

PERINATAL

*Publicación oficial del Colegio de Psicólogos -Distrito X - de la Provincia de Buenos Aires
para especialistas, profesionales de la salud y estudiantes.*

EL ROL DEL PSI. PERINATAL

**LAS VOCES DE QUIENES LO CONSTRUYEN
TODOS LOS DÍAS**



Publicación de la Subcomisión de Ps. Perinatal del Colegio de Psicólogos

Distrito X, pcía. de Buenos Aires, Argentina.

Autoridades del Distrito:

Presidente Lic. Sergio Oscar GENCHI

Vicepresidente Lic. Juan Marcelo MAGRETHE

Secretario General Lic. Gabriela Inés SIGILLI

Tesorero Lic. Marcelo Ignacio BENEGAS LARIA

Secretaria de Actas Lic. María Soledad ALVA

Coordinación general: Lic. Patricia Andrea Díaz

Diseño y diagramación: D.I. Lucas Mejica, Lic. María Gimenez

Corrección: Lic. Nancy Di Virgilio

Ilustración de tapa: D.I. Lucas Mejica

Fotografías: Laura Atienza

Analia Cuerdo Arango - Fotografía documental de familia

Comité editorial: Dra. Alicia Oiberman

Dra. Mariela Mansilla

Lic. María Aurelia González

Lic. Myriam Galli

Colaboran con Revista Perinatal: son bienvenidos artículos de interés para la comunidad de psicólogos y otros profesionales de salud que traten temáticas relacionadas a este área. Estos aportes serán recibidos a través de nuestro correo psiperinataldx@gmail.com

La Subcomisión de Ps. Perinatal se reserva el derecho de selección de los trabajos y su orden de publicación.

[@ps.perinatal.dist.x](https://www.instagram.com/ps.perinatal.dist.x)

INDICE

SUMARIO

EDITORIAL

Perinatal

ARTÍCULO

Emociones en tiempo de pandemia

ARTÍCULO

El estilo del Psicoterapeuta en Neonatología.
Dra. Edith Vega

ENTREVISTA

Lic. Daniela Esper

ENTREVISTA

Lic. Mirtha Moldovan

ENTREVISTA

Lic. Fabiana Bertranou

Lic. Lucía Vazquez

HTAL. Materno Infantil Mar del Plata

ARTÍCULO

Maternidades diversas

ARTÍCULO

El Psicólogo Perinatal ante el Duelo

ARTÍCULO

El rol del Psi. Perinatal en PIM

ARTÍCULO

La Ps. Perinatal en espacios territoriales

ARTÍCULO

Rol del Psi. Perinatal en Primera Infancia

ARTÍCULO

Rol del Psi. Perinatal en TRHA

ARTICULO

El Psi. Perinatal en una guardia obstétrica

REFLEXIONES

RECOMENDACIONES SERIES Y LIBROS

TRABAJO DE LA SUB. COMISIÓN DE PSI. PERINATAL







Coordinadora editorial

Lic. Patricia Andrea Díaz (M.P.45572)

*Lic. En Psicología con orientación perinatal
Responsable de la Subcomisión de Ps. Perinatal*

Coordinadora editorial de la revista

*Terapeuta de niños, pareja y familia. Integrante de P.E.E.C
Programa de evaluación y estimulación cognitiva para bebés de 6 a 30 meses.*

*En este número nos convoca el **Rol del Psicólogo Perinatal**, nuestra tarea que elegimos con tanto amor. En el transcurso de la revista, el lector podrá ver cómo lo han construido colegas que trabajan en distintos ámbitos, con características muy distintas al encuadre tradicional de consultorio. Principalmente se necesita flexibilidad y disponibilidad para trabajar allí donde la situación se presente.*

