

# II JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL PERINATAL



19 Y 20 DE MAYO  
2023



Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología. Secretaría de Extensión  
Segundas Jornadas Nacionales de Salud Mental Perinatal / compilación de Sandra  
Marañón. - 1a ed. - Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2023.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-811-138-4

1. Psicología. 2. Medicina Perinatal. I. Marañón, Sandra, comp. II. Título.  
CDD 155.422





2das Jornadas de Salud Mental Perinatal  
19 y 20 de Mayo 2023

**Fundamentación:**

La salud mental es un proceso determinado no sólo por componentes biológicos y psicológicos, sino también históricos, socioeconómicos y culturales, cuya preservación y mejoramiento se vincula a la concreción de los derechos humanos y sociales de todos/as los/as personas .Este concepto debe atravesar nuestras prácticas profesionales y la formación de nuestros/as estudiantes ya que, la perinatal, es una de las dimensiones de la salud mental. Como tal dimensión, la salud mental perinatal, debe ser abordada interdisciplinariamente y comprendida con una perspectiva integral, por el propio período de la vida que abarca: la gestación, el parto, el puerperio y la primera infancia. Como ya hemos fundamentado en otras propuestas, el área perinatal incluye diversos conocimientos y disciplinas, como son: la psicología, el trabajo social, la medicina, la terapia ocupacional, la antropología, la enfermería, las ciencias de la comunicación, las pedagogías, la puericultura, etc. –los cuales tienen que ser atravesados por la perspectiva de género y de derechos- y los saberes propios de la comunidad: aquellos construidos por las familias, de forma comunitaria y por los usuarios del sistema de salud.

Desde el Programa de Salud Mental Perinatal de la Facultad de Psicología y el proyecto de extensión Nacer entre palabras consideramos fundamental la difusión, visibilización de los abordajes, áreas de trabajo, líneas de investigación y propuestas de intervención en esta etapa vital. Las 2das Jornadas nacionales de Salud mental perinatal posibilitarán este encuentro en el que abordaremos las complejidades de esta etapa vital.

## **Objetivos**

- Promover el encuentro de múltiples miradas sobre la Salud mental Perinatal
- Difundir los avances de las prácticas de investigación en Salud mental Perinatal
- Favorecer el intercambio de experiencias entre organizaciones académicas y profesionales.
- Generar/fortalecer redes entre los diversos actores y grupos de trabajo. · Compartir diversas experiencias.
- Conocer diferentes modelos de intervención en la temática y en las experiencias de campo.

**Destinatarixs:** Profesionales de la carrera de Psicología y licenciadxs en Psicología. Estudiantes de Psicología y carreras afines. Profesionales del área de la salud perinatal. Estudiantes de carreras de la salud que aborden la salud perinatal (medicina, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, licenciadxs en obstetricia, etc). Comunidad en general. Equipos interdisciplinarios. Redes de atención en salud mental perinatal.

**Invitadas confirmadas:** Dra. Alicia Oiberman -Dra. Elizabeth Ormart

## **Modalidades de participación:**

Asistente.  
Expositor/a.  
Panelista Invitado/a  
Tallerista.

## **Ejes temáticos:**

Abordajes en Psicología Perinatal.  
Rol del psicólogo/a perinatal.  
Procesos psicológicos asociados al embarazo.  
Vínculo: interacciones tempranas.  
Violencia obstétrica.  
Duelo perinatal.  
Dispositivos territoriales de atención en salud mental perinatal.  
Rol del/la psicólogo/a en los abordajes de los tratamientos de fertilización asistida.  
Covid 19 y abordajes en salud mental perinatal.  
Primera infancia: problemáticas actuales.

**Modalidades de presentación:**

Trabajos libres  
Talleres  
Posters

**Comisión organizadora:**

Equipo del Programa de Salud mental perinatal y el Proyecto de extensión Nacer entre palabras.

**Comisión científica:**

Dra. Alicia Oiberman  
Dra. Elizabeth Ormart  
Dra. María Marta Mainetti  
Mg. Mirta Sánchez  
Esp. Sandra Marañón  
Médica Alejandra Rodríguez  
Mg. Belén Berrutti

**Aranceles:** Sin arancel.

**Modalidad:** Presenciales

**Cronograma**

Presentación de resúmenes (250 palabras) hasta el 20/3/2023

Presentación de trabajos completos (2500) palabras para incluir en actas, hasta 10/04/2023.

Recepción de trabajos: [jornadasperinatalunmdp@gmail.com](mailto:jornadasperinatalunmdp@gmail.com)

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN:** <https://forms.gle/aRj2ciEBZ25JwKyQ6>

## Índice

<b>PONENCIAS CENTRALES.....</b>	<b>7</b>
<b>Por qué no anidan las madres: Los obstáculos en la no anidación de mujeres embarazadas.....</b>	<b>8</b>
<b>La importancia de los primeros mil días.....</b>	<b>23</b>
<b>Constitución del psiquismo e hipótesis sobre el psiquismo fetal.....</b>	<b>23</b>
<b>La importancia de la microbiota en el embarazo, parto y lactancia .....</b>	<b>29</b>
<b>Los duelos en técnicas de reproducción humana asistida (TRHA).....</b>	<b>32</b>
<b>“Aportes para un nacimiento respetado: una visión de obstétricas sobre los cuidados del parto”.....</b>	<b>46</b>
<b>Políticas Públicas y Primera Infancia. Una mirada crítica sobre los espacios de cuidado infantil en General Pueyrredón.....</b>	<b>51</b>
<b>Tecnologías biomédicas y feminismos Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos.....</b>	<b>67</b>
<b>Patología perinatal: la red de sostén como enfoque preventivo.....</b>	<b>75</b>
<b>Rondas de embarazo y puerperio como un dispositivo posible de abordaje interdisciplinario.....</b>	<b>81</b>
<b>La intervención del psicólogo en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal.....</b>	<b>97</b>
<b>Construyendo un nuevo paradigma: la historia de los psicólogos en una maternidad pública de Tucumán.....</b>	<b>105</b>
<b>La función del analista en el acto de parir.....</b>	<b>113</b>
<b>Depresión postparto y factores de riesgo psicosociales durante la gestación.....</b>	<b>119</b>
<b>Apego olfativo: Estimulación con olor de leche materna en bebés prematuros.....</b>	<b>130</b>
<b>B24: análisis de un caso a la luz de la Teoría de las Relaciones Objetales.....</b>	<b>139</b>
<b>La Inclusión de la familia ampliada en un programa de ingreso de familiares.....</b>	<b>147</b>
<b>Autor/es:.....</b>	<b>147</b>
<b>Prevención de violencia obstétrica desde el abordaje de la salud mental de las y los trabajadores de la perinatalidad.....</b>	<b>161</b>
<b>Aportes para un nacimiento respetado.....</b>	<b>168</b>
<b>Acompañar en el dolor : Estado de situación y medidas implementadas ante la muerte perinatal en el hospital J.B. Iturraspe de Santa Fe.....</b>	<b>176</b>
<b>Cajas de Recuerdos como elemento facilitador de procesos de duelo.....</b>	<b>182</b>
<b>Los nacimientos sin vida también son sagrados”: Relato de experiencia/s a través de la fotografía.....</b>	<b>188</b>

<b>Desarrollo Cognitivo en Primera Infancia: Programa de Evaluación y Estimulación en Hogar Convivencial.....</b>	<b>194</b>
<b>Dispositivo de atención perinatal integral en un Centro de Salud Municipal.....</b>	<b>203</b>
<b>“Maternar en red. Talleres de acompañamiento en salud mental perinatal en Concepción del Uruguay, Entre Ríos.”.....</b>	<b>210</b>
<b>Un relevamiento acerca del apoyo psicológico brindado por los Centros de Fertilidad de CABA para personas gestantes y familias atravesando un tratamiento de Técnicas de Reproducción Humana Asistida.....</b>	<b>215</b>
<b>Una mirada sobre las construcciones familiares a través de TRHA en la diversidad.....</b>	<b>225</b>
<b>El rol del psicólogo/a perinatal en el abordaje de pacientes receptoras de gametos femeninos donados. Deseo, Bioética y derechos del recién nacido/a.....</b>	<b>234</b>
<b>Consecuencias psicoemocionales de la Pandemia en madres y padres de bebés nacidos en el contexto de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio y Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio en la ciudad de Mar del Plata.....</b>	<b>240</b>
<b>Obstáculos y facilitadores en las trayectorias de atención y la salud mental perinatal en Argentina.....</b>	<b>249</b>
<b>Emociones, sentimientos y apoyo social percibido en embarazadas y puérperas. Un estudio longitudinal en Argentina.....</b>	<b>257</b>
<b>Factores de riesgo psicosocial durante el embarazo. Similitudes factores de riesgo psicosocial durante el y diferencias antes y durante la pandemia de COVID-19.....</b>	<b>266</b>
<b>¿Puede la adversidad parental tener efectos sobre el temperamento de los bebés? Psicopatología materna, programación fetal y temperamento infantil.....</b>	<b>275</b>
<b>Parentalidad, creencias y apego en madres asistentes a un programa de promoción del desarrollo saludable en la primera infancia.....</b>	<b>285</b>
<b>Dificultades en la alimentación en niños pequeños: estudio de los factores asociados.....</b>	<b>294</b>
<b>“Había una vez un árbol de palabras”.....</b>	<b>308</b>
<b>Posters .....</b>	<b>316</b>

## PONENCIAS CENTRALES

*Dra. Alicia Oiberman*

*Dra. Elizabeth Ormart*

*Mg. Mirta Sánchez*

*Esp. Sandra Marañón*

*Médica Alejandra Rodríguez*

*Dra. Mariana Bright*

*Lic. Débora Gamboa*

*Mg. María Aurelia González*

*Lic. Yanina Scarpello*

*Lic. Agustina Cepeda*

*Dra. Cecilia Rustoyburu*

*Dra. Natacha Mateo*

# Por qué no anidan las madres: Los obstáculos en la no anidación de mujeres embarazadas.

## **Oiberman Alicia**

Centro de Investigaciones en Psicología, Matemáticas y Experimental (CIIPME – CONICET) Directora de la Carrera de Especialización en Psicología Perinatal. Facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires.

## **Introducción:**

Culturalmente el modelo médico hegemónico ha conducido a que se ponga foco en el proceso somático del embarazo, lo cual mantuvo oculta la consideración de que paralelo al soma ocurre un proceso psíquico en la mujer. Si bien se ha llegado a un consenso respecto a que el nacimiento es un fenómeno biopsicosocial, no se ha podido aún escapar al paradigma de fragmentación mente cuerpo. El eje puesto en los aspectos somáticos del embarazo mantuvo silente el proceso psíquico que atraviesa la mujer durante esta etapa (Smith, et al., 2013; Smith 2021).

Es importante considerar el tiempo psíquico de la mujer ante la noticia del embarazo y la posibilidad de aceptar o no esa gestación. Dicha aceptación conduce a la posibilidad de tener un registro psíquico de otro ser dentro del propio cuerpo, lo cual permite anidar el feto. Se trata de un proceso en la psiquis de la mujer, que va desde el registro psíquico del embarazo hasta la representación psíquica del bebé. En este sentido, integrando los aspectos psicológicos de este fenómeno, existe un proceso psicológico que se produce en el psiquismo de la madre: la gestación psíquica y la anidación psíquica, ambos darán lugar a una representación psíquica del bebé.

Daniel Stern consideraba que hay una reorganización de la vida psíquica de la mujer, y manifiesta que es el fruto de un trabajo psíquico profundo y acumulativo de la gestante durante los 9 meses que emerge gradualmente. Stern considera que el : “el proceso de embarazo físico conlleva a un proceso de embarazo mental donde la identidad se modificará la identidad de la mujer (Bruschweil- Stern, 1998 )El nacimiento de una madre).

La gestación psíquica y anidación psíquica constituyen dos pilares que surgen del embarazo mental y sobre los cuales se desarrollará posteriormente el Maternaje. Considerando este último como el desarrollo psicoafectivo que acontece en una mujer cuando se produce su maternidad biológica. Lo definimos como el conjunto de

procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad (Oberman& Paolini, 2019).

Podemos encontrar obstáculos en el desarrollo del maternaje en aquellos casos en los que hay dificultades en la anidación psíquica.

### **Anidación psíquica:**

Anidar proviene de nido, de buscar un espacio para el otro. Consideramos que así como el útero comienza a albergar al feto y lo alimenta a través de la placenta, la madre debe hacer lugar en su psiquismo para anidar al niño. Esto permitirá dar lugar a otro que depende y dependerá por un largo periodo absolutamente de ella (Winnicott et al., 1990).

La anidación psíquica implica una alteridad pues cuando la madre gesta recibe a un huésped, hospeda. Se trata de un proceso que se desarrolla a partir de la gestación psíquica, e implica el registro psíquico de otro, dar lugar a otro en el propio cuerpo. Es el registro psíquico de un cuerpo que alberga otro.

Por lo tanto la anidación psíquica es el registro psíquico ya no del propio embarazo sino de la existencia de un bebe en gestación. Es por esto que durante la etapa de anidación psíquica, la mujer realizará un pasaje de una etapa de indiferenciación (la gestación psíquica) hacia una etapa de progresiva diferenciación con el bebe en gestación

Cuando encontramos dificultades en la anidación psíquica consideramos que la madre se encuentra en riesgo por no anidación. Son a aquellas situaciones en donde la madre no otorga un lugar afectivo al bebé en gestación. Generalmente se trata de embarazos no planificados y/o embarazo sin control. Durante el embarazo la madre manifiesta no haber imaginado al bebé. No eligió nombre para el bebé. Aquí el embarazo es vivido como estresor (embarazo como life-event en sí mismo). Esto puede conllevar dificultades tempranas en el registro materno y en la vinculación madre-bebe.

Son diversas las situaciones que impiden a la mujer conectarse afectivamente con el bebe que lleva en el vientre. Por lo tanto se puede encontrar casos de no anidación por rechazo del embarazo pero también casos en los cuales no hay rechazo por parte de la madre hacia el embarazo sino que no hay disponibilidad psíquica de esta mujer para conectarse con el bebe en gestación y tener registro psíquico del mismo. Esto podría conllevar: ausencia de cuidado del embarazo, dificultades tempranas en el registro materno y en la vinculación madre-bebe (Paolini et al., 2012; Giovanazzi&Oiberman, 2022).

Diversas situaciones conllevan a la anidación psíquica. Esta puede desarrollarse o ser rechazada durante el transcurso del embarazo. Actualmente a partir de los avances científicos en ginecología y obstetricia, se reconoce a la ecografía como un indicador primerizo de anidación psíquica (Gourand, 2011). Sin embargo muchas mujeres expresan que es el indicador auditivo, al escuchar el latido del corazón del bebé, lo que las lleva a “darse cuenta” que hay un bebe adentro de ellas”. Otras veces los movimientos del bebe intraútero les permite percibir que existe otra vida dentro de ellas.

Para Michel Soulé (1983), coexisten en la mujer durante la gestación dos tipos de representaciones mentales importantes. Una corresponde a una reactivación psíquica de su historia y de los lazos que la unen a su madre y a sus parientes, lo que le permite construir una imagen mental de sí misma como madre. La otra se refiere a sus representaciones del niño que va a nacer, que favorecen el establecimiento de una relación prenatal madre-feto.

Esta primera representación mental del bebé coincide con el concepto de bebe imaginario (Lebovicí& Halpern, 1995). La misma puede verse modificada a partir del nacimiento del niño con la confrontación con el bebe real, que llevara en estos casos a un sentimiento de extrañeza ante el bebe real, siendo este un sentimiento normal que se produce por este reajuste de la representación psíquica del bebé durante el embarazo, con el niño real. Esta confrontación y su posterior aceptación, dará lugar al nacimiento del hijo como tal en el psiquismo de la madre.

## **Materiales y métodos**

**Objetivo:** Estudiar las características y las problemáticas psicosociales y vinculares que se presentan en las mujeres con dificultades en la anidación psíquica durante el proceso de la maternidad. Identificar factores asociados a la presencia de dificultades en la anidación psíquica de mujeres embarazadas o puérperas.

**Instrumentos:** para esta investigación se ha utilizado la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP). La EPP es un Dispositivo de Intervención Perinatal (DIP). Se trata de un modelo de entrevista semidirigida que permite indagar sobre situaciones de riesgo psicosocial. A partir de la administración de esta entrevista y de lo relatado por la madre durante la misma permite registrar una serie de sucesos significativos que luego son clasificados en una serie de riesgos psicosociales perinatales.

**Población:** Desde el 2011 al 2022 en el Servicio de Maternidad y Neonatología del hospital Mi pueblo de Florencio Varela se entrevistaron a 3000 madres utilizando la Entrevista Psicológica Perinatal. Las madres fueron entrevistadas en el servicio de obstetricia, en las salas de internación conjunta de la Maternidad y en el servicio de Neonatología. De estas 3000 madres entrevistadas se seleccionó una muestra de 157 mujeres con dificultades en la anidación psíquica. Y se tomo como grupo de referencia para el análisis de asociación a un grupo de 1980 mujeres sin riesgos psicosociales.

## **Resultados:**

Del total de 3000 mujeres entrevistadas, 1020 presentaban situaciones de riesgo perinatal (30%) y 1980 (70%) no presentaban situaciones de riesgo perinatal.

Las situaciones de riesgo perinatal detectadas en las 1020 mujeres se dividieron en 10 categorías de riesgo:

- Riesgo por no anidación: 157 (15%)
- Riesgo Social: 104 (10%)
- Riesgo por duelo: 116 (11%)
- Riesgo adolescente: 168 (17%)
- Riesgo psicológico: 122 (12%)
- Riesgo físico: 84 (8%)
- Riesgo institucional: 41(5%)
- Riesgo por negación embarazo: 49 (5%)
- Riesgo ausencia de sostén de pareja: 133 (13%)
- Riesgo familiar: 46(4,5%)

Se define el riesgo por no anidación de la siguiente manera: situaciones en donde la madre no otorga un lugar afectivo al bebé en gestación. Generalmente se trata de embarazos no planificados y/o embarazo sin control. Durante el embarazo la madre manifiesta no haber imaginado al bebé. No eligió nombre para el bebé. Aquí el embarazo es vivido como estresor (embarazo como life-event en sí mismo). Esto puede conllevar dificultades tempranas en el registro materno y en la vinculación madre-bebe.

La tabla 1 describe se exponen los resultados de un análisis de asociación de variables sociodemográficas de la muestra entre el grupo de mujeres con riesgo de no anidación versus el grupo de referencia de mujeres sin riesgo. Las variables analizadas son: sexo del bebe, edad materna y paterna, educación materna, reinternación del bebé, derivación, prematuridad, cantidad de hijos y situación de

pareja.

Se observa que las dificultades en la anidación psíquica son más frecuentes en madres que no son primerizas y adultas jóvenes (ver tabla 1). Analizando la situación de pareja de las madres, y sumando las frecuencias observadas en las madres que padecen situaciones de pareja tales como: inestabilidad conyugal, solas con o sin apoyo familiar, separadas durante el embarazo o viudas; se encuentra que el porcentaje de madres en estas situaciones es significativamente mayor en el grupo de madres con riesgo por no anidación (22,29%) en comparación con las madres sin riesgo psicosocial (9,52%).

<b>Tabla 1: Variables sociodemográficas de la muestra</b>				
<b>Variable</b>	<b>Madres con Riesgo por No Anidación (N: 157)</b>	<b>Madres sin riesgo (N: 1980)</b>	<b>Estadístico (X<sup>2</sup>, F)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Sexo del bebe (N=1967)</b>				
Femenino	65 (47.79%)	908 (49.59%)		
Masculino	71 (52.21%)	923 (50.41%)	0.1634	p=0.686
<b>Edad materna (N=2118)</b>				
Adolescentes (13 a 19 años)	36 (22,93%)	454 (23.15%)		
Adultas jóvenes (20 a 30 años)	84 (53.50%)	1033 (52.68%)		
Adultas (31 a 39 años)	32 (26.38%)	401 (20.45%)		
Adultas grandes (40 a 47 años)	5 (3.18%)	73(3.72%)	0.1364	p=0.987
<b>Edad paterna (N=2062)</b>				
Padre Adolescente (15-19 años)	15 (10.14%)	233 (12.17%)		
Padre Adulto Joven (20-30 años)	83 (56.08%)	1.039 (54.28%)		
Padre Adulto (31-56 años)	50 (33.78%)	642 (33.54%)	0.5585	p = 0.756
<b>Reinternación del bebé (N=2134)</b>				
	17 (10.9%)	126 (6.37%)	4.7406	p= 0.029
<b>Derivación (N=2137)</b>				
Neonatología	121 (77.07 %)	1294 (65.35%)		
Sala de internación conjunta	29 (18.47%)	632 (31.92%)		
Obstetricia	7 (4.46%)	54 (2.73%)	13.0483	p=0.001
<b>Escolaridad materna (N=1875)</b>				
Analfabeta	3 (2.10%)	4 (0.23%)		
Primario Incompleto	4 (2.80%)	56 (3.23%)		
Primario Completo	26 (18.18%)	329 (19.00%)		
Secundario Incompleto	63 (44.06%)	758 (43.76%)		
Secundario Completo	37 (25.87%)	505 (29.16%)		
Terciario o Universitario incompleto	9 (6.29%)	53 (3.06%)		

Terciario o Universitario completo	1 (0.70%)	27 (1.56%)	17.7831	<b>p=0.007</b>
<b>Prematurez (N=1754)</b>				
Nacido prematuro	75 (60.00%)	647 (39.72%)		
A término	50 (40.00%)	982 (60.28%)	19.7189	<b>p=0.000</b>
<b>Abortos previos (N=2137)</b>	70 (3.54%)	7 (4.46%)	0.3570	p=0.550
<b>Cantidad de hijos (N=2124)</b>				
Madre primeriza	52 (33.33%)	784 (39.84%)		
2 o 3 hijos	59 (37.82%)	803 (40.80%)		
4-5-6-hijos	36 (23.08%)	296 (15.04%)		
7-10 hijos	9 (5.77%)	85 (4.32%)	8.5291	p=0.036
<b>Situación de pareja (N=1987)</b>				
Estable conviviente	104 (70.27%)	1514 (82.33%)		
Estable no conviviente	11(7.43%)	150 (8.16%)		
Inestable	5 (3.38%)	19 (1.03%)		
Madre sola con apoyo familiar	16 (10.81%)	96 (5.22%)		
Madre sola sin apoyo familiar	0 (0.0%)	4 (0.22%)		
Separada durante embarazo	11 (7.43%)	56 (3.05%)		
Viuda	1 (0.68%)	0 (0.0%)	36.9333	<b>p=0.000</b>

Respecto de las variables psicológicas que fueron indagadas (Ver tabla 2), el resultado encontrado es el siguiente: estas mujeres en su mayoría, refieren haberse sentido mal emocional y físicamente. No se imaginaron al bebe durante el embarazo, muchas tuvieron dificultad en aceptar ese embarazo y se observaron principalmente dificultades vinculares después del nacimiento de sus bebés.

El 58,82% de las madres que no anidaron manifestaron sentirse mal emocionalmente, a diferencia de lo observado en las madres sin riesgo psicosocial donde es significativamente menos frecuente (24,65%). También manifestaron en una proporción mayor que las madres sin riesgo haberse sentido mal físicamente durante ese embarazo, siendo la diferencia significativamente mayor en el primer grupo. (42.74% vs 23.36% p valor 0.000)

Por otra parte, un 31,2% de mujeres que refieren durante la entrevista situaciones que dan cuenta de haber vivido el embarazo en sí mismo como un lifeevent, es decir, el sentimiento de vivir el embarazo en sí mismo como un problema. En estas mujeres durante a entrevistas surgen frases en relación al embarazo como: “son gemelares, como me voy a arreglar con los dos”, “yo no nací para ser madre”, “me sentí sola”, “rechacé el embarazo”, “no registre el embarazo”.

Algunas mujeres hacen referencia a haber vivido el momento del parto como un lifeevent (31 mujeres – 19,7%).

Con respecto al impacto ante el nacimiento del bebé, se observa dificultades de vínculo temprano, dificultad de lactancia, angustia por patología o negación de la patología en el hijo, sentimiento de ver al bebe como un extraño, preocupación por otro hijo que estaba en su casa, rechazo al bebé, angustia de separación y sentimientos de culpa.

<b>Tabla 2: Variables psicológicas y sociales</b>				
<b>Variable</b>	<b>Madres en Riesgo por No Anidación</b>	<b>Madres sin riesgo (N %)</b>	<b>Estadístico (X<sup>2</sup>, F)</b>	<b>Valor de p</b>
	(N %)			
<b>Embarazo como lifeevent (N=2137)</b>	49 (31.21%)	178 (8.99%)	75.6501	<b>p=0.000</b>
<b>Parto como lifeevent (N=2137)</b>	31 (19.75%)	221 (11.16%)	10.3038	<b>p=0.001</b>
<b>Cómo se sintió emocionalmente durante el embarazo (N=1632)</b>				
- Bien	44 (36.97%)	1,096 (72.44%)	67.9338	<b>p=0.000</b>
- Mal	70 (58.82%)	373 (24.65%)		
- Regular	5 (4.20%)	44 (2.91%)		
<b>Cómo se sintió físicamente durante el embarazo (N= 1722)</b>				
- Bien	64 (54.70%)	1203 (74.95%)	23.1448	<b>p=0.000</b>
- Mal	50 (42.74%)	375 (23.36%)		
- Regular	3 (2.56%)	27 (1.68%)		
<b>Aceptó el embarazo (N=1958)</b>				
- Sí aceptó	83 (60.58%)	1601 (87.92%)	137.6351	<b>p=0.000</b>
- No aceptó	16 (11.68%)	14 (0.77%)		
- Aceptación tardía	38 (27.74%)	206 (11.31%)		
<b>Impacto ante el nacimiento del bebe (N=131)</b>				
- Dificultades vinculares	46 (69.70%)	6 (9.23%)	64.3520	<b>p=0.000</b>
- Dificultades de lactancia	7 (10.61%)	43 (66.15%)		
- Extrañeza ante el bebe	5 (7.58%)	10 (15.38%)		
- Rechazo hacia el bebé	5 (7.58%)	0 (0.00%)		
- Culpa	3 (4.55%)	6 (9.23%)		
<b>Imaginó al bebé (N=1718)</b>				
- Sí imaginó al bebé	53 (45.30%)	1226 (76.58%)	56.0716	<b>p=0.000</b>
- No imaginó al bebé	64 (54.70%)	375 (23.42%)		
<b>Problemas psicosociales (N=2137)</b>				
- Problemas económicos, desocupación,	19 (12.10%)	101 (5.10%)	13.4521	<b>p=0.000</b>

pobreza				
- Preocupación por otros hijos	11 (7.01%)	71 (3.59%)	4.6124	<b>p=0.032</b>
- Violencia barrial, policial,				
filiar preso	3 (1.91%)	23 (1.16%)	0.6794	p=0.410
- Violencia familiar	2 (1.27%)	29 (1.46%)	0.0370	p=0.847
- Violencia en la pareja	2 (1.27)	14 (0.71%)	0.6289	p=0.428
- Desarraigo, migración	6 (3.82%)	85 (4.29%)	0.0792	p=0.778
- Mudanza	7 (4.46%)	135 (6.82%)	1.3056	p=0.253
- Problemas con la pareja	46 (29.30%)	281 (14.19%)	25.6168	<b>P=0.000</b>

A partir de un análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a mujeres con riesgo de no anidación se encontró diversas categorías identificadas como posibles causas de dicha dificultad:

Categorías	N (%)
Madre apegada a otro hijo	8 (5.88%)
Interpretación negativa de las sensaciones y cambios físicos en el cuerpo	37 (27.20%)
Problemas físicos	13 (9.55%)
Ausencia de sostén de pareja	23 (16.91%)
Problemas económicos	7 (5.14%)
Multiparidad	12 (8.82%)
Gemelares	13 (9.55%)
Duelo	5 (3.67%)
Problemas familiares	4 (2.94%)
Desarraigo	3 (2.20%)
Paternidad Filiación	5 (3.67%)
Causas Especiales: Violación, Venta	5 (3.67%)
Institucional	1(0.73%)

1) Madre apegada a otro hijo por motivos varios: esta categoría hace referencia a casos en los cuales la madre presenta dificultades para vincularse con su nuevo bebe e incluso dificultades para el registro psíquico durante el embarazo por estar emocionalmente apegada a otro hijo anterior, en general ocurre en situaciones donde el hijo anterior es aun muy pequeño, interrupción de la lactancia del hijo anterior por tiempo intergestacional muy corto entre los últimos dos embarazos, patología en otro hijo que implica preocupación y disponibilidad psíquica de la madre o fallecimiento de un hijo anterior.

2) Interpretación negativa hacia los cambios y sensaciones físicas del

embarazo. Los síntomas durante el embarazo son percibidos por la madre como sensaciones displacenteras. Ejemplos de frases referidas por las madres en estos casos: “Fue pésimo, estaba toda hinchada”, “el embarazo me hacía doler”, “no quería hacerme ecografías pues se movía y hacía doler la columna y se me metía en la costilla”, “Me hacía doler las nalgas”.

- 3) Enfermedades físicas en la madre durante el embarazo. Son aquellos casos en los cuales se sospecha o diagnostica alguna patología médica severa en la madre durante el embarazo que podría poner en riesgo la vida de la madre y del bebé. En muchos casos la madre se encuentra ante la disyuntiva de tener que elegir entre continuar con el embarazo o continuar el tratamiento médico.
- 4) Falta de sostén de la pareja. Padre ausente, por diversas causas, trabajo, pareja internada por accidente, suicidio, enfermedad grave.
- 5) Problemas económicos. Son casos de padres de alta vulnerabilidad económica y social.
- 6) Duelos. La madre puede atravesar un duelo durante el embarazo que afecta su la disponibilidad psíquica para conectarse emocionalmente y tener registro psíquico del bebé. Duelos de familiares (especialmente su propia madre), Duelo por otros embarazos perdidos. Duelo por otro hijo fallecido. Muertes de bebés anteriores.
- 7) Multiparidad y gemelaridad. Son casos en los cuales la madre se encuentra ante una demanda que percibe como excesiva.
- 8) Problemas familiares.
- 9) Desarraigo o migración.
- 10) Causas relacionadas con la paternidad
  - Problemas con la filiación. Son casos en los cuales el padre biológico rechaza, no reconoce o afilia al hijo en algunos casos por separación durante el embarazo.
  - Deseo de hijo por parte del padre pero no de la madre.
- 11) Causas especiales de no anidación

- Posible venta del niño.
- Sustracción de un hijo anterior por parte de un familiar o conocido.
- Violación a la madre.
- Problemas institucionales. Son casos de mujeres que viven violencia institucional, violencia obstétrica, maltrato profesional.

### **Discusión:**

El estudio realizado encontró que las dificultades en la anidación psíquica es más frecuente en madres adultas jóvenes que no son primerizas. En coincidencia con estos resultados, otros investigadores han encontrado que el mayor porcentaje de dificultades en la anidación se observa en mujeres de 18 a 25 años, en su mayoría multigesta (Noguera y Rojas, 2002).

Además, las dificultades en la anidación psíquica se encuentran asociadas a problemas económicos. En coincidencia, otros autores han encontrado que el mayor porcentaje de las mujeres que no desean su embarazo se ubican en sectores sociales donde las condiciones de vida son de pobreza estructural (Méndez y Méndez, 1994). Los autores concluyen que es comprensible que en un hogar donde los recursos materiales son escasos el aumento del número de hijos no sea deseable. Sin embargo, a pesar que resulta a partir del análisis cuantitativo significativo la asociación de las dificultades en la anidación con problemas como Desocupación, u otros problemas económicos (5.10 % vs 12.10%), pero a partir del análisis cualitativo de las entrevistas, solo en 5 casos de no anidación aparece, el problema económico como circunstancia principal y única.

Otro de los factores que se encontraron relacionados con las dificultades en la anidación psíquica es la falta de sostén de la pareja y factores relacionados con la paternidad. En este sentido, esta observación coincide con lo que ya otros investigadores han resaltado respecto del valor que tienen el apoyo social como un factor protector. Dentro de los factores que constituyen el apoyo social, han dado especial relevancia al papel de la pareja en el proceso de gestación. Cuando el compañero rechaza el embarazo el porcentaje de mujeres con síntomas depresivos durante el embarazo aumenta. La actitud de la pareja hacia el embarazo y su involucración en la crianza influye sobre el bienestar psicológico de la madre (Cowley y Farley, 2001; Paván, 2001). Los resultados muestran que no solo influye en el

bienestar psicológico de la mujer durante el embarazo sino también en la posibilidad de la mujer de aceptar el embarazo y desarrollar el proceso de anidación psíquica.

Es innegable que la concepción de un niño provoca en la mujer enormes cambios en los físicos y hormonales, pero ello no puede invisibilizar los aspectos psicológicos que están subyacentes. El eje puesto principalmente, en el proceso somático del embarazo mantuvo silente el proceso psíquico de la gestación paralela a la del soma (Smith, et al., 2013; Smith 2021).

Este estudio permite indagar acerca de los aspectos psicológicos del embarazo y el puerperio entendidos como procesos psíquicos que ocurren durante esta etapa de la maternidad a la que en coincidencia con Racamier (1984), se considera como una verdadera etapa del desarrollo con todas las posibilidades de integraciones nuevas que acarrea este concepto. Y en coincidencia con Benedek (1980), se reafirma que la maternidad es una la verdadera fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer, en la cual completa un proceso cuyo sentido y cuya fuerza reside en las relaciones de la madre con su hijo. El autor plantea que este proceso es mucho más complejo que el que se considera desde el sentido común y puede fracasar (Benedek, 1980).

En síntesis, la anidación psíquica, es el proceso que se inicia después de la gestación psíquica e implica el registro psíquico ya no solo del propio embarazo, sino el registro psíquico de otro, es decir, dar lugar a otro en el propio cuerpo. Es el registro psíquico de un cuerpo que alberga otro. Pues, la anidación psíquica implica una alteridad ya que cuando la madre gesta recibe a un huésped, hospeda.

Muchas y diversas situaciones conllevan a la anidación psíquica. Esta puede desarrollarse o ser rechazada desde el inicio. Hemos observado que actualmente a partir de los avances científicos en ginecología y obstetricia, se reconoce a la ecografía como un indicador primerizo de anidación psíquica. Sin embargo muchas mujeres expresan que es el indicador auditivo, al escuchar el latido del corazón del bebé, lo que las lleva a “darse cuenta” que hay un bebe adentro de ellas”. Otras veces los movimientos del bebé intraútero les permite percibir que existe otra vida dentro de ellas (Nido Materno).

El presente trabajo ha permitido identificar diversas problemáticas psicosociales y vinculares que se detectaron en estas mujeres y que dificultaron el proceso de

anidación psíquica durante el embarazo y los primeros tiempos del nacimientos de sus bebés.

Respecto de los datos observados , las dificultades en la anidación psíquica son más frecuentes en madres adultas jóvenes que no son primerizas, y a su vez el 7,64% de los casos se identifico como principal causa de las dificultades en la anidación es la multiparidad, lo que coincide con estudios previos (Beck, 2002;Rojas, 2005).

Otro de los resultados relacionados es que el 8,28% de los casos de dificultades en la anidación psíquica presenta como principal problemática la gemelaridad en este embarazo. Esto coincide con otras investigaciones que han estudiado la maternidad gemelar y concluyen que la misma tiene un impacto significativo en la salud mental materna y la calidad de la interacción madre-hijo (Riva Crugnola et al., 2020).

La multiparidad como la gemelaridad son factores que aparecieron como problemática frecuente (15,92%) en el discurso de estas madres y ambos factores se relacionan con una causa común que tiene que ver con la cantidad de hijos y la carga que esto conlleva, lo que está a su vez relacionado con factores también económicos.

En relación a esto último, ha sido reportado que el mayor porcentaje de las mujeres que no desean su embarazo se ubican en sectores sociales donde las condiciones de vida son de pobreza estructural (Viel& Pereda, 1991; Méndez y Méndez, 1994, Langer, 2002). Los autores concluyen que es comprensible que en un hogar donde los recursos materiales sean escasos el aumento del número de hijos no sea deseable. Esto coincide con estos resultados a partir del discurso de las madres que ha llevado a concluir que una de las causas importantes de no anidación son los problemas económicos.

Otro de los factores relacionados con las dificultades en la anidación es la falta de sostén de la pareja (14,64%) y factores relacionados con la paternidad. En este sentido, esta observación coincide con lo que ya otros investigadores han resaltado respecto del valor que tienen el apoyo social como un factor protector (Diamond, et al., 2015). Dentro de los factores que constituyen el apoyo social, han dado especial relevancia al papel de la pareja en el proceso de gestación. Y ya se ha indicado que la actitud de la pareja hacia el embarazo y su involucración en la crianza o por el contrario el rechazo de la pareja hacia el embarazo, influye sobre el bienestar

psicológico de la madre (Cowley y Farley, 2001; Paván, 2001; Hutchison, 2018). Nuestros resultados muestran que esto no solo influye en el bienestar psicológico de la mujer durante el embarazo sino también en la posibilidad de la mujer de aceptar el embarazo y desarrollar el proceso de anidación.

### **Conclusiones:**

El presente trabajo ha permitido identificar diversas problemáticas psicosociales y vinculares que se detectaron en estas mujeres y que dificultaron los procesos de anidación psíquica durante el embarazo y los primeros tiempos del nacimiento de sus bebés.

*La maternidad fue, es y será una epopeya para los bebés y sus madres. La Maternidad es siempre una aventura. La mujer que entra en esta aventura nunca está sola, desarrolla su experiencia individual dentro de una comunidad. Sin embargo, transformarse en madre es un viaje interior que realiza una mujer; lo va realizando etapa por etapa y podemos decir con certeza que es un secreto infantil. Una madre no nace, sino se hace (Delassus J.M, 1998 pa,272).*

## Bibliografía

Bayle, Benoît. (2016) *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Erès, 2016.

Bayle, B. (2009). Négations de grossesse et gestation psychique. In *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* (pp. 75-90).

Dayan Jacques, (2014). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Elsevier Masson. Francia

Giovanazzi. S; Oiberman. A. (2022) *La depresión en el embarazo. Aportes de la psicología perinatal*. Psimática Editorial. Madrid, España.

Gourand, L. (2011). Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vues par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité. In *L'échographie de la grossesse* (pp. 47-83). Érès.

Lebovici, S.; Halpern, SW. (1995). *La psicopatología del bebé*. Siglo XXI, 1995.

Oiberman, A., & Paolini, C. I. (2019) *Proceso de la maternidad y maternaje: fundamentación teórica*. [enciclopediasaludmental.org.ar](http://enciclopediasaludmental.org.ar)

Oiberman, A. (2000). *La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal*.

Paolini, C. I., Oiberman, A. J., & Balzano, S. (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 12, 65-73.

Oiberman A., Santos S. (2015). *25 Años acompañando el nacer y sus después: la psicología perinatal*. Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Edición de la facultad de psicología.

Smith, R. C., Fortin, A. H., Dwamena, F., & Frankel, R. M. (2013). An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient education and counseling*, 91(3), 265-270.

Smith, R. C. (2021). Making the biopsychosocial model more scientific—its general and specific models. *Social Science & Medicine*, 272, 113568.

Soulé, M. (1983). L 'enfant dans la tête, l 'enfant imaginaire [The child in the mind, the imaginary child]. *La dynamique du nourisson, ou quoi de neufbébé*, 135-175.

Winnicott, D. W., Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (1990). *Los bebés y sus madres*. Paidós.

# La importancia de los primeros mil días

## Constitución del psiquismo e hipótesis sobre el psiquismo fetal

Mg. Mirta Lidia Sánchez

### **Introducción**

El lema convocante de las II Jornadas de Salud Mental Perinatal de la Facultad de Psicología de UNMDP es: “*La importancia de los primeros mil días*” tema prioritario para la salud perinatal dado que la vida temprana se caracteriza por una gran plasticidad y es el momento oportuno para intervenir y prevenir situaciones que puedan afectar la salud y el desarrollo. En nuestro país existe un plan que tiene como objetivo la **atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia**, amparado en La Ley 27.611 conocida como *Ley 1000 días*, que es aproximadamente el tiempo contado en días que transcurre desde el embarazo, el nacimiento y hasta los 3 años de vida. Este período es fundamental porque se considera una oportunidad única para que los niños/as obtengan los beneficios nutricionales e inmunológicos que van a tener influencia en el resto de sus vidas.

En esta etapa se forman la mayor parte de los órganos, los tejidos y también el potencial físico, afectivo e intelectual de cada persona, por lo cual las enfermedades, deficiencias nutricionales y los daños que se produzcan en ella, tendrán consecuencias en algunos casos irreversibles. Sabemos que la nutrición deficiente de la madre es un factor que favorece enfermedades tanto crónicas como autoinmunes afectando el crecimiento del feto y de igual forma impacta en el desarrollo durante la infancia y la adultez.

Haciendo foco en los aspectos psicológicos y psicosociales ubicamos a la psicología perinatal como campo privilegiado para la promoción de la salud y la prevención temprana, entendiendo el proceso de gestación, nacimiento y crianza tanto desde la dimensión individual subjetiva, como la familiar, profesional e institucional.

El pasaje de la vida intrauterina al mundo exterior, implica para el ser que nace importantes cambios, por las adaptaciones que debe realizar dependiendo para sobrevivir de los cuidados amorosos que le brinden los adultos responsables, ya que se encuentra en una situación de extrema indefensión. Esta relación originaria si es lo suficientemente nutricia en todo sentido facilitara un desarrollo saludable.

El nacimiento de un hijo/a también supone para quienes ejercerán la parentalidad, realizar modificaciones en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida para poder establecer un vínculo. La génesis del vínculo bebé-cuidadores se inicia antes del nacimiento, aun antes de la concepción, es que podemos considerar como la *prehistoria del vínculo*. El proceso psicoafectivo de maternaje y paternaje como señala Oiberman (2008) se diferencia de la maternidad/paternidad como hechos biológicos. La experiencia de los cuidados del bebé posibilita que con se constituyan poco a poco la identidad materna y paterna.

Algunos de los interrogantes que serán ejes de esta ponencia son:

¿Hay psiquismo antes del nacimiento? ¿Qué experiencias intrauterinas afectan al bebé no nacido? ¿En que se basan aquellos que hipotetizan sobre el psiquismo fetal?

### ***La vida intrauterina***

Hasta los trabajos de Freud no se había considerado la existencia de un psiquismo infantil, ni que las experiencias infantiles traumáticas pudieran tener efecto en la adultez; fue la clínica psicoanalítica que lo indujo a indagar sobre la posibilidad de una vida mental más temprana de lo que por entonces se suponía. En la actualidad se acepta que las experiencias pasadas tienen influencia en la vida adulta, pudiendo favorecer u obstaculizar un desarrollo saludable. Las teorías acerca de los orígenes del psiquismo y su constitución a partir del vínculo con los cuidadores primarios, nos permiten comprender mejor las problemáticas psicológicas tempranas.

A partir de los años 80 la Psicología del Desarrollo se ve enriquecida por los estudios que realizan la neonatología, la neurobiología, las neurociencias y las investigaciones por neuroimagen que brindan datos y amplían los conocimientos sobre la vida intrauterina y el comportamiento fetal permitiendo desmitificar creencias y prejuicios sobre este período.

En esa etapa el feto no solamente está inmerso en el líquido amniótico, sino que también recibe estímulos que le aportan la madre, el padre y el ambiente, es deseable también que exista un deseo de ahijar, de otorgarle un lugar y protegerlo.

La vida intrauterina se divide en dos etapas: la primera se inicia con una célula, el huevo fecundado, se denomina *embriogénesis* y se extiende hasta la 12.<sup>a</sup> semana durante la cual se van formando los diferentes órganos. La segunda es *el período fetal* donde se continúa su maduración hasta un organismo completo, hacia el final del tercer trimestre del embarazo, el bebé no nacido tiene proporciones más similares a las del niño de término y los miembros están más desarrollados. La maduración del sistema nervioso (SN) continúa después del nacimiento, el desarrollo neuronal, las conexiones neuronales, la mielinización, dependen de la calidad y cantidad de estímulos que el niño/a reciba en su interacción con el ambiente. Eso influirá en las

funciones del SN y también en el desarrollo psíquico de ese sujeto aún en la adultez. Según el biólogo Lipton (2005), el sistema nervioso del feto y del bebé posee capacidades sensoriales, de aprendizaje y pueden almacenar experiencias en su red neuronal y en su memoria celular, que se van configurando según las experiencias vividas.

Durante mucho tiempo se creía que el feto permanecía en el vientre materno en un estado de felicidad y pasividad considerando al útero como un lugar silencioso y aislado, sin embargo, ahora sabemos que mucho antes de nacer, el feto puede oír, tragar, responder a la presión y reaccionar ante estímulos dolorosos. A través de métodos como ecografías en 3D, 4D y ultrasonidos se pueden observar y grabar los movimientos del feto consiguiendo

identificar reacciones y patrones de comportamientos. Es un nuevo campo de conocimientos que se denomina comportamiento fetal CP, que estudia las respuestas a estímulos intra como extrauterinos, así como, los movimientos espontáneos relacionados con el neurodesarrollo.

Estudiosos en Psicología Perinatal como Verny, Kelly (2022) reúnen investigaciones que señalan que en el embarazo se establece una comunicación materna/fetal, por la cual el bebé por nacer recibiría la influencia de los estados emocionales de la madre.

Algunos de los estímulos que recibe el feto son: el pulso de la madre, el latido de su corazón, la voz, los ruidos del movimiento del tubo digestivo, también puede dar respuestas como movimientos de la cara, de partes del cuerpo, cambios en su frecuencia cardíaca, responde a ruidos externos desde las 24 semanas de gestación, a las 34 semanas lo hace a una considerable variedad de sonidos, momento en el que el sistema auditivo está más desarrollado, siendo capaz de discriminar entre distintos sonidos.

Para algunos investigadores las respuestas fetales denotan una cierta diferenciación asociadas a la memoria y al aprendizaje, algunos estudios intentan establecer si el feto puede ser capaz de aprender *in útero* a partir de experimentos de condicionamiento intrauterino.

Existe un amplio consenso sobre la importancia del período gestacional para el desarrollo físico y psíquico de un sujeto, es deseable que se valoren también los aspectos psicológicos y psicosociales de la madre y su ambiente.

En esta línea Larban Vera (2013) dice:

Hay situaciones perinatales que son vividas con un fuerte impacto traumático por la madre, dada la especial sensibilidad y sensación de vulnerabilidad con que vive el embarazo, así como los momentos que preceden, acompañan y siguen al parto. Estas vivencias, traumáticas para la madre, en muchos casos no pueden ser elaboradas, ni asimiladas, ni contenidas, ni integradas por ella sola. De forma inconsciente y no intencional, pueden ser transmitidas a su bebé a través de la interacción con él, teniendo como consecuencia un posible efecto traumático para su hijo. P.21

En el embarazo se establecería una *comunicación materna/fetal*, y en ese tiempo el bebé por nacer estaría asimilando los estados emocionales de la madre así como su actitud hacia él. Diversos datos experimentales, como la instauración de reflejos condicionados en fetos animales y humanos y el establecimiento de improntas a estímulos prenatales, parecen apoyar la hipótesis del inicio del desarrollo mental durante la vida fetal.

### ***La hipótesis sobre el psiquismo fetal***

La hipótesis sobre la posibilidad de un psiquismo fetal lleva en nuestro país más de 70 años cuando fue formulada por el psicoanalista Arnaldo Rascovsky en su libro *El psiquismo fetal*, también apoyaron esta idea Pichon Rivière, Chiozza, Rank, Gessell, Ferenczi, Winnicott entre otros.

El supuesto sobre un psiquismo prenatal implica pensar en una organización psíquica rudimentaria, donde situaciones traumáticas vividas durante la gestación dejarían huellas mnémicas o puntos de fijación. Para Laurentino & Boxwell (2022) hablar sobre el psiquismo fetal implica una controversia entre los que acuerdan con esta hipótesis y los que sostienen la constitución del psiquismo luego del nacimiento a partir de la relación con un semejante. La tensión entre ambas posiciones podría ser un terreno fértil para promover investigaciones y un diálogo entre diferentes disciplinas considerando que ya se cuentan datos provenientes de estudios sobre la vida intrauterina.

El psicoanálisis en sus inicios a partir del análisis de adultos llevó a Freud a inferir acontecimientos infantiles traumáticos, esto permitió sentar las bases teóricas sobre la constitución del psiquismo. El análisis de los sueños, los relatos de pacientes, la transferencia y la contratransferencia, proporcionaron elementos para elaborar una teoría sobre las neurosis y el funcionamiento del aparato psíquico.

Otto Rank fue un discípulo de Freud, que a partir de los datos que le aportaba la clínica psicoanalítica, supuso la existencia de una organización psíquica rudimentaria al momento de nacer capaz de registrar el suceso. El autor lo consideraba como el primer trauma del ser humano, que algunos pacientes adultos en análisis lo reproducían simbólicamente en los sueños.

En tanto Rascovsky (1977) describe las características psíquicas de la vida fetal, teorizando sobre la existencia de un yo antes del nacimiento muy

relacionado con la percepción, sería un Yo perceptual y corporal. Por su parte Winnicott (1949) decía “que la psicología de un individuo es algo que puede ser estudiado prenatalmente y en el momento del nacimiento, ya que las experiencias de esta fase precoz son significativas” “... es posible postular cierto estado mental para el no nacido”.

En la actualidad hacer referencia al psiquismo prenatal implica considerar la existencia de la vida mental en el feto y la posibilidad de un registro mnémico en ese tiempo. Los avances en las ecografías en 3D y 4D permiten registrar y acceder al conocimiento de la actividad perceptual y las respuestas fetales como se han mencionado en el párrafo anterior.

La clínica es la que ha permitido correlacionar algunas manifestaciones psicológicas y psicopatológicas del adulto con vivencias aparentemente prenatales y teorizar sobre la existencia de un psiquismo rudimentario prenatal. A partir del uso de nuevas tecnologías se han generado conocimientos que tienen como base las observaciones empíricas de la vida intrauterina que pueden aportar datos para enriquecer el estudio del desarrollo psíquico temprano.

*Algunas investigaciones que nos permiten pensar sobre la posibilidad de comunicación materna/fetal*

En la actualidad tenemos muchos conocimientos producto de la atención en salud perinatal a embarazadas y datos aportados por investigaciones que ilustran sobre el efecto de situaciones traumáticas vividas durante el embarazo, sobre el parto, puerperio y el nuevo ser incluso en su adultez.

Se tiene conocimiento que las mujeres víctimas de violencia en el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y posparto que las no maltratadas, también esta situación se relaciona con el bajo peso al nacer.

En embarazadas con vulnerabilidad socio-económica, se consideran barreras: el entorno inseguro tanto al interior como al exterior del hogar, la falta de recursos para transportarse, la educación incompleta. También la depresión, maltrato, riesgos del uso de sustancias adictivas, enfermedades infectocontagiosas.

En un estudio llevado a cabo por Rauchfus y Gauger (2003) con 508 embarazadas, se pudo establecer una asociación significativa entre un mayor nivel de tensión, ansiedad y estrés, con un parto prematuro. Algunos de los marcadores de mayor estrés fueron el no contar con una red de apoyo y poco sostén

emocional por parte del compañero. En tanto Dole y colaboradores (2003) a partir de datos recabados 1.962 embarazadas, sugirió una asociación entre preocupaciones respecto al embarazo y un mayor riesgo de parto prematuro.

Van den Bergh (1990) realizó en Chile una investigación con 192 mujeres y pudo notar la asociación entre un alto nivel de estrés en el embarazo

y cambios conductuales en el bebé, incluyendo conducta irritable y difícil. También O'Connor y colaboradores (2002) señalan que había más dificultades de regulación emocional como dificultad para dormir, irritabilidad, llanto excesivo, etc. en los niños de cuatro años cuando sus madres habían tenido mayor estrés durante el embarazo. Esto coincide con el estudio Avon (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children, ALSPAC*), en el Reino Unido, sobre los efectos de la ansiedad durante la gestación. Se ha dado un seguimiento a los padres y sus hijos, en una parte del estudio, se evaluaron las dificultades emocionales y conductuales de los niños, por medio del reporte de sus padres realizado a los 47 y a los 81 meses de edad.

El vínculo prenatal es la relación cálida, continua y frecuente de la madre con su bebé desde la etapa del embarazo hasta el nacimiento, esa actitud junto con sentimientos y expectativas positivas hacia el ser no nacido pueden favorecer significativamente su desarrollo en el plano emocional y psicológico.

#### Bibliografía

- Cabanyes Rufino, J. *El comportamiento fetal. Una ventana al neurodesarrollo y desarrollo temprano*. Revista de Pediatría Aten. Primaria. (2014) 16:251
- Cogollor, M. y González de Rivera, J. L. *El psiquismo fetal. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatría.*, 1983, 11(3):205-212
- Daher, C. *Reflexión sobre algunos métodos psicoanalíticos para la indagación del psiquismo temprano*. Revista Eureka Asunción (Paraguay) 9(2): 217-227, 2012.
- Laurentino SG, Boxwell SF. Fetal psychism: neurodynamic and psychoanalytic bases. *J Hum Growth Dev.*2022; 32(1):10-20. DOI: 10.36311/jhgd.v32.12655
- Larbán Vera, j. *Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático*. En: Psicopatol. salud mental. 2013, 22, 19-25
- Lipton, B. (2005) *La biología de la creencia*. Gaia Ediciones,
- Oberman, A. (2008). *Observando a los bebés: Técnicas vinculares madre-bebé y padre-bebé*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rascovsky, A (1977) *El Psiquismo fetal*. Buenos Aires: Paidós.
- Spelt, K. (1948) El condicionamiento del feto humano en el útero. *Journal of experimental psychology*, Vol.38 3, 338-46.
- Verny, T, y Kelly, J. (2022) *La vida secreta del niño antes de nacer*. Buenos Aires, Urano Editorial.

## La importancia de la microbiota en el embarazo, parto y lactancia .

*Médica Alejandra Rodríguez*

El concepto de “Los primeros 1000 días” se basa en el tiempo comprendido entre el momento de la concepción y los dos primeros años del niño o la niña. Su importancia radica en los innumerables efectos que impactan en la madre y su hijo, no solo en este momento, sino a lo largo de su vida. Este periodo es de gran vulnerabilidad, pero, a su vez, nos brinda un abanico de estrategias de cuidado y promoción de la salud. Es un tiempo de vital importancia para la madre y el niño o niña.

Por eso en ese recorrido es de suma importancia que contemos con todo lo necesario e imprescindible. En este tiempo, microorganismos diminutos que son parte vital de nuestra existencia (microbiota materna) se volverán protagonistas de una maravillosa siembra que ocurrirá intraútero (todavía en controversia), en el momento del parto, en el contacto piel a piel y en la lactancia.

### **¿Pero qué es la microbiota?**

Es el conjunto de microorganismos que vive en diversas partes de nuestro cuerpo (intestino, boca, vagina, piel, etc.) y nos ayuda en un sinfín de funciones, como la de mejorar nuestra calidad de vida.

¿Es diferente la microbiota de la mujer y la del hombre?

Si. Las mujeres tenemos más cantidad de microorganismos y una mayor diversidad. Si bien no hay una clara explicación de porqué sucede, sabiendo que somos guardianas de esa siembra para pasar a las generaciones futuras, esta puede ser una hipótesis.

¿Por qué es importante en el embarazo?

Porque si la microbiota de la madre está en equilibrio será la mejor herencia para su bebé. La mayor parte de la siembra microbiana beneficiosa para nuestros hijos es en el momento del parto, siendo también importante la primera hora de contacto piel a piel y la lactancia.

Si el parto es vaginal los microorganismos que colonizan al recién nacido son los que provienen de la vagina e intestino materno, ejemplo lactobacilos y bifidobacterias que generaran un seteo inmunológico más saludable para el RN en ese momento y en su vida futura haciéndolo menos propenso a alergias, asma, inflamación intestinal y hasta en la obesidad que puedan desarrollar en la vida adulta. En cambio si los microorganismos que se dan en esa siembra

son por una cesárea, la colonización será por parte de microorganismos provenientes de la piel de la madre, y de las personas que está con ella y del ambiente quirúrgico generando una disrupción de la siembra adecuada asociándose con más fenómenos de hipersensibilidad, inflamación, metabólicos e inmunológicos, previamente descriptos

Lo antedicho nos sirve para reflexionar sobre la alta tasa de cesáreas innecesarias que vemos en la actualidad. La OMS recomienda una tasa de cesárea para evitar morbilidad materna y fetal que va del 5 al 15% siendo una cifra ampliamente superada en nuestro sector de Salud Pública y en lo privado llegando a casi el 80%.

Contacto piel a piel

La primera hora de vida denominada hora de oro también es esencial para la siembra de microorganismos, además del vínculo, del coctel hormonal madre hijo y el inicio de la lactancia

## **Lactancia**

Desde el último trimestre del embarazo empieza a formarse la microbiota de la glándula mamaria llegando a desaparecer tras el destete, siendo la única microbiota transitoria que se conoce.

Gracias a un circuito denominado enteromamario, microorganismos del intestino de la madre migran por el sistema linfático asociado a las mucosas hasta la glándula mamaria, teniendo varias estaciones donde se unen microorganismos de otras zonas como sistema genitourinario, pulmones, cavidad oral etc. Así se preparan para otra siembra desde la leche materna.

¿Cómo cuidamos de esa microbiota en el embarazo?

Con una **alimentación biodiversa**, no existe biodiversidad microbiana sin biodiversidad alimentaria. La biodiversidad es importante en todos los ecosistemas que sostienen la vida, cuando esta se pierde somos más vulnerables a desequilibrios. Lo logramos con una alimentación que sea rica en verduras, frutas, cereales integrales (arroz integral, mijo, quinoa, amaranto, cebada etc.) semillas (chía, lino, sésamo, girasol, zapallo), legumbres (lentejas, lentejones, poroto mung, aduki, garbanzos, etc.). Pero la alimentación no es lo único que cuida de nuestra microbiota estos primeros 1000 días. También el consumo de agua segura, realizando actividad física como caminatas con calzado cómodo, teniendo espacios para conectarnos con la naturaleza y con nosotras mismas. Revisar nuestros vínculos con las demás personas en lo familiar y en lo laboral. Pedir ayuda si nos vemos sobrecargadas o con emociones negativas a nuestra gente querida o al equipo de salud que nos acompaña.

Recordar también el concepto de UNA SOLA SALUD si nuestros suelos, nuestra agua y nuestros ambientes están enfermos no podremos tener biodiversidad ni salud comunitaria. Apoyar la producción agroecológica, el cuidado de los seres animales o plantas que también los habitan, somos todos UNO en la trama de la Vida y para dar Vida somos todos necesarios.

Bibliografía de referencia (descarga gratuita)

1. Mis primeros mil días con microbios y antibióticos.  
<https://reactlat.org/download/mis-primeros-mil-dias-de-vida-con-microbios-y-antibioticos/>

2. Mis primeros mil días de vida. Huella microbiana, antibióticos y nutrición infantil.

<https://reactlat.org/download/mis-primeros-mil-dias-de-vida-huella-microbiana-antibioticos-y-nutricion-infantil/>

# Los duelos en técnicas de reproducción humana asistida (TRHA)

*Ponencia de Elizabeth Ormart*

## Introducción

El trabajo de las matronas suponía no solamente asistir y facilitar el parto sino acompañar a las parturientas en sus necesidades afectivas, esta práctica tiene una extensa historia que comenzó en los albores mismos de la humanidad. Atravesada fuertemente por la perspectiva de género, durante siglos ha sido un asunto de mujeres. En España por ejemplo, nos cuenta García Martínez (2008) que hasta el año 1980, los hombres no podían acceder legalmente a los estudios de matrona. Fue con el Real Decreto de 26 de septiembre de 1980 (BOE 27 de octubre de 1980) cuando desaparece esta limitación por razón de sexo y los varones pueden acceder por vez primera a la referida titulación de Matrona. Los varones, cirujanos-comadrones, venían ejerciendo este oficio desde los siglos XVI-XVII, pero solamente podían asistir los partos distócicos o problemáticos, aquellos que requerían una intervención quirúrgica para su desenlace. Vemos entonces, que recién en el siglo XX la medicina la toma como una práctica médica que requería la intervención del médico varón, en los casos de mayor complejidad. Sin embargo, las problemáticas vinculadas a la comprensión de la dimensión psicológica involucrada en estos procesos se han ido desarrollando en el último siglo. Uno de los temas centrales de la psicología perinatal tiene que ver con el duelo que supone la pérdida de un embarazo avanzado. Sin embargo, el tema central de este escrito no es el duelo en lo perinatal, como clásicamente se aborda sino los procesos de duelo continuos o pérdidas reiteradas que transitan en la búsqueda del embarazo las mujeres gestantes y que la medicina reproductiva produce a partir de su desarrollo.

Federico Garcia Lorca, en su obra literaria *Yerma*, aborda las tristezas de una joven mujer que añora tener hijos y se casa con ese anhelo, pero no logra quedar embarazada. Esta “vacía”, esta “yerma”. La palabra yerma, se ha constituido en un adjetivo calificativo para designar lo infértil, inhabitado, seco. Comenzaremos con este diálogo extraído de la obra *Yerma* que reflejan los sentimientos femeninos cuando la búsqueda del embarazo no se produce:

"VIEJA – Y con tu marido...

YERMA – Mi marido es otra cosa. Me lo dio mi padre y yo lo acepté. Con

alegría. Esta es la pura verdad. Pues el primer día que me puse novia con él ya pensé... en los hijos... Y me miraba en sus ojos. Sí, pero era para verme muy chica, muy manejable, como si yo misma fuera hija mía. VIEJA – Todo lo contrario que yo. Quizá por eso no hayas parido a tiempo. Los hombres tienen que gustar, muchacha. Han de deshacernos las trenzas y darnos de beber agua en su misma boca. Así corre el mundo.

YERMA – El tuyo, que el mío no. Yo pienso muchas cosas, y estoy segura que las cosas que pienso las ha de realizar mi hijo. Yo me entregué a mi marido por él, y me sigo entregando para ver si llega, pero nunca por divertirme.

VIEJA - ¡Y resulta que estás vacía!

YERMA – No, vacía no, porque me estoy llenando de odio. Dime: ¿tengo yo la culpa? ¿Es preciso buscar en el hombre al hombre nada más? Entonces, ¿qué vas a pensar cuando te deja en la cama con los ojos tristes mirando al techo y da media vuelta y se duerme? ¿He de quedarme pensando en él o en lo que puede salir relumbrando de mi pecho? Yo no sé, ¡pero dímelo tú, por caridad!

Las dificultades reproductivas en parejas heterosexuales, han permitido una investigación en medicina reproductiva para solucionar o solventar el problema. Sin embargo, estas patologías han abierto las puertas a posibilidades inusitadas, que el mercado ofrece en la actualidad a diferentes usuarixs. Desde una mirada prospectiva, se avizora un incremento de embarazos producidos con el uso de técnicas de reproducción asistida de alta complejidad. Ello se debe a diversos motivos. Las TRHA surgieron con el fin de abordar y resolver dificultades reproductivas de parejas cishetero normativas. Hoy esa población resulta minoritaria en función de los nuevos grupos que buscan soluciones reproductivas. Los grupos que recurren a las técnicas son numerosos y variados. Encontramos las madres soleteras por elección, los hombres solos y parejas gays, las mujeres lesbianas que reclaman baja o alta complejidad, según utilicen inseminación artificial o el método ROPA. La población que recurre a la preservación de la fertilidad, que incluye razones médicas (oncofertilidad) motivos sociales (posponer la maternidad) motivos laborales (empresas que ofrecen a sus empleadas la cobertura de la criopreservación de óvulos) las personas que realizan tratamientos hormonales de transición de género y necesitan la criopreservación de óvulos previa al tratamiento o la asistencia de la medicina reproductiva para lograr el embarazo. Parejas que tienen enfermedades genéticas preexistentes y recurren a la biopsia embrionaria para seleccionar el embrión a implantar. En este último caso, encontramos que la oferta de estudios genéticos para las parejas heterosexuales que se van a unir o casar, en los centros especializados permiten predecir un número cada vez mayor de predisposición a enfermedades, lo que eleva cada vez más el número de personas que recurren

a un estudio genético para determinar este porcentaje. A partir de allí, si se da una predisposición a una o varias enfermedades genéticas se sugiere recurrir a una técnicas de alta complejidad para poder realizar un testeo de embriones . De este modo, se puede controlar su descendencia, realizando una selección de embriones por motivos médicos o sociales o ambos. Este panorama nos muestra que el futuro reproductivo de la humanidad será cada vez más mediado por la biotecnología y la inteligencia artificial. Por ello, una premisa de la que parte esta exposición es que: el futuro de la psicología perinatal esta atravesado por las TRHA.

En el presente escrito, el objetivo es describir lo propio de los procesos de duelo que se atraviesan en embarazos que se buscan desde las técnicas de reproducción asistida.

Diversidad de situaciones, de tratamientos y de duelos sostenidos en el tiempo nos permiten pensar un modelo integrativo de duelos y pérdidas en TRHA.

Comenzaremos a presentar el marco teórico desde el que abordamos el proceso de duelo para luego describir los diferentes duelos atravesados y concluir con la propuesta de un modelo integrativo propio.

¿Qué es un duelo en reproducción asistida?

El marco teórico desde el que propongo pensar el duelo es el psicoanálisis. Dicho enfoque nos permite visibilizar no solo la fenomenología del proceso en términos de conductas observadas y estados afectivos asociados, sino también es una herramienta conceptual que nos permite abordar las dificultades singulares y la exigencia de tiempos prolongados que suelen ser solapados o ignorados desde la temporalidad médica.

Según Freud el duelo es “La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, la patria, la libertad, un ideal». Esta pérdida, lejos de ser rápidamente reparada supone un trabajo de desinvestidura libidinal del objeto duelado que tiene una duración de dos años aproximadamente y que puede verse acotado o prolongado en función de la dimensión singular de la pérdida. Es fundamental señalar que el objeto duelado puede ser un ideal. En este sentido no se trata de un objeto con existencia en la realidad.

El afecto que acompaña esta pérdida es una “desazón profundamente dolida, la cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad”

Esta descripción de los efectos del duelo en la conducta, son asimismo un criterio diagnóstico para poder evaluar si la persona se encuentra aún en un proceso de duelo o lo ha podido superar.

La cancelación por el interés en el mundo suele estar acompañada por una disminución de la libido, estados de desinterés en otras actividades, dificultades

para emprender tareas cotidianas como comer, salir, levantarse de la cama, dificultades para lograr la concentración etc. Falta de interés en el trabajo, Dificultades en los vínculos con la pareja y con amigos, otras parejas, etc.

El proceso de duelo se realiza con una desinvertidura del objeto amado que se duela, esta desligadura lleva un tiempo, en el que la libido se dirige al propio yo para luego poder ser reconducida a otro objeto.

¿Que se duela en las TRA?

Un primer rasgo del duelo en las TRA lo constituye el hecho de que el objeto duelado es ideal. Esto, lejos de ser una ventaja, constituye en el más importante obstáculo para poder tramitar el proceso de duelo. La idealización del objeto duelado constituye un obstáculo en el proceso de desinvertidura libidinal. Al ubicar el embarazo, el hijo, la maternidad como idealizada resulta muy difícil poder desinvertirla para disponer de esa energía para otras actividades vitales. Junto con el hijo ideal y la familia ideal se teje un proyecto reproductivo que supone la propia trascendencia a través de la progenie que resulta el motor de los tratamientos reproductivos. El Ideal de la familia completa con los hijos se retroalimenta en cada tratamiento. La misma esperanza y fuerza para seguir adelante en los tratamientos reproductivos puede ser entendida como el principal obstáculo en los procesos de duelo en las TRHA.

¿Qué es lo específico del duelo en TRHA?

Los procesos de duelo en TRHA que empiezan antes del embarazo, a diferencia de lo habitualmente se conceptualiza como duelo perinatal. El primer duelo se afronta cuando la mujer performada en la idea de la concreción de la identidad femenina a partir de la maternidad encuentra que ese anhelo no es posible de forma natural.

Esto se puede deber a una patología, pero actualmente, es muy frecuente que la infertilidad sea por motivos etarios. La dinámica social y la prolongación de la expectativa de vida hacen que un cuerpo gestante sea viejo a los 35 años, mientras que un cuerpo femenino no lo es. Los tratamientos médicos estéticos, la nutrición, los programas de gimnasia y el ideal juvenil que atraviesa la sociedad hacen que las mujeres se vean y mantengan jóvenes luego de los 35 años. Esto produce un desajuste entre el cuerpo que se habita en términos biológicos y en términos sociales. Sumado al desarrollo de la medicina en general y la medicina aplicada al retraso del envejecimiento en particular. Este desfasaje lleva a que la mujer que decide comenzar a formar una familia, disponga de un cuerpo biológico viejo y le sea físicamente imposible.

Tenemos entonces un primer desfasaje entre cuerpo biológico y cuerpo desde la mirada psico-social. Al tiempo que suele haber una construcción identitaria de la mujer que liga su identidad de mujer a la posibilidad de ser madre.

Otra particularidad de los duelos en las TRHA es que los procesos de duelo que acompañan los tratamientos reproductivos pueden durar años. Las TRHA son procedimientos que tienen un grado molestia en el cuerpo sobre el que se aplican y que tienen tasas de éxito relativas, lo que lleva a que sean necesarios varios procedimientos para lograr el embarazo. El pasaje por varios ciclos de tratamiento de alta complejidad es muy común. Solamente un 25% de las parejas que recurren a FIV logran un embarazo en el primer intento (Rodríguez Méndez, 2015). Al prolongarse durante años los tratamientos reproductivos se van incrementando los aspectos invasivos y se va produciendo un desgaste emocional asociado con el hecho de que las mujeres están expuestas a el stress que conllevan los tratamientos. El incremento del estrés conlleva una disminución de la tasa de éxito de los tratamientos, produciéndose un círculo de retroalimentación negativo. (Sominsky, L & Hodgson, D. 2017)

### Metodología

Para poder abordar la dimensión singular del proceso de duelo hemos seleccionado dos escenas de series televisivas que permiten un abordaje de la complejidad a través del método clínico propuesto por el Michel Fariña & Ormart (2009); Cambra Badii et al (2012) Michel Fariña & Tomas Meier (2016) Dicho método propone el recorte de escenas en las que las protagonistas refieren la situación de duelos o pérdidas que se encuentran atravesando. Dicho recorte permite abordar la complejidad de la escena, realizar un análisis de la narrativa en su complejidad con una metodología multivariable situada y contextualizada en el caso singular.

“La corriente narrativa, al ofrecer el espacio y la distancia suficiente para que dicha experiencia pueda ser instrumentada con la disociación necesaria, evita constituir en sí misma una conmoción disruptiva. Al mismo tiempo, la narrativa ofrece la afectividad y receptividad suficientes para estimular la sensibilidad, apuntando a conmover su posición, logrando una empatía con los sentimientos, sensaciones, valores y creencias en juego. De allí la importancia del cine: un dispositivo que espontáneamente establece una dimensión del pathos, de los sentimientos, las emociones, las pasiones, permitiendo establecer una relación con los objetos teóricos.” Michel Fariña y Tomas Meier (2016, 78)

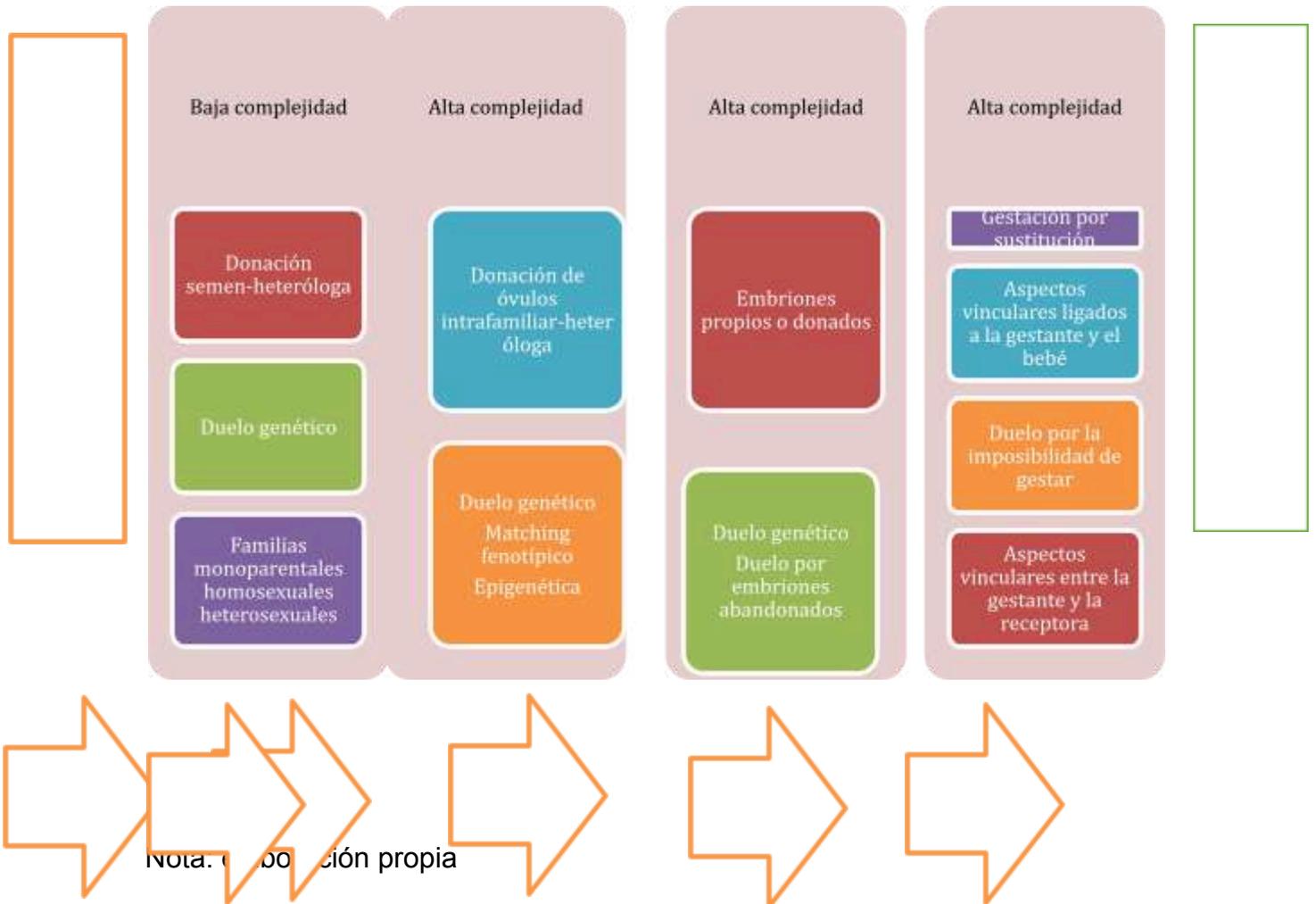
Al tratarse de procesos singulares nos permiten el abordaje cualitativo de la situación de duelo en su dimensión procesual y permanente, visionando el carácter disruptivo a lo largo del tiempo.

### Resultados

Los duelos que se transitan a lo largo de los tratamientos reproductivos son muy diversos y se encuentran asociados con la población que consulta y los modos singulares de respuesta ante las vicisitudes del mismo.

Todos estos elementos sumados a los anteriores suponen requerimientos de procesamiento psíquico de las pérdidas y duelos por diferentes dimensiones de la maternidad que no podrán ser consumadas plenamente.

**Cuadro 1: Elaboración propia**



Vamos a referir algunos de estos duelos por el cuerpo infértil, por el proyecto de familia perdido, por la imposibilidad de utilizar el propio material genético. Vamos a referir algunos de estos duelos por el cuerpo infértil, por el proyecto de familia perdido, por la imposibilidad de utilizar el propio material genético.

**Caso 1: New Amsterdam (David Schulner, 2018)**

En el quinto episodio de la primera temporada de *New Amsterdam*, vemos una escena en la que Helen Sharpe exitosa médica oncóloga del Hospital recibe el diagnóstico ginecológico de envejecimiento ovárico y rompe en llanto mostrando el duro impacto emocional que supone dicha noticia. Su reserva ovárica se halla en rápido declive y su esperanza de tener un hijo pasa a ser la estimulación ovárica ahora para criopreservar óvulos y pensar en elegir un

donante ahora o más adelante. El primer duelo en la historia de Helen es la pérdida de su pareja, que ella define como el amor de su vida, de una manera súbita. El proyecto de familia que había gestado junto a él muere con su desaparición física y ahora se encuentra buscando donante de semen para un proyecto solitario. (Ormart, 2022) La búsqueda de donante va unido a un sentimiento de culpa por el engaño de su primer amor, una traición al proyecto compartido.

La criopreservación de óvulos ha tenido un importante incremento en Argentina durante la pandemia. Es una oferta reproductiva para mujeres que quieren posponer la maternidad por motivos sociales o laborales.

Para Helen el duelo ante el diagnóstico de envejecimiento ovárico es el segundo que deberá realizar. Aceptar como dice a su amiga, que es “vieja” a los treinta y cinco años supone una elaboración dolorosa. Desfasaje entre el cuerpo biológico y la imagen corporal en la que se inscriben también los ideales sociales de cuerpo femenino. Helen es una mujer hermosa, tiene un cuerpo jovial, pero por dentro siente que su cuerpo ha envejecido, que ya no le sirve y que no se corresponde con la imagen que le devuelve el espejo.

Ambos duelos deberán ser elaborados para poder aceptar la maternidad en estas coordenadas. También es fundamental que Helen tome conocimiento de que la posibilidad de acceder a un embarazo por ovodonación es de alrededor del 30%. Sus óvulos servirán para formar embriones y en ese proceso algunos evolucionarán correctamente y otros no. De los embriones que lleguen al estadio de blastocisto algunos serán implantados y tal vez se desarrollen o no. Todas estas estadísticas nos enfrentan a lo que los psicólogos llamamos “castración” o bien, la certeza de que no hay certezas, de que todo no se puede. La ciencia suele forcluir la castración, dejando la imposibilidad como algo que a futuro podrá ser resuelto. Aceptar la castración es el paso inicial en el proceso de tramitación del duelo. Aceptar la castración permite visibilizar las alternativas y elegir en función de saber que toda elección conlleva una pérdida.

Escena 1

[https://drive.google.com/file/d/1BPEwEBLesqYKT\\_ZwZEdVWXdCEcHOzVDt/view?usp=drivesdk](https://drive.google.com/file/d/1BPEwEBLesqYKT_ZwZEdVWXdCEcHOzVDt/view?usp=drivesdk)

Nota: recorte propio

Caso 2. Las cosas por limpiar (Molly Smith Metzler, 2021)

En la serie *Las cosas por limpiar* se muestra la dificultad que enfrenta una mujer víctima de violencia de género para poder salir del círculo de violencia y encarar un nuevo proyecto de vida. En ese camino, la protagonista se encuentra con una mujer exitosa económicamente, pero que arrastra varios duelos que le impiden disfrutar de su vida plenamente.

Se trata de una mujer afrodescendiente que tuvo que atravesar enormes dificultades para convertirse en una exitosa abogada y cuando encaró su proyecto de familia con su pareja, se encontró con una reserva ovárica envejecida. Realizó seis FIV y no logró el embarazo. En una de ellas refiere que escuchar los latidos del corazón de su bebé fue maravilloso, pero a las 9 semanas perdió el embarazo. Todos estos procesos de reproducción estuvieron seguidos de procesos de duelo, que en palabras de la protagonista no lograron realizarse. Su vínculo de pareja se fue deteriorando y ella se sentía cada vez más replegada en su carrera. Con esfuerzos económicos y emocionales intento seguir adelante con su proyecto familiar. sin embargo, no pudo recuperar la conexión con la pareja y el proyecto parental conjunto se volvió una tarea más en su agenda.

Finalmente, encaró una gestación subrogada para la que necesito una donante de óvulos y una gestante. Frente a las fotos de la ecografía del bebe tiene un sentimiento de tristeza y extrañeza. Lo que nos indica que no hay gestación psíquica de ese niño. Cada aborto no fue procesado y resultó algo que la impulsó en un camino de la que no se siente participe. El único ámbito que le otorga seguridad es su trabajo y allí deposita su fortaleza yoica. El hecho de no haber elaborado los duelos, la ha colocado en un camino de automatización reproductiva que refieren frecuentemente las mujeres que se encuentran atravesando durante años tratamientos médicos sin éxito.

Finalmente, a la hora de pensar en ese niño que se está gestando para ella en Oregón en otra panza, en otra mujer, ella tiene un sentimiento de ajenidad. La protagonista se pregunta ante la ecografía ¿Qué veo en esta foto? ¿Qué es “esto”? Se lo muestra enojada a su empleada doméstica que trabaja y vive en situaciones de extrema precariedad con su hija, que es su soporte vital. Nos preguntamos si luego de esta negación del embarazo podrá adoptar y alojar al niño con el que se encuentre en la realidad.

¿Podemos hablar de gestación psíquica separada de la gestación biológica?

La gestación psíquica o maternaje al decir de Oiberman (2013) es el proceso psicoafectivo que se da o no en una mujer que ha tenido un niño, oponiéndolo al de maternidad, hecho meramente biológico. La gestación psíquica supone una internalización de la imagen del bebe y un vínculo con él que es previo a darlo a luz. En tanto que la gestación psíquica es un proceso representacional y afectivo interno, no es necesario llevar adelante la función biológica de gestar, por ello considero que sería deseable que la gestación psíquica estuviera presente en la mujer comitente. Para poder llevar adelante dicho proceso

psicológico, los latidos del bebe y las imágenes ecográficas constituyen soportes tecnológicos que permiten construir en el plano psíquico un vínculo con la criatura para que al encontrarse con ella pueda ser alojada y adoptada. En el recorte audiovisual observamos que dicho vinculo no puede ser realizado.

Escena 2

[https://drive.google.com/file/d/10ulp2zl8ODZlszNloy2PtVbOsu9Jkqwt/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/10ulp2zl8ODZlszNloy2PtVbOsu9Jkqwt/view?usp=share_link)

Nota: recorte propio

### Discusión

Hemos presentado en la conferencia central del Segundo Congreso de Psicología Perinatal de Mar del Plata un cuadro refiriendo los duelos o pérdidas que se enfrentan a lo largo de los tratamientos reproductivos: duelo por la infertilidad, duelo genético, duelo por no poder gestar y duelo por embriones. En el material audiovisual hemos podido observar todos menos el duelo por embriones, de los que existen numerosas referencias de la clínica de la infertilidad. Los casos audiovisuales presentados, son recortes de situaciones que encuentran un fuerte correlato en la escucha clínica de estas pacientes. Ormart & Abelaira (2022) en el libro Casos clínicos, deseos hijxs, tecnologías presentan casos clínicos como correlato de estas experiencias referidas por las protagonistas de los recortes.

El lugar de la ciencia para evitar los duelos sucesivos que suponen las TRHA proponen estrategias que van desde la programación reiterada de tratamientos hasta las formas imaginarias de rellenar con contenidos fantasmáticos el “bebe ausente”. Estas formas no permiten habilitar un tiempo subjetivo de procesamiento. Otras formas de tapar las pérdidas o desajustes lo constituyen las formas de presentar la ausencia de vínculo genético del bebe como algo subsanable en el plano fenoménico. Formas todas ellas de evitar el encuentro con la castración.

