LA-ATENCIÓN-PSICOLÓGICA-A-DISTANCIA.pdf \(cppm.org.ar\)](https://www.cppm.org.ar/PAUTAS-DE-ORIENTACION-PARA-LA-ATENCION-PSICOLOGICA-A-DISTANCIA.pdf)
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas Sigmund Freud Vol. 14*, 237- 255. Amorrortu, Editores.
- García, M y Triado, M. (2010). *La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica*. Publicada en la Biblioteca Virtual de Sistematización.
- Griffa, M.C., Moreno, S.J. (2005). *Clases para una Psicología del Desarrollo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hecht, E. y Storti, L. (2020). Impacto subjetivo del confinamiento. *Psicoanálisis Ayer y Hoy. Revista digital*. <https://www.elp psicoanalisis.org.ar/impacto-subjetivo-del-confinamiento>
- Hernando, M.C. (s.f.). *El niño y sus padres. Perspectivas desde la teoría de Silvia Bleichmar*. Ficha de Cátedra.
- Jara, O. (2010). *La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos*. El material es producido por el Instituto de Ciencias y Humanidades de Perú. Oscar Jara es coordinador del Programa Latinoamericano de Apoyo a la Sistematización del CEAAL y director del Centro de Estudios y Publicaciones Alforja en San José.
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*- 1ed. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano. - CINDE, 23- 258.
- Lagache, D. (1982). Psicología y métodos clínicos en D. Lagache (Ed.). *Psicología clínica y método clínico Obras III: De la homosexualidad a los celos*, 141- 156.

- León Martín et al. (2005). Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre medicina*, 16(2), 130-139.
- Ley N° 26.529 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 21 de octubre de 2009.
- Ley N° 7.106 de 1984. Disposiciones para el ejercicio de la Psicología. Boletín Oficial de la República Argentina, Córdoba, 27 de septiembre de 1984.
- Maldonado, M.T., y otros. (1981). *Nosotros estamos embarazados*. Buenos Aires: Trieb.
- Manrique Tisnés, H. (2011). Sobre la clínica en Psicología. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 21, 1-9.
- Martínez, M. M. (2024). ¿Qué es el Duelo Perinatal? Manifestaciones y abordaje. *Medico Plus*. <https://medicoplus.com/psicologia/duelo-perinatal>
- Mathelin, C. (2001). *La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Ediciones Nueva Visión.
- Nocetti, R. M. (s.f.). *Algunas referencias en relación a qué y cómo registrar*. Notas para una Psicología Social. 83- 88.
- Skaikou, K.A. (1996). *Intervenciones en crisis: Manual para la práctica y la investigación*. México. Manual Moderno. Capítulo 2.
- Soifer, R. (1995). *Para que la familia*. Editorial: Kapelusz.
- Stamateas, B. (2010). *Quiero un cambio*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Ocampo, M, P. (abril de 2013). *El hijo ajeno: vivencias de madres de niños prematuros hospitalizados*. Vol. 13 N°1, 69- 80.

[V13n1a07 - apuntes - 69 Melva Patricia Ocampo 1 El hijo ajeno: vivencia de madres de niños - Studocu](#)

- Oberman, A., Santos, S. y Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. En Boletín de la maternidad. 11, 16- 19.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (11 de mayo de 2023). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Pittman, F. (1995). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situación de crisis*. Barcelona. Paidós.
- Pose, G, A. (2014). *Las implicancias afectivas de la prematurez*. Buenos Aires: del hospital Ediciones, 15-18.
- Rotondi, G. (1990). *Principios epistemológicos para la formación académica del trabajo social*. Conferencia dictada en Asamblea de FAUATS (Federación Argentina de Unidades Académicas de Trabajo Social), 1990.
- Ruiz Martín del Campo, E. (1998). Subjetividad Femenina. *Revista Espiral*, vol. V, 13, 143-160. <https://www.redalyc.org/pdf/138/13851306.pdf>
- Taylor, J. y Bodgan, H. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. 13- 300.
- Ulloa, F. (1970) “El Método Clínico. Las herramientas clínicas”. Resumen textual de las ideas del autor expuestas en “*El Método Clínico en psicología*” (Ulloa, F: Ficha de cátedra de Psicología Clínica. UBA. 1970).
- Quiroga, A. (2018). Cuidado Centrado en la Familia en la Unidad de Neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar. *Revista Enfermería Neonatal*, 27, 4-10. [Revista Enfermería Neonatal. Agosto 2018; 274-10.pdf \(austral.edu.ar\)](#)

Vanier, C. (2013). Madres prematuras. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes* N°18 2016, 34-44.

[Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes \(controversiasonline.org.ar\)](http://controversiasonline.org.ar)

Videla, M (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Zachetti, M. (s.f.). Sobre el Superyó. Ficha de cátedra.