Hoy día, en un contexto inusual, cambiante, desafiando los avatares de la pandemia mundial del COVID-19 nuestro quehacer se ha visto coartado por el aislamiento social y obligatorio necesario para nuestro bienestar y cuidado. Está postergada toda esa contención a la que estamos acostumbrados, una mano tendida para ser tomada, un abrazo que reúne las partes emocionalmente quebradas. No estamos acostumbrados a la distancia imperante, pero me tranquiliza pensar que aún en tiempos de incertidumbre, conformamos con cada persona una diada y es, en ese encuentro virtual o presencial con limitaciones, donde vamos a poder transitar algo nuevo. Creo que cada vez que esto ocurra, estamos construyendo una nueva cosmovisión en tiempo de pandemia, aún cuando poner el cuerpo se nos está vedado existe siempre un vínculo posible que nos construye y guía nuestro camino permitiéndonos crecer a ambos. La palabra siempre ha sido y es nuestra aliada para todo contacto.

Nuestro equipo ha trabajado con entusiasmo como siempre, muy juntos porque nos fuimos sosteniendo. Psicólogas, madres, compañeras, el mundo se hizo pesado en estos últimos meses no obstante nuestra revista siempre nos convoca a estar muy unidas y disfrutar de su hacer.

Querido lector, lo invito a ser parte de nuestro interés recorriendo las páginas de Perinatal, ¡bienvenido nuevamente!

Emociones en tiempo de pandemia

“Entonces comprendimos que nuestra separación tenía que durar y que no nos quedaba más remedio que reconciliarnos con el tiempo”

Albert Camus, “La Peste” (1947)

Lic. Patricia Andrea Díaz (M.P.45572)

Lic. En Psicología con orientación perinatal

Responsable de la Subcomisión de Ps. Perinatal

Coordinadora editorial de la revista

Terapeuta de niños, pareja y familia. Integrante de P.E.E.C

Programa de evaluación y estimulación cognitiva para bebés de 6 a 30 meses.

Este pretende ser un relato situacional, porque sepa el lector y seguro lo ha vivido en carne propia, lo que hoy es, mañana no lo será. Me refiero a la vorágine con la que se suceden los hechos en época de pandemia, y que nos deja atónicos y perplejos a la hora de actuar, incluso en el sentir. Nos desenvolvemos en un tiempo sin tiempo, casi añorando una rutina establecida con responsabilidades y horarios que nos hacían llegar con un último aliento...ahora, debemos parar, se coartan las posibilidades de andar, se nos estruje el corazón frente a las noticias, se nos dispara la mente entre buenas y malas, “no vamos tan mal” ...” cuando va a terminar esto”. La información no para como siempre, desde la ciencia al mito desfilan un sin fin de argumentos acerca de la pandemia: raramente las personas aceptan la incertidumbre, es toda una construcción, de modo que, se desarrollan hipótesis teóricas, algunas, sin posibilidad de demostración, que las hace sentir más conformes: “...efectivamente fue transmisión de un murciélago a humano”, ...” son herramientas de poder de las grandes naciones”, “un castigo divino... o bien de la naturaleza”, hay para todos los gustos.

Recurriendo a la historia, aquella que nos permite mirar al pasado para intentar entender nuestro presente, resulta que hemos afrontado como humanidad estos contextos hostiles casi de la misma manera, con una

sucesión de emociones y conductas que invaden nuestra presunta estabilidad: indiferencia, descreimiento, sorpresa, incertidumbre, amenaza, miedo, pánico, aislamiento, pre-juicios, solidaridad, acatamiento...entre otras y estamos compartiendo algunos ítems similares en cuanto a recesión demográfica y económica, exaltación de valores humanitarios, la solidaridad, el despertar de ideas malvadas (discriminación), etc.

*La información nos sobrepasa, estar informado es necesario, adoptar una postura de aprendizaje continuo, también lo es, en un mundo en constante construcción. Lidar con la incertidumbre es un desafío y aceptar que no volveremos a estar como estábamos, también lo es. **Que sólo daremos un paso atrás, para dar un gran salto mayor.** Las enfermedades infecciosas han moldeado psíquicamente la humanidad tanto más que las guerras o dificultades económicas, porque han requerido de un esfuerzo al que no siempre estamos acostumbrados, **ponernos en el lugar del otro.** Ser empáticamente practicantes y no simpatizantes. En definitiva, fuimos aprendiendo que, como dice Camus (1947) “el mal que existe en el mundo proviene casi siempre de la ignorancia”. Una ignorancia que se aleja de los conceptos de inteligencia y del nivel cultural, sino que se deposita en la ignorancia de no considerar al otro.*