A continuación, referimos (Ormart y Abelaira, 2019, pp 47) que:

“La epigenética se convierte para muchas mujeres usuarias de las TRHA en esto, un paliativo al duelo genético. Paliativo que se redobla por el matching fenotípico. Pero estas operatorias lejos de su promesa de “agilizar” el duelo, apuntan a reprimirlo. Sabemos que un duelo no producido es un duelo que retorna. Esto se verifica en la clínica con aquellos casos donde, algo que se presenta como un punto de horror para la familia se desplaza en diversas significaciones. El duelo se reedita de una generación a otra. Lo rechazado reaparece e insiste.”

El duelo genético por la ausencia de conexión genética con el bebe es un proceso importante para el cual es necesario destinar un tiempo para realizarlo.

Pasar de un ciclo reproductivo a otra con intentos seguidos, apurando los tiempos subjetivos en pos de los tiempos médicos, no es conveniente para la salud mental de la mujer.

Podemos ver en los fragmentos seleccionados, el dolor que generan las pérdidas subjetivas, del cuerpo fértil, de la capacidad ovárica, de la posibilidad de gestar. Cada una de estas pérdidas requiere plazos y pausas en los tratamientos reproductivos. Ya que un duelo no realizado retorna en sentimientos de ajenidad por el niño gestado. En dificultades para poder realizar su gestación psíquica. En obstáculos para maternarlo. Ser madre es un proceso psíquico importante, no solamente biológico. Buscar reducirlo a lo biológico, hace que se busquen parches que velen la castración. De este modo, el discurso médico que consuela a las madres que recurren a ovodonación diciéndoles que se realiza un matching fenotípico y que se les van a parecer, no resuelve el sentimiento subjetivo de ajenidad. El discurso de la genética que enfatiza el valor de la epigenético como herramienta para relativizar la carga genética solamente pone de manifiesto que lo que no está tiene un valor que se busca velar. Lo negado, lo forcluido retorna de forma siniestra.

Es fundamental que el equipo médico conozca la dimensión psíquica del embarazo y no solamente la biológica para respetar los tiempos de duelo que podrán ser a futuro tiempos de maternaje pleno.

### Conclusiones

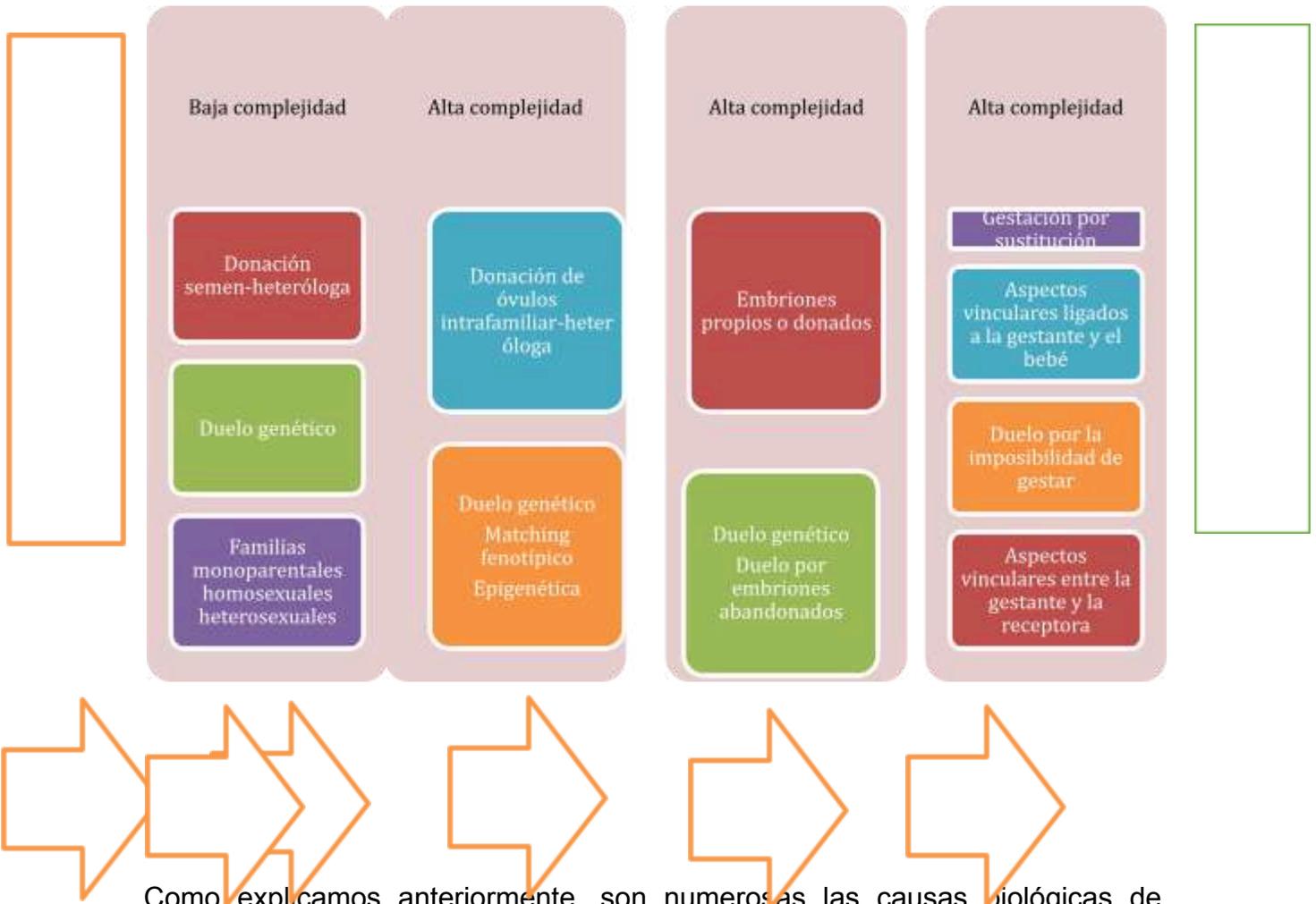
Los procesos de duelo en TRA tienen particularidades muy diferentes a los procesos de duelo perinatal de un embarazo espontáneo. En la medida que la reproducción por TRA supone mayor cantidad de años y mayor cantidad de procesos de duelo.

Asimismo, describimos una diversidad de duelos que no se encuentran presentes en los embarazos naturales.

Esto nos conduce a la necesidad de pensar un Modelo integrado de procesos de duelo en TRA (MID. Ormart, 2023)

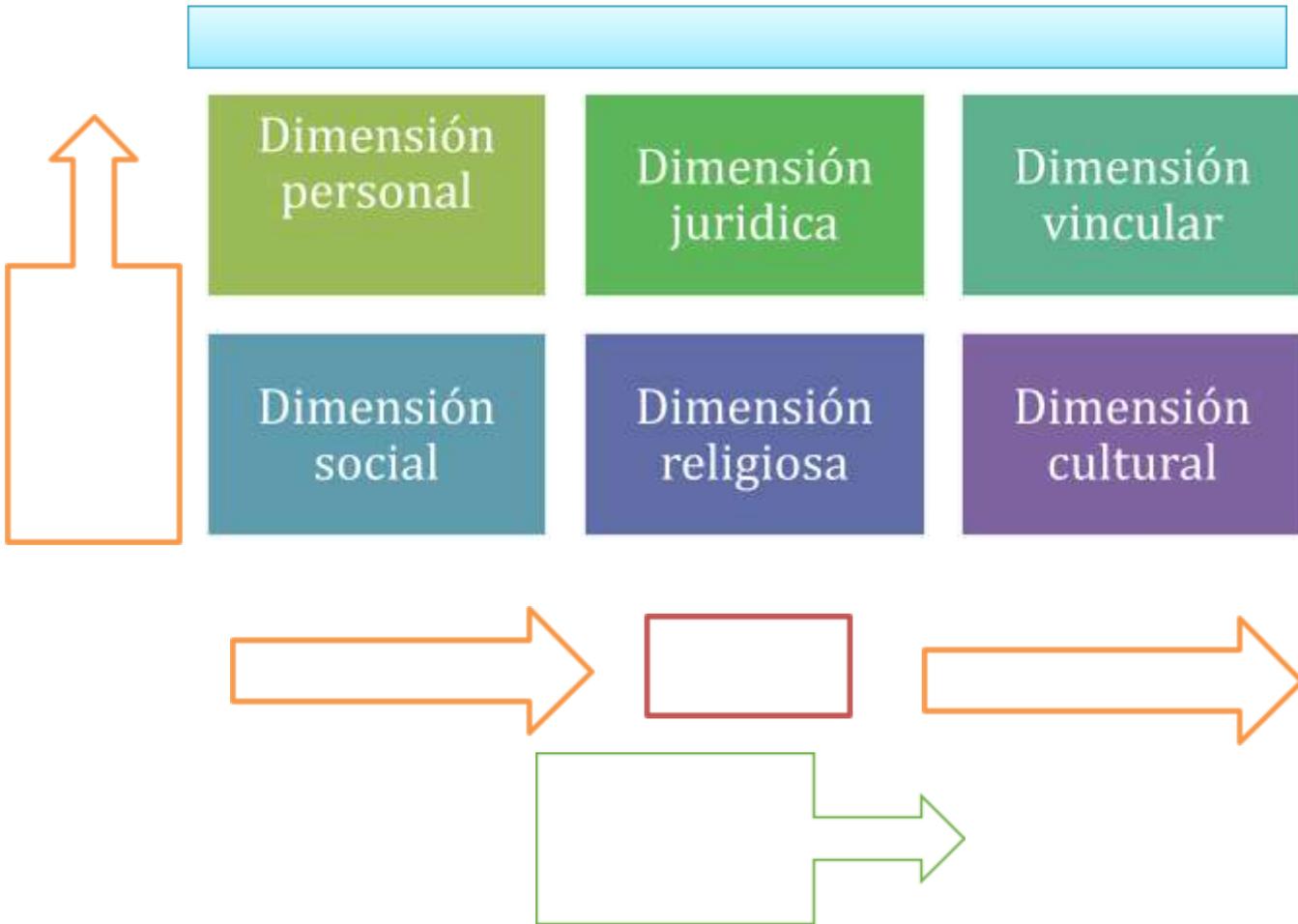
Todos estos elementos sumados a los anteriores suponen requerimientos de procesamiento psíquico de las pérdidas y duelos por diferentes dimensiones de la maternidad que no podrán ser consumadas plenamente.

### **Cuadro 1: Elaboración propia**



Como explicamos anteriormente, son numerosas las causas biológicas de infertilidad y esterilidad, pero existen además componentes que podríamos denominar socio culturales que se enlazan a la dimensión orgánica. El ser humanos es un ser complejo en el que lo genético, lo epigenético, lo social, lo cultural, lo lingüístico, lo representacional y la dimensión singular se entrelazan de un modo absolutamente diferente. En este sentido, podemos realizar descripciones de los fenómenos humanos desde una perspectiva general o estadística sabiendo que dicho abordaje es siempre inconcluso y contingente en cada sujeto.

**Cuadro 2: Elaboración propia**



A lo largo de los ciclos reproductivos se va generando un proceso de diferentes eventos disruptivos que son las pérdidas de diferente magnitud que deberán ser dueladas por las mujeres que se encuentran en tratamientos reproductivos. Dichos duelos tienen una dimensión singular (cognitiva y afectiva) una dimensión vincular (en relación con la pareja de la mujer que se encuentra atravesando un TRA) una dimensión social (vinculada a la familia y los amigos que pueden o no acompañar como red social de contención el proceso) una dimensión cultural (que remite a los aspectos sociales y representacionales vinculados a los cuerpos femeninos y sus identidades. Finalmente, una dimensión religiosa que resulta central a la hora de realizar los sucesivos duelos. Estas dos últimas dimensiones se hallan desarrolladas en dos escritos de mi autoría. (Ormart 2020 a- 2020c, Ormart & Curado, 2022)

La posibilidad de alojar el duelo, como parte de los procesos reproductivos requiere por parte del psicólogo/a un posicionamiento ético frente al desarrollo científico tecnológico en tanto que emergente del discurso capitalista. Dicha posición la describo como Serendipia. Ormart (2020b) que supone la aceptación de dicho fenómeno que hace a la subjetividad de la época, pero al mismo tiempo el resguardo de las coordenadas subjetivas que hacen a la dimensión humana en juego. El psicólogo/a reproductivo no puede ser un

engranaje más de la maquinaria reproductiva dejando al paciente en un lugar de automatismo reproductivo, sino que deberá anteponer el cuidado, la escucha, los tiempos subjetivos a los tiempos tecnocientíficos.

## Bibliografía

García Martínez, M. J. (2008), "Documentos para la historia de las matronas en América: El proceso de fe contra Juana Prudencia Echavarría. Lima, 1778". En Híades. Revista de historia de la Enfermería, n.º 10.

Cambra Baddi et al (2012) Cine aplicado a la Psicología: el abordaje ético-clínico de las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida. Congreso de Psicología. UBA

Badii, I. C., Paragis, M. P., Lorenzo, M. G. & Fariña, J. J. M. (2018). Sensibilidad ética en el ámbito educativo: el uso de recursos audiovisuales en la evaluación de situaciones complejas. Sophia, 14 (2), 46-59

Michel Fariña, J.J. y Ormart, E.B. (2009). Los medios audiovisuales como vía regia para el planteo de complejidades éticas, en Actas del Congreso "Pensando lo audiovisual en la investigación en Ciencias Sociales y Humanidades. Método, Técnica y Teoría", Año 1, Volumen 1. Buenos Aires: Incluir Asociación Civil

Michel Fariña & Tomas Meier (2016) ¿Cómo leer un film? La formación ética a través del cine y la virtualidad. INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO: teoria & prática. Porto.

Oiberman,A.(Comp.)(2013).Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal.(1raed.) Buenos Aires: JCE Ediciones.

Ormart & Abelaira (2020) Clinica psicoanalitica de la infertilidad: epigenetica y duelo. Revista de Psicoanálisis. Facultad de psicología. UBA. [https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos\\_completos/revista20/ormart.pdf](https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista20/ormart.pdf)

Ormart, E & Abelaira, P (2022) Deseos, hixs, tecnologías. NEU. <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/Casos-CI%C3%ADnicos.pdf>

Ormart, E (2022) La responsabilidad subjetiva en los derroteros del deseo de hijo.Aesthethika. Volumen 18. Número 1 Especial. New Amsterdam [pp. 49-55]

<https://www.aesthetika.org/La-responsabilidad-subjetiva-en-los-derroteros-del-deseo-de-hijo>

Ormart, E (2020a) Tensiones entre lo femenino y la maternidad en torno a las técnicas de reproducción asistida. Premio Facultad de psicología 2020. UBA. <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/30>

Ormart, E (2020b) EPÍLOGO: ¿QUÉ POSICIÓN FRENTE AL VÉRTIGO TECNOLÓGICO? En Ormart, E & Wagner, A (2020) Abordajes psicológicos en la reproducción médicamente asistida. NEU. <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/UNSL-Abordajes-Psicolo%CC%81gic os.pdf>

Ormart, E. B. (2020c). Las representaciones sociales presentes en novelas televisivas sobre la gestación por sustitución en Argentina: El caso de Pequeña Victoria. Revista De Investigación Del Departamento De Humanidades Y Ciencias Sociales, (18), 29-47. Recuperado a partir de //rihumso.unlam.edu.ar/index.php/humanidades/article/view/211

Ormart, E., & Curado, C. (2022). La construcción de la subjetividad católica a través de la figura de la virgen-madre en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida. INTER DISCIPLINA, 10(28),301-324 <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83300>

Rodríguez MK, Méndez VJ. (2015) “Factores clínico-terapéuticos que influyen en el logro de embarazo en pacientes tratadas por fertilización in vitro.” Rev Cuba Endoc. 2015;26(2):108-123.

Sominsky, Luba; Hodgson, Deborah M (2017) “Linking Stress and Infertility: A Novel Role for Ghrelin”. Endocrine Reviews. *Endocrine Reviews*, Volume 38, Issue 5, 1 October 2017, Pages 432–467, <https://doi.org/10.1210/er.2016-1133>

## “Aportes para un nacimiento respetado: una visión de obstétricas sobre los cuidados del parto”

Lic. Obst. Yanina Scarpello, Miembro de FUNLARGUIA, Obstétrica de guardia del Hospital Bernardino Rivadavia, Docente de la Carrera de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

El **Parto Respetado** es el proceso de nacimiento centrado en la persona gestante, su pareja o acompañante y su bebé. Se sostiene en la evidencia científica y el marco jurídico cuyos ejes brindan seguridad al promover la toma oportuna de decisiones informadas, la fisiología del parir y nacer, el apoyo emocional continuo en un ambiente adecuado, y el cuidado de alta calidad por parte del equipo de salud. Desde una concepción integral del ser humano, busca optimizar el resultado perinatal a través de una vivencia trascendental y positiva.<sup>1</sup>

Desde el marco de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), se diseña una exploración cuanti-cualitativa cuyo objetivo general es: Estimar la percepción de Obstétricas sobre el grado de cumplimiento del paso 3 para la implementación de una política MSCF, en su institución.

El objetivo específico es determinar cuál es la percepción de Obstétricas sobre las acciones sensibles al tiempo durante la primera hora posterior al nacimiento en binomios sanos.

Material y métodos: Diseño descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Los datos se recolectaron a través de una encuesta ad hoc voluntaria y anónima dirigida a obstétricas de la Argentina que realizan asistencia del nacimiento.

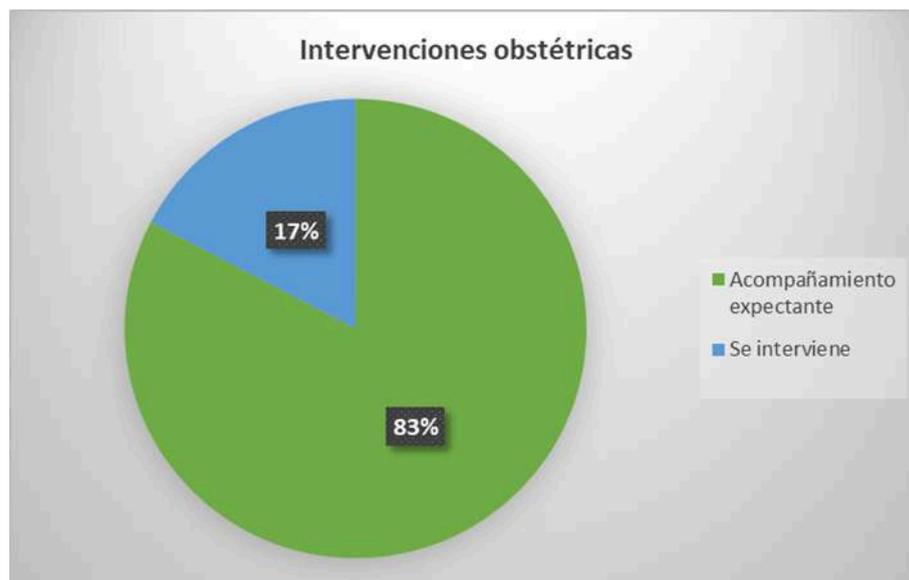
Variables: Adecuación de las salas de partos; Derecho al acompañamiento según Ley 25929; métodos analgésicos no farmacológicos; cumplimiento de las recomendaciones de la OMS; Contacto piel a piel, pinzamiento del cordón umbilical, inicio de la lactancia durante la primera hora de vida.

Entre las 225 profesionales que participaron se observaron los siguientes resultados:

Resumen de resultados		
Variable	Grado de cumplimiento	Resultado

<sup>1</sup> Parto Respetado, Seminario “Parto Respetado: Tejido propio, colectivo y composición”, 1ra cohorte, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (2020)

Adecuación de salas de trabajo de parto y parto	Medianamente cumplida	50,60%
Derecho al Acompañamiento durante todo el proceso	Cumplida	53,30%
Intervenciones según recomendaciones OMS	Cumplida	83%
Tacto Vaginal	Cumplida	87%
Uso de métodos analgésicos no farmacológicos	Cumplida	92,90%
Ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto	Medianamente cumplida	44,80%
Contacto Piel con piel	Cumplida	96,40%
Pinzamiento del cordón umbilical	Cumplida	84%
Inicio de la lactancia durante la primera hora de vida	Cumplida	62,20%



#### Resultados obtenidos

- ✓ Los recursos edilicios favorecen la implementación de una política MSCF pero **no son indispensables** para ello.
- ✓ La mayoría de las obstétricas han logrado adecuar las instalaciones para poder brindar recursos que contribuyan a **mejorar la experiencias de las familias** durante el proceso de nacimiento.
- ✓ El cumplimiento del derecho al acompañamiento en los nacimientos por cesárea representa un **desafío para mejorar**.

- ✓ Esta visión de obstétricas refleja el modelo MSCF como una estrategia posible de implementación en nuestro país hacia la desmedicalización del nacimiento y las intervenciones perinatales oportunas, con enfoque de derechos.
- ✓ La promoción y cuidado de un parto respetado, es una estrategia de prevención en el campo de la salud mental perinatal, que afecta a las personas gestantes, sus hijos e hijas y su entorno familiar directo.

**Soporte Emocional en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales,  
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, CABA.**

**María Aurelia González**

Psicóloga clínica con orientación perinatal.

Magister en Antropología Social, FLACSO.

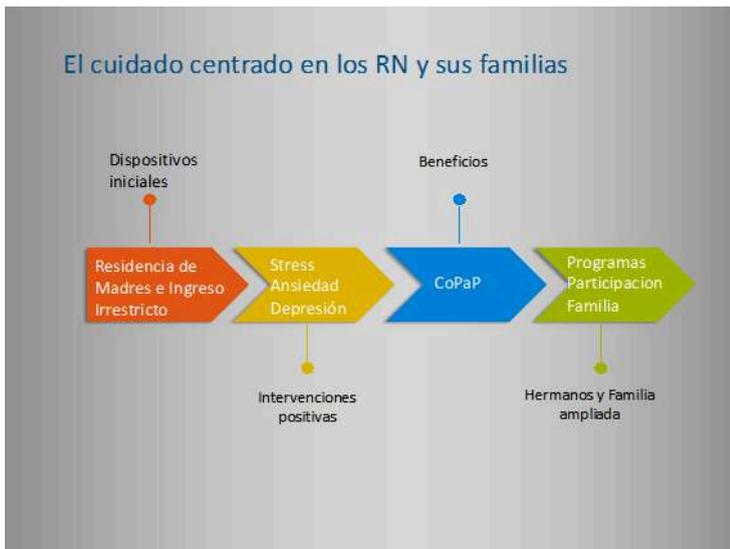
Especialista en Política y Gestión en Salud Mental, UBA

Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, CABA

Presidente de FUNLARGUIA. Docente de Posgrado UBA.

El escenario de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) plantea el desafío de ensamblar los avances científicos y tecnológicos y los cuidados personalizados. Desde el marco de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, que plantea un cambio paradigma en la atención perinatal, se desarrollan dispositivos institucionales que promueven la participación de la familia durante la internación de sus hijos e hijas recién nacidos.

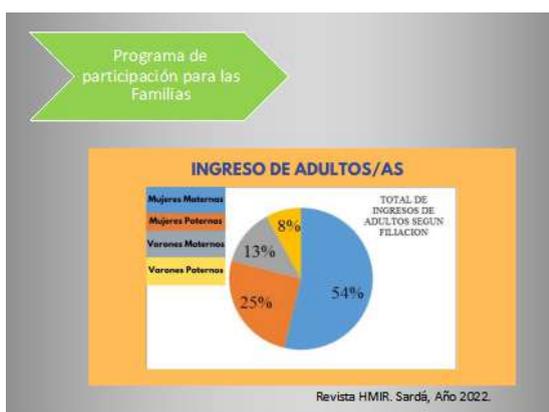
## El cuidado centrado en los RN y sus familias



La creación de una Residencia Hospitalaria para Madres, es un dispositivo que permite la proximidad de las madres y los niños internados, favoreciendo el apego inicial en condiciones críticas y como estrategia de prevención de situaciones como el hospitalismo. Este recurso institucional, junto a otras prácticas incluidas en el paso 5 del modelo MSCF, resultan beneficiosas para el acompañamiento y soporte emocional de los cuidadores parentales en el tránsito por neonatología. Las principales prácticas se validan a partir de la aplicación de la escala que mide el Estrés Parental en UCIN, de M. Miles (PSS NICU). Las intervenciones propuestas inciden en la disminución del estrés en el dominio específico de la relación madre-RN internado, según lo medido durante la medición pre-post realizada en la UCIN de la Maternidad Sardá. (SAP, [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar) 2010.). Del mismo modo, se puede observar el descenso en la depresión y ansiedad estado, reactivas a la situación de estrés. El Contacto Piel a Piel Madre-Padre-RN prematuro es una de las intervenciones de mayor impacto emocional para los padres, jerarquizando su función en estos escenarios.



A medida que los esfuerzos de distintas especialidades permiten recuperar neonatos cada vez más prematuros o con condiciones críticas, la inclusión de la familia en sentido amplio, resulta necesaria en términos del cuidado clínico de estos niños y niñas y en el armado de la red de soporte que será necesario a largo plazo. De allí la importancia de incluir a aquellos referentes que los padres reconocen como aliados en esta trayectoria: abuelos, hermanos, tíos, miembros de su comunidad. La estrategia en este espacio debe ser organizada y siguiendo las normas de seguridad. La Maternidad Sardá es pionera en los programas de ingreso de familiares a UCIN, con la participación de profesionales de salud mental. En el período 2014-2019 ingresaron 6497 familiares en el marco de este programa, de los cuales .El 74,02% corresponde a familiares adultos, y el 25,98% a niños, niñas y adolescentes. Como conclusión se observa que a implementación de un programa de ingreso de familiares en un área de cuidados intensivos neonatales es posible sin poner en riesgo la seguridad de la atención y además resulta una estrategia oportuna, que sensibiliza sobre las funciones de cuidado, ampliando las mismas al entramado familiar. <sup>2</sup>



Compartimos como reflexión final, la importancia del cuidado de la salud mental perinatal, en tanto es el pasaporte a una subjetividad enriquecedora y una vida comunitaria de calidad, más solidaria y menos conflictiva.

<sup>2</sup> Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2022;7(1):e1-16 . [www.sarda.org.ar](http://www.sarda.org.ar)

# Políticas Públicas y Primera Infancia. Una mirada crítica sobre los espacios de cuidado infantil en General Pueyrredón.

Autoras: Dra. Mariana Bright y Lic. Débora Gamboa.

## **Resumen:**

La primera infancia definida en Argentina como la etapa de vida que transita desde los 0 a los 4 años, es un momento de particular interés y atención para el desarrollo del ser humano, ya que se establece el marco de crecimiento de la personalidad, habilidades y respuesta del niño y la niña al entorno.

La relación de dependencia que presentan los niños y las niñas en esta etapa para con referentes de crianza y cuidados, nos lleva a analizar que los cuidados han quedado históricamente relegados a las acciones emprendidas por las mujeres como únicas responsables. Esta histórica y naturalizada brecha de género del escenario de raigambre patriarcal, ha sido interpelada por diversos cambios sociales, culturales y políticos, poniendo al Estado y en especial al municipio, como un actor relevante para revertir dichas desigualdades.

El presente trabajo, surgido del entrecruzamiento de dos investigaciones respecto a los cuidados infantiles en el Partido de General Pueyrredón, tiene por objetivo abordar la complejidad e importancia de las políticas públicas destinadas a los cuidados de la primera infancia y la permanente deuda social que se observa al respecto en el espacio público municipal.

Palabras clave: Políticas Públicas – Cuidado Infantil – Feminización de los cuidados

## **INTRODUCCIÓN**

Las políticas públicas y sociales se constituyen como los mecanismos de intervención estatal por excelencia. Evidencian cuáles son las problemáticas que conforman la agenda pública y política, es decir, define cuáles son las prioridades sobre las cuales se deben desarrollar acciones orientadas a la prevención, contención y/o a intentar mitigar situaciones estructurales.

La sociedad de orden capitalista sobre la que se ordena la organización social en la actualidad, repercute con múltiples consecuencias en la vida cotidiana de la población en su conjunto. Particularmente, en el grupo etario de los niños y las niñas, como así también el de las mujeres, que son los principales

afectados por las brechas de desigualdad social que profundizan la pobreza y la marginalidad.

Los primeros años de vida son sumamente significativos, en tanto los recursos cognitivos, psicológicos, sociales y culturales que se adquieren en dicha etapa son sustanciales para el desarrollo futuro del sujeto humano. Por esta razón, es necesario pensar cómo garantizar el acceso a los cuidados integrales en la primera infancia de niños y niñas que viven en contextos de vulnerabilidad social. A su vez, continúan prevaleciendo las prácticas de cuidados en manos de las mujeres como responsables directas, constituyendo parte importante de la brecha de desigualdad de género, por las dificultades que genera en términos de posibilidades de inserción laboral.

La disponibilidad de Espacios de Cuidado Infantil como política de Estado, tiene el potencial de garantizar intervenciones tempranas para el cuidado integral en la primera infancia, y a su vez, apelar a desmercantilizar y desfamiliarizar los cuidados. Habilitando a que las mujeres puedan incursionar en la proyección de otras vías de desarrollo personal, en estudio, trabajo, etc., y no quedar recluidas únicamente a la responsabilidad de los cuidados y la reproducción de la vida privada del hogar.

La situación de los Espacios de Cuidado Infantil en la ciudad de Mar del Plata, del partido de General Pueyrredón es compleja, por la diversidad de instituciones que abarca.

La lógica de organización y gestión municipal ha presentado diversos cambios a lo largo de los años, pero que no han significado una mejora en los servicios brindados, sino que se han reducido a la sustitución y modificación de nombres de las secretarías y direcciones.

En base a lo expuesto, el desarrollo del texto se ordenará bajo tres títulos. En primer lugar, se hablará sobre las Políticas públicas y sociales destinadas a los cuidados de las infancias. En segundo lugar, sobre los Primeros años de infancia: ¿por qué es necesario garantizar espacios de cuidado infantil de calidad? Por último, sobre el Estado de situación de las instituciones de cuidado a la primera infancia en el Partido de General Pueyrredón.

## **DESARROLLO**

### ***Políticas públicas y sociales destinadas a los cuidados de las infancias***

El Estado es un actor relevante para pensar cómo se dan y articulan las relaciones tanto sociales como económicas de una sociedad determinada. El poder que se encuentra centralizado en el Estado se dispone en función de lógicas y mecanismos estructurales que dan lugar a una organización social. Como bien define Enzo Faletto “el Estado expresa en todos los casos el conjunto de relaciones económicas, sociales y, especialmente, de poder que se dan en una sociedad” (Faletto, 1989: 69).

En este sentido, las políticas públicas se presentan como un medio para identificar e interpretar las intervenciones del Estado en torno a las problemáticas percibidas en una sociedad. Las políticas públicas y las políticas sociales asumen un rol importante en las características que presenta el desarrollo de la vida social de la población.

En base a lo expuesto se puede observar la orientación fáctica y/o práctica del concepto de política pública en términos de abordaje de problemáticas percibidas y reconocidas socialmente. El Estado asume un rol protagónico en la gestión de las problemáticas sociales. Sin embargo, no todos los problemas que afectan a la población implican el desarrollo de una política pública, sino que hay un proceso que se debe atravesar para constituir un mecanismo de acción y/o de intervención. Dicha intervención puede orientarse a diversos objetivos en el abordaje de una problemática particular, ya sea la erradicación del problema, su mutación a otra variación o a contrarrestarlo.

Según lo referido por Tamayo Sáez, M. (1997), el proceso de elaboración de las políticas públicas tiene diversas fases: identificación del problema, formulación de alternativas de solución, adopción de una alternativa, implantación de alternativa seleccionada y evaluación de los resultados obtenidos. El autor manifiesta que el proceso de las políticas públicas es cíclico, asumiendo que son instancias de retroalimentación entre sí. Sin embargo, la categorización y definición de dichas instancias sirve a los fines analíticos ya que en la realidad no se requiere necesariamente la secuencia de etapas de manera estricta.

La definición de los problemas públicos, se presenta como el principal desafío, ya que implica diferenciar los problemas, cuantificarlos y tener en claro su magnitud. Los problemas no son cuestiones concretas y objetivas, sino que son contruidos socialmente, de manera subjetiva y dependen de quién lo observa. Deben considerarse las miradas de múltiples actores políticos y sociales, que estratégicamente puedan brindar enfoques diferenciados sobre un mismo tema. Esta etapa es de suma importancia ya que de la caracterización que se haga del problema, se delimitan las posibles estrategias a implementar. El carácter político de cómo se define un problema es evidente.

Como expresa el autor Tamayo Sáez, M.: “La definición del problema es una decisión de gran importancia que marca absolutamente el posterior desarrollo de la política pública, al reducir el ámbito de posibles alternativas a considerar. Una definición inadecuada del problema está en la base del fracaso de muchas políticas públicas” (Tamayo, 1997: 287).

Las problemáticas sociales en Argentina se orquestan en torno al aumento de la pobreza y la indigencia, la exclusión social, el deterioro de los sistemas públicos de salud y educación, el aumento de la desigualdad social, la violencia y la marginalidad. Estas problemáticas afectan mayoritariamente a niños, niñas en la primera infancia y a las mujeres. Por ello, las intervenciones de políticas

sociales deben procurar trabajar en lógicas viables que permitan modificar tales escenarios.

Por su parte Oscar Oszlak (1980), plantea que para desarrollar una estrategia de estudio e investigación sobre las políticas públicas se debe considerar a éstas como un conjunto acciones y tomas de posición por parte del Estado ante cuestiones que son problematizadas socialmente.

Por otro lado, el autor Vilas Carlos, define las políticas públicas como un “conjunto de acciones de gobierno ejecutadas para alcanzar los fines hacia los que se orienta el ejercicio del poder político” (Vilas, 2011:37). El autor identifica que las políticas públicas responden a demandas y solicitudes dadas desde la sociedad. Razón por la que no son una exclusividad de los funcionarios públicos y de los políticos, sino que por el contrario, en todos los procesos de elaboración de las políticas públicas (diseño, ejecución y evaluación) diversos actores sociales toman parte activa y participan e involucran de diversas maneras.

Definir la política social requiere de un importante trabajo teórico-conceptual, siendo necesario atender al carácter y la orientación social de la intervención del Estado al asumir la definición de las problemáticas que van a formar parte su agenda pública de trabajo.

La política social forma parte de un proceso sociohistórico, con la presencia de pujas y luchas entre diversos actores y coaliciones para la definición de la distribución en los contextos político-institucionales. Puede ser entendida como la toma de posición que tiene el Estado, ya sea por acción o por omisión, para con la distribución en función de la universalización de derechos. Esto implica la integración de políticas a nivel fiscal, del empleo, los ingresos y de la administración de los servicios y sectores sociales (salud, educación, seguridad social, vivienda, etc.) (Mazzola, 2015).

En este sentido, es posible relacionar la definición de los problemas sociales que requieren intervención del Estado, con el modelo de desarrollo vigente en un país en un determinado momento histórico y político.

Se observa que, en la manera en la que se definen y ordenan las intervenciones del Estado a través de las políticas sociales, hay un condicionamiento a priori por parte del modelo de desarrollo vigente. Por ejemplo, en un Estado de Bienestar Social, se van a desarrollar políticas públicas tendientes a garantizar el bienestar general, acceso a derechos sociales, justicia social y redistribución de los ingresos con sectores históricamente relegados. Mientras que en un modelo de desarrollo liberal, el libre mercado sectoriza y fragmenta los problemas sociales sobre los cuales intervenir.

El Estado Nacional Argentino reconoce a la niñez como un sector poblacional sobre el cual se deben desarrollar intervenciones en pos de garantizar derechos. En el Art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional asumen carácter

normativo diversos tratados internacionales, como la Convención Internacional sobre los derechos del niño.

En lo que respecta al contenido y los lineamientos de la Convención sobre los cuidados de los niños y las niñas, explícita con claridad aspectos referidos a la modalidad y los indicadores a los cuales debe responder el mismo. En el Preámbulo se manifiesta que las infancias tienen derecho a percibir cuidados y asistencia especial, asumiendo el rol protagónico que tiene la familia como grupo fundamental donde se desarrolla el crecimiento de los niños y las niñas. Siendo necesario garantizar la protección de cada niño y niña en contextos favorables de atención y comprensión que permitan el desarrollo pleno de la personalidad. Se establece que cada niño y niña está en un proceso de desarrollo físico y mental, siendo la razón por la cual requieren de cuidados especiales.

En este sentido, el Estado argentino, como Estado firmante de la Convención, asume la responsabilidad de garantizar la protección y cuidado de los niños y niñas, teniendo en consideración los derechos y deberes que tienen los referentes de crianza (padre, madre, referentes familiares y comunitarios). Se deberán disponer de recursos institucionales y de servicios encargados del cuidado y protección de las infancias, procurando que respondan a condiciones materiales, de seguridad, sanidad y competencia personal para su planificación y ejecución.

En el Art. 18 de la Convención se detalla que será necesario prestar asistencia requerida por parte de los progenitores y/o representantes legales de los niños y niñas, en lo que respecta al desempeño de sus funciones de crianza, creando instituciones y servicios de cuidado para los niños y niñas. Remarcando que aquellos progenitores y/o referentes de crianza que tengan actividades de índole laboral, puedan contar con soporte de instituciones de cuidado y guarda. A su vez en el artículo 24, contempla que se pueda brindar información sobre los aspectos estructurales que hacen a la salud, a la nutrición, a la higiene y saneamiento ambiental, a la prevención de accidentes, al acceso a la educación, etc. Cada niño y niña tiene derecho a vivir en un ámbito saludable, con referentes que lleven adelante el rol de cuidado con responsabilidad. Para ello el Estado debe adoptar medidas que permitan que esa responsabilidad pueda ser asumida y llevada adelante.

La niñez es una etapa de desarrollo de la personalidad, de aptitudes, capacidad mental y física y en contextos favorables y armoniosos, es cuando puede llegar al máximo de su potencial. Reconocer el juego, el descanso, el esparcimiento y las actividades recreativas como parte constitutiva de los derechos fundamentales que hacen a un desarrollo pleno.

### ***Primeros años de infancia: ¿por qué es necesario garantizar espacios de cuidado infantil de calidad?***

La preocupación por la niñez y la primera infancia, tanto en Argentina como en

América Latina, es un problema de larga data. En efecto, en todos los países de América Latina se han estado planificado, desarrollado y evaluado programas de atención y promoción de los derechos en la primera infancia desde hace más de un siglo y medio (OEA, 1998). A nivel internacional se reconoce al desarrollo de políticas públicas y sociales orientadas a la primera infancia como una forma de garantizar el acceso igualitario de oportunidades y condiciones de vida digna a las nuevas generaciones.

La organización de las Naciones Unidas establece que la etapa de los primeros años de vida es de suma importancia, razón por la cual la incluyó en el desarrollo temprano de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que guían el trabajo de la organización hasta el año 2030. En la misma línea, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) propone reforzar y aunar el compromiso con la primera infancia a nivel global, también en Argentina (UNICEF, 2016).

Es momento de reflexionar sobre el lugar que ocupa en la agenda pública del Estado Nacional, la cuestión de la primera infancia de cada niña y niño de 0 a 4 años. Ante un escenario donde las desigualdades sociales apremian e impiden el ejercicio de derechos desde los primeros años, la articulación y presencia de políticas sociales destinadas a acompañar a las infancias y las familias en dicha instancia, es una forma de promover un modelo de desarrollo inclusivo que garantice los derechos humanos y sociales desde los primeros años de vida. Para comenzar a abordar el tema, es menester en primera instancia definir de qué hablamos cuando decimos: Espacios de Cuidado. Propone la CEPAL (2013): “Podemos decir, sin pretensión de ofrecer una definición exhaustiva, que el cuidado designa a la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material, que implica un “trabajo”, del cuidado económico, que implica un “costo económico”, y del cuidado psicológico, que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”.

Hablar de Espacios de Cuidado Infantil, remite entonces a un sinnúmero de cuestiones, especialmente cuando pensamos a dicho Cuidado Infantil como una responsabilidad del Estado para grupos familiares de mayor vulnerabilidad. En el marco de la normativa de Protección y Promoción de los Derechos del Niño, por tanto asumiendo una perspectiva de Derechos, se entrecruzan nociones y concepciones que vienen siendo abordadas, algunas desde hace siglos y otras en las últimas décadas, referidas tanto al derecho de los niños a una protección y asistencia integral, así como a la necesidad de transversalizar la perspectiva de género y en definitiva, la protección de los Derechos Humanos, si bien en ocasiones la perspectiva de derechos de la niñez, entra en tensión con algunos posicionamientos de género, tema que dejaremos para otro debate.

La necesidad de protección de la niñez, en especial durante la primera infancia, ha sido harto abordada por innumerables estudios científicos de las más diversas disciplinas; sólo realizando una búsqueda sencilla en el Google

Académico, se pueden encontrar aproximadamente 400.000 artículos en castellano.

La primera infancia es la etapa definida entre los 0 a los 4 años, un momento vital de grandes transformaciones para la vida del ser humano. La especial atención y mención a la importancia que tiene el desarrollo del cerebro en esta etapa, se sustenta en que articula y funciona como centro procesador de las experiencias del entorno material y social con las características propias a nivel genético del ser humano. Esto quiere decir, que aunque cada niño y niña posee una disposición genérica para interactuar con el entorno y sacar la información necesaria para desarrollarse, son precisamente las experiencias diarias y cotidianas vivenciadas en la primera infancia las que dan lugar a distintas variabilidades en el potencial desarrollo. Los contextos de riesgo y vulnerabilidad matizan otros desarrollos cerebrales, porque es un periodo determinante y sensible para los procesos de aprendizaje.

Como factores de riesgo identificamos la exposición a la desnutrición, la violencia, a emociones negativas, al maltrato, a contextos de consumo de sustancias, a la falta de estimulación y atención, entre otros (Eming y Fujimoto-Gómez, 2003; OEA, 2010; Roselli, 2003; Sastre, 2006; Vegas y Santibañez, 2010).

El cuidado de la prole, una de las funciones indiscutibles de las familias en todas sus formas actuales y pasadas, ha estado históricamente feminizado recayendo el cuidado de los niños en las mujeres madre, abuelas o en sus hijas mayores, reproduciendo una trama de desigualdad que ha sido tanto naturalizada como invisibilizada, es una temática que si bien ha cobrado una fuerza irrefrenable de la mano de los feminismos desde mediados del siglo pasado, se ha intensificado en el presente siglo (Faur, 2006 - Faur y Zamberlin, 2008).

“Los malabares de las mujeres no se producen sólo al interior de los hogares sino, y particularmente, en relación con las instituciones públicas: estatales y privadas, a partir de las cuales las mujeres organizan y reorganizan las tramas de cuidados cotidianos de los niños pequeños. Reclama de parte del Estado el compromiso necesario en la defensa de la equidad de derechos al interior de los hogares. Un ejemplo clave lo constituyen el ingreso universal al derecho del cuidado destinado a los niños o sea al cuidado integral de la infancia.” (Faur, 2014: 20).

Las familias cuentan con tres soportes para afrontar la tarea del cuidado de la prole: el grupo familiar extenso, el mercado y el Estado. En las sociedades, el cuidado puede ser provisto tanto por la familia como por el Estado, por el mercado o por la propia comunidad, estos son los cuatro componentes que en conjunto conforman lo que Shahra Razavi dio en llamar “diamante del cuidado” (Razavi, 2007). En la Argentina, la familia ofrece la mayor parte del cuidado,

sobre todo en la primera infancia. El cuidado no remunerado –no mercantil–, que se desarrolla al interior de los hogares es la fuente principal de cuidado infantil. Como muestran los datos de encuestas sobre el uso del tiempo, las mujeres asumen la mayor parte de este trabajo” (INDEC, 2014; Rodríguez Enríquez, 2015).

El rol del Estado, con su intervención a través de políticas sociales que propicien las prácticas de cuidado desde los primeros años de vida (0 a 4 años), es un campo que al momento se muestra con vacancias. Pese a la existencia, como hemos visto, de un marco normativo que ampara y obliga al Estado Nacional a intervenir en la temática de la primera infancia, actualmente aún no se ha ejecutado una estrategia unificada e integral que garantice el cumplimiento de derechos de niños y niñas. Así, se asiste a conquistas en el terreno jurídico y normativo que no se ejercen plenamente en el campo de la realidad (CIPPEC, 2019).

La atención sobre la primera infancia implica una referencia directa sobre los grupos familiares de los que forman parte, ya que son quienes ejercen los cuidados y las prácticas de crianza. Se observa que los hogares unipersonales y de jefatura femenina vienen en aumento en los últimos años, sumado al hecho de que la inserción al mundo laboral de las mujeres está mayoritariamente dada en condiciones de sub-ocupación y precarización laboral. Así también, son las mujeres las que mayoritariamente tienen asignadas y llevan adelante los procesos de cuidado y crianza de terceros.

De acuerdo a las estadísticas brindadas por el INDEC (2022) se observa que las mujeres continúan desempeñando en mayor parte el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, presentándose como el principal obstáculo para su inserción laboral plena. En comparación, se observa que la proporción de varones que ejercen prácticas de cuidado y tareas domésticas es algo menos de 5 de cada 10, mientras que hay 8 de cada 10 mujeres a cargo de las tareas domésticas” (INDEC, 2022). Las mujeres continúan preponderantemente desarrollando las tareas de cuidado y de sostenimiento económico de los hogares.

Ahora bien, la política social debe garantizar el acceso de las niñas y los niños a espacios de cuidado desde la primera infancia, más aún en aquellos sectores históricamente desfavorecidos de la sociedad. Se deben contar con espacios públicos y gratuitos de cuidado a la primera infancia, como centros de desarrollo infantil-espacios de primera infancia-unidades de desarrollo infantil, guarderías, etc., que viabilicen y garanticen la disponibilidad de cuidados de calidad para los niños y las niñas. A su vez, esto repercute en la dinámica de organización de los grupos familiares, ya que permite que las mujeres no sean las únicas encargadas y responsables de los cuidados, pudiendo delegarse en instituciones públicas. Incorporar una lectura de perspectiva de género en la creación de políticas sociales de cuidados a las infancias, habilita a

desfamiliarizar y desfeminizar los cuidados, pudiendo entonces las mujeres actuar en el desarrollo de otros intereses personales (trabajo, estudio, etc.).

### ***Estado de situación de las instituciones de cuidado a la primera infancia en el Partido de General Pueyrredón***

En primera instancia corresponde responder a una pregunta que plantea UNICEF (2021) en su informe: Estrategia Municipal en Primera Infancia ¿Por qué el municipio?

- Porque es el lugar de mayor proximidad del Estado con la ciudadanía, el sitio privilegiado para organizar un espacio público participativo de debate y decisión sobre cómo implementar del mejor modo la política de primera infancia.
- Porque permite estimular la creación de redes institucionales y barriales alertas a la identificación y rápida capacidad de respuesta a situaciones de vulneración o amenaza de los derechos de las niñas y niños pequeños.
- Porque ofrece una escala adecuada para promover innovaciones, corregir desvíos de la política pública, realizar adecuaciones y establecer acentos de acuerdo con la realidad local, siempre teniendo en cuenta la integralidad de los abordajes.

En la actualidad las familias que confluyen en los diversos dispositivos de cuidado en las ciudades de Mar del Plata y Batán son en general: monoparentales, matricentradas dada la tangencialidad de las paternidades<sup>3</sup>, por otra parte y teniendo en cuenta que nuestra ciudad continúa siendo polo de atracción de jóvenes, que llegan solos o en pareja en busca de oportunidades, se observa un marcado desgajamiento familiar, respecto de los grupos.

En algunos casos, si bien cuentan con familia extensa, las problemáticas para la subsistencia de cada uno de sus miembros impiden que se pueda contar con la solidaridad necesaria para la derivación de la crianza de los niños durante el horario laboral.

Por otra parte, en general las familias desarrollan actividades tangenciales al mercado formal de trabajo, por lo que carecen de servicios que otrora proveyeran los sindicatos o las propias empresas como las guarderías sindicales. En muchos casos los niños se suman a corta edad, a la cotidianidad laboral de sus mayores. Entendiendo que este orden de cosas genera una tensión permanente entre la subsistencia diaria y la necesidad de brindar cuidados integrales a los niños, es el Estado quien debe asumir el

---

<sup>3</sup> Respecto a la temática de la tangencialidad de las paternidades ver: Bright, M "Sin datos del padre. Reflexiones sobre paternidades tangenciales de niñas y niños alojados en un Hogar Convivencial de la Ciudad de Mar del Plata."  
<https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/301>

apoyo a las familias, a través de sus dispositivos de asistencia, tal y como cada nueva gestión municipal ha declamado.

Pero si observamos la oferta de espacios de cuidado municipales, a cuarenta años de su gestación, el Partido de General Pueyrredón sigue contando con las mismas instituciones que se crearon en la década de los 70'. Las principales modificaciones que se han tenido, responden al cambio de sus nombres en un esfuerzo por utilizar eufemismos de moda o legalmente establecidos y a la modificación de las estructuras que las contiene: sobre las instituciones se ha creado un entramado de cargos jerárquicos, de índole principalmente política (no cargos concursados por personal de Planta Permanente). Cada, otrora Casa del niño (actualmente Centro de Cuidado Infantil), ha sido trasladado a la parte inferior de esa montaña jerárquica y tal como reza cada Ordenanza: "Con su misión, funciones, personal, bienes, muebles y útiles." Pero al interior de cada uno de los "Centros de Cuidado Infantil", desde el Decreto de 1971 cuando dichos espacios fueran municipalizados, se ha limitado a la mínima expresión, el número de personal de maestranza, cocina, técnico, profesional, administrativo, etc., al punto de que se ha tenido que reducir el número de niños que asisten a dichos centros, con el objeto de no poner en riesgo la calidad del servicio.

Propone la reseña de Ana Domínguez Mon (2014) del libro de Eleonor *Faur El cuidado infantil en el siglo XXI*: "El desafío es implementar estrategias que permitan ampliar la cobertura y no reproducir en la oferta de servicios de cuidados las desigualdades estructurales presentes en la sociedad argentina de principios de siglo XXI, produciendo servicios de menor calidad para las y los más pobres. El desafío es profundizar aquellas políticas públicas que potencien o generen cambios significativos en la organización social del cuidado. Lograr que quienes carecen de medios puedan acceder a servicios de cuidado y que éstos no se reduzcan a los mercantilizados o a las ofertas estatales, con escasos espacios para las niñas y los niños de menos de 3 años de edad, siendo los niños pobres quienes menos acceden a este tipo de dispositivos."

Volviendo a la realidad local, no caben dudas que estamos muy lejos de afrontar ese desafío. Sólo se han implementado estrategias para la ampliación de los cargos jerárquicos, que sólo suelen ser un trampolín para el acceso posterior a espacios políticos de tanto a nivel municipal, como provincial y aún nacional.

Los espacios de cuidado infantil municipales, subsisten a pesar de las gestiones que una y otra vez fueron diezmando su personal, corroyendo sus edificios, acotando sus horarios, minimizando sus servicios. Respecto a los recursos, más allá de aquellos materiales que hacen posible brindar alimentos, espacios físicos adecuados, etc., el recurso humano, eje fundamental de toda intención de brindar contención y asistencia adecuada a la población infantil, es totalmente insuficiente. Resulta indispensable contar con personal que pueda responder a las necesidades de grupos numerosos de niños, en especial

aquellos que presentan mayor demanda como los de la primera infancia. La atención, contención y cuidado de los niños, requiere de personal suficiente para poder responder tanto a la demanda grupal como a las necesidades individuales. Cabe destacar que los actuales ECI, cuentan con capacidad para albergar el doble de la población a la que asiste en la actualidad, siendo la falta de personal una constante en la administración de recursos.

“Las políticas públicas necesitan de financiamiento y previsibilidad para ser una realidad y no una mera declaración de principios. Si bien en los últimos años se avanzó en la incorporación de la perspectiva de género en el presupuesto nacional, aún es necesario lograr una mayor institucionalidad que asegure que un tema clave para la igualdad de género como es el reconocimiento, la provisión y la distribución de los cuidados no sufra retrocesos en el futuro ni dependa de voluntades políticas.” (Unicef, 2022: 15)

En cuanto a los Espacios de Cuidado Infantil, esparcidos por un territorio que ya ha quedado lejos de los barrios marginales de la ciudad, se encuentra integrado en una trama interinstitucional compuesta por los efectores barriales: escuelas, centros de salud, sociedades de fomento, Clubes, Polideportivos, etcétera, con los que resulta indispensable el tejido de una red de corresponsabilidad en el cuidado de la niñez y generar las condiciones para brindar a los niños una asistencia integral. Pero esa coordinación no se genera desde los espacios de articulación política, sino desde la propia cabeza de cada ECI, a partir de una tarea cotidiana alejada de la transversalidad que las temáticas de niñez y adolescencia tendrían que tener en los centros decisorios del Ejecutivo. El desarrollo de esas redes de comunicación implica, evitar las prácticas de derivación, en busca de un diálogo sostenido en arreglos institucionales, resultado de la articulación de información, saberes y recursos desde todos los niveles de la administración pública.

En este sentido, se considera de suma importancia para el logro del objetivo del desarrollo integral de los niños, contar con el aporte de otras áreas municipales, que han itinerado sin una coordinación que permita su continuidad y planificación conjunta. Es el caso del Programa Educativo Barrial, coordinado por el área de Políticas Socioeducativas de la Secretaría de Educación, las actividades del Ente Municipal de Deportes y Recreación; el dispositivo Salud en tu Barrio, perteneciente a la Secretaría de Salud; los programas socio culturales Almacenes Culturales correspondientes al área de Cultura del propio Municipio. La posibilidad de una tarea articulada y que responda a las características de la población de cada ECI, se consideraría un facilitador para el cumplimiento del objetivo primordial de estas instituciones, la asistencia y cuidado integral de los niños que la integran.

En dicha red, resalta la presencia de los Servicios Locales de Protección y Promoción de los Derechos del Niño (CPDN), tanto como potenciales derivadores de niñas y niños cuyas familias requieren apoyo para su cuidado, como referentes para la atención especializada de aquellas situaciones que

ameriten su intervención. De hecho, la convivencia de algunos CPDN en sede de ECIs ha mejorado sustancialmente la comunicación interinstitucional, favoreciendo la atención a la comunidad de familias sin superposición de acciones, sino por el contrario, fortaleciendo objetivos en conjunto.

Por otro lado, se puede observar la situación estructural de los Centros de Desarrollo Infantil en la ciudad de Mar del Plata, que actualmente cuenta con tres instituciones de gestión municipal dependientes de la Secretaría de Desarrollo Social: el CDI 'Pueyrredón' (barrio Don Emilio), el CDI 'Newbery' (barrio Jorge Newbery) y el CDI 'La Herradura' (barrio La Herradura) ubicados en barrios periféricos de la ciudad; y el CDI 'Francisco' (barrio La Perla) bajo la órbita de gestión de la Agrupación Encuentro Peronista, conveniada con el Ministerio de Desarrollo de la Comunidad de la Provincia de Buenos Aires y con la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, ubicado en zona céntrica con año reciente de apertura en el 2021.

De acuerdo a lo dictado en la Ley 26.233, el objetivo de estos espacios se orienta a la atención integral de niños y niñas entre 45 días y hasta los 4 años de edad inclusive. Contando con la perspectiva de avanzar en el trabajo con las familias y la comunidad para la protección de los derechos de los niños y niñas. Sin embargo, lejos de lo estipulado por la Ley, estas instituciones lo único que conservan de sus orígenes es el nombre. Ninguno de los tres espacios que se guían bajo la órbita de gestión municipal responden a los principios ordenadores de la Ley. Son instituciones con una lógica de funcionamiento variada y diferente de acuerdo a las características de cada barrio, que se asemeja a los Centros Integradores Comunitarios, con actividades abiertas a la comunidad (apoyo escolar, talleres para adultos, Programa Envió, Programa Horas Peba, Servicio Social de Gestión Territorial, Escuela de Adultos, etc.) A pesar de estar ubicados en zonas estratégicas de la ciudad, de barrios periféricos y con población en situación de vulnerabilidad social, significando éstas instituciones el acceso y el contacto más cercano de la población con el Estado, no se explota el potencial que tienen. La posibilidad de garantizar el funcionamiento de estos espacios públicos destinados a los cuidados integrales de la infancia en contextos como los descritos, significarían un salto cualitativo y cuantitativo en términos de materializar el enfoque de derechos y de género.

En lo que respecta al CDI Francisco, cuenta con cuatro salas: dos salas de 2 años, una sala de deambuladores de 1 año, una sala de multiedad de 3 y 4 años. Si bien recibe población de la zona de La Perla y sus alrededores; reciben niños y niñas de más de 30 barrios de la ciudad. Actualmente asisten 178 niños y niñas. Más allá de lo válido de la experiencia, no deja de ser insuficiente en términos de la cantidad poblacional de niños y niñas de 0 a 4 años que requieren de espacios públicos de cuidado integral en la ciudad de Mar del Plata.

## CONCLUSIONES

En base a lo expuesto, queda en evidencia que las características actuales que asume la intervención y el rol del Estado en torno a la implementación de políticas públicas y sociales continuas, permanentes y solventes en el campo de la primera infancia, presenta serias dificultades y grandes desafíos aún para lograr dicho cometido. La falta de financiamiento, la pérdida de articulaciones sólidas entre los distintos niveles de gobierno, las problemáticas socio-económicas que se agudizan y el abandono de la primera infancia en la agenda pública, hacen a la pérdida del horizonte fundamental de cuidar de forma integral las niñeces como inversión para una sociedad más justa e igualitaria.

Tal como expresa la CIPPEC (2019) a pesar de que el Estado Nacional tiene la obligación de intervenir en materia de primera infancia, no se registran al momento, estrategias unificadas que garanticen el cumplimiento de los derechos en la infancia de los niños y las niñas. La conquista de leyes y normativas de restitución de derechos, no significan de manera directa su materialización en la realidad cotidiana de la población.

Los primeros años de vida son un momento vital de desarrollo, la carencia de intervenciones tempranas para la estimulación, la atención integral, la alimentación saludable, la adquisición de pautas, hábitos y costumbres saludables, tienen un saldo sumamente negativo para la sociedad en su conjunto. Lo que no se hace y cumple hoy para con las niñeces, es una pérdida irreparable en el futuro de cada niño y niña en desarrollo. La necesidad y la urgencia de intervenciones integrales es ahora.

## BIBLIOGRAFÍA

Domínguez Mon, A. (2015). El cuidado infantil en el siglo XXI. *Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Faur, Eleonor (2014) Buenos Aires: Siglo XXI Mora (Buenos Aires) Recuperado en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853001X201500100011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853001X201500100011&lng=es&tlng=es).

Eming Young, M. y Fujimoto-Gómez, G. (2003). Desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 85-123.

Faletto, E. (1989). "Especificidad del Estado en América Latina". *Revista de la Cepal*, Núm.38, agosto. Recuperado en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/coedicion/faletto/2.3.pdf>

Faur, E. (2014). El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual.- 1ª ed.- Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores

Mazzola, Roxana. (2015) “Capítulo V. Elementos de gestión. Aportes conceptuales para el debate” en Nuevo Paradigma. La Asignación Universal por Hijo en la Argentina. (3ra edición). Buenos Aires: Editorial Prometeo.

Oszlak, O. (1980). “Políticas Públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas” en Estudios CEDES, Vol. 3, No. 2. Buenos Aires.

Razavi, S. (2007). “The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options”. Gender and Development, paper N° 3, Ginebra: UNRISD. Recuperado de:

[https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)

Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2015). “Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina” Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 4 n°8 (Enero- Junio 2015) ISSN 1853-9254.

Roselli, M. (2003). Maduración cerebral y desarrollo cognoscitivo. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 1(1), 1-15. Sastre, S. (2006). Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. Revista de Neurología, 42(2), 143-151.

Tamayo Sáez, M. (1997). “El análisis de las políticas públicas en La nueva Administración Pública”. Alianza Editorial, S.A, Madrid.

Vegas, E. y Santibáñez, L. (2010). La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe. Bogotá: Banco Mundial.

Vilas, Carlos. (2011). “El Estado y las políticas públicas en América Latina” En Cristina Fioramonti y Paula Anaya, comps., La Plata: AECID/COPPPAL/Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires, 2011, (págs. 37-74). Convención Internacional sobre los derechos del niño.

Ley Nacional 26.061 “Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”.

Ley Nacional 26.233 “Centros de Desarrollo Infantil”.

INDEC. (2014) Encuesta sobre trabajo remunerado y uso del tiempo Tercer trimestre 2013.

Recuperado en <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-31-117>

INDEC. (2022). “Dossier estadístico. 8M Día Internacional de la Mujer”. Recuperado en:

[https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier\\_estadistico\\_8M\\_2022.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/dossier_estadistico_8M_2022.pdf)

INDEC. (2022). Condiciones de vida. Vol. 7, nº 4 Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2022. Informes técnicos. Vol. 7, nº 63 ISSN

2545-6636.

Recuperado

en:

[https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph\\_pobreza\\_03\\_2302A7EBAFE4.pdf](https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_03_2302A7EBAFE4.pdf)

CEPAL. (2013). El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Serie Asuntos de Género N° 123.

CIPPEC. (2019). Políticas para la Niñez. Metas Estratégicas para Transformar Argentina. Recuperado en:

[https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2019/09/MEMO\\_Crianza\\_WEB.pdf](https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2019/09/MEMO_Crianza_WEB.pdf)

OEA. (1998). “La atención integral de la primera infancia en América latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI”. M.Victoria Peralta E. Gaby Fujimoto Gómez”. Santiago de Chile.

OEA (2010). “La Primera Infancia: una mirada desde la neuroeducación”. ISBN:978-0-8270-5642-8.

Link:

<http://www.iin.oea.org/pdf-iin/rh/primera-infancia-esp.pdf>

UNICEF. (2016). “Primera Infancia 2019-2020. Para cada niño, el mejor comienzo”. Documento de posicionamiento. Argentina. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/argentina/media/626/file/Primera%20infancia%202010-2016.pdf>

UNICEF. (2021). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estrategia Municipal para la primera infancia. Guía Metodológica para conformar Mesas Locales.

Recuperado

de;

<https://www.unicef.org/argentina/media/12921/file/Estrategia%20Municipal%20de%20Primer%20a%20Infancia.pdf>

UNICEF (2022) Agenda Legislativa del Cuidado. Informe. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/argentina/media/13281/file/Agenda%20Legislativa%20de%20Cuidado%202022.pdf>



## Tecnologías biomédicas y feminismos Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos.<sup>4</sup>

**Karina Felitti**

**Agustina Cepeda**

**Cecilia Rustoyburu**

**Natacha Mateo**

*¿Qué ocurriría si un ejército de mujeres con un solo pecho descendiera sobre el Congreso y demandara la prohibición del uso de hormonas carcinogénicas que se almacenan en los tejidos grasos?*

Con esa frase de Audre Lorde de 1980, se inicia el libro en el que escribimos a cuatro manos Karina Felitti, Natacha Mateo, Cecilia Rustoyburu y Agustina Cepeda, **Tecnologías biomédicas y feminismos Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos.**

Hace cuatro décadas, Audre Lorde se sentía sola cuando explicaba por qué no aceptaría usar una prótesis mamaria luego de la mastectomía, y solo aventuraba retóricamente la posibilidad de una alianza de mujeres que plantara bandera frente al poder de las corporaciones médicas, las empresas farmacéuticas y la industria cosmética. Sin embargo, el movimiento feminista llevaba tiempo apropiándose de las tecnologías médicas para construir experiencias emancipadoras y, sobre todo, denunciando la violencia que en nombre de la ciencia se ejercía sobre los cuerpos femeninos. ¿Por qué ella no se situaba en esas tradiciones? El malestar de Lorde se imbricaba con lo que enunciaban las feministas negras. En su relato advertía que lo que frecuentemente se leía como promesas de futuros promisorios y empresas liberadoras escondía heterosexismo, clasismo y racismo.

---

<sup>4</sup> Texto basado en la introducción y el epílogo del libro: Felitti K. (2022) *Tecnologías biomédicas y feminismos Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos*, Buenos Aires, Grupo Editor Universitario.

Los feminismos negros, poscoloniales y descoloniales resultaron fundamentales para definir los términos interpretativos de la justicia reproductiva. A las demandas por el aborto y la disponibilidad de anticonceptivos agregaron las denuncias sobre las esterilizaciones masivas, la utilización de los cuerpos racializados como espacios para probar medicamentos y la desigualdad en el acceso a determinadas tecnologías. Así, la justicia se entendió como la garantía del derecho a no tener hijos, pero también tenerlos y criarlos en ámbitos saludables y libres de violencia, también estatal.

La incomodidad que manifestaba Lorde también se trama con la compleja relación que han establecido las feministas con las tecnologías. Resultaría muy simplista suponer que se han alistado al determinismo, al progresismo o a la mera oposición a las innovaciones. Sus denuncias se tejieron con apropiaciones, resignificaciones y co-construcciones. Sus advertencias sobre los efectos adversos de algunas sustancias no negaron los límites del determinismo unilineal. Las valoraciones positivas sobre las posibilidades liberadoras que ofrecían algunos artefactos no implicó que no pudieran agenciar acciones para identificar que fueron diseñadas desde parámetros sexistas, racistas y clasistas.

La potencialidad de las perspectivas feministas radica en su capacidad para identificar las distintas formas que asumen las desigualdades de género en la ciencia y la tecnología. Las miradas más clásicas partieron de modelos lineales, pero lograron visibilizar que en la etapa de diseño había poca participación de ingenieras e inventoras mujeres y que eso repercutía en los impactos que producía su implementación. Más tarde, dialogaron críticamente con las corrientes constructivistas que dieron cuenta de cómo los enunciados científicos y las innovaciones técnicas se configuran socialmente, a través de redes relaciones entre actores que obligan a desarmar los límites entre los laboratorios y sus entornos, entre tecnólogos/as y usuarios/as, entre tecnología y sociedad. La perspectiva de género en estos estudios permitió problematizar cómo en esas trayectorias socio-técnicas se (re)producía el androcentrismo. Los cuerpos sexuados, y la diferencia sexual, se entendieron como construcciones históricas, situadas y contingentes. Y los saberes y las tecnologías biomédicas ya no se leyeron como el resultado de la aplicación de metodologías neutrales y objetivas sino como el producto de relaciones de poder. A las preguntas por el sexismo se le sumaron las del clasismo, el racismo y el colonialismo.

En este libro que presentamos en el marco de las jornadas, introducimos algunas discusiones teóricas y políticas sobre las relaciones entre tecnologías biomédicas, desarrollos farmacéuticos y feminismos, a partir de la reconstrucción de las historias de una selección de artefactos

biotecnológicos/farmacéuticos que generan efectos y afectos en la vida sexual y reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar: la píldora anticonceptiva, el implante subdérmico, el test de embarazo, y el ultrasonido y el misoprostol en sus usos obstétricos. Consideramos que estos artefactos, sus modos de investigarlos, producirlos, etiquetarlos, prescribirlos, difundirlos, comercializarlos y usarlos transformaron la atención gineco obstétrica en los servicios de salud e incidieron en las decisiones y percepciones de las mujeres y personas con capacidad de gestar respecto a los embarazos y maternidades. Estos cambios se profundizaron a partir de su circulación más allá del ámbito de la salud y el desborde de sus usos y significados, por ejemplo, las ecografías obstétricas que permiten obtener la “primera foto del bebé” en un portarretratos o llavero y las que se usan en los repertorios audiovisuales de los activismos que se oponen al aborto legal.

Linda Layne historiza la aparición del término tecnología feminista en la literatura estadounidense con un trabajo de comienzos de los años 80, donde la presencia del término es intermitente de acuerdo a las posibilidades de preguntas desde el feminismo en el campo de los estudios sobre ciencia. El reclamo del término tiene que ver según su propuesta con apoyar innovaciones tecnológicas que puedan mejorar la vida de las mujeres, colaborar con el desarrollo, la expansión y la expresión de sus capacidades. En este trabajo nos enfocamos en algunas tecnologías que aun sin proponérselo explícitamente lo han hecho, y entendemos que cuando nos referimos a mujeres no nos referimos a una categoría universal y ahistórica. Con Joan Scott, creemos que siempre es una pregunta y entendemos que es necesario entender el término mujeres de manera situada. A su vez, nos preguntamos cómo hace Layne, sobre los beneficios y los costos de recurrir a estas tecnologías, a quienes empodera y a quienes no, y hacemos propio el desafío que propone el xenofeminismo cuando afirma que “la innovación tecnocientífica debe enlazarse con un pensamiento teórico y político colectivo en el cual mujeres, queers, y disidentes de género tengan un rol sin paralelo.”

El contenido de este texto es resultado de nuestras propias investigaciones sobre los desarrollos y apropiaciones de estas tecnologías en la Argentina, y los aportes de bibliografía especializada que permiten ubicarlas en contextos transnacionales. Una primera presentación conjunta se produjo en el Panel “Tecnologías biomédicas y salud feminista: ¿alianzas posibles?”, con los comentarios de Lucía Ariza, en el Congreso “De los márgenes al centro. Procesos de investigación, docencia y extensión en género y sexualidad(es)”, organizadas por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires el 24 de noviembre de 2021. Allí, como ahora con la publicación de este libro, nos preguntamos: ¿Cuáles han sido las implicancias subjetivas en términos de autogestión, saber y poder de dispositivos como el test de embarazo, las pastillas e implantes anticonceptivos, el ultrasonido y el

misoprostol? ¿Cómo se co-construyen las tecnologías entre científicos/as, profesionales de la salud, mujeres/personas con capacidad de gestar y militantes feministas? ¿de qué maneras las mujeres cis están implicadas como usuarias reales o imaginadas en el diseño de algunas de estas tecnologías? ¿Qué usos novedosos y distintos a los previstos dan ellas a estos tecno-desarrollos sexuales y reproductivos? ¿Pueden los intereses económicos de los grandes laboratorios confluir con una agenda feminista de la salud sexual y reproductiva? ¿Qué convierte/hace a una tecnología destinada a las mujeres (en) una tecnología feminista?

En la historización de estos dispositivos tenemos en cuenta los contextos transnacionales en materia de políticas de población, de desarrollo y sociales; los intereses de la corporación médica, el ámbito científico y los laboratorios; las directrices en términos de moral sexual e influencias religiosas en el Estado y la sociedad; así como los debates y acciones de los movimientos de mujeres y activismos feministas. Desde un enfoque interseccional, que se inscribe en el marco de conceptos enunciados como justicia reproductiva, indagamos en los procesos de apropiación subjetiva de estos artefactos y sus relaciones con la política sexual de cada momento, y las controversias y debates que produjeron. Como señalan Tone y Seigel Watkins, es necesario comprender a estos desarrollos a partir de las múltiples rutas políticas, sociales y comerciales en las que van probándose la eficacia terapéutica y se negocian sentidos e intereses entre decisores de políticas de salud, médicos, ejecutivos de laboratorios y empresas de insumos biomédicos, activismos y personas usuarias.

En el capítulo 1 “Tecnologías anticonceptivas en debate” presentamos los momentos más significativos de la historia de la anticoncepción hormonal a partir de dos desarrollos farmacéuticos: la píldora y los implantes subdérmicos. El eje que atraviesa este capítulo radica en la tensión entre control y autonomía, imposición y decisión, a partir de reflexionar sobre la consigna feminista “mi cuerpo es mío” y sus implicancias en la vida concreta de las personas que optan por algunos de estos métodos anticonceptivos. En la primera parte introducimos los debates políticos, médicos y religiosos que generó la circulación de la píldora en los años sesenta y setenta en el contexto transnacional de la Guerra Fría y su recepción en la Argentina. Profundizamos sobre los modos en que se vinculó con las transformaciones en las pautas de moral sexual de la época, los debates sobre crecimiento demográfico y desarrollo, las posiciones dentro de la Iglesia católica y las discusiones en las agrupaciones feministas y de izquierda sobre sus implicancias geopolíticas. En el caso de los implantes subdérmicos, focalizamos en cómo las feministas del Norte y del Sur han articulado acciones para modificar sus guiones de diseño. Reconstruimos el recorrido desde su creación, en la década de 1980, como una tecnología eficaz para las políticas antinatalistas por su capacidad para limitar la agencia de las usuarias hasta su incorporación en programas que

reivindican la autonomía, y en redes sociales donde su significado cobra múltiples formas.

El capítulo 2 “El test de diagnóstico del embarazo: ¿saber es poder?” introdujimos los antecedentes a los modernos dispositivos de detección de embarazo de venta libre en las farmacias. Recorrimos los debates científicos que estuvieron presentes en el desarrollo de esas tecnologías. Focalizamos en cómo el binarismo sexual con que se pensó a las hormonas se constituyó en un estilo de pensamiento que determinó las características que tuvieron cada uno de los artefactos diseñados. Nos detuvimos en un test desarrollado en la Argentina y de circulación transnacional, que utilizaba a sapos para comprobar la presencia de la hormona gonadotropina coriónica. Y finalizamos con la construcción del test casero actual, que puede ser realizado por las usuarias y fuera del sistema de salud. En este sentido, el capítulo discute cómo cada uno de los métodos creaba condiciones, o no, para que las mujeres ejerzan su capacidad de decidir qué hacer con la gestación.

En el último capítulo, “Misoprostol y ecografías: más allá de lo prescripto”, profundizamos en procesos sociotécnicos en los que las prescripciones iniciales fueron modificadas. Presentamos cómo fue que el misoprostol, creado inicialmente como un protector gástrico, se transformó en una tecnología contraceptiva. Partiendo de la consideración de que las innovaciones tecnológicas no son lineales, mostramos el proceso que llevó a que el misoprostol sea considerado uno de los métodos más seguros para abortar y un medicamento esencial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por esta razón y no ya para prevenir úlceras pépticas. Nos interesa destacar el papel clave de las usuarias, y del movimiento feminista, en la identificación de las posologías y la descripción del medicamento. En la segunda parte abordamos distintos usos del ultrasonido, ya sea para hacer propaganda contra el aborto legal, controlar esta práctica y los embarazos, construir memorias del embarazo, acercar a la familia y los padres al desarrollo del “bebé” y construir al no nacido como un consumidor.

En las últimas décadas los feminismos han ganado espacios destacados en la política de muchos países de Occidente, además de lograr apoyos multitudinarios en sus convocatorias en el espacio público y renovadas conexiones transnacionales que ponen a circular estrategias de acción, documentos, consignas, cantos, performances y símbolos. Esta “cuarta ola” plantea una convergencia entre radicalidad y masividad, y a la vez enfrenta resistencias cada vez más organizadas como en el caso de los movimientos que denuncian la ideología de género. En América Latina, los movimientos coinciden en la denuncia de los feminicidios, la lucha por el aborto legal, la

defensa de las culturas originarias y del territorio,<sup>5</sup> además de la conexión de las luchas contra la violencia de género con las violencias financieras, institucionales, racistas, laborales y extractivistas.<sup>6</sup> La inclusión de contenidos feministas en los medios de comunicación, las industrias culturales y las redes sociales definen un feminismo popular en el sentido de masivo, más allá de la estratificación social de sus adherentes. En sus premisas se establecen afinidades con los guiones de subjetividad neoliberal que valoran el amor propio, la autonomía y la seguridad personal y a partir de ellos, el empoderamiento.<sup>7</sup>

En Argentina, el proceso de popularización feminista tuvo un momento destacado el 3 de junio de 2015 con la primera manifestación pública del movimiento Ni Una Menos. A partir de allí, las agendas políticas feministas se difundieron más allá de sus ámbitos tradicionales de circulación y ganaron adhesiones. En 2018, en el contexto del debate parlamentario por el aborto legal, la formación de la marea verde que apoyó el proyecto aumentó la presencia pública de los feminismos y su proyección transnacional. El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres (cisgénero) y de todas las personas con capacidad de gestar se puso en el centro de la escena, lo que significó una ampliación en términos de la definición del sujeto del derecho al aborto. En ese escenario, también las vasectomías se plantearon como una obligación o compromiso que los varones cisgénero debían asumir en lugar de un derecho que necesitaba garantizarse. Este logro dejó también a la vista varios temas pendientes, como la inclusión concreta en la agenda política de la justicia reproductiva, como una manera de construir programas interseccionales. Las voces de las personas trans, marrones y con discapacidad se han tornado más visibles, pero aún continúan siendo ignoradas. El cissexismo, el racismo y el capacitismo se constituyen en barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva.

Entre estos temas poco o nada problematizados, las tecnologías anticonceptivas y de control de la natalidad tampoco fueron puestas bajo escrutinio. Los guiones con los que se promueven los implantes y sus efectos, así como los que producen los anticonceptivos orales, no forman parte de las discusiones más importantes de los activismos. Tampoco lo han sido las ventajas que tendría el poder combinar misoprostol con mifepristona para hacer los abortos más rápidos y menos dolorosos. O la difusión de dispositivos y saberes para realizar AMEU. Como hemos visto en este libro, cuando la píldora comenzó a difundirse en Buenos Aires no se expusieron cuestionamientos a

---

<sup>5</sup> Marta Lamas, *Dolor y política: Sentir, pensar y hablar desde el feminismo*, México, Océano, 2021, p.15.

<sup>6</sup> Verónica Gago, *La Potencia Feminista o el deseo de cambiarlo todo*, Argentina, Tinta y Limón, 2019.

<sup>7</sup> Sarah Banet-Weiser, *Empowered. Popular Feminism and popular misogyny*, Inglaterra, Duke University Press, 2018.

los efectos de los anticonceptivos orales en la salud de sus usuarias, como sí sucedió en los Estados Unidos y en algunos países europeos. La cuestión demográfica y geopolítica, sumado a un contexto local de resistencia católica y autoritarismo moral relegó este tema a un lugar irrelevante. En la última década, algunos grupos de mujeres de sectores medios urbanos han retomado discursos de la medicina tradicional y la ginecología natural para plantear alternativas “naturales” en los abordajes de la salud sexual y reproductiva, con una posición de rechazo a la industria anticonceptiva. Sus iniciativas y los modos en que confluyen con prácticas cotidianas de mujeres de otros grupos sociales reclaman más investigaciones que enfoquen no sólo en si las mujeres adhieren, o no, a un método anticonceptivo, sino en los imaginarios y emociones que se ponen en juego en cada decisión.

En un contexto en donde muchas acciones que encaran las mujeres se presentan como empoderantes y liberadoras, en este libro propusimos introducir discusiones teóricas y políticas sobre las relaciones entre tecnologías biomédicas, desarrollos farmacéuticos y feminismos, desde una perspectiva que busca eludir aproximaciones dicotómicas entre liberación y sujeción, y miradas cortoplacistas de discusiones que tienen larga data. Consideramos que la píldora anticonceptiva, el implante subdérmico, el test de embarazo y el misoprostol transformaron la atención gineco obstétrica e incidieron en las decisiones y percepciones de las mujeres respecto a su sexualidad, corporalidad, embarazos, abortos y maternidades.

La historización de estos dispositivos nos ha permitido dar cuenta de contextos nacionales y transnacionales específicos, en cuanto a las políticas de población, de desarrollo y sociales, la moral sexual prevaleciente, la producción social y política de creencias religiosas y espirituales y su influencia en el Estado, los intereses de la corporación médica, del ámbito científico y de los laboratorios, así como los debates y acciones de los movimientos de mujeres y activismos feministas nacionales y transnacionales. Desde un enfoque interseccional, propusimos una reflexión sobre los procesos de apropiación diferenciados de estos artefactos y las controversias y debates que han producido en el pasado y en la actualidad.

En este sentido, hemos hecho una propuesta analítica desde un lugar que pone en discusión la construcción lineal de los artefactos y recupera el rol de co-producción de diversos actores, que no fueron considerados relevantes al momento de construir la historia de los mismos. A su vez, al recuperar las voces de algunas usuarias de estas tecnologías, en especial en el caso de la píldora anticonceptiva y de los implantes, mostramos la puesta en práctica de agencias que no necesariamente se corresponden con lo que algunas feministas esperaban de ellas. En su balance entre lo que implicaban los efectos secundarios y la tranquilidad de saber que no saldrían embarazadas,

tomaron una decisión, con más o menos información y alternativas. Como bien señaló Lucía Ariza en los comentarios que hizo en la presentación del panel que dio origen a este libro, quienes construyen las historias que aquí presentamos no se ubican siempre en el lugar social, ideológicamente, esperado. El texto también propone una red de actores, humanos y no humanos, en donde sapos, conejillos de india, orina, hormonas, pipetas, revistas, publicidades, dinero, interactúan con políticos, médicos, feministas y población, mujeres, usuarias de píldoras, implantes, test de embarazo y misoprostol.

La vulnerabilidad atraviesa las experiencias de todas las mujeres que forman parte de estas historias, incluso de las que parecen ser las más privilegiadas. La articulación de esta vulnerabilidad con discursos de empoderamiento, ligado a la autonomía de decisión y la libertad sexual, es una relación que debe ser más subrayada. Y en este sentido, un análisis sociohistórico de la construcción de las tecnologías disponibles resulta fundamental.

# Abordajes en Psicología Perinatal.

## Patología perinatal: la red de sostén como enfoque preventivo

### **Autor/es:**

Szpektor, Andrea Sol

Cavanna, María Paula

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

[mamam@mamam.com.ar](mailto:mamam@mamam.com.ar)

### **Institución:**

Mamam Red de Grupos

### **RESUMEN:**

La etapa perinatal - búsqueda de embarazo, parto, puerperio, crianza, pérdida gestacional - supone una enorme vulnerabilidad. La soledad es un factor de riesgo para el desarrollo de patologías psíquicas ya que aumenta la fragilidad emocional. Contar con una red de sostén, genera sentimiento de pertenencia y aumenta la autoestima al sentirse alojada, valorada y escuchada.

Los grupos coordinados por profesionales funcionan como red de sostén, y también son grandes detectores de patologías encubiertas, posibilitan diagnósticos diferenciales tempranos y habilitan interconsultas. La Red actúa como prevención tanto para quienes consultan como para los profesionales que la integran.

Nuestra experiencia como red con más de 200 grupos en 5 años de trabajo.

**PALABRAS CLAVE:** *grupos, tribu, red, maternidad, crianza.*

A raíz de los cambios socio culturales del último siglo, la familia extendida como red de contención social, de transmisión generacional de creencias, rituales, saberes, tradiciones y valores, ha ido dando paso a familias cada vez más pequeñas, que viven aisladas de su familia de origen. Aún en situaciones donde la mujer tiene hermanas o amigas que atraviesan la misma etapa evolutiva, el cambio de la familia extendida a la vida en pequeños departamentos, en barrios alejados, llevó aparejado un distanciamiento de los vínculos en general, una pérdida de contacto con el embarazo, el parto, la crianza, incluso con la muerte, de modo que estos pasan a ser temas desconocidos con los que la mujer rara vez tiene contacto hasta que le toca atravesarlos. Encontrarse cotidianamente con pares y compartir las vivencias específicas de estas etapas es cada vez más difícil.

Por otra parte, la maternidad se ha transformado en un área de opinión, de juicio de valor, de comparación con otras mujeres. Lo que históricamente se aceptaba como destino (ser madre, criar como todos criaban) ahora se plantea como elección ante múltiples teorías y estilos, y por lo tanto las mujeres se sienten observadas, teniendo que “hacerlo bien” o adherir a una u otra corriente sobre crianza. Sabemos que las mujeres en la etapa perinatal necesitan referentes, sostenes; se pierden los marcos de referencia habituales ya sea laborales o sociales, y se sienten aisladas y solas, inexpertas y temerosas. Necesitan de espacios para poder canalizar sus emociones sin sentirse juzgadas.

Esta situación dio lugar a que se formen grupos de embarazadas y madres autogestionados, muchas veces sin coordinación, guiados por personas no idóneas en la temática, donde las futuras madres y las madres se reúnen a conversar sobre las situaciones que la maternidad pone al descubierto, ya sean familiares, de pareja, vinculares con su hijo, sociales, o con ellas mismas en su nuevo rol. Quienes coordinamos grupos de crianza desde hace muchos años, nos hemos encontrado constantemente con mujeres que llegan a los mismos sintiéndose juzgadas o rechazadas en otros grupos donde fueron en busca de contención y sororidad y se encontraron en cambio, con juicios de valor, y con reglas o normas de crianza cuyo incumplimiento las excluía de la pertenencia al grupo.

Ocurren muchos cambios y procesos físicos y psíquicos en la mujer desde la planificación del embarazo hasta el ejercicio de la maternidad, y el modo en el que atraviese estos cambios estará influido por la propia historia, su entorno, su red de sostén y el conjunto de la sociedad.

Los temas que hacen a la vida cotidiana de la mujer que atraviesa la etapa perinatal se han polarizado en posturas contrapuestas que dejan a las mujeres desorientadas respecto de sus elecciones, y las colocan de un lado o del otro, siendo excluidas de los grupos donde no se piensa igual. Así, surgen

posturas respecto del Parto vaginal versus la cesárea, lactancia natural versus lactancia artificial, a favor o en contra del colecho, se discute el uso de medias o pies descalzos, provocándose verdaderas batallas en torno de estos y otros temas, juicios y descalificaciones, y en muchos grupos, agresiones o descalificaciones.

Es necesario que este tipo de grupos estén coordinados por licenciadas en psicología, con formación en psicología perinatal y dinámica grupal, para poder resolver las cuestiones que puedan suscitarse, detectar patología, hacer prevención y efectuar derivaciones.

Como psicólogas nos encontramos con muchas personas que dicen que hablar con un amigo o hacer bordados es "terapéutico". Y ciertamente puede serlo, generar alivio y ayudar a esclarecer dudas. Pero los profesionales sabemos que acompañar un proceso pasa por otro lado. Del mismo modo, hablar con otras mamás acerca de la crianza produce alivio, identificación y una sensación de bienestar.

### ***Características grupos coordinados por psicólogas***

El objetivo del grupo terapéutico es que las participantes conformen una red de relaciones interpersonales sobre las que les sea posible operar para producir cambios positivos.

El grupo da contención emocional, permiso para angustiarse, para llorar y para cambiar. Además propone tener información precisa para poder actuar y decidir con conciencia como quiere cada una matinar y criar a sus hijos.

La identificación y la diferenciación cumplen un rol fundamental. Cada una se ve espejada en la igualdad y en la diferencia. Se comparten problemáticas y se buscan soluciones favoreciendo la reflexión y la autoayuda.

Desde el momento en que la mujer se siente acompañada, comprendida y logra confiar en sí misma, recupera su fortaleza interna y eso genera alivio que repercute muy positivamente en todas sus relaciones sociales, familiares y laborales. Una madre que confía en sí misma, no sólo es un ejemplo positivo para sus hijos, sino que además es mucho más probable que pueda confiar en ellos.

Consideramos que acudir a un grupo coordinado por una profesional y psicóloga hace referencia a otras cuestiones, a enumerar:

Las coordinadoras no estamos frente al grupo para mostrar cuánto sabemos. Si bien la información circula, las psicólogas estamos formadas

para habilitar el hecho de que ese saber surja de cada mamá, del grupo mismo, lo cual genera sensación de pertenencia, de poder, de autonomía.

Quien arma un grupo de mamás tiene la intención de ayudar, de informar, de crear un espacio de intercambio. Tiene algún saber (puericultura, doulaje, u otros) pero creemos necesario que cada coordinadora tenga formación en dinámica grupal, sepa manejar situaciones de tensión, de silencios, de ausencias, de temas disruptivos, de incomodidad entre las participantes, de angustia, y pueda ofrecer un espacio terapéutico propio donde primen el secreto profesional, y la capacidad de detectar si lo que está sucediendo transcurre dentro de los límites esperables para esta etapa de la vida.

Los Licenciados en psicología, tenemos (o debiéramos tener al menos) incorporada la necesidad de un espacio terapéutico propio para revisar nuestras cuestiones no resueltas, y un espacio de supervisión para complementar nuestra práctica terapéutica. La maternidad es, por excelencia, un tema donde todas las mujeres queremos opinar, contar nuestra experiencia, la cual tomamos como marco de referencia para catalogar las experiencias de las demás. Como profesionales, estamos entrenadas para atravesar estas cuestiones recurriendo a supervisiones o a nuestro propio espacio terapéutico para intentar no trasladar lo personal en el área profesional.

Muchas personas llegan a la coordinación de grupos de crianza luego de haber sido atravesadas por la maternidad. Es alarmante la cantidad de grupos donde circula información no actualizada o incorrecta, o donde además se juzga a las mamás por haber elegido una cesárea, por poner o no poner medias, por colear, por amamantar o por no hacerlo. Como psicólogas estamos entrenadas justamente en correr de esos lugares de saber, en tomar lo que el consultante trae y trabajar con lo que eso significa para esa persona en particular, en ese momento en particular. Se trabaja desde el respeto por todas las elecciones personales, favoreciendo la libertad y la autonomía de pensamiento, acompañando las creencias y elecciones de cada mamá.

Las psicólogas conocemos el límite entre lo normal y lo patológico. Cuando una mamá está triste y se minimiza su tristeza suponiendo un baby blues sin tener elementos para diferenciar una depresión post parto o cuando se diagnostica una depresión y en realidad se trata de un síndrome por estrés post traumático como consecuencia de un parto donde se sufrió violencia obstétrica. Cuando algo ocurre en el grupo que da cuenta de situaciones pasadas (abusos, abortos, etc) disponemos de la pericia necesaria para manejar esas situaciones, redireccionarlas a otros espacios, reconducir la angustia dentro del grupo, efectuar una derivación psiquiátrica si es necesario.

Las personas –y en especial las mujeres que hemos sido madres– tendemos a ser autorreferenciales. Nos encanta hablar de nuestros

embarazos, partos y crianzas. Nos sirvió el BLW y lo recomendamos a todo el mundo. Los grupos de crianza no son lugares para adiestrar a las mamás a que hagan lo que a nosotras nos funcionó, o a que sigan las teorías que a nosotras nos parecen más apropiadas. Las psicólogas perinatales tenemos formación en todas las temáticas que conforman la perinatalidad, desde la búsqueda del embarazo, la gestación, el parto, la violencia obstétrica, los duelos, la crianza, los vínculos de pareja y familiares, la relación con la familia de origen, los mecanismos defensivos que se ponen de manifiesto en estas etapas, la biología sobre la cual se sustenta la situación emocional provocada por los cambios hormonales, por ejemplo. También los espacios de supervisión nos proveen de información actualizada respecto de estas temáticas, para no seguir perpetuando lo que nos funcionó antes y para lo cual puede haber nuevos estudios e investigaciones.

Sabemos que una misma situación es vivida y percibida de manera diferente por cada persona, esto se debe al sistema de creencias que funciona como lente para percibir la realidad. Por lo cual como psicólogas entendemos que cada persona es diferente, que cada mamá es distinta. Que la necesidad de cada una varía por múltiples motivos, o sea, jamás funcionaría la misma receta para todas. Las madres no necesitan recetarios, necesitan poder escribir su bitácora que sea propia. Las psicólogas estamos entrenadas, hacemos el esfuerzo de manera permanente, en cada sesión, con cada paciente, de empatizar con su necesidad, con su dolor y desde ahí intervenir sin prejuicios.

La formación en dinámica grupal permite no establecer identificaciones horizontales, es decir, simpatizar más con la mamá que tiene una mirada más parecida a la propia, tender a alentar más las conductas que van en sintonía con las propias creencias, sino estar atentas a la producción grupal en sí misma. Permite tener cintura para trabajar con la diferencia generando empatía y sostén.

Por último, en los grupos intentamos identificar cuáles son aquellas creencias rígidas y cuáles son nuestras creencias actuales intentando flexibilizar esos pensamientos y flexibilizar las creencias buscando aliviar el sufrimiento. También el grupo nos da la oportunidad de entender que pensamos distinto y que sentimos distinto porque a cada una nos gobierna un sistema de creencias diferente.

### ***La Experiencia “Mamam Red de Grupos”: cantidad de grupos y de colegas***

Somos la única Red de Grupos coordinados por psicólogas que desde 2018 acompañamos y sostenemos a las mujeres y las familias en la etapa perinatal.

Actualmente tenemos 35 profesionales en el equipo, 43 grupos en diferentes zonas, sobre distintas temáticas, algunos presenciales y otros virtuales. También contamos con una cartilla de profesionales para atención psicológica individual, familiar, pareja, orientación a padres, etc

### **Referencias Bibliográficas**

Winnicott, D. W. (1987) "Los bebés y sus madres" (ed. C. Winnicott, R. Shepherd y M. Davis), Winnicott, D.W. 1987. Barcelona: Paidós.

Stern, D. (1994). "La constelación maternal". D. Stern 1994. Barcelona: Paidós 1998.

The Lancet.com. Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through volunteer peers: a cluster randomised controlled trial in Pakistan

Bowlby, John. (1989). "Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego". J. Bowlby 1989. Buenos Aires: Paidós.

Oibermann, A. (2013). "Construcción de un modelo de trabajo en psicología perinatal". En Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal (comp.), A. Oibermann, 2013, Bs.As.: Lugar Editorial

Fernandez-Álvarez, Hector (2008). "Integración y salud mental. Proyecto Aiglé 1997-2008".

H. Fernandez-Álvarez 2008, Ed. Desclée de Brouwer, S.A. España.

Fernandez Lorenzo, Patricia y Olza, Ibone: (2020) Psicología del embarazo. Ed.Síntesis.

Yalom, Irvin (2000) "Psicoterapia existencial y terapia de grupo". I. Yalom 2000. Editorial Paidós.

## **Rondas de embarazo y puerperio como un dispositivo posible de abordaje interdisciplinario**

### **Autor/es**

Lic. Guerreirinho, María Mercedes

Lic. Vilches, Fanny Gabriela

Lic. Ostrowiecki Michel

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

licmguerreirinho@gmail.com

### **Institución:**

Trabajo Independiente

### **Resumen**

¿Cómo acompañar a las familias en el proceso de transición a la mapaternidad? ¿Cómo brindar información sobre embarazo, parto y puerperio para que puedan reflexionar y decidir? ¿Qué dispositivo podría implementarse para lograr el sostén y la contención a los mapadres en el camino a serlo? Estas preguntas nos llevan a reflexionar sobre un modelo de acompañamiento a la mapaternidad que incluya todas las dimensiones de la subjetividad, con un enfoque integral de la salud entendida como biopsicosocial, que atraviese los distintos momentos vitales, desde la gestación hasta los tres años de crianza y los desafíos que emergen en cada etapa.

En el presente trabajo abordaremos el dispositivo de las Rondas de Embarazo/Puerperio, como un modelo de acompañamiento posible, interdisciplinario, preventivo y eficaz para acompañar a las mapaternidades. Desde la Psicología Perinatal se brinda un saber-hacer vinculado a la prevención, cuidado y acompañamiento de este momento vital, focalizado en el vínculo. Para ello es necesario la construcción de dispositivos que permitan “poner en palabras” las emociones y sentimientos que conllevan los cambios ante la llegada de un hijo/a.

Desde una visión holística del período perinatal nos convoca el desafío de trabajar en diálogo con otras profesiones y especialidades. Para ello es fundamental repensar el rol del/de la psicólogo/a, específicamente en este dispositivo grupal, como facilitador, guía, apoyo, posibilitador/a de la circulación de la palabra, brindando acompañamiento, sostén y aportando conocimientos desde un enfoque psicoeducativo y preventivo en el área perinatal.

“Se necesita una aldea para criar a un niño, dice el proverbio africano. Sostener y proteger a la díada madre bebé no es tarea exclusiva del padre sino que debe ser una prioridad de toda la sociedad” Ibone Olza, en “La ciencia de las madres”

**PALABRAS CLAVE:** Psicología Perinatal - Rondas de Embarazo/Puerperio - Interdisciplina - Mapaternidad – Prevención

## Introducción

La maternidad constituye una crisis vital que conlleva multiplicidad de cambios psicofísicos en la persona gestante principalmente, como así también emocionales en la pareja, si la hubiera, y en su entorno. Todos los procesos que ocurren en el cuerpo y en el aparato psíquico necesitan ser tramitados.

En el presente trabajo abordaremos el dispositivo grupal de las “rondas de embarazo/puerperio” como un modelo posible de acompañamiento a la maternidad que contribuye, mediante la circulación de la palabra y algunos recursos del abordaje corporal y grupal, a la toma de conciencia de dichos cambios y su posible elaboración. Se trata de un acompañamiento específico, desde la Psicología Perinatal, con una mirada interdisciplinaria.

Tomaremos el concepto de "matriz de apoyo" de Daniel Stern para poder visibilizar la importancia de la creación de un grupo de apoyo o tribu de crianza tanto en la gestación como puerperio.

## MARCO TEÓRICO

A partir de la concepción la persona gestante comienza a experimentar cambios físicos, hormonales y emocionales que conllevan modificaciones en su imagen, cuerpo, hábitos y rutinas. Los tiempos de estos cambios biológicos pueden no coincidir con los tiempos subjetivos para procesarlos, y ocurren de manera diferente para cada una. Se requiere de un trabajo psíquico que acompañe dichas transformaciones.

La Psicología Perinatal surge como especificidad para abordar todo lo que rodea (peri) al nacimiento (natal), entendiéndolo como una “crisis vital y evolutiva”, tal como lo describe Oiberman en su libro “Nacer y acompañar” (p.63), desde el deseo de tener un/a hijo/a, así como en el proceso de la maternidad. Su principal objetivo es acompañar y favorecer un embarazo, nacimiento y un vínculo temprano entre la díada madre-bebé y el resto de la familia, saludables, como así también durante el puerperio y la crianza más temprana, hasta aproximadamente los tres años.

Tal como plantea el Dr. Larban, “en la perinatalidad y en las etapas iniciales de la vida del ser humano, el acompañamiento sanitario (emocional y psicológico) de los mapadres y su bebé, no está, ni adecuadamente comprendido por los profesionales, ni suficientemente desarrollado en los servicios asistenciales que tenemos”. Es por ello que creemos necesario acompañar y contener a las familias en esta etapa. Las rondas de embarazo y puerperio podrían aportar espacios seguros de escucha y apoyo.

Desde tiempos ancestrales las mujeres se reunieron en grupos para compartir sus vivencias en determinados momentos vitales. Si nos fijamos en la naturaleza, las especies ultra sociales (elefanta, gorila, delfina) crían en comunidad: hay un fuerte vínculo madre-criatura, que está sostenido por una red social de madres. Casualmente, esas especies son también las más inteligentes.

Y en esa categoría de especie ultra social entra la humana. Cuanto más inteligente es una especie, más importante y largo es el desarrollo fuera del útero, más importante es el vínculo madre-bebé, más sofisticado y complejo es el mundo emocional y social de las criaturas, más vital es la urdimbre social que permite el desarrollo de esa complejidad. Sin embargo, en las grandes ciudades las madres crían solas, la licencia por maternidad es ridículamente exigua, no hay redes de proximidad y las infraestructuras de encuentro informal para las madres inexistentes. ¿Qué consecuencias tiene esto para la salud mental materna y de las familias? ¿Cuánta psicopatología en la etapa perinatal es en realidad una reacción normal a circunstancias anormales para la especie desde el punto de vista de lo previsto por la naturaleza?

El Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal nos acerca varias revisiones de investigaciones: por ejemplo durante 2010, un estudio realizado en India concluyó que los grupos de apoyo mutuo entre madres fueron la intervención más eficaz para mejorar la salud materno-infantil, con la consecuente reducción de la mortalidad y de las tasas de depresión posparto.

Otros estudios realizados en países desarrollados, como Canadá, han demostrado que poner el énfasis en los cuidados es una intervención eficaz en términos de promoción de salud. Allí los cuidados por matronas y no por especialistas demostraron ser eficaces para reducir los nacimientos prematuros y las complicaciones en la etapa perinatal. Las investigadoras de la Universidad de Arizona Suniya Luthar y LuciaCiciolla entrevistaron a más de 2.000 mujeres de clase media-alta (la de mayor nivel de auto-exigencia) para averiguar qué factores les ayudaban a afrontar la maternidad con buena disposición. Hallaron que la relación de pareja no tenía un efecto tan directo sobre el bienestar emocional de las madres como las relaciones de amistad, y que la solidez y la frecuencia de los encuentros con amigas mejoraban todas las variables medidas.

En un estudio cualitativo realizado por las enfermeras del Instituto Catalán de la Salud y de la Universidad de Alicante se abordaron las experiencias en un grupo de apoyo para madres con hijos menores de un año. En el mismo concluyen que uno de los factores más importantes para la adaptación al rol maternal es el apoyo social, considerando éste como la ayuda que se recibe así como la satisfacción que produce esa ayuda y las personas que la ofrecen pudiendo ser estas personas profesionales y/o o amigos y/o familiares de las madres. El apoyo social que se produce entre las participantes es importante ya que éstas se sienten identificadas con otras personas que se encuentran en su misma situación, disminuyendo así el estrés y la ansiedad y mejorando el afrontamiento de los padres así como el funcionamiento efectivo de la familia.

Según la especialista Naomi Stadlen: "El grupo puede ayudar también en esos momentos de ansiedad en los que una madre está convencida de que lo hace todo mal (...). Suplica a los demás que, por favor, le digan qué hacer. Y, sin embargo, lo que suele resultarle más útil, si está a su alcance, es la cálida comprensión de otras madres. "De esta manera encontramos suficiente respaldo para demostrar que las madres que tienen un espacio donde poder expresar sus angustias, miedos, malestares, preocupaciones durante el embarazo, el posparto y la crianza, desarrollan más estrategias de afrontamiento ante las adversidades durante toda esta etapa, disminuyen la ansiedad y el estrés, se vinculan de manera más saludable con sus hijos y se sienten con mayor bienestar. Por ello, la configuración de un espacio de apoyo y acompañamiento, la "tribu" se vuelve necesaria.

## DISPOSITIVO DE LAS RONDAS

El equipo interdisciplinario que coordina las rondas está conformado por psicólogas perinatales y obstétricas con una mirada humanizada en la atención integral de la salud. Las rondas de embarazo consisten en encuentros quincenales, de una hora y media a dos aproximadamente, en donde la persona gestante y su pareja, participan compartiendo las diferentes situaciones y emociones que van atravesando al transcurrir su embarazo. Algunas de las temáticas que se trabajan son: cuidados de la salud de la embarazada, alimentación, controles obstétricos, fisiología del parto, trabajo de parto y parto, expectativas y miedos, el dolor durante el parto y los recursos para atravesarlo, puerperio, desarrollo y cuidados del bebé, lactancia y roles familiares, entre otros.

Son encuentros abiertos en los cuales suele empezar a constituirse un grupo de pertenencia y continuidad, que a lo largo de la gestación manifiestan las preocupaciones, ansiedades, dudas y sentimientos prototípicos de cada etapa, y a su vez empiezan a consolidar lazos de apoyo, sostén y de empatía fundamentalmente, ya que se sienten identificadas en las vivencias de las otras y los otros. Las rondas también son una oportunidad para que los compañeros, compañeras o personas significativas para la persona gestante puedan tener un lugar seguro en el cual expresar sus emociones y sentires, para nombrar que también atravesarán una crisis y, de esta manera, poder también ir construyendo sus nuevos roles.

Las rondas de puerperio son un espacio especialmente pensado para acompañar a las mujeres madres luego del nacimiento de sus bebés. Se trabajan temas relacionados a la crianza, la lactancia, el sueño y el llanto del bebé, el movimiento autónomo, el cuidado postural, las emociones, miedos, dudas y angustias que emergen, la mirada social, la crisis identitaria, la vuelta al trabajo remunerado, la alimentación complementaria, entre otros.

La disposición circular del equipo y los mapadres permite el movimiento de la palabra y el intercambio, situados cómodamente en el suelo, con sillas apropiadas y algo para compartir. La posibilidad de iniciar los encuentros con preguntas abiertas más allá de la preparación de temas guía, da la posibilidad de abordar las propias vivencias y sentires, enfocando en lo que sería el tema central para cada persona en ese momento del encuentro.

Daniel Stern en su libro “El nacimiento de una madre” plantea la necesidad de contar con una matriz de apoyo, la cual surge en la mujer inmediatamente después del nacimiento. Aparecen allí necesidades de confirmación, aliento, seguimiento y apoyo, especialmente de otra mujer con experiencia en el tema de la maternidad. El beneficio más importante es que esta matriz asegura que la nueva madre no pase sola largos períodos de tiempo, y pueda compartir con otras mujeres sus sentires y vivencias. Los grupos de apoyo a la lactancia y los de puerperio suelen ser excelentes matrices de apoyo que es necesario que como profesionales ofrezcamos a las madres.

En las rondas se ha logrado un clima de intimidad y conexión que permite que quienes asisten se constituyan en grupo de sostén y acompañamiento. El saberse atravesando las mismas emociones, los mismos temores o dudas, la alegría de compartir que todo va bien, el momento de escucharse y sentir a sus bebés, los ejercicios vivenciales, todo confluye en la creación de un clima de afecto y cercanía que promueve el desarrollo de vínculos de proximidad y sostén necesarios para que el proceso sea atravesado de modo saludable y consciente.

Es por ello que entendemos que este dispositivo permitirá ampliar las posibilidades de acompañamiento en la gestación, parto y puerperio, contribuyendo al desarrollo de materpaternidades responsables que cuenten con equipos profesionales de sostén y contención, teniendo como base la interdisciplina y la mirada centrada en la construcción de un vínculo triádico saludable, que pueda ser patrón predictor de óptimas relaciones interpersonales futuras.

## EL ROL DEL/LA PSICÓLOGO/A PERINATAL EN LAS RONDAS

Entre las incumbencias de los/las licenciados/as en Psicología existe la Psicoprofilaxis Obstétrica, que, como tal nos ha permitido encuadrar nuestra tarea dentro de los procesos relacionados al nacimiento y puerperio. Pero en la realidad nos encontramos con que los cursos de Preparación Integral para la Maternidad (P.I.M) tienen un enfoque en lo biomédico, centralizando la experiencia en los cambios ocurridos a nivel corporal y fisiológico y no aparecen dentro de los programas el enfoque psicoemocional que resulta fundamental a la hora de pensar la materpaternidad como fenómeno biopsicosociocultural y como crisis evolutiva, que conlleva una etapa de vulnerabilidad psíquica con procesos específicos que necesitamos conocer.

Oberman (2013) plantea: “Los cursos de la psicoprofilaxis obstétrica carecen, en general, del espacio adecuado para la contención emocional de las embarazadas, y no hay rituales que conjuren fantasmas y alejan los demonios que convoca la maternidad. El cuerpo de la mujer debe “obedecer” y abrirse de algún modo, con anestésicos, cortes o como pueda, sin mediar palabras; y el cuerpo del bebé deberá sobrevivir a la odisea. Es por ello que, para el alma de la madre, la psicología perinatal recupera un espacio perdido en la noche de los tiempos: el de la palabra en el nacimiento... La psicología perinatal intenta devolver la identidad en el acto de parir”.

Tal como menciona Lorena Echeverría, sabemos el rol del rol del/lapsicólogo/a perinatal es “sostener, poner palabras a las emociones, aún a las más primitivas, transformar esas emociones en palabras, gestos, posturas, sostener y cuidar no solo a la madre y su familia sino también a los profesionales de la salud involucrados”.

El denominador común de la intervención del/la Psicólogo/a Perinatal es lograr disminuir –haciendo eje en el trabajo vincular- el monto de culpa y ansiedad. Facilitar en el otro el ejercicio de atribuir significados a los hechos casuales. Intervenir allí donde el entramado discursivo se haya roto y/o debilitado. Poner el cuerpo. Facilitar la comunicación. Observar y apuntalar las estrategias de afrontamiento. Co-construir un espacio en donde poder habitar lo a veces inhabitable, innombrable, incomunicable.

Es por ello que el rol de facilitador, de permitir el surgimiento de la palabra, que circule además de la información, la invitación a expresar el propio mundo emocional en relación a este momento y que sea la oportunidad para que afloren los sentimientos nuevos. La invitación a revisar, a conectar, a reflexionar, a encontrarse en sentirse similares o en posicionamientos diferentes, a aceptar las diferentes formas de vivirlo. Es la herramienta que hará de enlace entre quienes participan, quien propondrá algún recurso, alguna dinámica para que afloren las situaciones que creemos importantes de abordar en este momento, poder nombrar los miedos, las incertidumbres, las expectativas, los nuevos desafíos.

Hemos observado los siguientes beneficios de participar en estos grupos:

- Brindan un apoyo en la transición a la maternidad, que implica una crisis que conmociona los vínculos, los comportamientos, las creencias y grandes cambios en la visión de sí mismas/os.
- Permiten encontrar resonancias en las emociones que se atraviesan y se genera empatía e identificaciones.

- Brindan información y herramientas para el empoderamiento de la mujer gestante y de las puérperas, generando relaciones de confianza entre ellas.
- Se pueden constituir en lugar de manifestación de las necesidades y deseos sin sentirse juzgadas.
- Ayudan a integrar el antes y después de ser madre, en un proceso de elaboración de la nueva identidad.
- Favorecen el encuentro y salir del aislamiento o soledad que pudieran atravesar.
- Crean lazos de solidaridad, promueve la colaboración y ayuda mutuas y hasta genera vínculos de amistad.
- Permiten nutrirse de la sabiduría y competencias de cada una, e ir circulando recursos que puedan servirles en diversos momentos.
- Funcionan como herramienta preventiva de problemáticas de salud mental materna ya que el grupo como espejo puede ayudar a determinar si lo que le pasa a una es común o no. Es una oportunidad para prevenir trastornos mentales típicos de la etapa perinatal. Promueven la salud primal a corto y largo plazo.
- Fomenta el empoderamiento y el crecimiento personal.
- Visibiliza la maternidad como cuestión política.

## COMENTARIOS FINALES

Las rondas de embarazo/puerperio constituyen un dispositivo diferente e innovador para el acompañamiento a la maternidad, integrando lo que generalmente se recibe como información en los “cursos de parto” y la dimensión psíquica que forma parte del proceso a través de la “escucha y contención”, la que generalmente no es abordada en los diversos controles perinatales.

Es importante destacar que una mujer que se siente contenida y apoyada podrá desplegar mejor su nuevo rol de madre. Y un compañero/a que también se compromete con el proceso para serlo, podrá vivir la nueva etapa con más conciencia y sintiéndose más protagonista.

En las rondas no sólo se comparte información científica para la toma de decisiones sino que también se aborda la dinámica emocional y las estrategias y recursos a los que pueden recurrir los mapadres para facilitar la apertura y disponibilidad a esta experiencia. A las madres para lograr mayor conocimiento de sí mismas, de su potencial y ser parte activa del proceso. A los y las compañeros/as para dar lugar a la aparición de sus emociones y el surgimiento de su rol en todas sus dimensiones.

Tal como plantea Oiberman en *Nacer y acompañar* (p.53), si podemos entender las rondas de embarazo análogamente a lo que ella plantea como un nuevo “dispositivo psicológico perinatal” posibilitarán “tener una mirada integral del “acto solemne” del nacimiento, proporcionando un sostén al estilo “winnicotiano” a las madres, al bebé, a sus familias y al equipo médico”.

De esta manera podría ampliarse la mirada hacia la consolidación de este dispositivo de abordaje interdisciplinario el cual constituye un apoyo psicológico y emocional que ayuda a los futuros mapadres en su función de integración de roles y de funciones parentales. Además se funda en la tarea preventiva, ya que la anticipación de información pertinente y válida relacionada a la gestación, parto y puerperio así como la emergencia de determinadas emociones, posibilitará contar con un saber que permitirá atravesar el proceso con mayor conciencia y evitará la aparición de situaciones de riesgo tanto para la madre, para el padre y su bebé, así como también para el vínculo psico-emocional que entre ellos se construye.

Como plantea el Dr. Larban, este dispositivo podría pensarse en el plano simbólico como un ritual actualizado, psicológico y social, de transición hacia la parentalidad, muy útil a nivel preventivo. Permitir el surgimiento de la palabra en este momento de crisis vital contribuye de manera significativa en la elaboración de la transición de ser pareja a ser mapadres y de esta manera construir una conexión de empatía, disponibilidad y amor para el encuentro con su hijo/a. En este sentido, valoramos la construcción de una "matriz de apoyo" a las familias, la construcción de su tribu, como recurso significativo para el acompañamiento de esta crisis vital.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Amado, Esperanza y Fernandez del Castillo, Isabel (2020). Foro Mamá Importa: escuchar a las madres mejora su salud mental.

URL:<https://saludmentalperinatal.es/2020/10/10/mama-importa-escuchar-a-las-madres-mejora-su-salud-mental/>

Arizu, M. A. et. al., Salud mental materna en el posparto y apoyo social percibido durante la pandemia por Covid 19 (2022), Revista Psicosomática y Psiquiatría, p. 7-15

Berlanga Fernandez, Sofia et. al. (2013). Experiencias en un grupo de apoyo para madres con hijos menores de un año. URL:[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412013000200022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000200022)

Bowlby John. (1986). Vínculos afectivos. Ediciones Morata S.A. Madrid.

Del Olmo, Carolina (2013). Dónde está mi tribu. Maternidad y crianza en una sociedad individualista, Capital Intelectual.

Echeverría, Lorena. El rol del psicólogo perinatal. URL:<http://psicologiaperinatal.blogspot.com/p/el-rol-del-psicologo-perinatal.html>

Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. El apoyo entre madres en el posparto mejora el bienestar y ayuda a prevenir trastornos mentales. URL:<https://saludmentalperinatal.es/2020/02/25/el-apoyo-entre-madres-en-el-posparto-mejora-el-bienestar-y-ayuda-a-prevenir-trastornos-mentales/>

Gastaldi Daniela, Material del Curso a distancia 2017: “Vínculo y psiquismo temprano Acompañando a las familias desde el origen”. Asociación Argentina de Salud Mental – Clases

Larban Vera Juan (2017). Acompañamiento psicológico y emocional de la madre, el padre y el bebé durante el periodo perinatal. Material Curso AASM.

Lecannelier Felipe. (2006). Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. LOM Ediciones Serie Universitaria. Chile.

Maternidad y Salud - Ciencia, Conciencia y Experiencia (2012); Informe, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España.

Oiberman, Alicia (2013). Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal. Lugar Editorial., Buenos Aires.

Oiberman, Alicia (2001). Observando a los bebés. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Oiberman, Alicia (1994). La relación padre-bebé: una revisión bibliográfica. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, XIII, Número 2

OMS. Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (2016) URL: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANC-OverviewBrief-A4-SP.pdf>

Olza Fernández, Ibone (2010). La ciencia de las madres, publicado en: "Maternidad, ciudadanía y ciudadanía". Ed. María Jesús Blázquez García. Prensas Universitarias de Zaragoza.

Olza Fernández, Ibone (2014). Neurobiología del vínculo maternofilial. Mesa Redonda: Avances en Lactancia Materna. 11vo. Curso Actualización en pediatría.

Stern, Daniel (1999). El nacimiento de una madre. Paidós. Barcelona.

## ANEXO

Decidimos acompañar esta presentación con este anexo que surge de una encuesta que acercamos a las mujeres y familias usuarias del dispositivo. Se realizaron preguntas dirigidas a conocer la experiencia subjetiva de las rondas, a preguntar sobre el aporte de la interdisciplina al dispositivo y una última para que puedan agregar lo que consideren como aporte a este espacio.

1- ¿Qué son las Rondas de Embarazo/Puerperio para vos? O ¿qué han significado en tu experiencia de maternidad?

Un espacio de encuentro, información, contención, apertura, expresión, necesario también para ponernos a hablar en la pareja porque si no se silencia muchísimo, se prefiere no saber, delegar .Acompañamiento y guía. Las rondas de embarazo durante la pandemia fueron claves para transitar la gestación acompañados y nos ayudaron a decidir. El parto fue maravilloso gracias a todas las herramientas que nos dieron las rondas. Las rondas de puerperio fueron los primeros encuentros presenciales con otras mujeres que compartían ese proceso (que muchas veces se pone difícil) y saber que lo que estábamos viviendo era esperable ayudó también muchísimo”

Formaron una parte muy importante y muy linda, apoyo y amor .Un espacio de encuentro y contención, con la libertad de poder decir cualquier cosa sin sentirme juzgada y sobre todo una fuente de inspiración para poder encarar las tareas (y problemas) que surgen en la crianza.

Sigo hablando casi a diario con otras mujeres que conocí en las rondas y siguen siendo un apoyo invaluable en este camino de la maternidad.

Fueron un lugar seguro de sostén, encuentro, liberación, comprensión. Un espacio (y el primer espacio) de tiempo personal de autocuidado. Un escape del puerperio para sumergirme en el comprender, el compartir y el coincidir el puerperio. Creo que son un espacio necesario de salud mental y física en momentos donde no hay tiempos para nosotras

Participo en las rondas de embarazo a mis 34 años. Fueron fuente de información para revisar nuestras elecciones en relación al parto, la alimentación y la crianza. Compartimos nuestras historias y sentires y creamos vínculos algunos de los cuales perduran hasta hoy. Nos aportaron calidez, sostén y pertenencia.

Durante el puerperio sentí la falta de un espacio propio, entre mujeres, ya que en ese momento las rondas a las que acudí estaban centradas más en el bebé y la familia. "

Asistí a las rondas de embarazo y significaron muchísimo... aprendimos como mamás todo el proceso y al menos yo me sentí con mucha capacidad de saber lo q estaba pasando y decidir lo mejor...

Son apoyo, son red. Un acompañamiento entre pares con apoyo y encuadre disciplinar. En las rondas encontré refugio, de lo contradictorio, fluctuante, sinsentido, feliz, maravilloso que es maternar. Un espacio donde pude identificarme

y empatizar con otras puérperas. A veces sentir “uy estoy para atrás” otras veces “podría ser peor” pero nunca juzgada y siempre tratando de darnos una mano y una escucha.

2- ¿Consideras necesario que estén coordinadas por un equipo interdisciplinario? ¿Por qué?

Si pero no solo por profesionales. Podrían ser personas con experticia. Pero la diversidad añade ingredientes para algo que es tan complejo. Son necesarias las diversas miradas y áreas que pueden aportar. En mi caso iba a las rondas quincenales pero también a talleres y jornadas especiales anuales donde se multiplicaban esas voces. También cuando había invitadas x un tema. Esa diversidad es necesaria a un tema tan vasto y complejo

Sí, porque cada persona aporta una perspectiva que contribuye a mirar los procesos de gestación, parto y puerperio de una forma integral.

Porque se puede abordar todas las dudas que surgen desde distintas perspectivas.

Porque la interdisciplina aporta pluralidad de miradas y formas de abordar las situaciones.

Totalmente. Me parece que en mi caso, eso es lo que lo hizo aún mejor. El equipo con sus saberes y experiencias desde sus prácticas guían al grupo para compartir desde distintos ejes de nuestras vivencias, y tienen las herramientas para acompañar empática y profesionalmente lo bueno, lo malo y lo complejo de lo que aparece en la ronda. El equipo logra englobar, enfatizar y amalgamar la experiencia. Creo también que seguro dependerá mucho del equipo en lo particular, y sobre todo de lograr mediar y no dictar el camino del grupo en una ronda, con empatía y dulzura. De entregarse primero como personas y en ocasiones como profesionales de la salud, y no al revés.

No, creo que un equipo interdisciplinario aporta una mirada integral, con intervenciones in situ, de forma casi inmediata pero no dudo que un profesional bien formado pueda echar luz sobre determinadas cuestiones y saber cómo y cuándo derivar ciertas consultas que incumben a otros profesionales trabajando articuladamente. Totalmente si.... cada uno aporta desde su experiencia y es fundamental

Si, para que desde su conocimiento orienten con responsabilidad Si, porque surgen muchas dudas y cuestiones que de no estar acompañadas por conocimiento profesional posiblemente alimentaría mitos, conceptos errados, o no resolvería situaciones Sí, es necesario. Para poder encausar la catarsis colectiva y retomar algunos puntos. Para sumar herramientas y conceptos que nos hacen sentir que no nos estamos volviendo locas, sino que es parte del mismo puerperio.

3- Podés agregar lo que quieras/tengas ganas de contar...

La experiencia de socializar es generadora de por sí de salud, especialmente de salud mental. Salir de los lugares fantasma ticos y culturales q nos aíslan, en sí misma, es la herramienta para recuperar nuestra salud, recuperar la conciencia de la experiencia q estamos viviendo. Salir del aislamiento e individualidad es recuperar sustancialmente un poder, q no subsana todas las situaciones pero nos posiciona en un lugar de posibilidad. Gracias. En ese momento tenía 37años. Ahora 42

Creo que es importante que las (o los) profesionales que acompañan tengan el nivel de empatía que siempre me mostró este equipo. Y eso es lo más difícil de encontrar, tanto en profesionales de la salud como en cualquier ámbito. Incluso fue un espacio de refugio mucho más importante que mis amigas de muchos años y mi familia.

Desearía que así como los talleres de preparación para el parto son socialmente aceptados y requeridos, y muchas obras sociales y coseguros lo incluyen como parte de su cobertura, lo mismo ocurriera con las rondas para acompañar los diversos procesos de salud reproductiva.

Estoy completamente segura y doy fe de mis experiencias que sostenerse hace más ameno cuando una tribu te sostiene. Cuidarnos para cuidar.

Es un espacio súper recomendable... se hablan cosas q en la rutina de consultas son imposibles de hablar...Desde mi lugar fue una hermosa red ya que tuve muchos conflictos con la lactancia y pensamientos intrusivos. Escuchar experiencias de otras familias, preocupaciones hace que una se sienta acompañada y el equipo brinda las herramientas necesarias para ir dando luz al camino. Gracias

En mi caso en mi primer embarazo empecé las rondas a las 28 semanas de embarazo y en un momento en donde no estaba segura con mi obstetra, participar me ayudó a sentirme segura con la decisión de cambiar y sostengo que fue acertada.

Una de las profesionales que nos acompañan en los encuentros comparó la maternidad con la adolescencia, y eso echó luz sobre un poco de lo que estaba sintiendo, cómo se replantean las decisiones, los vínculos, la importancia que le damos a las cosas. Otra herramienta que retuve en las rondas fue lo INTRANSFERIBLE del proceso, había acompañado madres como prima, amiga, niñera, y aun así no conocía ni un 10% de lo que se venía.

## **La intervención del psicólogo en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal**

### **Autores**

Ferrari Carla - Lic. y Prof. en Psicología. Esp.en Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.

Salas María Laura - Lic. y Prof. en Psicología. Esp. en Psicología Perinatal y Primera Infancia.

**Email de referencia:** [lic.salasmarialaura@gmail.com](mailto:lic.salasmarialaura@gmail.com) / [licferraricarla@gmail.com](mailto:licferraricarla@gmail.com)

### **Institución:**

Instituto Médico Platense- La Plata

Hospital Español - La Plata

Hospital Zonal General de Agudos “ Dr. Ricardo Gutierrez- La Plata

### **Introducción**

La elección del tema a desarrollar tiene su fundamento principal en la experiencia profesional cotidiana del trabajo realizado en las salas de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales tanto en instituciones públicas como privadas. Circulamos por estos espacios hace aproximadamente seis años, acompañando a las familias que transitan estas experiencias dolorosas, disruptivas, y marcadas por la incertidumbre.

La psicología perinatal es un área de la psicología cuyo principal objetivo es acompañar a la persona gestante y su familia durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante los primeros dos años del niño. Afrontar adecuadamente estas etapas favorecerá el desarrollo de un apego seguro de los cuidadores principales con su bebé y ayudará a la prevención de posibles futuras dificultades.

### **Marco teórico**

Contextualizamos nuestro quehacer en los servicios de maternidad y en las UCIN

desde un enfoque centrado en la familia, en el cual todo el equipo de salud anima e impulsa a los cuidadores principales a asumir un rol activo en el cuidado de su bebé. El modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. Una MSCF es una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención del recién nacido.

Busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño/a, y que contribuya a mejorar la calidad de atención. (UNICEF 2012). Partiendo de dicho paradigma no se piensa solamente en el bebé internado, sino en el entramado vincular que va a sostener al neonato.

Tomando en consideración los aportes de Alicia Oiberman (2013) en el área de la psicología perinatal, resaltamos el cambio en la perspectiva respecto a la concepción de la maternidad. Es así como el nacimiento es considerado de manera universal una crisis vital evolutiva, lo que implica entender el proceso de la maternidad como un hecho que excede lo biológico y por lo tanto debe ser abordado desde un enfoque interdisciplinario, y desde la concepción del individuo como un ser bio-psico-socio-cultural. Se trata entonces de una construcción sociocultural que imprime huellas en el psiquismo de las personas gestantes.

Resaltamos la diferencia entre el aspecto biológico de la maternidad y el concepto de maternaje. Este último incluye los procesos psicoafectivos que se despliegan en la mujer en ocasión del nacimiento de un hijo/a, dando lugar a una crisis vital que afecta a toda la familia (Oiberman, 2013). No se trata solo del embarazo en sí, sino del embarazo, el parto y el puerperio. Esta crisis vital y evolutiva será transitada por cada persona en base a numerosos factores, siendo necesario tener en cuenta la historia personal de la mujer, la estructura de su personalidad, su situación actual, las características del bebé y la ubicación de este niño/a en el encadenamiento histórico de su familia (Oiberman, 2004).

Racamier (1961), por su parte desarrolla el concepto de parentalidad definiéndolo como un proceso madurativo de reajustes psíquicos y afectivos que posibilitan responder a las demandas tanto psíquicas, físicas y emocionales de sus hijos transformándose en padres. A su vez Stern (1997) concluyó que el momento concreto del nacimiento puede ser cuando una mujer se convierte físicamente en madre, pero el nacimiento psicológico de una madre resulta más complejo. El relato del nacimiento se convierte en una combinación de hechos, fantasías y mitos, convirtiéndose en una guía narrativa vital que marca el camino de la maternidad. Es indudable que la experiencia del

nacimiento influye en la relación temprana de la madre con su bebé (Stern, 1997).

El embarazo y puerperio constituye un período de máxima vulnerabilidad provocado por los cambios hormonales, físicos, sociales y psíquicos. En esta etapa hay una mayor probabilidad de que surjan trastornos psíquicos que repercuten en el estado emocional, físico y psicológico, afectando tanto a la familia como el vínculo con el bebé. Los mismos han sido categorizados como: el baby blues, la depresión post parto y la psicosis posparto.

El baby blues es el que resulta más frecuente de los cuadros mencionados, con una prevalencia entre el 50% y 80% de los casos. Se refiere a la presencia de una labilidad emocional, tristeza, ansiedad, irritabilidad y angustia frente a la imposibilidad de responder a ciertas demandas de su hijo/a. Se trata de un estado transitorio que no resulta patológico, sin embargo, puede aumentar el riesgo de padecer una depresión posparto, por lo que es necesario visibilizarlo, acompañar a la mujer y disminuir los factores de riesgo. Por otro lado, se encuentra la depresión puerperal afectando al 20% de las mujeres que transitan un puerperio.

En varias ocasiones se pueden observar algunos indicios de su existencia durante el embarazo, momento crucial para prevenir futuras dificultades. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después. Puede afectar luego de cualquier tipo de nacimiento o número de gesta. La depresión puerperal requiere un tratamiento y acompañamiento de parte de un profesional de la salud mental.

Por último, una o dos de cada mil mujeres puede presentar lo que se denomina psicosis puerperal, un trastorno que suele aparecer de manera brusca a los pocos días del nacimiento o incluso en el primer mes. Requiere una intervención inmediata y un acompañamiento continuo de parte de los profesionales de la salud mental como así también de la red de sostén. La psicosis puerperal se caracteriza por la presencia de un estado onírico y de confusión aguda en las mujeres que la padecen.

En este momento hay posibilidades de que ocurra un infanticidio u homicidio, por lo que se requiere de un acompañamiento continuo y una atención integral (González Castro, et al.,2016). En base a lo expuesto los profesionales de la salud deben conocer y familiarizarse con los síntomas e indicadores de cada una de los cuadros mencionados y de esta manera aprender a reconocerlos, comprender los factores de riesgo y las estrategias de tratamiento y la importancia de la intervención temprana, como así también el estado emocional de las mujeres que se encuentran en el puerperio. Resaltamos el hecho de que

los principales factores de riesgo de la depresión postparto son de carácter psicosocial; es decir la situación real en que se encuentra la persona gestante.

Existen una multiplicidad de factores que influyen en esta etapa particular de la vida de la persona gestante y el personal de salud es un eslabón fundamental en este momento para cuidar y prevenir posibles inconvenientes y/o dificultades. Las mujeres, en un gran porcentaje, no son diagnosticadas, pero sí son catalogadas como madres incapaces de cuidar de sus hijos/as (Catello López 2005; González Castro, et al., 2016; Maldonado 2011; Desi Sarli, et al., 2019; Serdán Medina 2013).

### Las familias en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Si con posterioridad al nacimiento se produce la internación del bebé en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal, se produce lo que se denomina una crisis circunstancial y accidental, la cual complejiza el proceso propio de la maternidad y la crisis vital y evolutiva que la misma conlleva (Oiberman, 2013). Frente a la internación, la pareja parental se encuentra en un lugar totalmente desconocido y siente miedo, angustia, tristeza, ansiedad. Esta situación viene a romper con el equilibrio de la familia y en cuestión de poco tiempo, debe adaptarse a este contexto particular para acompañar a su hijo/a, siendo los profesionales de la salud, quienes deben favorecer, propiciar y acompañar dichos procesos de adaptación (Dierssen-Sotos, et al., 2009).

En este contexto el hijo/a real representa una distancia mayor con el hijo/a idealizado por los cuidadores principales, situación que necesariamente implica la elaboración de un duelo. Este proceso se suma a una multiplicidad de duelos que se encuentra atravesando la familia en ocasión de la parentalidad , a saber duelo por el cambio corporal posterior al nacimiento , surgimiento de una nueva identidad , nuevos roles y funciones a asumir dentro de la familia y la sociedad, entre otros.

Varios autores estudiaron las necesidades de las familias cuando un ser querido ingresa a terapia intensiva demostrando que el principal requerimiento es en torno a la comunicación con los profesionales, donde el acompañamiento y la empatía resultan ser los pilares fundamentales. Necesitan que la información sea clara y precisa, ser escuchados y acompañados en dicho momento. De esta manera, es que el acompañamiento, la comunicación y cómo realizarla se convierten en una de las herramientas más valiosas en estos espacios cargados de angustia, miedos e incertidumbre (Dierssen-Sotos, et al., 2009; Leal-Costa, et al., 2016; Murillo Pérez, et al., 2014;

Achury et al., 2016; Llamas-Sánchez et al., 2008; Sánchez-Vallejo et al., 2016; Pardavila Belio et al., 2011; Escudero et al., 2013; González et al., 2007).

### Función del Psicólogo en la UCIN.

El trabajo del psicólogo perinatal se caracteriza por un encuadre flexible, que va más allá de las condiciones físicas y ambientales, y responde a las demandas emergentes, que no surgen principalmente de los pacientes, ni se desarrollan en un ambiente físico clásico como el que constituye el consultorio externo. El abordaje se realiza desde una perspectiva interdisciplinaria basada en el trabajo en equipo con los profesionales del servicio, teniendo como eje central una atención y mirada integral del nacimiento. El psicólogo se integra a la UCIN como un agente de salud mental, considerando a la salud como el resultado de un proceso en el cuál interactúan factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales e históricos.

Las intervenciones realizadas dentro de la sala son:

- Acompañamiento prenatal en los casos en los cuales existan diagnósticos desfavorables intraútero.

En situaciones como las anteriormente descritas, el equipo médico interviniente toma contacto con salud mental y es ese el momento preciso en que iniciamos nuestra intervención. Se trabaja interdisciplinariamente diseñando estrategias de abordaje para acompañar a esa familia en particular. No obstante ello, es posible describir algunas acciones generales que pensamos favorecen el posterior ingreso de la familia a la UCIN, entre las cuales se encuentran: primera entrevista para conocer a la familia y para que la familia nos conozca, ingreso de la misma a la UCIN con el objetivo de tomar contacto tanto con el ambiente físico como con el personal de enfermería, posterior entrevista para trabajar el impacto del ingreso, fantasías, temores y ansiedades que pudieran haber surgido.

- Acompañamiento durante la internación en UCIN.

El acompañamiento se realiza desde el ingreso de las familias a la sala hasta el día del egreso, lo que implica iniciar trabajando el impacto emocional de la internación y finalizar con la preparación para el alta y/o duelos.

- Detectar tempranamente indicios de dificultades en el bebé y/o en el vínculo familia-bebé, con el fin de favorecer una intervención en el momento oportuno.

Resulta de fundamental importancia observar la construcción de los vínculos dentro de las UCIN. En ocasiones, la situación de internación se convierte en una experiencia desbordante que requiere de intervenciones precisas con el objetivo de prevenir posteriores complicaciones en el niño y su entorno.

- Acompañar en procesos de duelo.

En las UCIN las familias atraviesan diferentes duelos que requieren ser elaborados: el ingreso a la terapia implica un quiebre con lo proyectado e idealizado en relación al nacimiento y parentalidad; un bebé con dificultades físicas y/o discapacidad, el fallecimiento de un hijo.

- Brindar contención al equipo de salud de neonatología.

El trabajo cotidiano con las familias y con las situaciones de urgencia implica una exposición continua a situaciones límite que requieren ser puestas en palabras tanto individual como grupalmente. Se trabaja con los conceptos de relación y comunicación terapéutica, empatía, distancia emocional, entre otros. A su vez trabajamos junto al equipo detentando indicadores y signos de estrés y desgaste laboral a los fines de prevenir el Burn Out y la Fatiga por Compasión .

Herramientas de intervención del psicólogo/a en la UCIN

- Observación.
- Entrevista.
- Dispositivos grupales: talleres de hermanos, abuelos, enfermeros.
- Participación en pases de sala.
- Acompañamiento en el momento de los Informes médicos.
- Seguimiento post alta.

En base a lo desarrollado en el presente trabajo consideramos la presencia y el accionar del psicólogo dentro de la Terapia Intensiva Neonatal como fundamental para el trabajo cotidiano y continuo junto al equipo de salud para acompañar a las familias que atraviesan la internación de su hijo/a.

Apostamos a concretar la incorporación de la modalidad de guardias dentro de estos espacios que transitamos. Las urgencias ocurren sin horarios y es imperiosa la necesidad de la intervención oportuna en ese preciso momento donde la angustia y el dolor son los principales protagonistas .

## Bibliografía

Achury D.M y Pinilla M (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*, 13(1) 55-60.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>.

Catello López I. (2006). Vivencia emocional en el embarazo, parto y Puerperio.

Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Roblesgarcía M, Brugos-Llamazares V, Gómez-Acebo I, y Llorca J. (2009). Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Facultad de Medicina. Universidad de Catabria*, 32 (3), 317- 325.

Escudero D., Vina L. y Calleja C. (2013). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. *Es tiempo de cambio. Medicina intensiva*, 38(6), 371-375.

González Castro P. G, Hulak F, Sigales Ruiz S. R y Orozco Guzmán M (2016).

Psicosis Puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30 (1), 24-30.

González M. A y Naddeo S.J. (2007) Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental. *Hospital materno infantil Ramón Sarda*, 26(4), 155-158.

Llamas Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera M.E, González-Vázquez J, Albar-Marín M.J y Macías-Rodríguez C. (2008). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería intensiva*, 20 (2), 50-57.

Leal-Costa C, Tirado-González S, Van-der Hofstadt CJ y Rodríguez-Marín J. (2016) Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, Introducción Fase I : Definición del constructo a evaluar y relaciones

entre sus componentes y otros constructos externos. Juicio de expertos. *Canales de Psicología*, 32(1), 49-59. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.184701>.

Maldonado M (2011). La salud perinatal y sus dificultades en la etapa perinatal. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.researchgate.net/publication/301348260>.

Murillo Pérez M.A., López S y Torrente Vela C (2014). Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enfermería intensiva*, 25(4), 137-145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2014.09.001>.

Oiberman, A. (2013) *Nacer y Acompañar. abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Lugar Editorial.

Oiberman A. (2004) El rostro oculto de la maternidad. El desarrollo del maternaje. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 4, 149-168.

Pardavila Belio M.I. y Vivar C.G (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura *Enfermería intensiva*, 23(2), 51-67.

Rotenberg E. (2014). *Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos*. Lugar editorial.

Sánchez Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A y Fernández-Fernández M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina intensiva*, (40 (9)), 527-540. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005>.

Stern Daniel. (1997). *El nacimiento de una madre*. Paidós.  
UNICEF (2012) *Maternidad Segura y Centrada en la Familia*. Segunda Edición

# *Rol del psicólogo/a perinatal.*

## **Construyendo un nuevo paradigma: la historia de los psicólogos en una maternidad pública de Tucumán**

### **Autor/es:**

LIC. ARTERO, MARIA JOSEFINA  
PSIC. ESPER, DANIELA  
PSIC. ETCHANDY, MARIA VALERIA  
PSIC. PLATAS ROBLES, MARIA LOURDES

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

mater.valeria.etchandy@gmail.com

Institución:

Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes - Tucumán

### **INTRODUCCIÓN**

El Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes, es un hospital monovalente de gestión pública. Está ubicado en la capital tucumana y es el centro de mayor complejidad en el área toco ginecológica y neonatal del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) del noroeste, posicionándose también entre las más importantes de América Latina (supo ser la segunda en número de partos).

Asiste a pacientes derivadas de toda la provincia y de provincias limítrofes, dedicándose a la atención integral de la mujer, con énfasis en el área perinatólogica. Su canasta prestacional en el área de Obstetricia y Ginecología es amplia, cuenta con 10 unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPPR), internación conjunta, servicios críticos para internación de la mujer y una neonatología de máxima complejidad brindando atención al micro prematuro y otras patologías, por lo que está categorizada como una institución sanitaria nivel III B.

La población que allí concurre es de clase socioeconómica media o baja, con o sin obra social. Además, allí funcionan residencias médicas de tocoginecología y neonatología, como así también de enfermería neonatal y de obstetricia. Es también un hospital - escuela, encontrándose dentro las

cátedras de Ginecología y de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán.

Forma parte de la estructura edilicia la Residencia de Madres, lugar destinado a aquellas mujeres que tienen sus bebés internados en Neonatología. En ese contexto es que se encuentra la Unidad de Salud Mental, conformada por 8 psicólogas, 1 psicólogo y 1 una técnica en Psicología Social, cuya historia pretendemos reconstruir para dar cuenta de qué manera se fue construyendo una praxis que hoy, creemos, da cuenta de la Salud Mental Perinatal desde una perspectiva de género y derechos.

## MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN

El Servicio de Salud Mental históricamente se fue configurando por la impronta de tres jefas, cada una de ellas en su momento, transmitieron distintos saberes y modos del quehacer. Los mismos fueron la antesala de lo que hoy caracteriza al servicio.

Repasar la labor del psicólogo en una Maternidad nos convoca a pensar la construcción de un rol, gestado y desarrollado con el atravesamiento de diferentes teorías y estilos de trabajo. Es así que, remontándonos a la primera psicóloga que trabajó en Maternidad, sabemos que estuvo formada en Psicología social y Salud Pública, fue quien implementara un modelo de abordaje psicológico, con una concepción de sujeto y enfermedad desde Pichón Riviére.

Ella crea el Departamento de Prevención y Promoción de la Salud en el año 1986, su principal actividad se enfocaba en tareas comunitarias (charlas y talleres en escuelas, comedores y CAPS) por fuera de la asistencia hospitalaria, con toda la connotación que eso tenía en la mirada del equipo médico, distante aún de este quehacer.

En ese tiempo comenzaban a insertarse en la institución otros profesionales Psique se incluyeron en la Unidad de Salud Mental. Ambos servicios (Prevención y Salud Mental) funcionaban en paralelo. Esta Unidad centró su modalidad asistencial en la interconsulta, trasladando sin modificaciones el modelo del consultorio privado al hospital público, desde una perspectiva psicoanalítica ortodoxa.

Nuestra historia toca, en algún punto, lo relatado por Alicia Oiberman (2005) respecto a los inicios de la Psicología Perinatal en los hospitales materno-infantiles, en los que los servicios de Salud Mental, siguiendo el modelo del hospital psiquiátrico clásico, debía ocuparse de los “heridos de

problemas”, es decir, de la demanda externa (consultorio) y no interna de las internadas o en guardias, que implicaba un hacer distinto al aprendido.

Las diferencias ideológicas, las concepciones de salud y del rol del psicólogo en una institución hospitalaria marcaban quiebres en el funcionamiento de los miembros del servicio, no pudiéndose elaborar un proyecto en relación a la tarea, manifestándose en fragmentación de estos dos sectores que nucleaban a psicólogos en el hospital.

El contexto social y político post dictadura cívico - militar - eclesiástica hacía difícil la práctica de nuestra profesión, sobre todo en lugares expuestos públicamente (se había cerrado la carrera de la UNT). Una de las integrantes del sector de Salud Mental fue censurada por su militancia y actividad gremial, recibiendo amenazas, lo que complejizaba aún más el quehacer del psicólogo y las relaciones interpersonales en todos los ámbitos.

En el año 1991 dos psicólogos comienzan a asistir a la Sala de Partos. Una de ellos incorpora la observación como método de análisis de las dinámicas que se establecen entre las pacientes y los médicos. La mayoría eran residentes, médicos en formación de la especialidad, con un régimen verticalista y esto tenía consecuencias en el trato con las pacientes. Entre los observables, se destaca el clima que cada jefe imprimía en su guardia, la modalidad de resolución de las urgencias, el trato a los familiares, como también con el equipo de salud.

Históricamente, nos ubicamos en un contexto social que no concebía a la paciente como sujeto de derecho. La hegemonía médica primaba desde el saber y la praxis, por lo que el psicólogo allí podía ser considerado “un espía”, o el que “siempre está del lado de la paciente”. Al decir de Mirta Videla, “a los psicólogos de los hospitales, los médicos los llamaban “servicio de espionaje”. Nuestros continuos reclamos frente a la impotencia producida por el maltrato a las pacientes, nos movilizaba. Romper esas barreras llevó mucho tiempo y un trabajo que podríamos considerar artesanal, de pasillos interminables, donde las intervenciones psicológicas aparecían en un momento de tranquilidad, distensión, o durante el acompañamiento a las mujeres en el parto.

Sin tener la formación ni las herramientas específicas, nuestro trabajo tenía la impronta de la perspectiva de género y derechos: el abordaje era concibiendo a la mujer desde un lugar diferente. Nuestro quehacer cotidiano se sostenía a partir de instaurar un lugar de escucha, discurriendo la palabra y posibilitando el emerger de sus derechos, buscando que se pudieran apropiarse de los mismos; instalar un decir que les permitiera saberse y reconocerse como sujetos de derechos en esa relación desigual, asimétrica de poder.

Alrededor del 2003, comienza una lucha para que los legados se realizaran con anestesia: se empieza, desde Salud Mental, a visibilizar la vulneración de los derechos de las mujeres, sobre todo de aquellas que ingresaban con un aborto.

Transitar por los pasillos de la Guardia (Sala de Partos), nos mostraba a gritos todo lo que se debía gestar, producir movimientos para el cambio en la atención a mujeres embarazadas o atravesando el puerperio inmediato, con sus historias y dolencias.

Sin saber de Psicología Perinatal, así con nombre y apellido, para nosotros se trataba de una construcción en devenir: comenzaba a definirse en el hacer diario, permitiendo escuchar en las entrevistas al lado de la cama en las Salas de internación, o entre contracción y contracción durante el trabajo de parto, de dónde venían esas mujeres, cómo vivían y cuáles eran sus condiciones concretas de existencia. Es así como le psicólogo se posiciona ahí como bisagra, entre el saber de esa mujer y el saber médico hegemónico, construyendo su rol. La palabra psi va adquiriendo otro lugar, otra jerarquía institucional: surge un reconocimiento del rol y del saber que aportaba una mirada diferente de esa mujer, que no solo venía a parir en soledad, sino que tenía una historia que la atravesaba. Se la reconoce como un sujeto deseante, con miedos, ansiedades y angustias, el discurso psi viene a develar algo de ese lugar. Se abre la posibilidad de sentarnos a pensar y elaborar de qué manera la Sala de Partos (guardia) era un lugar de oportunidades “para captar pacientes en situación de riesgo y vulnerabilidad.”

El sujeto es la síntesis de una historia individual y grupal. Es por eso que la promulgación de la Ley de Parto Respetado en el 2004 introdujo un antes y un después en la atención de todas las Maternidades del país, y nuestro hospital no fue la excepción. Pasamos del “paridero”, habitación enorme con más de 15 camas en las que las mujeres transitaban su trabajo de parto, para luego parir en las denominadas “duras” (creemos que esa denominación graficaba lo difícil que era para ellas atravesar un parto en esas condiciones) a la construcción de 10 unidades de trabajo de parto, parto y recuperación (UTPPR), modificando los escenarios en que se producían los nacimientos y, en particular, permitiendo el acompañamiento por parte de quien la parturienta eligiera al momento de la llegada de su bebé.

Las psicólogas que en ese entonces revestíamos la figura de “acompañantes”, pudimos correr de ese lugar y comenzar a transitar un nuevo camino: ya no sólo éramos intermediarios entre el discurso médico y la paciente, sino que empezaría una nueva dinámica entre la familia y el equipo de salud, en la que el psicólogo resultó ser un importante articulador.

Se realizaron capacitaciones, intentando formar al personal para dar lugar al

nuevo paradigma, apareciendo resistencias en el equipo: ese acto, que desde su mirada era netamente médico, volvía a ser ahora un evento familiar, social, comunitario en el que padres, abuelos o tíos podían ser parte activa y compartir las vicisitudes del nacimiento de un nuevo integrante. En el año 2007 invitamos a Mirta Videla a nuestro Hospital, referente internacional indiscutida en lo Perinatal. Su visita fue el puntapié de un cambio interno, ya que surgieron interrogantes que nos llevaron a trabajar desde lo grupal con un psicólogo social, interpelando y revisando nuestra práctica cotidiana con el objetivo de lograr la fusión de ambos servicios.

El sólo hecho de darle espacio a la palabra, a lo que nos sucedía, a la demanda de capacitación, a la necesidad de sistematización de la práctica, con una visión social e histórica del sistema, produjo modificaciones notables. Se desarticuló el silencio de lo siniestro en nosotras: miedos, frustraciones ante las injusticias, quiebres y diferencias.

Otro hecho que marcó un cambio fue, en el año 2012, a partir del encuentro con una abogada feminista, algunas colegas empezamos a recorrer otros espacios de formación y a articular el discurso psi con el discurso jurídico, amalgamar saberes que nos otorgarían otras herramientas en el abordaje de las mujeres y sus problemáticas. Esto vino a corolar y enriquecer nuestra escucha: éramos conscientes que algo nos faltaba en nuestras intervenciones.

Dicho movimiento y enriquecimiento profesional fue habilitado y acompañado por la jefa del Servicio de ese momento, formalizando lo que era parte de la tarea cotidiana. Esos aprendizajes posibilitaron que, en la mañana del 15 de enero de aquel año, psicólogas del servicio tuvieran una intervención distinta al asistir a una paciente que se encontraba en Sala de Partos siendo interrogada por la policía delante de otras pacientes púerperas, ya que había sido denunciada penalmente por las médicas que la habían atendido esa madrugada.

Se trataba de una mujer a la que llamaron María Magdalena, nombre ficticio, cuyo caso tuvo repercusiones a nivel nacional. Fue maltratada verbal y psicológicamente, vulnerándose sus derechos. Posteriormente, la abogada feminista decide representarla, denunciando a las profesionales intervinientes por violación del secreto profesional y por perpetrar violencia obstétrica, psicológica e institucional contra su persona, lucha que aún luego de 11 años continúa sin resolución.

Este caso representa un hito dentro del Servicio, fue un antes y un después en la asistencia psicológica. Se consolida, formalmente, lo que creemos es la Salud Mental Perinatal con perspectiva de género y derechos. Siguiendo a Alicia Oiberman (2011), vemos que de lo que se trataba era de trabajar en el

mismo momento en que transcurrían los hechos, en la misma escena, dentro de la interdisciplina en la que compartíamos día a día con un obstetra, un neonatólogo, con obstétricas o enfermeras, dejando que emergiera la palabra para expresar una emoción.

Ello permitiría un mejor desenlace de la situación y, agregamos, más aun cuando esa paciente es vista como sujeto de derechos, poniendo como eje la visibilización de la desigualdad existente entre las personas por su género, producto de las relaciones de poder y los mandatos sociales que imponen modos de ser, estar y vivir la salud sexual y reproductiva. Señala Oiberman que es justamente esa la diferencia con los otros en la escena: el hecho de que nosotros, desde nuestra formación psi, consideramos tan valiosa la palabra, como la medicación.

Siguiendo la línea de lo planteado por Sandra Marañón (2020), al definir la perspectiva de género tenemos que tener en cuenta que es una forma de observar los vínculos, lo cotidiano, la realidad. Esto, sin embargo, no es posible sin poner el cuerpo, sin estar, para producir lo que no estaba, para producir una escena diferente.

## COMENTARIOS FINALES

Pensar, reflexionar acerca de nuestro recorrido durante 20 años por los pasillos de nuestro Hospital nos permitió observar y observarnos, con una mirada crítica, elaborada desde la riqueza de la grupalidad.

La articulación del psicoanálisis, lo social y la prevención, es abordada a partir de la contextualización histórica del cuestionamiento hacia nuestra práctica. Tratamos de desentrañar los sucesos que la determinaron, que le dieron el particular perfil que adquirió a lo largo del tiempo en nuestro Hospital. Paulo Freire plantea que desmitologizar la realidad, es el proceso por el cual aquellos que antes habían estado sumergidos en la realidad, empiezan a salir, para reinsertarse en ella con una conciencia crítica. Para este autor, la salida de “una conciencia dominada” en el campo de lo social y de lo institucional, significa el abandono de la cultura del silencio. Cultura de quienes no se reconocen con derecho a la palabra, que viven sintiéndose “seres para otros” y no seres para sí mismos”.

Escribir acerca de lo que implicó la construcción del rol del Psicólogo Perinatal en nuestra historia, y cómo los modelos de abordaje se fueron amalgamando, nos permite contar con herramientas y fundamentos que nos marcan un posicionamiento diferente. Hoy con leyes que nos avalan y nos permiten defender derechos, desde una ética que se sostiene en la

construcción permanente del saber hacer y no en la tranquilidad de creer que ya está concluido.

Mirar atrás nos permitió reconocernos como parte de la historia de la gestación de la Psicología Perinatal en nuestro país: las mismas luchas, los mismos espacios ganados y la necesidad permanente de buscar en el lazo con los pares que transitaron los mismos caminos, la solidez del conocimiento que avale la experiencia y tarea cotidiana.

“Encontrar un psicólogo no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo: se trata más bien de que sea alguien que pueda decir; a un sujeto en un momento crucial de su vida, algo que permanecerá inolvidable”. Erik Laurent

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Bleger J. (1995) Temas de Psicología. Buenos Aires, Nueva Visión.

Freire, P. (1970) Pedagogía del oprimido. México, Siglo XXI Editores, 2da ed. 2005

Laurent, Eric (2000) Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires, Tres Haches Editorial

Marañón, Sandra (2020) Salud sexual y reproductiva desde un paradigma de derechos. Enclave necesario para pensar género y salud desde la Antropología y la Psicología. Cap. del Libro Antropología, problemáticas y debates. Mainetti, María (coord.) Entre Ríos, Editorial Fundación La Hendija.

Oiberman, A. y cols. (2013) Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal. Buenos Aires, Lugar Editorial

Oiberman, A. (2005) Nacer y después Aportes a la Psicología Perinatal. Buenos Aires, JCE Ediciones

Oiberman, A., Santos, S. y Nieri, L. (2011) La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. Revista: Boletín de la maternidad. Buenos Aires, Editorial: Fundación Observatorio de la Maternidad

Oiberman, A. (2011) La culpa ante la internación de un bebe recién nacido: el espacio de la psicología perinatal. Revista actualidad Psicológica 401; p 22-24. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/44287/CONICET\\_Digital\\_Nro.b9225481-3f68-4db3-bd88-7594058ffc54\\_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/44287/CONICET_Digital_Nro.b9225481-3f68-4db3-bd88-7594058ffc54_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Racedo J. & Quiroga A. (1981) *Crítica de la vida cotidiana*. Buenos Aires, Ediciones Cinco.

Videla, M. (1991) *Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Ediciones Cinco.

Videla M, Grieco A. (1993). *Parir y Nacer en el Hospital*. Buenos Aires, Nueva Visión.

## La función del analista en el acto de parir

**Autora:** Lic. Romina Moschella

**Email de Referencia en el Trabajo:** [rominamoschella@gmail.com.ar](mailto:rominamoschella@gmail.com.ar)

**Institución:** Hospital Zonal Especializado Materno Neonatal Estela de Carlotto

### RESUMEN:

Desde una orientación psicoanalítica se realizará una aproximación a los modos posibles de intervención en el dispositivo de atención de las urgencias subjetivas en la Unidad de Trabajo de Parto, parto y recuperación (UTPR) de un hospital del conurbano bonaerense.

**PALABRAS CLAVE:** PSICOANALISIS- ACTO- PARIR- URGENCIA SUBJETIVA

### La función del analista en el acto de parir

*"Este día es algo de sal,  
Me dejó vibrando al nacer..."*

L. A .Spinetta

### Introducción

Este escrito nace de una demanda de amor y de acompañamiento en el momento propicio donde confluye la escena temida y esperada relativa al *acto de parir* en la Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR), históricamente conocida como la *Sala de Partos* de un hospital público especializado en salud materna e infantil.

Desde la apertura institucional, los procesos de atención se realizan desde el paradigma de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)<sup>8</sup> con enfoque intercultural, y sus prácticas se enmarcan dentro de un amplio marco legal vigente. Particularmente, la Ley N 25.829/2004 de Parto Humanizado en el Art. 2 señala que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de

---

<sup>8</sup> Larguía, et al. (2012) *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Buenos Aires.

parto, el parto y el postparto tiene el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección, entre otros.

El relato clínico que voy a presentar se enmarca en las coordenadas históricas de urgencia e incertidumbre durante la emergencia sanitaria por la pandemia mundial de COVID-19.

Desde el Psicoanálisis, *la urgencia* implica introducir la dimensión del sujeto y la dimensión del cuerpo pulsional en tanto que goza. El analista supone un sujeto y apuesta a su emergencia. Esta particularidad, diferencia al Psicoanálisis de otros abordajes y paradigmas (Sotelo, 2015). En un hospital especializado en el campo de la salud mencionado, los Dispositivos para el tratamiento de las urgencias subjetivas (DATUS) brindan respuesta a la solicitud de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) y de ligadura tubaria que permiten limitar la capacidad de concebir. Y en la Unidad de Neonatología existen otros dispositivos que dan respuesta a internaciones por causas neonatales tales como recuperación nutricional, aumento de bilirrubina, y para el abordaje de situaciones paradigmáticas como el abandono de bebés en la vía pública, entre otros.

### **Un poco de historia: postales institucionales en tiempos de cuarentena**

Las áreas críticas como la Unidad de Neonatología, lejos de tener ese olorcito tan dulzón que tienen los bebés, se impregnaron de la frialdad de la desinfección. Si me preguntaran por ¿el faro de luz? señalaría a la UTPR. Las parteras con el deseo decidido de partear y el grito de resistencia anunciaron la decisión de que las pacientes no iban a usar tapabocas si no lo deseaban, manifestando que *“sería incómodo taparles la boca cuando tenían que expresar con todo su cuerpo: esto es mío”* (Moschella, 2020b).

La complejidad de la Guardia de un Centro Obstétrico requiere de un Otro capaz de alojar lo indescriptible de la experiencia de “dar vida” y de soportar lo inesperado cuando el horror se asoma a la Sala de Partos (Franzese y Moschella, 2009:341). La capacidad de inventiva desde lo extraterritorial estará a la orden del día.

Y en uno de esos días, al ingresar a la Maternidad una de las enfermeras de Guardia me refiere *“hay una paciente en la UTPR que me pregunta por vos”*. Me acerco y al ingresar a la UTPR me refieren *“pide a una psicóloga, está con completa”*.

### **Testimonios de la clínica: la singularidad del caso**

*“Y de repente, éramos un grupo de mujeres, sosteniendo acompañando, poniendo palabra, musicalizando la escena del nacimiento, esperando nacer...”*

L. tiende su mano hacia mí. Leo ese gesto como un hecho de discurso y contraseña de invitación a la escena del parto. Intento mantener cierta *prudencia* y una *distancia óptima*, pero L. se me acerca con su cuerpo sosteniéndose en mi mano izquierda y contra mi antebrazo... se corre el barbijo, claramente necesita aire para respirar. Mi presencia en acto la cobijó en regazo y no en coraza. Fue una intervención sin cálculos. Siguiendo a Lacan la intervención fue relativa a *tenerse de la mano para no dejar caer* (Lacan, 2007/1963:16). No hubo que prestar significantes verbales para que se hile la trama discursiva. ¿Acaso L. ya ubicaba a la analista en el sujeto supuesto saber de quién sabe sostener simbólicamente?

La posibilidad de preparar una escena sin la utilería pandémica y de instalar una ficción temporal fuera de todo tiempo biológico, de nombrar a la paciente en su singularidad, de preguntarle si estaba lista simbólicamente para recibir a su bebé y sobre qué nombre en tanto *don* recibirá, serían las marcas esenciales que desde un reverso se diferenciaron de otras intervenciones sobre el cuerpo biológico tales como ayudar a la paciente a cambiar de posición durante el trabajo de parto, escuchar los latidos del bebé y curar las heridas físicas.

Ya estoy en la *escena del parto*. Recuerdo que mi cuerpo ya tenía las 2 vacunas contra el COVID-19. Decido que Cerati musicalizará el nacimiento, *Llegaste* es el tema. Sin embargo, lo azaroso hizo que la llegada de M. sea con Sudestada... *"hablé de vos, de mis ansias, del día que nació en tu boca de un nuevo temporal que estalla"... "hablé, hablé de todo..."*.

Semanas atrás, luego de una actividad en la Sala de Espera sobre el COVID en la Semana del Parto Respetado, L. se acerca a preguntar cómo sacaba un turno porque *ella tenía cosas para hablar*. A la semana siguiente la recibo en el dispositivo de Admisión por demanda espontánea. Al preguntarle sobre cómo pensaba el día del nacimiento de su bebé me dice que *está sola*, remarca que ella podrá sola porque *desde los 11 años que falleció su mamá siempre se las arregló sola*. La migración y la pérdida de su madre enmarcaron las coordenadas subjetivas de aquello que la trajo a la consulta. Me despido de L. y le digo que si ese día yo estaba en la Maternidad y ella deseaba yo podía acompañarla en la Sala de Partos. Se despide y me aclara que no le gusta pedir favores.

Según Ansermet la apuesta en Perinatología es que el sujeto pueda advenir, esto implica anticiparlo, suponerlo, nombrarlo, imaginarlo, que tenga un lugar en el deseo del Otro (Ansermet, 1999). La analista en tanto posición ética nutre con el bálsamo de la dulzura. Siguiendo a Inés Tomé *en la urgencia donde el lazo está desarticulado, se tratará de armar un lazo hacia lo más íntimo para que esto permita subjetivar la urgencia* (Tomé, 2020). Intervenir puede ser alzar a un bebé o sostener simbólicamente el cuerpo de un sujeto que se encuentra tramitando ausencias en el devenir propio de cada contracción. En el encuentro con una analista se apuesta *al nacimiento desde la dimensión simbólica* (Moschella, 2020a).

En palabras de Elena Bisso, el *acto de parir* es un acontecimiento que se enmarca en una ética para la teoría sexual femenina en Psicoanálisis y que participa del registro simbólico (Bisso, 2022). El sujeto en tanto efecto de un acto, ya no será el mismo luego de parir/se. En ese acontecimiento inédito de parir/se jugará una partida. Al decir de Inés Sotelo “una decisión insondable: la de convertirse en madre, más allá de toda biología” (Sotelo, 2009:120). Tal como lo afirma Lacan *la pulsión nada tiene que ver con el instinto* (Lacan, 2007/1962:63).

### **Del parirás con dolor al parirás con presencia**

*No hay analista*

*si ese deseo*

*no le adviene...*

(Lacan, J., 1967/2012)

Para Francois Jullien, la *disponibilidad implicará pensar dicha apertura como una manera de operar* desde una posición sin posición que le permite al psicoanalista captar el habla del analizante conservando abiertas todas las posibilidades, sin proyección ni prevención, de modo de no desatender lo que puede ser significativo aun cuando no se inscribe ya en un campo de significación esperado y determinado (Jullien, 2013). En la situación presentada, la analista ofrece su *disponibilidad en presencia* como una manera de operar en un dispositivo inédito donde prima el silencio, el gemido, el grito y el desgarró.

La conmoción del encuentro con una analista tiene resonancias en el cuerpo. Anne Dufourmantelle sostiene que en ese encuentro que anuncia la vida con la palabra, el encuentro es una palabra en la lengua para expresar lo que nos conduce en ese extraño contratiempo hecho de materia desconocida (Dufourmantelle, 2018). Gabriela Pedrotti afirma que *no se puede decir sin cuerpo y el cuerpo afecta las letras, las hace sonar de un modo distinto... es el eco de un decir si hay un cuerpo sensible que pueda recibirlo. La pulsión, esa*

que pulsa en la lengua más allá de las palabras, entre las palabras, atrás y delante de ellas (Pedrotti, 2020:18).

### **Comentarios finales**

*Si la dulzura sería un gesto, sería caricia*  
(Dufourmantelle, A., 2021)

En los tiempos pandémicos, el *desamparo* en su cara más siniestra arrasaba entre las olas de COVID. En su contrapartida, llegaba la *dulzura* con la posibilidad de la vida, con el envoltorio uterino que filtra emociones, sonidos y pensamientos, con el líquido amniótico, con el tocar a la inversa de la piel, con los ojos cerrados que todavía no ven, con la respiración aun protegida de las agresiones del aire (Dufourmantelle, 2021). Si el parir es un desgarró, en palabras de Gabriela Pedrotti<sup>9</sup> *la clínica de la ternura es el único antídoto contra el desamparo*.

Para finalizar parafraseando a Gisela Cid<sup>10</sup> *“la pandemia nos enseñó que nadie debe morir en soledad y el acto de parir debe ser estando acompañada”*.

Agradezco a quienes sostuvieron desde las trincheras y desde las transferencias de trabajo este momento histórico, y a quienes desde la ternura humanizaron simbólicamente los nacimientos en cuarentena.

### **Referencias bibliográficas**

Ansermet, F. (1999). Psicoanálisis y Medicina Perinatal. *Lazos N 2. Escuela de la Orientación Lacaniana Rosario*. 2, 15-24.

Bisso, E. (2022). El estatuto de sujeto de una mujer en el parto. *Memorias XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. 2, 105-7. Disponible en: <http://jimemorias.psi.uba.ar/>

Dufourmantelle, A. (2021). *Potencia de la dulzura*. Nocturna Editora & Archivida Ediciones, Buenos Aires.

Dufourmantelle, A. (2018). *En caso de amor. Psicopatología de la vida amorosa*. Nocturna Editora, Buenos Aires.

---

<sup>9</sup> Lic. en Psicología y Coordinadora del Seminario Clínica de lo vulnerable. Entre la crueldad y la ternura, lenguaje inapropiado.

<sup>10</sup> Lic. en Psicología y Docente de la Práctica Profesional y de Investigación Clínica de la Urgencia. Fac. de Psicología-UBA.

Franzese, V. y Moschella, R. (2009). El quehacer del psicólogo en la guardia de un centro obstétrico: intervenciones y estrategias de una práctica novedosa. En Trimboli A. (comp.), *El padecimiento mental entre la salud y la enfermedad*. (pp. 340-41). Buenos Aires: Serie conexiones.

Jullien, F. (2013). *Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis*. El cuenco de plata, Buenos Aires.

Lacan, J. (2012). *Otros escritos*. Paidós: Buenos Aires.

Lacan, J. (2007). Seminario 10. *La angustia*. Paidós: Buenos Aires.

Ley Parto Humanizado. N 25.829. Argentina. 2004.

Larguía, et al. (2012) *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Buenos Aires. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf>

Moschella, R. (2020a). Psicoanálisis y Partería: subjetividades emergentes en la Sala de Partos. En Sotelo I. (comp.), *Lo femenino en debate. El psicoanálisis conversa con los feminismos*. (pp. 293-98). Buenos Aires: Grama.

Moschella, R. (2020b). *Psicoanálisis y Pandemia. Que las marcas esenciales no sean invisibles en cuarentena*. [Apunte de cátedra de la Práctica Profesional y de Investigación Clínica de la Urgencia. Inés Sotelo. Inédito]. Facultad de Psicología-UBA.

Pedrotti, G. (2020). *La escritura de lo íntimo*. Resonancias y texturas del psicoanálisis. Buenos Aires: La docta Ignorancia.

Sotelo I. (2015). *Dispositivo Analítico para Tratamiento de las Urgencias Subjetivas*. DATUS. Buenos Aires: Grama.

Sotelo I. (2009). La urgencia en la maternidad. En Sotelo I. (comp.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama.

Tomé, I. (2020). Entre lo Uno y lo múltiple. En Sotelo I. (comp.). *Lo femenino en debate. El psicoanálisis conversa con los feminismos*. (pp. 187-93). Buenos Aires: Grama.

# **Procesos psicológicos asociados al embarazo.**

Depresión postparto y factores de riesgo psicosociales durante la gestación.

Autor/es:

Argüello Caro, Luciana.  
Santander, Laura.  
Idiart, Manuela.  
Faas, Ana Eugenia.

Mail de contacto: [luciana.arguello.caro@unc.edu.ar](mailto:luciana.arguello.caro@unc.edu.ar)

Institución: Centro de Estudios del Comportamiento Fetal y Neonatal, Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (HUMN), Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPSI) de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

Eje Temático: Procesos psicológicos asociados al embarazo.