La pandemia nos ha mostrado cuan frágiles somos, estructural, institucional y científicamente. Debemos asumir que nos queda un trecho para ocuparnos de nosotros como seres vivos y como especie. El hecho de aislarnos socialmente ha



permitido esos razonamientos existenciales que casi olvidamos pasada la adolescencia. ¿Quiénes estamos siendo y quienes seremos luego cuando todo pase? ¿Qué palabras le ponemos a nuestras emociones emergentes en dicho contexto? Las únicas que caben, las ciertas para nosotros mismos, las que vamos sintiendo e indudablemente compartirlas. Afortunadamente el individualismo hoy más que nunca está cuestionado, dando paso a un contexto más **solidario**. Siempre hay excepciones, víctimas del desamor sin duda. Dado al distanciamiento social anhelamos cosas simples como estar con amigos, caminar libremente, recuperar humanidad por medio de un abrazo.

En pandemias pasadas, la literatura muestra que las personas han quedado mudas y casi secas espiritualmente, hasta los atenienses dudaban de sus dioses en la peste acaecida en el año 430 a. C, considerando que ya era demasiado para los espartanos enviarles semejante mal, pues la religión en sus diferentes formas sentidas, marcaba el destino de la

sociedad. Fueron perseguidos, herejes, judíos y protestantes, según la conveniencia de la época.

La ciencia va llenando algunos vacíos o intentos de comprender la situación, pero a la vista está que llega tarde a la hora de calmar el sufrimiento humano, ni le exigimos enorme obra, claro está. Es nuestro rol como psicólogos facilitar esa palabra que en ocasiones nubla nuestro futuro **Incertidumbre**. Estamos al borde de la salud, del contagio, de lo legal, si violamos la cuarentena, un poco más liberados que en 1720 donde el castigo por ello era la pena de muerte. Estamos al borde de la **angustia** y sin embargo hay quienes lo viven como un pasaje a otro estado. **Crisis**, para algunos, desborde, para otros, oportunidad. El miedo a lo desconocido es ancestral y lo único que nos ha calmado históricamente fue estar juntos, y la mejor vacuna: aunar esfuerzos para combatir lo que nos presenta batalla. Sólo la viruela fue erradicada y aprendimos a convivir con todo lo demás. La literatura y la historia no se cansa de expresarlo.

Lo maravilloso del vínculo que se construye entre humanos, es la tela entramada fuertemente anudada

Artículo

que nos sostiene. Es el corazón palpitando de una madre, de un padre que adormece al bebé y lo calma. Que, si miramos todos hacia la misma noche, vemos la única luna. ¿Y cómo estar juntos cuando la indicación para salvarnos es estar separados? Dice Camus (1947)



“Esta separación brutal, sin límites, sin futuro previsible, nos dejaba desconcertados, incapaces de reaccionar contra el recuerdo de esta presencia todavía tan próxima y ya tan lejana que ocupaba ahora nuestros días. De hecho, sufríamos doblemente, primero por nuestro sufrimiento y además por el que imaginábamos en los ausentes...” ... “Pues era ciertamente un sentimiento de exilio aquel vacío que llevábamos dentro de nosotros, aquella emoción precisa; el deseo irrazonado de volver hacia atrás o, al contrario, de apresurar la marcha del tiempo, eran dos flechas abrasadoras en la memoria.”

Hemos comprendido que trabajar las emociones es lo principal para poder seguir y me permito decir, lo único que nos permite sobrevivir. **La ansiedad**, aunque se haga presente, resulta ser operativa, permite que estemos atentos para seguir aprendiendo a movernos dentro de este contexto y asegurarnos el autocuidado y el de los demás. Se libera cuando existe colaboración y cooperación entre todos. Sólo si esas emociones persisten coartando el vivir, es momento de preocuparse y acudir por ayuda. La tecnología es hoy nuestra aliada para estar cerca, casi como si nos pudiéramos abrazar y con las palabras lo hacemos. Las palabras curan, nombran y nada mejor para alguien escuchar decírselas, eso es terapéutico.