## **RESUMEN:**

Introducción: la depresión postparto (DPP) es un trastorno prevalente entre las mujeres puérperas, no obstante, suele ser subdiagnosticada y subtratada. Además, su relevancia radica en su impacto desfavorable en la interacción madre-bebé, en el desarrollo integral y futura vulnerabilidad psicopatológica infantil. Es posible detectar factores de riesgo psicosociales para DPP que permitan aplicar abordajes preventivos de sus posibles consecuencias negativas sobre la díada y el grupo familiar.

Objetivo: determinar la asociación entre la presencia de factores de riesgo para DPP y la existencia de riesgo elevado de padecerla, mediante una herramienta de screening aplicada durante el embarazo.

Metodología: se aplicó el Inventario Predictor de la Depresión Postparto -Versión Revisada- Prenatal (PDPI-R por sus siglas en inglés) en las visitas de

control obstétrico de pacientes gestantes mayores de edad del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (HUMN) de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).

Resultados: Los factores de riesgo para DPP más significativos en la muestra fueron la presencia o ausencia de pareja, depresión y ansiedad prenatal, intencionalidad del embarazo, el apoyo social de la pareja y amigos, la satisfacción y problemas maritales, estrés financiero y desempleo.

Conclusión: la evaluación de los factores de riesgo para DPP como screening constituye una estrategia útil en la identificación mujeres con riesgo elevado de padecerla, posibilitando la implementación de estrategias preventivas oportunas dentro de políticas de salud pública para la problemática de la salud mental perinatal en nuestro medio.

Palabras Clave: Depresión Postparto. Factores de riesgo psicosociales prenatales. Salud mental perinatal.

## **INTRODUCCIÓN**

La salud mental perinatal constituye un tema prioritario de salud pública tanto en países desarrollados como emergentes, por sus implicancias en la vida de las madres, los niños, las familias y en la sociedad toda (Mathisen et al., 2013; Fernández Vera et al., 2014; Krauskopf & Valenzuela, 2020). Los trastornos mentales que ocurren en la mujer durante el embarazo y puerperio son subdiagnosticados y subtratados (Mendoza & Saldivia 2015; Biaggi et al. 2016; Krauskopf & Valenzuela, 2020). Entre ellos, se destacan por su mayor frecuencia, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Biaggi et al., 2016), registrándose una alta prevalencia mundial (de hasta el 20%) para la depresión postparto (DPP) (Mendoza & Saldivia, 2015). Esta patología además de afectar a la mujer en su salud física y psíquica, impacta desfavorablemente en la interacción de la madre con su bebé, con consecuentes efectos negativos en su desarrollo neurocognitivo, socioemocional y condicionamiento a vulnerabilidad psicopatológica a lo largo de su vida (Honey et al. 2003; Ay et al., 2018). Es por ello que las posibles estrategias de prevención cobran gran relevancia al momento de abordar esta problemática, siendo el primer paso para la prevención de la depresión postparto, la identificación de mujeres con factores de riesgo específicos para padecerla (Beck, 2002). Los más

fuertemente asociados son: historia previa de depresión (perinatal o no perinatal) y síntomas depresivos durante la gestación en curso (Viguera, 2019). Es importante recabar los siguientes datos referidos a la presencia de factores de riesgo actuales o pasados en la gestante (Mathisen et al., 2013; Biaggi et al., 2016; Ay et al., 2018):

- Historia de enfermedad psiquiátrica: antecedentes de depresión o trastorno de ansiedad previos al embarazo o durante el mismo.
- Antecedentes heredofamiliares de patologías mentales.
- Factores psicosociales (problemas de pareja, red social inadecuada, falta de apoyo social o económico, eventos vitales estresantes).
- Factores ambientales: alteraciones nutricionales, del sueño.
- Factores biológicos: enfermedades tiroideas, del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal, anemia, etc.
- Factores obstétricos: embarazo no planificado o no deseado, paridad, historia de complicaciones obstétricas en gestaciones previas.

La identificación de mujeres gestantes con alto riesgo de padecer DPP permite optimizar la aplicación de posibles intervenciones oportunas y eficientes en la atención de la salud mental perinatal, dentro de las políticas de salud pública, que protejan el vínculo madre-bebé y eviten perjudiciales consecuencias psicosociales a largo plazo.

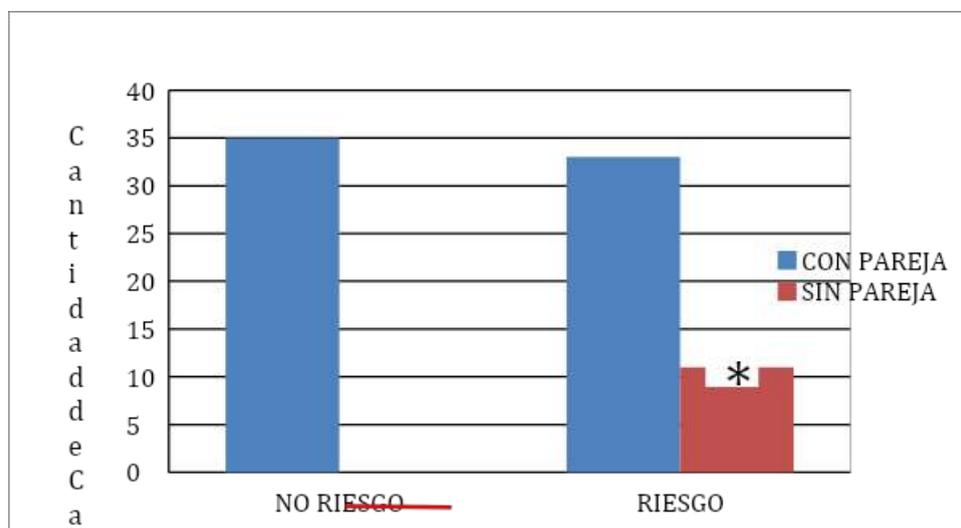
## **METODO**

Se realizó un estudio exploratorio longitudinal sobre 79 mujeres gestantes, mayores de edad, pacientes del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (HUMN) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, en el período comprendido entre agosto de 2022 a marzo de 2023. El procedimiento consistió en la aplicación del Inventario Predictor de la Depresión Postparto -Versión Revisada- Prenatal (PDPI-R por sus siglas en inglés), que es el principal instrumento que evalúa durante el embarazo los factores de riesgo más importantes señalados por la bibliografía (Beck 2002 y 2006, Rodríguez-Muñoz et al., 2017). Se utilizó la versión validada en castellano (Rodríguez- Muñoz et al., 2017; Ibarra-Yruegas et al., 2016) que valora: estado marital, situación socioeconómica, autoestima, depresión y ansiedad durante la gestación,

intencionalidad del embarazo, historia de depresión, apoyo social (de la pareja, familia y amigos), satisfacción matrimonial y estrés vital (Oppo et al., 2009; Rodríguez-Muñoz et al., 2017). El PDPI-R es un instrumento útil y fácil de administrar para la valoración tanto cualitativa como dimensional del riesgo para DPP (Oppo et al., 2009). Permite clasificar a las pacientes en dos grupos, para los fines de la presente investigación, según puntaje total del inventario: sin riesgo elevado para DPP o con riesgo elevado. Las participantes del estudio fueron invitadas a ser incluidas en la muestra, realizándose el correspondiente proceso de consentimiento informado (CI), con firma de formulario de CI aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigaciones en Salud del hospital (CIEIS HUMN).

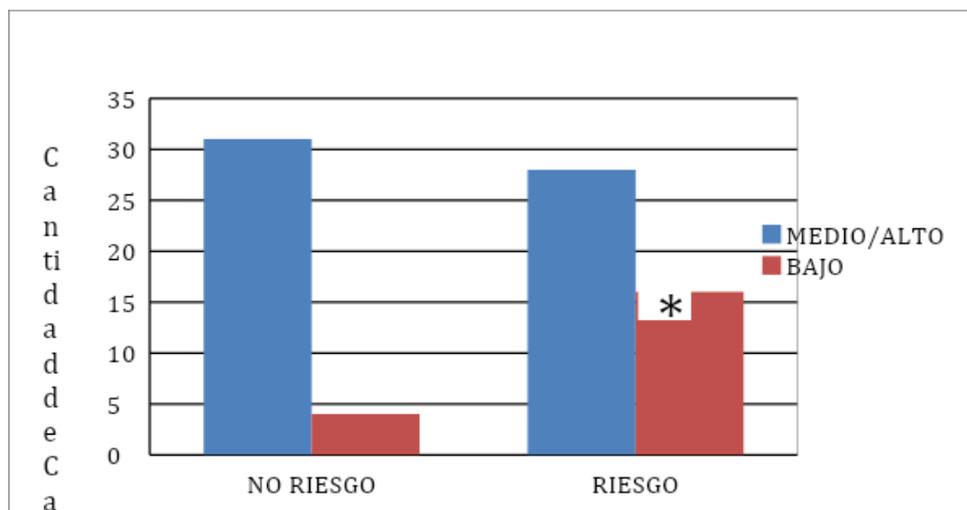
## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

De la evaluación de los casos surgió que la mayoría (56%) presentó puntajes de PDPI-R correspondientes a riesgo elevado para DPP, y el 44% restante se clasificó sin riesgo elevado para padecer dicho trastorno. Se relacionó cada uno de los predictores comprendidos en el inventario (PDPI-R) con la presencia o no de riesgo elevado de padecer DPP. Respecto del primero (estado civil), se halló una relación significativa entre encontrarse sin pareja y un riesgo elevado de depresión (Ver Figura 1). Este resultado contrasta con el de Rodríguez-Muñoz et al. (2017) quienes señalaron la inexistencia de correlación significativa entre el estado civil y depresión.



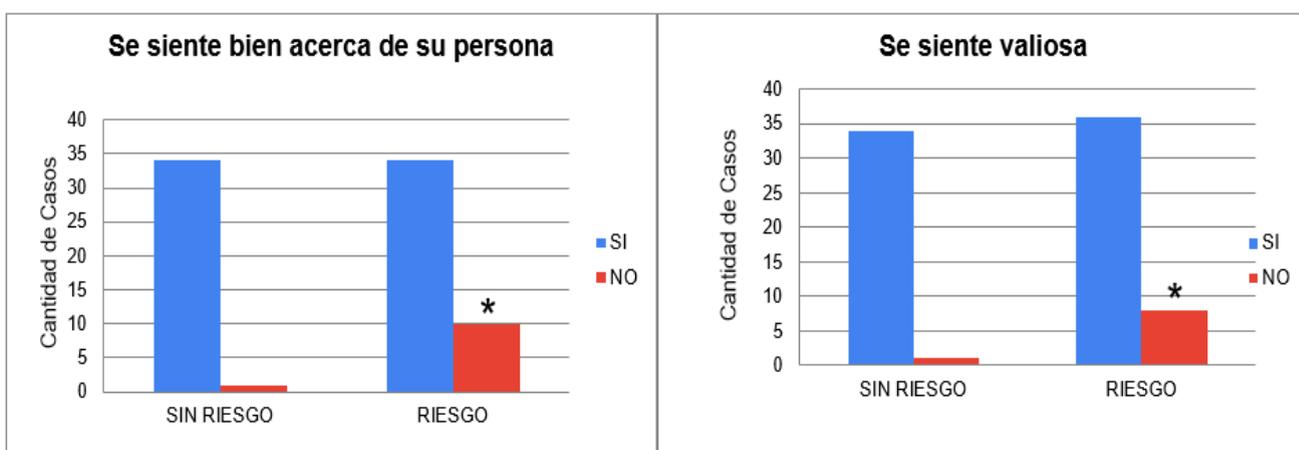
**Figura 1:** Estado Civil y Riesgo de Depresión. \* $p \leq 0,05$ .

El nivel socioeconómico bajo también demostró ser relevante en la presencia de riesgo elevado (Ver Figura 2), en concordancia con Ibarra-Yruegas et al. (2016), en su estudio sobre una muestra de mujeres en México.



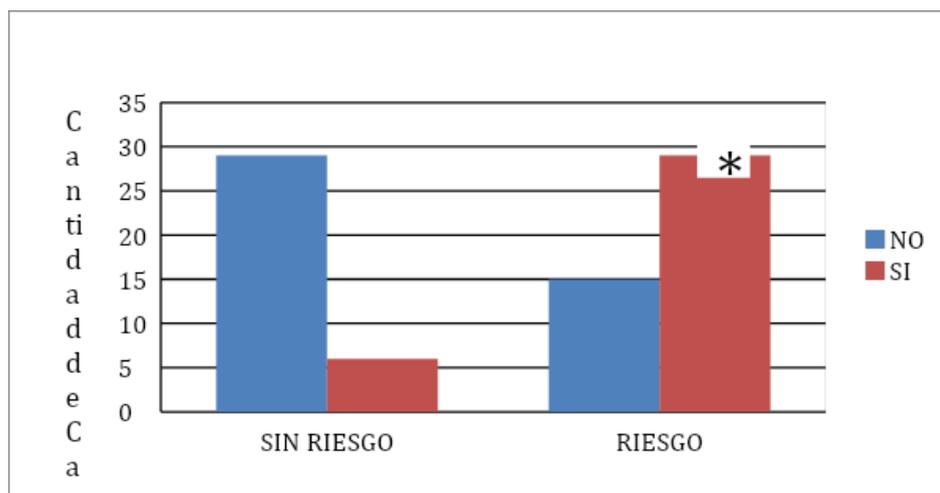
**Figura 2:** Nivel Socioeconómico y Riesgo de Depresión. \* $p \leq 0,05$ .

Respecto del factor de riesgo asociado a la autoestima de la persona, de los 3 aspectos de la variable indagados, sentirse bien consigo misma, sentirse valiosa, e identificar en sí misma cualidades, se halló que los dos primeros se relacionan de manera significativa con el riesgo aumentado de DPP, no ocurriendo así con el último (Ver Figura 3). Este hecho fue señalado de la misma manera por Biaggi et al. (2016) en su estudio de identificación de mujeres en riesgo de ansiedad y depresión prenatal.

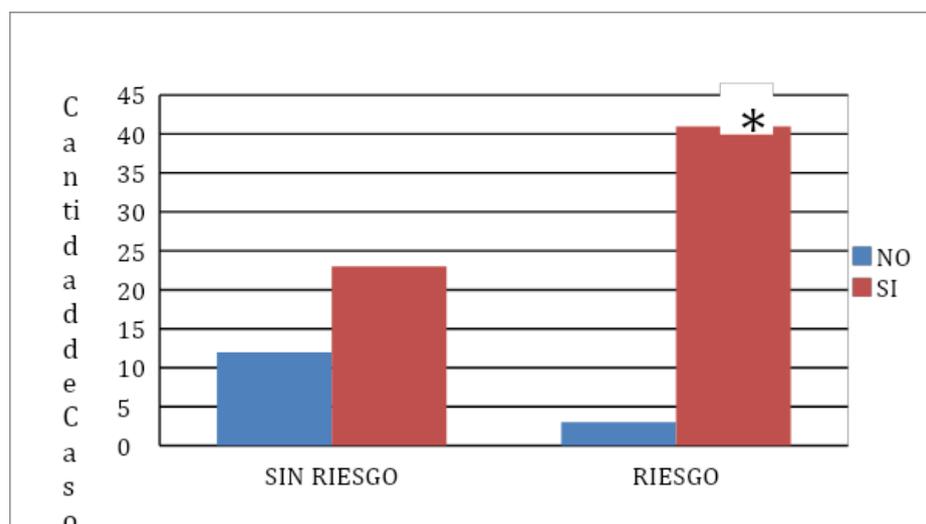


**Figura3:** Autoestima y Riesgo de Depresión. \* $p < 0.05$ .

Un hallazgo significativo fue la presencia de depresión y ansiedad prenatales en los casos de riesgo elevado para DPP, tal como lo muestran las figuras 4 y 5 con diferencias muy significativas respecto de la ausencia de dichos fenómenos. Esta observación se ubica en la misma línea que numerosos estudios desarrollados en diferentes poblaciones a nivel mundial (Oppo et al., 2009; Ibarra-Yruegas, 2016; Rodríguez-Muñoz et al. 2017 y Marcos Nájera et al., 2020).



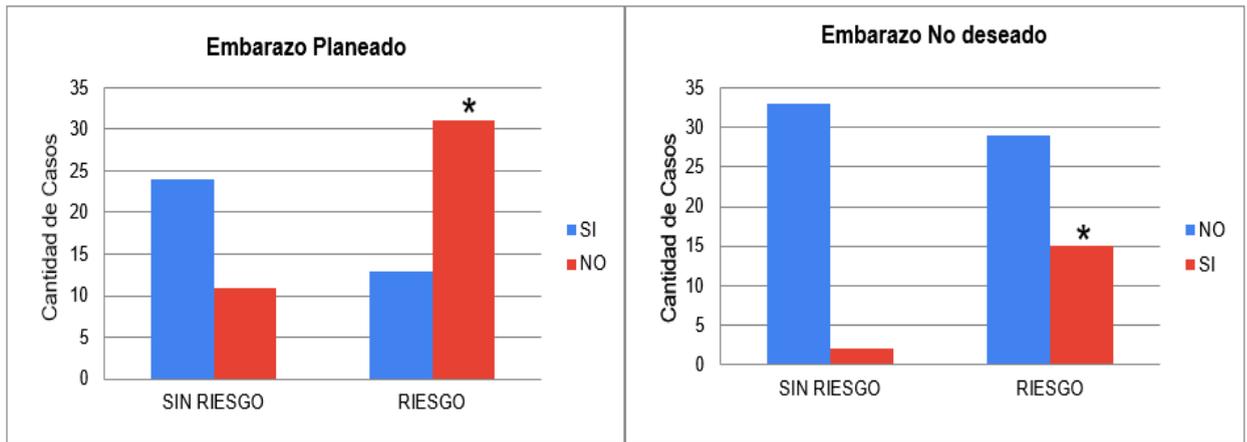
**Figura 4:** Depresión Prenatal y Riesgo de Depresión. \* $p < 0.05$ .



**Figura 5:** Ansiedad Prenatal y Riesgo de Depresión. \* $p < 0.05$ .

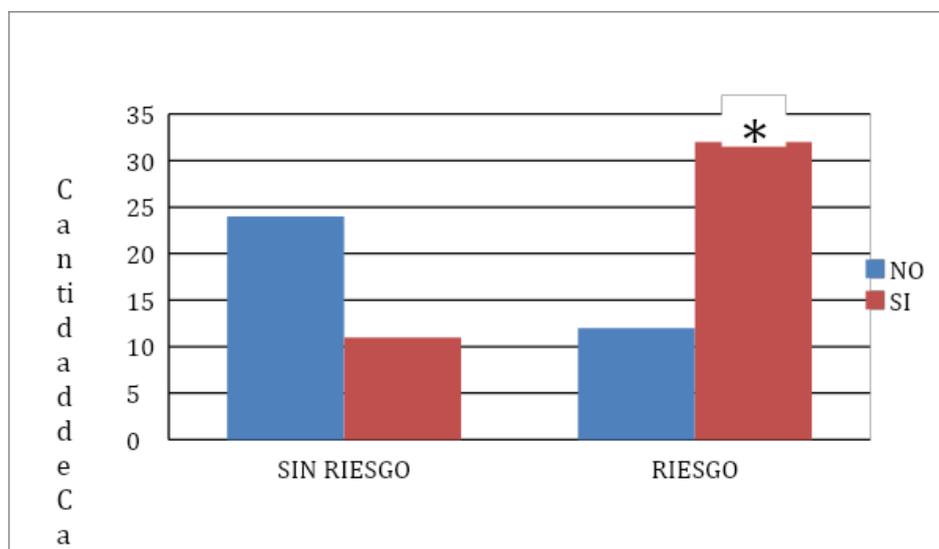
Otro de los factores de riesgo valorados por el PDPI-R fue la intencionalidad del embarazo, obteniéndose en la muestra estudiada, en los casos de

gestación no planeada y no deseada, un resultado significativo entre estas observaciones y el resultado total de la escala (Ver la Figura 6). Éste fue identificado como uno de los 3 factores primarios asociados a la depresión postparto por Ay et al. (2018) junto con el antecedente de depresión y nivel educativo de la madre. Otros autores informaron este fenómeno de la misma forma, como Ibarra-Yruegas et al. (2016) y Marcos-Nájera et al. (2020).



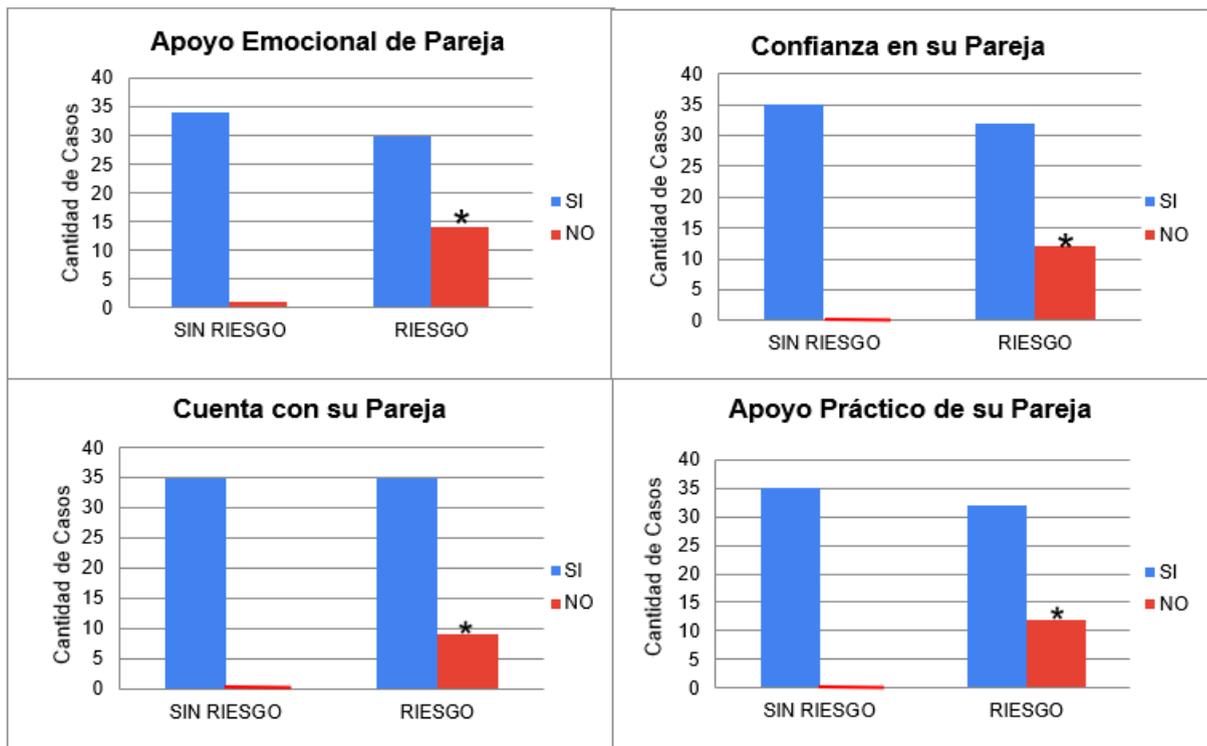
**Figura 6:** Intencionalidad del embarazo y Riesgo de Depresión. \* $p < 0.05$ .

Destaca la significancia del antecedente personal de depresión en la presente investigación, respecto de su existencia y la elevación del riesgo para DPP (Ver Figura 7). Este factor fue descrito como de los más frecuentes asociados con dicho riesgo (Oppo et al., 2009; Ibarra-Yruegas et al., 2016 y Rodríguez-Muñoz et al., 2017).



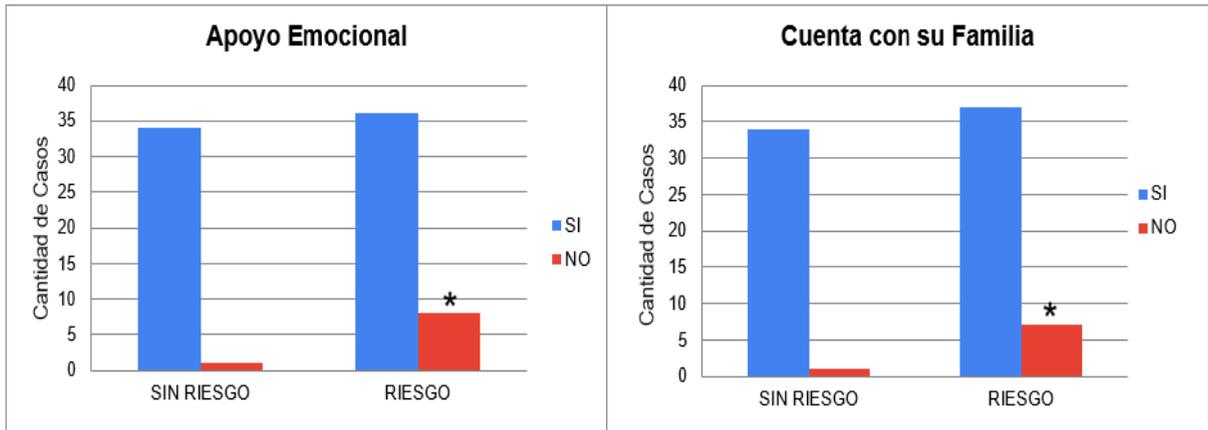
**Figura 7:** Antecedente personal de depresión y Riesgo de Depresión. \* $p < 0.05$ .

Respecto de la red de apoyo social con la que cuenta la madre gestante, el inventario utilizado indaga sobre su pareja, familia y amigos. Se verifica significancia en el caso de la falta de apoyo de la pareja en los 4 ítems de la escala: apoyo emocional, confianza, contar con su pareja y recibir el apoyo práctico adecuado por parte de la misma. (Ver Figura 8).

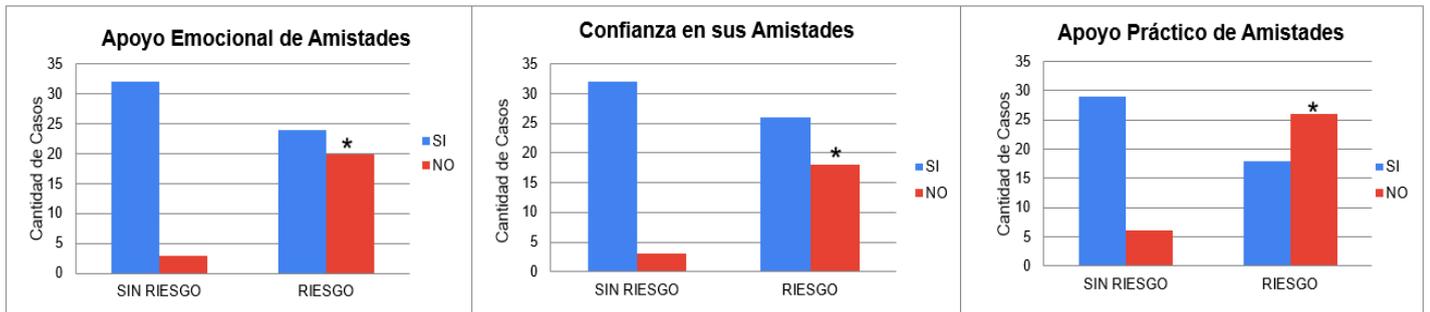


**Figura 8:** Apoyo social (Pareja) y Riesgo de Depresión. \* $p < 0.05$ .

En el estudio del apoyo social brindado por la familia, la significancia se registró en los ítems de apoyo emocional y contar con la misma, no ocurriendo esto para los ítems confianza y apoyo práctico adecuado (Ver Figura 9).



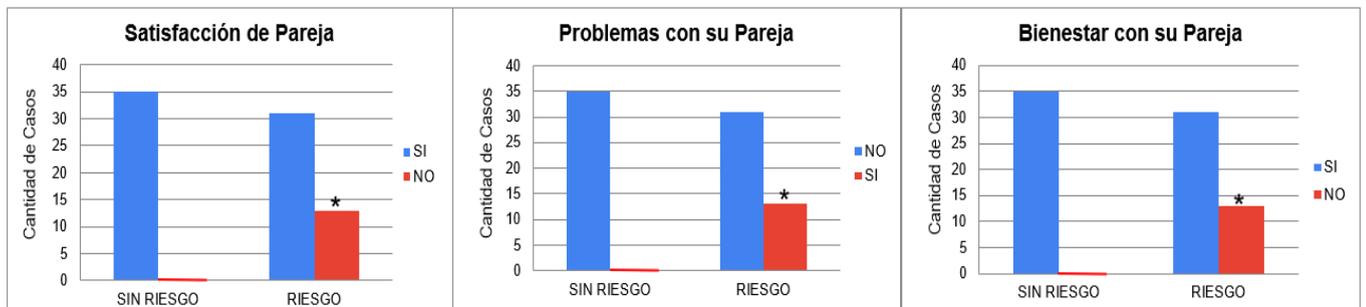
**Figura 9:** Apoyo social (Familia) y Riesgo de Depresión. \*p<0.05.



En la red de amigos, los resultados de significancia se identificaron en la mayoría de los aspectos relevados excepto el de contar con las amistades, tal como lo refleja la Figura 10.

**Figura 10:** Apoyo social (Amistades) y Riesgo de Depresión. \*p<0.05.

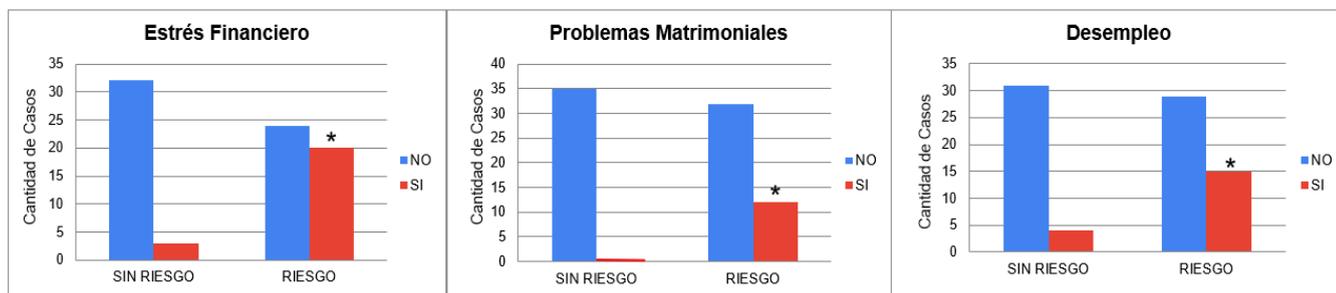
La bibliografía señala también la importancia de la red de apoyo social de las mujeres durante sus gestaciones, tal es el caso de Marcos-Nájera et al. (2020) en el caso del rol de la familia y Ibarra-Yruegas et al. (2016) en el caso de las amistades.



Sobre la vivencia de satisfacción marital o con su pareja, los resultados fueron significativos para las 3 preguntas de este apartado del PDPI-R (Figura 11).

**Figura 11:** Satisfacción Marital/Pareja y Riesgo de Depresión. \*p<0.05.

Por último, en la valoración de eventos vitales estresantes, los que resultaron significativos en la muestra analizada fueron los siguientes: (Ver Figura12)



**Figura 12:** Eventos Vitales Estresantes y Riesgo de Depresión. \* $p < 0.05$ .

En su investigación, Marcos-Nájera et al. (2020) expone sus resultados en la misma línea que este estudio, respecto de la insatisfacción marital, estrés vital debido a problemas financieros y a problemas con la pareja, como factores significativos.

Del análisis de los datos surge que varios factores psicosociales de riesgo concurren en la predicción de la depresión postparto, como el nivel socioeconómico, existencia de depresión previa, depresión y ansiedad durante el embarazo, falta de apoyo social y eventos de vida estresantes. La evaluación de dichos factores de riesgo para DPP como screening constituye una estrategia útil en la identificación mujeres con riesgo elevado de padecerla, posibilitando la implementación de estrategias preventivas oportunas dentro de políticas de salud pública para la problemática de la salud mental perinatal en nuestro medio.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ay, F., Tektas E., Mak A. & Aktay, N. (2018) Postpartum depression and the factors affecting it: 2000-2017 study results. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9 (3): 147-152.

Beck, C. T. (2002). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(4): 394-402.

Beck, C. T., Records, K. & Rice, M. (2006). Further Development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6): 735-745.

- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191: 62–77.
- Fernández Vera, J. K., Iturriza Natale, A. T., Toro Merlo, J. & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74 (4): 229- 243.
- Honey, K., Bennet, P. & Morgan, M. (2003). Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76(1-3): 201–210.
- Ibarra-Yruegas, B., Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L. & Kawas Valle, O. (2016). Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology*, 1-9.
- Krauskopf, V. & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2): 139–149.
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M., Lara, M., Navarrete, L. y Le, Huynh-Nhu. (2020). A cross-cultural analysis of the prevalence and risk factors for prenatal depression in Spain and Mexico. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 45(4), 599-612.
- Mathisen, S., Glavin, K., Lien, L. & Lagerløv, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 787-793.
- Mendoza B, C. & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 143(7): 887–894.
- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., Rambelli, C., Montagnani, M.S., Cortopassi, S., Bettini, A., Ricciardulli, S., Montaresi, S., Rucci, P., Beck, C.T. & Cassano, B. (2009). Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI- R). *Archives of Womens Mental Health*, 12: 239-249.
- Paolantonio, P., Faas, A.E. & Manoiloff, L. (2020). Depresión posparto y su impacto en la calidad del vínculo temprano madre-bebé. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 66(2):106-118. ISSN: 0001-6896.
- Rodríguez-Muñoz, M.F., Vallejo Slocker, L., Olivares Crespo, M.E., Izquierdo Méndez, N., Soto, C. & Huynh-Nhu Le. (2017). Propiedades psicométricas del postpartum depression predictors inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. *Revista Española de Salud Pública*, 91: 1- 8

## Vínculo: interacciones tempranas.

### **Apego olfativo: Estimulación con olor de leche materna en bebés prematuros**

#### **Autor/es:**

Curti, Julieta  
González, Alicia  
Resino, Carlos  
Faas, Ana Eugenia

**Mail de contacto:** [curtijulieta@gmail.com](mailto:curtijulieta@gmail.com)

**Institución:** Centro de Estudios del Comportamiento Fetal y Neonatal, Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (HUMN) , Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPSI) de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

#### **RESUMEN:**

**Introducción:** El olfato facilita el reconocimiento de la mamá al nacer y la orientación al pezón y la lactancia posterior. Naturalmente el bebé prefiere los olores que le resultan familiares como los olores maternos (Schaal & Porter, 1989; Delaunay-El Allam, Soussignan, Patris, Marlier, & Schaal, 2010; Schaal, Orgueur & Rognon, 1995). Pero prácticamente no existe literatura que reporte la utilización de los mismos a nivel clínico.

**Objetivos:** El trabajo plantea la estimulación a prematuros con olor de leche materna, mientras está en la internación, acercándolos mediante un puente psico-biológico-afectivo.

**Metodología:** La estimulación se administra mediante hisopos embebidos con LM o agua destilada, a aprox. 2 cm de la nariz del niño, por sólo 2 minutos por dos días y registrando las conductas faciales (Baby FACS-Oster y Rosenstein, 1998)

**Resultados:** Las conductas consideradas apetitivas aumentan ( $p < 0,05$ ) cuando el bebé es estimulado con leche en comparación con agua destilada. Además

se concentraban en succiones y lengüeteos, incidiendo en la lactancia posterior.

Discusión: Los resultados encontrados convalidan lo expresado por la literatura demostrando las ventajas de la utilización clínica de los olores maternos en los bebés prematuros.

**Palabras Clave:** Prematurez, Olores Maternos, Leche Materna, Apego Olfativo

## **INTRODUCCIÓN**

El parto prematuro se presenta como una complicación a nivel mundial para el sistema de salud, encontrándose en los últimos años en aumento. Según la OMS 15 millones de bebés pretérminos nacen en el mundo y aproximadamente 1 millón mueren producto de ello. En el último tiempo la supervivencia de niños con prematuridad y muy bajo peso al nacer ha sido posible en función del tratamiento de las manifestaciones visibles y objetivables pero también debido a la importancia de la vivencia subjetiva del niño y de los padres, principalmente del vínculo mamá-bebé y las posibles consecuencias y/o efectos en su desarrollo y crianza. (Domínguez et al. 2017).

Los equipos responsables de la atención de la salud del recién nacido deben ser capaces de vigilar y asistir esta transición anticipando la aparición de posibles problemas, detectados oportunamente para poder implementar acciones correctivas en el caso de ser necesario. Además deben promover y asegurar una alimentación y cuidados adecuados para así lograr un proceso sano de desarrollo, tendiendo siempre a maximizar la vinculación y el apego con su madre. Por lo tanto la atención no se debe limitar a la sala de partos y al egreso hospitalario, sino que debe cubrir también tópicos importantes como la vigilancia, la anticipación, el manejo del estrés, el aseguramiento de la lactancia y el apoyo emocional.

En las últimas décadas se ha demostrado la importancia que reviste la olfacción en el comportamiento de los recién nacidos y lo fundamental que resulta en el bebé prematuro. Y esto es así ya que, desde que nace, e inclusive desde antes de nacer, el bebé ya reconoce a su madre a través del olfato, generando aprendizajes y memorias a mediano y largo plazo sobre las claves sensoriales que remiten a ella. Esto facilita el reconocimiento de la mamá al nacer y la orientación al pezón y la lactancia, conductas que están absolutamente mediatizadas por el intercambio de olores mutuo. Desde el punto de vista anatómico, ya al final del primer trimestre gestacional el sistema olfatorio principal está preparado para la olfacción, porque posee receptores neuronales morfológicamente maduros, mostrando propiedades compatibles con capacidad funcional de integración del centro primario y superior durante el

último trimestre (Wilson, 2006). Desde el punto de vista funcional, a partir del último trimestre de gestación el SNC es capaz de adquirir, retener y procesar la información quimiosensorial que baña el líquido amniótico de su madre expresando diferentes reacciones comportamentales y neurovegetativas cuando es enfrentado con los olores maternos al nacer (Schaal, Orgueur & Rognon, 1995; Schaal, Hummel & Soussignan, 2004 ).

Por lo tanto, naturalmente el bebé tiende a preferir aquellos aromas que le resultan familiares y conoce previamente, y en las primeras etapas de su desarrollo éstos hacen referencia a su contexto primario y más próximo: los olores de su madre.

En distintos experimentos, cuando se ha comparado la preferencia de recién nacidos utilizando olor del pecho, cuello y axilas de la propia madre en contraste con los de otras madres lactantes, los olores provenientes de la propia madre siempre eran los que generaban las preferencias más marcadas (Schaal, Montagner, Hertling, Bolzoni, Moyse & Quichon, 1980; Schaal, 1988; Schaal & Porter, 1989, Marlier & Schaal, 2005).

Pero así como existe sólida evidencia del procesamiento y preferencia de olores maternos en el niño recién nacido, no existe prácticamente literatura que reporte la utilización de los mismos a nivel clínico.

El trabajo plantea la estimulación a prematuros con claves sensoriales maternas, como el olor de su leche, mientras está en la internación. De esta manera se plantea un puente psico-biológico-afectivo que permite acompañar el proceso de internación acercando al niño que nace con antelación a su madre a través del olfato.

## **METODO**

### **Muestra**

Se trabajó con RN prematuros (34-37 semanas de gestación), internados en la unidad de terapia neonatal del Servicio de Neonatología del HUMN.FCM.UNC, mayores de veinticuatro horas de vida y menores de veintiocho días al momento de la evaluación, con estabilidad neuro cardiorrespiratoria. Todos los padres/tutores habían aceptado el consentimiento informado

### **Diseño y Procedimientos**

Se evaluaron RN prematuros media hora después de ser alimentados con pecho materno o biberón, con la condición de haber tenido en este último caso contacto con la leche materna. La estimulación implicó un hisopo embebido con leche materna y luego con agua destilada, siempre siguiendo los movimientos de la cabeza del niño/a sin tocarlo a aproximadamente dos centímetros de distancia de su nariz, implicando 2 minutos cada estímulo. A esto se agregaba

un período basal y uno post estimulación, también de dos minutos. El procedimiento era video filmado.

Una vez finalizado cada ensayo, se evaluaba la gesticulación facial frente a leche o agua destilada utilizando para la codificación de la acción facial el Baby FACS (Oster, 2010). Esto permite identificar conductas faciales apetitivas o aversivas clasificando así el valor hedónico de las mismas frente a la estimulación.

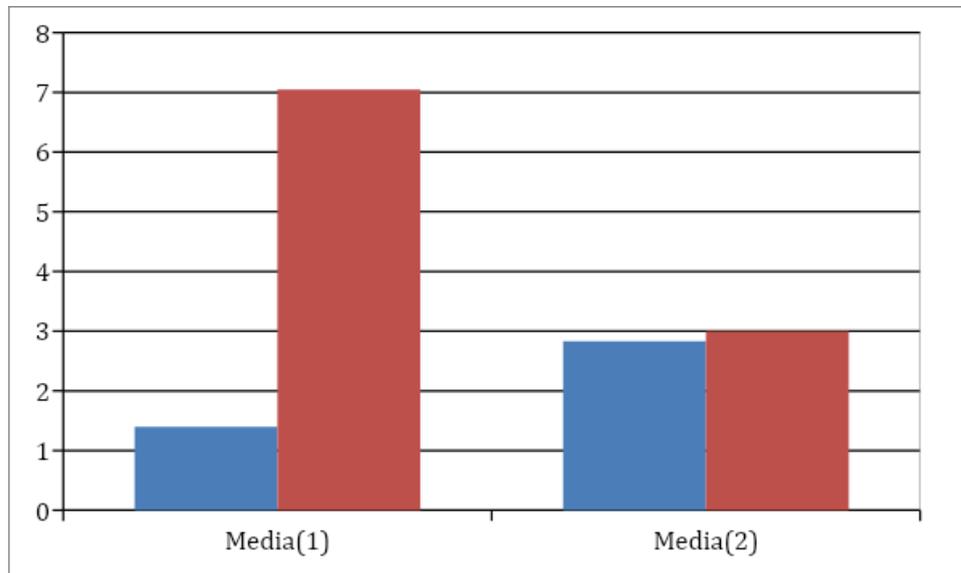
## **RESULTADOS**

Se analizaron las conductas faciales consideradas apetitivas o aversivas en su conjunto y por separado, en función de si el bebé era estimulado con agua destilada o leche de su propia madre.

Tomando la duración promedio del conjunto de conductas faciales apetitivas (succión, lengüeteos, sonrisas) o aversivas (arrugar la nariz, fruncir el ceño, apretar fuertemente los ojos, mueca de arcada) frente a cada presentación de estímulo (agua o leche), se observó un incremento significativo ( $p < 0,01$ ) en las conductas consideradas apetitivas cuando el bebé era estimulado con leche. Estas diferencias no se encontraron en las conductas consideradas aversivas. Véase figura 1.

**Figura 1**

Conjunto de conductas apetitivas y aversivas en función del tipo de estimulación (agua destilada o leche)



**Figura 1:** Comparación de la duración promedio del conjunto de conductas apetitivas o aversivas frente a la estimulación con agua destilada o leche materna en bebés prematuros. \*\* $p < 0,01$ .

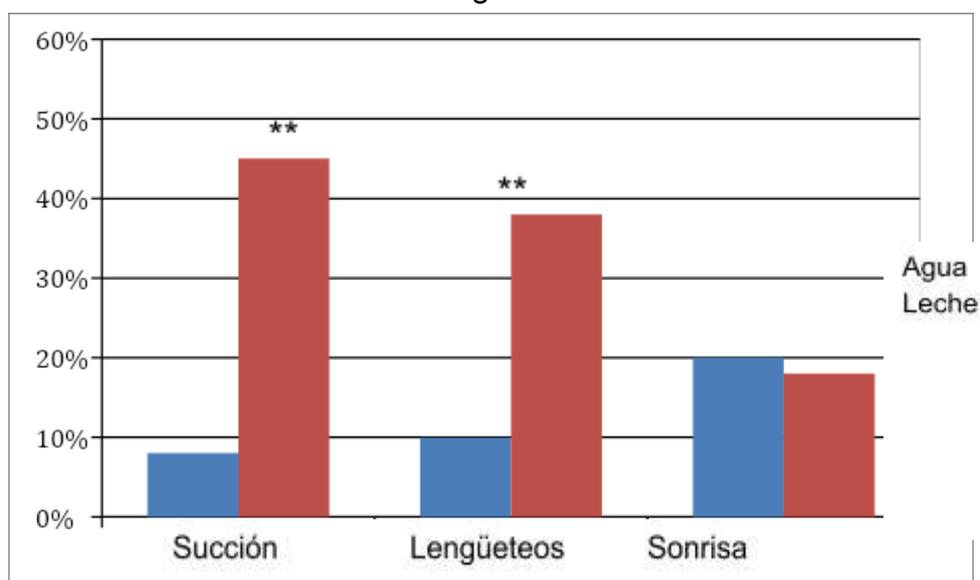
Se analizó por separado cada conducta perteneciente al bloque apetitivo (succión, lengüeteos, sonrisas) o aversivo (arrugar la nariz, fruncir el ceño, apretar fuertemente los ojos, mueca de arcada) frente a cada presentación de estímulo (agua o leche).

apretar fuertemente los ojos, mueca de arcada), considerando la proporción de cada una de ellas frente al bloque al cual pertenecen.

Se encontró que frente a la estimulación con leche, el bebé realiza fundamentalmente conductas apetitivas y que éstas disminuyen frente a la estimulación con agua destilada. La conducta más observada fue la de succión, donde se registró un 45% cuando eran estimulados con leche frente a un 8% cuando eran estimulados con agua ( $p < 0.01$ ). También se observó que la conducta de lengüeteos mostraba un porcentaje de 38% en la estimulación con leche frente a sólo un 10% cuando se estimulaba con agua destilada ( $p < 0.01$ ). En la conducta de sonrisa no se encontró ninguna diferencia frente a la estimulación con leche o agua destilada arrojando ambas un porcentaje cercano al del 20%. Véase figura 2.

**Figura 2**

Porcentaje de conductas de succión, lengüeteos y sonrisas frente a estimulación con agua destilada o leche

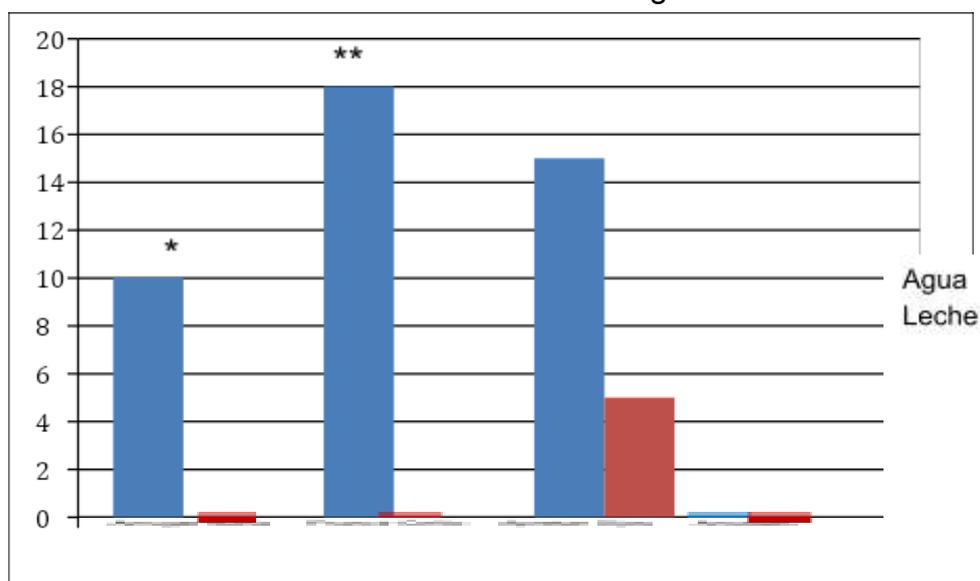


**Figura 2:** Porcentaje de cada conducta apetitiva: succión, lengüeteos, sonrisa, frente a cada tipo de estimulación olfativa: agua destilada o leche. \*\*  $p < 0.01$

Al comparar las conductas consideradas aversivas se encontró que frente a la estimulación con agua hay mayor porcentaje de estas conductas en comparación con la estimulación con olor de leche materna. Frente a agua destilada el bebé pasa un 10% del tiempo arrugando la nariz, conducta que no realiza frente a leche ( $p < 0.05$ ); un 18% frunciendo el ceño, conducta que no realiza frente al olor de leche ( $p < 0.01$ ) arrugar la nariz y un 15% apretando sus ojos, frente a un 5% cuando recibe olor de leche materna, aunque esta diferencia no resultó significativa. No se registraron conductas de arcadas para ningún tipo de estimulación.

**Figura 3**

Porcentaje de conductas de arrugar la nariz, fruncir el ceño, apretar los ojos o realizar arcadas frente a estimulación con agua destilada o leche



**Figura 2:** Porcentaje de cada conducta aversiva: arrugar la nariz, fruncir el ceño, apretar los ojos o arcadas, frente a cada estimulación olfativa: agua destilada o leche materna. \* $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ .

## **DISCUSION**

En función de los resultados obtenidos al comparar la respuesta a leche y agua destilada mediante el Sistema de Codificación de Acciones Faciales de los bebés, éstos parecen responder más apetitivamente al olor de la leche materna que al olor del agua destilada. Estos resultados también se encuentran a favor de lo expresado por la literatura.

Se observó que los bebés responden de manera apetitiva en mayor medida mediante la expresión facial de succiones y lengüeteos al estímulo odorífero de la leche de su propia mamá, y que las conductas aversivas eran mucho menores. Más aún, parece haber mayor porcentaje de conductas aversivas (aunque sin superar el 20% del tiempo) frente al olor de agua destilada que frente a leche materna. Al mismo tiempo, frente a agua destilada había un porcentaje mucho menor de conductas apetitivas. Esto podría deberse a la saliencia del olor de la leche materna frente al otro olor neutro.

Distintas investigaciones demuestran que los bebés responden a los olores maternos con reacciones comportamentales y que prefieren estos olores frente a otros menos conocidos (Varendi et al, 1997, 1998; Marlier y Schaal, 2005). Las capacidades de orientación del neonato hacia los olores del pecho materno están presentes desde muy temprano en la ontogenia, posiblemente con bases adquiridas en el reconocimiento de las claves sensoriales del líquido amniótico

materno a nivel fetal (Doucet et al, 2009; Ustun et al. 2022, Faas et al, 2013). El sistema olfatorio es funcional al nacimiento.

El mismo está compuesto por dos subsistemas, el primero el sistema olfativo principal y el segundo el sistema olfativo accesorio. En el ser humano ambos se diferencian tempranamente durante la vida embrionaria y fetal siendo lo suficientemente maduros para responder potencialmente hacia estímulos químicos hacia el tercer trimestre de la gestación. La nariz del feto está bien formada entre las semanas 11-15 de gestación y los tapones epiteliales que bloquean los orificios nasales del feto ya no existen en el cuarto mes de gestación.

Así, todas las sustancias contenidas por el líquido amniótico están en contacto con los quimiorreceptores, y el líquido amniótico es renovado continuamente (Díaz- Marte y col. 2010). En los primeros 2 o 3 días de vida el bebé se encuentra bajo la preferencia olfativa prenatal y que en este período los bebés responden mayormente a los olores presentes en el útero materno como líquido amniótico, prefiriendo luego el calostro y luego de 4 o 5 días con experiencia de amamantamiento las preferencias se orientan claramente hacia el olor a la leche materna (Marlier et al, 1997, 2007; Ifrán et al, 2014). Más aún, la exposición prenatal a sustancias químicas bañan el líquido amniótico generando una familiaridad que modula la respuesta de preferencia posterior, como lo que ocurre cuando el bebé es expuesto al alcohol durante la gestación (Faas, 2001; Faas et al, 2015).

Aparentemente los componentes quimiosensoriales del líquido amniótico se procesan a nivel fetal colaborando con el reconocimiento posterior de claves biológicas maternas. Actualmente se han identificado los ácidos grasos presentes en el líquido amniótico, aislando los componentes volátiles que pueden estar participando como estímulos odoríferos responsables del reconocimiento madre-hijo posterior, por su presencia y permanencia tanto en el ambiente fetal como post-natal (Mendoza López y Col, 2010). Son estos componentes los que estarán presentes en el calostro y la leche materna, estableciendo una equivalencia quimiosensorial de olores maternos trasladados de la vida fetal a la posnatal y facilitando posteriormente el reconocimiento del recién nacido hacia su madre y el vínculo de apego.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Delaunay-El Allam M, Soussignan R, Patris B, Marlier L, Schaal B. (2010) Long-lasting memory for an odor acquired at the mother's breast. *Dev Sci.* Nov;13(6):849-63. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00941.x. PMID: 20977556.

- Domínguez Dieppa, Y.; Barrios R., Roca M., Arencibia.B. (2017). Incidencia y Supervivencia Del Neonato De Muy Bajo Peso En El Hospital "Ramón González Coro" Durante 45 Años. *Rev Cubana Pediatr.* 89(3)
- Doucet, S; Soussignan, R.; Sagot, P. y Schaal, B. (2009) The Secretion of Areolar (Montgomery's) Glands from Lactating Women Elicits Selective, Unconditional Responses in Neonates. *PLoS ONE* 4(10):e7579, doi: 10.1371/journal.pone.0007579.
- Faas AE, March SM, Moya PR, Molina JC. (2015) Alcohol odor elicits appetitive facial expressions in human neonates prenatally exposed to the drug. *Physiol Behav.* 1;148:78-86. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.02.031. Epub 2015 Feb 21. PMID: 25707382.
- Faas, A. E. (2001). Reactividad Neonatal Hacia Claves Sensoriales Del Alcohol: Efectos De La Exposición Prenatal Al Psicotrópico. Tesis Doctoral. Facultad De Psicología. Universidad Nacional De Córdoba.
- Faas, A.E., Resino, C. F. & Moya, P.R. (2013). Respuesta neonatal frente al olor del líquido amniótico. *Arch.Arg.Ped.*, 111(2)<https://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.105>
- Ifrán, M.C. Suarez, A. & Kamenetzky, G. (2014). Aprendizajes Sensoriales Temprano Y Su Relación Con Su Conducta De Apego. *Revista Argentina De Ciencias Del Comportamiento*, (Vol 6, N°3), P. 50 -60.
- Mendoza-López, M.R.; Contreras, C. ; Gutiérrez-García, A. G., y Díaz-Marte, C. (2010). ¿Los ácidos grasos presentes en líquidos maternos participan en la comunicación materno infantil? . *Procesos Psicológicos y Sociales*, Vol. 6 Año 2010 No. 1 y 2.
- Marlier L, Schaal B. (2005) Human newborns prefer human milk: conspecific milk odor is attractive without postnatal exposure. *Child Dev*Jan, 76(1):155-68. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00836.x. PMID: 15693764.
- Marlier, L., Schaal, B. & Soussignan, R. (1997b). Orientation Responses to Biological Odours in the Human Newborn. Initial Pattern and Postnatal Plasticity. *C. R. Acad. Sci. París, Sciences de la Vie/Life Sciences*; 320:999-1005.
- Marlier, L., Schaal, B., & Soussignan, R. (1998a). Neonatal responsiveness to the odor of amniotic fluid and lacteal fluids: A test of perinatal chemosensory continuity. *Child Development*, 69, 611 – 623.
- Oster H. (2010). *Baby FACS: facial action coding system for infants and young children*. Monograph and coding manual. New York, NY, USA.
- Schaal B, Hummel T, Soussignan R. (2004) Olfaction in the fetal and premature infant: functional status and clinical implications. *Clin Perinatol.*;31(2):261-85, vi-vii. doi: 10.1016/j.clp.2004.04.003. PMID: 15289032.

- Schaal B. & Porter, R. (1989) La Olfacción y el Desarrollo del Niño. *Mundo Científico*. 11:172-180.
- Schaal, B. (1988) Olfaction in infants and children: Developmental and functional perspectives. *Chemical Senses*; 13: 145-190.
- Schaal, B. (2010) Mammary Odor Cues and Pheromones: Mammalian Infant-Directed Communication about Maternal State, Mammae, and Milk. *Vitamins & Hormones*, 83(4): 83-136
- Schaal, B., Orgueur, P. & Rognon, C. (1995) Odor Sensing in the Human Fetus: Anatomical, Functional and Chemoecological Bases. En: *Fetal Development: A psicobiological Perspective* (pp. 205-237). Lecanuet, J.P.; fifer, W.P.; Krasnegor, N.A. & Smotherman, W.P. (eds.). Lawrence Erlbaum
- Schaal, B.; Montagner, H.; Hertling, E.; Bolzoni, D.; Moyse, R. & Quichon, R.(1980) Olfactory stimulations in mother-infant relationships. *Reproduction, Nutrition and Development*. 20: 843-858.
- Ustun B, Reissland N, Covey J, Schaal B, Blissett J. (2022). Flavor Sensing in Utero and Emerging Discriminative Behaviors in the Human Fetus. *Psychol Sci.*; 33(10):1651-1663. doi: 10.1177/09567976221105460. Epub 2022 Sep 21. PMID: 36130610.
- Wilson, D. A. (2006). *Learning to smell: Olfactory perception from neurobiology to behavior..* Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.

## **B24: análisis de un caso a la luz de la Teoría de las Relaciones Objetales**

### **Autor/es:**

Abete, Regina Isabel  
Etchandy, María Valeria

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

valeriaetchandy@gmail.com

### **Institución:**

Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Tucumán

**PALABRAS CLAVE:** Maternaje, Vulnerabilidad, Teoría de las Relaciones Objetales

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo tiene por objetivo analizar una viñeta clínica a la luz de las Teorías de las Relaciones Objetales. Articulación que pretenderá abrir el debate sobre la importancia, necesidades y vicisitudes que se dan en el vínculo temprano fundante cuando las condiciones externas, así como los recursos internos, se cargan de vulnerabilidad y nos demandan desde el quehacer psi en pos de una reconstrucción y reparación de esas relaciones primarias.

Ubicamos a las Teorías de las Relaciones Objetales en las teorías posfreudianas, que desde una visión crítica de ciertos conceptos jerarquiza las relaciones interpersonales en el desarrollo del psiquismo, así como privilegia el vínculo analítico como factor terapéutico fundamental. Son diversos los autores que se destacaron en esta corriente, por lo que tomaremos algunos de ellos para analizar el caso que presentaremos.

Noelia, con sus 23 años y sus dos gestas, nos muestra experiencias muy dispares de maternar. La primera de ellas, a sus 17 años, luego de recibir un diagnóstico que le modificara su vida y la segunda, proceso de elaboración mediante y a partir de la conformación de su propio núcleo familiar, sólido y con afectos que posibilitaron la construcción de redes de apoyo. En el medio: la intervención de organismos estatales que la interpelaron en su función materna, junto al inicio de un proceso psicoterapéutico, que permitió un quiebre

necesario para que se produjera un fuerte cambio de posición, aunque a un altísimo costo.

Explorar el caso a partir de las relaciones objetales nos permite reconstruir la historia de los vínculos de Noelia, sus procesos y sus evoluciones. El cambio de posición experimentado por ella, impacta también, sin dudas, en el desarrollo de sus hijas. Algunas situaciones de vida son inevitables, por eso conocer los mecanismos psíquicos es clave para reparar primero lo que llamamos objetointerno, y desde ahí las relaciones con las personas, en este caso, sus hijas.

## MARCO TEÓRICO

Siguiendo la propuesta de Juan Tubert – Oklander, es posible definir la teoría de las relaciones objetales partiendo de la afirmación de que la experiencia de la relación con los objetos genera organizaciones internas perdurables de la mente. Dice el autor: “se trata del desarrollo, hasta sus últimas consecuencias, de la hipótesis de que las estructuras psíquicas se originan en la internalización de las experiencias de relación con los objetos (Tubert-Oklander, 1999).

Hacemos referencia a esta corriente originada en la escuela americana de la Psicología del Yo, cuyos primeros representantes fueron Erik Erikson, Edith Jacobson y Margaret Mahler. Todos ellos psicoanalistas que cuestionaron, en virtud de la experiencia clínica y sus observaciones del desarrollo psíquico temprano, el tratamiento de patologías graves que no respondían al planteo freudiano centrado en la neurosis, en el que las estructuras intrapsíquicas se hallan ya consolidadas (Nos, Jaime, 1995).

Para Lapanche y Pontalis (1996) por Relación de Objeto se entiende “el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes”.

Melanie Klein, Donald Winnicott, René Spitz, Ronald Fairbairn, y más adelante John Bowlby con su Teoría del Apego, se ocuparon de revelar la necesidad e importancia de la vida emocional en el desarrollo y los afectos que se ponen en juego en virtud de los primeros vínculos con quienes se ocupan de los cuidados de los recién nacidos y niños pequeños. Para Karl Abraham, el objeto aparece en relación a lo pulsional, y Melanie Klein le sigue en estos postulados: a ellos debemos la concepción de objeto total y parcial. El resto de los psicólogos de estas líneas, adhirieron a la idea del efecto estructurante que tiene la relación real con el objeto (y por lo tanto las experiencias interpersonales y culturales).

Nos encontramos entonces, ante un sujeto en devenir, en el que los modelos vinculares de esas primeras relaciones se reeditarán, en las relaciones presentes. Modelo menos mecanicista y más vivencial.

## DISCUSIÓN: PRESENTACIÓN DEL CASO

Noelia llega al hospital público de Maternidad embarazada de su segunda bebé.

El pedido de interconsulta dice: “Paciente secundigesta, B24 + APP – RCIU y HIE”. Larga lista de códigos que intentan describirla, pero que no serán necesarios para conocerla. En la entrevista Noelia es muy frontal: “Yo estoy muy bien, lo único que me importa es que mi bebé nazca bien, que no sea prematura. Si me tengo que quedar a vivir acá me quedo, no tengo problema. Pero haré lo que sea para que mi bebé esté bien”.

El “yo estoy muy bien” hacía referencia a su patología de base: el B24, que corresponde a la nomenclatura del CIE10 “Enfermedad por HIV sin especificar”. Apenas tiene oportunidad, Noelia aclara que está sin carga viral detectable, que planificó este embarazo junto a Raúl, su pareja de 25 años, por lo que sus controles con el equipo de infectología fueron rigurosos durante esa planificación. Se muestra dispuesta al diálogo y con deseos de expresar aquello que, más adelante, revelaría una historia llena de vicisitudes que le valieron la conformación de un proceso de maternaje completamente diferente esta vez.

Comienza su relato diciendo que tiene una hija de 5 años, Ludmila, que no vive con ella sino en un Hogar de Menores por decisión judicial. “Ella fue prematura, estuvo internada tres meses en Neo. Es que no fue como ahora: tenía 17 años y no entendía nada de la vida. Además estaba sola (el padre de Ludmila, 35 años mayor que ella y quien fuera su pareja, la abandonó al enterarse del diagnóstico y mientras la recién nacida estaba internada)”.

La Casa Cuna donde vive Ludmila es un Dispositivo de Cuidado Institucional (DCI) que aloja a niños desde 1 mes a 6 años. Noelia describe esa escena como el momento más doloroso de su vida: “Ludmila terminó internada por una seguidilla de problemas..... primero bronquios, después varicela y después unos granitos que le salieron, entró grave al Hospital de Niños. Pero yo nunca me imaginé qué era lo que pasaba, que era porque no hacíamos el tratamiento. No quería verla sufrir porque eran muchos pinchazos.... Si hubiera tenido la información que tengo ahora, si me hubiera dado cuenta del peligro en que la puse, hubiera sido distinto. Mientras estábamos internadas nunca me imaginé que me la iban a quitar.”

Es que Noelia fue diagnosticada con HIV a sus 14 años: “Quedé shockeada, no entendía qué pasaba, tuve que decirles a mis amigas con quien vivía y me corrieron”. Intentó ocultarlo por muchos años, por temor, confirmando estas fantasías años más tarde cuando sus hermanos se enteraron y se alejaron de ella.

Como afirman estudios específicos realizados a mujeres con HIV (Gogna y cols., 2013) aceptar el diagnóstico de HIV de inicio, es difícil, y si a eso agregamos la edad de Noelia, esa dificultad se agrava. “Si este proceso de elaboración personal, de reconocimiento ante sí misma, lleva tiempo, esfuerzo e inversión emocional, también lo es tener que compartirlo con la pareja, la familia, y los seres queridos. Ambos procesos, reconocimiento subjetivo y comunicación a otros, son interdependientes....Algunos autores recuperan la idea del diagnóstico como «ruptura biográfica», un punto de quiebre en la trayectoria socio-afectiva.”

En efecto, así fue vivido por Noelia. Su historia de vida se caracteriza por un estado permanente de vulnerabilidad: mientras su madre estaba embarazada de ella, sufre un accidente cerebro vascular y es operada del corazón, motivo por el cual su padre la abandona. Nadie la esperaba, nadie la recibió cuando ella nació: su madre quedó con secuelas, requiriendo cuidados hasta el momento de su muerte, unos años después, por lo que una tía materna se hizo cargo de su crianza.

¿Quién pudo, entonces, brindar a Noelia el sostén afectivo durante los períodos fundamentales para su desarrollo? No hubo quien la mirara, la sostuviera, le enseñara el mundo y le diera recursos para afrontarlo. “No he tenido cariño de ninguna de las dos, ni mi mamá ni mi tía. Es lo que me faltó, no he tenido” manifiesta Noelia en un claro registro de las carencias que sufrió en el momento en que más debía ser cuidada y amada. Como afirmó Winnicott, un bebé es un fenómeno complejo, con un potencial que no es factible de describir si no describimos a su ambiente.

Las marcas de estas ausencias se inscribieron en Noelia en modos de relación distantes, sin compromiso, tanto desde lo social como desde el cuidado de sí misma. “Me crié a la deriva. Mi mamá hizo lo que pudo, lo poco que tuvo nos brindó. Yo siempre dije que no voy a hacer con mis hijas lo que hicieron ellas conmigo, el mayor cariño que pueda les daré” afirma, dejando entrever su ausencia de experiencia de mutualidad. Es posible inferir en las entrevistas, que en la transferencia con su primera psicóloga ese holding permite que se instale un proceso terapéutico que le abrió nuevas oportunidades en la elaboración y reparación de esos vínculos primarios.

“Cuando se llevaron a Ludmila sentí que se llevaban mi vida. Ahí fue cuando

decidí empezar con la psicóloga y comprendí muchas cosas. Eran muchas cosas que me habían pasado y no había hablado con nadie. Ella me representaba a mi mamá, como que no era mi psicóloga, era mi familia". Aparece el objeto amoroso que la habilita a poner en palabras el sufrimiento que sus carencias le habían producido, así como asumir que aquel diagnóstico recibido años atrás, ese B24, era un factor más de vulnerabilidad. Lo que había jurado que no haría con su hija estaba sucediendo: ella no iba a estar ahí para acompañar a Ludmila en sus primeras etapas de crecimiento, iba a conformar su mundo interno con ausencias similares a las de ella, esas que hacen dudar respecto a la seguridad de las relaciones con los otros.

La Ley se hace presente en la intervención de organismos estatales que la interpelaron en su función materna. Ese ideal de madre que se había imaginado, en la que ella protegía a su pequeña y le brindaba los cuidados que consideraba necesarios, fue desterrado por la decisión judicial de institucionalizar a la pequeña Ludmila, intervención dirigida a poner límite al daño que Noelia le estaba produciendo frente a su imposibilidad de "hacerse cargo" y aceptar las implicancias del diagnóstico para su vida y la de la pequeña.

Al punto tal de suspender hasta las visitas cuando el Juez a cargo consideró la adoptabilidad como una opción de resolución final. A partir de esta intervención externa, Noelia inicia tratamiento con equipo interdisciplinario. Comienza a tomar medicación con regularidad, realizarse análisis cuando le indicaban y manteniendo su proceso psicoterapéutico rigurosamente.

Junto a estas modificaciones en su conducta, comienzan a producirse ciertos virajes en sus modos de vincularse. Se reencuentra con Raúl, a quien conocía del barrio pero, como en casi todas sus relaciones, no tenía cercanía afectiva. Raúl aparece en el evento crítico de su vida, la separación con su hija y decide ayudarla.

La contención que él le brindaba, la tranquilidad que le transmitía, el permanecer en el tiempo aún con las dificultades que estaba atravesando le permitió establecer un lazo diferente, basado en un apego seguro, ese que genera confianza al punto que, antes de pensar en una relación amorosa, Noelia decide por primera vez contar a alguien que es portadora de HIV. Lejos de rechazarla, Raúl decide iniciar la convivencia con ella, acompañándola también en la resolución de la situación legal respecto a Ludmila. Le brinda un lugar estable donde vivir, que se internaliza en Noelia como un lugar seguro donde estar en la vida.

La mirada de Raúl la ubica en el lado amoroso, libidinal, en una estabilidad y continuidad desconocida hasta ahora. La adversidad y relaciones distantes que

fueran cotidianas durante la infancia y adolescencia de Noelia, empezaban a tornarse en un vínculo seguro, asociado a un mejor manejo de las emociones negativas, a un mayor conocimiento y dominio sobre estas emociones, a la capacidad de buscar soporte y consuelo en figuras de apego como Raúl y el equipo de salud al que había confiado su tratamiento. Operación interna que le permitió un cambio de posición en la lucha por recuperar a Ludmila, asumiendo su responsabilidad en cada acto realizado.

Sabemos de la diferencia entre maternidad y maternaje. En Noelia fue más que claro: el proceso de elaboración producido durante esos años, así como la conformación de su propio núcleo familiar, sólido y con afectos que posibilitaron la construcción de redes de apoyo, permitió encontrarnos con la joven frontal que se presentaba nuevamente gestando, pero desde un lugar e identidad muy distintos a los del embarazo anterior.

Mismas complicaciones y patologías obstétricas pero diferentes recursos internos para afrontarlos. Defensas más eficaces que ya no escindían la dura realidad de su diagnóstico respecto de una vida que lo ocultaba, sino procesos defensivos en los que pudo neutralizar su angustia a partir de admitir, comprensivamente, que su hija debió ser institucionalizada por no haber asumido a tiempo el costo de su enfermedad.

## COMENTARIOS FINALES

Noelia sostuvo una internación muy prolongada: cinco semanas con amenaza de parto prematuro mientras era tratada por preeclampsia y, luego del nacimiento de urgencia de Briana, 7 semanas más con la recién nacida en Neonatología.

Estuvo cada día y en cada cuestión importante para Briana, quien finalmente luego de pasar todos los tamizajes dio negativo para HIV. Esto fue vivido por Noelia como un gran triunfo: esta vez iba a proteger a su niña a capa y espada, mientras ponía el mismo empeño en intentar recuperar a Ludmila.

Los informes enviados desde Maternidad fueron recibidos por el Juez y analizados de modo favorable. Al mes del alta hospitalaria de ambas, Noelia recibió la grata noticia que le autorizaban nuevamente las visitas a su hija, lo que significaba que habían dado lugar a la revocatoria de su adoptabilidad. Ese reencuentro no fue uno más: fue el encuentro de dos sujetos diferentes. Desde la lectura de la Teoría de las Relaciones Objetales nos es imposible dejar de preguntarnos por los efectos que tuvo la separación de una niña de 2 años con su madre durante tanto tiempo. Pero a la vez, es posible pensar en la reparación que Noelia intentó e intentará en el vínculo con su hija, reparación externa que no es posible sin la interna. Raúl, también parte de ese nuevo

entorno, ordenó un escenario distinto, en que las vicisitudes cargadas de afectos negativos pasaron a ser el relato de sonrisas, apretones de mano, dibujos y hasta abrazos.

Reconstrucción a partir de otra construcción: nuevos lazos y holding. Ya no máscódigos, ahora hay lugar para las palabras.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Gogna, M (Comp), (2013). Las mujeres viviendo con VIH en la Argentina. Desafíos para una atención integral. Buenos Aires. Ediciones Publikar.  
Guillerault, G. (2009). Dolto/Winnicott. Él bebe en el psicoanálisis. Buenos Aires. Editorial Paidós

Janin B. (2014). El sufrimiento psíquico de los niños. Colección Conjunciones. Novedades Educativas. Bs. As.

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1996). Diccionario de Psicoanálisis (1a. ed., 6a. reimp.). Buenos Aires. Editorial Paidós

Nos, J. (1995). La escuela norteamericana de Psicología del yo. En Anuario de Psicología 1995, nro. 67, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. En <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9108/11632>

Obiols, M. J. & Stolkiner, A. (2018). Mujeres viviendo la maternidad con VIH/SIDA: la salud mental y el sostén compartido de los cuidados. Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines, vol. 15, núm. 2, , pp. 56-68. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

Obiols, M. J. (2012) Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en Salud Mental de mujeres que viven con VIH/Sida. Salud Mental y Comunidad. Universidad Nacional de Lanús, 2 (2) 59-65.

Obiols, M. J. & Stolkiner, A. (2012). Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con VIH/Sida. Ciencia, Docencia y Tecnología. Universidad Nacional de Entre Ríos, 61-80.

Obiols, M. J. (2014) Mujeres que viven con VIH/Sida: posicionamientos subjetivos frente a la infección. Memorias del VI Congreso Internacional de

Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, 45-48.

Repetur Safrany, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la

importancia de las relaciones tempranas. Revista Digital Universitaria. UNAM.  
Disponible en: <https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm>

Spitz, R. (1969) El primer año en la vida del niño. Madrid. Ed. Aguilar.

Tubert Oklander, J. (1999). Proceso psicoanalítico y relaciones objetales. En Aperturas Psicoanalíticas. Numero 003. En <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000093>

UNFPA & Ministerio de Salud de la Nación (2011). Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH. Buenos Aires, Argentina.

Winnicott, D. (1993) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires. Editorial Paidós.

## **La Inclusión de la familia ampliada en un programa de ingreso de familiares**

### **Autor/es:**

Balconi, María Florencia

González, María Aurelia

Álvarez, Manuela

Pastorino, María

Ruiz Abraham, Camila

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

florenci.balconi@gmail.com

### **Institución:**

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

### **RESUMEN:**

En un estudio con diseño retrospectivo observacional, descriptivo se analiza el programa de ingreso de familiares a la unidad de cuidados intensivos de neonatología en el Hospital M.I Sardá, entre 2014 y 2019. Se conceptualiza como familiares a todas aquellas personas reconocidas como parte del núcleo familiar por las madres y padres de los recién nacidos asistidos. Las madres y los padres no son considerados visitas, en tanto tienen ingreso irrestricto y permanencia continua dentro de la unidad.

Durante el periodo 2014-2019 ingresaron 6497 familiares. El 74,02% corresponde a familiares adultos, y el 25,98% a niños, niñas y adolescentes. La distribución de adultos según género y pertenencia filial, muestra que la mayor proporción corresponde a mujeres de pertenencia filial materna, con el 53.79%, mientras que las mujeres de pertenencia filial paterna representan el 25.24%.

Conclusiones: La factibilidad del dispositivo favorece que las tareas de cuidado no sean únicamente llevadas adelante por los profesionales de salud, sino que se amplíe al entramado familiar. A su vez, este estudio pone

en evidencia que son las mujeres quienes concurren en mayor proporción durante el tiempo de permanencia en la institución, como apoyo a las funciones de cuidado de las madres y padres hacia sus hijos/as.

El presente estudio cuenta con el aval del Comité de Ética e Investigación del Hosp. Materno Infantil Ramón Sardá

**PALABRAS CLAVE:** *neonatología, visitas, familiares, hermanos.*

### **LA INCLUSIÓN DE LA FAMILIA AMPLIADA EN NEONATOLOGÍA: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE INGRESO DE FAMILIARES.**

El Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) propone una transformación en lo que respecta a la atención perinatal promoviendo que la cultura organizacional de las instituciones que brindan atención en este período puedan desarrollar acciones considerando a la mujer, al recién nacido (RN) y su familia como protagonistas de todo el proceso. Es un cambio de paradigma *centrado* en las familias. A su vez, define a la *seguridad* en las prácticas de atención como una noción central. La protección de los derechos y la promoción de la participación de la familia en el cuidado de la mujer y el recién nacido son dos de los ejes centrales que establece para la transformación.

Como profesionales de Salud Mental, a su vez, podemos aportar que la inclusión de la familia durante toda la etapa perinatal es central porque sabemos que el nacimiento no es en sí mismo un hecho meramente biológico, sino que es un suceso que acontece en el plano individual, familiar y social. Se conmueve toda la estructura familiar, requiriéndose un tiempo de acomodamiento y de procesamiento psíquico que favorece la inscripción simbólica para que el recién nacido pueda devenir en un integrante del entramado familiar.

Cuando el recién nacido requiere de atención de alta complejidad y de cuidados intensivos en una unidad de internación acorde a ello, los tiempos de celebración y el encuentro en el hogar con los otros integrantes de la familia se ven pausados. La incertidumbre por el estado de salud y hasta incluso por la vida en sí misma se ponen en primer plano, dando lugar a sentimientos tales como la angustia, el temor y la culpa. El ideal parental y familiar se ve sacudido y conmovido; a la vez que las expectativas en torno a la llegada del recién nacido se pueden ver frustradas. El recién nacido se aleja del niño fantaseado por los padres y la familia: no condice con aquel que han acunado en sus

fantasías y dista aún más cuando requiere del apoyo y asistencia de otros, tanto médicos como equipamientos tecnológicos, para sobrevivir. Tratar de reducir aquellas interferencias que se producen entre quienes cumplen la función materna y paterna, y el bebé se vuelve una tarea fundamental en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Es por esto necesario diseñar estrategias en las unidades de neonatología que favorezcan la presencia y los cuidados parentales, incluso con niños con un peso menor a 1500 grs. al nacer o con un estado de salud crítico. Lo que a su vez es una estrategia de protección y promoción de los derechos del RN a estar acompañado por su familia en los procesos de atención de salud-enfermedad.

El citado Modelo de MSCF en lo que respecta a la internación neonatal propone: *facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal. (Paso 5)*. El concepto de familia se amplía entonces para incluir además de la madre y el padre, a otros integrantes como abuelos, hermanos y otros referentes que conforman el entramado familiar que dará soporte durante el periodo de internación y el tiempo posterior. Por tal motivo, como agentes de salud, es central el desarrollo de acciones que faciliten y promuevan la participación de la familia ampliada en los cuidados del recién nacido mientras permanece hospitalizado. Se considera que las distintas estrategias para la inclusión de la familia ampliada en el contexto de una internación neonatal contribuyen a disminuir el estrés en el recién nacido, aspecto fundamental para su salud integral, al mismo tiempo que son un factor de protección del estrés para todo el grupo familiar. (Schapira, I., Aspres, N., 2004). Humanizar la atención cuando se requiere de soportes tecnologizados en un área de terapia intensiva es una intervención de cuidado para la salud mental tanto de la madre que está comenzando a transitar el período del puerperio, como también del padre.

En el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá desde hace más de 35 años se lleva adelante el Programa de ingreso de Familiares a la UCIN con frecuencia semanal. (Helman, V, Martínez, A, Heath, A., 1996). El ingreso se realiza en días y horarios preestablecidos y el desarrollo de la actividad se encuentra a cargo del Servicio de Salud Mental con colaboración de todo el equipo de trabajo de la UCIN (médicos, enfermeros, personal de seguridad y maestranza).

Con una tarea pre y post ingreso en carácter de psicoprofilaxis, se transmiten las pautas de lavado de manos y de prevención de infecciones respiratorias acordes a una unidad de tales características y se acompaña a todas las personas que ingresan a la unidad. Con los niños, niñas y adolescentes se utilizan recursos gráficos, lúdicos y artísticos (Larguía, M., et. al. 2011). Muñecos, sondas, hojas y cuentos son los elementos a través de los cuales se explora y anticipa la experiencia de ingresar a la unidad neonatal. En el caso de familiares adultos, el foco está puesto en estrategias comunicacionales.

Los estudios a nivel regional y mundial que analizan el dispositivo de ingreso de familiares a una UCIN en mayor medida describen las intervenciones con las madres y padres; encontrando escasos estudios que hacen alguna referencia a la inclusión de la familia ampliada. No se ha hallado referencia al análisis de las características de los familiares participantes de las diversas estrategias de ingreso a UCIN.

*Experiencia de un programa de ingreso de familiares a una UCIN: una mirada en clave de género y derechos*

En un estudio descriptivo con diseño retrospectivo observacional se analizó el programa de ingreso de familiares a la unidad de cuidados intensivos de neonatología en el Hospital M.I Sardá, entre 2014 y 2019. Se conceptualiza como familiares a todas aquellas personas reconocidas como parte del núcleo familiar por las madres y padres de los recién nacidos asistidos. Las madres y los padres no son considerados visitas, en tanto tienen ingreso irrestricto y permanencia continua dentro de la unidad. Se buscó determinar las características de los familiares participantes del dispositivo, estableciendo las variables de género y pertenencia filial para los familiares adultos; y la variable de franjas etarias se determinó para los/as hermanos/as niños, niñas, y adolescentes (NNA)

Los resultados del estudio mostraron que durante el periodo 2014-2019 ingresaron 6497 familiares. El 74,02% corresponde a familiares adultos, y el 25,98% a niños, niñas y adolescentes.

La distribución de adultos según género y pertenencia filial, muestra que la mayor proporción corresponde a mujeres de pertenencia filial materna, con el 53.79%, mientras que las mujeres de pertenencia filial paterna representan el 25.24%. Se observa así que el total de ingresos de mujeres es del 79.03%. El 20.97% restante es distribuido entre los varones, el 13% corresponde a los de pertenencia filial materna, y el 7.96% a los paternos.

En el grupo de niños, niñas y adolescentes, la franja de 6 a 12 años es la de mayor asistencia al programa con el 43.60%. La franja de 0 a 5 años es representada por el 33.89% y los mayores de 13 años por el 22.51%.

Como parte de la lectura de estos resultados y desde el aporte a realizar como profesionales de Salud Mental, nos parece central destacar la factibilidad del dispositivo: es posible llevar adelante un ingreso programado de familiares a un área de terapia intensiva neonatal. A la vez que es posible garantizar el derecho de los RN a estar acompañados y promover que las tareas de cuidado no estén únicamente a cargo de los profesionales, la madre y el padre; sino que también puedan incluirse los otros miembros de la familia como parte fundamental para la distribución de las tareas.

En este punto, además, es interesante poder reflexionar a qué nos referimos con tareas y/o funciones de cuidado y hacia quiénes están dirigidas. Porque podríamos pensar que un dispositivo de tales características no sólo cuida al RN, sino que también cuida la salud mental e integral de la madre y el padre. A la vez que es una acción de cuidado para los/as hermanos/as y los otros miembros de la familia, en tanto conocer al recién nacido, saber dónde se encuentra y compartir tiempo con sus cuidadores principales también los cuida a ellos/as.

Los resultados antes expuestos ponen en evidencia que dentro del grupo de adultos/as, son las mujeres quienes concurren en mayor proporción durante el tiempo de permanencia en la institución, como apoyo a las funciones de cuidado de las madres y padres hacia sus hijos/as RN. Diversos estudios sobre tareas de cuidado en general señalan que las mujeres son quienes se encargan mayoritariamente de cuidar a sus familiares. *La feminización de los cuidados*, se observa aún más en todas las tareas referentes al parto y al nacimiento, ya que históricamente se ha asociado a las mujeres como aquellas que acompañan y cuidan a las otras mujeres en dicho período.

Al realizar un análisis considerando la variable de la pertenencia filial, lo que también evidencia es que son las mujeres de la línea materna quienes más asisten. Mujeres de la familia de la mujer recientemente devenida en madre son quienes se acercan y acuden a acompañar en estos primeros tiempos y momentos tan distantes del ideal de nacimiento. Mujeres cuidando a las mujeres de su familia.

En contraparte, se observa que son los varones y particularmente los de la línea paterna, quienes asisten con una menor frecuencia a este dispositivo de visita. La división social del trabajo sanciona para los varones el rol de proveedor económico y social, sumado a la extensa proporción de trabajadores informales que los expone a ser sancionados cuando no pueden o no quieren cumplir dicho rol. Como agentes de salud, y en clave de perspectiva de género y con un enfoque de derechos, este trabajo nos desafía a pensar y revisar las políticas de cuidados. Considerar las tareas y funciones de cuidado como un acto colectivo, buscando promover la participación de todo el entramado familiar de un recién nacido, nos invita a pensar estrategias posibles.

Por otra parte, considerando a los/as hermanos/as, nos parece central retomar la factibilidad de su asistencia: niños y niñas que ingresan a un área de terapia intensiva para conocer y visitar a su hermano/a, dando comienzo al vínculo fraterno en un contexto de alta complejidad. En este punto es fundamental destacar el rol de acompañamiento que se brinda por parte del equipo de salud tanto en el momento previo como en el tiempo posterior al ingreso, para hacer de esta visita una experiencia gratificante. Las

herramientas lúdicas, gráficas y literarias son centrales para la tramitación de lo acontecido y la integración psíquica y simbólica de lo que implica el nacimiento de un hermano/a, su pronta internación y la consecuente mayor ausencia en el hogar de las madres y padres para acompañar la hospitalización. Brindar un dispositivo que aloje la presencia de los/as hermanos/as también es una política de cuidado a esas infancias y es una acción de promoción de sus derechos. Como agentes de Salud Mental, tenemos un rol privilegiado para el desarrollo de dichas intervenciones de cuidado.

### *A modo de conclusión*

Es fundamental que los agentes y las instituciones de salud puedan desarrollar estrategias para el cuidado de los recién nacidos hospitalizados, en tanto son quienes inician su vida de una forma muy distante a la esperada e idealizada por su familia. Los primeros días, semanas e incluso meses de vida, los transitan en áreas de cuidados médicos críticos y ello tiene un impacto para su salud. Revertir y aminorar los efectos de la internación es una responsabilidad compartida por todo el equipo tratante, y la inclusión de la dimensión afectiva y los cuidados por parte de su familia, una obligación ética que tenemos como agentes de salud.

Llevar adelante acciones para la inclusión de los cuidadores primarios y de la familia ampliada, a su vez, es una intervención de cuidado para la salud mental y emocional de dichos miembros de la familia, quienes también tienen derecho a compartir estos primeros tiempos con el nuevo integrante. Desarrollar intervenciones en clave de género y con enfoque de derechos es trabajar para introducir la dimensión colectiva de las tareas de cuidado.

### **Bibliografía**

Ortiz de Zárate M; Larguía A.M (2012). Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural, conceptualización e implementación del modelo. 2da edición. Recuperado en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-mscf-con-enfoque-intercultural>

Helman, V, Martinez, A, Heath, A. (1996). La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. Ingreso de familiares a una unidad de cuidados intensivos neonatales. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Vol. 15. Nro. 3. Pp 107-112

González, M. A., Naddeo, S. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación y salud mental. Revista del Hospital Materno Infantil

Ramón Sardá. Vol. 26. Nro. 4, Pp 155-158

Schapira, I., Aspres, N. (2004). Estrés en recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos (UCIN): Propuestas para minimizar sus efectos. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 23(3), 113-121 [fecha de Consulta 16 de septiembre de 2020]. ISSN: 1514-9838. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91223306>

Mesa Interministerial De Políticas De Cuidado (2020) “Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros”, Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, Presidencia de la Nación Argentina, julio. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de -cuidado.pdf>

Tajer, Debora, (2020). Los cuidados generizados en salud. Revista Symploké, ISSN: 2468-9777, Número 1. 2020; Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

### **Autoras:**

Ps. Bárbara Vivaldi barbaravivaldi@gmail.com

Ps. Josefina Perazzo josefinaperazzo.psi@gmail.com

Ps. Victoria Biga victoriabiga1@gmail.com

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

victoriabiga1@gmail.com

### **Institución:**

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Universidad Nacional de Rosario.

### **Introducción**

Hablar de maternidad y de maternaje puede suponer, en el mejor de los casos, una continuidad, una consecución de periodos donde una mujer que acaba de parir se conecta instantáneamente con ese bebé recién nacido. Pero suponer esto como una consecución natural de etapas limita al extremo, y simplifica lo que nos pasa en nuestro interior, y nos condena si ese proceso no se da de manera lineal como la sociedad espera.

Pensarnos como psicólogas y madres que el maternando comienza con el deseo de concebir un bebé, pero no se agota solo en eso, no es suficiente para que una mujer que se transforme en madre como sostén emocional de su bebé, intervienen otros factores para el desarrollo y cumplimiento de ese nuevo rol. Y en esto radica la diferencia entre ambos términos, donde la maternidad como el suceso puramente biológico, y maternaje como el proceso psicológico, afectivo y emocional que sucede en la mujer, o puede no suceder, lo que habilita la vinculación con su bebé.

Alicia Oiberman dice, en el libro “Nacer y Acompañar” (2013), que transformarse en madre es un “viaje interior” que realiza una mujer, “el viaje de la maternidad”. Utiliza el término viaje implica que madre no se nace, se hace, resaltando la idea de transformación de esa persona, y agrega que la maternidad representa una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. La forma en que las madres atravesarán esta crisis depende de una multiplicidad de factores, entre ellos su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente, conyugal, familiar y social, las características del temperamento del bebe, la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia, y agregamos, los estereotipos y mandatos de lo que una madre debe ser y hacer, mandatos que provienen de

la sociedad y los propios de la familia. Cualquier dificultad en este atravesamiento debese tener en cuenta y debe ser una alerta que se enciende porque de ello dependerá el desarrollo biológico y emocional del bebé. (Oiberman, A. y Paolini C. 2013)

Esta transformación que se va a dar en la psiquis de la madre, esta nueva estructura que va a desarrollarse en su interior se desarrolla en un periodo crucial en la mujer llamado Puerperio. Supone, en el mejor de los escenarios, el paso de ser una hembra que parió, una mater, a una madre que materna, que sostiene, que anida, y que se vincula con ese bebé. Considerar desde las ciencias de la salud, este periodo como fundamental y fundacional de una psique sana en el infante permitirá instrumentar prácticas preventivas, y asistenciales en quienes están transitando el Puerperio.

### Marco Teórico

La palabra “puerperio” proviene del latín puer, que significa “niño” y parere, que significa “parir”. En términos médicos se define al puerperio como un período de transformaciones progresivas anatómicas y funcionales, durante el cual se produce en el organismo materno la total involución de las modificaciones gravídicas, a excepción de la glándula mamaria.

Este período se puede clasificar en las siguientes etapas: Puerperio Inmediato (las primeras 24 hs posparto), Mediato (los primeros 10 días), Alejado (hasta 45 días y finaliza con la primera menstruación) y por último Puerperio Tardío (puede durar hasta los 360 días, se corresponde con una mujer que amamanta por lo cual culmina con la lactancia).

En cada una de estas etapas se suceden varios acontecimientos que tienen que ver con el cuerpo y el organismo que son importantísimos para esa persona gestante aunque no es un tema que desarrollaremos en el presente trabajo como así desarrollaremos las cuestiones psicológicas que acompañan a estos cambios.

El puerperio es un evento de crisis vital evolutiva tanto para el bebé como para la mamá y como tal podemos considerar distintos cuadros psicopatológicos asociados a este momento: baby blues, depresión posparto, trastornos de ansiedad y psicosis puerperal.

Baby blues o tristeza posparto, se refiere a la presencia de síntomas depresivos leves en el posparto inmediato: Irritabilidad, llanto, desesperación en el manejo del recién nacido.

De intensidad y duración variable. Cede por sí sola en 2 o 3 semanas sin requerir medicación. Prevalencia del 50 / 80%. Intervención: información a la persona y la familia, acompañamiento psicosocial.

La depresión posparto aparece por lo general entre las primeras 4 o 6 semanas posterior al nacimiento, aunque puede presentarse hasta el año, con una prevalencia del 20%. Sus principales síntomas son: la preocupación excesiva por la salud del bebé, alteración del sueño que no remite, descuido o arreglo excesivo del aspecto físico, falta de comunicación con el bebé y del registro de sus necesidades, fatiga, irritabilidad, sentimiento de culpa, aislamiento social, siendo el síntoma más grave los pensamientos sobre hacerle daño al bebé o a sí misma. Este tipo de cuadro requiere un tratamiento psicológico y psicofarmacológico. Si no se trata a tiempo puede desarrollar problemas en la vinculación con él bebe, pudiendo desarrollar el niño/a a largo plazo sentimiento de apego inseguro, retraso en el desarrollo psicomotor, irritabilidad, falta de atención, falta de interacción social, déficits en el área social y cognitiva. Podemos encontrar como causantes a los factores de riesgos biológicos, sociales y psicológicos, por ejemplo si el embarazo no es planificado, violencia de género, fallecimientos, problemas en el vínculo con la propia madre, duelos prenatales previos, situaciones de depresión previos o antecedentes familiares de depresión, experiencia traumática durante el parto, lactancia fallida, ideales no cumplidos, expectativas y exigencias altas en torno a la maternidad.

En la psicosis posparto se presentan alucinaciones, delirios y una marcada alteración del comportamiento, agitación motora, labilidad afectiva, alteración en el discurso, en el pensamiento, perturbación en las percepciones del tiempo, alucinaciones auditivas y visuales, infanticidio, etc.

En cuanto a la maternidad, debemos al menos distinguir la concepción moderna de la maternidad respecto de la concepción posmoderna para poder comprender la manera en que este constructo cultural puede tener incidencia en una depresión posparto como así también en otros cuadros en relación al puerperio. En otras palabras, la concepción de maternidad que construimos con carácter de ideal es tan exigente que se vuelve inalcanzable para esa púérpera estar a la altura de las circunstancias.

Ahora bien, es necesario poder despejar por un lado la construcción de la maternidad y por el otro la depresión en relación a la mujer. Si pensamos que estas categorías son construcciones culturales debemos situarnos históricamente para poder dar cuenta de las mismas. A partir del siglo XIX comienza a mostrarse un marcado interés por las enfermedades mentales en el posparto y a mitad de siglo comienzan a tener una explicación más biologicista y en relación al desequilibrio, aparece como explicación etiológica los desórdenes psiquiátricos de posparto, entendiéndose en términos genéticos u hormonales.

Paolini, C (p. 214, 2013) sostiene que en la década de 1970 comenzó a pensarse la depresión posparto como un fenómeno propio de la sociedad

occidental. Ella considera que esta sociedad propicia esta depresión por una serie de características que podríamos llamar en general como “la percepción de desamparo”, síndrome propio de la cultura occidental. Esta serie de características son la falta de estructura social que sostenga el evento del nacimiento, el empobrecimiento o la falta de rituales que lo acompaña, la falta de apoyo de la madre mientras que en la estructura de la depresión posparto se presentan seis elementos característicos: el reconocimiento cultural de un período de posparto durante el cual las funciones normales de la madre están interrumpidas, medidas protectoras que reflejan la vulnerabilidad de la madre, aislamiento social, necesidad de reposo, asistencia en las tareas mayormente por parte de otras mujeres y reconocimiento social del status de la madre a través de los rituales, regalos, etc.

La conclusión de la autora es que la falta de estos elementos en las sociedades occidentales podría contribuir a la frecuencia de la depresión posparto. Podríamos pensar, siguiendo la línea que plantea la autora que, por un lado las exigencias y los nuevos mandatos que rodean la maternidad, sumado a la soledad en la que muchas mujeres atraviesan el puerperio, suma un causante más a la depresión posparto como así también a la ansiedad. Es notorio como muchas mujeres no logran dormir en el puerperio no solo por la preocupación por la salud de su bebé, sino por la presión que sienten desde la sociedad, desde el posteo que leyeron en las redes sociales sobre las rutinas de sueño que no logran instalar, por no poder lograr o no elegir lactancia humana, por volver muy pronto a trabajar o por no volver a trabajar remuneradamente.

La maternidad dista mucho de ser un hecho natural, sin embargo por mucho tiempo fue concebida de esa manera y a su vez reforzada en ese lugar a los fines económicos de una sociedad. La mujer se encontraba relegada al ámbito doméstico y privado, identificando a la maternidad con la crianza y de esta manera este aparece como el principal rol de la mujer y de allí también se desprende esta idea de lo irremplazable que es la madre para la experiencia temprana de un niño, quedando así ella en un compromiso absoluto de dedicación a esa tarea. La dificultad de concebir a la maternidad como un hecho natural es que la convierte en un dogma: una verdad universal, indiscutible, absoluta y generalizada, sin posibilidad de pensar otras alternativas; pero si la pensamos como una construcción, se construye en una cultura determinada y a su vez generan representaciones de crianza y “saber hacer” de la misma en relación a esa cultura.

Las representaciones de “buena madre”, “buen puerperio”, de una rápida “recuperación del cuerpo” que los medios de comunicación reproducen, es internalizado por esa sociedad como el ideal a alcanzar, dejando a veces la vara muy alta para las exigencias que de por sí ya tiene una persona que acaba de parir. Pero no nos olvidemos, que los ideales de la maternidad color

de rosa también son internalizados no son sólo el grupo familiar, los compañeros de trabajo, amigos sino también los agentes de salud que acompañan este proceso y la consecuencia es la intervención y la sanción (muchas veces) en base a ese juicio previo, como así también la falta de alarma frente a una cuestión de salud mental que no se está pudiendo advertir. Con lo cual nos parece fundamental que el cuidado de la salud durante el puerperio se de de una manera integral, atendiendo también a la salud mental, para lo cual es fundamental el abordaje interdisciplinario en esta etapa.

Por otro lado, es fundamental tener en cuenta en qué contexto histórico y cultural se desarrolla el puerperio. Esther Ramirez Matos, en su libro *Psicología del posparto*, dedica un capítulo a los aspectos antropológicos del cuidado del posparto, es interesante porque describe muchos de los diferentes rituales en diversas culturas respecto al cuidado de la diada luego del parto, al cuidado de la madre, a darles tiempo de intimidad, a tratar a la puérpera con un cuidado especial por el momento de vulnerabilidad en que se encuentra.

Si ponemos en comparación este tipo de cuidados amorosos con licencias por maternidad muy cortas, exigencias a recuperar rápidamente todo lo que era esa mujer antes de ser madre y la soledad con la que generalmente se vive el puerperio en nuestra sociedad, debemos poner más aún el foco en el cuidado de la salud mental materna.

Cuidar la salud mental materna es también cuidar el desarrollo de su bebé, ya que cuando la salud mental de la persona que gestó se ve afectada, puede afectarse la salud de su bebé, por lo que creemos fundamental hablar de las patologías que pueden darse en relación al vínculo.

Dentro de los trastornos del vínculo podemos encontrar, el retraso, ambivalencia, falta o pérdida de respuesta materna, en segundo lugar ansiedad hacia el cuidado del bebé, en tercer lugar podríamos mencionar, un enojo o malestar frente o hacia el bebé, con posible descontrol verbal o conductual. Por último se puede producir en el vínculo un rechazo, caracterizado por presentar el deseo de que el bebé desaparezca.

Winnicott, propone para poder pensar el vínculo la categoría de “preocupación materna primaria”, con ello se refiere al estado psicológico especial, estado de sensibilidad que la madre debe disponer en las primeras etapas que le permita adaptarse a las necesidades del bebé y satisfacerlas. En este estado las madres presentan la capacidad para ponerse en el lugar del bebé, identificándose con éste pero, al mismo tiempo, siguen siendo ellas mismas. De este estado se desprende el concepto de Madre suficientemente buena, el autor propone que es aquella que se adapta a las necesidades de su hijo, de manera adecuada al momento madurativo. Otro concepto fundamental que nos ofrece el autor para poder pensar el vínculo temprano son el de Holding y el de Handling. El primero se trata de la capacidad de sostener emocionalmente al

niño en todo momento y en todos los estados por los que pueda atravesar su afectividad y su impulsividad. El Handling hace referencia a los soportes y cuidados concretos y reales que el niño necesita. El logro psicológico que permite un buen Handling es la vivencia de personalización, de habitarse a sí mismo, de sentirse una unidad.

### Comentarios finales

Pensamos la lactancia, como ejemplo paradigmático para poder reflexionar sobre el vínculo temprano y el puerperio. La lactancia es un proceso y un momento muy especial, requiere de mucha disposición psíquica y “biológica”, de la persona gestante y el recién nacido. La persona gestante debe poder “poner el cuerpo”, con esto nos referimos a que debe estar en condiciones psíquicas y físicas para poder hacerlo. Con la lactancia se genera un vínculo que va más allá si la madre le da el pecho o una mamadera, y ese vínculo es ambivalente.

Otro factor importante para la experiencia de amamantar es el factor cultural y social, así como sostenemos que hay un ideal de maternidad y de puerperio también hay un ideal de lactancia que es necesario que desmitifiquemos.

Si bien la leche humana es el alimento ideal para un recién nacido, a veces hay que poder diferenciar lo ideal de lo posible. A veces hay muchas condiciones que entorpecen el establecimiento o la duración de la lactancia: como se dió el nacimiento, si quien amamanta cuenta con apoyo o sostén, las intervenciones del personal de salud que acompaña. Las lactancias están atravesadas por una multiplicidad de factores, pero que una lactancia sea “exitosa” no depende de que sea una lactancia exclusiva o mixta, sino que sea desde el deseo, desde el disfrute del encuentro en el desarrollo de un vínculo que puede darse tanto amamantando como dando una mamadera.

Nuestro trabajo como psicólogas perinatales se orienta a desnaturalizar y desmitificar esos roles, creencias y mitos acerca de la maternidad, no solo en los individuos gestantes y su familia sino también en el personal de salud que acompaña estos procesos.

Poder alentar que cada quien construya su propio concepto de lo que es maternar y que hay tantas maternidades como personas que maternan. Las psicólogas perinatales no debemos perpetuar y reproducir la concepción natural de la maternidad, por el contrario, debemos generar el espacio para dar lugar a la ambivalencia, los miedos y la incertidumbre propios de la maternidad y sobre todo del periodo que nos ocupa y preocupa, el puerperio.

### **Bibliografía:**

Acosta, E y Varela, C (2013). "Capítulo 19: El embarazo: Cambios en las mujeres embarazadas, su recuperación psicológica" en Nacer y acompañar. abordaje clínicos de la Psicología Perinatal. Bs As: Lugar Editorial

Paolini, C.I (2013). "Capítulo 11: La depresión en la mujer y la maternidad" en Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal. Bs As: Lugar Editorial.

Ramirez Matos, E (2020). Psicología del posparto. Madrid: Síntesis.

Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria, en Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Laia.

# *Violencia obstétrica.*

## **Prevención de violencia obstétrica desde el abordaje de la salud mental de las y los trabajadores de la perinatalidad.**

**Autora:** Dra. Yvana Cornejo  
yvanacornejo@gmail.com

### **Resumen**

Se realizó un estudio observacional y transversal en el Servicio de Tocoginecología de un hospital general de la ciudad de Neuquén, con el fin de analizar los conocimientos de sus trabajadores en relación a la temática de violencia obstétrica, y observar las emociones y percepciones que surgen con la tarea, y cómo es su manejo. A través de una encuesta autoadministrada se obtuvieron datos que reflejan el emplazamiento del servicio a propósito de esta temática.

**Palabras Claves:** Salud Perinatal, Violencia Obstétrica, Violencia de Género, Ley de Parto Respetado

### **Introducción**

La violencia obstétrica representa una de las tantas formas de violencia contra las mujeres que existe en este país y en el mundo. Hay muchas formas de manifestación de violencia obstétrica, la mayoría de las cuales permanecen invisibilizadas y naturalizadas, por tratarse de formas que vienen arraigadas en las prácticas del sistema médico hegemónico, y vividas como natural por parte de la sociedad. Como trabajadoras de salud, insertas en un modelo de atención de salud sexual y reproductiva institucional, es que pensamos un modelo de prevención de violencia obstétrica que haga partícipe activo a sus actores principales, los trabajadores de la perinatalidad.

Es por eso que elaboramos una encuesta dirigida a los integrantes del servicio de ginecología de la institución en la que trabajamos, con el objetivo de observar al grado de conocimiento sobre la legislación vigente en relación al parto y nacimiento respetado, el conocimiento sobre la semana del parto respetado, así como también observar las percepciones y emociones que surgen con la tarea cotidiana, y cómo es su manejo.

La información obtenida en dichas encuestas nos permitirá elaborar estrategias de trabajo interdisciplinario que conduzcan a todo el equipo de salud a la deconstrucción y desnaturalización de la violencia obstétrica.

### **Violencia obstétrica**

La violencia de género es cualquier conducta que daña a la mujer por el solo hecho de serlo. La violencia de género puede adoptar diversas formas: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, y simbólica. Existen también diferentes modalidades de violencia de género según el ámbito en donde esta se produce, una de estas modalidades es la violencia obstétrica.

La violencia obstétrica se define como aquella ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo o los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25929. La relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de salud revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer.

Hablar de violencia obstétrica, no sólo conlleva reconocer situaciones de malos tratos o abusos que pueda sufrir una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, sino que también implica “reclamar derechos que están contemplados tanto en la Ley de Parto Respetado, como así también en la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”. Nos referiremos en el siguiente punto a los elementos de protección ante la violencia obstétrica con que cuentan las mujeres a nivel legislativo en la república Argentina.

### **Legislación en Argentina:**

En Argentina existen leyes que contribuyen a la búsqueda de prevenir y erradicar la violencia obstétrica

Ley de parto respetado 25929.

Establece pautas de acción para los servicios de salud en relación a proteger los derechos de la persona gestante y de su bebe.

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.26485. En su artículo 6 define a la violencia obstétrica como una de las formas en que se manifiesta la violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos.

Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Establece que todas las personas tienen derecho a ser atendidas, tratadas con dignidad y respeto, derecho a la intimidad,

confidencialidad, y a ser tratadas como personas autónomas, capaces de aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos.

### **Salud mental de los trabajadores de la perinatalidad**

El parto y el nacimiento son sucesos trascendentales en la vida de todas las personas. Las personas con capacidad de gestar que atraviesan por una experiencia de parto de forma fisiológica y con profesionales empáticos, lo vivencian como una experiencia psicológica intensa y transformadora, que parece generar un sentimiento de empoderamiento en la transición hacia la maternidad. Los beneficios de este proceso se pueden potenciar mediante el apoyo emocional y social a la mujer, potenciando su confianza en parir sin alterar la fisiología, a no ser que haya una razón de peso.

En todas las culturas se evidencia la necesidad universal que tienen las embarazadas en establecer relación de confianza con otra mujer/madre experta. Si no existe una red social de apoyo y sostén, es muy probable que las mujeres depositen esas expectativas en los profesionales que las atenderán. Se genera un vínculo entre la parturienta y el profesional que la asiste, de un alto grado de mutualidad y reciprocidad, que puede ir más allá de la empatía y puede generar una gran identificación. Todo esto puede tener un fuerte costo emocional en los profesionales que asisten partos, pudiendo ser fuente de estrés; y si existen además, factores externos que funcionan como estresores, llevar el malestar a la cronicidad. Las malas condiciones laborales, pueden cumplir este rol, sobre todo, en quienes asisten partos en instituciones, públicas o privadas, generando un entorno estresante, y llenando de carga negativa el ambiente laboral, llevando a que el trabajador deposite esa carga en las personas a quienes les brinda atención. Esto funcionaría como un mecanismo perpetuador de “malos modos”, lo que puede concluir en violencia obstétrica.

Para atender las necesidades emocionales de otras personas se requiere trabajar desde las propias emociones, y no existe en todos los lugares en donde se atienden nacimientos espacios de reflexión sobre la carga emocional que genera la práctica diaria.

#### Objetivo general:

Analizar y dimensionar estrategias de intervención para la prevención de la violencia obstétrica en el Servicio de Tocoginecología de un hospital general, a partir de la observación de factores que influyen en la salud mental de sus trabajadores.

#### Material y Métodos empleados.

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, mediante encuestas al personal del servicio de ginecología y obstetricia de un hospital general. Fueron incluidas todas las disciplinas que trabajan en dicho servicio: profesionales ginecólogos y ginecólogas, licenciadas en obstetricia, enfermeros y enfermeras, médicos y médicas residentes de ginecología. El total de esta población que recibió la encuesta es de 38 profesionales, de los cuales 21 respondieron la misma.

Realizamos encuestas autoadministradas, que fueron confeccionadas a través de Google Forms y enviadas a los trabajadores del servicio en la semana del parto respetado (del 16 al 22 de mayo 2021), luego de una intervención de sensibilización sobre salud mental perinatal.

## **Desarrollo**

El número total de trabajadores a los cuales se les ofreció la encuesta es de 38 (16 ginecólogos/as; 9 licenciadas en obstetricia; 4 enfermeras/os; 9 residentes de ginecología). Del total de trabajadores, 21 respondieron la encuesta, dos varones y 19 mujeres.

La antigüedad laboral de los profesionales que contestaron la encuesta es muy amplia, y varía entre 8 meses y 29 años; siendo mayor el porcentaje de trabajadores que están en el servicio en el rango de 2 a 7 años. Del total de los trabajadores, 20 contestaron que conocen de qué se trata la semana del parto respetado (95,5%), y 1 respondió que no conoce (4,5%).

El 100 % de los encuestados contestaron que conocen la ley de parto respetado. De ellos, 54,5 % sintieron al menos una vez que la ley no fue respetada en su trabajo o formación; 31,8 % sintieron que tal vez no fue respetada y 13,6 (3 personas) no sintieron que la ley no se haya respetado. Entre las situaciones más difíciles de afrontar encontramos que la muerte y en particular la muerte de los bebés, fue la respuesta más observada entre los trabajadores. Le sigue en frecuencia ser testigos de violencia obstétrica; el "descontrol" de las parturientas; embarazos no deseados, bebés no deseados, falta de apego; agresiones o violencia hacia las profesionales de parte de familiares de las pacientes.

En la pregunta sobre si han sido testigos de VO en su trabajo o formación, 14,7% contestaron que no. Del resto, 71,7% afirma haber sido testigos, y 13,6 % contestan que tal vez lo han sido. 50 % de los trabajadores aceptan que han ejercido en algún momento de su vida laboral violencia obstétrica, 31,8% afirman que tal vez la ejercieron, mientras que 18,2 % niega haberla ejercido.

## **Preguntas sobre emociones personales**

Emociones ante una mujer de parto mujer de parto. Prevalecen las emociones positivas.

Ante un cuerpo desnudo. Lo que más surgió ante esta situación es el respeto, intimidad, privacidad y cuidado; también surge la necesidad de cuidar el pudor del otro. Solo un trabajador encuestado manifestó que le genera rechazo esta situación. Acompañar el dolor. En la pregunta sobre las emociones ante alguien que presenta dolor lo primero que aparece es la impotencia. También aparece la necesidad de ayudar a que el dolor desaparezca. Otras respuestas que surgen ante el dolor del otro son la empatía, el acompañamiento, la comprensión, y en una de las respuestas se invita a ser partícipe activo al acompañante en este proceso.

En la pregunta si existe en el lugar de trabajo un espacio de reflexión sobre la práctica diaria, la respuesta fue NO en un 86,4% y SI en 13,6%.

### **Resultados y discusión.**

Se observa en los resultados de las encuestas, que los profesionales del servicio de toco ginecología del hospital conocen la legislación vigente en cuanto al cuidado y respeto de los nacimientos, y las tareas que se vienen realizando desde hace años por la protección de los mismos.

La mayoría de las encuestas revela que los trabajadores de la perinatalidad no ven cumplirse la legislación y estos mismos observan u observaron en algún momento de su carrera un nivel elevado de violencia obstétrica, como testigos, o como perpetradores de la misma. Se puede destacar el alto grado de insight de los encuestados en cuanto a estas temáticas tan sensibles.

Para la mayoría de los encuestados, las situaciones más difíciles de afrontar en su lugar de trabajo tienen que ver con la muerte, en general, y con la muerte de los bebés en particular. Surge del análisis de esta respuesta, la escasa preparación de los trabajadores para un adecuado proceder ante la muerte, y para un acompañamiento en el duelo.

Se observa que hay dificultades en el acompañamiento de la psicofisiología, en respuestas que van dirigidas a las complicaciones que surgen cuando “se descontrola” la parturienta.

También son evaluadas las percepciones que surgen en los trabajadores frente a un cuerpo desnudo. Se busca con esto explorar si existe en ellos, la capacidad de acompañar sin intervenir. Los profesionales que asisten y acompañan los partos deben sentirse preparados para acompañar estas situaciones normales y fisiológicas, y poder trabajar su propio pudor.

En la pregunta sobre las emociones que genera el dolor de otra persona, lo primero que aparece es la impotencia. Se observa así que ante la persona que está con dolor de parto, se presenta la necesidad de hacer “algo” para que ese dolor desaparezca; la voluntad de ayuda, tan genuina en el personal de salud,

pero que nos lleva nuevamente a pensar en el desconocimiento de los procesos naturales, de profesionales que deberían facilitar y apoyar, pero sin alterar ni molestar la fisiología.

La inexistencia de un espacio de reflexión en el equipo de trabajo de tocoginecología, en el que se pueda compartir experiencias laborales diarias y sensaciones y emociones que surgen con la tarea, es un signo de alarma, ya que está demostrado que estos espacios sirven para prevenir el desgaste personal y profesional, y el sentirse a gusto en el lugar de trabajo lleva a que el trato con las personas a las que se atiende sea más amable y amoroso.

### **Conclusiones y recomendaciones.**

En base a estos resultados, es que se demuestra la importancia de involucrar a los trabajadores y trabajadoras de la perinatalidad en el proceso íntegro que significa el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, a través de la visibilización de las intervenciones inoportunas, espacios de fomento de buenas prácticas y experiencias, compartir información basada en la evidencia para poder ponderar de manera óptima cada situación y brindar la atención necesaria en el momento adecuado.

Entendemos que existe conocimiento e información sobre el tema, pero evaluamos que falta transitarlo de una forma distinta a la habitual para encontrar otros resultados, incorporar de una manera activa, apropiarse de la misma.

Es necesario entender la dimensión psicológica del trabajo con partos y nacimientos, los aspectos emocionales que surgen del vínculo entre la partera y la persona que está pariendo. Asimismo, entender que estar involucrada en un parto complicado o adverso puede ser traumático para las profesionales que lo atienden, y atravesar esta situación puede dejar secuelas psíquicas en todos los involucrados. Incrementar la conciencia sobre estos aspectos puede ayudar a proteger y cuidar la salud mental del personal que trabaja en perinatalidad. Es necesario poner el autocuidado en el centro de la escena, cuidar la propia salud física y psíquica ayuda a brindar atención a otros del más alto nivel.

Fomentar el espacio de intercambio entre los distintos involucrados, es una forma de comenzar a visibilizar situaciones nuevas y buscar la forma de cambiarlas para mejorar la atención de las usuarias y sus familias. Revisar la tarea y revisar el impacto emocional que genera la misma es una manera de repensarse en post de una mejor calidad de atención.

### **Bibliografía**

- 1- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Red Bioética/Unesco, 25-34.
- 2- Casildas (12 de julio de 2021). Observatorio de violencia obstétrica. Obtenido de [www.lascasildas.com.ar](http://www.lascasildas.com.ar)

- 3- Floyd, R. D. (2001). Birth as an American Rite of passage. California: University of California Press.
- 4- Ley 26.485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 1 de abril de 2009.
- 5- Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Noviembre 19 de 2009
- 6- Ley 25929. Ley de parto humanizado. Agosto de 2004
- 7- Quattrocchi, P., Magnone, N. (20 de junio de 2021). Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Buenos Aires, Argentina.
- 8- Olza Ibone, (2021) Presentación en el Seminario de La salud mental de los profesionales del nacimiento. Instituto europeo de salud mental perinatal. España.
- 9- Organización de Naciones Unidas. (2019). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva.

## **Aportes para un nacimiento respetado.**

### **Autores:**

SCARPELLO, YANINA PAULA  
GONZÁLEZ, MARÍA AURELIA  
VILLAR, MALENA

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

yanusca@hotmail.com

### **Institución:**

Fundación Neonatológica A. Miguel Largaia

### **Introducción**

La medicina como agente de control social y de reproducción de asimetría de poder influye además en la percepción de los cuerpos de las mujeres embarazadas, en el concepto de normalidad en una sociedad hipermedicalizada, en la cual persona embarazada pierde protagonismo tanto en la decisión y acción sobre los procesos fisiológicos de su cuerpo como en el propio parto (1).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), cada año se producen 140 millones de nacimientos en todo el mundo. La mayoría ocurre sin complicaciones para las futuras madres y sus hijos. Sin embargo, en los últimos años, aumentó la práctica de intervenciones de rutina innecesarias, tales como el suministro de oxitocina sintética, cesáreas, el uso sistemático de episiotomías, entre otros casos.

En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable de intervenciones innecesarias. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Una experiencia de parto positiva es aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean

tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. (2)

La vigencia del derecho del Parto Respetado nos provoca la indispensable reflexión sobre la implementación del cambio de paradigma en la atención de los nacimientos, hacia la política pública del modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). A partir de su implementación, se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño y que contribuya a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en nuestro país. (3,4)

Las Obstétricas bien capacitadas son actores clave en la fuerza laboral de salud materna a nivel mundial, ya que tienen la capacidad de brindar el 87% de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal que necesitan las mujeres y los recién nacidos en cualquier entorno. (5)

### **Objetivo General**

Estimar cuál es la percepción de Obstétricas sobre el grado de cumplimiento del paso 3 para la implementación de una política MSCF, en su institución.

### **Objetivo específico**

Establecer cuál es la percepción de Obstétricas sobre las acciones sensibles al tiempo durante la primera hora posterior al nacimiento en binomios sanos.

### **Población y Muestra**

Criterios de inclusión: Obstétricas que brinden asistencia del nacimiento en Instituciones de Argentina; que respondan en forma completa la encuesta prestando su consentimiento para ello.

Criterios de exclusión: Obstétricas que no brinden asistencia al nacimiento; que respondan encuesta en forma incompleta.

Coordenadas temporo-espaciales: desde 1 de enero de 2022 hasta 31 de marzo de 2022 inclusive.

### **Diseño**

Descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

### **Material y métodos**

Los datos fueron recolectados a través de una encuesta dirigida a obstétricas utilizando GoogleForms. La misma fue voluntaria y anónima, registrando sólo casilla de mail necesaria para corroborar participación pero sin tener

conocimiento de sus respuestas. Debido al momento histórico y para lograr mayor alcance, el acceso a la misma fué a través de redes sociales y enviado telefónicamente vía WhatsApp.

#### VARIABLES EN ESTUDIO

Grado de cumplimiento de las actividades propuestas en el paso 3 de la política MSCF. Las variables se considerarán tomando el valor máximo obtenido del total de las respuestas que brinden las obstétricas

#### ACTIVIDADES:

**Adecuación de las salas de trabajo de parto y parto:** La estructura edilicia de la maternidad debería reunir características de tipo UTPR (unidades de trabajo de parto, parto y recuperación) facilitando intervenciones oportunas. La variable se considerará:

**CUMPLIDA:** cuando se cuente con UTPR formalmente instalada.

**MEDIANAMENTE CUMPLIDA:** cuando a pesar de no cumplir los requisitos edilicios de UTPR, se cuente con salas de partos convencionales adaptadas con ambiente hogareño y herramientas para brindar métodos analgésicos no farmacológicos y asistencia de parto en diferentes posiciones (ej; banco, lianas, esferas).

**NO CUMPLIDA:** cuando se cuente con salas de partos convencionales y/o se hayan realizado adaptaciones, pero no se utilicen.

**Acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y parto por la persona de su elección:** Por sus múltiples beneficios para la evolución del parto y en consonancia con la Ley 25.929 de Parto Respetado la mujer tiene derecho a elegir estar acompañada por una persona de su confianza durante todo el proceso. La variable se considerará:

**CUMPLIDA:** cuando el acompañamiento haya sido durante trabajo de parto y nacimiento (parto-posparto inmediato).

**MEDIANAMENTE CUMPLIDA:** cuando el acompañamiento haya sido sólo en alguna de las dos instancias.

**NO CUMPLIDA:** cuando no haya acompañamiento en ninguna de las dos instancias.

Intervenciones que se realizan cuando la mujer dilata menos de 1 cm por hora: la velocidad e dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres, y por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal para el trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador para la intervención obstétrica. Se considerarán intervenciones: ROTURA ARTIFICIAL DE BOLSA, USO OXITÓCICOS, OPERACIÓN CESÁREA. La variable será considerada:

CUMPLIDA: cuando no se realicen intervenciones si la mujer dilata menos de 1 cm por hora.

NO CUMPLIDA: cuando se realice alguna de las intervenciones mencionadas si dilata menos de 1 cm por hora.

Tacto vaginal: Técnica exploratoria para valorar la dilatación cervical. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de 4 horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. La variable se considerará:

CUMPLIDA: cuando el número de tactos vaginales que realiza habitualmente en el cuidado de un trabajo de parto activo sea menor o igual a 3.

MEDIANAMENTE CUMPLIDA: cuando el número de tactos vaginales que realiza habitualmente en el cuidado de un trabajo de parto activo sea de 4 debido a rotura de bolsa y/o deseos de pujo.

NO CUMPLIDA: cuando el número de tactos vaginales que realiza habitualmente en el cuidado de un trabajo de parto activo sea mayor o igual a 5.

Uso de métodos analgésicos no farmacológicos: serán considerados técnicas manuales como masajes o aplicación de compresas tibias dependiendo de las preferencias de la mujer, esferodinamia, suspensión, hidroterapia, movilidad y libertad para elegir posición durante el trabajo de parto. La variable se considerará:

CUMPLIDA: cuando se cuente como recuso con al menos con una de las técnicas mencionadas y se ofrezca habitualmente como alternativa.

MEDIANAMENTE CUMPLIDA: cuando se cuente como recuso con al menos con una de las técnicas mencionadas, pero no se utilice por desconocimiento sobre su aplicación o beneficios.

NO CUMPLIDA: Cuando no se cuente con ninguna de las técnicas mencionadas para ofrecer.

Contacto piel con piel: Acción sensible al tiempo. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel con sus madres durante la primera hora del nacimiento para prevenir la hipotermia y para promover la lactancia y el vínculo. La variable se considerará como:

CUMPLIDA: cuando se realice habitualmente contacto piel a piel ininterrumpido y sin interferencias durante la primera hora de vida del niño.

MEDIANAMENTE CUMPLIDA: cuando se realice habitualmente contacto piel a piel aunque existan interferencias (como por ej.

Separación transitoria, luz, ruido, ropa, campos estériles), durante la primera hora de vida del niño.

NO CUMPLIDA: cuando no se realice contacto piel a piel sin indicación médica justificada.

Pinzamiento oportuno del cordón umbilical: Acción sensible al tiempo. Se recomienda el pinzamiento oportuno de 1 a 3 minutos o hasta que deje de latir para mejores resultados de salud y nutrición de la madre y el recién nacido. La variable se considerará como:

CUMPLIDA: pinzamiento sistemático cuando deja de latir en todos los partos sin contraindicaciones.

NO CUMPLIDA: pinzamiento menor al minuto del nacimiento sin justificación debida. Acción dependiente del profesional que asiste.

Inicio de la Lactancia durante la primera hora de vida del recién nacido sano: Acción sensible al tiempo. Acople al pecho materno durante la primera hora de vida. La variable se considerará:

CUMPLIDA: Si brinda asesoramiento y apoyo para iniciar y sostener el primer acople al pecho durante la primera hora de vida. Prioriza esta acción en sala de partos sobre tareas administrativas.

MEDIANAMENTE CUMPLIDA: Sólo brinda asesoramiento desde la teoría identificando la importancia de la acción. Se brinda apoyo durante horas posteriores en sala de internación.

NO CUMPLIDA: No brinda asesoramiento y apoyo para iniciar y sostener el primer acople al pecho durante la primera hora de vida. Prioriza tareas administrativas durante este tiempo.

## **Resultados:**

El tamaño muestral fue de N=225 Licenciadas obstétricas cuya participación

fue distribuida a lo largo de la Argentina, aunque representada mayoritariamente con la región del Área Metropolitana de Buenos Aires 80% (180). Otro punto para destacar es que más de la mitad de las participantes poseen edades entre 22 a 39 años ya que, este grupo es contemporáneo en su formación profesional con la sanción de la Ley 25.929 de Parto Respetado en nuestro país, sancionada en el año 2004 y reglamentada en los últimos años.

Esto quizás favorezca a que el 85.3% (191) haya recibido capacitación sobre las actividades que se proponen en un modelo de atención MSCF. En cuanto a la adecuación de las salas de trabajo de parto y parto, sólo el 20.9% (47) se desempeña en instituciones que cuentan con Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR) formalmente instaladas para la asistencia del nacimiento.

Si bien la mitad de las participantes de la encuesta 50.6 % (114) no cuentan con ellas, han podido adaptar las salas de trabajo de parto y las salas de partos convencionales con un ambiente hogareño, y con recursos que permiten la movilidad (banquitos, esferas, lianas) y que facilitan la asistencia del parto en diferentes posiciones. Dentro de este subgrupo, el 50 % refiere que estos recursos son ofrecidos y utilizados también por el resto de equipo de salud que acompaña y no sólo por obstétricas.

Independientemente del recurso edilicio, más del 70% de las obstétricas tiene herramientas disponibles para mejorar el confort en la experiencia del nacimiento, siempre contando con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales para garantizar la seguridad en la atención. Esta variable se encuentra medianamente cumplida.

Sobre el acompañamiento se presenta un gran desafío. Si bien la Ley 25929 garantiza el derecho de las personas en situación de parto a elegir estar acompañadas por una persona de su confianza, en esta encuesta el 36.9% (83) refiere no poder cumplirlo en casos de parto por cesárea. A pesar de ello y como en más de la mitad de las obstétricas 53.3% (120) puede garantizar su cumplimiento durante todo el proceso, la variable se considera cumplida.

Ante las intervenciones obstétricas que se realizan cuando la mujer dilata menos de 1 cm por hora, el 83% (186) respondió no realizar intervenciones entendidas como rotura artificial de bolsa, administración de oxitocina sintética y operación cesárea. Según la OMS para contribuir a una experiencia de parto positiva es necesario considerar que la velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres, y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión anormal para el trabajo de parto.

La variable en este caso se considera cumplida. Los métodos analgésicos no farmacológicos resultan clave para contribuir a la disminución de la medicalización del parto. Se consideraron en esta encuesta técnicas manuales como masajes o aplicación de compresas tibias, esferodinamia, suspensión, hidroterapia, movilidad y libertad para elegir posición durante el trabajo de parto.

La variable se considera cumplida ya que el 92,9% (209) de las obstétricas manifestaron contar con estos recursos y utilizarlos. Además dentro de este subgrupo, el 35.5% (80) son utilizados también por el resto del equipo de salud que acompaña el nacimiento.

Sobre el Contacto piel a piel, el 96.4% (217) de las obstétricas refiere realizarlo a pesar de que existen interferencias para ello. En este subgrupo, el 74.6%(168) manifiesta que se inicia la lactancia. La variable se considera medianamente cumplida.

Dentro de las acciones durante la primera hora de vida, más de la mitad de las obstétricas refieren brindar apoyo para iniciar la lactancia 62.2% (140) y priorizar esta acción sobre tareas administrativas. La variable se considera cumplida.

## **Conclusiones**

Los recursos edilicios favorecen la implementación de una política MSCF pero no son indispensables para ello. En la mayoría de los casos se han logrado adecuar informalmente las instalaciones para poder brindar recursos que contribuyan a favorecer experiencias positivas de las familias durante el proceso de nacimiento.

El cumplimiento del derecho al acompañamiento en los nacimientos por cesárea representa un desafío para mejorar. La mayoría de las obstétricas cumple en la actividad asistencial, recomendaciones nacionales e internacionales, lo que denota la capacitación y actualización continua.

Los métodos analgésicos no farmacológicos implementados exclusivamente por obstétricas durante mucho tiempo están siendo compartidos en su conocimiento involucrando en su práctica al resto del equipo de salud que asiste nacimientos.

Las acciones sensibles al tiempo se respetan en la mayoría de los casos. El nacimiento y el inicio oportuno de la lactancia es una ventana de oportunidades en la cual pequeñas acciones de bajo costo tendrán un gran impacto en la salud presente y futura de las personas.

Esta visión de obstétricas refleja el modelo MSCF como una estrategia posible de implementación en nuestro país hacia la desmedicalización del nacimiento y las intervenciones perinatales oportunas, con enfoque de derechos.

## Bibliografía

- (1) Rosemberg, Patricia y Zerbo, Maria Cecilia. Propuesta de gestión de políticas públicas orientadas a garantizar derechos Raíces: Maternidad Estela De Carlotto. Mora (B. Aires). 2017, vol.23, n.1
- (2) Organización Mundial de la Salud. “Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los Cuidados durante el parto, para una experiencia de Parto Positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar”. 2018
- (3) Ortiz, Z; Larguia,A. M et al. Manual para la implementación de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia Paso 3 y Paso 4. UNICEF 2010;67-87.
- (4) Larguía M, González M.A, Solana C, Basualdo N, Di Pietroantonio E, Bianculli P, Ortiz Z, Cuyul A, Esandi M.E, Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF. “Maternidad Segura y Centrada y la Familia con enfoque Intercultural. Segunda edición. Buenos Aires, 2012
- (5) UNFPA, WHO, ICM. The State of the World’s Midwifery 2014: a universal pathway. A woman’s right to health. New York: United Nations Population Fund; 2014
- (6) Soto Conti C. La primera hora de vida: una ventana de oro. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2018;3(3) Pag. 167-178.
- (7) Ley 25929 parto humanizado. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2018
- (8) Crenshaw JT. Healthy Birth Practice N°6: Keep Mother and Baby Together — It’s Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. The Journal of Perinatal Education 2014; 23(4):211-217.
- (9) Larguía M, Lomuto C, González M.A. “Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia” Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006

# **Duelo perinatal.**

**Acompañar en el dolor : Estado de situación y medidas implementadas ante la muerte perinatal en el hospital J.B. Iturraspe de Santa Fe.**

**Autor/es:**

Cellerino, Romina Inés (Lic. en Psicología).  
Ducasse, Andrea (Lic. en Obstetricia)  
Álvarez, Marcela (Lic. en Enfermería)

Email de Referencia en el Trabajo:  
psirominacellerino@gmail.com

**Institución:**

Nuevo Hospital Iturraspe de Santa Fe.

**RESUMEN:**

Algunos de los interrogantes que pretendemos abordar en relación al tema planteado son: ¿qué herramientas existen para abordar la muerte perinatal? ¿Qué pasa con las personas gestantes y su entorno cercano? ¿Cuáles son los cuidados implementados para esas situaciones? ¿Cómo acompañamos en el momento o impacto inicial? ¿Qué rol cumple el equipo de salud?

La muerte perinatal es aquella que sucede desde la concepción hasta los siete primeros días de vida del bebé. En todo el mundo, hay más de 6,3 millones de muertes perinatales al año que, en su gran mayoría, ocurren en países en vías de desarrollo, y el 27 % de ellos en los países subdesarrollados. Cabe mencionar que el Hospital Iturraspe prioriza la atención de gestantes y RN con una edad gestacional menor a 32 semanas o a 1500 grs., por tal motivo cuenta con una Maternidad de Nivel 3B, el máximo de complejidad que puede y debe tener según exigen las normas nacionales e internacionales, tanto para la atención de la gestante como del niño.

Con motivo de la asistencia de embarazos y neonatos de alto riesgo, el Hospital acusa un número importante de eventos negativos perinatales, razón por la cual hace varios años se comenzó a abordar el tema desde una mirada

interdisciplinaria incorporando herramientas y recursos establecidos en instituciones europeas, y adaptados a nuestro efector de salud y sus características. Los mismos incluyen: proyecto mariposa, bolsa de recuerdos, espacio de conmemoración y guía de atención, así como la creación del Comité de Cuidados Paliativos Perinatales.

**PALABRAS CLAVE:** Duelo perinatal, herramientas, interdisciplina>>.

## **Introducción**

El Nuevo Hospital Iturraspe es un efector público polivalente y de alta complejidad de la ciudad de Santa Fe, inaugurado en noviembre del año 2019 y se encuentra ubicado en el centro norte de la capital provincial abarcando una superficie de 30 mil metros cuadrados. Es un hospital moderno no solo por su arquitectura, sino también por su equipamiento. Respecto a lo perinatal, se prioriza la atención en su mayoría de gestaciones menores a 32 semanas y de bebés con un peso inferior a 2000 grs. categorizándose así como una Maternidad nivel 3 B en el cual se desarrolla el máximo nivel de atención y complejidad de alto riesgo perinatal, tanto en obstetricia como en Neonatología. Cabe mencionar que también se asisten gestaciones de bajo y alto riesgo obstétrico a partir de las 37 semanas de gestación, basándonos en la asistencia de nacimientos con mínima intervención, en salas de TPR que contemplan todas las necesidades de la gestante y el recién nacido. Además se cuenta con 36 camas de bajo riesgo y 18 camas de alto riesgo, sumado a 30 unidades en el servicio de Neonatología, y contando con un espacio dentro de la institución para alojar a 28 puérperas en la residencia de madres.

Por otro lado, el equipo de salud mental del hospital cuenta con 2 psiquiatras y 4 psicólogos en total, de los cuales uno de ellos funciona como referente de los servicios de Obstetricia y Neonatología, llevando adelante abordajes en salud mental perinatal.

Según datos arrojados por el SIP (Sistema Informático Perinatal) en el período enero-diciembre 2022, se asistieron alrededor de 2800 nacimientos de los cuales 184 fueron menores a 2000 grs, 171 menores a 32 semanas, teniendo alrededor de 1500 cesáreas con 65 muertes perinatales aproximadamente, número que se viene manteniendo en estos últimos años. De estas muertes 17 ocurrieron anteparto, 43 en neonatología y 5 en sala de TPR.

Con motivo de la asistencia de embarazos y neonatos de alto riesgo, el Hospital acusa un número importante de eventos negativos perinatales, razón por la cual hace varios años se comenzó a abordar el tema desde una mirada interdisciplinaria, incorporando herramientas y recursos establecidos en instituciones europeas, y adaptados a nuestro efector de salud y sus características. Los mismos incluyen: proyecto mariposa, bolsa de recuerdos, espacio de conmemoración y guía de atención, así como la creación del Comité de Cuidados Paliativos Perinatales.

## Marco teórico

Con base en las investigaciones realizadas por Umamanita, los aportes del Servicio Extremeño de Salud con su libro “Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad” y el artículo publicado por Bautista Patricia “el duelo ante la muerte de un recién nacido”, podemos afirmar que el duelo es un proceso definido como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. La dolorosa experiencia de perder un hijo/a es única, personal, particular y cuando ocurre durante el embarazo, en el momento del parto o en la etapa neonatal, provoca una gran alteración psicoafectiva, a la que se le suman los cambios hormonales y malestares propios del embarazo, parto o puerperio que experimenta la madre, que suelen complicar la experiencia emocional del duelo.

Por este motivo se requiere el acompañamiento asertivo y respetuoso de los profesionales de la salud. La muerte de un hijo está reconocida como una de las experiencias más traumáticas que las personas pueden llegar a vivir y por lo general está asociada a efectos psicológicos de largo plazo. Conlleva además otras pérdidas significativas, como los sueños, expectativas, identidad, roles, esperanzas, proyectos para el futuro, etc., sobre los que también habrá que elaborar un duelo. Los gestos y palabras de los profesionales que intervienen en ese momento tan doloroso tienen un impacto muy grande en los padres y su entorno, por lo que resulta necesario saber qué decir o hacer para favorecer un duelo no patológico.

La tasa de mortalidad perinatal se calcula por cada mil niños nacidos vivos y muertos. “Es un indicador que resume el riesgo de morir del feto y del recién nacido como consecuencia del proceso reproductivo. Contribuyen, además, los factores ambientales y el grado de desarrollo social, económico y sanitario de un país.” “La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida. De estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar como causa de muerte infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública.”

Si bien las tasas de mortalidad perinatal, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, no han variado significativamente en los últimos años en países en desarrollo, se observa una preocupación constante por el tema.

## Estado del arte

Continuando con nuestro eje temático y en pos de responder algunos interrogantes tales como ¿qué herramientas existen para abordar la muerte

perinatal? ¿Qué pasa con las personas gestantes y su entorno cercano? ¿Cuáles son los cuidados implementados para esas situaciones? ¿Cómo acompañamos en el momento o impacto inicial? ¿Qué rol cumple el equipo de salud? es que se logró conformar hace dos años aproximadamente el equipo de cuidados ante la muerte de un bebé intraútero, intraparto y/o neonatal, abordando diferentes medidas en los servicios de ginecología, obstetricia y neonatología con el fin de que todos los actores intervinientes en forma directa e indirecta con las familias y su entorno brinden un trato acorde y apropiado en ese momento.

La muerte perinatal constituye una de las situaciones más difíciles de enfrentar en nuestra práctica diaria. Cuando en una familia se espera la vida y acontece la muerte de un bebé en gestación, se observaba con frecuencia que las pacientes quedaban sin referentes en la institución y con dificultades en la obtención de resultados que clarificaran las causas del deceso. La ausencia de una coordinación programada y de orientaciones profesionales en el manejo de estos eventos dificultaba las acciones tendientes a facilitar un seguimiento de la mujer y su familia. La muerte de un hijo por nacer genera dolor, angustia, miedo, tristeza, enojo en la embarazada y en sus familiares. El equipo de salud que interviene, no queda ajeno al dolor y ensaya diferentes respuestas ante el suceso, algunas acordes y coherentes con las necesidades de las familias, y otras iatrogénicas y que causan detrimento de la salud mental, incluso llegando a constituir violencia obstétrica. Es por esto que hemos conformado un equipo interdisciplinario de acompañamiento en mortalidad perinatal en el marco de Maternidades Centradas en la Familia y con el fin de establecer buenas prácticas institucionales en el manejo de los procesos de muerte perinatal. Lentamente, se va consolidando el Comité de Cuidados Paliativos Perinatales, que tiene como objetivo mejorar la calidad de la asistencia a los usuarios, ya que esto posibilita la elaboración de un duelo sano. El mismo está conformado por médicos obstetras, neonatólogos, enfermeras, lic en obstetricia, lic en psicología e instrumentadora y especialista en medicina fetal.

Desde el año 2011 se cuenta en los servicios con la intervención de una psicóloga perinatal en casos de muerte gestacional y neonatal, trabajando en forma conjunta inmersa en el equipo de salud, pero esto resultaba insuficiente. Es por ello que de forma constructiva, paulatina e interdisciplinaria se comenzaron a introducir herramientas visibles y materializadas en duelo, para comunidad profesional y no profesional de la importancia de acompañar institucionalmente estos procesos. El medio para visibilizar, concientizar y educar a la población es propiciar espacios de capacitación y formación a los equipos de salud y personal administrativo y no profesional de la institución.

En junio de 2021 se introduce el proyecto mariposa, que consiste en colocar el símbolo de una Mariposa Azul en la puerta de la habitación donde se encuentra la familia doliente. El objetivo es crear un contexto seguro y evitar

intromisiones, errores dolorosos o comentarios que pueden realizarse si no se conoce la situación que atraviesa la familia. También en ocasiones, se utiliza una Mariposa Violeta para indicar el óbito de uno de los bebés en embarazos múltiples. En octubre de 2021 se implementa la “bolsa de recuerdos”, similar a la ya conocida caja de recuerdos empleada en otras instituciones, con la intención de recopilar recuerdos vinculados al bebé fallecido y materializar de este modo su existencia. Todo recuerdo que la persona gestante y su entorno puedan generar de ese hijo o hija sin vida propiciará el tránsito hacia un duelo elaborado. También se incluye la posibilidad de sacar fotos y de tomar contacto con el cuerpo moribundo o sin vida, respetando los deseos y tiempos de cada familia.

En octubre de 2022 se inaugura en uno de los patios internos del hospital el “espacio de conmemoración a los bebés que fallecen en forma temprana”. Posteriormente (noviembre) se crea la “Guía de atención a los procesos de duelo gestacional y neonatal del Nuevo Hospital Iturraspe de Santa Fe”, establecida en los servicios como modo de unificar criterios y de orientar un protocolo de acción común a todos.

Las medidas mencionadas, reformuladas de las ya implementadas en Europa y adaptadas a las características de nuestro lugar de trabajo, tienen hasta el momento un resultado favorable y positivo, aceptado tanto por los actores de la institución como por las familias.

### **Comentarios finales**

La pérdida perinatal constituye un fenómeno complejo que gradualmente va adquiriendo mayor relevancia y visibilidad por su impacto emocional y las implicaciones psicosociales que tiene en las personas afectadas y en su entorno.

El proceso de duelo que atraviesan estas personas ocurre independientemente de la edad gestacional y/o la paridad. La manera de afrontar la muerte es diversa para cada persona, como también lo es el apego con el recién nacido o el no nacido.

Conocer y comprender la experiencia de pérdida de las familias, incluye el manejo de la información necesaria para proporcionar una atención adecuada y compasiva; implica así mismo la presencia emocional y el apoyo necesario en las decisiones que los padres tengan que tomar. La actitud del profesional, sus habilidades de comunicación, su sensibilidad y empatía, tienen un importante efecto en el proceso de duelo. Para los profesionales, validar la expresión emocional y la experiencia, conocer la forma más adecuada de proceder y relacionarse con las madres y padres en un momento tan doloroso más allá del saber técnico, contribuye al incremento de los sentimientos de autoconfianza, autocompetencia y seguridad; los tres íntimamente relacionados con el bienestar emocional.

Desde el equipo de cuidados se pretende abordar las necesidades de las personas que se enfrentan a experiencias emocionales únicas, complejas y altamente intensas, ofreciéndoles la ayuda necesaria para transitar su dolor, como así también la intención de cuidar a quienes cuidan. Es así que surge la necesidad de educar en habilidades de afrontamiento emocional y promoción de la resiliencia, al igual que la implementación de estrategias de soporte, contención y apoyo entre compañeros.

Como personal de salud que acompañamos y sostenemos estos procesos creemos que todos los nacimientos son sagrados, aun los que ocurren sin vida. Y cuando acontece la muerte de un hijo/a también se deben garantizar los derechos tanto de la madre, persona gestante, cómo de la familia, con un nacimiento respetado y la posibilidad de darle la bienvenida a este hijo amado, más allá de sus semanas de gestación o su peso al nacer. Para esto, necesitamos el compromiso de toda la sociedad para que estos nacimientos sean honrados y respetados comprendiendo la importancia de ese momento único para reconocer e inscribir a este hijo/a en la familia.

### **Referencias bibliográficas**

- Organización Panamericana de la Salud. Sistema Informático Perinatal, Historia Clínica Perinatal y Formularios Complementarios. Instrucciones de llenado y definición de términos. 2a. ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2017. (CLAP/SMR. Publicación científica)
- Umamanita. Encuesta sobre calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina (2018)
- Redondo, P.; Otero, A; Mendiri, M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Ed. SES, 2015.
- Roncallo, P. Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal. Estrategias de autocuidado y apoyo mutuo. (2018).
- Bautista, P. El duelo ante la muerte de un recién nacido. Rev. Enfermería Neonatal. Recuperado de: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/El-duelo-ante-la-muerte-de-un-reci%C3%A9n-nacido.pdf>

## **Cajas de Recuerdos como elemento facilitador de procesos de duelo.**

### **Autor/es:**

Novaro, Natalia.

Martin, Guadalupe.

Email de Referencia en el Trabajo:

conlalunacomocuna@gmail.com

Institución:

“Con la Luna como Cuna” - Red de Apoyo a familias en duelo gestacional y perinatal.

### **RESUMEN:**

“Con la Luna como Cuna” es una red de apoyo a familias y personas en duelo gestacional y perinatal”. Sabemos que estos duelos revisten características tales como ser invisibilizados, silenciados y desautorizados socialmente creemos y trabajamos para visibilizar y que se favorezcan las acciones necesarias para que estos procesos sean más saludables.

Uno de los grandes pilares para la elaboración de un duelo, consiste en crear huellas simbólicas que permitan que la difícil tarea de despedir a un hijo sea más llevadero. Es por esto que, apuntalados por otras organizaciones de otros países, emprendimos el desafío de armar nuestras “Cajas de Recuerdos”, donde cada objeto es delicadamente diseñado por los integrantes del grupo. Cumpliendo la función de darle identidad al bebé fallecido y poder seguir historizando y haciéndolo parte de la narrativa familiar. Además de que funcionen como disparador y puedan ser dinámicas, permitiendo sumarle objetos significativos para cada familia.

Estas cajas se encuentran a disposición de todo servicio ya sea público o privado que requiera de su utilización. Sugerimos su implementación porque hemos podido dar cuenta, desde la experiencia, que es sumamente beneficioso contar con esta herramienta. Somos conscientes de las dificultades que atraviesa nuestro sistema de salud y la resistencia que genera sumar nuevos desafíos a los profesionales, estamos seguras que funcionan como factor protector en los procesos de duelo. Nuestro lema es trabajar como puente

entre familias y profesionales. Es una necesidad que los cuidados en el final de la vida sean cálidos, empáticos, amorosos y humanizados.

## CAJAS DE RECUERDOS COMO ELEMENTO FACILITADOR DE PROCESOS DE DUELO

Palabras clave: duelo, perinatal, recuerdos.

¿De qué hablamos cuando hablamos de duelo gestacional y perinatal? ¿Cómo acompañamos a aquellas familias que deben despedir a sus bebés en el inicio de la vida? ¿Por qué no hablamos de que los niños mueren incluso antes de nacer?

Estos y algunos otros interrogantes guiaron mi formación y mi recorrido y hoy comparto con ustedes. Las respuestas que pude ensayar y mi vivencia como profesional y como madre. De dónde partimos ¿Qué pasa cuando nos encontramos con la muerte en el inicio de la vida?

El postparto y el puerperio son momentos vitales de gran movilización de emociones. Se trata de una crisis vital que se atraviesa con una enorme vulnerabilidad y transparencia psíquica (Bydlowski, 2007). Cuando a esto se agrega atravesarlos en duelo la dificultad es aún mayor. Conllevan todos los procesos físicos y emocionales habituales, más los que agrega estar con los pechos llenos y los brazos vacíos. Se trata de un puerperio sin bebé. Una familia que aguarda un hijo y vuelve sin él a casa. Implica un corte disruptivo en sus vidas.

Los duelos gestacionales y perinatales son duelos silenciados, poco visibilizados y desautorizados socialmente. Suceden mucho más frecuentemente de lo que creemos y deseamos. Pero, aun así, cuesta hablar de la muerte en el inicio de la vida.

Si bien se ha recorrido un camino importante en pos de la visibilizar este tema en los últimos años, queda mucho por hacer. Es necesario crear políticas sanitarias que favorezcan las acciones necesarias para que estos procesos sean más saludables. Solo por citar algunas acciones mencionamos, por ejemplo: alojar a las madres en espacios separados de aquellas que tienen sus hijos nacidos con vida, aconsejar que conozcan a sus bebés si así lo desean, ofrecer acompañamiento psicológico para estos momentos, favorecer algún tipo de ritual de despedida. Ayudar a crear marcas simbólicas que le permitan luego hacer más llevadera la difícil tarea de elaborar la muerte de un hijo, que además probablemente nadie en su familia haya podido conocer. Estas son acciones entre otras posibles. Es destacable que muchas de estas acciones no requieren de un gran presupuesto económico para ser llevadas a cabo. Son gestos humanitarios que se efectúan desde la amorosidad, el respeto y tratando de procurar cobijo a estas familias que en muchas ocasiones tienen apenas un par de minutos para conocer y despedir a su bebé.

Sin dudas cada familia vivirá desde su subjetividad esta situación, pero merece

ser abordada profesionalmente con formación pertinente, con amor y mucha Es oportuno otorgarles la posibilidad de hacer registros simbólicos con este hijo.

Recoger huellas de su paso por el mundo. Permitir/es despedirse a solas, de ser posible guiarlos para que puedan recoger un mechoncito de cabello, tomar huellas plantares, tomar fotografías, etc. Todas estas acciones cobrarán sentido luego, durante el proceso de elaboración del duelo cuando la prueba de realidad, que aparece un tiempo después cuando el shock inicial cede, les devuelva a estos padres que la partida de su bebé es real y permanente. Que no se trata de una pesadilla sino de la realidad de sus circunstancias, y que de allí en más tendrán un enorme desafío para poder tejer una historia de amor a pesar del dolor.

Considerando la creación de marcas simbólicas como fundamental en el proceso de elaboración de este duelo, que muchas veces es sin cuerpo y sin imagen, y buscando dar identidad a este bebé e incluirlo en la narrativa familiar, fue que como grupo nos propusimos un proyecto: la Caja de Recuerdos.

Por momentos perdemos de vista que hay una preconcepción psíquica de nuestros hijos, que nos habitan desde el deseo, desde la ideación. El amor no nace el día del nacimiento, es durante la gestación que la ilusión crece y se instala, y cuando aparece la detención gestacional o la muerte perinatal toda esa ilusión se rompe en mil pedazos. Como sociedad debemos avanzar en este sentido y poder introducir esta incómoda idea de que los bebés pueden morir, y salir del sesgo de nuestro pensamiento en el que permanecemos creyendo que solo mueren los enfermos y las personas mayores.

### La caja de recuerdos

Se trata de uno de los proyectos que llevamos adelante durante 2021 y 2022. La caja tiene una función muy importante en la elaboración del duelo ya que permite recoger algunos registros simbólicos, las huellas de palma y/o pie, mechoncito de cabello, pulsera, foto ecográfica, test embarazo, otros. Estos elementos, de importante valor para las familias son una herramienta para el tránsito del proceso de duelo, facilita la posibilidad de dar identidad a ese bebé que ha fallecido, y luego seguir historizando y haciéndolo parte de la familia. En las cajas también se incorporan objetos delicadamente diseñados por las manos de las familias del grupo, con información importante para ese momento, algunas recomendaciones, sugerencias y palabras de cobijo.

Las cajas se han pensado y elaborado a imagen de otras cajas de recuerdos, confeccionadas en otros países desde hace años. Y su implementación implica dos momentos fundamentales:

El inicial donde un miembro del equipo de salud, especialmente formado para ello, hace entrega y acompaña idealmente su ejecución. En este primer tiempo funciona a modo de ritual de recibimiento y despedida del bebé.

Y un segundo momento, en el que se transforma en elemento facilitador de la narrativa de inscripción de este hijo en el linaje y de su inscripción única a lo largo del tiempo. Esto implica que las familias sigan incorporando elementos a la caja, transformándola en un objeto dinámico.

Personalmente permanezco en contacto con referentes que las llevan a cabo en

España, y me he formado para luego capacitar al personal que cada servicio hospitalario destine para la implementación de este recurso. Así, pusimos la Caja a disposición de los servicios que deseen contar con ellas, y una capacitación para su adecuada implementación.

Conocemos las múltiples dificultades que los equipos de salud sortean a diario en el ámbito público y privado y les garantizamos que, de ser necesario, los acompañamos no sólo con la capacitación, sino eventualmente acercándonos personalmente en la ejecución de la entrega a las familias. Consideramos muy adecuada la incorporación de esta herramienta, la sugerimos y apoyamos a partir de la capacitación correspondiente, con todo el peso de la experiencia recogida de aquellos países donde, desde hace años, es un hecho.

Nuestro proyecto surgió entonces desde el deseo de cubrir esta necesidad y se fue convirtiendo durante el proceso en un elemento de unión de las familias que se sumaron. Su elaboración incluyó encuentros para su diagramación, designación de tareas, distribución de roles, etc. Hubo que sortear inicialmente la dificultad de conseguir el recurso humano para poder materializar la idea. Para lo cual contamos con la colaboración de voluntarios y familias que pintaron, cosieron, bordaron, diseñaron flyer.

Juntos, y teniendo en cuenta sus vivencias, armamos un tríptico con la información que incluye la caja.

Es sabido que nuestro sistema de salud está precarizado y que ello implica para los profesionales desafíos cotidianos. Paradójicamente, el recurso que fue ofrecido de modo gratuito resultó un tanto resistido. De todos modos, no fue una completa sorpresa.

Sabemos a priori que los servicios en muchos casos no cuentan con espacios donde se reflexione sobre el impacto emocional que tiene para ellos encontrarse con la muerte en el inicio de la vida. Por otro lado, al no formar parte de /os equipos y ser un ofrecimiento externo también entendemos la amenaza que representa la incorporación en la práctica de una acción nueva que puede verse como compleja.

Para intentar disminuir estas resistencias, nosotros ofrecimos acercar la capacitación mencionada previamente para todos aquellos que desearan implementar la ejecución, les habilitamos la posibilidad de ajustar el contenido de la caja según la población que ellos tienen, retroalimentándonos de ese intercambio. Además, pusimos a disposición testimonios de familias que habían contado con el recurso y otras que no, y lo que había significado para ellas, de

modo de que pudieran conocer de primera mano el impacto de la experiencia y observar claramente el factor protector que estaba en sus manos suministrar.

Empoderar a los profesionales haciéndoles saber que su implicancia en este momento es fundante de la salud psíquica, sexual y reproductiva de las familias fue nuestro ordenador. Tejer un puente entre familias y profesionales. Con ese objetivo les transmitimos la enorme necesidad de que /os cuidados en el final de la vida sean cálidos, empáticos, amorosos y humanizados, incluso en situaciones donde el final de la vida se produce junto al nacimiento, o incluso antes de él.

Otro aprendizaje fue la gestión de la continuidad del recurso económico y humano para lo cual tomamos estas dos acciones. Seguir incorporando voluntarios para /as tareas artesana/es de creación de /os objetos y en adelante, la intención es que, sí alguna familia desea una caja propia, podamos tener algunas disponibles para que la puedan adquirir mediante una colaboración. La idea es que, con lo que se recaude en estos casos, solventemos nuevas cajas para ser donadas a /os hospitales. Encontrando de este modo otra manera de sustentar económicamente la continuidad del proyecto.

Por último, quiero señalar el plus de cobijo que resultó para las familias y voluntarios ejecutores, la puesta en acto del proyecto. Más allá de la satisfacción del trabajo terminado, de la consolidación como equipo, este proceso significó para ellos la posibilidad de honrar a sus hijos ejecutando acciones concretas por otros. Este acto altruista tuvo por resultado añadido todos /os beneficios que estas instancias otorgan.

Y les dio, según sus palabras, la posibilidad de mapaternar aún en ausencia física. A título personal enriqueció mi trabajo clínico en una medida que no puedo cuantificar y le dio sentido también a mi dolor. Ya que como muchos profesionales que nos dedicamos a estos cuidados lo hago desde el lugar de conocer desde la piel como se siente despedir un hijo que uno gestó y parió pero que tuvo un paso fugaz por la vida pero que dejó una huella perenne como la hierba.

### **Bibliografía**

Bydlowski, (2007). La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad. Biblioteca Nueva.

Con la Luna como cuna Duelo. [@conlalunacomocuna] (2022, 11 de Julio). [Video]. Instagram. <https://www.instagram.com/tv/Cf5HeTjOgjr/?igshid=YmMyMTA2M2Y=> Gregoriotti, L. (2022).

Un proyecto local busca acompañar a las familias tras la muerte de un bebé. La Nueva. <https://www.lanueva.com/nota/2022-7-10-6-30-13-un-proyecto-local-busca-acompanar-a-las-familias-tras-la-muerte-de-un-bebe>

Martín, G.; Novara, N. (2022). Te/efe Bahía. Muertes gestacionales o neonatales[video] YouTube: <https://youtu.be/MOXzEOxr6bU>  
Organización Panamericana de la Salud [OPSJ (2021 )]. La salud del recién nacido.  
<https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido>

## **Los nacimientos sin vida también son sagrados". Relato de experiencia/s a través de la fotografía.**

### **Autor/es:**

Lic. Toccaceli Blasi, Evangelina  
Ps. Pusterla, María

Email de Referencia en el Trabajo:  
pusterlal.maria@gmail.com

Institución:

Colegio de Ps. Distrito X. Subcomisión de Ps. en Reproducción Humana y Fertilización Asistida y Subcomisión de Ps. Perinatal

### **Resumen**

El presente trabajo pretende dar a conocer la conmemoración del 'Día Internacional del duelo perinatal' a través de una muestra artística (fotográfica y de literatura) que el día 15 de Octubre de 2022 se llevó a cabo en el Colegio de Ps. Distrito X, impulsada por las Subcomisiones de Ps. en Reproducción Humana y Fertilización Asistida y de la de Ps. Perinatal.

Los nacimientos sin vida y las muertes perinatales dejan en suspenso la libidinización del cuerpo real del bebé pero se puede construir un andamiaje de transformación del dolor, en algunos de sus matices, a través de acciones reparadoras . El arte es una valiosa herramienta para tal fin. Asimismo, teniendo en cuenta que una persona devenida madre no deja de serlo por la muerte de su hijo/a, se puede maternar en duelo, en nombre de ese bebé, para otros.

La muestra motorizó la posibilidad de resignificación simbólica de esas pérdidas, en una ceremonia mínima (Minnicelli, M. 2013) de unión y respeto permitiendo que lo no dicho comience a circular. Se sumaron valiosas personas, entre las que encontramos familias atravesadas por esa situación, artistas nacionales e internacionales y la 'Red Transdisciplinaria de Duelo Perinatal', entre otras.

Como psicólogos y psicólogas tenemos el desafío de bregar por la salud mental perinatal, en su inscripción en lo social, a través de la visibilización y

concientización de esta temática tan silenciada como también traccionar para un mejor abordaje institucional.

Palabras clave: Duelo perinatal, arte, concientización, maternar en duelo, salud mental perinatal.

En El Muelle

No partiste hacia ningún lugar  
más allá de mi propio pecho.

Estás en el muelle de mi alma  
como ave que nace  
a la luz del silencio,  
a la sombra de un ancla.

Iniciaste tu camino  
pero no partiste.

Estás en mi pecho:  
astillero de nostalgias,  
presagio de reencuentros.

En el tiempo de tus señales,  
pluma a pluma  
te espero.

Jeremías Tosi

### **Introducción:**

El presente escrito hace referencia al " Día Internacional del duelo perinatal" ,en ocasión de una muestra de fotografía, jornada realizada el 15 de octubre del 2022 en el Colegio de Ps. Distrito X, siendo esa la fecha de su conmemoración.

Podríamos decir que dicha fecha nuclea sentimientos encontrados, de profundo dolor por las pérdidas de los bebés reales, pero al mismo tiempo de celebración al abrir la posibilidad de resignificación simbólica de esas pérdidas a partir de lo que implica su visibilización. En la línea de dar comprensión, de colaborar en la concientización y de ser puentes de comunicación de familias que han atravesado el fallecimiento de un bebé en su seno interno, el colegio de Psicólogos Distrito X entró en escena, con su atinente lectura de que era necesario dar luz a la situación de duelo perinatal. Puso a disposición sus recursos humanos y económicos, formando parte de la planificación e implementación de la muestra que se sustentó en tres pilares: las familias, el acompañamiento y sostén profesional y lo artístico.

Nos hemos reunido durante un año las subcomisiones de Ps. en Reproducción

Humana y Fertilización Asistida y la de Ps. Perinatal del Colegio de Ps. Distrito X para dar curso a dicha jornada titulada 'Los nacimientos sin vida también son sagrados'.

Recorrido teórico y descripción de la jornada:

Lebovici (1973) introduce el modelo mental de los tres bebés (real, fantasmático e imaginario). Surge la pregunta ¿Qué pasa con los bebés imaginario y fantasmático cuando el bebé de la realidad deja de estar o nunca llegó a conocerse? Dicho de otro modo, ¿de qué manera se resuelve, en ese caso, la interacción de esos tres bebés puestos en juego en los embarazos que presentan inscripción psíquica?

Los nacimientos sin vida y las muertes perinatales dejan en suspenso la libidinización de ese cuerpo real, de su baño e investidura de deseo (resultante de la distancia encontrada entre el bebé imaginario y real). Ahora bien, ¿Habrás lugar para la construcción del maternaje con la desaparición del cuerpo real del bebé?

Escuchando relatos de personas que han atravesado la situación de pérdida gestacional o neonatal, emerge lo que Freud teoriza en 'Duelo y melancolía' (1917[1915]). A partir del exámen de realidad que muestra la pérdida del objeto amado, hay una renuencia a quitar toda libido con ese objeto, produciendo una retención del mismo por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. Si bien lo normal es que prevalezca el acatamiento de la realidad, no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gasto de tiempo y de energía de investidura y entre tanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico (Freud S. 1917 [1915], pag. 241).

Entonces la pérdida de interés del mundo exterior y de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor en reemplazo del perdido, como también el extrañamiento de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria, en este caso del hijo fallecido, precisa tiempo y sostén de calidad. Acompañar y sostener implica estar con distancia óptima y en silencio, disponible a lo que la persona en duelo vaya necesitando. El respeto por los tiempos, que se van gestando en ese paso a paso, hace a la diferencia de bregar o no por la salud mental materna/paterna.

Siguiendo a dicho autor (Freud S. 1920-1922) el decurso de los procesos anímicos está regulado por el principio de placer. Es decir, a partir de una tensión displacentera (e incremento de excitación en el aparato psíquico), hay una tendencia a sudisminución y a mantener lo más baja posible la excitación en él presente. Describe a la pulsión como la representación psíquica de estímulos que provienen del interior del cuerpo, ubicándola como concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático (Freud, S. 1915). Asimismo considera cuatro elementos asociados al concepto de pulsión: esfuerzo (su factor motor), fuente (punto de anclaje de la pulsión en el

cuerpo), meta (satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación de la fuente de la pulsión) y el objeto que aparece como perdido pero aparecen objetos sustitutos. En este sentido, hay una insuficiencia de la acción específica para cancelar la satisfacción de la necesidad, dando lugar al orden del deseo. Cabe destacar que dentro de los destinos de la pulsión (Freud S.1915), la sublimación es la capacidad de producir algo diferente a la represión, habilitando y resaltando, de esta manera, los logros culturales.

Siguiendo esta línea, el arte es una valiosa herramienta para procesos de duelo, permite simbolizar, tramitar, transformar y compartir con otros las heridas. Viktor Frankl en su libro "El hombre en busca de sentido" (1946) trae a colación la importancia de descubrir lo que deja aquello que se perdió. En otras palabras, remarca que no hay vida posible sin un sentido para ella. Esa matriz teórica, de la logoterapia, aplica para cualquier "catástrofe" psíquica y tiene un alto significado reconstitutivo.

Entonces, a partir de los anteriores recorridos teóricos y volviendo al interrogante sobre la posibilidad de materner en duelo, claramente sí se puede. Pues una persona devenida madre, no deja de serlo por la muerte de su hijo/a (de hecho éste queda inscripto en la cadena intergeneracional). La puesta en juego de dichas elucidaciones, una vez más, quedan del lado de la salud mental materna/paterna y es lo que podemos promover como psicólogos. Nuestro trabajo y militancia consiste en intentar abrir un andamiaje de transformación del dolor, al menos en alguno de sus matices, a través de acciones reparadoras. En este sentido, se materna, en nombre de ese bebé, para otros.

Retomando experiencias de familias que han atravesado la pérdida física de su hijo, estas señalan que algunas de esas formas pueden ser la donación de leche materna, la incorporación a redes de proyectos colectivos y cualquier forma de expresión.

En ese recorrido conocimos a valiosas personas que se fueron sumando desde diferentes motivaciones y le fueron dando cuerpo al resultado final de la muestra artística. Lo curioso es que se fue elaborando, al modo de pintar un lienzo con variados colores y sin límites físicos, un cuadro de situación impactante por lo emotivo y porque participaron personas de diferentes puntos geográficos. Cabe destacar la labor tanto de las familias que se implicaron, de manera individual con sus fotos, como de la Red Transdisciplinaria de Duelo Perinatal y de las fotógrafas (Tamara Costanzo y Camila Marinone) quienes fueron el corazón de la muestra. En las reuniones iniciales acordamos objetivos y de manera unánime imaginamos este proyecto como un punto de partida, no de culminación. Sería el primer punto del gran tejido que soñamos tejer en Mar del Plata. La certeza era "esto se tapa, se silencia, se naturaliza, no se le da lugar"; entonces cualquier escena que pudiéramos desplegar era condición de posibilidad, a modo de ceremonia mínima (Minnicelli, M.

2013) para que lo no dicho comience a circular y a su vez permitiría su inscripción en lo social e institucional. La mayor de las aspiraciones era la realización de una intervención artística en algún lugar público, al aire libre y cercano a algún Centro de Salud, quedando esa idea a concretarse para cuando seamos más los navegantes de este barco colectivo.

Desde la "Red Transdisciplinaria de duelo Perinatal" compartieron un proyecto que venían trabajando en el sentido de tramitación de las experiencias y del dolor a partir de la muerte de un hijo en gestación o neonatal. La consigna era realizar "la foto que no fue". De esa manera, la fotógrafa Tamara Costanzo ofreció, con el aval de las familias participantes, el material fotográfico que graficaba con precisión y estética el retrato de cada historia en su máxima expresión, acompañado con el relato vivencial de cada familia. Por su parte, la fotógrafa Camila Marinone, radicada en Barcelona, se sumó a la muestra con su proyecto "Regresar a Cero" (Marinone, C. 2017). Cabe destacar que dicho trabajo fue premiado por la Beca Connecta 't de Fotografía de la Vanguardia en 2017 y por el Festival Photogenic Barcelona (2018). "Regresar a Cero retrata las vivencias de familias que atraviesan el duelo gestacional y perinatal. Un duelo del que, en nuestra sociedad actual, no se habla, no se conoce, no se informa.

Un duelo desautorizado. Donde se espera la vida, llega la muerte" (Marinone C. 2017). Ha sido un honor contar con su material de alta calidad profesional. Jeremías Tosi, autor del libro "Poemas para Gael" (2019), lo presentó en el marco de la muestra y compartió su experiencia vivida, con la claridad y serenidad de los que yacen en un plano superior.

Patricia Bruno Franquera participó con un audio visual de su autoría titulado "Adiós, Un solo a Dios". El nombre de la muestra fue titulada "Los nacimientos sin vida también son sagrados", frase emitida por la Red Transdisciplinaria de Duelo Perinatal que grafica la importancia de éstos para que no queden en el olvido. El desarrollo de la jornada tuvo diferentes momentos; uno fue el silencio de la unión y el recuerdo, teñido de respeto por la memoria de los bebés, desde un abrazo simbólico fundido en una ceremonia con el encendido de un velón; otro fue el zoom entre todos los integrantes de la jornada, permitiendo dar voz y escucha a quienes pudimos estar en persona y a los que pudieron hacerlo a pesar de la distancia. Y por último es el que está siendo, la apertura a los diques que se formaron para transitar nuevos proyectos con la red construida.