Durante la maternidad, en sus diferentes pasajes, embarazo, parto, puerperio y crianza, también se suscitan emociones intensas. A la crisis vital que conlleva, se le

suma esta crisis global por un contexto incierto, cambiante que impide muchas veces proyectar “cómo será el parto, quien me acompañará, estará bien mi bebé”, etc, los mismos miedos e inseguridades que tiene cualquier madre a la hora de viajar por su maternidad. Pero que tiene un efecto tranquilizador: estamos todos atravesados por este acontecimiento mundialmente. Pero ahora los protocolos cambian permanentemente según se vaya avanzando en el conocimiento del virus. **¿Cómo encontrar estabilidad en el caos?** Las embarazadas atraviesan estas aguas cambiantes, navegando sobre la transparencia psíquica, esa sensibilidad extrema propia de este período, donde las emociones pasadas aparecen en la conciencia con intensidad, reunidas con las presentes, y en tiempo de confinamiento resultan ser, en ocasiones, un gran tsunami.

Por otro lado, para la maternidad extendida en puerperio y crianza de los niños ha configurado un efecto importante y positivo en tiempos de pandemia, y es en relación a la posibilidad de recuperar **disponibilidad psíquica** de madres para con sus hijos, casi cumpliendo el sueño anhelado de todo niño. Este tiempo para muchas familias, ha contribuido a redescubrirse en su rol como padres, con entusiasmo para aquellos que lo han vivido como oportunidad, con dificultad para aquellos que sintieron sumergirse en un caos. Sin duda esta situación permanecerá como un evento significativo en el imaginario de esa familia y traspasará generaciones. Las emociones como angustia y ansiedad se han visto mayormente reflejada en personas adultas, que en niños y adolescentes, hasta el momento. De allí, la importancia que nos compete como agentes de salud perinatal incorporar esta vivencia constructiva para madres, padres, niños pequeños y sus familias la necesidad de promocionar la importancia de permanecer lo más que se pueda con ellos, en los primeros tiempos de crianza, por la construcción de vínculos saludables, por la salud mental materna y por una crianza respetuosa, de los tiempos, de la danza vincular en toda día y su contexto.

Parece ser, que la pregunta por encontrar estabilidad en el caos, ya resulta obsoleta. **No existe estabilidad en el caos**, existen una sucesión de certezas momentáneas que nos ubican temporalmente en un cierto equilibrio e inmediatamente se renueva el ciclo. Aceptémoslo, la incertidumbre es, a esta altura, compañera para todos.

Depende de lo que podamos hacer con nuestras emociones, es la forma en que podamos enfrentar esta incertidumbre. Dice, Denise Najmanovich (1995):

”

” el sujeto complejo ha producido un giro recursivo fundamental e irreversible. Él sabe que todo conocimiento del mundo lo incluye necesariamente...la transformación que estamos viendo implica pasar de la búsqueda de las certezas a la aceptación de la incertidumbre, del destino fijado a la responsabilidad de la elección”.

Nos permite elegir la forma de permanecer en este mundo. Pero, ¿qué nos exige? Que **seamos flexibles emocionalmente**. Para construir un diálogo emocionado con el otro, con nosotros mismos, con lo extenuante de la pandemia, primero debemos distinguir las emociones, configurarlas en contexto y por última respetarlas. Abandonar los pre-juicios, sobre entendidos y certezas grabadas a fuego con la falsa creencia que nos van a otorgar mayor seguridad. Una mirada que inunde al otro como posibilidad Si no lo logramos, pedimos ayuda. Para eso estamos los psicólogos, y en contexto de embarazo, los que nos ocupamos de que el primer vínculo sea fundante, conquistador.