Consideramos que en nombre de cada familia en duelo, que no tiene consuelo, que sufre la carencia de sensibilidad institucional y profesional ya sea por la falta de protocolos traducidos en violencia obstétrica entre otras violencias, o la falta de concientización, les debemos girar el timón y dar un punto de inflexión para que al menos puedan valerse de un marco de abrigo y empatía. Mucho camino por recorrer, pero ya comenzamos!

## Referencias bibliográficas

- Frankl, V.E (1985). El Hombre en busca de Sentido (6ta. ed.). Barcelona Herder
- Freud, S. (1914-1916). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Tomo XIV. Amorrortu Editores. Bs. As
- Freud, S. (1920-1922). Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. Tomo XVIII. Amorrortu Editores. Bs. As.
- Lebovici (1973) El lactante, su madre y el psicoanalista. Amorrortu Editores. Bs. As.
- Marinone, C. (1917) Regresar a Cero. <https://youtu.be/LoJv98Q64cU>
- Minnicelli M. (2013) Ceremonias mínimas . Una apuesta a la educación en el área del consumo. Homo Sapiens Ediciones. Rosario
- Tosi, J. (2019). Poemas para Gael. Reinaldo Cortés Editores. Mar del Plata.

# **Dispositivos territoriales de atención en salud mental perinatal.**

**Desarrollo Cognitivo en Primera  
Infancia: Programa de Evaluación y  
Estimulación en Hogar Convivencial**

**Autor/es:**

Di Virgilio, Nancy M.

Giménez, María Isabel

**Email de Referencia en el Trabajo:**

nancydivirgilio@yahoo.com.ar

**Institución:**

E.P.P.I.C.A (Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación y Asistencia)

**RESUMEN:**

El presente trabajo describe la continuidad de la experiencia llevada a cabo en un Hogar convivencial para bebés de 0 a 3 años en la ciudad de Mar del Plata de Marzo a Diciembre del 2022. Los objetivos fueron: Explorar las áreas del desarrollo (motora, coordinación, social y lenguaje) y cognitiva, de las niñas y niños que tenían al momento de la toma entre 6 y 30 meses de edad; Describir los hallazgos; Proponer pautas de estimulación cognitivas individualizadas si hubiera dificultades en el desarrollo. Se administraron dos instrumentos, la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz (EAIS). Se ha hallado en un total de 12 bebés, que el 68% (N=7) no alcanzó las pautas esperables para

su edad. El área de menor rendimiento fue la del lenguaje, seguida del área social. La actividad de la administración de las pruebas insumió un tiempo considerablemente mayor de lo propuesto por el instrumento. Se realizaron sugerencias e indicaciones para estimular las áreas deficitarias y propusieron nuevas evaluaciones a manera de vigilancia del desarrollo.

**PALABRAS CLAVE:** *Evaluación del desarrollo, promo-prevención - estimulación cognitiva.*

### **Introducción**

La Convención Internacional de los derechos del niño, (y la ley Nacional N° 26.061 y Ley 114), establece cuatro principios fundamentales que deben regir la implementación de todos los derechos que defiende: el interés superior del niño, el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, la participación infantil y la no discriminación. En el marco de la legislación de infancia vigente, la institucionalización es un medio a través del cual el estado ofrece una respuesta a la vulneración de derechos, cuando una familia se encuentra imposibilitada para ejercer su función de crianza y cuidados. Por ello, la tarea principal de los hogares convivenciales es la de cuidar y contener a estos niños, para garantizar la restitución de sus derechos y sus necesidades físicas, sociales y afectivas.

El vínculo temprano se constituye por la díada madre-bebé, a partir de los encuentros e interacciones establecidas los primeros años de vida, conformando una unidad relacional, en la que no puede pensarse uno sin el otro. Winnicott (1987) retomó esta idea de la unidad bebé-cuidados maternos señalando que no hay posibilidad de desarrollo psíquico sin alguien que interprete las necesidades del niño. Asignó a la madre el nombre de yo auxiliar del bebé, que compensa su inmadurez psíquica, y llamó a esta capacidad de registrar las necesidades del niño preocupación maternal primaria. La importancia del vínculo temprano para el desarrollo psíquico del bebé, fue abordado por diferentes autores en el transcurso de los años (Lebovici, 1993; Winnicott, 1993; Brazelton & Cramer, 1993).

La regularidad, la estabilidad en el tiempo y el lugar en que se llevan a cabo los cuidados cotidianos permiten la organización psíquica del bebé, la construcción de noción de tiempo y espacio. La actitud de la madre (cuidador) hacia el niño se halla en la base de su desarrollo físico y afectivo. La estimulación psicosocial es un factor determinante para el niño. El desarrollo de la inteligencia depende fundamentalmente de las circunstancias de la crianza y de

los estímulos de su entorno. Por lo tanto, la influencia de los padres no es esencialmente biológica, sino cultural (Ciocchini, 2000). En el mismo sentido, Vygotsky (1995) otorga al contexto social una importancia primordial. Tres ejes estructuran su teoría: 1.- Sostiene que es a través del intercambio con otros que el niño desarrolla su inteligencia, integrando conocimientos forjados por la historia y la cultura de la sociedad. 2.- Le otorga un lugar primordial al lenguaje ya que considera que los conocimientos son transmitidos a través de instrumentos psicológicos enteramente culturales: primero es el lenguaje, la manera de contar, la escritura, las formas del arte. 3.- Es a través del aprendizaje que se desarrolla el pensamiento.

Puede definirse a la inteligencia sensoriomotriz como la capacidad de resolver los problemas a partir de actividades en las que intervienen, sobre todo, la percepción, las actitudes, el tono y los movimientos sin evocaciones simbólicas, es decir, antes de la aparición del lenguaje verbal. Piaget (2001) postula que la afectividad y la inteligencia están constantemente en íntima relación, que no hay mecanismo cognoscitivo sin elemento afectivo y viceversa. Lo emocional o afectivo influye en el desarrollo intelectual que tiene el niño, no modificando sus estructuras, pero sí estimulando o retrasando su desarrollo cognitivo. La vincularidad, entonces, influye en el desarrollo psíquico del bebé, posibilitando u obturando, según la calidad del vínculo temprano. Es por ello que los primeros años de vida constituyen una etapa sustantiva en la configuración de subjetividades, en potencialidad de oportunidades y de capacidades para un ejercicio pleno de derechos. En este sentido, la atención a la primera infancia es uno de los temas prioritarios.

Existen “períodos críticos” en los cuales hay una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad a los diversos factores de riesgo. Estos períodos se ubican durante la etapa intrauterina y los dos o tres primeros años de vida, en donde en el organismo en general y en particular en el Sistema Nervioso Central (SNC) se da un alto crecimiento y diferenciación. La plasticidad cerebral que ocurre en la niñez temprana, permite llevar a cabo intervenciones con resultados positivos. Por ello, la evaluación de desarrollo en niños sin cuidados parentales, que residen de manera transitoria en un Hogar convivencial, nos permite detectar posibles dificultades en su desarrollo, así como la importancia de los cuidados primordiales y la necesidad de establecer vínculos privilegiados con cuidadores.

### **Preguntas de investigación**

¿Cómo construyen su inteligencia las niñas y los niños de entre 6 y 30 meses de edad que están en los hogares convivenciales?

### **Objetivos generales:**

Explorar las áreas del desarrollo en general (áreas motora, coordinación, social y lenguaje)

Explorar el área cognitiva en particular

### **Objetivos específicos:**

Describir los hallazgos.

Proponer pautas de estimulación cognitivas individualizadas si hubiera dificultades en el desarrollo.

### **METODOLOGÍA**

La presente investigación constituyó un estudio exploratorio de enfoque y diseño mixto (cuali-cuantitativo). Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

### **Instrumentos:**

EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor). Evalúa a niños de 0 a 24 meses. Permite ser utilizado como parte de un programa con el control de niños sanos y evalúa las áreas: social, lenguaje, coordinación y motricidad.

EAIS (Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz) es una prueba que permite evaluar el comportamiento de los bebés en el área del desarrollo cognoscitivo en niños menores de 3 años. La EAIS evalúa un proceso en formación, determina las estrategias que un bebé utiliza para resolver las situaciones problema que se le presentan.

### **Muestra**

La muestra homogénea estuvo compuesta por 12 bebés que, al momento de la toma tuviesen entre 6 meses y 30 meses, que viven en el Hogar Convivencial

### ***Criterios de inclusión y exclusión:***

### **Se incluyen**

- Bebés entre 6 y 30 meses que viven en el Hogar Convivencial
- Bebés sanos.

### **Se excluyen**

- Bebés menores de 6
- Bebés mayores de 30
- Bebés con patologías previas
- Bebés de bajo peso

### **Descripción del Hogar Convivencial y Trabajo de Campo**

El Hogar Convivencial en el que se han administrado los instrumentos, tuvo su primer ingreso Enero 2021, el mismo se sostiene con los aportes de una ONG. Recibe bebés de 0 hasta 3 años a través de denuncias que se realizan a la línea 102, equipo de atención a la niñez en situación de riesgo, un dispositivo municipal que interviene. A su vez, este organismo se pone en contacto con el Centro de protección de los derechos del niño (CPDN) Y Servicios locales, a partir del cual se lleva a cabo la medida de abrigo y se busca vacante en Hogares Convivenciales. Articula con otras instituciones como, Materno Infantil, Centro de Salud N°1 y Ceat.

Ediliciamente posee una planta alta con un baño y una habitación. En la planta baja, dos ambientes para dormir y dos para estar. Además, la cocina y un pequeño patio. Las niñas/os están separados por edades: Los que tienen hasta un año (o inicio de bipedestación) y de 1 a 3 años (los deambuladores). Tiene un ambiente para dirección, cocina y un estar para vinculaciones.

El hogar cuenta con una dirección, equipo técnico, que se encarga del seguimiento del niño/a de acuerdo a la medida de abrigo y los procesos de vinculación. Está compuesto por una Psicóloga y Trabajadora Social, Equipo de Salud: grupo de profesionales que asisten a los niños/as, Terapeuta Ocupacional, Pediatras, Neumonólogo, Odontopediatra, oftalmólogo, nutricionista, psicopedagoga y estimuladora. Cuidadoras: dos personas por turno.

Las niñas/os ingresan al hogar por medidas de abrigo, que proponen que el niño permanezca por un tiempo determinado en la institución, mientras se resuelve si hay re vinculación o pasa en medida de adoptabilidad.

Modo de funcionamiento: Por las características de la institución, los bebés tienen rutinas fijas, el juego está limitado de acuerdo a la disponibilidad de los adultos. Poseen un patio de juegos al aire libre, no pudiendo salir del hogar, ni tienen contacto con ningún otro adulto a excepción de aquellos que trabajan allí, como así tampoco con otros niños. Los profesionales por lo general van allí para realizar los controles.

El equipo evaluador asiste de a dos a todos los encuentros, modalidad de trabajo sustentada por la especificidad en el trabajo en el área de psicología perinatal y para la mayor obtención de objetividad de las evaluaciones. Las primeras se realizaron entre abril y diciembre. Se confeccionaron los informes señalando las pautas de estimulación específicas para cada una/o.

Características de las personas cuidadoras: conoce a cada niño en sus gustos y particularidades. Acuden a los llantos y/o llamados, circula la demostración del afecto.

## **Resultados**

*En la administración de la Escala EAIS, de un total de 12 bebés, se encuentra que el 42% (N= 5) de ellos, presenta un nivel de desarrollo cognitivo de acuerdo para su edad, el 25% (N=3) presenta riesgo y el 33% (N=4) presenta retraso en la construcción de su inteligencia. Las series con menores puntajes obtenidos fueron: Búsqueda de objeto, que evalúa la construcción de la noción de objeto desde una perspectiva momentánea hasta la adquisición de la noción de objeto permanente. La Serie C, Utilización de Intermediarios, presenta tres subfases en las que el niño debe alcanzar un objeto utilizando una cinta, un soporte y un rastrillo.*

Con respecto a la administración de la EEDP, se ha hallado en el total de 12 bebés, que el 33% (N=4) alcanzó las pautas esperables para su edad, el 58% (N=7) presenta riesgo y el 8% retraso (N=1).

Independientemente de aquellos bebés que alcanzaron las pautas esperables para su edad, las áreas en las que se observa menor rendimiento son las del lenguaje y el área social. Del total de bebés que tuvieron dificultades en dichas áreas, la mayoría obtuvo bajos puntajes en ambas. No se han realizado mediciones de correlación para indagar áreas y edad.

Los tres niños (el 25%) que presentan riesgo en la EAIS, también lo presentan en la EEDP. Uno de ellos (12.5%) obtiene retraso en ambas escalas.

Un dato significativo es que la actividad de la administración de las pruebas insume un tiempo considerablemente mayor de lo propuesto por el instrumento.

Destacamos que, tanto la escala de lenguaje como la escala social (Lenguaje: comprende el lenguaje verbal y no verbal, reacciones al sonido, vocalizaciones, comprensión y emisiones verbales. Social: comprende la habilidad del niño/a para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación) están íntimamente ligadas a la presencia e interacción con un otro para su desarrollo, tal vez de manera más puntual que en las otras escalas (coordinación y motriz) siendo éste el punto más sensible en las crianzas colectivas en Hogares convivenciales, el poder desplegar/implementar cierta exclusividad entre bebé y cuidador en espacio y tiempo.

Los hallazgos coinciden con Haywood y Getchell, (2004); Schonhaut et al. (2005) quienes postulan que son las variables ambientales las que modulan cuánto lo genético será expresado, siendo el lenguaje y la cognición las áreas más vulnerables. Por otro lado, Eickmann et al (2002) y Halpern et al (2000) plantean que cuanto mayor es el número de factores de riesgo a los que un niño está expuesto, mayor será la posibilidad de compromiso en su desarrollo.

Entendiendo a la inteligencia como un proceso en construcción, si bien en estos niños su proceso está desfasado en el tiempo, esto no significa que no lo puedan lograr, sino que debemos estar atentos como personal de salud intervinientes en dar sugerencias, orientaciones y proponer actividades específicas que permitan estimular para alcanzar su estadio correspondiente.

Una dificultad hallada se deriva del hecho de que, algunos bebés permanecen un corto período en la institución y al asistir al dispositivo de manera quincenal, no puede realizarse el seguimiento con las indicaciones correspondientes, ya que una vez que se van de la institución, se va el registro con ellos.

Sostenemos que no hay posibilidad de desarrollo psicocognitivo sin un otro significativo, orientado a responder a las necesidades del niño, entendiendo que las relaciones afectivas, estables y continuas que se experimentan durante los primeros tiempos, constituyen una plataforma para su salud mental.

Para cada niño la situación vincular con su familia o cuidador es vivenciada de manera singular, en algunas ocasiones será favorecedora y en otras no. Desde el dispositivo, ***consideramos que no hay una línea directa de interpretación de los resultados, sino que los mismos deben ser leídos en su individualidad.***

### **Discusión**

Los tres primeros años de vida es una etapa de gran crecimiento a nivel neuronal. Esto hace que sea un período privilegiado para la implementación de

dispositivos que permitan ver cuáles son las áreas de fortaleza y debilidades. Y es así que podemos propiciar la estimulación de áreas deficitarias.

La experiencia realizada no solo nos permitió conocer el desarrollo cognoscitivo de cada niño, sino también la importancia de los cuidados primordiales por parte de los cuidadores del hogar, constituyéndose en un sostén emocional para cada niño.

Entendemos que son necesario espacios individualizados de juegos, lo que permite nombrar e interaccionar de otro modo, que los niños participen en diferentes actividades cotidianas como manipular objetos en la cocina, en la pieza, salidas de los niños del hogar, para tener otras experiencias sensoriales, aunque judicialmente es complejo.

Proponemos la estimulación cognitiva en las diferentes escalas que presentan dificultades, así como el acompañamiento a cuidadores en el ejercicio de su función, resaltando la importancia de su rol en el desarrollo del niño/a.

Consideramos que, la extensión del dispositivo a otros hogares convivenciales de la ciudad podría beneficiar el desarrollo integral de los niños/as que transitan por esas instituciones.

### **Referencias Bibliográficas:**

Ciocchini, M.E. (2000). *Nacer y crecer [To born and to grow]*. Barcelona: Salvat

Haywood, K.M.; Getchell, N. (2004). *Desenvolvimento motor ao longo da vida*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 344p.

Oiberman, A.; Paolini, C.; Mansilla, M. (2012). Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz (EAIS): Percentiles Nacionales. *Interdisciplinaria* 29, (1) 305-323.

Oiberman, A.; Orellana, L.; Mansilla, M. (2006). Evaluación de la inteligencia en bebés argentinos: Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz. *Arch Argent Pediatr* 104 (4) 316-324.

Oiberman, A & cols (2012). Etapas del proceso de construcción de la inteligencia sensorio-motriz en bebés argentinos. *Investigaciones en Psicología* 17 (3) 83-105.

Rodríguez, S.; Arancibia, V.; Undurraga, C. (2008). *Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses*. Cronopios:Chile.

Schonhaut, L., Rojas, P., Kaempffer, A. 2005. Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. *Revista Chilena de Pediatría*, 76 (6), 2005, 589-98

Vygotsky, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje [Thought and language]*. Buenos Aires: Paidós.

## **Dispositivo de atención perinatal integral en un Centro de Salud Municipal**

**Autor/es:** Lic. González, Claudia ; Ps. Pusterla, María

Email de Referencia en el Trabajo: [claugonzalez477@gmail.com](mailto:claugonzalez477@gmail.com)

**Institución:** EPPICA (Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación y Asistencia). Municipalidad de General Pueyrredón. Centro de Salud Nro. 2

### Introducción:

Esta presentación remite a la construcción de un dispositivo de atención perinatal integral en el Centro de Salud Nro. 2 de la Municipalidad de General Pueyrredón.

La maternidad es una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar, pero no implica per se un proceso de maternaje. La manera en que la(s) maternidad (es) son atravesadas por las personas gestantes excede el hecho biológico y tiene significados culturales, psicológicos, históricos y sociales. La psicología perinatal nos ofrece la dimensión de la palabra para darle sentido y un marco de expresión, sostén, elaboración y concatenación de las emociones a partir de intervenciones en el orden de la prevención, atención y tratamiento. Asimismo, la mirada profesional durante los procesos perinatales permite detectar tempranamente disrupciones en la construcción del maternaje, alteraciones en la salud mental materna, o situaciones que dificulten el vínculo temprano.

En dicho Centro de Salud se pusieron en diálogo el área de Pediatría, Servicio Social y Obstetricia con dos psicólogas formadas en psicología perinatal para acordar objetivos terapéuticos y de intervención en pos de dar respuestas integrales a quienes consultan.

### Marco teórico:

Winnicott (1956) observa la capacidad empática de la madre para entender y sensibilizarse con las necesidades del bebé y así satisfacerlas. Ofrece el término de "Preocupación Materna Primaria" como aquel estado psicológico de quien adviene madre y despliega la función de sostén, fundamental para el

desarrollo biopsicológico del recién nacido. Para ello, la persona que opera en esa función debe tener capacidad de modular los estados angustiantes del bebé en una atmósfera transformadora. En esta línea de pensar la interacción en la díada, Lebovici (1973) introduce el modelo mental de los tres bebés (real, fantasmático e imaginario). El bebé fantasmático refleja fantasías inconscientes que estarían presentes desde la infancia. El bebé imaginario, según dicho autor, se construye a partir del deseo de maternidad, de la situación real de la madre y de un trabajo de representación activo análogo a las ensoñaciones diurnas o fantasmas conscientes. Es decir, se elabora durante el embarazo producto de sus fantasías y ensueños preconscientes. Y el tercer bebé es el real, el hijo de la realidad material, de carne y hueso, con el cual la madre interactúa de acuerdo a sistemas programados que se enriquecen con sus fantasmas y ensoñaciones imaginarias.

La psicología perinatal ofrece diferentes herramientas para observar el vínculo temprano y/o sucesos significativos que pudieran afectar el proceso de construcción del maternaje, como también problemáticas sociales, evaluación del desarrollo cognitivo, entre otros. Uno de estos instrumentos es la Entrevista Psicológica Perinatal (Oiberman, A. 2013), que se trata de una entrevista semidirigida-de sesión única- para contemplar life events que pudieran influir durante el embarazo y parto, ofreciendo una dimensión psicosocial en los escenarios de atención perinatal.

Asimismo, en pos de contar con una mirada integral de los procesos perinatales, enlazada a un pensar situado y específico del contexto territorial, es importante que el abordaje sea desde un posicionamiento singular que es el de la interdisciplina. Señala Alicia Oiberman "...Las disciplinas no tienen elementos en común sin embargo tienen elementos que se relacionan entre sí, cuya presencia determina consecuencias recíprocas." (Oiberman, A., 2013, pag. 26). Entonces, la interdisciplina implica entrar en diálogo para acordar objetivos terapéuticos, sin dejar de hacer lo propio de cada práctica. Es decir, se resalta un área en común donde los elementos propios de cada disciplina pueden relacionarse entre sí en pos de brindar respuestas integrales. El desafío es el de encontrar aquellos "puntos nodales" en miras de un enriquecimiento recíproco de las disciplinas que intervienen. De esta manera se intenta ofrecer una visión holística de la realidad y no fragmentada.

Resulta indispensable tener la mirada del modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF). Este fue desarrollado por el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. Dichainiciativa se inspiró en la experiencia del Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-UNICEF en 1991 parapromover la lactancia materna en las maternidades eimplementada en la Argentina desde 1994.Dicho modelo integrado, define los criterios mínimos que debería reunir una maternidad para ser considerada MSCF. Estimula el respeto y la protección de los derechos de la persona gestante y del bebé por parte del equipo de salud, promueve la participación de los padres en el cuidado de la

persona gestante, define la seguridad de la atención como una de las prioridades, entre otras cuestiones.

Otro instrumento que tiene alcances diagnósticos y preventivos es la EAIS (Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz). Desde que el bebé nace hasta que adquiere el lenguaje expresivo se lo considera un momento fértil y fundamental para el desarrollo cognitivo. El diagnóstico temprano y la estimulación brindan herramientas que contribuyen al mismo ya que la plasticidad neuronal y el desarrollo neurológico dan lugar a resultados muy beneficiosos en materia de estimulación cognitiva.

Dicha herramienta permite explorar los mecanismos intelectuales que están en juego en la evolución de la inteligencia sensoriomotriz, sin dejar de lado los problemas de la construcción de la noción de objeto, la elaboración de las relaciones espaciales así como las relaciones temporales y casuales experimentadas simultáneamente por el niño. El resultado que se obtiene en cada prueba de la Escala, indica el estadio en el que se encuentra atravesando el niño ya sea en su inicio, en su transcurso o en su final según los aportes de Piaget (1973).

La E.A.I.S, con algunas modificaciones respecto de la escala original, (elaborada por Casati, I. y Lézine, I.), consiste en una serie de 45 pruebas estandarizadas, divididas en cuatro situaciones diferentes: exploración de los objetos, búsqueda del objeto desaparecido, relación con intermediarios y combinación de objetos que permitan evaluar las estrategias utilizadas por los niños para resolver las situaciones que se les presentan. Los cambios que las autoras de la EAIS introdujeron fueron la transformación del protocolo de administración, diferente material de juego, modificación de la posición del administrador de la prueba, forma de aplicación de la escala y diferente criterio para definir el estadio en la que se encuentra el niño (Oiberman A., Mansilla M., Paolini, C.2020).

Dicha tarea profesional, en sus intervenciones y despliegue de los instrumentos citados, debe pensarse desde un posicionamiento específico y acorde al espacio territorial presentado, siendo éste un escenario constituido y constituyente de las relaciones sociales, articulado por las dimensiones políticas, afectivas y de identidad de una comunidad. (Montañez, G. 2001).

En este sentido, hablamos en términos de dispositivo, aludiendo al conjunto de elementos tales como discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, medidas administrativas, la red entre los mismos (Foucault, M.1977).

Descripción del dispositivo de atención perinatal integral:

Teniendo en cuenta la importancia de la función de sostén (Winnicott, 1956) para el desarrollo biopsicológico del recién nacido y de vislumbrar señales de alerta respecto de la salud mental materna que impacten en la construcción del maternaje, la propuesta es la de brindar un espacio de acompañamiento y atención perinatal desde una mirada integral poniendo el foco, en especial, en la díada y el vínculo temprano.

### Objetivos Generales

- Generar un espacio de atención integral para la salud mental materna y de la primera infancia en el Centro de Salud nro 2
- Impulsar el abordaje interdisciplinario en los procesos perinatales
- Visibilizar la importancia del trabajo en la prevención y atención desde una mirada integral de los procesos perinatales

### Objetivos específicos

- Construir una consultoría perinatal
- Realizar talleres que fortalezcan el vínculo temprano
- Ofrecer un espacio de evaluación del desarrollo cognitivo de bebés entre 6 y 30 meses
- Ofrecer capacitaciones sobre aspectos psicológicos a tener en cuenta en los procesos perinatales y con perspectiva de género para agentes de salud.

Dentro de los espacios ofrecidos, podemos nombrar:

- Consultoría para la persona gestante, díadas y personas cuidadoras de la primera infancia: Se trata de un espacio de acompañamiento durante el embarazo, puerperio y primeros meses del bebé. La demanda es espontánea y con derivaciones por profesionales de cualquier área del Centro de Salud Nro. 2 Los objetivos son:

\_ Evaluación de la salud mental materna y del contexto socioambiental (utilización de la Entrevista Psicológica Perinatal, observación de life events, evaluación de riesgo vincular, evaluación y acompañamiento del tránsito por el puerperio, etc)

\_ Acompañamiento en la construcción y proceso de maternaje (se trabaja en torno a la inscripción psíquica del embarazo, en la observación de las representaciones maternas teniendo en cuenta los conceptos de bebé imaginario, fantaseado y real)

\_ Articulación con instituciones para el acceso a la salud, educación y demás derechos.

\_ Brindar acceso a la información sobre recursos disponibles y lo ateniendo a los derechos siguiendo el modelo de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

\_ Promoción de la salud sexual integral

\_ Fortalecimiento del vínculo temprano (a través de la promoción de la lactancia materna, la mirada y detección de señales comunicacionales del bebé)

Funcionamiento de consultoría:

Día y horario: Viernes de 9 a 12hs

Profesionales: Lic. Claudia Gonzalez (M.P. 45918) y Ps. María Pusterla (M.P. 46111)

El escenario de trabajo es la sala de espera donde circulan las/los pacientes para tener una primera aproximación/observación de situaciones a abordar, el consultorio para las entrevistas personales con las/los usuarios/as y la articulación con los profesionales que atienden esta población. (derivación, evaluación de casos conjunto, confección y socialización de las EPP)

- Espacio de diálogo entre profesionales y personas al cuidado de recién nacidos: Se trata de un momento de encuentro grupal e intercambio de vivencias, orientaciones y sostén a quienes comienzan a transitar el camino de la maternidad, paternidad y crianza. Asimismo ofrece la posibilidad de atención personalizada a partir de la demanda emergente y/o detección por parte de las/los profesionales de signos de alarma.

- Evaluación del desarrollo cognitivo de bebés entre 6 y 30 meses: La EAIS es un instrumento de evaluación de la inteligencia práctica o sensoriomotriz y además ofrece información valiosa sobre los aspectos vinculares en la díada madre-hijo/a convirtiéndose en una herramienta diagnóstica y de vastos alcances preventivos.

Se ofrece la evaluación, a través de la EAIS de bebés en esa franja etárea por las psicólogas que cuentan con la especialización y licencia para su instrumentación. Así mismo se ofrece devolución y orientación para padres/referentes adultos del niño/a y para profesionales intervinientes.

Otras propuestas para implementar a futuro:

- Taller y espacios de encuentros grupales: Se trata de momentos de intercambio de experiencias y apoyo mutuo frente a los cambios emocionales y psico afectivos relacionados con el embarazo y el puerperio. La propuesta es la de ofrecer un disparador (construcción de álbumes personales, lectura de cuentos, etc) que permita motorizar la inscripción de ese embarazo en el entramado intergeneracional. En dicho espacio, asimismo, se reforzarán

cuestiones trabajadas en la consultoría (lactancia materna, fortalecimiento de vínculo temprano, etc)

- Espacios de capacitación para profesionales y agentes de salud (sobre duelo gestacional, aspectos psicológicos del puerperio, manejo de información en situaciones de crisis con la/el usuario/a, etc).

Conclusiones:

Los escenarios perinatales requieren la implicación de profesionales idóneos en la lectura e intervención respecto de la salud mental materna, tal como la impulsa el Modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF) y la observación del recién nacido. En esta línea, la construcción de un dispositivo territorial de atención en salud mental perinatal permite detectar tempranamente signos de alerta que hagan a la prevención y tratamiento. La psicología perinatal ofrece herramientas específicas en tal sentido, con instrumentos de gran utilidad como la EPP (Oiberman, 2013) que tiene el alcance de entrevista única y permite detectar, entre otras cuestiones, riesgo la EAIS (2002), arroja información necesaria para el abordaje integral del biopsicodesarrollo del bebé. Cabe destacar la importancia de motorizar la circulación de la palabra a través de espacios de intercambios grupales e individuales tendientes a tramitar y elaborar los procesos de maternaje, como es la consultoría y la ronda de cuidadores con profesionales. No podría pensarse dicho dispositivo sin tener en cuenta las vicisitudes territoriales, escenario constituido y constituyente de las relaciones sociales (Montañez, G. 2001), la disposición emocional y compromiso de quienes lo constituyen y el acercar los recursos tendientes al acceso a la salud en pos de una promoción integral de derechos.

Referencias bibliográficas:

- Lebovici (1973) El lactante, su madre y el psicoanalista. Amorrortu Editores. Bs. As.
- Foucault, M.(1984) El juego de Michael Foucault en Saber y Verdad. Madrid: Ediciones de la Piqueta
- Montañez, G. (2001) Razón y pasión del espacio y el territorio. Espacios y territorio: razón, pasión e imaginarios. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Oiberman, A.(Comp.) (2013) Nacer y Acompañar. Abordajes Clínicos de la Psicología Perinatal. Buenos Aires: Lugar
- Oiberman, A., Mansilla, M., Paolini, C.(2020) Cómo piensan los bebés del siglo XXI. Evaluaciones, aplicaciones e intervenciones con la Escala argentina Sensoriomotriz (EAIS).Buenos Aires:Lugar

- Oiberman A., Mansilla, M., Paolini, C. 2020. Cómo piensan los bebés del siglo XXI. Evaluaciones, aplicaciones e intervenciones con la Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz (EAIS). Lugar Editorial.
- Unicef (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO. ISBN:978-92-806-4641-2. Segunda edición junio 2012. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf>

**“Maternar en red. Talleres de acompañamiento en salud mental perinatal  
en Concepción del Uruguay, Entre Ríos.”**

**Autor/es:**

Lic. Eliana Ledesma

Est. Talia Florencia Ferreyra.

Dra. María Fernanda Gonzalez.

Est. María José Arreygada Rivera.

Est. Micaela Soneyra.

Est. Mabel Daniela Vega.

Est. Berenise Alegre Gabriela

Mag. Patricia Miotto

**Email de Referencia en el Trabajo:**

maria.gonzalez@uner.edu.ar

**Institución:**

Universidad Nacional de Entre Ríos - Facultad Ciencias de la Salud

La presente propuesta se enfoca en la presentación de una experiencia de puesta en marcha de un dispositivo grupal para el acompañamiento emocional de las mujeres embarazadas, personas gestantes y puérperas. El dispositivo se denominó “Maternar en red: talleres de acompañamiento en salud mental perinatal” y se realizó en el marco de un proyecto de Extensión de la cátedra de Psicología, de la carrera binacional de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud. Fue diseñado y coordinado por docentes y estudiantes avanzadas de esta carrera con el acompañamiento de una experta en técnicas corporales, con formación en educación y psicopedagogía.

El objetivo de los talleres fue generar espacios de encuentros presenciales, que permitan el diálogo y acompañamiento de las personas con capacidad de gestar y sus familias en estos procesos, no sólo informando de todos los temas

relacionados a los aspectos psicológicos del embarazo, parto y puerperio, sino promoviendo un espacio de experiencias compartidas y de escucha. Se llevó a cabo en un Centro Integrador Comunitario de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, en la zona de mayor conflictividad social y bajos índices socioeconómicos de la ciudad. En esta ponencia se realizará una presentación del diseño, presentando cuáles fueron los medios de preparación para fortalecer el equipo que conformamos, la división para la aplicación de talleres con diferentes temáticas y con impronta de trabajo personal en técnicas como collages en mapas corporales, máscaras de arcilla, biodanza, etc. Mencionaremos cuáles fueron las herramientas estratégicas para la convocatoria e invitación a las mujeres, desarrollaremos cómo fue el acercamiento, recorrido y vínculo con la comunidad en territorio, y con el sistema de salud. Del mismo modo describiremos las dificultades que tuvimos en el desarrollo de los talleres (irrupción de problemáticas no contempladas inicialmente como la violencia de género, escasa asistencia de las mujeres a los talleres, etc.) a fin de compartir estrategias con otros programas similares. Finalmente, se reflexionará también sobre el valor de estas experiencias formativas para las futuras licenciadas en Obstetricia.

#### **PALABRAS CLAVE:**

*TALLERES, MATERNIDAD, EXPERIENCIAS, AUTOBIOGRAFÍA, ACOMPAÑAMIENTO.*

#### **Introducción**

Los procesos psíquicos inherentes al embarazo, maternidad, el nacimiento y puerperio siguen siendo poco abordados en la práctica sanitaria. Eso ha creado un vacío que ha hecho que la atención a las madres y bebés durante el embarazo, parto y posparto se haya centrado casi exclusivamente en los aspectos físicos y médicos de la maternidad, prestando escasa atención a los aspectos psíquicos y a las consecuencias psicológicas de las vivencias de esta etapa. Sin embargo, éstos tienen un gran impacto psicosocial. Por lo descrito anteriormente, desde la mirada en la salud mental, es menester generar espacios para el abordaje de aspectos centrales de la psicología del embarazo, parto, puerperio y vínculo temprano como espacio de trabajo grupal y promover un mayor conocimiento que favorezca la accesibilidad a servicios de salud mental por parte de las mujeres y personas gestantes.

#### **Marco teórico**

Somos conscientes de lo complejo que es ser madre en esta sociedad, y de la diversidad de causas que hacen que las madres puedan sentir malestar, angustia, soledad, sufrimiento emocional o incluso trastorno mental en la etapa perinatal. Consideramos que el encuentro con el/la otro/a es irremplazable, lo

que nos guió a pensar en algunos de los factores preventivos y terapéuticos más importantes como lo es la compañía y la escucha de otras madres y profesionales de la salud formados y sensibles a estos temas.

Desde nuestra perspectiva, la atención a la salud mental de la persona gestante en torno al embarazo, nacimiento y crianza requiere una visión amplia, holística, feminista, desde un enfoque ecosistémico, que promueva la salud y que prevenga la psicopatología integrando una perspectiva de género.

Es imprescindible que para alcanzar lo anterior logremos cuestionar y deconstruir la mirada hegemónica con la que muchos profesionales hemos sido formados, es nuestra responsabilidad resignificar la experiencia de las personas con capacidad de gestar como nutritivas y de gran aporte para nuestro labor, construyendo así perspectivas íntegras sobre las diferentes realidades de las mismas, ya que son ellas las que habitan esa condición, y la forma más equitativa de hacerlo es brindarles un espacio de escucha activa, reflexiva y descomprimida, para poder aprender de sus experiencias a través de sus relatos.

Apostamos a que estos espacios puedan motivar el desarrollo del empoderamiento personal de quienes asistan. Fomentar el autoconocimiento, acondicionar el momento para que se permitan pensar y habitar de múltiples formas la maternidad, sin ningún tipo de juicio. Que logren sentirse protagonistas de esta etapa, inclusive durante el mismo nacimiento. Animarse a proyectar una forma de parir, cómo será el espacio físico, cómo y quienes recibirán a su hijo, dar espacio a los sentimientos, emociones, sensaciones: culpas, miedos, alegrías, risas, tristezas y llantos. Compartir seguridades e inseguridades, miedos, expectativas y deseos.

Desde esta mirada, en el marco de la cátedra Psicología de la carrera de Obstetricia de la UNER, se diseñó un proyecto de extensión coordinado por las docentes de la cátedra y en el que participaron estudiantes de la carrera binacional de Obstetricia.

### **El proyecto**

Como metodología se propuso el desarrollo de encuentros semanales, modalidad taller, se fomentaron espacios de reflexión, debate y escucha sobre los temas abordados, en tanto espacio de construcción de aprendizajes compartidos. Se propuso realizar una estrategia de co-diseño de los talleres, con una escucha activa de las temáticas y problemáticas planteadas por los/as profesionales del CIC “Centro Integral Comunitario” de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, y de las mujeres, personas gestantes y comunidad. Se procuró generar un espacio acogedor, de encuentro comunitario, comunicación horizontal que ayude a prevenir situaciones que comprometen a la salud

mental perinatal, así como instalar una dinámica de ayuda mutua que sea un factor de protección frente a riesgos en salud mental perinatal.

En cuanto al diseño, los talleres tuvieron una fuerte impronta de trabajo corporal basado en técnicas como collages, taller de máscaras, biodanza, etc. Espacio de encuentro reflexivo con propuestas creativas que permiten la expansión del relato autobiográfico, a través del trabajo práctico manual con arcilla, mapas corporales, biodanza, juegos de roles. Mediante éstos se buscó que cada persona construya una mirada personal sobre su propia vida, identificando aspectos sociales impuestos arraigados a la maternidad, interpretación de las manifestaciones físicas/emocionales/psicológicas internas y externas. No obstante, en muchos de los casos no se pudieron realizar las actividades planificadas dada la escasa asistencia de las mujeres convocadas o la irrupción de relatos personales, urgentes, de las participantes que necesitaban contar experiencias personales. Se hizo lugar, por tanto, a estos emergentes tratando de brindar un espacio de contención y escucha segura.

Si bien se propusieron técnicas de trabajo y ejes temáticos es importante mencionar que al momento de realización de los talleres surgieron diversos temas de interés por parte de las mujeres y profesionales que ameritaron ser abordados, como por ejemplo, la violencia de género, la lactancia materna, etc.

En cuanto al espacio, la experiencia se llevó a cabo en el Centro Integrador Comunitario (CIC) de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina. Esta ubicación se decidió en conjunto con la gestión municipal de salud, especialmente con la dirección de Salud mental y respondía a que la zona del CIC presenta una alta vulnerabilidad social de la ciudad.

### **Resultados y dificultades**

Como resultado de la implementación de este proyecto se crearon herramientas sobre la maternidad en la comunidad, se revisaron prácticas y saberes en relación a la maternidad (embarazo, parto, puerperio, crianza y vínculo temprano), y se construyeron vínculos comunitarios. Además, se crearon materiales para el trabajo grupal en temáticas vinculadas a la lactancia materna y el puerperio. En cuanto a las dificultades, la más sobresaliente fue la irregularidad en la asistencia de las mujeres a los talleres, la dificultad para encontrar un modo de convocatoria que no sea puramente institucional (a través del CIC). Se intentaron varias estrategias como invitar “casa por casa” o mediante rondas en el barrio pero aún así fue difícil garantizar asistencia de mujeres y familias. Por ello algunas actividades previstas (como la realización de mapas corporales o la creación de una biblioteca de relatos de embarazos y partos) no pudieron ser realizadas. No obstante, la experiencia ha sido muy beneficiosa para la formación de las estudiantes de Obstetricia y nos proponemos darle continuidad en este curso.

**PALABRAS CLAVE:**

TALLERES, MATERNIDAD, EXPERIENCIAS, AUTOBIOGRAFÍA, ACOMPAÑAMIENTO.

Anexo 1: flyer para difusión comunitaria



- Flyer creado y distribuido en territorio para convocar a los talleres

# ***Rol del/la psicólogo/a en los abordajes de los tratamientos de fertilización asistida.***

**Un relevamiento acerca del apoyo psicológico brindado por los Centros de Fertilidad de CABA para personas gestantes y familias atravesando un tratamiento de Técnicas de Reproducción Humana Asistida.**

**Autora:** La Camera, Sofía Alejandra

**Email:** lcsofia@yahoo.com.ar

**Institución:** Universidad de Buenos Aires

**RESUMEN:** El propósito del presente trabajo es hacer un relevamiento acerca del rol de los y las Psicólogo/as Perinatales en Centros de fertilización asistida en CABA. Por un lado, indagar si trabajan de manera interdisciplinaria. Por otro lado, indagar si este apoyo psicológico a la persona gestante y familias que atraviesan un tratamiento de reproducción asistida es predominantemente durante la *búsqueda* de embarazo, *durante* el embarazo, o si se extiende una vez nacido el bebé.

Luego de relevar 5 (cinco) Centros privados, se concluye que el equipo de Psicología en ninguna de las Instituciones relevadas trabaja interdisciplinariamente, ya no que hay un dispositivo común compartido entre disciplinas, sino que las profesionales psicólogas son llamadas a veces a interconsulta por profesionales médicos. Esto es un resultado del marco epistemológico predominante que es la antagonía mente/cuerpo. Por otra parte, las consultas con el/la profesional de la salud mental son prenatales, es decir durante la búsqueda de embarazo. Muy pocas veces el seguimiento se extiende durante el embarazo, y en ningún caso después del parto. El concepto de *fragmentación*, es el que recorrerá todo este trabajo.

**Palabras clave:** Rol del psicólogo, fertilización asistida, interdisciplina, fragmentación.

### **Introducción:**

A partir de estas dos viñetas quiero transmitir lo que ha motorizado el tema de la presente investigación:

Viñeta 1: Paciente mía de 33 años, hace 4 años busca un embarazo junto a su pareja en un prestigioso Centro de Medicina reproductiva, a través de su prepaga. Llega a consulta psicológica de manera particular porque “el centro no me brinda el apoyo psicológico que necesito y estoy muy angustiada, hace 4 años buscamos y esta es la última transferencia que me van a hacer, es el último embrión congelado que nos queda”. “Los médicos me tratan como una máquina, ponete así, ponete asá, vení tal día, hacé la cola a las 4 de la mañana, no me siento contenida, *me dicen que no tengo nada que impida el embarazo pero no quedo*. Ya hace 4 años que buscamos y ya estoy agotada. Mi pareja es portador de HIV, está negativizado. Sus espermatozoides pasan por un lavaje para seleccionar los mejores con menos carga viral. Me dijeron que es mejor que sea in vitro, aunque mis óvulos están perfectos... aún así no logramos el embarazo, no es que los pierdo sino que ni siquiera quedo”.

Viñeta 2: Carolina fue mamá de Benito, quien nació a través de una fecundación in vitro por ovodonación y espermatozoides de la pareja de Carolina. La ovodonación fue el último recurso luego de 10 años de tratamientos sin éxito. A los 6 meses de nacido Benito Carolina queda embarazada de manera natural, sin planificarlo y sin esperarlo. Así fue como nace Milagros. Benito fue un bebé sumamente deseado, buscado, amado luego de tantos años de búsqueda y tratamientos infructuosos. Un día cuando Benito tenía 1 año y medio, Carolina caminaba por la calle con el niño y una mujer le dice al pasar, “qué lindo nene, ¡es igual a vos!” y Carolina entra en shock. Ella no se sentía su madre (sí de Milagros, que de verdad era igual a ella) y a pesar de haberlo gestado 9 meses, Carolina no concebía que Benito se podía parecer a ella. El niño desencadenó luego varios problemas gástricos y de constipación, y a pesar de estudios médicos varios no lograban “dar en la tecla”. En un momento se habló de Celiaquía y Carolina empezó a pensar si el problema podía venir hereditariamente de la mujer donante, pero ella no estaba preparada para abrir ese interrogante: la cuestión del origen que había estado hasta ese momento velada, se presentificó en Carolina y en el vínculo con Benito.

Expuestas estas dos viñetas, el propósito del presente trabajo es hacer un relevamiento acerca de cuáles son los Centros de fertilidad en CABA que incluyen dentro de su staff un profesional de la salud mental como parte íntegra del tratamiento y no como “anexo” del tratamiento, dando apoyo psicológico a las personas gestantes y familias que atraviesan un tratamiento de reproducción asistida, ya sea durante la búsqueda de embarazo, durante el embarazo, y un punto del que se habla poco: una vez nacido el bebé.

Desde una mirada holística, el cuerpo es la resultante de la historia emocional y psicológica de la persona<sup>11</sup>, sin embargo se desestima a veces un concepto tan básico como la relación cuerpo-mente, y que ambos constituyen un todo.

Precisamente esta “unidad” cuerpo mente, bajo una mirada holística, es lo que pretendo relevar en la modalidad de trabajo de los centros de fertilidad.

Como hilo conductor, el fantasma que recorre todos los niveles de análisis es la **fragmentación**: a nivel teórico, la escisión cuerpo-mente. A nivel de las prácticas en salud, la forma instituida de un sistema de Salud fragmentado (descentralización) y una Salud Mental divorciada de la Salud en general<sup>12</sup>. A nivel discursivo, ya sea en el discurso de los entrevistados, como así también en las viñetas que cité al comienzo, la inferencia de una sensación de aislamiento y fragmentación.

Sostengo que la articulación de estos niveles no “influyen” o repercuten en los sujetos, sino que los configuran.

Respecto a los centros relevados, en caso que NO tengan un profesional de la salud mental quedaría claro cuál es la relevancia que el Centro otorga al plano psíquico/emocional en tratamientos de TRHA; pero aún en los casos de que SÍ hubiera un profesional de la salud mental, propongo indagar cuál es la metodología de trabajo: si hay un genuino enfoque holístico de integración de todas las disciplinas trabajando en simultáneo (**interdisciplina**) o si el gabinete psicológico es tan sólo un “anexo” al tratamiento médico que, pese a las buenas intenciones, termina fragmentando al cuerpo en compartimentos estanco (**multidisciplina**)<sup>13</sup>. Esa fragmentación de las prácticas no es más que la fragmentación de las disciplinas, que no es más que la fragmentación de la

---

<sup>11</sup> Wechsler, Diana, Curso Doula Natal, módulo “Cuerpo”, pág. 3, Buenos Aires, Argentina.

<sup>12</sup> Stolkiner, A.: “Prácticas en Salud Mental” Revista Investigación y Educación en enfermería Vol. VI Nº1. 1987. Medellín, Colombia.

<sup>13</sup> ELICHIRY N.: La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodología transdisciplinaria. En “El niño y la escuela”, comp. Nora Elichiry. Nueva Visión, Buenos Aires, 1987

mirada, que no es más que la fragmentación del cuerpo y la mente y que opera como el nudo central de la cuestión.

## **2. Método: Guía de preguntas (orientativas) a las Instituciones (VER ANEXO)**

### **3. Relevamiento de Centros de Fertilidad/ Resultados**

He podido relevar los siguientes Centros: quedaron pendientes de relevo 4 centros más, con los cuales me contacté pero no recibí respuesta.

3.1 **CENTRO NÚMERO 1.** En su sitio web incluye el “acompañamiento psicológico” como servicio y deja el contacto de la psicóloga con quien me contacté.

“Trabajar interdisciplinariamente, esto es muy difícil”

“Yo recibo al paciente por *derivación* del médico o por pedido del paciente, las dos cosas”

“Estas consultas tienen un costo aparte, *no están incluidas en el tratamiento*, yo como psicóloga no estoy incluida en ninguna prepaga ni obra social”

“El equipo de salud mental no hace ningún seguimiento del embarazo ni después del nacimiento del bebé. Los pacientes que hacen transferencia conmigo generalmente continúan pero es una cuestión absolutamente privada y particular, no es un relevamiento del centro de fertilidad, es decisión del paciente que estableció un vínculo conmigo”

Es más frecuente la búsqueda de apoyo en la búsqueda del embarazo”.

### **3.2 CENTRO NÚMERO 2.**

Cuestionario respondido por vía mail.

“El Centro NO cuenta con un psicólogo/a dentro del equipo. Ante la detección de necesidad de apoyo psicológico derivamos a Psicología fuera de la institución. Motivos más frecuentes: Cuando hay donación de gametos o gestación solidaria. Instancia más frecuente: Durante los tratamientos en busca del embarazo”.

### 3.3 CENTRO NÚMERO 3

“Soy integrante del staff como psicóloga desde hace 10 años. Hay diferentes canales de atención y la demanda viene de diferentes lugares: *entrevistas de protocolo*, desde la Institución, para casos de donación de gametos, renuncia genética, gestaciones por sustitución, en estos casos hay evaluación previa. Luego están las *demandas particulares*, quien requiere o quien demanda un tratamiento psicoterapéutico para atravesar el tratamiento de fertilidad.

El trabajo es interdisciplinario, a veces las reuniones son formales y a veces informales, en general son más los médicos que te llaman para hablar de sus pacientes. Hay ateneos clínicos e intercambios a través de mails, y otras veces reuniones más ‘de pasillo’ “ .

“Las consultas se abonan aparte”

“Yo hago seguimiento pero la mayoría de la paciente que hacen acompañamiento psicológico durante los tratamientos de fertilidad cierran el tratamiento cuando termina el tratamiento de fertilidad. La búsqueda de apoyo psicológico mas frecuente es en la búsqueda de embarazo, después la demanda se va discontinuando a medida que transcurre el embarazo, nacimiento, etc”

### 3.4 CENTRO NÚMERO 4

Cuenta con una psicóloga dentro del equipo.

“Tenemos el servicio de Unidad psicológica dentro de la clínica, soy la única psicóloga dentro de la clínica, las pacientes llegan o por derivación de los médicos o también por las redes sociales”

“En la unidad de psicología trabajamos con terapia individual, terapia de pareja, talleres , grupos para pacientes y damos charlas de algún tema en particular como ser gestión de emociones, ovodonación que muchas veces ayudan a nuestras pacientes a atravesar mejor el tratamiento que les toca.

Las razones más frecuentes de necesitar apoyo el impacto emocional que genera la búsqueda de este hijo que no llega. Por lo general ansiedad, tristeza o pacientes que llegan a desarrollar un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. La toma de decisiones, cómo seguir con el tratamiento, sobre todo cuando hay donación de gametos, dudas, fantasías, miedos.

*Las consultas tienen un costo aparte salvo en los tratamientos privados por ovodonación que tiene una consulta psi incluida.*

### **3.5 CENTRO NÚMERO 5**

No cuenta con un profesional de la salud Mental dentro del staff. No han accedido a responder el cuestionario.

## **4. Análisis de los resultados**

### **4.1 Marco teórico hegemónico y Salud Mental**

"¿Sabés cuándo nos llaman a nosotros? Cuando no se sabe qué hacer con el paciente, que creo que esto lo compartimos con casi todas las instituciones. Cuesta mucho" (Psicóloga de adultos).

He decidido abordar estos temas agrupados, dado que el marco teórico hegemónico se articula plenamente con cómo se piensa la Salud y Salud Mental, y el modo de abordaje de las enfermedades. Dentro de los factores aislados que "influyen" en la Salud, la Salud *Mental*, o lo "emocional" sería uno de ellos, sin lograr establecerlo como un factor entrelazado junto con el resto en la configuración de un sistema.

El discurso común es el multicausal, que deriva en un abordaje multidisciplinario, y se mantiene claramente enraizado al modelo hegemónico que explica la enfermedad como causa de un *agente externo*, que vendría a perturbar la salud como estado original y natural del hombre. "Lo psicológico/emocional" vendría a hacer una de las múltiples causas, divorciadas entre sí, de lo que se encargaría la Psicóloga.

Las continuas referencias a lo multicausal, "el staff tiene psicóloga" "me lo derivan el médico" "el paciente llega cuando...", la Salud Mental sigue siendo concebida como "una parte" de la Salud, y no como entrelazada. Esto se ha pesquisado claramente y por supuesto se refleja en el modo de abordar la salud/enfermedad. Es decir, conlleva todo un marco epistemológico.

### **4.2 Lo macro, lo meso, lo micro. Niveles de análisis**

En la introducción hablé de **fragmentación** como hilo conductor en todos los niveles de análisis.

Sitúo a lo económico como nivel macro, a lo institucional como nivel meso, y a lo discursivo como nivel micro. Según la propuesta del pensamiento complejo de Morín, sería el entrelazamiento de lo Social, lo Institucional y lo personal.<sup>14</sup>

En lo económico (*macro*), la *descentralización* es un aspecto fundamental para comprender la concomitante *fragmentación* del sistema de Salud y del déficit de políticas integrales y unificadas en Salud. El Estado deja de ser el organismo rector de políticas de salud *unificadas* y abre paso al sector privado (obras sociales y prepagas), transformando lo que es un derecho en una mercancía. La salud queda librada así a las leyes de oferta y demanda. Un sistema rector y unificado de políticas en salud se fragmenta.

A nivel *meso* (lo institucional), aquí entra el relevamiento. La psicóloga como un gabinete anexo, probablemente un cartel colgado en una puerta, cuyas consultas, charlas, o talleres, tienen un arancel aparte, no incluido en los costes del tratamiento: es decir no está pensado como un componente activo e integrado al tratamiento sino destinado a quien pueda/quiera abonarlo.

A nivel micro, el impacto en la subjetividad expresado en la viñeta 1 (fragmentación del cuerpo), y, me atrevo a decir también en la viñeta 2 se da una escisión (psíquica), esa madre no se reconoce allí donde la convocan como tal: Fue un cuerpo gestante (por ovodonación) pero no puede pensarse como Madre.

## **5. Conclusiones/ Comentarios finales**

### *5.1 No entiendo que haya un trabajo interdisciplinario en las Instituciones relevadas.*

Prestando atención al discurso de las entrevistadas, podemos inferir cómo claramente se considera la enfermedad a partir del modelo multicausal: El hecho de considerar lo "psicológico" como "muy importante" o "influyente" es un gran avance con respecto a las explicaciones meramente orgánicas, pero sigue aún atado a un modelo que despliega múltiples factores causantes pero sin que haya una interdependencia entre ellos, sino una mera "sumatoria". La enfermedad, en este caso las problemáticas asociadas a la (in)fertilidad advendría como resultado de una sumatoria de factores aislados, divorciados entre sí, entre los cuales se incluye a "lo psicológico", entendido como "lo emocional". La incumbencia de la Psicóloga sería contener, e indagar sobre los factores no visibles, no orgánicos, que puede influir o intervenir en el proceso

---

<sup>14</sup> MORIN, Edgar, "Introducción al pensamiento complejo", trad. de Marcelo Pakman, Barcelona, Gedisa, 2005

de la gestación. Pero lejos de constituir un trabajo en equipo, entendido como interdisciplinario, se deriva a la psicóloga cuando la disciplina médica hace tope (es decir ante la insuficiencia de la propia disciplina), o como último recurso cuando el paciente "no tiene nada". Habría que analizar este "nada". Sería más apropiado decir "ninguna lesión observable". A mi modo de entender, el equipo de psicología en ninguna de las Instituciones relevadas trabaja interdisciplinariamente, aunque haya buena voluntad, ya no que hay un dispositivo común compartido entre disciplinas, sino que a veces son llamadas a interconsulta por profesionales médicos. Esto es un resultado del marco epistemológico predominante que es la antagonía mente/cuerpo. Y esto se manifiesta en muchas formas discursivas como decir que lo emocional "recae" sobre el cuerpo, "afecta" al cuerpo, y no que lo emocional "es" el cuerpo, es decir, no deja de marcar la división.

Como es de esperar, de cómo se considere la enfermedad dependerá el tipo de tratamiento. A una mirada multicausal, le corresponde un abordaje multidisciplinario, que fragmenta al sujeto en esferas al modo de compartimentos estanco, de manera que cada disciplina tiene la tarea de encargarse del que le corresponde, por su supuesto de manera fragmentada, independiente, porque sigue la misma lógica de la multicausalidad.

Es cierto que todas las entrevistadas hablan del individuo como una "totalidad", y reconocen la insuficiencia de una sola disciplina para abordar las demandas que se le presentan, pero esto no significa que trabajen interdisciplinariamente.

"Factores emocionales *que influyen*", "uno no es solamente el cuerpo, también la mente *forma parte*, una parte muy importante" son frases que escuchamos a menudo, aunque a mi entender falta todavía para articular los múltiples factores que proponen. Falta, precisamente, un *dispositivo común*, compartido entre disciplinas, entre todas las especialidades. Las especialidades se encuentran desmembradas concomitantemente con los dispositivos de abordaje, y en última instancia con el desmembramiento del sujeto.

Asegurar la unidad e indivisibilidad de las tareas terapéuticas, integrando en una sola red o cadena a todos los equipos del Sector, asegurando la unificación y coherencia del equipo, parece ser al día de hoy una utopía.

## *5.2 Instancias que faltan y que mejorarían la calidad de la atención:*

### *1 ) Falta de formación interdisciplinaria en profesionales de la Salud.*

Es un punto central en la formación de profesionales, sin distinción de disciplinas. No estamos entrenados para pensar un caso interdisciplinariamente y ver un paciente como un "todo".

II) Falta de *acompañamiento psicológico/seguimiento durante el embarazo y luego del nacimiento: Un aporte que haría desde la Psicología Perinatal.*

En todos los casos el acompañamiento psicológico está pensado para la instancia de búsqueda de embarazo por TRHA y recortado a ella, no así para la instancia del embarazo y luego del nacimiento del bebé nacido por TRHA<sup>15</sup>. En estos últimos dos casos hay tratamiento si el/la paciente lo solicita, pero esto es particular, por supuesto tiene un costo aparte y queda por fuera del abordaje institucional de “protocolo”. Este punto a mi entender es central: el seguimiento por parte de la clínica tanto en el embarazo como luego del nacimiento (por lo menos hasta el primer año de vida del bebé) debería -según mi punto de vista-, ser protocolo, teniendo en cuenta todas las formaciones psíquicas reactivas que pueden aparecer en estos dos períodos, aún más cuando hay donación de gametos, renuncia genética, gestación solidaria.

## **6.Referencias bibliográficas**

Elichiry N.: La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodología transdisciplinaria. En "El niño y la escuela", comp. Nora Elichiry. Nueva Visión, Buenos Aires, 1987

Morin, Edgar, “Introducción al pensamiento complejo”, trad. de Marcelo Pakman, Barcelona, Gedisa, 2005

Stolkiner, A.: “Prácticas en Salud Mental” Revista Investigación y Educación en enfermería Vol. VI N°1. 1987. Medellín, Colombia.

Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elichiry (comp.), El niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio (313-317) Buenos Aires, Nueva Visión.

Stolkiner, A. (2005, Octubre). Interdisciplina y Salud Mental. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy, Posadas.

Wechsler, Diana: “Cuerpo”, Curso Doula Natal, Buenos Aires, Argentina.

---

<sup>15</sup> Un comentario personal que puede aportar a este tema: Cuando inscribí el nacimiento de mis dos hijos tuve que declarar que NO habían nacido por TRHA. Imagino que para una persona/familia que trajo un hijo al mundo a través de estas técnicas, este primer impacto una vez nacido el bebé puede abrir la puerta de la cuestión del origen y no sabemos cuán preparado se está para eso.

ANEXO: CUESTIONARIO 1. ¿Cuentan con un profesional de la Salud Mental dentro del equipo para dar apoyo psicológico a mujeres y familias que asisten a su Institución? Si /NO

**Si es afirmativo solo responder el apartado 2.**

**Si es negativo responder el apartado 3.**

#### Apartado 2

- ¿Cómo trabaja el psicólogo/a? Es el profesional médico tratante el que sugiere/deriva una interconsulta psicológica o surge por demanda espontánea del paciente?

-¿Se reúnen psicólogos y médicos a pensar los casos de manera conjunta?

- Estas consultas ¿tienen un costo aparte para la mujer y/o familia o vienen incluidas en los costos del tratamiento de fertilización asistida?

- ¿Cuáles son las razones más frecuentes por las cuales una mujer y/ o familia que atraviesa un tratamiento de TRHA llega a necesitar apoyo Psicológico?

- ¿El psicólogo/a hace un seguimiento durante el embarazo y después del nacimiento del bebé ( posparto-puerperio)?

- ¿En qué instancia es más frecuente la búsqueda de apoyo psicológico ? Durante la búsqueda de embarazo, durante el embarazo, o después del nacimiento del bebé (puerperio)?

#### Apartado 3

-Si su Institución NO cuenta con un profesional de la salud mental dentro del equipo, ¿ cómo se manejan ante la detección de que un mujer y/o familia necesita apoyo psicológico?

- ¿Sugieren a la mujer y familia una consulta psicológica por fuera de la Institución?

- ¿Cuáles son las razones más frecuentes por las cuales una mujer y/o familia que atraviesa un tratamiento de TRHA llega a necesitar apoyo Psicológico?

- En que instancia es más frecuente la búsqueda de apoyo psicológico? Búsqueda de embarazo, durante el embarazo, o después del nacimiento del bebé (puerperio)?

## **Una mirada sobre las construcciones familiares a través de TRHA en la diversidad**

### **Autor/es:**

Ojeda, Alicia Verónica

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

lic.aliciaveronicaojeda@gmail.com

### **Institución:**

Universidad de Buenos Aires

### **RESUMEN:**

El presente artículo aborda el camino, sinuoso, que deben atravesar las diversidades familiares en la construcción de sus proyectos de ampliación familiar. En la actualidad, en Argentina, aun contando con legislación asentada en los niveles más altos de los códigos que regulan la vida de las personas, formar una familia para las diversidades continúa siendo motivo de lucha. Que sea mediante TRHA no es la excepción y es el objeto del presente trabajo. Nos centraremos en la familia homomarental y sus dificultades para acceder a las coberturas médicas correspondientes, los duelos a atravesar, la importancia del modo en que se transite el camino, el papel de lo social y nuestro rol como psicólogos, profesionales de la salud mental, en el acompañamiento de estos procesos.

### **PALABRAS CLAVE:**

diversidad, familia, infertilidad, rol del psicólogo, TRHA

### **Introducción**

La familia, sus modelos y modos de organización, ha experimentado cambios, transformaciones y mutaciones que en nuestro país, incluso, han adquirido el estatuto legal. "Actualmente, el modelo de familia nuclear convive con organizaciones familiares diversas, las cuales encuentran un espacio en el

que pueden desarrollarse con menor estigmatización y una creciente apertura". (Navés et al., 2020)

El modelo de familia nuclear, tradicional, formado por una mujer y un hombre sostuvo y se sostuvo en las sociedades modernas, regidas por una lógica heteronormativa patriarcal. El sexo estaba directamente ligado a fines reproductivos y, por ende, la filiación al coito heterosexual. La visibilización de las diversidades, a través de la incansable lucha que los colectivos LGTBIQ+ han llevado adelante, y al día de hoy continúan/continuamos militando, se ha concretizado en la ganancia de derechos de igualdad ciudadana. Todas las identidades son pasibles de ser (aunque suene redundante) y cada una de ellas tiene el derecho de formar una familia, tal y como cada quien la entienda y desee. La procreación deja de estar ligada exclusivamente al sexo y las fuentes filiatorias se amplían así como los lazos de parentesco.

A la par de estos avances socio-político-jurídicos la ciencia médica y los avances tecnológicos, a través de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, se convierten en herramientas válidas para llegar a concretar el deseo de la mapaternidad.

"En efecto, coexisten hoy familias monomarentales, monoparentales, pluriparentales, homoparentales, ensambladas, con triple filiación y heterosexuales con dificultades reproductivas (...) conformadas todas ellas por hombres y mujeres con voluntad procreacional(...)" (Ibídem). En el presente trabajo nos proponemos reflexionar sobre el camino a la mapaternidad por gestación a través de TRHA en familias diversas, específicamente homomarentales. Las dificultades para el acceso a las coberturas, los duelos a atravesar propios de la infertilidad estructural por la organización familiar, los posibles duelos a transitar propios de la infertilidad en tanto tal, esa que suele aparecer sin ser invitada en plena construcción del proyecto familiar y la importancia y necesidad del cuidado de la salud mental en estos procesos por su impacto subjetivo.

Con la finalidad de un acercamiento a las vivencias en primera persona que invitan a la reflexión teórica, nos serviremos de algunos recortes surgidos de un Instagram Live desde la cuenta @quemepartaunmilagro de Maru Pesuggi, comunicadora y divulgadora en fertilidad desde su propia experiencia, con dos mujeres miembros de parejas igualitarias que atraviesan la búsqueda de gestar un hij@.

"Caminante no hay camino"

La visibilización y legitimación de las diversidades familiares es uno de los movimientos socio político y jurídico más significativos y de impacto en la vida de las personas de los últimos tiempos. Ampliar y crear derechos no solo nos posibilita hablar de libertad en términos de construcción de la ciudadanía sino que también, y fundamentalmente, en términos de habilitar subjetivamente.

Con la entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación en el año 2015 ingresan en el marco de "lo legal" las diversidades familiares, nombrando como tales y por ende dándoles entidad a organizaciones familiares que distan del modelo tradicional. En línea con el principio de autonomía personal contenido en el Art. 19 de la Constitución Nacional Argentina, a saber que toda persona mayor de edad con discernimiento, intención y libertad puede escoger el plan de vida que mejor se corresponda con sus ideales, siempre que no cause daños a terceros, debiendo ser absolutamente respetada esa elección, la formación de una familia se constituye como un derecho.

Las relaciones de familia y parentesco se ven así transformadas y ampliadas. Se rompe con la relación lineal entre sexo, entendido como coito heterosexual, y reproducción. Se constituye como tercera fuente de filiación a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) a través de la voluntad procreacional mediante el consentimiento informado. Y, sin lugar a dudas, todos estos movimientos tienen un impacto en la subjetividad de la época.

Los cambios introducidos en el Código Civil junto a las leyes de identidad de género, matrimonio igualitario, reproducción médicamente asistida, amplían derechos e igualan ante la ley, posibilitando (al menos en teoría) el acceso a los medios necesarios para llevar adelante un proyecto familiar.

Ahora bien, como el dicho popular establece, "del dicho al hecho, hay un largo trecho". Y en esta temática, y a pesar de legislaciones vigentes, no deja de haber un atravesamiento de y por la lógica capitalista, llegando a convertirse un derecho en un privilegio de clase.

Ely (@nuestroviajeaIndia) es una usuaria de TRHA, miembro de una pareja igualitaria. Para llegar a una gestación tuvo que someterse a técnicas de baja complejidad así como de alta complejidad. Pero para acceder a los tratamientos que le correspondían a través de su cobertura de salud tuvo que luchar y exponer su intimidad, no sin antes gastar junto a su pareja mucho dinero en tratamientos de modo particular.

"Nosotras hicimos visible nuestra lucha por toda la parte de la burocracia, la burocracia que nos presentaban las obras sociales y demás. Nosotras hicimos catorce tratamientos de baja e hicimos cuatro transferencias. Para poder entrar a FIV levantamos un video para que nuestra obra social nos cubra al 100 % porque nos habían respondido que por ser pareja igualitaria no nos podían

cubrir al 100. (...) Nosotras habíamos atravesado ya catorce de baja, privado, no por obra social. Entonces imagínense que pagar un abogado no estaba a nuestro alcance (...) nos costó un montón hacer ese video, a la hora de poner enviar la pensamos una y un millón de veces (...) La intimidad de nuestra familia se abrió y fue horrible, nosotras estamos sumamente agradecidas (...) el primer día que nosotras fuimos a la farmacia por un ácido fólico el farmacéutico sabía que nosotras estábamos en un tratamiento de fertilidad (...) Si bien hoy nosotras estamos donde estamos gracias a la red y al apoyo de toda la gente, no debería haber sido así".

Podemos ver a través de esta historia como, al menos, dos artículos de la Ley de Reproducción médicamente asistida son anulados. "Tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, toda persona mayor de edad que, (...) haya explicitado su consentimiento informado.(...) (Ley 26.862 Art. 7. 2013)

"El sector público de salud (...) así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida (...) Quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios. (Ley 26.862 Art. 8. 2013) Cabe mencionar el gran negocio, sin intención de ser disimulado, que algunos profesionales e instituciones arman en torno al deseo.

"Cuando nosotras pedimos las cosas para entrar a FIV claramente previamente fuimos a ver al médico que nos iba a hacer la FIV...por cinco pesitos más, por diez pesitos más, por mil...por mil dólares...mil quinientos dólares...nada, una orden mil quinientos pesos, dos mil pesos y bueno, no sé, alta complejidad será así que se yo..."

Así mismo esta lógica comercial se retroalimenta junto a las diversas demandas que no tienen que ver exclusivamente con una necesidad sino que son del orden de una elección guiada por otros diversos motivos, por ejemplo los bancos de donantes no anónimos o con finalidad de matching no sólo fenotípico sino también de competencias. Esta línea de reflexión excede al presente trabajo.

Kari (@2mamasyamal\_arg) por su parte relata:

"A nosotras lo que nos pasó en una primera instancia es que nos encontramos con el NO en todos nuestros servicios de salud. Teniendo tres servicios de salud. Yo tengo obra social y prepaga y Mariana tiene otra obra social. En los tres servicios de salud nos dicen que no porque nosotras pedimos de entrada el método ROPA que es el método por el cual la pareja puede participar activamente del proceso. Una pone el cuerpo, una sería la gestante, y la otra pone los óvulos. Y obviamente la muestra de semen. (...) Nosotras estuvimos 2 años golpeando oficinas. Primero porque no teníamos la disponibilidad económica para ir y pagar un abogado privado, entonces recorrimos las instituciones gratuitas; primero la Superintendencia de servicios de salud, defensoría del pueblo, defensoría LGBT, consumo protegido... todos los reclamos habidos y por haber desde lo gratuito, lo hicimos. (...) Estuvimos 2 años hasta que pudimos empezar el primer tratamiento y porque terminamos desembolsando y pagando un abogado privado. A los 2 meses teníamos todo resuelto después de 2 años de golpear oficinas de entidades públicas".

Sin dudas podemos incorporar al listado de situaciones que generan estrés y ansiedad a las que están expuestas las personas usuarias de TRHA, todas las relativas a la cuestión burocrática como la descrita. De hecho, por allí comienzan casi todas las historias de, cómo en este caso, las familias homomarentales. Si bien, en general, la pelea por las autorizaciones con los servicios de salud suele ser una constante en toda la población usuaria, con aquellas personas que están por fuera de una pareja heterosexual dichos servicios de salud parecen ser aún más creativos en cuanto a excusas y trabas, todas ellas por fuera de la ley.

Quizá, también, y aunque el cambio social sea crecientemente palpable, engrosan esta lista las miradas estigmatizantes y cuestionadoras en la línea de la defensa, sostenida en lo religioso o lo moral, de la familia tradicional. Entendemos a las TRHA como una valiosísima mediación instrumental frente a una imposibilidad estructural de concepción en diversidades familiares. "Desde el enfoque psicoanalítico lacaniano, la familia es la matriz estructurante de la constitución humana que sigue vigente más allá de la fenomenología que adquieran las actuales constelaciones familiares, a las que podemos llamar modificaciones en lo simbólico. Éstas últimas son contingentes, epocales y en nuestros tiempos está fuertemente afectada por la biotecnología" (Ormart & Abelaira, 2020).

Desde nuestro posicionamiento como profesionales de la salud mental, en una práctica clínica orientada por la ética psicoanalítica, no deberían quedar dudas sobre que madre y padre son funciones, con todo lo que eso implica, y que

para que un cachorro humano devenga sujeto es necesario un deseo que no sea anónimo, un otro en disponibilidad libidinal, así que nada importa el género (ni el sexo biológico, ni la elección sexo-afectiva, etc.) de quienes conforman esa unidad familiar.

Es importante pensar también que quienes recurren a TRHA transitan más situaciones de duelo que quienes no recurren a ellas. Si bien en el caso de las familias homomarentales hay una infertilidad estructural que pudo ser elaborada con anticipación, quizá no sólo no fue finalizado ese trabajo de elaboración del duelo, sino que quizá también se enfrenten a la infertilidad funcional, esa que aquí denominamos "infertilidad en tanto tal".

"Cuando nos dan el Sí y podemos arrancar, la felicidad fue como que ya estábamos embarazadas (...) hicimos la transferencia en fresco y no quedamos en el primero. El primer negativo es así como ¡Pfffff! Durísimo. Nosotras creíamos que después de 2 años de lucha en el primer intento iba a quedar, nos lo merecíamos, estaba todo bien, las condiciones estaban dadas...¡la ilusión que nosotras teníamos de ese primer intento!...yo creo que todo el mundo pero nosotras pensábamos que después de tanta lucha no sé si el de arriba, el de abajo, el de la izquierda, el de la derecha, no sé quién pero nos tenía que tocar. Y fue duro. El primero fue un golpe bajísimo que tuvimos el negativo y ahí, primer negativo, segundo negativo hicimos otra transferencia también, ahí fue cuando yo dije 'Che, pará! Aparte de la parte burocrática posta que está la infertilidad también acá. Fue la primera vez que yo me encontré con la palabra infertilidad de verdad, la sentí propia".

El duelo es la reacción emocional frente a la pérdida, pérdida en sentido general, de un objeto concreto o abstracto. El aparato psíquico tiene que realizar un enorme trabajo desarmando pieza por pieza los lazos que unen al sujeto con aquello que ha perdido. "el objeto resulta entonces tener una existencia tanto más absoluta cuanto que ya no corresponde a nada que exista"(Lacan, 1958-59).

La vivencia de infertilidad sumerge a quienes la transitan en una "montaña rusa emocional". Muchas veces incluso antes de recibir un diagnóstico, debido a que hay situaciones en las que los primeros indicadores de una problemática de infertilidad son pérdidas gestacionales, y posiblemente durante el recorrido por los tratamientos de fertilidad, las personas usuarias atraviesan diferentes situaciones de duelo. Duelo por la infertilidad, duelo genético, duelo gestacional, duelo perinatal. Cada inseminación, transferencia, "beta", que resultan negativas implican un trabajo de duelo. Toda y cada vez se pone en juego una ilusión, un proyecto, un deseo.

Todos estos duelos son frecuentemente silenciados, tratados como tabú en la sociedad y por eso mismo transitados muchas veces en soledad. Es necesario marcar que no pocas veces estas vivencias son atravesadas en un marco de violencia (institucional, profesional), minimización, invisibilidad, que resultan, de mínima, en obstáculos para un duelo sano. El acompañamiento por profesionales de la salud mental, con el fin de su cuidado y preservación, no puede no ser pensado como necesario frente a este torbellino de vivencias y emociones. Transitar el mundo de la in-fertilidad del modo más saludable posible para todos los involucrados en el proyecto familiar puede ser pensado como un objetivo del acompañamiento psicológico en el ámbito de las TRHA. Teniendo siempre como horizonte la singularidad de los sujetos.

"Más allá de todo esto que nos llevó a estar en tensión todo el tiempo tratamos de disfrutarlo porque cada inyección era un mimo, yo le hablaba y les decía los huevitos, 'vamos los huevitos', 'crezcan los huevitos' y todas las noches hablarle a la panza para que crezcan esos óvulos. Tratamos de ponerle, dentro de lo frío que es un tratamiento de fertilidad, ponerle nuestra cuota de romanticismo y de amor al proceso".

Si bien el concepto no pertenece al marco teórico psicoanalítico, este recorte nos invita a pensar sobre afrontamiento y su rol protector (o no) de la salud mental. (...)“esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984). Si bien su puesta en marcha no garantiza el éxito “sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento”. (Macías et al., 2013). El profesional de la salud mental va a encontrarse con estilos de afrontamiento más o menos adaptativos y a lo largo del recorrido a acompañar podrá ir descubriendo junto al sujeto recursos (disponibles o a generar) y estrategias para hacer frente a las diferentes situaciones que se vayan transitando. En la viñeta anteriormente citada podemos observar estrategias de afrontamiento basadas en las emociones, significar con ternura los procedimientos, el acto de nominar de un modo que ponga cierta distancia con lo médico-biológico, “romantizar” el proceso de modo que prime en la escena el deseo y el amor, regula las emociones negativas asociadas al elemento estresor.

Por otro lado, tomando el hecho de que las historias relatadas en el presente trabajo fueron realizadas en una transmisión de la red social Instagram desde un usuario que nuclea a personas en torno a la temática de la in-fertilidad, cabe mencionar la importancia y el impacto, que tiene poner en palabras, transmitir las experiencias, las vivencias. No sólo es una pequeña lucha ganada al

silenciamiento, al tabú, a la estigmatización, a la victimización, al aislamiento y exclusión, sino que también permite significar y resignificar la historia propia.

“La actividad de narrar, comunicar y poner en circulación a través de discursos no se restringe a una mera consignación de lo existente, sino que las experiencias a nivel subjetivo y colectivo de las personas son posibles al menos parcialmente gracias al rol detentado por esos mismos relatos” (Ariza, 2014).

"Se hace camino al desear...y luchar"

El camino hacia la mapaternidad suele estar, en general, romantizado. Y, en términos generales, limitado a la heteronormatividad. El imaginario colectivo no habla de tiempos, de dificultades, de frustraciones. Esta realidad suele visibilizarse cuando toca transitarla. Los obstáculos y las trabas parecen incrementarse cuando el proyecto familiar excede los cánones de lo tradicional. Las diversidades familiares, tal es el caso de parejas igualitarias con un proyecto familiar homomarental como tomamos en el presente escrito, parecen incrementar la originalidad de aquellos efectores de servicios de salud que lejos de facilitar la parte burocrática de una vivencia de por sí trascendental, la convierten en un fuerte estresor. Andar y desandar el camino de la infertilidad pone en juego un vendaval emocional. Ilusión, esperanza, ansiedad; tristeza, frustración, soledad. Duelar, y hacerlo sanamente, es una necesidad. Acompañar, para que estos procesos sean transitados del mejor modo posible, puede ser pensado como nuestro rol como psicólogos. Hacerlo desde una ética del sujeto, es sin dudas nuestra responsabilidad.

Visibilizar la/s mapaternidad/es reales y diversas, y los modos, también reales y diversos, para llegar a ella/s puede ser (y estamos convencidos que lo es) el camino para derribar mitos, normatividades, deconstruir "realidades", que tanto sufrimiento subjetivo traen.

Que el secreto y el silenciamiento se hagan voz, que se cumplan y respeten las leyes, para que ningún proyecto familiar se vea posibilitado o imposibilitado por variables económicas, ni tenga que ser gestado en soledad.

### **Referencias bibliográficas**

- Ariza, L. (2014) La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana No 18, 41-73  
[www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org)
- Lacan, J. (1958-59) Seminario 6. El deseo y su interpretación, (pp. 371). Paidós.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. (pp.164) Springer.
- Ley 26.862. Reproducción médicamente asistida. Buenos Aires, Argentina, 05 de Junio de 2013.  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>
- Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., Zambrano, J. (2013) Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 1, 123-145  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Navés, F., Alaniz, R. y Rossi, P. (2020) Género y familia(s) a la luz de las TRHA. En Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida. (pp. 10). Nueva Editorial Universitaria.
- Ormart, E. & Abelaira, P. (2020) Clínica Psicoanalítica en la Infertilidad: Epigenética y Duelo. Revista Universitaria de Psicoanálisis No 20, 46.  
[http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos\\_completos/revista20/ormart.pdf](http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista20/ormart.pdf)
- [https://www.instagram.com/tv/CRIV-IPhTCw/?utm\\_medium=copy\\_link](https://www.instagram.com/tv/CRIV-IPhTCw/?utm_medium=copy_link)

## **El rol del psicólogo/a perinatal en el abordaje de pacientes receptoras de gametos femeninos donados. Deseo, Bioética y derechos del recién nacido/a.**

### **Autor/es:**

Lic. Viñas Nuñez, Noelia

Lic. Guerreirinho, María Mercedes

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

noeliavn@gmail.com

Institución:

Trabajo Independiente

## **RESUMEN**

Este trabajo se centrará en reflexionar acerca de la complejidad del rol del psicólogo o psicóloga perinatal y su posicionamiento ético en el acompañamiento psicoterapéutico de pacientes receptoras de gametos femeninos donados.

En la República Argentina, la donación de gametos femeninos es anónima y de régimen semicerrado, lo que significa que la identidad de las donantes no puede ser revelada a las receptoras. Solo podrá accederse a información no identificatoria.

La perspectiva bioética es fundamental en el tema de la donación de gametos y la reproducción asistida. Creemos que el psicólogo perinatal no debería desestimar su valor e importancia en las intervenciones con estas pacientes. Sabemos que el uso de gametos de donantes desconocidas puede generar conflictos intersubjetivos, psicológicos y dilemas éticos para las receptoras.

En muchas ocasiones el deseo en las pacientes receptoras de gametos femeninos está mayormente enfocado a la búsqueda de un embarazo, no pudiéndose proyectar más allá de ese momento vital. Será fundamental indagar la pregunta por el deseo en estas mujeres. ¿Deseo de qué?, ¿de embarazo, bebé o de hijo/a? Es un importante desafío y apuesta psicoterapéutica para el o la psicólogo/a perinatal, desde una mirada bioética, introducir en las consultas con pacientes receptoras el derecho a la información de las personas nacidas por donación de gametos. De la complejidad de trazar las líneas para que emerja un sujeto más allá de un embarazo hablaremos en este trabajo.

PALABRAS CLAVE: Psicología Perinatal – Rol del psicólogo en TRHA – Bioética – Derechos del nacido/a – Deseo

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país en el año 2015 se sancionó el nuevo código civil que estableció en el art. 562 que, en el caso de las TRHA, la filiación queda determinada por la voluntad procreacional y, en el art. 564, que se concede el derecho a las personas nacidas concebidas por técnicas heterólogas el acceso a la información identificatoria del o la donante por vía judicial “por razones fundadas”.

Si bien el derecho a la información está establecido por ley y la persona concebida a través de técnica heterólogas puede acceder a este, serán las familias receptoras las que deberán informar a su hijo/a y a las autoridades que registren dicho nacimiento, acerca de los orígenes genéticos.

La información sobre el origen genético del recién nacido está incluida en el consentimiento informado, contrato que se firma entre usuarios y clínicas de reproducción asistida que establece derechos y obligaciones de las partes. Pero las familias podrán presentarlo, o no, según su voluntad a la hora de registrar el nacimiento. Esta información deberá ser incluida en el legajo base de la persona al momento de registrarse su nacimiento. Es así que el relevamiento de la información acerca de los orígenes genéticos del hijo/a dependerá de la decisión personal de los padres. Por tal motivo psicoeducar en esta línea nos parece fundamental para garantizar ante todo los derechos de las personas nacidas por estos procedimientos.

Consideramos que desde su enfoque preventivo y psicoeducativo la psicología perinatal puede introducir desde las entrevistas preliminares a receptoras de gametos la pregunta acerca de la revelación de los orígenes genéticos y procreacionales a su futuro hijo/a. Indagar si es este un tema en el que ya han pensado o no, profundizar en la figura de la donante y las fantasías que aparecen en torno a ella, psicoeducar acercando también las cuestiones normativas y legales sin olvidar las preguntas pertinentes a pesquisar el lugar del deseo en este derrotero. Cuando se abre la posibilidad a lo que antes era imposible de conseguir, “ lo que es posible se convierte en objeto de un deseo. Incluso se lo puede querer a toda costa. Se puede pasar del deseo al querer. Hasta hacer de lo posible un deber” (Ansermet, 2018, p. 15)

## EJES TEMÁTICOS

Como eje central tomaremos el rol del psicólogo/a perinatal en el abordaje de pacientes receptoras de gametos femeninos donados. Para poder reflexionar

sobre esta temática la transversalizaremos con otros ejes secundarios: Bioética y Deseo. En cuanto a la bioética acentuaremos su relevancia en el ámbito del tratamiento o asesoramiento a pacientes o consultantes que atraviesan por técnicas de reproducción asistida. Pondremos foco, asimismo, en el conocimiento o desconocimiento de los derechos de los nacidos por técnicas de reproducción asistida.

Respecto a las motivaciones subjetivas de las receptoras, tomaremos como eje el lugar del deseo en el proyecto parento-filial y procreacional. ¿Deseo de qué?. Porque nos interesa pensar en el deseo, porque es desde allí que podemos reflexionar el espacio al cual ese nuevo ser va a advenir.

## NUESTRO OBJETIVO

El propósito de este trabajo será compartir con la comunidad de colegas del área perinatal ciertas especificidades y desafíos del rol del psicólogo perinatal en el ámbito de la reproducción humana asistida. Indagar por el deseo de hijo, no sólo implica como profesionales de la salud mental trabajar con las fantasías, temores, historias y deseos de nuestros pacientes o consultantes, sino que también en nuestro rol estamos llamados a actuar como sujetos éticos que promuevan acciones que garanticen el cumplimiento de los derechos que tienen las personas. ¿Cómo introducir el aspecto bioético respetando las creencias, valores y deseos de las mujeres receptoras?. Asimismo, psicoeducar sobre los derechos del futuro hijo/a promoviendo el decir por sobre el ocultamiento, nos interpela en cuanto a las aristas complejas respecto a nuestro lugar de influencia en las acciones de quienes nos consultan. Consideramos que la brújula será no olvidar los pilares del buen quehacer profesional: actualización, propio análisis y supervisión de los casos.

## ALGUNOS DESAFÍOS ACTUALES DEL ROL DEL PSICÓLOGO PERINATAL EN EL ÁMBITO DE LAS TRHA

En el abordaje a través de entrevistas a pacientes mujeres receptoras de gametos donados, uno de los puntos a indagar refiere al duelo genético. La introducción de terceros en el proyecto procreacional tiene un impacto subjetivo que no puede soslayarse. Sin embargo nos encontraremos con actitudes diversas, desde la negación del duelo genético, hasta la imposibilidad de considerarse “madre” del futuro hijo en casos de ovodonación por no compartir información genética. Es interesante indagar sobre el lugar que se le dará a la epigenética en el caso de tratamientos por ovodonación: muchas veces las madres de intención construyen los cimientos de su identidad materna a través del acto de gestar.

Las motivaciones serán también singulares, no siempre lo que se busca es un hijo. A veces se busca ofrecer un hijo al otro miembro de la pareja, un

hermano/a, para los hijos previamente concebidos, un sucesor, un embarazo, un bebé, etc. Los derroteros del deseo son inciertos. “Sabemos que un embarazo logrado por el avance de la ciencia o por la biología, no se corresponde siempre con el deseo de tener un hijo. Hoy día, cuando el deseo y el goce son un derecho, el psicoanálisis constata, no obstante, que la angustia continúa vigente y que a menudo esta se presenta cuando el sujeto se encuentra frente a elecciones que decidirán y forjarán su destino” (Grisi, 2018, p. 14)

Nos resulta interesante aquí traer a colación otro desafío que referirá al encuadre de trabajo y que marcará algunas diferencias en el hacer profesional. No es lo mismo el acompañamiento psicoterapéutico a pacientes receptoras de gametos donados enmarcadas en el consultorio particular, que en el marco del centro de reproducción asistida. Hay variables que modifican nuestra modalidad de trabajo, por un lado ¿quién demanda el espacio, la paciente o la clínica? El tiempo, en un tratamiento enmarcado en un espacio psicoterapéutico se guiará por respetar los tiempos subjetivos de cada persona, las intervenciones serán en relación a lo que vaya surgiendo en cada encuentro, nuestro trabajo estará mayormente apoyado en el análisis.

Muy distinto es nuestro rol cuando como profesionales estamos enmarcados por una institución que además también determina como obligatoria la consulta a sus pacientes. La demanda no será espontánea, sino que formará parte de otro requisito administrativo. Nuestros tiempos para instalar intervenciones y evaluar el estado psicológico y emocional actual se verá reducido y controlado. Aquí ya no hablaremos de pacientes, a lo sumo consultantes o usuarias de un servicio más que ofrece la clínica. En cuanto a nuestra labor, muchas veces en una única entrevista de 45 minutos deberemos hipotetizar estructura psíquica de base, criterio de realidad, herramientas para el afrontamiento del stress y del tratamiento, comprensión de los procedimientos médicos que se realizarán, duelo genético, deseo de hijo, red de apoyo, fantasías en torno a las donantes, cuestiones relacionadas con los aspectos legales de las TRHA, revelación de los orígenes y derechos del nacido, etc. Nuestro rol se vuelve más directivo y orientado a la psicoeducación.

Nos resulta útil indagar cómo estos diversos encuadres nos interpelan en cuanto a la abstinencia profesional, que debo o no decir, cómo eso que digo estará determinado por los tiempos que tengo para trabajar con la consultante o paciente y cómo lo que prioricemos en el encuentro estará también influenciado por la institución que nos encuadra tanto a profesionales como a usuarios.

## ALGUNAS PROPUESTAS DE ABORDAJE

- Promover en los espacios institucionales mayor presencia del psicólogo/a con un protocolo de consultas previas, durante y luego de cada tratamiento. Realizar un seguimiento en salud mental.
- Promover que las consultas psicológicas sean en pareja si la hubiere, salvo en el caso de proyectos monomarentales.
- Confección de una herramienta de evaluación basada en el modelo de entrevista única, con algunas especificidades a considerar en el área de las TRHA.
- Generar espacios de intercambio entre familias que atraviesan las mismas problemáticas en relación a la búsqueda de un hijo.
- Promover la lectura conjunta del consentimiento informado previo a la firma del mismo para poder profundizar en los aspectos legales y emocionales.

## COMENTARIOS FINALES

Actualmente en la práctica profesional, indistintamente del marco y encuadre en que se realice nuestra práctica, hemos observado un gran desconocimiento por parte de las pacientes y usuarias en relación a los derechos de los futuros hijos/as nacidos por el uso de técnicas heterólogas, y concomitantemente una creciente desinformación acerca de sus obligaciones legales como futuros padres.

El tiempo en estas pacientes juega un papel clave, no sólo por la significación subjetiva, sino también porque los trámites de las obras sociales y los procedimientos médicos son muy burocráticos. Interponer una pausa para reflexionar sobre estos aspectos y pensar qué les pasa respecto a estas cuestiones anteriormente planteadas se vive muchas veces como una postergación, una pérdida de tiempo, un obstáculo.

La ansiedad es la moneda corriente, pero en ese mirar hacia adelante hay un tope que muchas veces es el embarazo, como si después de conseguir la concepción ya no hubiese nada más de qué preocuparse y ocuparse. La mayoría de las mujeres entrevistadas no quieren tener información de la donante. Sienten temor de que el futuro hijo/a quiera buscarla. Notamos una diferencia en cuanto a las actitudes respecto de la donación de gametos en aquellas mujeres que optan por un proyecto monoparental adhiriendo a programas de maternidad sin pareja. Ellas, mayormente llegan a la consulta habiendo resuelto el duelo y/o la decisión de la búsqueda de la maternidad sin pareja, por ende son más permeables a hablar de la donación de gametos abiertamente ya que han de recurrir necesariamente a gametos masculinos donados para poder llevar adelante su proyecto de maternidad.

Instalar preguntas, ir más allá, promover la pausa y el autorregistro de las emociones, hacer presentes los miedos, las fantasías, los prejuicios, los tabúes, las creencias, informar acerca de los derechos y las obligaciones, todo eso hoy nos convoca.

Porque no es posible pensar la salud mental sin estos interrogantes, porque como profesionales no es ocioso preguntarnos por nuestro rol y por nuestras resonancias en el ejercicio de nuestra profesión en determinados ámbitos. Porque aprendemos de los lugares donde habitamos, porque somos personas ejerciendo nuestra profesión en distintos lugares, bajo distintos discursos y eso nos afecta y nos genera contradicciones. Porque si somos sujetos éticos, al decir de Silvia Bleichmar, deberemos atender a los efectos que generamos en nuestros semejantes y poner especial atención en la ética del analista, que en su concepción no se reduce solo al ejercicio la técnica y la observancia de la abstinencia, sino que se extiende a la posición del analista frente al sujeto que sufre. (Tabakian, 2018)

## BIBLIOGRAFÍA

- Ansermet, F. (2018). La fabricación de los hijos. Un vértigo tecnológico. UNSAM Edita.
- Chardon E. (2017), Mamá por donación. Formar una familia mediante la donación de óvulos o esperma. Editorial Cien Lunas.
- Casanova M. (2016). Saliendo del laberinto. Infertilidad: Los 20 años de Concebir Asociación Civil. Editorial Concebir.
- Grisi, A. (2018) Tres vértigos subjetivos. En Ansermet, F. La fabricación de los hijos. Un vértigo tecnológico. UNSAM Edita.
- Jurkowski L., Salomé Lima N. y Rossi M. (2020). La producción del parentesco. Una mirada interdisciplinaria de la donación de óvulos y espermatozoides. Editorial Teseo
- Código Civil y Comercial (2014) InfoLEG - Ministerio de Economía y Finanzas Públicas - Argentina
- Ley N° 26.862 Ley de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico-Asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida (2013) y su decreto reglamentario 956/2013.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre | Infoleg – Información Legislativa y Documental.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos | OHCHR
- Convención Internacional sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación racial (1965) cerd\_SP.pdf (ohchr.org)
- Convención sobre los Derechos del Niño (2006) CDN (un.org)
- Ormart, E. (2019). La identidad de los niños nacidos por Técnicas de Reproducción Humana Asistida desde la clínica y los derechos humanos. Jornada: Genética y derechos humanos. Secretaria de DDHH.
- Tabakian, E. (2011) Prólogo. En Bleichmar, S. La construcción del sujeto ético. Paidós editorial

# **Covid 19 y abordajes en salud mental perinatal.**

**Consecuencias psicoemocionales de la Pandemia en madres y padres de bebés nacidos en el contexto de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio y Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio en la ciudad de Mar del Plata**

## **Autor/es:**

Marinone, Ana

Di Virgilio, Nancy

## **Email de Referencia en el Trabajo:**

lic.anamarinone@gmail.com

## **Institución:**

E.P.P.I.C.A (Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación, Asistencia).

## **Eje Temático:**

Covid 19 y abordajes en salud mental perinatal.

## **RESUMEN:**

El presente trabajo tiene como objetivo indagar acerca de la experiencia de gestación, nacimiento y crianza de hijas/os que nacieron en contexto de

ASPO y DISPO en el marco de la pandemia provocada por el virus Sars-Cov2-19, relevando los aspectos positivos y negativos de este acontecimiento, analizado desde la autopercepción de las madres y los padres de la ciudad de Mar del Plata. A través de una metodología exploratoria, de enfoque mixto (cuali-cuantitativa), y diseño mixto, se ha hallado que el aislamiento social respecto de la red de sostén de la gestante, diada y/o familia ha resultado el principal aspecto negativo; que la imposibilidad de acompañamiento en controles, ecografías y/o nacimiento ha resultado en un evento adverso, donde pueden verse reflejadas cuestiones como la vulneración de derechos, dificultades en la formulación y aplicación de protocolos, y las desigualdades e inequidades del acceso al Sistema de Salud; y que el respeto por la intimidad de la diada o núcleo familiar en los primeros días posteriores al nacimiento ha sido percibido como positivo, por lo que podría estar reflejando la necesidad de numerosas familias de que esta práctica se instale familiar y socialmente más allá del contexto de Pandemia. Estos resultados abren nuevas líneas de investigación sobre la posibilidad de explorar, asimismo las consecuencias de la pandemia sobre el desarrollo en la primera infancia de cuestiones como la socialización y la construcción del apego, entre otras.

***PALABRAS CLAVE:*** Consecuencias psicoemocionales, pandemia, aspectos positivos/negativos, red de sostén.

### **Introducción**

Desde que el Gobierno de la República Argentina dispuso el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (en adelante ASPO) el 20/03/20 las familias, y por ende la sociedad toda, ha sido sacudida con un acontecimiento inédito en estas últimas décadas que ha sido el virus Covid-19.

Conforme ha ido avanzando el conocimiento del virus, los gobiernos nacionales y provinciales llevaron a cabo recomendaciones. Respecto de las consultas obstétricas, en las Recomendaciones que publicó el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires al 13/04/20 en relación a Consultorios Externos (CAPS y Hospitales) y Guardias Obstétricas no hay referencia explícita alguna a que la persona embarazada puede asistir acompañada por alguien de su elección.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) ha emitido recomendaciones dentro de las que se incluyen poder elegir al acompañante durante el alumbramiento; asegurar un cuidado respetuoso y una buena comunicación entre la mujer y el equipo médico. En el mismo sentido, la Ley N°

25.929 de Parto Humanizado (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2015) en su Artículo 2° establece el derecho de toda mujer a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Además, plantea que los factores de protección -aquellos recursos que permiten a niños y niñas atravesar de modo más protegido las situaciones adversas- durante la pandemia, han sido los vínculos saludables y contenedores, los afectos cercanos, la conexión con los otros, las actividades culturales y de juego. Esto puede extrapolarse a los adultos que transitan por el período perinatal. Se conoce de la vulnerabilidad que conlleva el período perinatal en quien gesta en particular y de los factores de riesgo (Oiberman, 2012) que pueden incidir en su salud mental. Es por esto que, teniendo en cuenta que la gestación, el nacimiento y la crianza significan para quienes la transitan y acompañan un período de crisis vital y evolutiva, es posible inferir que cuestiones tales como la posibilidad/imposibilidad de acompañamiento, presencia o ausencia de la red de sostén, interrupción o sostenimiento de los vínculos socioafectivos entre otras, podrían conllevar consecuencias psicoemocionales en las personas que se encuentran atravesando dicha crisis en el contexto de aislamiento social debido a la Pandemia.

### **Preguntas de investigación**

¿Cómo ha impactado el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (En adelante ASPO) y el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (en adelante DISPO) en la vida de las personas gestantes o que cuyos bebés han nacido a partir del 20/03/21, a partir de la autopercepción de sus madres y/o padres?

### **Objetivo General**

- Indagar las consecuencias psicoemocionales del ASPO y DISPO en la experiencia de gestación, nacimiento y la crianza de hijas/os nacidas/os entre el 20/03/20 y el 30/09/2021, desde la autopercepción de las madres y los padres, considerando los aspectos positivos y negativos de esa experiencia.

### **Objetivos específicos**

- Identificar si hubo consecuencias de la ASPO o DISPO en la gestación, nacimiento y crianza de niñas y niños que nacieron en este contexto.
- Explicitar de qué manera impactó la ASPO y DISPO en esos ámbitos.
- Describir desde la autopercepción de las madres y los padres los aspectos positivos o beneficios, y aspectos negativos u obstáculos que observan.
- Identificar qué tipos de ayuda recibió la pareja parental

## **Material y método**

Tipo de Investigación: cualitativa, exploratoria, de corte transversal y retrospectiva. La presente investigación constituyó un estudio exploratorio de enfoque y diseño mixto (cuali-cuantitativo).

La muestra estuvo compuesta por 35 personas autoseleccionadas, voluntarias. El requisito para dicha participación fue el de ser madre, padre y/o principal cuidador/a de una niña o niño nacido entre el 20/03/2020 y el 30/09/2021 (momento de realización del presente estudio). La totalidad de personas encuestadas resultaron ser mujeres heterocis que gestaron a sus hijas/os.

La difusión de la encuesta se realizó a través de un método no probabilístico. Con su respectivo consentimiento informado, fue realizada a través de servicio de mensajería (Whatsapp) y redes sociales (Instagram y Facebook).

La encuesta fue formulada en dos partes. La primera, con preguntas abiertas (de tipo cualitativas) destinadas a indagar tanto sobre la experiencia de crianza en el contexto de Pandemia, como acerca de los aspectos percibidos como positivos y negativos de este contexto, en relación a la gestación, nacimiento y/o crianza (del bebé). En una segunda sección, se recabaron datos como: fecha de nacimiento del hijo/a nacido/a en contexto de Pandemia; posibilidad de acompañamiento de la persona gestante a controles obstétricos, ecografías y nacimiento del bebé; tipo de nacimiento (parto vaginal/cesárea); posibilidad de permanencia quien la acompañaba durante el período de internación obstétrica/neonatal; visitas, acompañamiento y/o ayuda de familiares o personas allegadas post nacimiento. La formulación de dicha encuesta en estas dos secciones descritas, tuvo la intención de que la recolección de los datos específicos no generara posibles sesgos o direccionamiento de las respuestas a las preguntas abiertas. Las respuestas fueron analizadas y se le asignó a cada una un número para resguardar su privacidad.

Criterios de inclusión:

Madres y padres que hayan tenido a sus bebés nacidos desde el 20/03/20 hasta el 30/09/21.

Criterios de exclusión:

Madres y padres con bebés nacidos fuera del intervalo temporal objeto de estudio.

Madres y padres en duelo perinatal.

Criterios de eliminación:

Madres y padres que no vivan en la Ciudad de Mar del Plata.

## **Resultados**

### *Vivencias personales acerca de la crianza en contexto de Pandemia*

En primer lugar, al realizar la pregunta abierta acerca de cómo fue para la encuestada la experiencia de criar a su hijo/a nacido/a en el contexto de la Pandemia, se destaca que la alusión a expresiones como soledad, el poco acompañamiento y el aislamiento estuvo presente en 13 de las encuestadas, lo que representa aproximadamente un 38% de la muestra.

También ha resultado significativa la caracterización de esta experiencia como “buena” o “muy buena”, “linda”, “hermosa”, “positiva” o “disfrutada” en 23% de las encuestadas (N=8).

Luego, las palabras o expresiones frecuentes para describir dicha experiencia que se extraen del relato de las encuestadas han sido “miedo” -o la alusión a un “extra” o “plus” de miedo (sumado al temor ya conocido que conlleva la llegada de un hijo)- (21%); “difícil” o “complicada” (18%); la mención a la ambivalencia (con expresiones como “positiva y negativa” o “hermosa y agotadora”, o explícitamente “ambivalente”) en un 18% de las respuestas.

Resulta destacable la referencia a la incertidumbre, la desinformación y el desconocimiento de cuestiones relativas al contexto de Pandemia, la enfermedad y los contagios (en 4 encuestadas, lo que representa cerca de un 12% de la muestra total).

Dos de las encuestadas describieron esta experiencia utilizando los términos “tristeza” y “angustia”. Tres de ellas (cerca de un 9% de la muestra) se refirieron particularmente a la aparición de reacciones de angustia o de miedo de sus bebés ante la presencia de familiares o amigos, o el temor a que el aislamiento social producto del contexto de pandemia pudiera afectar la socialización futura o a mediano-largo plazo del bebé. Otras tres encuestadas señalaron la situación de la alteración en las consultas o controles médicos, la reducción de la accesibilidad a (los) profesionales (obstetra, pediatra) y/o déficits en la atención, tanto por la sobrecarga de (los) profesionales abocados a la atención de pacientes con Covid como por el contagio del propio personal de Salud.

Por otra parte, tres de las encuestadas hicieron referencia en sus respuestas a las dificultades asociadas con el nacimiento prematuro de sus bebés y/o la internación en el Servicio de Neonatología; y una mencionó la experiencia de haber sufrido Depresión Post Parto. Dos de ellas hicieron alusión en esta pregunta a expresiones como “sufrí violencia obstétrica” o “en un control no la pasé nada bien”, relatando hechos de maltrato o vulneración de derechos.

#### *Gestación, nacimiento y crianza en contexto de pandemia: aspectos positivos y negativos*

Al preguntar a las encuestadas acerca de los posibles aspectos valorados positivamente de su experiencia, el (62%, N=21) destacó el hecho de no haber recibido visitas en la clínica u hospital como también en la casa durante los primeros días posteriores al nacimiento, haciendo mención al respeto por la intimidad y el vínculo de la díada madre-hijo/a o la familia nuclear.

Asociado a esta cuestión, encontramos también como aspecto positivo destacado, la referencia en 11 de las encuestas (32%) a una “mayor conexión” en la pareja, la tríada (madre-padre-bebé) o la familia nuclear (incluyendo otros hermanos o hermanas).

Además, 26% de las encuestadas (N= 9) expresaron como aspecto positivo la reducción del trabajo de la madre, la posibilidad de trabajar desde casa durante la gestación y/o la crianza, y la no necesidad de delegar los cuidados de su bebé en otras personas o en guardería o jardín maternal –cuando previo a la pandemia hubieran tenido que hacerlo-. También en relación a esta cuestión, 4 encuestadas destacaron una mayor tranquilidad en el embarazo, una mayor “conexión con la panza”, o –en palabras de una de ellas- con su “yo mamá”, debido al aislamiento. Ligado a lo anterior, 6 encuestadas destacaron como positiva la mayor presencia del padre en la casa (por reducción horaria o “home office”) como consecuencia del contexto de pandemia.

Por otra parte, al preguntar a las encuestadas acerca de los posibles aspectos valorados negativamente de su experiencia, fue posible destacar dos cuestiones relevantes.–Primero, 68% de las encuestadas (N= 23) remarcaron como aspecto negativo cuestiones referidas al aislamiento social: la reducción de su vida social, de las salidas, el verse imposibilitadas de compartir el embarazo, “mostrar la panza” o que familiares y amistades puedan conocer a su bebé; y sumado a estas cuestiones, otras similares como la imposibilidad de realizar el curso de preparto y así conocer a otras futuras madres o parejas –en expresión de varias encuestadas, lo que ellas refirieron como hacer “tribu”- o la suspensión de celebraciones o ritos sociales como el *baby shower*.

En segundo lugar, también resultó destacable la mención como aspecto negativo de este contexto, la imposibilidad de las mujeres durante la gestación

a estar acompañadas en los controles obstétricos y/o en las ecografías, en un 38% de las respuestas (N=13).

Otras cuestiones valoradas como negativas fueron el miedo al contagio de Covid del bebé, la pareja o la familia toda (N=10), y en relación a esto expresiones como “ansiedad”, “pánico”, “miedo” o “estrés” en el 15 de las respuestas (N=5). Además, 5 refirieron como aspecto negativo la vivencia de constante incertidumbre acerca de cómo sería el parto o nacimiento, así como los controles obstétricos en un contexto tan cambiante, mientras que una de ellas refirió como punto más negativo el no poder estar acompañada en el momento mismo del parto.

*Acompañamiento a los controles obstétricos y ecográficos, modalidad y acompañamiento en el nacimiento, y tipo de ayuda recibida en el postparto.*

Del total de encuestadas (N=35), el 71% (25 madres) afirmó que pudo asistir acompañada a los controles obstétricos, y el 29% no asistió acompañada, siendo que el 48% asistió acompañada a la totalidad de los controles y el 52% fue acompañada con alternancia dependiendo de cómo estaba la situación epidemiológica en la ciudad. El 29% del total no pudo asistir acompañada.

El 37% de las madres dijo no haber podido asistir a las ecografías con un acompañante (N=13) y el 63% restante (N=22); dijo que sí pudieron hacerlo -la mitad de ellas de manera alternativa según las condiciones epidemiológicas de la ciudad.

El 29% (N=10) de las encuestadas pudo transitar por un trabajo de parto culminando en un parto vaginal y al 71% (N=25) se le practicó cesárea.

El 46% no pudo estar acompañada en el parto (N=16) y el 54% (N=19) sí lo pudo hacer.

El 89% (N=31) de las encuestadas permaneció acompañada durante la internación y el 11% (N=4) no pudo estarlo. Pero de ese 89% (N=31), tres de ellas (el 8%) expresaron que pudieron permanecer previo pago extra.

Por otro lado, prácticamente el 30% de las familias ampliadas pudo conocer al bebé después de los dos meses (N=10):-

El 37% (N=15) no recibió ningún tipo de ayuda luego de la externación, y el 63% (N=25) sí recibió ayuda; siendo el tipo de ayuda más frecuente el de comida, luego compras, tareas domésticas y compañía, cuidados del bebé y apoyo por videollamadas.

## **Discusión y Conclusiones**

El tiempo transcurrido en intimidad y sin interferencias externas tanto durante el período de internación postparto como en los primeros días en casa, fue percibido como facilitador para el conocimiento del vínculo, la construcción del maternaje y el paternaje y la adaptación de la díada o tríada a esta nueva etapa vital; con lo cual esto podría pensarse como un factor de protección, y podría estar manifestando una necesidad de las familias que sería preciso contemplar más allá del período de aislamiento social o de pandemia, en tanto práctica social y cultural a revisarse.

El aislamiento social respecto de la red de sostén de la gestante, díada y/o familia ha resultado el principal aspecto negativo, e -inferimos- pueda quizás constituirse como factor de riesgo para esta población. También la imposibilidad de acompañamiento en controles, ecografías y/o nacimiento del bebé ha resultado en un evento adverso, donde pueden verse reflejadas cuestiones como la vulneración de derechos, dificultades en la formulación y aplicación de protocolos, y las desigualdades e inequidades del acceso al Sistema de Salud, entre otras.

Dos años después de la realización del presente estudio, pueden abrirse como futuras líneas de investigación, lo relativo a las consecuencias sobre el desarrollo de la primera infancia en las distintas áreas; la construcción del apego, la capacidad de socialización, la exposición temprana a pantallas y a dispositivos tecnológicos, la adaptación de nuevos contextos, grupos humanos y/o estímulos; y el impacto psicoemocional en bebés y niños debido al estrés de sus cuidadores (Cacchiarelli San Román y otros, 2021; Cantero y otros, 2021; López Morales y otros, 2023).

## **Referencias Bibliográficas**

Cacchiarelli San Román, N., Eymann, A. y Ferraris, J. R. (2021). *Impacto presente y consecuencias futuras de la pandemia en la salud de niños, niñas y adolescentes*. Arch Argent Pediatr 2021; 119(6)e594-599.

Cantero, J. y otros (2021). Dispositivo de guardia virtual de Salud Mental perinatal “no estás sola”. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

López Morales, H., Del Valle, M.V. y otros (2023). *Maternal anxiety, exposure to the COVID-19 pandemic and socioemotional development of offspring*. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193397323000060?dgcid=author>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2015). *Ley 25929 de Parto Humanizado*. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_25929\\_parto\\_humanizado\\_decreto\\_web\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf)

Ministerio de Salud (2020). Covid-19. Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contexto de pandemia. Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid-19-recomendaciones-atencion-embarazadas-recien-nacidos.pdf>.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020). *Recomendaciones: Organización de consultas obstétricas*. Disponible en <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/docs/efectores/Organizacion%20de%20consultas%20obtetricas%20en%20el%20marco%20de%20covid%2019.pdf>

Oiberman, A; Santos, S. (2015). 25 años acompañando el nacer y sus después: La Psicología Perinatal. *Premio Estímulo 2011. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires*. 1-30.

Unicef (2021). *Primera Infancia: Impacto emocional en la Pandemia*. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/10606/file/Primera%20infancia.%20Impacto%20emocional%20en%20la%20pandemia%20.pdf>.

## **Obstáculos y facilitadores en las trayectorias de atención y la salud mental perinatal en Argentina.**

### **Autor/es:**

Dra. González, María Fernanda (1)

Dra. Marina Mattioli (2)

Lic. Fernanda Meques (3)

Dra. Ema Motricco (4)

Dra. Sara Domínguez (5)

Email de Referencia en el Trabajo:

[maria.gonzalez@uner.edu.ar](mailto:maria.gonzalez@uner.edu.ar)

### **Institución:**

- (1) Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), Entre Ríos.
- (2) Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Entre Ríos (UADER) Entre Ríos.
- (3) Hospital Narciso López de Lanús, provincia de Buenos Aires.
- (4) Universidad Loyola, España
- (5) Universidad Loyola, España

### **Resumen:**

Existe un amplio consenso sobre la fuerte afectación que causó la pandemia en la salud mental en diferentes poblaciones, entre ellas, las embarazadas y puérperas. En esta ponencia se presentan los resultados de un estudio en el que se indagaron las trayectorias de atención sanitaria y la salud mental de embarazadas y puérperas. Se realizó un estudio cuanti-cualitativo mediante una encuesta administrada cara a cara, con un muestreo por cuotas, en tres hospitales (Lanús, Concepción del Uruguay y Gualaguaychú). Participaron 300 mujeres. Los principales datos refieren a un alto nivel de ansiedad en embarazo y de depresión puerperal en puerperio, comparado con datos obtenidos en estudios prepandémicos. Se discutirá también la desigual afectación de la salud mental en embarazadas y puérperas, analizando los obstáculos y facilitadores identificados en la atención perinatal y también otros determinantes como el tamaño del hogar, el nivel educativo, el estado civil, la percepción del apoyo social, etc. Finalmente, se reflexionará sobre el valor de

contar con datos sistemáticos para la planificación de abordajes en salud mental perinatal, en los diferentes territorios.

**Palabras Claves:** COVID-19; trayectorias, salud mental perinatal

### ***Introducción:***

Existe un amplio consenso sobre la fuerte afectación que causó la pandemia en la salud mental en diferentes poblaciones, entre ellas, las embarazadas y puérperas. Las trayectorias en atención a la salud perinatal se vieron obstaculizadas por los cambios que se registraron en los sistemas de salud fuertemente abocados a la contención y tratamiento del COVID-19. Un estudio realizado por Seeman, et al. (2020) en 80 países describió cambios en tres ejes: a) cuidados en salud antenatal, b) parto y nacimiento y c) cuidados postnatales y del recién nacido. Entre ellos, hay algunos que afectaron directamente a la vivencia subjetiva y en la salud mental de la persona gestante, como pueden ser la suspensión de visitas, la preparación grupal para la maternidad, el incremento de cesáreas y la negación de posibilidades de elección de la vía del parto; la separación madre-bebé en madres con sospecha o diagnóstico por COVID-19; la falta de apoyo para la lactancia materna, etc. A todo ello se sumó la sobrecarga de trabajos de cuidados durante la pandemia vinculada a los roles de género que, dentro de una organización social marcada por la estructura patriarcal, suelen situar a la madre como principal y muchas veces exclusiva cuidadora del recién nacido (Marcus, 2006)

La salud mental materna es un tema crucial que merece atención y cuidado por parte de la sociedad (Oiberman, 2013). Las mujeres que se convierten en madres pueden enfrentar una variedad de obstáculos y desafíos que afectan su salud mental. Entendiendo que la maternidad es una construcción sociocultural, se construye contextualmente, a lo largo de la historia, a través de luchas por la imposición de un sentido legítimo del ser madre (Marcus, 2006). Ello se traduce muchas veces en padecimientos como depresión puerperal, ansiedad y estrés. Datos previos a la pandemia (Mathisen, et.al; 2013) encontraron una prevalencia del 32% de sintomatología depresiva en mujeres argentinas.

En nuestro trabajo, la noción de trayectorias permite articular los niveles objetivos o macroestructurales y los niveles subjetivos que caracterizan a toda experiencia humana y se aplica especialmente en las trayectorias de atención en salud. Las trayectorias individuales se van articulando con las representaciones y prácticas sociales, en nuestro caso, vinculadas a la atención sanitaria del embarazo, el nacimiento y el puerperio en contexto de pandemia.

*Mirar y observar en pandemia, aquello que necesita ser mirado:*

De lo antes mencionado se plantea una aproximación que ayude a identificar y definir los obstáculos y facilitadores, significativos y determinantes en este proceso para ayudar de manera integral al bienestar de las mujeres y familias en el período perinatal (Oiberman, 2013). Entre estos obstáculos y facilitadores se pueden identificar:

**Falta de apoyo social:** Las madres que se sienten solas y aisladas tienen un mayor riesgo de sufrir depresión posparto y otros problemas de salud mental.

**Presión social y cultural:** Las expectativas culturales y sociales pueden ser abrumadoras para las madres. La presión para ser una "buena madre" puede llevar a sentimientos de fracaso y culpa.

**Falta de acceso a recursos y atención médica:** esto incluye tanto a la accesibilidad como a la atención adecuada, que puede limitar el tratamiento de problemas de salud mental.

**Apoyo social:** El apoyo social es un facilitador importante para las redes de cuidado y disminuir el riesgo de sufrimiento mental.

**Atención médica y recursos adecuados:** El acceso a atención médica adecuada y recursos puede ayudar a prevenir y tratar problemas de salud mental materna.

**Flexibilidad laboral:** La flexibilidad laboral puede ayudar a reducir el estrés y la carga de trabajo para las madres. Las madres que tienen trabajos flexibles pueden equilibrar mejor sus responsabilidades laborales y familiares, lo que puede mejorar su salud mental.

*Método:*

Se optó por un diseño cuanti-cualitativo de corte transversal con triangulación de técnicas cuantitativas y cualitativas, mediante una encuesta administrada cara a cara, con un muestreo por cuotas, en tres hospitales (Lanús, Concepción del Uruguay y Gualeguaychú). Participaron 300 mujeres. (150 embarazadas y 150 puérperas). El estudio fue financiado por una Beca para estudios multicéntricos Salud Investiga.

El objetivo general del proyecto ha sido reconstruir las experiencias vividas en el contexto de ASPO y DISPO por COVID-19 en 2020.

***Algunas reflexiones y articulaciones posibles según los resultados:***

*Datos sociodemográficos*

Se cumplió con el esquema de cuotas según edad y nivel socioeconómico, de tal modo que el 53% de las encuestadas pertenecían a un nivel educativo bajo (secundario incompleto) y el 47%, a uno alto (secundario completo, estudios terciarios o universitarios completos o incompletos). En

cuanto al estado civil, el 73% de las mujeres vivían en pareja de hecho, el 15% estaban solteras y el 10% casadas, sin diferencias importantes entre los hospitales. En relación con la ocupación, más de la mitad de las mujeres se **identificaron como amas de casa**, con valores que oscilaron entre el 72% del Hospital Centenario (Gualeguaychú), el 62% del Hospital Justo José de Urquiza (Concepción del Uruguay) y el 32% del Hospital Narciso López (Lanús). En el 92% de los hogares vivían niños y adolescentes, y en general (73%) vivían también adultos, con predominio de hogares con dos adultos.

#### *Apoyos y tareas de cuidado*

Las respuestas sobre horas dedicadas a tareas domésticas y de cuidado, fluctúan entre un mínimo de 12 horas semanales y máximo de 70 horas, en las que destacan las horas dedicadas al cuidado de niños/as/es, sobre todo en edad escolar. Esto nos permite inferir que “quedarse en casa” facilitó el apoyo social en tareas de cuidado con niños. Pero se releva también la fuerte demanda de tiempo para el acompañamiento en las tareas escolares en la virtualidad y los cuidados de los hermanos y la preocupación que ello generaba en las recientes madres frente a la vuelta al hogar con el recién nacido/a.

En cuanto a los cuidados traducidos en información brindada por el sistema de salud a las embarazadas y puérperas, las encuestadas refirieron recibir información sobre el COVID-19 con la siguiente distribución: el 100% en el caso del Hospital Urquiza, el 34% del Centenario y el 28% del Narciso López, pero centrada casi exclusivamente en medidas de higiene personal (uso de barbijo, lavado de manos), el distanciamiento y la circulación en la sala y los protocolos para los acompañantes. En la indagación abierta, las mujeres opinaron que habrían necesitado más información sobre las consecuencias del COVID-19 en la salud materna y neonatal y sobre los protocolos específicos en caso de contagio de ellas o del bebé. Esto contrasta con la necesidad manifestada de recibir más información por parte del sistema de salud.

Por otro lado, el apoyo en espacios de grupo no fue referenciado; por ejemplo, el 97% de las puérperas encuestadas respondió que no participó en grupos de apoyo virtual (ej., grupo de madres virtuales, apoyo virtual a lactancia, etc.). Las pocas mujeres que señalaron participar argumentaban que se sentían bien, que disminuía la ansiedad y era positivo compartir con otras mujeres. Las mujeres respondieron que al regresar al hogar recibirían ayuda/apoyo/compañía fundamentalmente de familia y amigos, sin mayores diferencias entre los hospitales. Los profesionales del cuidado de la salud son escasamente mencionados y ninguna de las puérperas menciona profesionales de salud mental.

Respecto a las posibilidades de flexibilidad laboral, el factor socioeconómico se vio afectado por la inestabilidad y pérdidas laborales que la pandemia potenció, dado que muchas de ellas perdieron sus espacios laborales debido “al embarazo y la pandemia”.

Sobre el derecho a la información, el 87% menciona que no le brindaron información relacionada a COVID y los protocolos de actuación en la institución.

*Implicancias de sus trayectorias y recursos en la atención:*

En cuanto a la trayectoria en el sistema de salud, hay una alta cantidad de controles prenatales en las puérperas, con una media de 8,83 y variaciones entre hospitales: Urquiza: 7,16; Narciso López 9,06 y Centenario 10,29 (mínimo 2 controles, máximo, 15). Los lugares de atención fueron principalmente atención primaria y hospitales y se observan cambios en función de la organización de los sistemas públicos (por ejemplo, en Gualeguaychú hay un sistema integrado de cuidados entre atención primaria y hospital).

En relación a la atención en sus procesos reproductivos no manifiestan cambios significativos sobre el acceso y la asistencia, pero sí manifiestan temores o falta de información sobre los canales de turno en la institución, otro grupo de mujeres elegía el centro de salud cercano a domicilio o de manera privada para no exponerse a esperar en institución pública.

Sobre los cambios significativos durante la pandemia atención de embarazo y COVID-19 algunas mencionaban que nos las dejaron pasar acompañadas a sus controles, sus partos y tampoco recibir visitas en la sala de maternidad. Tampoco en las ecografías o estudios de rutina de control.

En líneas generales las dos situaciones que se registran como significativas durante la trayectoria de atención, en la elección de respuestas, es cambio de profesionales en la atención y la imposibilidad de acompañamiento durante la atención del embarazo, controles, experiencias posparto; “Mi familia y amigos no pudieron visitarnos a mi bebé y a mí después del nacimiento”. “Mis hijos no pudieron visitarnos a mi bebé y a mí después del nacimiento.” Respecto aquello que ellas experimentaron en cuanto a los procedimientos médicos realizados sin pedir consentimiento o sin explicar por qué eran necesarios encontramos que el 35% de las encuestadas mencionan que eso no sucedió y un 22% señala que realizaron tres procedimientos o más. La compresión del abdomen en el momento de los pujos surge como dato significativo y recurrente. Pero al 80% se le ofrecieron recursos para aliviar el dolor. La asimetría y relaciones de poder-saber.

Otras mujeres comentaron en el recorrido de buscar atención que el trato en el ámbito privado y la falta de empatía para realizarse los estudios de control hicieron que acudieran al hospital público. En relación al trato recibido en el Hospital Urquiza señalaron que las trataron con respeto en el proceso de trabajo de parto, parto y posparto, 88% en el Hospital Centenario y 96% en el Hospital Narciso López. Las opciones en las que señalaron maltrato muestran diversas situaciones, y una frase llama la atención: “porque yo los traté bien, por eso me trataron bien, hasta me agarraron la mano y todo...viste

que si te pones media exigente enseguida te tratan mal”. El contexto de las preguntas daría cuenta que reclamar la garantía de derechos en el parto puede ser visto por los profesionales de salud como ser “exigente”.

Respecto a recibir información pertinente y de forma clara, en cuanto al apoyo a la lactancia, casi la totalidad de la muestra estaba amamantando al momento de realizar la encuesta (94%). Sin embargo, el 72% señaló que había recibido información sobre lactancia materna durante la internación, con grandes variaciones entre hospitales: el 94% en el Hospital Centenario, el 86% en el Urquiza y solo el 36% en el Narciso López. La información proporcionada se refería principalmente a diferentes posiciones para amamantar y cuidados del pecho. En menor medida se mencionó información sobre alimentación del bebé y extracción de leche. En algunos casos no se recibió información porque el nacimiento había sido un viernes o un fin de semana, y los equipos que asesoran en lactancia no recorren el hospital esos días.

Se preguntó si se le ocurría alguna otra cosa que pueda ayudar a ella y su familia en esta situación de pandemia y las respuestas versaron entre la necesidad de tener más turnos o poder realizar mayor cantidad de consultas virtuales, recibir mayor información, incluso mencionaron la posibilidad de controles a domicilio. Por otro lado, refirieron a la necesidad de respetar los protocolos de cuidado y ser responsables. Y otro grupo de respuestas se ubica en el deseo de que se vuelva a la normalidad.

#### *Ansiedad y depresión en periodo perinatal:*

Estudios previos realizados a nivel internacional y nacional encontraron una alta incidencia de ansiedad en embarazadas y depresión puerperal en mujeres que parieron, durante la pandemia por COVID-19. Esas tasas son notablemente superiores a las encontradas en contextos de pre-pandemia. Los factores de riesgo de padecimiento psíquico en embarazadas y puérperas fueron las dificultades económicas (por pérdida de ingresos, empleo, pobreza estructural, etc.), la escasa información recibida sobre COVID-19, salud infantil y reproductiva, tener un nivel educativo bajo y edad avanzada. En nuestro estudio se han encontrado resultados coincidentes tanto en ansiedad en embarazadas como en depresión puerperal, igual que identificación de factores de riesgo para la salud mental perinatal vinculados a nivel educativo bajo, mujeres solteras y aquellas que vieron afectado su trabajo en pandemia. Sin embargo, en nuestro estudio las embarazos de mayor edad fueron las que mostraron más ansiedad, según la evaluación realizada con la escala GAD-7. Otro dato interesante es que quienes no tienen patologías asociadas a su embarazo (incluida la infección por SARS COVID) muestran igualmente un nivel alto de ansiedad.

El 68% de las mujeres mostraron indicadores de DPP evaluada con la Escala de Edimburgo y manifestaron haberse sentido infelices y con dificultades para dormir, con miedo, tristeza, preocupación y pensamientos

negativos, en la última semana. El 32% no manifestó la presencia de estos estados de ánimo en la semana anterior. La DPP se relacionó de forma significativa con el hospital, la cantidad de personas que vivían en el hogar y el estado de salud en el embarazo. Las puérperas con más indicadores de depresión fueron las de los hospitales entrerrianos (82% en el de Gualaguaychú y 66% en el de Concepción del Uruguay). Menos incidencia de depresión manifestaron las que concurrían al hospital de Lanús (56%). También se observaron relaciones significativas entre la depresión puerperal y la cantidad de personas con las que convivían las puérperas. Hubo mayor presencia de DPP en mujeres pertenecientes a hogares con cinco o más integrantes (71% de las puérperas) en comparación con aquellas que vivían en hogares con hasta cuatro personas (61%), con porcentajes muy altos en ambos casos. No se manifestó presencia de DPP en el 22% de quienes vivían en hogares numerosos y en el 36% de quienes vivían en hogares menos numerosos.

Por otro lado, en ambos grupos, el Covid-19 tuvo un alto nivel de impacto en su vida en general y en sus actividades sociales. Así, el 67% menciona que experimentó un alto nivel de estrés frente a falta de apoyo con el COVID-19/ASPO y el 90% refiere un nivel alto de impacto en su vida diaria. En relación a miedos/preocupaciones mencionan el contagio intrahospitalario de ellas y su bebé junto a la preocupación sobre la salud del bebé en la vuelta a casa y no poder hacer los controles de rutina. Al principio de la pandemia muchas mencionan que percibían un nivel de estrés más elevado. Luego la preocupación aparece porque “la gente se relajó y hay que seguir cuidándose”.

En cuanto al estado de salud, el 78,3% de las mujeres puérperas con patologías en el embarazo (diabetes, presión alta, etc.) mostraron sintomatología depresiva frente al 61% de quienes habían cursado el embarazo sin patologías. La incertidumbre y la falta de anticipación en estos procesos no colabora con el control de la ansiedad. Reforzando este punto, se destaca que atención más personalizada con el profesional de atención prenatal e información sobre salud infantil fueron señalados como indicadores de gran ayuda para las entrevistadas. En este sentido, sobre otras posibles ayudas se menciona el contacto con otras embarazadas/madres, que podría también realizarse institucionalmente a través de la articulación con espacios o especialistas, fundamentalmente puericultoras.

#### *Conclusiones:*

El análisis de las relaciones entre salud mental materna y trayectorias de atención encontramos escasas menciones, junto con estos resultados permiten acercar la recomendación de atender a la salud mental materna durante los controles de rutina en la atención prenatal, en el caso de embarazadas, y posnatal, en caso de las puérperas, así como también erradicar el estigma y la discriminación en padecimientos y sufrimientos mentales. Las intervenciones

en salud mental perinatal deberían ser una prioridad en salud pública, garantizando el fácil acceso a servicios de salud como una estrategia primaria para prevenir el impacto de la pandemia a más largo plazo.

Es central reforzar el derecho a estar acompañadas en el trabajo de parto, parto y posparto en la nueva normalidad, acorde a lo establecido en la ley de parto respetado, así como el cumplimiento de los demás puntos de la normativa con énfasis en la no medicalización del parto.

### **Referencias bibliográficas**

Brandão, T. (2022). Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema. *methaodos. Revista De Ciencias Sociales*, 10(1), 42-57. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.521>

Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista argentina de sociología*, 4(7), 99-118. Recuperado en 27 de abril de 2023, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-32482006000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482006000200005&lng=es&tlng=es).

Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerlov P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health* [Internet]. 2013 [citado 19 Ene 2023]; 5:787-793. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24294009/>

Oiberman, A. (2013) *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, Blencowe H, Caluwaerts S, Campbell OMR, Cavallaro FL, Chavane L, Day LT, Delamou A, Delvaux T, Graham WJ, Gon G, Kascak P, Matsui M, Moxon S, Nakimuli A, Pembe A, Radovich E, van den Akker T, Benova L. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2020 Jun;5(6):e002967. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002967. PMID: 32586891; PMCID: PMC7335688.

**Emociones, sentimientos y apoyo social percibido en embarazadas y púerperas. Un estudio longitudinal en Argentina.**

**Autor/es:**

Dra. Mattioli, Marina

Dra. González, María Fernanda.

Lic. Ledesma, Eliana

Lic. Leiva, Carina

Mag. Guido, Andrea

Dra. Ema Motricco+

Dra. Sara Domínguez Salas

Corfield, Juliana

Ferreyra, Talia

Soneyra, Micaela

Cabillón, Yessica

**Email de Referencia en el Trabajo:**

[maria.gonzalez@uner.edu.ar](mailto:maria.gonzalez@uner.edu.ar)

**Institución:**

Universidad Nacional de Entre Ríos- Facultad de Ciencias de la Salud UNER;  
(+) Universidad Loyola Sevilla (España)

## RESUMEN

En esta ponencia se analizan los resultados de una investigación realizada con mujeres embarazadas y puérperas de toda la Argentina, desde finales de 2020 y hasta mediados de 2021, que tuvo como objetivo general explorar y describir el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental perinatal en mujeres embarazadas, personas gestantes y puérperas durante un período de seis meses. Se realizó una encuesta online que fue respondida en su totalidad por 303 mujeres. En ella se indagaron variables sociodemográficas y sus cambios por la pandemia de COVID-19, así como variables vinculadas a experiencias perinatales en pandemia y se tomaron dos pruebas estandarizadas: GAD 7 para evaluar la ansiedad y la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos. En cuanto a las emociones y sentimientos, las mujeres (tanto embarazadas como puérperas) reportaron entre otros sentimientos- haberse sentido solas (16%), agitadas, tensas o tristes (15%). Estos aspectos emocionales fueron más frecuentes que haber sentido náuseas u otros malestares físicos vinculados al embarazo o el puerperio. En cuanto al apoyo social, las mujeres manifestaron que se vio alterado durante la pandemia por COVID-19 dada la situación de aislamiento o distanciamiento social, preventivo y obligatorio. Se mantuvo el contacto mediante medios no presenciales como el teléfono (comunicación por WhatsApp, llamadas telefónicas y videollamadas) y redes sociales. El 40% de las respuestas indicaron que la familia fue quien más apoyo brindó seguido por amistades (35%) y en menor medida, los profesionales de la salud (9%).

Se discutirán estos resultados teniendo en cuenta las consecuencias de la pandemia por COVID-19 para la salud mental perinatal y el escenario sanitario que ello plantea en pos-pandemia.

**Palabras clave:** Embarazo, puerperio, COVID-19, salud mental, Argentina.

## Introducción

El bienestar en la salud mental materna y perinatal es fundamental para la vivencia de un embarazo saludable, así como para el establecimiento de un vínculo de apego seguro con el recién nacido (Oiberman, 2013; Olza, 2020). Contar con cuidados en salud adecuados y respetuosos en el embarazo y parto impacta en la salud de la díada y en la de toda la familia y la comunidad; por el contrario, la ausencia o deterioro de esta red y la vivencia durante el embarazo

y el parto de experiencias traumáticas son factores de riesgo para la salud mental materna y perinatal.

La pandemia por COVID-19 afectó fuertemente la atención a la salud perinatal además de introducir dramáticos cambios a nivel económico, de la vida social, la sobrecarga de cuidados en las mujeres, especialmente en las mujeres madres. Todo ello tuvo una alta incidencia en la salud mental materna tal como lo muestran estudios nacionales e internacionales (Gonzalez, et.al, 2021). Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, a nivel internacional estudios recientes como el de Flaherty, Delaney, Matvienko-Sikar y Smith (2022) realizados en diferentes países describen cómo a medida que el COVID-19 fue afectando a la sociedad y la salud, la atención materna, al igual que muchos otros sectores de la salud, experimentó cambios turbulentos y con potencial para impactar en la experiencia de la atención materna. Otra investigación llevada a cabo en Europa, Australia, Brasil, Canadá y Estados Unidos (Nakić Radoš, Motrico, Mesquita, Ganho-Avila, Voursoura y Lalor, 2022) plantea que hubo modificaciones de la atención perinatal, que se modificó con el fin de reducir la transmisión del virus (p.ej., menor cantidad de controles prenatales, prohibición del acompañamiento durante el seguimiento del embarazo y el parto). Estas medidas, junto al aislamiento preventivo, causaron angustia psicológica sustancial. El alto impacto de la COVID19 en la salud mental materna durante el embarazo y el puerperio se ha evidenciado en diferentes países de todo el mundo.

En Argentina, datos previos a la pandemia indicaron una incidencia de depresión posparto del 37% en mujeres bonaerenses (Mathisen, Glavin, Lien, y Lagerløv, 2013), cuyos factores de riesgo fueron multiparidad, parto por cesárea, complicaciones durante el parto y lactancia incompleta; y del 31% en puérperas tucumanas (Pham, 2018) asociado a bajo nivel educativo, mayor paridad, depresión previa y falta de apoyo social. Ya en contexto pandémico, se ha encontrado mayor incidencia de ansiedad en embarazadas que en mujeres no gestantes, sobre todo en los primeros dos meses del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), con un aumento progresivo y sostenido de la sintomatología depresiva y ansiosa en el primer grupo (López Morales, et.al, 2021). La disminución de estos indicadores también fue más débil entre las embarazadas a los 150 días del aislamiento social. Con esos antecedentes, este estudio se propuso indagar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental perinatal, específicamente en relación a la depresión posparto y las diversas preocupaciones que manifestaron las mujeres en este contexto.

## **Método**

El objetivo general del estudio fue explorar y describir el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental perinatal en mujeres embarazadas, personas gestantes y puérperas en Argentina, durante un período de seis

meses. Se trata de una investigación exploratoria- descriptiva, no experimental, prospectiva, con una evaluación inicial y tres seguimientos: un mes; tres meses; y seis meses de seguimiento. En este trabajo se informan los resultados de la encuesta inicial ya que los datos de los seguimientos se encuentran en análisis.

El estudio busca combinar la adopción de una perspectiva metodológica sensible a las experiencias de las embarazadas, personas gestantes y puérperas en contexto de pandemia y que permita, al mismo tiempo, tener información proveniente de instrumentos estandarizados habitualmente utilizados en investigaciones sobre salud mental perinatal tales como la escala GAD 7 y la Escala de Depresión posparto de Edimburgo.

El cuestionario fue respondido por 850 mujeres de las cuales 303 respondieron la totalidad de las preguntas.

El relevamiento de datos con el cuestionario inicial se realizó entre los meses de diciembre de 2020 y febrero de 2021. Se realizó de manera virtual, compartiendo el cuestionario en varias redes sociales de las personas que integran el equipo, que solicitaron a la vez difusión a diversos observatorios, colegios profesionales, asociaciones, etc. para lograr mayor alcance.

Los cuestionarios de seguimiento fueron aplicados en la misma modalidad virtual y sus resultados se encuentran en proceso de análisis.

## **Resultados**

### **Características sociodemográficas de la muestra**

El 98% de las mujeres nacieron en Argentina y sólo el 2% en otros países (Brasil, Chile, Estados Unidos, México, ROU y Venezuela). El 30% vive actualmente en la provincia de Buenos Aires, seguidas por el 20% de Entre Ríos y el 15% de Santa Fe. Una característica importante de la muestra es su distribución federal ya que participaron mujeres de 20 provincias argentinas (de las 23) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En relación con el máximo nivel educativo alcanzado, hay casi un 20% de las participantes que han obtenido un posgrado, el 32% ha completado estudios universitarios y el 16,8% estudios terciarios. Ese mismo porcentaje tiene estudios universitarios incompletos (16,5%). Un escaso 5,3 % tiene solamente estudios secundarios y aún más bajos son los porcentajes de quienes no completaron la secundaria (2%) o solamente realizaron estudios primarios (0,3%). Esto contrasta con datos publicados recientemente en el informe del Centro de Estudios de la Educación Argentina de la Universidad de Belgrano, en base a datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que señala que apenas el 24% de los argentinos logró completar el nivel educativo terciario. Adicionalmente, se indica que apenas el

20 por ciento cuenta con un título de grado universitario y el 1 por ciento, con uno de posgrado, mientras que el 14 por ciento concluyó ciclos cortos de educación superior, como tecnicaturas o títulos intermedios

Esta disparidad puede deberse a varias razones. Al tratarse de un estudio autoadministrado y online es más probable que sea respondido por personas con acceso a dispositivos e internet, generalmente coincidente con los sectores de mayor estudio. Otra razón fue que se trató de una muestra no probabilística, difundida centralmente por las investigadoras, logrando así el interés en responder en círculos con estudios semejantes.

En cuanto al estado civil, el 63% está en pareja de hecho o conviviendo con su pareja, el 30% casada y sólo el 5,6% soltera. El 0,7% está separada o divorciada. Cuando se preguntó si conviven actualmente con un compañero/a el 88% respondió que sí y el 12% que no.

El 51% de las respondentes ha estado embarazada sólo una vez, y el 30% dos veces, el 11,5% lo ha estado tres veces y el porcentaje baja al 4% en caso de cuatros embarazos.

Al momento de responder la encuesta el 55% tiene sólo un hijo biológico y el 21,8% tiene dos. El porcentaje baja al 5,6% en caso de tres hijos y al 3% en caso de cuatro. Quienes no han tenido aún ningún hijo (cursan su primera gestación al momento de la encuesta) son el 13,5% de la muestra.

La mayoría vive en hogares donde residen 3 personas (42,6%), seguido por hogares de cuatro personas (21,5), dos personas (el 19%). El resto de la muestra se distribuye en hogares de más de 5 personas (el 8,6%), de 6 (el 3,6%) de 7 (el 2%) y más de 7 (0,6%). Los hogares con sólo una persona (ella misma) llegan al 2% de la muestra.

En gran parte de los hogares (48,5%) vive sólo un niño/a. En el 20% de los hogares viven dos niños/as y sólo en el 7% viven más de 3 niños. En el 3% no vive ningún niño y sólo en 1,7% de los hogares viven más de cuatro niños.

En cuanto a la distribución de la vivienda se trata en general se trata de viviendas grandes, con tres ambientes además de la cocina y el baño (36%) (es decir, son comedores, living, dormitorios, etc.), el 26,4% son viviendas con más de cuatro ambientes y un importante 15,8% viviendas con más de cuatro ambientes. Sólo el 5,3% son viviendas de un ambiente o el 16,2% de dos ambientes.

En cuanto a la situación laboral encontramos que el 46% trabaja a tiempo completo (20%) o parcial (26%). Un 15% señala ser ama de casa y un 10% estudiante. Un importante 13% optó por la categoría "otro" o "prefiero no responder". Por último se encuentran buscando un trabajo y desempleadas el

14% (7% en cada categoría). De aquellas que se encuentran trabajando un 71% lo hace manteniendo la licencia al momento de realizar la encuesta.

La mayoría (60%) tiene un empleo en relación de dependencia registrado. El 18% señala trabajar en forma autónoma. Con empleos no registrados e informales se registran menos del 10% de las encuestadas. El resto pertenece a la categoría otro.

### **Emociones y sentimientos en embarazadas y puérperas.**

Tanto las embarazadas como las puérperas manifestaron haberse sentido solas de forma moderada a extremadamente a menudo (un 38%) lo mismo que tensas, agitadas y tristes. Estas emociones y sentimientos son mucho más frecuentes que síntomas físicos como dolor en el pecho o en el corazón. En general destacan todos los indicadores de estados de ánimo deprimidos y/o ansiosos (dificultad para concentrarse, pensamientos repetitivos sobre el COVID-19, preocupación excesiva, etc.).

Cuando se preguntó cómo ha cambiado el Covid 19 los niveles de **estrés** o salud mental, un 53,5% respondió que los empeoró moderadamente, y el 15% contestó que los empeoró significativamente. Sólo 7 encuestadas consideraron que los mejoró (moderadamente 2% y significativamente 0,3%).

Cuando se aplicaron las escalas estandarizadas se obtuvieron los siguientes resultados.

La **ansiedad** en el embarazo y el puerperio se evaluó con la escala GAD-7, (Generalized anxiety disorder). La nota de corte de esta prueba es 10 puntos, a partir de los cuales se puede establecer un criterio clínico para la detección del trastorno de ansiedad generalizado. Del total de las mujeres encuestadas, un 73,3% no mostró ansiedad y el 26,7% mostró sintomatología vinculada al trastorno de ansiedad generalizado (sentirse nerviosa y alterada, preocupaciones excesivas por diferentes cosas, dificultad para relajarse, sentirse irritada o enfadada, con miedo y sensación de que algo terrible podía sucederle).

Al desagregar estos porcentajes se observa que existe una distribución muy similar entre embarazadas y puérperas, con una leve diferencia de presencia de ansiedad en puérperas: el 75% de las embarazadas no muestran indicios de ansiedad y el 25% sí, y entre las puérperas, el 72% no muestra ansiedad frente al 28% que sí muestra ansiedad.

En tanto la **depresión puerperal** se evaluó mediante la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS). Se trata de un instrumento de detección ampliamente utilizado para realizar *screening* en atención primaria de la salud

y en investigación en salud mental perinatal que se aplica durante el período perinatal. Está validada al español y posee una alta sensibilidad para la detección de la depresión posparto (DPP). La puntuación de corte es de 10 puntos; por encima de ese valor se estima que puede tratarse de una depresión posparto. Si consideramos el total de la muestra, los resultados muestran una ausencia del DPP en el 50% de las mujeres y presencia de DPP en el otro 50%. Si se observa esta distribución según sean embarazadas o puérperas, existe una pequeña diferencia en la presencia de DPP en puérperas (el 51% de ellas) frente a las embarazadas (49%).

En cuanto al **apoyo social**, se indagó este apoyo en diferentes dimensiones. En primer lugar se preguntó cómo se cubría la necesidad de apoyo social durante la pandemia. Se trataba de una pregunta de opción múltiple, es decir, en la que se podía elegir más de una opción.

Se consultó posteriormente y con opción de respuesta múltiple por quienes brindaron ese apoyo. Considerando el total de las menciones -688 respuestas en este caso- la familia ocupa el primer lugar con el 40% y le siguen las amistades con el 35%. Luego se reparten las demás categorías, sin que ninguna supere el 10%. Las encuestadas refirieron haberse apoyado en profesionales de salud mental (9%) y profesionales de la salud (6,4%); en vecinos (4,5%), Organizaciones comunitarias (1,4%) y religiosas (1,3%) y otros (2%).

Respecto a quienes están brindando ese apoyo, la familia fue elegida por el 91% de la muestra, los amigos/as por el 79,6%, Un porcentaje relativamente alto (casi el 20%) contestó recibir apoyo de profesionales de la salud mental, y sólo el 14% de profesionales de la salud en general. Los vecinos fueron elegidos por el 10% de la muestra, y la comunidad religiosa y otras instituciones comunitarias fueron elegidas, en ambos casos, por el 3 % de la muestra

### **Discusión o comentarios finales**

El estudio presenta resultados interesantes y que permiten valorar el impacto de la pandemia en la salud mental perinatal en Argentina. La característica más sobresaliente de la muestra es su sesgo hacia mujeres que tienen alto nivel educativo, con empleo estable y viviendas amplias. Aún en esta población que mantuvo las necesidades básicas cubiertas se perciben cambios negativos en la salud mental asociados a soledad, tristeza, pensamientos negativos recurrentes, etc. Esto se manifiesta, en parte, en los resultados obtenidos al aplicar las escalas de depresión puerperal y de ansiedad. Si se comparan los resultados de nuestra investigación con los obtenidos en estudios prepandémicos en Argentina se observa que hay un significativo aumento.

Estos datos siguen la tendencia observada en otro estudio realizado en nuestro país con mujeres embarazadas y puérperas que asistían a hospitales públicos de Entre Ríos y Buenos Aires.

Es indudable que la pandemia afectó fuertemente la salud mental perinatal, y esto motiva la realización de nuevos estudios empíricos. Otra futura línea de trabajo se ubica en una mejor comprensión teórica y empírica de las relaciones entre salud mental perinatal y las desigualdades e inequidades de género que atraviesan y determinan la vida de las mujeres-madres, sobre todo con relación al cuidado.

### Referencias bibliográficas

Flaherty, S.; Delaney, H.; Matvienko-Sikar K. & Smith, V. (2022). Atención de maternidad durante COVID-19, una síntesis de evidencia cualitativa de las mujeres y puntos de vista de los proveedores de atención de maternidad y experiencias. *BMC Embarazo y Parto* (artículo 438). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04724-w>, 28 de mayo 2022.

González, M. F., Mattioli, M.; Meques, F.; Piaggio, L.; Leiva, C. y Marano Roude, M. (2021). Estudio sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en salud mental materna. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Investigación en Salud; oct. 2021. 1-29 p. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1379550>.

López Morales, et. al. (2021). Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2021 Jan; 295: 113567.

Mathisen, S. E., Glavin, K., Lien, L., & Lagerløv, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International journal of women's health*, 5, 787–793.

Nakić Radoš, S.; Motrico, E.; Mesquita, A.M.; Ganho-Avila, A.; Voursora, E.; Lalor, J. (2022). Changes in perinatal mental healthcare during the COVID-19 pandemic: a protocol for a collaborative research study between the COST actions RISEUP-PPD and DEVOTION. *BBJ Open*.

Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Olza, I. (2020) Parir y nacer en tiempos de pandemia. Acceso: <https://saludmentalperinatal.es/product/parir-y-nacer-en-tiempos-de-pandemia>.

Pham, D., Cormick, G., Amyx, M. M., Gibbons, L., Doty, M., Brown, A., Norwood, A., Daray, F. M., Althabe, F., & Belizán, J. M. (2018). Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach. *Journal of affective disorders*, 227, 731–738. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.091>.

## **Factores de riesgo psicosocial durante el embarazo. Similitudes factores de riesgo psicosocial durante el y diferencias antes y durante la pandemia de COVID-19**

### **Autor/es:**

Paolantonio, María Patricia

Santander, Laura

Idiart, Manuela

Ríos Crespín, Natalia

Faas, Aana Eugenia

### **Email de Referencia en el Trabajo:**

maria.paolantonio@mi.unc.edu.ar

### **Institución:**

Instituto de Investigaciones Psicológicas (CONICET-UNC)

### **RESUMEN:**

**Introducción:** el embarazo es parte de una crisis evolutiva en la que inciden diversos sucesos significativos que son, además de biológicos, psicosociales y que pueden ser vividos como significativos. Asimismo, es probable que el atravesamiento de una pandemia como la de COVID-19 aumente la vulnerabilidad de las personas gestantes provocando un incremento en las vivencias de situaciones problemáticas durante la gestación. En consecuencia, el objetivo ha sido analizar la presencia de factores de riesgo psicosocial en personas gestantes antes y durante la pandemia de COVID-19.

**Método:** 60 personas gestantes fueron entrevistadas previo al comienzo de la pandemia de COVID-19 y 61 lo fueron durante la misma. Todas eran mayores de edad y controlaban su embarazo en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de Córdoba (Argentina).

Se aplicó la Entrevista Psicológica Perinatal para conocer, específicamente, los sucesos significativos (*life events*) que pueden influir en el curso del embarazo.

**Resultados:** se destacan el aumento del malestar físico y emocional en personas gestantes durante la pandemia, así como de vivencias problemáticas o estresantes relacionadas con muertes (familiares y abortos) y de tipo social (desocupación y problemas económicos).

**Discusión/Conclusión:** se observó que la pandemia de COVID-19 aumentó la presencia de factores de riesgo psicosocial. Se sugiere evaluar la situación psicosocial y de salud mental durante el embarazo y el posparto y la necesidad de implementar dispositivos de promoción de factores protectivos.

**PALABRAS CLAVE:** factores de riesgo psicosocial, embarazo, pandemia por COVID-19.

## Introducción

El embarazo representa una crisis vital que abarca procesos fisiológicos y biológicos pero también psicológicos y sociales que afectan a la persona que gesta de manera significativa pudiendo suscitar temores, ansiedades, angustias. Estas afectaciones pueden deberse a los grandes cambios involucrados en el proceso de gestación (Santos y Oiberman, 2011; Soifer, 1973; Videla, 1997).

Dichos cambios involucran variaciones a nivel hormonal, anatómico, fisiológico, etc, así como también a nivel psicológico –sentimientos relacionados ala aceptación del embarazo, fantasías, incertidumbre, temor, entre otras- (Carrillo-Mora et al., 2021; Marín Morales et al. 2008; Trancon y Dorca, 2015). En relación a las consideraciones sociales respecto al embarazo, las representaciones que giran alrededor de las mismas suelen presentar ideales que son imposibles sostener en el caso de lograr alcanzarlas en algún momento. De tal modo que, la maternidad como una instancia de realización, plenitud y felicidad son expectativas sociales que recaen sobre el complejo desarrollo del que aquí se trabaja (De Vicente et al., 2016).

De modo que, aunque el embarazo sea con intención y deseo, implica nuevas responsabilidades, alteraciones del ciclo del sueño, nuevos roles sociales que se esperan sean asumidos tanto personalmente como socialmente. Por lo que podría llegar a traer aparejado sentimientos ambivalentes e incluso ciertos malestares del estado anímico en la persona que gesta (Oiberman, 2006).

En concordancia con lo antedicho, se define a los “factores de riesgo psicosocial” como las circunstancias o vivencias relacionadas al ámbito comportamental o ambiental relacionadas a la posibilidad sufrir un daño en la salud (Oiberman, 2005). Un factor de riesgo por sí solo no necesariamente es significativo, pero la asociación de varios potencia, por ejemplo, el riesgo a padecer alteraciones del estado de ánimo. Por ende, es importante su estudio para detectar su incidencia en la salud mental perinatal de las personas gestantes y en el proceso de maternaje (Vizental, 2012).

Asimismo, existen ciertas circunstancias que favorecen que las personas gestantes estén más expuestas a ciertos padecimientos. Por ejemplo, en los últimos años las condiciones de vida de la población mundial han dado un giro drástico debido al brote del virus SARS-CoV-2, catalogado por la OMS como una pandemia. Por tal motivo, siendo las personas gestantes una población vulnerable per se, este grupo se vio particularmente expuesto a condiciones de extrema vulnerabilidad (Gonzales Romero et al., 2021).

Por consiguiente, resulta de importancia, y será objeto del presente estudio, analizar la incidencia de la pandemia de COVID-19 en los factores de riesgo psicosocial en personas gestantes.

## Metodología

*Diseño y tipo de estudio:* se trató de un estudio exploratorio-descriptivo.

*Participantes:* 60 personas gestantes fueron entrevistadas previo al comienzo de la pandemia de COVID-19 y 61 lo fueron durante la misma. Todas eran mayores de edad y controlaban su embarazo en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de Córdoba (Argentina).

*Procedimiento:* se invitó a participar a personas gestantes en el último trimestre de embarazo que asistieron a control del embarazo al Hospital de Maternidad y Neonatología de la ciudad de Córdoba durante los años 2017 (prepandemia) y 2022 (durante la pandemia). Una vez aceptada la invitación se le explicó a la persona gestante en qué consiste su participación y se le explicaron los aspectos más relevantes concernientes al consentimiento informado. Luego de la firma del consentimiento informado se recabaron los datos sociodemográficos de cada paciente y se evaluó la presencia de posibles factores de riesgo psicosocial.

*Instrumentos:* se administró un cuestionario *ad-hoc* de datos sociodemográficos referidos a nivel de estudios de la madre, edad, ocupación, si trabaja fuera del hogar y situación de pareja y una versión adaptada de la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP; Oiberman y Galíndez, 2005). La EPP tuvo que adaptarse ya que dicha entrevista consulta sobre eventos estresantes relacionados a temáticas psicosociales antes, durante y posterior al embarazo. Por lo tanto, se recortaron los ítems relacionados al parto y postparto.

### Resultados

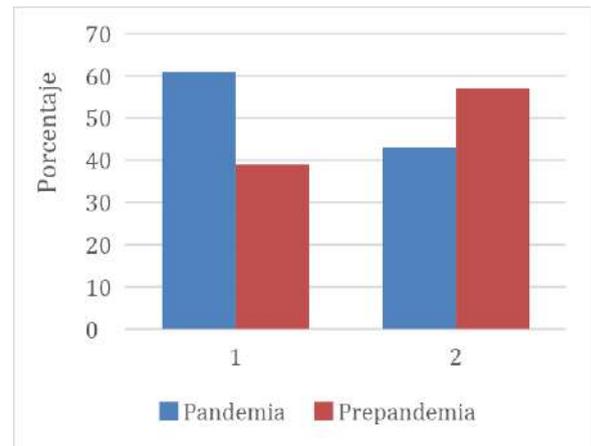
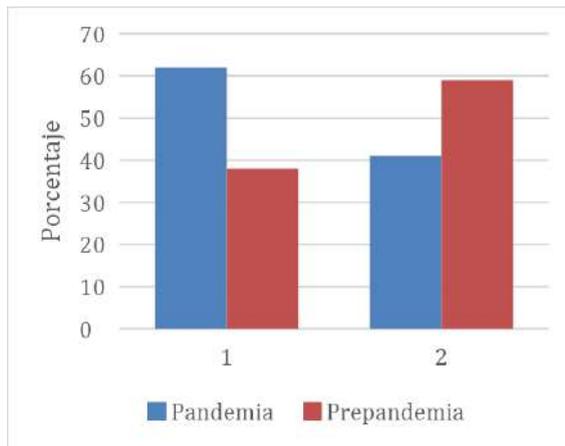
Se analizó la incidencia de la vivencia de la pandemia en los factores psicosociales de riesgo en el embarazo.

Se realizaron tablas de contingencia y la consecuente obtención de pruebas de Chi-cuadrado, considerando el atravesamiento del embarazo durante la prepandemia o la pandemia como variable independiente y cada una de los factores de riesgo psicosocial de la Entrevista Psicológica Perinatal como variables dependientes con dos categorías posibles de respuesta a la misma (presencia/ausencia).

Se observaron diferencias significativas entre las medidas tomadas antes y durante la pandemia por COVID-19 para las variables relacionados con cómo se sintió la persona gestante durante el embarazo (tanto física como emocionalmente), así como a las vivencias relacionadas con complicaciones durante el parto, con muertes antes y durante la gestación y con situaciones socioeconómicas experimentadas antes del embarazo. A continuación, se expresan los hallazgos referentes a cada una de dichas variables.

Con respecto a cómo las madres se sintieron físicamente en el embarazo, se encontraron diferencias significativas entre quienes se sintieron bien y mal en función de si cursaron el embarazo antes o durante la pandemia por COVID-19 [ $\chi^2= 5.21$ ,  $g= 1$ ,  $p \leq .022$ ]. Lo mismo se observó en relación a la variable referida a cómo se sintió emocionalmente en el embarazo [ $\chi^2= 3.84$ ,  $g= 1$ ,  $p \leq .05$ . Ver figura 1].

*Figura 1.* Estado físico y emocional durante el embarazo

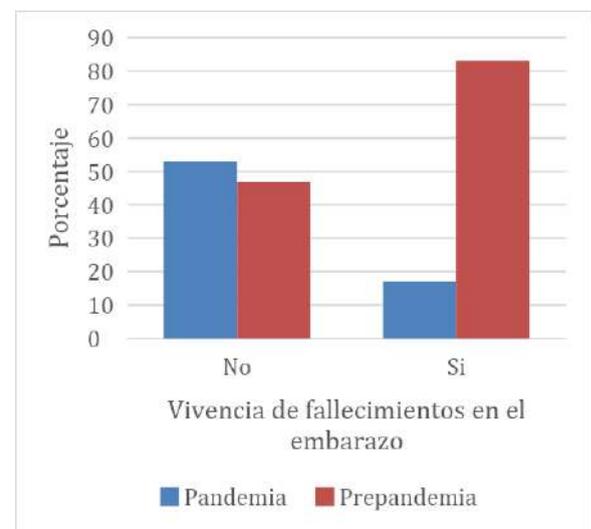
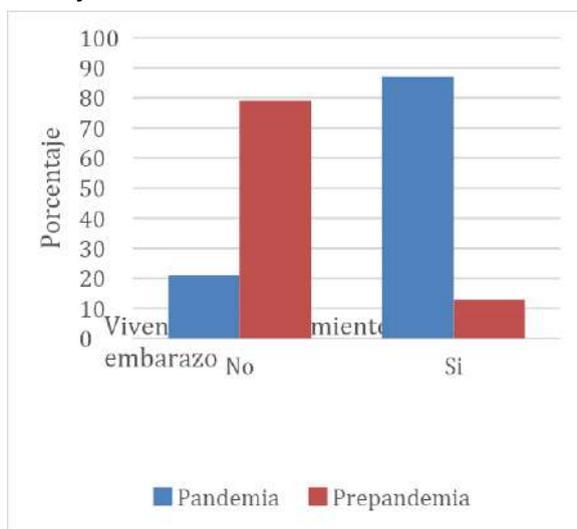


La figura 1 muestra que tanto a nivel físico como emocional hay una mayor cantidad de madres que cursaron su embarazo durante la pandemia que manifestaron sentirse mal, mientras que quienes estuvieron embarazadas antes de la pandemia manifestaron con mayor frecuencia haberse sentido bien tanto a nivel físico como emocional.

También se observaron diferencias significativas en relación a las complicaciones médicas durante el embarazo en función de si el embarazo ocurrió antes o durante la pandemia [ $X^2= 17.3$ ,  $g/= 1$ ,  $p \leq .00$ ]- ver figura 2.

En relación a la vivencia estresante de fallecimientos, se encontraron diferencias significativas entre ambos periodos de tiempo -antes y durante la pandemia- tanto para las experiencias acontecidas previamente [ $X^2= 52.2$ ,  $g/= 1$ ,  $p \leq .00$ ] o en el embarazo [ $X^2= 5.6$ ,  $g/= 1$ ,  $p \leq .02$ ]- ver figura 2.

**Figura 2.** Eventos estresantes relacionados con fallecimientos vividos antes y durante el embarazo

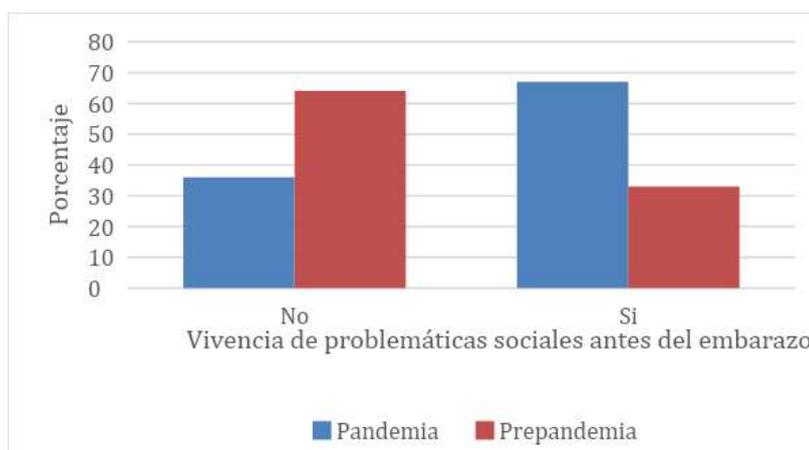


De acuerdo con lo que se observa en la figura 2, la afectación por la vivencia estresante de fallecimientos antes del embarazo se encuentra presente con más frecuencia en personas que gestaron en pandemia. Por su lado, quienes estuvieron embarazadas previo a la pandemia manifestaron más

frecuentemente haberse sentido estresadas por experiencias relacionadas con muertes acontecidas durante el embarazo. Tanto en relación a antes o durante la pandemia los acontecimientos relacionados con fallecimientos fueron reportados como referidos a familiares cercanos o abortos.

También la experiencia estresante asociada a problemáticas sociales ocurridas antes del embarazo mostró diferencias significativas en función de si la gestación fue antes o durante la pandemia [ $X^2= 10.87$ ,  $gl= 1$ ,  $p \leq .001$ ]- ver figura 3.

*Figura 3.* Eventos estresantes relacionados con problemáticas sociales vividos antes del embarazo



Siguiendo la información presente en la figura 3, las personas gestantes manifestaron con más frecuencia vivencias estresantes relacionadas a problemáticas sociales del tipo desocupación y problemas económicos durante la pandemia.

No se hallaron diferencias significativas para las variables relacionadas con la aceptación del embarazo, representación mental del futuro bebé, redes de contención, problemáticas de pareja, problemas físicos y psicológicos durante el embarazo ni problemáticas actuales, en función del cursado del embarazo previo a la pandemia por COVID-19 o durante la misma.

### Discusión y conclusiones

El presente trabajo se propuso analizar la presencia de factores de riesgo psicosocial en personas gestantes antes y durante la pandemia de COVID-19.

Para ello se aplicó una entrevista semiestructurada que contempla factores de riesgos psicosociales adaptada a personas gestantes, es decir se recortaron los ítems relacionados al parto y postparto.

El análisis de datos arrojó diferencias significativas entre las personas gestantes que cursaron su embarazo antes o durante la pandemia en relación a los siguientes factores de riesgo psicosocial: cómo se sintió física y psicológicamente, fallecimientos y problemáticas sociales.

Con respecto a la percepción sobre el estado físico y emocional, los resultados evidencian que las personas gestantes entrevistadas durante la pandemia manifestaron con mayor frecuencia vivencias de malestar físico y

emocional en comparación con quienes fueron entrevistadas antes de la aparición del COVID-19.

Nuestros resultados coinciden con lo reportado por Mortazavi et al. (2021) quienes evidenciaron que los temores y preocupaciones durante el embarazo afectaban la salud física y emocional de las personas gestantes. Estos hallazgos resultan de relevancia en relación a las estrategias preventivas a desarrollar si se considera que estudios previos sugieren que la vivencia de estrés en el embarazo puede provocar desórdenes en la relación madre-bebé, depresión prenatal y postnatal y aumento del riesgo de sufrir complicaciones médicas en el embarazo, como por ejemplo preeclamsia (Krishnamurti et al, 2019; Saisto et al, 2001).

Al mismo tiempo, los datos demostraron que quienes gestaron en pandemia experimentaron mayores vivencias estresantes relacionadas a fallecimientos antes del embarazo mientras que quienes gestaron prepandemia expresaron verse más afectadxs por experiencias relacionadas con muertes acontecidas durante el embarazo. Tanto en relación a antes o durante la pandemia los acontecimientos relacionados con fallecimientos fueron reportados como referidos a familiares cercanos o abortos.

En investigaciones realizadas antes y durante la pandemia por COVID-19, han mostrado que tanto la pérdida de seres queridos como de embarazos previos son vividos como estresantes durante la gestación y que, incluso, pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva en el postparto (An et al. 2021; Paolantonio et al., en prensa).

Al mismo tiempo, Puertas et al. (2021) investigaron el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en embarazadas y observaron que la pérdida de una persona querida cercana aumentaba las posibilidades de presentar sintomatología depresiva. Dichxs autorxs concluyeron que dicho hallazgo es coherente con el hecho de que la persona gestante se encuentra atravesando un duelo y, por ende, experimentando tristeza y depresión. Además, el hecho de que la recolección de datos del presente trabajo se llevó adelante en 2022 luego de que aconteciera el mayor número de fallecimientos por COVID-19 puede ser un factor explicativo del hecho que quienes gestaron en pandemia hallan expresado ser afectadas por el fallecimiento de personas cercanas antes del embarazo y no durante el mismo.

En relación a la vivencia de problemáticas sociales, quienes atravesaron su embarazo durante la pandemia por COVID-19 manifestaron con más frecuencia, en comparación con quienes atravesaron su embarazo previo a la pandemia, vivencias estresantes relacionadas con la desocupación y problemas económicos.

En este sentido, Mortazavi et al. (2021) también observaron que la situación de empleo y las dificultades económicas familiares son variables predictoras de los niveles de preocupación en mujeres que atravesaron su embarazo durante la pandemia. A su vez, Puertas-Gonzalez et al (2021) demostraron que las preocupaciones relacionadas con la crisis económica derivada de la crisis

sanitaria por COVID-19 pueden afectar las perspectivas futuras de calidad de vida de las mujeres embarazadas y la crianza de sus hijos, una incertidumbre que podría aumentar estos síntomas depresivos.

En conclusión, se observó que la pandemia de COVID-19 aumentó la presencia de ciertos factores de riesgo psicosocial.

Se sugiere evaluar la situación psicosocial y de salud mental durante el embarazo y el posparto y la necesidad de implementar dispositivos de promoción de factores protectivos.

#### Referencias bibliográficas

An, R., Chen, X., Wu, Y., Liu, J., Deng, C., Liu, Y. y Guo, H. (2021). A survey of postpartum depression and health care needs among Chinese postpartum women during the pandemic of COVID-19. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.02.001>

Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J. y Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48.

Contreras-Carreto, N. A., Moreno-Sánchez, P., Márquez-Sánchez, E., Vázquez-Solares, V., Pichardo-Cuevas, M., Ramírez-Montiel, M. L., ... y Mancilla-Ramírez, J. (2022). Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y cirujanos*, 90(4), 564-572.

De Vicente, A., Castilla, C., Villamarín, S. y Verdullas, S. (2016). La maternidad: mucho más que una revolución emocional. *Infocop*, 73, 4-5.

Krishnamurti, T., Davis, A. L. y Simhan, H. N. (2019). Worrying yourself sick? Association between pre-eclampsia onset and health-related worry in pregnancy. *Pregnancy Hypertension*, 18, 55–57. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2019.09.003>

Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M. y Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12.

Morales, D. M., Bullones, M. A., Monge, F. J. C., Abellán, I. C., Moure, M. A. M. y Puente, C. P. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (37), 5.