En el libro de Camus, ya referido, en sus últimas páginas, trasmite lo esencial que necesitamos que sea visible a los ojos, lo que han aprendido sus personajes para convivir como resultado del egreso de su pandemia, la peste:

”

“Sabían, ahora, que hay una cosa que se desea siempre y se obtiene a veces: la ternura humana”.

Bibliografía

*Camus, A (1947) *La Peste*. www.librostauro.com

*Carbonetti, Adrián (2010) *Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de la gripe española en Argentina. 1918-1919*. *Desacatos*, núm. 32, pp 159-174

*Ledermann, w. (2003) *El hombre y sus epidemias a través de la historia*. *Revista Chilena de Infectología*, edición aniversario

*Najmanovich, D (1995) *El lenguaje de los vínculos*. Ed Paidós.

*Olza, I.(2020) *Nacer y parir en tiempos de pandemia*. Clase virtual.

*Spinney, Laura (2020) *How pandemics shape social evolution*. Sección Epidemiology. *Nature Briefing Newsletter*, recuperado el 13-5-2020

El Estilo del Psicoterapeuta en Neonatología: 15 años después



Dra. Edith VEGA

*Dra. en Psicología. UBA.
Especialista en niños, familias, Psi Neonatología.
Fundación Aigle.
Fundación Hospitalaria*

El objetivo de este artículo es ubicar el estado actual del estudio de las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta, caracterizar el trabajo interdisciplinario y considerar el contexto actual del COVID-19 en el trabajo en esta área.

El estilo del psicoterapeuta en neonatología. ¿Cómo lo encontré? Más bien diría que lo fuimos construyendo. El interés por estudiar el Estilo Personal de los Terapeutas en acción y la incidencia que este fenómeno tiene sobre los resultados de la intervención terapéutica se inició varios años atrás. Así inicia el libro que compilaron Fernández-Álvarez y García (2019) que recopila la trayectoria de un proyecto de más de 20 años sobre el tema. Participando en el proyecto tempranamente y uniéndolo con un área de interés específico, la neonatología, creció mi motivación para investigar este constructo sobre un área en la cual me sentía convocada. Cuál es el terapeuta más idóneo para cada situación clínica fue la pregunta que guió esta búsqueda. La observación nos mostraba que tanto las características personales como el modo de relación del terapeuta con quienes consultan, incidían en las condiciones de la labor clínica. En todos los dispositivos y formatos del encuentro terapéutico, la mejor sincronía posible, emerge como un concepto importante para la construcción de la Alianza Terapéutica (Koole & Tschacher, 2016); es por ello que el mejor tallado de las competencias naturales y adquiridas es aquello sobre lo cual ponemos el foco en la formación, el entrenamiento y la supervisión en la clínica. El Estilo Personal del Terapeuta está definido como el conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto de psicoterapia, modelando los atributos fundamentales de dicho acto. Está constituido por las condiciones singulares

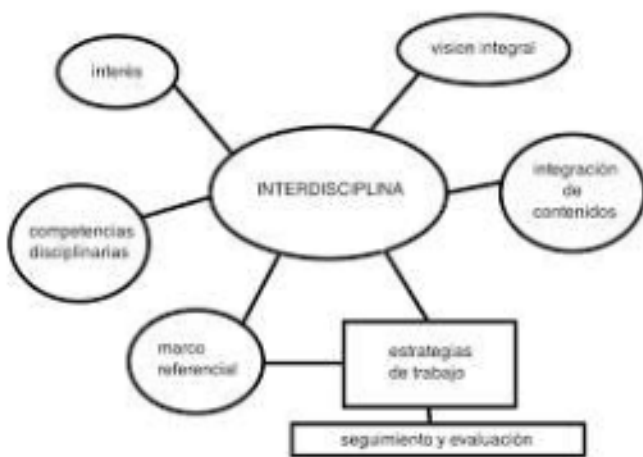
que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su desempeño profesional. Se muestra estable en el tiempo y a la vez, susceptible de transformaciones. En actualidad comprende cinco funciones con dimensiones ubicadas polos opuestos, que se evalúan a través del Inventario autodescriptivo