Mortazavi, F., Mehrabadi, M. y KiaeeTabar, R. (2021). Pregnant women's well-being and worry during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-11.

Oiberman, A. J. y Mercado, A. (2012). *Nacer, jugar y pensar: guía para acompañar el desarrollo del bebé desde su gestación hasta los 3 años*. LugaR. Oiberman, A. La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate [Internet]*. 2001 [citado 7 de febrero de 2020]; 10: 87-1.

- Oiberman, A. y Galindez E. (2005) Psicología perinatal: aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24(3).
- Paolantonio, M.P., Manoiloff, L.M.V. y Faas, A.E. (en prensa). Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas. *Revista de Psicología UNLP*. Ensenada: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de la Plata.
- Paolini, C. I., Oiberman, A. J. y Balzano, S. (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 12, 65-73. <https://doi.org/10.1590/s1519-38292012000100007>
- Puertas-Gonzalez, J. A., Mariño-Narvaez, C., Peralta-Ramirez, M. I. y Romero-Gonzalez, B. (2021). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on pregnant women. *Psychiatry Research*, 301, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113978>
- Romero-Gonzalez, B., Puertas-Gonzalez, J. A., Mariño-Narvaez, C. y Peralta-Ramirez, M. I. (2021). Variables del confinamiento por COVID-19 predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas. *Medicina clínica*, 156(4), 172-176.
- Romero, D., Orozco, L. A., Ybarra, J. L. y Gracia, B. I. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 152-162. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000200009>
- Santos, M. S. y Oiberman, A. (2011). Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E y Halmesmäki E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492-8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x>
- Sastre Miras, I. (2015). Aspectos Psicológicos y Emocionales durante la Gestación y el Puerperio. Trabajo final de grado. Facultad de Enfermería de Valladolid. Universidad de Valladolid.
- Soifer, R. (1973). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Kargieman.
- Trancon, A. y Dorca, B. (2015). *Psiquiatría perinatal y del niño de 0-3 años*. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N. y Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(2), 102-112. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262011000200007>

Videla, M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Editorial Nueva Visión.

Vizental, M. V. (2012). *Maternaje y relación temprana madre-bebé en una muestra de madres primerizas latinoamericanas residentes en la ciudad de Miami* (Doctoral dissertation, Universidad de Palermo).

## **¿Puede la adversidad parental tener efectos sobre el temperamento de los bebés? Psicopatología materna, programación fetal y temperamento infantil**

### **Autor/es:**

Hernán López-Moralesabcd

Marcela Lópezab

Lorena Canet-Juricabc

Sebastián Urquijoabc

Email de Referencia en el Trabajo:

hernanlopezmorales@gmail.com

Institución:

(a) Instituto de Psicología Básica Aplicada y Tecnología (IPSIBAT), Mar del Plata, Argentina.

(b) Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), Mar del Plata, Argentina.

(c) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

(d) Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

### **RESUMEN:**

La pandemia de COVID-19 puede configurar un contexto prenatal adverso para el desarrollo temprano. El objetivo de este estudio fue analizar los efectos de las experiencias negativas relacionadas con la pandemia, la ansiedad prenatal y la depresión en el temperamento de los bebés de seis meses. La muestra estuvo compuesta por 105 díadas madre-hijo. Se llevó a cabo una evaluación longitudinal mediante encuestas en línea prenatales y posnatales. Las madres completaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck-II, el Cuestionario de Impacto Pandémico y el Cuestionario de Comportamiento Infantil Revisado. Se probaron modelos de mediación en serie, en cuales las experiencias negativas relacionadas con la pandemia constituyeron la variable independiente, la ansiedad y depresión prenatal fueron los mediadores, y las dimensiones del temperamento de los niños fueron las variables dependientes. Las experiencias negativas relacionadas con la pandemia se asociaron indirectamente con el afecto negativo de los hijos y la extraversión a través de la sintomatología ansiosa, que actuó como variable mediadora. Este fue el primer estudio en identificar los

efectos de la pandemia de COVID-19 en el temperamento. Un contexto tan adverso implica riesgos para el desarrollo infantil. Políticas de salud pública que apunten a evaluar las variables socioemocionales durante la primera infancia se hacen necesarias para permitir intervenciones oportunas para disminuir estos riesgos.

**PALABRAS CLAVE:** Hipótesis de programación fetal, temperamento infantil, adversidad temprana, COVID-19, Psicopatología materna.

## INTRODUCCIÓN

Las evidencias sugieren que el contexto pandémico podría exacerbar la vulnerabilidad preexistente de ciertos grupos de población, como las mujeres embarazadas o los niños pequeños, a sufrir malestar psicológico (Holmes et al., 2020). Esta vulnerabilidad podría agravarse aún más en los países de bajos y medianos ingresos (LMIC), ya que en entornos caracterizados por la desigualdad y la disparidad la pandemia suele experimentarse como un factor de estrés crónico y extremo (Smith & Pollak, 2021).

La prevalencia estimada de trastornos mentales perinatales en mujeres de LMIC es del 15,6 % prenatal y del 19,8 % postnatal (Fisher et al., 2012), y se ha demostrado que estos indicadores aumentaron durante la pandemia de COVID-19, especialmente en LMIC (López- Morales et al., 2021). El contexto de la pandemia ha introducido cambios en las rutinas médicas y asistenciales en salud durante el embarazo.

La vulnerabilidad de las mujeres embarazadas está dada por el doble impacto de la adversidad. Esto significa que adversidad contextual podría afectarlas tanto a ellas como a su descendencia (Madigan et al., 2018). Numerosos estudios han indicado que la depresión y la ansiedad prenatal también pueden tener efectos negativos en el desarrollo fetal y del recién nacido a nivel fisiológico, cognitivo, motor y emocional (Madigan et al., 2018); esto genera una mayor predisposición a presentar futuros trastornos mentales, que podrían extenderse a la niñez, adolescencia y adultez (O'Donnell et al., 2014).

Según la hipótesis de la programación fetal, el período prenatal es un período sensible para el desarrollo, debido a que el feto tiene una adaptación fisiológica a las características del medio intrauterino en el que se desarrolla (Barker & Osmond, 1986). El feto responde a su entorno uterino ya los cambios y alteraciones en él, por ejemplo, los causados por el estrés materno prenatal. La exposición a estímulos físicos y/o biológicos estresantes puede tener efectos duraderos en los resultados cognitivos, emocionales, neuroendocrinos y conductuales de los seres humanos (Gluckman et al., 2010).

No existen estudios hasta la fecha que exploren los efectos del contexto pandémico en el desarrollo temprano de la descendencia, sin embargo, algunas experiencias previas asociadas a emergencias sanitarias, catástrofes o desastres naturales han demostrado que el estrés prenatal podría tener efectos

perjudiciales en la salud mental de las gestantes y en el bienestar de sus hijos (Cao-Lei et al., 2017).

En este sentido, el estudio del temperamento temprano es de especial interés. El temperamento temprano se define como las diferencias particulares en la reacción constitucional y la autorregulación que se pueden observar en la reactividad, actividad y atención de los niños (Rothbart, 2007). La reactividad se refiere a la tendencia de un individuo a mostrar excitación ante los estímulos, y la autorregulación es el proceso mediante el cual se modula esta reactividad (Rothbart, 1989). Rothbart (2007) propone tres dimensiones del temperamento: (1) extraversión, que combina la disposición hacia las emociones positivas, acercamiento rápido hacia los refuerzos y un alto nivel de actividad, refiriéndose a indicadores como actividad, risas y sonrisas, placer de alta intensidad, impulsividad, falta de timidez y anticipación positiva; (2) afecto negativo, que incluye indicadores relacionados con el miedo, la ira, la tristeza, el disgusto y la falta de capacidad para calmarse; (3) control esforzado, que se refiere a la capacidad de centrar la atención, control inhibitorio, placer de baja intensidad y sensibilidad perceptual.

El temperamento refleja las diferencias individuales basadas en la biología que surgen en los primeros años de vida y se mantienen relativamente estables a partir de entonces (Gaias et al., 2012). En conclusión, este contexto de adversidad prenatal podría configurar un estímulo negativo que afecte la trayectoria de desarrollo temprano de los niños nacidos durante la pandemia en diferentes condiciones de aislamiento y distanciamiento social. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es analizar los efectos de las experiencias negativas de la pandemia y la ansiedad y depresión prenatal en el temperamento de los bebés de seis meses.

## MÉTODO

Participantes:< La muestra consistió en 105 díadas madre-hijo (edad media de la madre = 32,49; SD = 4,71) con embarazos únicos a término que fueron reclutados en serie entre marzo de 2020 y mayo de 2021. Las díadas se evaluaron longitudinalmente en diferentes momentos prenatales (n =105) -segundo trimestre (edad gestacional media = 21,68; DE= 2,58) y tercer trimestre (edad gestacional media = 30,8; DE = 1,37)- y una evaluación posnatal a los 6 meses (n = 103), tanto de la madre como de sus bebés. Se excluyeron las gestantes que reportaron consumo de psicofármacos o esteroides, alcohol y/o drogas ilícitas. Con respecto a la descendencia, solo se incluyeron los recién nacidos de embarazo único y a término ( $\geq 37$  y  $< 42$  semanas de edad gestacional) y aquellos recién nacidos con mayor riesgo de trastornos del neurodesarrollo (peso al nacer  $< 2,5$  kg; anomalías congénitas; lesión neurológica); diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino) fueron excluidos.>

Instrumentos:

Experiencias negativas relacionadas con la pandemia: Se utilizó la escala de exposición del CAIR Pandemic Impact Questionnaire (C-PIQ; Lang, 2020). El C-PIQ es un cuestionario de 28 ítems que evalúa la respuesta personal a la pandemia de COVID-19 en términos de su impacto en la salud mental, el crecimiento y la exposición a factores estresantes. La subescala de exposición consta de ocho ítems de respuesta dicotómica (sí-no) que evalúan si ciertas experiencias negativas relacionadas con la pandemia le han sucedido o no al encuestado o a alguien cercano.

Síntomas de depresión: Se administró la adaptación española (Sánchez y Vázquez, 2011) del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996). El BDI-II es un cuestionario de autoinforme que consta de 21 ítems, cada uno de los cuales representa un síntoma de depresión (por ejemplo, llanto, cambios de apetito, tristeza, pesimismo, etc.). Es ampliamente utilizado para evaluar la depresión durante el embarazo (Nast et al., 2013).

Ansiedad Estado: Se utilizó la adaptación española (Spielberger et al., 1999) del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970). El STAI es una escala de autoinforme de 40 ítems, que evalúa la ansiedad como rasgo y como estado. Los encuestados responden sobre la frecuencia de los síntomas de ansiedad en una escala Likert de 4 puntos, que van de 0 a 3. Es ampliamente utilizado para la investigación en mujeres embarazadas ya que presenta los mejores indicadores de confiabilidad ( $\alpha = 0.83$  a  $0.72$ ; Delgado et al., 2016) y validez para la evaluación de la ansiedad en este grupo poblacional (Nast et al., 2013)

Temperamento: Se utilizó la versión en español del Infant Behaviour Questionnaire Revised – Very Short Form (IBQ-RVSF) (Farkas & Vallotton, 2016) para niños de 3 a 12 meses de edad (Putnam et al., 2014). El IBQ-RVSF mide una amplia variedad de comportamientos de los niños a través del informe de los padres. Mediante una escala tipo Likert de siete puntos, cada ítem (que va de nunca a siempre). Incluye 37 ítems, cada uno de los cuales evalúa la frecuencia de diferentes comportamientos relacionados con el temperamento durante los siete días previos a la aplicación. Los ítems se responden de acuerdo con una Escala Likert de 7 puntos (que van desde “nunca” hasta “siempre”). La escala incluye tres factores: extraversión, afecto negativo y control esforzado. Las puntuaciones factoriales se obtienen a través de la media de sus ítems, por lo que cada factor arroja una puntuación que oscila entre 1 y 7 puntos. La escala ha mostrado una adecuada fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach de  $.71$  a  $.90$ ), y validez convergente y predictiva (Farkas & Vallotton, 2016)

Covariables: Respecto a las madres, se aplicaron preguntas cerradas para explorar edad, edad gestacional, nivel educativo, paridad, afectación económica por la pandemia y presencia de enfermedades o complicaciones médicas. En cuanto a los bebés, se aplicaron preguntas cerradas para explorar el sexo, el peso al nacer y la edad.

Análisis de datos: Se estimaron modelos de mediación serial (Modelo 6) utilizando PROCESS. En estos modelos, las experiencias negativas relacionadas con la pandemia constituyeron la variable independiente, los niveles de ansiedad y depresión maternos se probaron como mediadores, y las dimensiones del temperamento del niño (afecto negativo, control esforzado y urgencia) fueron las variables dependientes.

## RESULTADOS

Se probaron tres modelos de mediación. En estos modelos, las experiencias negativas relacionadas con la pandemia constituyeron la variable independiente, los niveles de ansiedad materna (durante el segundo y tercer trimestre del embarazo) actuaron como mediadores, y las tres dimensiones del temperamento infantil (afecto negativo, control esforzado y urgencia) fueron las variables dependientes.

En cuanto al Modelo A (experiencias COVID-19 < ansiedad materna en el segundo trimestre < ansiedad materna en el tercer trimestre < afecto negativo), los niveles de ansiedad materna en el segundo ( $\beta = 0,17$ ,  $p < 0,05$ ) y en el tercer trimestre ( $\beta = 0.43$ ,  $p < .001$ ) se asociaron significativa y positivamente con el afecto negativo de los niños. No se observó un efecto directo significativo entre las experiencias negativas relacionadas con la pandemia y la afectividad ( $\beta = 0.05$ ,  $p > .05$ ). Al mismo tiempo, hubo efectos de mediación indirectos significativos entre las experiencias negativas relacionadas con la pandemia, la ansiedad materna en el tercer trimestre y el afecto negativo de los niños ( $\beta = 0.23$ , IC= 0.097 / 0.372), así como entre las experiencias negativas relacionadas con la pandemia, ansiedad materna durante el segundo y tercer trimestre y afecto negativo ( $\beta = 0.03$ , IC= 0.001 / 0.066). La comparación entre ambos efectos indirectos mostró que el primero ( $a_2b_2$ ) es mayor que el segundo ( $a_1d_2b_2$ ) (Efecto: 0.21; IC= 0.080 / 0.341).

En cuanto al Modelo B (experiencias COVID-19 < ansiedad materna en el segundo trimestre < ansiedad materna en el tercer trimestre < extraversión), también se observó que los niveles de ansiedad materna durante el tercer trimestre ( $\beta = 0,48$ ,  $p < 0,001$ ) se asociaron significativa y positivamente con la extraversión infantil. No hubo efecto directo significativo entre estas variables ( $\beta = -0.05$ ,  $p > .05$ ). Sin embargo, se observaron efectos indirectos significativos de la mediación entre las experiencias negativas relacionadas con la pandemia, la ansiedad materna al tercer trimestre y la extraversión de los niños ( $\beta = 0.26$ , IC= 0.086 / 0.449), así como entre las experiencias negativas relacionadas con la pandemia, la ansiedad materna al el segundo y tercer trimestre y la extraversión de los niños ( $\beta = 0.03$ , IC= 0.001 / 0.078). La comparación entre ambos efectos indirectos mostró que el primero mencionado ( $a_2b_2$ ) es mayor que el segundo ( $a_1d_2b_2$ ) (Efecto: 0.23; IC= 0.072 / 0.411).

El modelo C (experiencias de COVID-19 < ansiedad materna en el segundo trimestre < ansiedad materna en el tercer trimestre < control esforzado) (Fig. 2C) no mostró efectos significativos totales, directos o indirectos ( $p > 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

En cuanto a la relación entre la ansiedad materna y el temperamento de la descendencia, nuestro estudio demostró que las experiencias negativas relacionadas con la pandemia están indirectamente asociadas con el afecto negativo y la extraversión de los hijos, principalmente durante el tercer trimestre, a través de la mediación de síntomas de ansiedad prenatal. En conclusión, una mayor cantidad de experiencias negativas relacionadas con la pandemia se relacionó con mayores niveles de ansiedad prenatal, lo que a su vez predijo mayores indicadores de urgencia y afecto negativo en bebés de 6 meses.

En relación con la ansiedad prenatal, varios estudios han reportado hallazgos similares, en los que los síntomas de ansiedad materna, luego de controlar por el estado de ánimo o el estrés postnatal, predijeron mayores niveles de extraversión (Lin et al., 2014) y afectividad negativa (McMahon et al., 2013). En cuanto al contexto de la pandemia, solo un estudio ha publicado resultados sobre las relaciones de las experiencias negativas relacionadas con la pandemia con el desarrollo socioemocional. Provenzi et al. (2021) informaron que la ansiedad materna posparto se asoció indirectamente con las capacidades de regulación de los bebés a los 3 meses de edad, a través de la mediación del estrés de los padres y el vínculo madre-hijo.

Aunque la asociación entre la ansiedad prenatal y el afecto negativo ha sido ampliamente reportada, no es así con respecto a la literatura previa sobre extraversión, ya que algunos estudios han encontrado que muestra una asociación negativa tanto con la ansiedad prenatal como con el afecto negativo (Takegata et al., 2021). Por el contrario, nuestro estudio apoya los modelos explicativos que asocian positivamente el afecto negativo y la urgencia (Lin et al., 2014) como dimensiones de la capacidad reguladora infantil: niveles altos de ambas variables podrían implicar un riesgo para la capacidad reguladora (Gartstein & Rothbart, 2003). Por ejemplo, la afectividad negativa, que abarca respuestas negativas generales de humor, miedo e ira, predispone a estos niños a responder negativamente a los demás y los hace propensos a una respuesta de angustia duradera (Belsky, 1997). En la misma línea, los niños con altos niveles de excitación son más propensos a ser incapaces de regular su comportamiento y, por lo tanto, utilizan estrategias reguladoras menos efectivas (p.e. patadas o golpes) y se centran en objetos angustiantes (Calkins et al., 2002). Por otro lado, la extraversión incluye componentes tanto de afectividad positiva como negativa, debido a que consiste en una disposición hacia las emociones positivas, acercamiento rápido hacia los refuerzos y placer de alta intensidad, así como actividades de alta intensidad, impulsividad y falta de timidez. Estos tres últimos componentes serían un factor de riesgo de déficit regulatorios (Gartstein et al., 2009). Además, los altos niveles de intensidad asociados con la extraversión podrían exagerar las expresiones de negatividad y promover interacciones negativas entre el niño y su cuidador (Rothbart et al., 2000).

Aunque el alcance de nuestro estudio es limitado y los resultados pueden no permitir generalizaciones rápidas, los datos sugieren que los factores que predisponen a un fenotipo con mayor reactividad al estrés (mayor afecto negativo y extraversión y menor esfuerzo de control) ya están presentes en niños muy pequeños, que podría estar relacionado con alteraciones de la programación neuronal mediadas por el estrés materno. A su vez, la programación del sistema de respuesta a la adversidad podría predisponer a estos niños a ser hiperreactivos ante eventos adversos, activando el sistema de respuesta al estrés con mayor frecuencia y por períodos más largos de lo necesario. Todos estos indicadores de déficits de autorregulación conducen a un mayor riesgo de desarrollar una amplia gama de trastornos psicopatológicos y del neurodesarrollo durante la infancia y la adolescencia (Erickson et al., 2017). Esta vulnerabilidad especial de las mujeres embarazadas y los niños pequeños se ve agravada por el contexto pandémico actual en términos generales, pero, como se expuso anteriormente, esta susceptibilidad aumenta en los LMIC, porque la inequidad y disparidad en estos países podría como un estresor crónico y extremo (Smith & Pollak, 2021).

Por lo tanto, es importante señalar la necesidad de implementar políticas de salud pública que permitan una evaluación oportuna de las variables socioemocionales durante la primera infancia, lo que permitirá la creación de intervenciones tempranas para reducir los riesgos asociados a estos déficits.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barker, D.J., & Osmond, C. (1986). Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*, 1(8489), 1077-10781.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Beck Depression Inventory-II. The Psychological Corporation.
- Belsky, J. (1997). Variation in susceptibility to environmental influence: An evolutionary argument. *Psychological Inquiry*, 8(3), 182–186. HYPERLINK "[https://doi.org/10.1207/s15327965pli0803\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0803_3)" \h  
[https://doi.org/10.1207/s15327965pli0803\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0803_3)
- Calkins, S. D., Dedmon, S. E., Gill, K. L., Lomax, L. E., & Johnson, L. M. (2002). Frustration in infancy: Implications for emotion regulation, physiological processes, and temperament. *Infancy*, 3(2), 175–197. HYPERLINK "[https://doi.org/10.1207/s15327078in0302\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327078in0302_4)" \h  
[https://doi.org/10.1207/s15327078in0302\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327078in0302_4)
- Cao-Lei, L., De Rooij, S. R., King, S., Matthews, S. G., Metz, G. A. S., Roseboom, T. J., & Szyf, M. (2017). Prenatal stress and epigenetics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 117, 198-210. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.016>" \h  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.016>
- Delgado, A. M., Freire, A. D. B., Wanderley, E. L. S., & Lemos, A. (2016). Analysis of the construct validity and internal consistency of the state-trait

anxiety inventory (STAI) state-anxiety (S-anxiety) scale for pregnant women during labor. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(11), 531-537. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1055/s-0036-1593894>" \h  
<https://doi.org/10.1055/s-0036-1593894>

Erickson, N. L., Gartstein, M. A., & Dotson, J. A. W. (2017). Review of prenatal maternal mental health and the development of infant temperament. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(4), 588-600. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.03.008>" \h  
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.03.008>

Farkas, C., & Vallotton, C. (2016). Differences in infant temperament between Chile and the US. *Infant Behavior and Development*, 44, 208-218. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.07.005>" \h  
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.07.005>

Fisher, J., Mello, M. C. D., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139-149. HYPERLINK "<https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>" \h  
<https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>

Gaias, L.M., Räikkönen, K., Komsu, N., Gartstein, M.A., Fisher, P.A., & Putnam, S.P. (2012). Cross-cultural temperamental differences in infants, children, and adults in the United States of America and Finland. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 119–128. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00937.x>" \h  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00937.x>

Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior and Development*, 26(1), 64–86. HYPERLINK "[https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(02\)00169-8](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(02)00169-8)" \h  
[https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(02\)00169-8](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(02)00169-8)

Gartstein, M. A., Slobodskaya, H. R., Putnam, S. P., & Kinsht, I. A. (2009). A cross-cultural study of infant temperament: Predicting preschool effortful control in the United States of America and Russia. *European Journal of Developmental Psychology*, 6(3), 337–364. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1080/17405620701203846>" \h  
<https://doi.org/10.1080/17405620701203846>

Gluckman, P.D., Hanson, M.A., & Buklijas, T. (2010). A conceptual framework for the developmental origins of health and disease. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 1(1), 6-18. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1017/S2040174409990171>" \h  
<https://doi.org/10.1017/S2040174409990171>

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the

COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. HYPERLINK  
["https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1"](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1) \h  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Lin, B., Crnic, K. A., Luecken, L. J., & Gonzales, N. A. (2014). Maternal prenatal stress and infant regulatory capacity in Mexican Americans. *Infant Behavior & Development*, 37(4), 571–582. HYPERLINK  
["https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.07.001"](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.07.001) \h  
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.07.001>

López-Morales, H., del-Valle, M.V., Andrés, M.L., Gelpi-Trudo, R., Canet-Juric, L., & Urquijo, S. (2021). Longitudinal study on prenatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health*. HYPERLINK  
["https://doi.org/10.1007/s00737-021-01152-1"](https://doi.org/10.1007/s00737-021-01152-1) \h  
<https://doi.org/10.1007/s00737-021-01152-1>

Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R.M.P., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J.E., & Tarabulsy, G.M. (2018). A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645-657.e8. HYPERLINK  
["https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012"](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012) \h  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012>

McMahon, C. A., Boivin, J., Gibson, F. L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., & Fisher, J. (2013). Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human Reproduction*, 28(4), 997–1005. HYPERLINK  
["https://doi.org/10.1093/humrep/det029"](https://doi.org/10.1093/humrep/det029) \h  
<https://doi.org/10.1093/humrep/det029>

Nast, I., Bolten, M., Meinlschmidt, G., & Hellhammer, D. H. (2013). How to measure prenatal stress? A systematic review of psychometric instruments to assess psychosocial stress during pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 27(4), 313-322. HYPERLINK  
["https://doi.org/10.1111/ppe.12051"](https://doi.org/10.1111/ppe.12051) \h  
<https://doi.org/10.1111/ppe.12051>

O'Donnell, K.J., Glover, V., Barker, E.D., & O'Connor, T.G. (2014). The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Development & Psychopathology*, 26(2), 393-403. HYPERLINK  
["https://doi.org/10.1017/S0954579414000029"](https://doi.org/10.1017/S0954579414000029) \h  
<https://doi.org/10.1017/S0954579414000029>

Provenzi, L., Grumi, S., Altieri, L., Bensi, G., Bertazzoli, E., Biasucci, G., . . . Borgatti, R. (2021). Prenatal maternal stress during the COVID-19 pandemic and infant regulatory capacity at 3 months: A longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 1-9. HYPERLINK  
["http://doi.org/10.1017/S0954579421000766"](http://doi.org/10.1017/S0954579421000766) \h  
<http://doi.org/10.1017/S0954579421000766>

Putnam, S. P., Helbig, A. L., Gartstein, M. A., Rothbart, M. K., & Leerkes, E. (2014). Development and assessment of short and very short forms of the infant behavior questionnaire-revised. *Journal of Personality Assessment*, 96(4),

445–458. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1080/00223891.2013.841171>" \h  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2013.841171>

Putnam, S. P., Sanson, A. V., & Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (pp. 255–277). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Rothbart, M.K. (1989). Temperament and development. In: G. Kohnstamm, J. Bates, & M.K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 187-248). Chichester, England: Wiley.

Rothbart, M.K. (2007). Temperament, development and personality. *Psychological Science*, 16(4), 207–212. HYPERLINK "<http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00505.x>" \h  
<http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00505.x>

Sanz, J., & Vázquez, C. (2011). Adaptación Española del Inventario para Depresión de Beck-II (BDI-II). Pearson.

Sanz, J., Perdigón, A.L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.

Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2021). Early life stress and neural development: Implications for understanding the developmental effects of COVID-19. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 1-12. HYPERLINK "<https://doi.org/10.3758/s13415-021-00901-0>" \h  
<https://doi.org/10.3758/s13415-021-00901-0>

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., & Cubero, N.S. (1999). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.

Takegata, M., Matsunaga, A., Ohashi, Y., Toizumi, M., Yoshida, L. M., & Kitamura, T. (2021). Prenatal and Intrapartum Factors Associated with Infant Temperament: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 609020. HYPERLINK "<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.609020>" \h  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.609020>

# Primera infancia: problemáticas actuales.

## **Parentalidad, creencias y apego en madres asistentes a un programa de promoción del desarrollo saludable en la primera infancia.**

### **Autor/es:**

Faas, Ana Eugenia; Codosea, Lorena; Ferrero, Ma. José Herrero, Ma. Inés; Marasca, Roxana; Nanzer, Carolina; Paolantonio, Patricia; Rabinovich, Diana

Mail de contacto: ana.faas@unc.edu.ar

Institución: Cátedra Psicología del Desarrollo Infantil, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

### **RESUMEN:**

**Introducción:** Durante la primera infancia las maneras de concebir la crianza de un niño/a y las competencias parentales de quienes crían reviste una importancia fundamental. Una crianza positiva, con buenos tratos y sin violencia es hoy uno de los temas prioritarios de UNICEF (2022)

**Objetivos:** El trabajo plantea la implementación de talleres de promoción de la parentalidad positiva y su impacto en madres/padres de niños que transitan la primera infancia.

**Metodología:** Se desarrolla un programa denominado “Promoción del apego seguro y desarrollo saludable en la primera infancia” (Res. HCD 286/18) donde se implementan de 4 a 6 talleres en las instalaciones de Salas Cuna de la Prov. De Córdoba, orientados a diferentes competencias parentales.

**Resultados:** Se encontró que luego de los talleres, las madres mejoraban significativamente sus creencias sobre el desarrollo infantil alentando la estimulación y el acompañamiento activo del niño/a en las distintas etapas de su desarrollo y que la percepción de parentalidad también aumentaba, fundamentalmente con impacto en las competencias protectivas y vinculares.

**Discusión:** Los resultados demuestran que la capacitación y el acompañamiento en las crianzas de manera sostenida mejora las ideas y competencias parentales en torno a la primera infancia, por lo que la articulación de este tipo de programas resulta fundamental.

**Palabras Clave:** Primera Infancia, Parentalidad Positiva, Intervención, Crianza

### **INTRODUCCIÓN**

Las maneras como las madres y padres se relacionan con sus hijos están estrechamente relacionadas con sus creencias e ideas previas. Cuando se habla de creencias paternas se hace referencia a las cogniciones atribuibles a las ideas, actitudes, valores y expectativas sobre la crianza de sus hijos/as y que están referidas de manera global a cómo se concibe el desarrollo y la educación (Palacios, 1998). Algunas creencias originan estilos paternos de vinculación que no colaboran con un desarrollo óptimo. El acento puesto en lo innato o el involucramiento en la educación y la crianza sobre el comportamiento infantil determinan tipos paternos, que oscilan entre la defensa de la herencia o del ambiente. Se definen así padres denominados tradicionales o modernos. La posición en la cual se ubiquen influirá sobre el desarrollo posterior del niño (Sánchez Hidalgo y Hidalgo García, 2003, Huitron Vázquez y Torres Velazquez, 2005; Torres, 2002).

En investigaciones anteriores pudo observarse que las creencias y prácticas de los padres durante la primera infancia se diferenciaban en función de si eran clasificados como modernos o tradicionales y que esto afectaba la calidad de las interacciones con los niños. Se encontraron diferencias significativas entre el tipo de creencia y la calidad de las interacciones con su niño a favor de las madres que propiciaban la crianza y estimulación activa (modernas) y en detrimento de las pasivas, innatistas (o tradicionales). En base a estos resultados el presente proyecto planteó el diseño y evaluación de un programa de intervención que promueva la capacitación de los padres en torno al desarrollo y crianza de sus hijos, alentando un vínculo saludable desde la parentalidad positiva y orientado a la primera infancia. Se trata de ofrecer oportunidades de aprendizaje y desarrollo a partir de acciones formativas tempranas, pretendiendo optimizar el desempeño parental mediante el fortalecimiento de sus competencias y no desde la superación de deficiencias, aceptando la pluralidad que existe en el desempeño del rol parental.

Lo más destacable de este tipo de programas es su carácter formativo y educativo (Rodrigo, Martín-Quintana, Casimiro y Máiquez, 2009, Rodrigo y Byrne, 2011; Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008). Distintos autores coinciden en afirmar que al finalizar este tipo de programas, las madres se manifiestan menos favorables a las teorías que obstaculizan el desarrollo y la educación, manifiestan mayor confianza en sus prácticas de crianza e interacciones más positivas con sus hijos, informan mayor auto-eficacia, locus de control interno, menos dificultad en el rol parental y mayor acuerdo marital. De igual modo, modifican sus prácticas educativas, registrándose menos permisivas-negligentes y coercitivas y logran emplear prácticas inductivas basadas en la argumentación y negociación (Martín et al., 2009; Rodrigo, Maiquez & Martín, 2010). Dentro de los programas orientados a niños pequeños, la sensibilidad parental (Ainsworth et al., 1978; Santelices et al., 2012), constituye la columna vertebral.

## METODO

### Diseño y población

Se realizó un diseño de campo, cuasi experimental, sin grupo de comparación, pretest-postest. Se trabajó en 10 Salas Cunas del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Córdoba y un total de 112 madres.

## Instrumentos y Procedimientos

Se aplicó un programa diseñado ad-hoc de Apego Seguro y Desarrollo Saludable en la Primera Infancia. Las capacitaciones implicaron el desarrollo y seguimiento luego de 4 a 6 talleres dictados por el equipo, sobre los siguientes ejes: Apego, Desarrollo del niño/a, Límites, Crianza y estimulación, Estereotipos de género, Juego infantil, Autocuidado parental, entre otros. En la realización de los talleres y capacitaciones se hizo hincapié en la importancia del apego temprano y la implicación activa de los cuidadores en el desarrollo de los hijos atravesando varios módulos, con diferentes actividades cada uno.

Módulo I: Lo vincular y formativo: La mentalización, sensibilidad parental, calidez emocional e involucramiento de los padres con la crianza del niño, así como el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza que se dirigen a favorecer el desarrollo, aprendizaje y socialización, son los principales ejes de este módulo. El foco está puesto en el fortalecimiento del vínculo y las prácticas de crianza “positivas” que consisten en la variedad de estrategias que usan los padres para estimular a sus niños a involucrarse y comprender el mundo que los rodea así como generar oportunidades para observar, imitar y aprender. Se rescatan las creencias y prácticas paternas, privilegiando sus propias inquietudes como ejes de la intervención y capitalizando las estrategias funcionales.

Módulo II: Lo cotidiano y protectorio: Aquí se trabaja sobre las habilidades y competencias que se ponen en juego en el contexto cotidiano del hogar. Estas son las denominadas “competencias protectorias”. La concepción de “protección” aporta una mirada amplia, respetando la necesaria integración del enfoque de necesidades, del enfoque de desarrollo humano y del enfoque de los derechos de la infancia en un mismo ámbito: necesidades, derechos y desarrollo. Se apunta, así mismo, al conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas que permiten pensar acerca de las influencias y trayectorias de la propia parentalidad, lo que se denomina “metaparentalidad”. Ello permite a los padres monitorear sus prácticas parentales actuales y evaluar el curso del desarrollo del hijo, con la finalidad de retroalimentar las otras áreas de competencia parental.

Módulo III: Lo comunicacional y el juego: Cada vez existe más evidencia de que los programas que resultan más eficaces son aquellos que fomentan la realización de actividades educativas padres/madres e hijos/as, haciendo énfasis en propiciar pautas concretas de interacción y en la construcción de relaciones basadas en el afecto. Es por ello que este módulo apunta a la comunicación e intercambio entre ellos en un formato lúdico. Se refuerza la comunicación y los entornos para favorecerla y se da oportunidad a los padres para desplegar lo aprendido en interacción permanente con su niño.

Como cierre se entrega folletería para el hogar con los aspectos principales del programa que operan como sostenes y andamios para la crianza cotidiana mediante cartillas denominadas “Acompañándonos en las crianzas” (elaboradas y editadas por el equipo con aval UNC), las cuales se construyen a

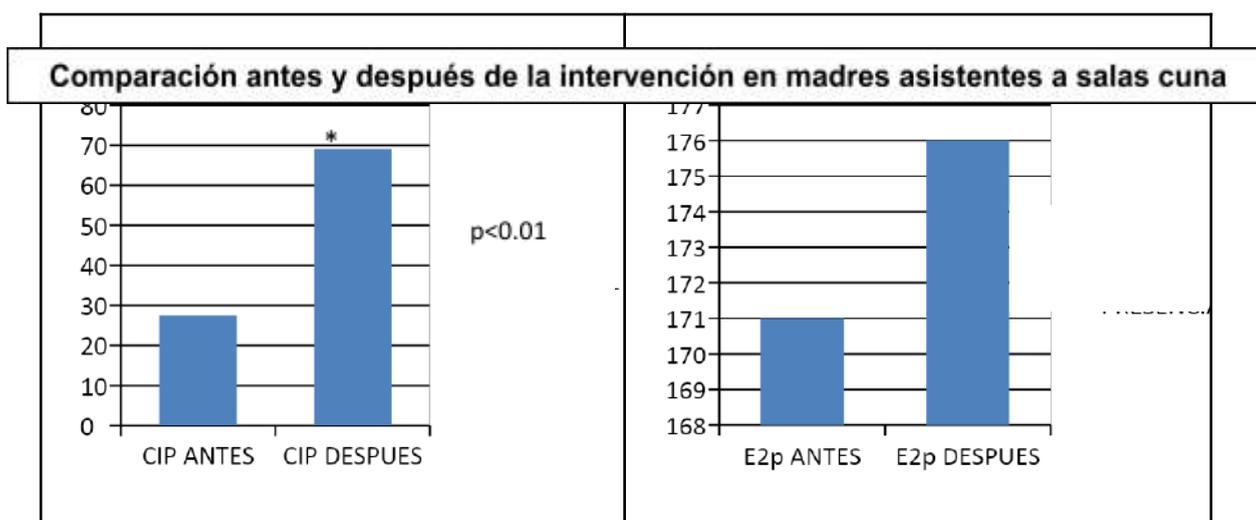
partir del recorrido de lo que se recoge en los talleres. Abordando la de-construcción de falsas ideas sobre el desarrollo infantil y la construcción de aprendizajes y saberes compartidos, se presentan en 3 ejes: “Casi siempre pensamos” “Aprendimos que” y “Qué podemos hacer desde casa”.

Como instrumentos se aplican antes y después de la intervención: 1- El Cuestionario de Ideas Paternas sobre la crianza y el desarrollo infantil (CIP, Palacios 1998) y 2- La Escala de Parentalidad Positiva (E2p, 2°Ed. Gomez Muzio y Muñoz Quinteros, 2015).

En suma, el programa reúne las siguientes características: 1-Está centrado en promover el desarrollo infantil durante la primera infancia.2-Se compone de diversos módulos y ejes basados en la metodología experiencial donde el especialista asume un rol de mediador cuya función es de apoyo, acompañamiento, asesoramiento y modelaje para los padres y cuidadores.3-Se propicia la reflexión sobre las cogniciones de los padres respecto al comportamiento con los hijos.4-Posee una orientación práctica dirigida al entrenamiento de pautas concretas de actuación y secuencias de interacción.5-Está dirigido a padres, madres y cuidadores que trabajan con poblaciones en condiciones de riesgo o vulnerabilidad social. 6- Incluye la entrega de cartillas de acompañamiento para el hogar que andamian los aprendizajes realizados en cada uno de los módulos propuestos.7- Evalúa los cambios tanto a nivel de las creencias como de las competencias, reestructurándose de manera permanente.

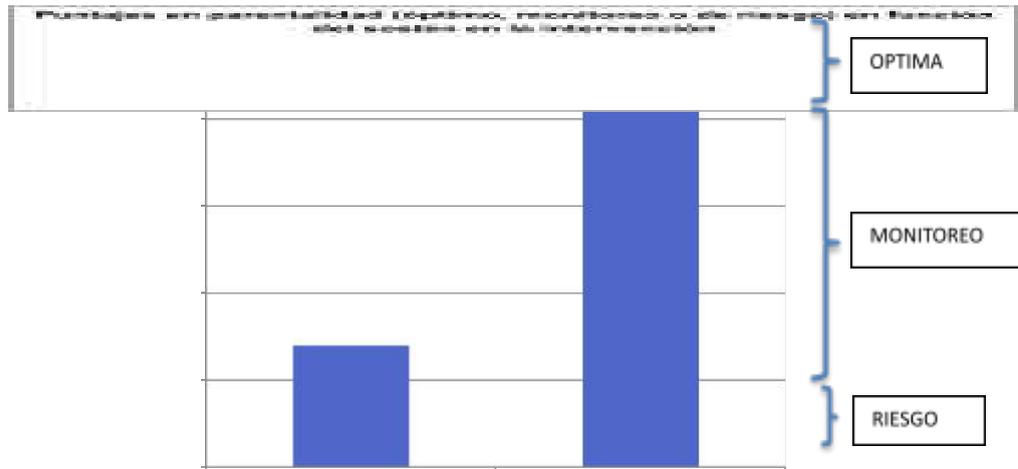
## **RESULTADOS**

Se encontró que luego de los talleres, las madres mejoraban significativamente sus creencias sobre el desarrollo infantil con primacía de las modernas sobre las tradicionales y que la percepción de parentalidad también aumentaba.

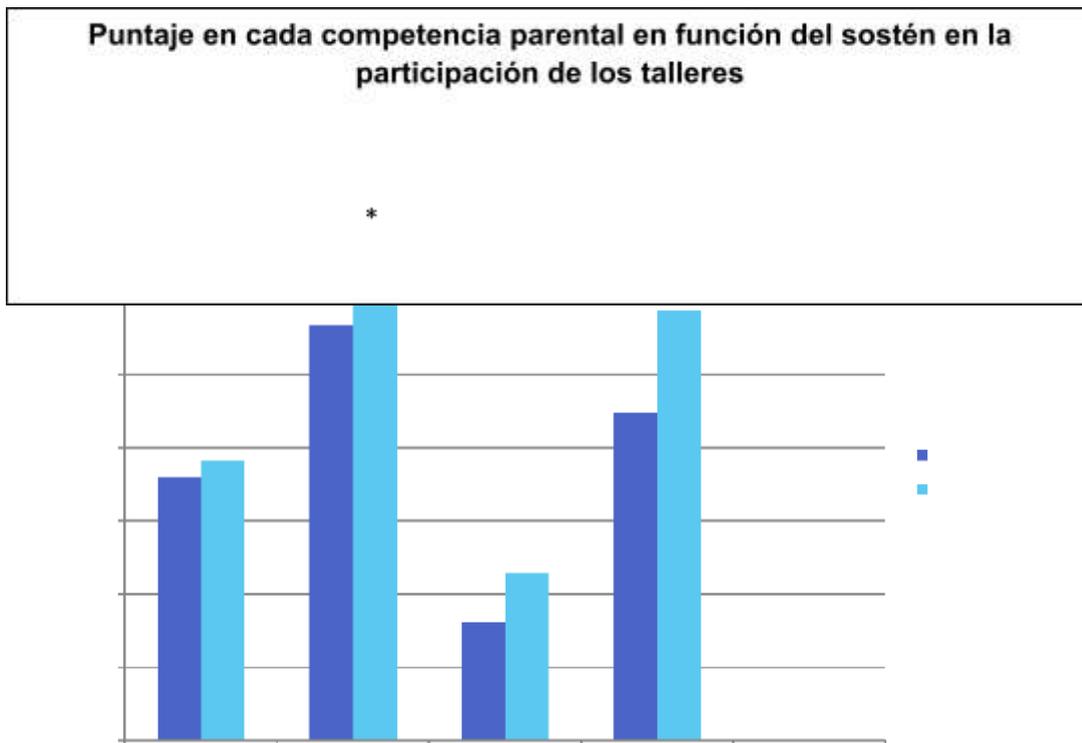


Así mismo, se encontraron resultados significativos del sostén en la participación de las madres en las actividades propuestas, aquellas que habían

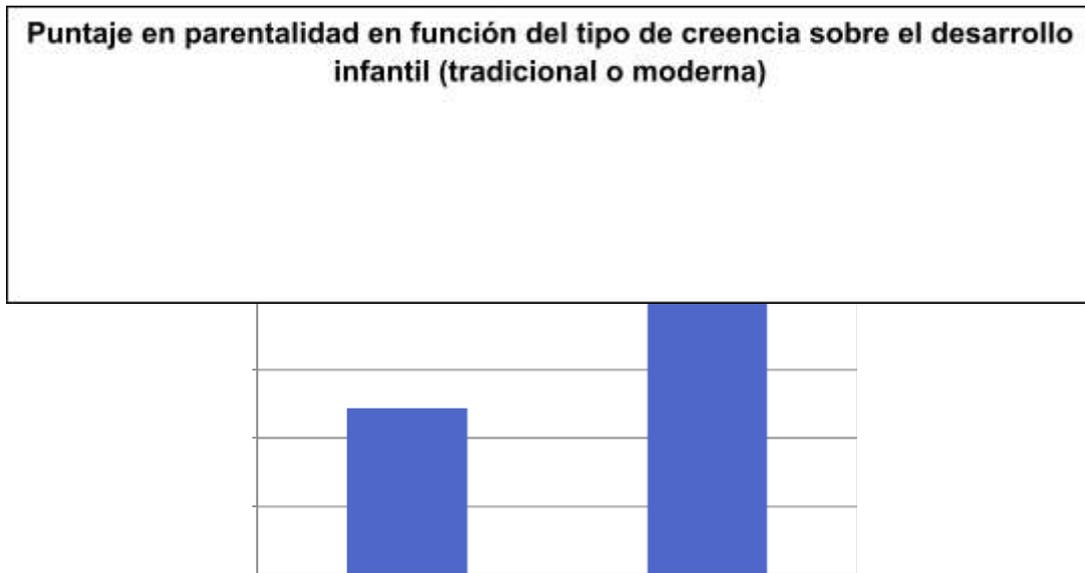
realizado 3 o más talleres calificaban en la zona óptima de parentalidad en relación a quienes habían realizado menos o abandonado al inicio.



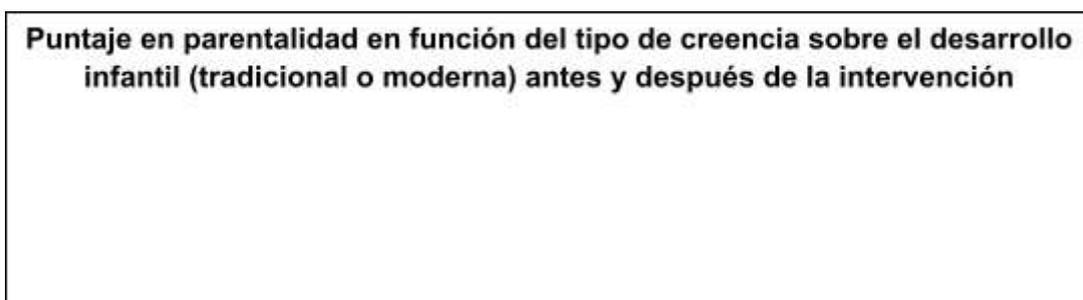
Esto ocurría en todas las competencias, pero era significativo para las protectivas y las vinculares ( $p < 0.05$ ).

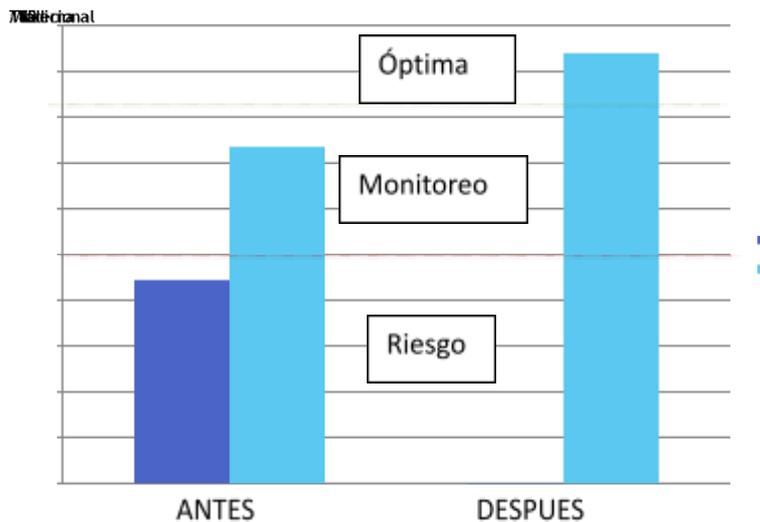


También se encontró que cuando las madres presentaban creencias modernas, esto impactaba con mayor puntaje en las prácticas parentales.



Al inicio de las intervenciones las puntuaciones promedio de las madres tradicionales se ubicaban en la zona de riesgo mientras que las modernas en la zona de monitoreo. Al final de las mismas, ninguna madre calificó como tradicional, y las calificadas como modernas presentaban puntuaciones promedio ubicadas en la zona óptima.





## **DISCUSION**

Al analizar los resultados del impacto de la intervención, se encontró que la parentalidad se presenta más óptima si se sostienen los talleres en el tiempo y que la modificación del tipo de creencia sobre el desarrollo infantil que poseen las madres genera prácticas parentales más óptimas. La realización sostenida de los talleres mejora todas las competencias parentales, pero impactan significativamente en las competencias vinculares y protectivas, que implican un apego seguro y un adecuado desarrollo emocional, atendiendo a las necesidades del niño o niña en su vida cotidiana. El vínculo de apego es el espacio que permite al niño desarrollar un sentido de seguridad y protección en función de cómo la madre regula las interacciones respondiendo a las sus demandas y necesidades. Cuando está desregulado genera problemas en las interacciones sincrónicas, impactando en la autopercepción del rol materno, actitudes con el niño/a y prácticas de interacción y crianza (Gamarnik, 2005). Como sostienen Muzio y Quinteros (2015), estas competencias están orientadas a promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los niños y niñas desde sus cuatro componentes: (a) la mentalización, entendida como la capacidad parental para interpretar el comportamiento del hijo/a, o niño a su cargo, mediante la atribución de estados mentales (creencias, sentimientos, actitudes, deseos) respecto a la conducta observada en el niño/a (Fonagy & Target, 1997); (b) la sensibilidad parental, entendida como la capacidad parental para leer las señales comunicativas del niño, interpretarlas (es decir, mentalizar) y ofrecer una respuesta parental apropiada y contingente (Ainsworth et al., 1978; Santelices et al., 2012); (c) la calidez emocional, entendida como la capacidad parental para demostrar en forma consistente expresiones de afecto y buenos tratos al niño o niña; y (d) el involucramiento parental, entendido como la capacidad parental para mantenerse interesado, atento y conectado con las experiencias y actividades cotidianas del niño/a, participando activamente en su desarrollo. Son estas

competencias las que se manifiestan principalmente a través de prácticas de crianza socioemocionales (Bornstein & Putnick, 2012).

Los resultados sugieren que el acompañamiento parental activo en la primera infancia favorece la parentalidad, colabora con la construcción de creencias e ideas acertadas sobre la crianza y el desarrollo del niño y fortalece el vínculo niño/a-cuidadores. La intervención en la primera infancia, su monitoreo y evaluación -que permita constatar su efectividad-, se constituye en una poderosa herramienta de promoción del desarrollo saludable.

El amor y la atención que los adultos brindan a los niños resultan fundamentales y pilares constitutivos de su desarrollo emocional. Es necesario cuidar a los adultos en situación de crianza, orientarlos en estas prácticas y revalorizar los saberes de la familia que favorecen su desarrollo. Es muy importante observar y acompañar a quien cuida al niño, teniendo en cuenta que la organización de la vida cotidiana y la modalidad de los cuidados que recibe un niño son ejes alrededor de los cuales se constituye psíquicamente el sujeto (IODI, Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bornstein, M. & Putnick, D. (2012). Cognitive and Socioemotional Caregiving in Developing Countries. *Child Development*, 83(1), 46-61.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700
- Gamarnik, Y. (2005). El apego en proceso. Aportes desde el advenimiento complejo. Letra Viva. Ed. Buenos Aires, Argentina.
- Huitron Vázquez, B.E. y Torres Velázquez, L.E. (2005) Ideas maternas sobre la crianza y educación de hijos e hijas. *Apuntes de Psicología*, 23:3 (293-304).
- I.O.D.I (2017) Criterios para la aplicación del instrumento de desarrollo infantil. Ministerio de Salud de la Nación.
- Martín, J.C.; Máizquez, M.L.; Rodrigo, M.J. (2009), “La educación parental”. *Intervención Psicosocial*, 18, (2), 121-133.
- Muzio, E. y Quinteros, M.M. (2015) Escala de Parentalidad Positiva. EDP. Manual. Fundación Ideas para la Infancia.Chile.
- Palacios, J., Hidalgo, M. V. y Moreno, M. C. (1998). Ideologías familiares sobre el desarrollo y la educación infantil. En J. M. Rodrigo y J. Palacios (Comps.), *Familia y desarrollo humano* (págs. 181-200).Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J; Moreno,M.C; Muñoz-Tinoco, V. y Ridao, P. (1998). Cuestionario de Ideas de Padres y Madres. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Sevilla.

- Rodrigo, M. J. & Byrne, S. (2011). Apoyo social y agencia personal en madres en situación de riesgo. *Intervención psicosocial*, 20, pp.13-24
- Rodrigo, M. J., Martín-Quintana, J. C., Cabrera-Casimiro, E. & Máiquez-Chaves, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención psicosocial*, 18, pp. 113-120.
- Rodrigo, M. J.; Máiquez, M. L.; Martín, J. C.; Byrne, S. (2008), *Preservación Familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Pirámide. Madrid.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L. & Martín, J.C. (2010). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la Parentalidad Positiva*. FEMP: Madrid.
- Sánchez Hidalgo, J. y Hidalgo García, M.V. (2003) De las ideas de las madres a las interacciones con sus bebés. *Anales de Psicología*. 19:2 (279-292).
- Santelices, M., Carvacho, C., Farkas, Ch., León, F., Galleguillos, F., Himmel, E. (2012). Medición de la sensibilidad del adulto con niños de 6 a 36 meses de edad: Construcción y análisis preliminares de la Escala de Sensibilidad del Adulto, E.S.A. *Terapia Psicológica*, 30(3), 19-29.
- Torres, L. (2002). Ejercicio de la paternidad en la crianza de hijos e hijas. Tesis Doctoral. Facultad de Cs Políticas y Sociales. Universidad Autónoma de México.

## **Dificultades en la alimentación en niños pequeños: estudio de los factores asociados.**

**Autora:** Hauser, Maria Paulina

**Email de contacto:** paulinahauser@gmail.com

**Facultad de Psicología- UBA.** Facultad de Psicología y Psicopedagogía- USAL. Hospital Especializado Materno Infantil “Ana Goitia”, Avellaneda, Buenos Aires.

### **RESUMEN:**

Los problemas de alimentación son muy frecuentes en niños pequeños y se explican desde un modelo biopsicosocial. Diversos estudios han intentado discriminar cuales son los factores que intervienen en la aparición de las dificultades en la alimentación en los infantes.

El objetivo de la presente investigación fue estudiar la incidencia de los trastornos alimentarios maternos y las prácticas parentales en torno a la alimentación en las dificultades alimentarias en niños pequeños. Se realizó un estudio correlacional, con un diseño de investigación no experimental y transversal. Se utilizó una metodología mixta. La muestra está formada por 172 infantes y sus madres. Se administró un Cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Conducta Alimentaria (ICA), la Escala Argentina de Dificultades Alimentarias en Niños (EADAN) y el Cuestionario ad hoc sobre prácticas parentales y hábitos familiares en torno a la alimentación.

En cuanto a los resultados, el 89.5% de los niños evaluados no presentan dificultades en la alimentación, prevalecen las prácticas parentales propias de un estilo autorizado y, en la mayoría de las madres, las dimensiones de Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal se presentan con baja intensidad. Se halló una correlación positiva débil entre las dimensiones Obsesión por la delgadez y Bulimia con los puntajes obtenidos en la EADAN. Se concluye que a medida que se incrementa la presencia de estas

dimensiones en las madres también se incrementan las dificultades alimentarias en los niños.

**PALABRAS CLAVES:** alimentación, primera infancia, trastornos alimentarios maternos, prácticas parentales.

### **Introducción:**

El logro de una alimentación saludable depende de la integración exitosa entre las funciones físicas y las relaciones interpersonales durante los primeros años del desarrollo. Los problemas de alimentación en la infancia se explican desde un modelo biopsicosocial, son el resultado del interjuego entre factores fisiológicos y psicosociales (Johnson & Harris, 2004, Rommel, De Meyer, Feenstra & Veereman-Wauters, 2003). Estos problemas impactan en el peso, en el crecimiento, en el desarrollo emocional y social así como también en las interacciones entre los niños y sus padres (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010).

Diversos estudios han intentado discriminar cuales son los factores que intervienen en la aparición de las dificultades en la alimentación en los infantes, destacando las practicas alimentarias parentales así como los trastornos alimentarios maternos. Las prácticas alimentarias parentales consisten en aquellas estrategias o conductas utilizadas de manera frecuente por los padres para facilitar o limitar la ingesta de ciertos alimentos. Estas prácticas remiten a estilos parentales que pueden ser autoritario, autorizado o sensible, o permisivo (Blisseth, 2011, Castaño Tobón et al., 2018).

En otras investigaciones también se ha establecido una asociación entre la nutrición saludable de las madres, por ejemplo el consumo de frutas y verduras, y hábitos saludables en los niños (Arévalo et al, 2018). Se ha señalado que los niños suelen aceptar mejor una nueva comida si los demás también la prueban (Galloway, Fiorito, Lee & Birch citado por Gregory, Paxton & Brozovic, 2010). La alimentación saludable de los padres está asociada a una disminución de los comportamientos quisquillosos e incremento del interés en las comidas un año después. Si la experiencia de comer junto a los padres es vivenciada como placentera, esto generaría emociones positivas que refuerzan el probar nuevos alimentos (Gregory, Paxton & Brozovic, 2010).

En la literatura, también se establece, una fuerte asociación entre los problemas de alimentación en los infantes y los desórdenes alimenticios de las madres. Torgersen et al. (2015) en Noruega compararon los tipos de dietas en niños de 6 meses con madres con trastornos en la alimentación (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, atracones entre otros) y sin trastornos en la alimentación. La importancia del estudio reside en que los niños de las madres con trastornos se encuentran en riesgo de desarrollar desordenes en la

alimentación en etapas posteriores. En otra investigación realizada en el mismo país, se encontró que las madres con estos trastornos suelen interrumpir antes de la lactancia, inclusive a los 3 meses (Ystrom, Niegel & Vollrath, 2009).

A partir de lo expuesto, el objetivo del presente trabajo fue estudiar la incidencia de los trastornos alimentarios maternos y las prácticas alimentarias parentales en las dificultades alimentarias en niños de 6 meses a 6 años de diferentes localidades de la Provincia de Buenos Aires.

### **Método:**

Se realizó un estudio correlacional, con un diseño de investigación no experimental y transversal. Se utilizó una metodología mixta. La muestra está formada por 172 infantes y sus madres. Se administró un Cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Conducta Alimentaria (ICA) (Casullo & Perez, 2003), la Escala Argentina de Dificultades Alimentarias en Niños (EADAN) (Hauser, Taborda, Oiberman & Ramsay, 2019) y el Cuestionario ad hoc sobre prácticas parentales y hábitos familiares en torno a la alimentación.

### **Resultados:**

En cuanto a los resultados obtenidos a partir de la EADAN, se halló que el 89.5% de los niños no tiene dificultades, el 5.2% tiene dificultades leves, el 4.1% dificultades moderadas y solo el 1.2% dificultades severas en la alimentación. El puntaje mínimo obtenido fue de 14 y el máximo de 76 con una desviación estándar de  $SD=11.57$ .

Al investigar sobre las prácticas alimentarias parentales se encontró que la mayoría de las madres de la muestra estimulan a sus hijos/as en el consumo de alimentos saludables (80%) y les ofrecen opciones entre los alimentos que consideran adecuados (70%). Así mismo, el 43% de las madres destacan que es importante que los adultos siempre coman lo mismo que los niños/as ya que consideran que la observación de estas conductas por parte de sus hijos/as permite que acepten mejor los alimentos. También se obtuvo que el 67% de las madres frecuentemente aprovechan el momento de la alimentación para compartir y conversar con sus hijos/as y consideran que se debe respetar el horario de las comidas (77%).

En cambio, estrategias como la disciplina a la hora de la alimentación y el establecimiento de reglas acerca de alimentos prohibidos y permitidos para el niño/a se presentan con menos frecuencia en la muestra (solo en el 33% de los casos). Otras conductas que se presentan poco en las madres que participaron del estudio son negociar con el niño/a sobre el consumo de ciertos alimentos (50% de los casos), premiarlo con alimentos que le gustan si se porta bien (33%), ofrecerle comida para calmarlo (23%) e insistirle para que siga comiendo aún cuando no lo desee (30%). Además, estas madres, en general,

nunca los castigan si se portan mal sacándoles alguna comida que les gusta (90%).

En cuanto a las conductas alimentarias más frecuentes en estos niños/as, se encontró que la mayoría consume diariamente al menos un vaso de leche y/o yogurt (77%), una porción de carne (67%) y beben solo agua durante las comidas (70%). En menor medida solo el 37% de estos niños/as ingieren diariamente frutas y verduras, mientras que el 63% consume a veces grasas, comida “chatarra” o golosinas. Además, se observa que la amplia mayoría de los niños/as se sientan a la mesa para comer (90%) y dejan de alimentarse cuando se sienten satisfechos (67%). Las madres refirieron que algunas veces los niños/as ven televisión o utilizan el celular durante las comidas (40%) y en general no es el niño/a quien decide lo que come y en qué cantidad (63%).

En tercer lugar, respecto de la conducta alimentaria materna evaluada con el ICA se encontró que las tres dimensiones indagadas se presentan con baja intensidad. Respecto de la Obsesión por la delgadez, el 50.3% de las madres obtuvieron los percentiles más bajos (P1, P10 y P20), el 15% en el P40 y el restante 32.9% se ubica en el P50 o por encima. En la dimensión Bulimia, el 64.2% se concentra en los percentiles más bajos (P10 y P20), mientras que el 11% en el P40 y el restante 16.8% en el P50 o por encima. Por último en la dimensión Insatisfacción corporal, el 42.8% se ubicó en los tres percentiles más bajos (P1, P10 y P20), mientras que el 12.1% se encuentra en el P50 y el 27.1% por encima del P50.

Se puede notar que en general, las dimensiones evaluadas no tienen mucha presencia en las madres, aumentando solo levemente la Obsesión por la delgadez y la Insatisfacción corporal. Esto indicaría que los síntomas asociados a la necesidad de las madres de estar más delgadas, las preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso así como los sentimientos de disconformidad con determinadas partes del propio cuerpo (su forma y/o tamaño) no tienen mucha frecuencia en esta muestra. Además, la tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva evaluados en la dimensión Bulimia son los menos frecuentes.

Finalmente al analizar los resultados obtenidos a partir de los distintos instrumentos y para responder al objetivo general, se encontró que existe una correlación positiva débil entre las dimensiones Obsesión por la delgadez y Bulimia con los puntajes obtenidos en la EADAN ( $r = .178^*$  y  $r = .254^{**}$  respectivamente). Esto indica que a medida que se incrementa la presencia de comportamientos asociados con estas dimensiones también se incrementa el puntaje en la EADAN, lo que supone mayores dificultades en los niños.

## **Discusión:**

El objetivo de este artículo fue conocer la incidencia de los trastornos alimentarios maternos y las prácticas alimentarias parentales en las dificultades alimentarias en niños de 6 meses a 6 años de diferentes localidades de la Provincia de Buenos Aires. A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que existiría una relación estadísticamente débil entre los trastornos alimentarios maternos y las dificultades en la alimentación de los niños. Esto indica que a medida que se tienen mayor presencia las dimensiones maternas evaluadas, aumentan también las dificultades en la alimentación de los niños. Sin embargo, estas dimensiones evaluadas en las madres (Bulimia, Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal) no tienen mucha presencia, lo que va acompañado de un predominio de prácticas parentales propias de un estilo autorizado y un porcentaje bajo de niños con dificultades en la alimentación (10.5%).

Respecto de las prácticas alimentarias parentales, se halló que las madres recurren en su mayoría a prácticas propias de un estilo autorizado, en el que, tal como lo señalan autores como Blissett (2011) y Castaño Tobón et al. (2018), hay una oferta de alimentos saludables, se considera importante el modelado por parte de los padres, el intercambio emocional durante la alimentación, se respetan ciertas reglas acerca de lo que se puede consumir y hay una organización en torno a la alimentación caracterizada por la disciplina, los horarios para comer y sentarse a la mesa. Además estas madres serían capaces de captar las señales de hambre y saciedad de sus hijos/as, ya que conductas como insistirle para que siga comiendo se dan pocas veces y en general, los niños/as dejan de comer cuando se sienten satisfechos.

Las prácticas de controlar de manera adecuada la ingesta de alimentos, estimular el consumo de alimentos saludables y ofrecer opciones entre los mismos, propias del estilo parental autorizado contribuyen en la ingesta de alimentos saludables así como a disminuir conductas que pueden funcionar como distractores durante la situación de alimentación, como por ejemplo ver televisión o usar el celular. Las prácticas de un estilo autorizado (Blissett, 2011) coinciden con lo planteado por los autores Arévalo y colaboradores (2018) como prácticas parentales responsivas, en las cuales se fomenta una alimentación saludable que incluye el consumo de frutas y verduras. A su vez, Blissett (2011) plantea que este estilo autorizado está caracterizado por interacciones emocionales durante la alimentación, lo que favorece el no uso de dispositivos tecnológicos aprovechando este momento para interactuar.

En cambio, cuando las prácticas mencionadas están ausentes o no se estimulan demasiado, se redunda en la ingesta de alimentos poco saludables, por lo que se trataría de niños que consumen con mayor frecuencia alimentos ricos en grasas y azúcares, lo que también aumenta en aquellos casos que las madres utilizan los alimentos como recompensa o castigo. Esto se corresponde

con lo planteado por Blisseth (2011) ya que señala que la presencia de ciertas reglas familiares que limitan el consumo de alimentos no saludables, en lugar de altos niveles de restricción, favorece el consumo de frutas y verduras.

Por otro lado, los resultados del presente trabajo conciben con lo señalado por Torgersen et al. (2015) y Ystrom, Niegel y Vollrath (2009) respecto de la incidencia de los trastornos alimentarios maternos en las dificultades en la alimentación de los niños. Se evidencia que las dimensiones evaluadas en el ICA no están muy presentes en la muestra lo que se podría asociar al bajo porcentaje de niños con dificultades en la alimentación (10.5%).

Finalmente, es importante señalar que los resultados a los que se arriban en esta investigación resultan relevantes ya que permitirían intervenir tempranamente a fin de evitar la aparición de dificultades en la alimentación en los niños.

### **Referencias bibliográficas:**

Blisseth, J. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite*, 57(3), 826-831. doi: 10.1016/j.appet.2011.05.318

Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. & Walsh, B.T. (2010). Feeding and Eating Disorders in Childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98–111. doi: 10.1002/eat.20795

Castaño Tobón, L. A., Molano Vargas, M. y Varela Arévalo, M.T. (2018). Dificultades de alimentación en la primera infancia y su relación con las prácticas parentales de alimentación. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 9 (2), 196-207. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2018.2.489

Casullo, M. & Perez, M. (2003). Inventario para la Evaluación de Conductas Alimentarias. Documento de Cátedra Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico I Cátedra. II Facultad De Psicología. UBA.

Gregory, J.E., Paxton, S.J. & Brozovic, A.M. (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(55), 1-10. doi: 10.1186/1479-5868-7-55

Hauser, M.P., Taborda, R.A., Oiberman, A. & Ramsay, M. (2019). Escala Argentina de Dificultades Alimentarias en Niños (EADAN): Propiedades Psicométricas. *Revista Evaluar*, 19 (2). ISSN-L: 1667-4545

Johnson, R. & Harris, G. (2004). A preliminary study of the predictors of feeding problems in late infancy. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 22, 183-188.

Rommel, N., De Meyer, A.M., Feenstra, L. & Veereman-Wauters, G. (2003). The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37, 75-84.

Torgersen, L., Ystrom, E., Siega-Riz, A.M., KnophBerg, C., Zerwas, S., Reichborn-Kjennerud, T. & Bulik, C.M. (2015). Maternal eating disorder and infant diet. A latent class analysis based on the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Appetite*, 84, 291–298. doi:10.1016/j.appet.2014.10.009.

Ystrom, E., Niegel, S. & Vollrath, M.E. (2009). The impact of maternal negative affectivity on dietary patterns of 18-month-old children in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Maternal and Child Nutrition*, 5, 234–242. DOI: 10.1111/j.1740-8709.2008.00177.x

**“Había una vez un árbol de palabras”.**

Autores:

Bracamonte, Florencia

Burkhard, Nerina

Cámara Yannuzzi Cloe Celeste

Cámpora, María Florencia

Farias, Lourdes

Jorge, Candela

Kalhawy, Alfonsina

Lersundi, Cintia

Marañón, Sandra

Martinez, Veronica Elizabeth

Minjolou, Natalia

Nagore, Elina

Oldani, Camila Belén

Sedó, Cristian Hernán Seri, Camila

Soto, Michelle

Email de Referencia en el Trabajo: [sedocristian@gmail.com](mailto:sedocristian@gmail.com)

Institución: Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata

## Resumen

El presente escrito surge a partir de una experiencia en territorio y su posterior espacio de reflexión, que tiene como objetivo supervisar la práctica. La misma fue llevada adelante por el área de Primera Infancia del proyecto de extensión “Nacer entre Palabras”, radicado en la Facultad de Psicología, de la UNMdP. Desde la perspectiva de la extensión crítica y las bases teóricas y prácticas de la salud mental perinatal, se compartirán reflexiones del equipo de trabajo sobre las jornadas de lectura que tuvieron lugar en las aulas de la Facultad de Psicología y que fueron pensadas para las infancias que transitan por distintos espacios convivenciales de la ciudad de Mar del Plata.

**Palabras clave:** derechos, extensión crítica, infancias, narración, subjetividad.

## Introducción

El siguiente escrito surge a partir de una experiencia en territorio y su posterior espacio de reflexión, que tiene como objetivo supervisar la práctica llevada a cabo. La misma fue llevada adelante por el área de Primera Infancia del proyecto de extensión “Nacer entre Palabras”, radicado en la Facultad de Psicología, de la UNMdP. Esta área está conformada por estudiantes y profesionales de las carreras de psicología, terapia ocupacional, profesorado de inglés y educación inicial, que desde el año 2022, realizan jornadas de lectura en las aulas de la Facultad de Psicología para infancias que transitan por distintos espacios convivenciales de la ciudad de Mar del Plata.

Las jornadas literarias surgen de acuerdos interinstitucionales generados por iniciativa del proyecto de extensión. La planificación y coordinación de los encuentros en territorio son el resultado de un largo proceso de elucidación crítica mediante el cual el equipo problematiza sus posturas y creencias y abre espacios de reflexión interna, donde todas las voces son escuchadas. Luego, se proponen estrategias de intervención literarias y creativas, siempre fundamentadas de manera teórica, poniendo en diálogo los por qué, los para qué y los cómo.

El objetivo de esta iniciativa es la concreción de un dispositivo subjetivante para las infancias, cuyas prácticas y discursos repercuten al interior del equipo y promueven transformaciones.

Desde el área de Primera Infancia, se reflexiona sobre las representaciones de las infancias, los marcos normativos vigentes, los abordajes, y los atravesamientos subjetivos de quienes participan, entre otros aspectos. Como se dijo con anterioridad, apostamos a la construcción de espacios de subjetivación, no solo para las infancias invitadas, sino también para las personas adultas que participan, tránsitos que al mismo tiempo, transforman y humanizan las prácticas profesionales.

### **Marco teórico**

Siguiendo a Donald Winnicott (1993), se puede decir que la literatura, el juego y las diversas manifestaciones artísticas, se desarrollan y despliegan en un espacio intermedio entre, la realidad externa y la realidad interna, al que denomina transicional. Este espacio, permite que le niño comience a construir una diferenciación entre su persona y los otros. En este sentido, los cuentos y sus historias, promueven la conformación de esa distinción tan esencial para la estructuración psíquica, al potenciar un espacio creado, imaginado y relatado, en donde todo es posible. Por tanto, un espacio literario es un espacio de encuentro, miradas, escucha, imaginación y palabras.

Cuando se aborda un texto literario infantil nos encontramos con un mensaje destinado para las infancias pero escrito por una persona adulta, entendiendo que, aquellos que escriben, ilustran y redactan, poseen una representación acerca de lo que es la literatura infantil, creencias sobre la infancia, como de las relaciones entre esta y el mundo adulto (Cañón y Stapich, 2012).

Partiendo de una propuesta literaria pensada con el objetivo de llevar adelante una práctica subjetivante, es decir, una práctica que habilite un espacio creativo singular y simbolizante, el presente trabajo intentará reflexionar sobre lo acontecido en un encuentro con infancias en territorio y los emergentes creativos que surgieron a partir de un cuento como disparador.

En relación a la representación de las infancias, es importante destacar que la infancia<sup>1</sup>, como la entendemos hoy en día, surge como una construcción histórico-social en la Modernidad (Aries 1981, citado por Guimarães, 2022). Tomamos como definición de infancia los aportes de Gómez (2013). quien la considera como:

Una categoría social, que supone a un sujeto “niño-niña” como agente social dinámico y cambiante, en el marco de una sociedad que, de igual

manera, se transforma históricamente y que muta hacia otras realidades y condiciones sociales. Esta sociedad es un sujeto que también provoca cambios en la forma de ser niño-niña, en su manera de relacionarse con otros, de integrar sus experiencias, y que al mismo tiempo reconfigura la definición de infancia. (p. 18)

Pensando particularmente la subjetividad infantil, se destaca la forma en que cada niño construye su forma de ser niño, a partir de sus vínculos, sus interacciones con el mundo, su contexto, su historia y su cultura. Gómez (2013) sostiene:

La categoría subjetividad infantil fue entendida como una entidad cambiante que siempre está en proceso de constituirse (...) vista como un modo en que el niño y la niña hacen en el mundo, hacen con el mundo y se configuran en el mundo, es un modo de hacer con lo real, con la propia experiencia, en la cual se reconoce el devenir de la subjetividad infantil. (p. 22)

Como equipo consideramos que un espacio pensado para las infancias es un espacio de cuidado, donde la propuesta literaria surge como disparadora de proyectos. En esta línea, resulta interesante no perder de vista que cada ser humano es único e irrepetible, por lo tanto, no hay una única forma de ser adulto o niño, es por esto que se opta por hablar de infancias en plural, abrazando las diversidades lúdico-creativas, como un espacio de experiencia donde el tiempo se diluye en capacidad simbolizante y donde se comparten miradas, juegos y palabras. Al respecto, Lapesa señala: “La literatura es un vehículo de conocimiento. Nos permite, por un lado, ampliar nuestros conocimientos tanto sobre el entorno más próximo en el que nos desarrollamos, cómo de otras realidades alejadas en el tiempo y/o espacio” (1981, p. 11).

Respecto al marco normativo vigente y subrayando la perspectiva de derechos como eje que atraviesa las prácticas del área, se destaca la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989) y la Ley Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061 (2005). Esta normativa reconoce a las infancias como sujetos de derecho, garantiza y promueve la protección integral de sus derechos como el de expresar libremente sus opiniones, el de ser escuchados y de tener una participación activa en los procesos de toma de decisiones que les afectan. Se destaca siempre el interés superior del niño, el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; también a la participación infantil y a la no discriminación, el derecho a vivir en familia, a recibir educación, acceder a la salud, jugar, el derecho a su identidad y a su intimidad.

También se encuentra la Ley 26150, Ley de Educación Sexual Integral (ESI), cuyo uno de sus ejes hace referencia a la valoración de la afectividad en

las infancias y el aprendizaje de la identificación, el reconocimiento y el respeto por las emociones y sentimientos tanto propios como ajenos y una adecuada y correcta gestión de la expresión de las emociones, en pos de favorecer el desarrollo socioemocional de cada niño.

¿Por qué el área de Primera Infancia se posiciona desde la Extensión Crítica?

La extensión crítica es entendida como un proceso educativo transformador que replantea los roles estereotipados de los distintos actores de la Universidad, así como también su relación con la comunidad. Refiere a una producción de conocimiento en la que se debe vincular el conocimiento académico con el saber popular, promoviendo formas asociativas y grupales que aporten a cuestionar y superar problemáticas que resulten significativas en la sociedad, constituyendo una metodología de aprendizaje integral y humanizadora.

En la Extensión Crítica existen dos objetivos relacionados dialécticamente: por un lado, “la formación de los universitarios y la posibilidad de establecer procesos integrales que rompan con la exclusiva formación técnica y sin compromiso social de los graduados universitarios” (Tomassino y Medina, 2018, p. 19) y, por otro, la contribución por parte de la universidad “a los procesos de organización y autonomía de los sectores populares subalternos intentando generar procesos de poder popular.” (Tomassino y Medina, 2018, p. 20)

### **Encuentro con la comunidad**

Una mañana, 23 niñas y niños de entre 8 y 12 años y a tres de sus cuidadores o “tías/tíos”, que conviven en el Hogar “Francisco Saverio Scarpati” de la ciudad de Mar del Plata, llegaron a la Facultad de Psicología. La iniciativa de llevar a cabo la jornada en este espacio respondió a la necesidad de abrir las puertas del establecimiento a la comunidad y contribuir a derribar la idea de Universidad isla, alejada de la diversidad de sujetos que componen la sociedad, de sus intereses, vivencias, deseos y problemáticas. En este sentido, se buscó promover que las infancias que transitan por hogares convivenciales pudieran familiarizarse con este lugar, generar curiosidad al respecto y lograr que puedan pensarse como estudiantes en un futuro.

Durante la planificación, el equipo decidió priorizar la promoción de un clima amigable, lúdico y que convocará la participación. La actividad principal se desarrolló en un aula ambientada y preparada acorde a la temática del cuento elegido. Fue así que los colores, las hojas de árboles, las flores y los

animales invadieron las paredes. Al ingresar se podía apreciar un gran cartel de bienvenida, un árbol grande con sus ramas y música que simulaba adentrarnos en un adorable bosque.

En esta ocasión, la dinámica tuvo como temática el cuento titulado *Palabras Semilla* de Magela Demarco y Caru Grossi. El mismo, fue elegido pensando en las particularidades de las infancias destinatarias: edades, realidad social, historias de vida, etc. En dicho cuento, sus autoras relatan sobre el gran poder que tienen las palabras, las miradas y los gestos y sobre los sentimientos y emociones que se producen a partir de ellos. Allí cuentan cómo a veces cuidan y ayudan a crecer, mientras que otras veces producen lo contrario. Es un libro que posibilita la reflexión acerca de la burla, el maltrato y la discriminación.

Al comenzar la jornada, se construyó un momento de saludos y presentación. Luego, se comentó lo que se haría y se invitó a los y las presentes a sentarse para disfrutar del cuento. La lectura fue realizada por una docente de nivel inicial que, con su entonación y calidez, captó la atención de todos. Al finalizar, se realizó una reflexión colectiva acerca del cuento y se propuso continuar trabajando en grupos pequeños, cada uno coordinado por integrantes del Área.

En el fondo del aula se hallaba la figura de un árbol deshojado, por lo cual se propuso a las infancias llenarlo de hojas nuevamente, hojas donde se escribieran aquellas palabras semillas que consideraban que cuidaban, abrazaban y ayudaban. Al finalizar, cada grupo colocó las hojas con sus palabras en el árbol y compartieron sus reflexiones con el resto. Los cuidadores también participaron de la actividad. Es así que, de a poco, ese árbol deshojado pasó a tener una copa frondosa y colorida, fruto de las palabras que cuidaban. Nuevamente, se dio lugar a la reflexión colectiva, a la expresión de las resonancias y a los emergentes del encuentro.

A modo de cierre, se compartió un desayuno y el equipo regaló una plantita a cada participante como metáfora de la enseñanza del libro, para que las rieguen y las vean crecer con nuevas "palabras semilla" que cuidan. Allí se generó la oportunidad de ponerles un nombre a las plantas y de conversar acerca de los cuidados, no solo con agua y sol, sino también con amor y con palabras. Como dicen las autoras del cuento: "Podemos decir que sembrar palabras, gestos y miradas positivas y afectuosas da frutos de Amor" (Demarco, s.f., p.2).

Al terminar la actividad, como equipo se reflexionó sobre lo acontecido, se intentó poner en palabras lo vivido y compartir lo pensado y sentido. Se considera fundamental que el grupo realice esta primera elaboración debido a

la importante carga emocional que se pone en juego. Esto permite resignificar la experiencia y es una herramienta fundamental de autocuidado.

### **Discusión - Comentarios finales**

Aquello que se escribe, se deja. Dejar quiere decir abandonar, apartar. Pero también quiere decir: donar, dar. Dejo una palabra para que te quedes a mi lado o para que te quedes si quisieras o para perder la palabra o para que me pierdas de vista. Escribir es hacer que las palabras decidan sobre su propio lugar. (Skliar, 2023, p. 5)

En cada encuentro con la comunidad, el equipo se ve invadido de ternura, reflexiones, preguntas y potencia. Cada experiencia moviliza, conmueve y motiva su hacer y pensar. La jornada descrita tuvo la particularidad de llenar el aula de palabras que abrazan, que cuidan y que potencian. El identificarlas fue un ejercicio para las infancias y se constituyó en un desafío para las personas adultas ya que implicó un proceso de introspección, de repensarse, al que muchas veces, por los ritmos cotidianos, no se le destina tiempo.

Identificar las palabras que cuidan, permitir a la propia vulnerabilidad estar a disposición del juego y la reflexión, nombrar lo que produce alegría y transformar lo que genera tristeza hizo crecer también a los árboles interiores y dio lugar a una práctica de cuidado y transformación. Es por eso que se destaca la importancia de la disponibilidad adulta para generar espacios de intercambio y escucha de los saberes que las infancias construyen como factor potenciador de todas las experiencias sociales, espacios donde la participación activa de las infancias y sus decires sean los protagonistas.

### **Referencias bibliográficas**

Cañón, M. y Stapich, E. (2012). Discursos asimétricos: literatura para niños. *Estudios de Teoría Literaria - Revista digital: artes; letras y humanidades*, 1 (2), pp. 41 - 51. <http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/etl/article/view/136>

Demarco, M y Grossi, C. (2022). *Palabras Semilla*. Editorial Brujita de Papel.

Demarco, M. (s.f) Palabras Semilla. Guía de actividades. *Magela Demarco*.  
<http://magelademarco.com/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-de-actividades-de-Palabras-Semilla.pdf>

Gómez, A. M. E. (2013). Configuración de la subjetividad en la primera infancia en un momento posmoderno. *Infancias imágenes*, 12(2), 18-28.

Guimarães, A. L. P. (2022). Infancia, reconocimiento y salud mental: posibles articulaciones ante la investigación social. *Revista Infancia, Educación y Aprendizaje*, 8(1), 52-65.

Lapesa Melgar, R. (1981). Introducción a los estudios literarios. Madrid: Cátedra.

Ley 26.061. Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la República Argentina. (26 de octubre de 2005).

Ley 26.150. Educación Sexual Integral. (4 de octubre de 2006)

Montes, G. (2022). *El corral de la infancia*. Fondo de Cultura Económica.

Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.

Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.

Skliar, C. (11 de agosto de 2013). Escribir, en ocho notas. *Escribir, durante*.

<http://carlosskliar.blogspot.com/2013/08/escribir-en-ocho-notas.html>

Tomassino, H., Medina, J. y Toni, M. (2018). *Extensión crítica. Construcción de una Universidad en contexto. Sistematizaciones de experiencias de gestión y territorio de la Universidad Nacional de Rosario*. UNR Editora.

Winnicott, D.(1993). *Realidad y juego*. Editorial Gedisa.

## Posters

En el siguiente link podrán acceder a los posters presentados

[https://drive.google.com/drive/folders/1we7EOzPv3TF1OSLlewu74NGQH6KgkS\\_Y?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1we7EOzPv3TF1OSLlewu74NGQH6KgkS_Y?usp=sharing)

**Autor: Natalia Novaro Vilar, Psicóloga con formación perinatal. Miembro Grinsiben**

Directora de Red de apoyo a familias en duelo gestacional y perinatal:

“Con la luna como cuna” Argentina.

**ROL PROFESIONAL: A TRAVÉS DE UNA PUBLICACIÓN DIGITAL: E.P.P.I.C.A**

Equipo de Psicología Perinatal

Investigación, Capacitación y Asistencia

WWW.EPPICA.AR

**Autoras:** Patricia Diaz.-Carla Escobar