Funciones	Dimensiones	
Instruccional	Flexibilidad	Rigidez
Expresividad	Distancia	Cercanía
De involucración	Menor grado	Mayor grado
Atencional	Amplio	Focalizado
Operativa	Espontáneo	Pautado

*A lo largo de los 20 años se desarrollaron diferentes investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta. Es necesario tener una lectura crítica de cada trabajo de investigación, respecto de la metodología y las limitaciones con las que cuentan, para poder avanzar hacia la Práctica Orientada por la Investigación (Fernández-Álvarez, Fernández – Álvarez y Castonguay, 2018), y acercar un instrumento que sirva para la autoevaluación de los terapeutas. El interés en el estudio del Estilo del Terapeuta ha trascendido las fronteras de nuestro país (Casari, Ison, Gomez, 2018), encontrándose actualmente en proceso el estudio de vías futuras de desarrollo que permitan trabajar tanto las condiciones genéricas como las condiciones singulares de los terapeutas. La síntesis de la investigación que dio lugar a la tesis de mi doctorado en psicología en la UBA puede sintetizarse en dos puntos (Vega, 2006): *Terapeutas que trabajan en este campo se diferencian de controles que actúan en otros ámbitos de trabajo en que son más flexibles en la estructuración del encuadre terapéutico. *Psicoanalistas y terapeutas integrativos de*

neonatología no se diferencian en ninguna de las funciones del EPT, a diferencia de los que actúan en otras áreas que sí lo hacen, en las funciones expresiva, atencional y operativa. Este trabajo relevó la importancia del ejercicio del rol del terapeuta en neonatología con responsabilidad y compromiso. En el contexto que vivimos, contar con servicios de psiconeonatología constituye una oportunidad para desarrollar una práctica más efectiva que permita cuidar el lugar del inicio de la vida humana en condiciones críticas del nacimiento.

El Trabajo Interdisciplinario



El trabajo interdisciplinario en neonatología se genera a través de un diálogo motivado por un interés en común que permite superar las diferencias diferentes lenguajes: bebe, familiares y cuidadores, equipo de salud. Es aquello que favorece una visión integrativa, entre los profesionales involucrados, pudiendo ubicar con criterio los diferentes niveles de intervención posibles y el desarrollo de estrategias de trabajo mancomunadas tanto a los fines de un diagnóstico, como de la intervención específica y el seguimiento y evaluación posterior. Requiere competencias particulares de las disciplinas implicadas (médicos, enfermeros, fonoaudiólogos, kinesiólogos, psicólogos, entre otros) para poder aplicarlas siguiendo los principios de intervención apoyados en un marco referencial que esteavalado por la investigación. Es decir, se trata de hacer aquello que muestre mayor beneficio y bienestar para quien está viviendo la complejidad y severidad tanto de la prematuridad como de la patología neonatal.

Es una invitación a realizar un trabajo de colaboración más de que de competencia, que implica una distribución equitativa de roles consensuados y una participación activa de cada uno. Es también un desafío para desarrollar humildad profesional, y reconocimiento de las propias limitaciones, que permitan valorar qué aporta cada uno para lograr el objetivo en común: aliviar el dolor del bebe y sus familiares/ cuidadores. Como terapeutas, podemos aportar mucho en esta dirección ya que exige un grado de conciencia lo más profundo posible de nuestros deseos (de ocupar un lugar tradicionalmente de la medicina), motivaciones y obstáculos que rodean nuestro trabajo; de igual modo nos invita a una reflexión sobre el grado de satisfacción que obtenemos cotidianamente. Es un lugar para conquistar cotidianamente, para sumar.

El trabajo de psiconeonatología en la pandemia.

Algunas recomendaciones

Las características de la personalidad hace que las circunstancias actuales, si bien afecta a todos, no a todos afecta del mismo modo.

Nuestra labor como psicoterapeutas no es en la trinchera directamente, sino en el cuidado de quienes están en la trinchera. En ese sentido, aquellos niveles que mencionamos anteriormente (bebe, familiares y cuidadores, equipo de salud), acentúa el foco hacia el equipo de salud.

Para las personas embarazadas resulta fundamental poder transitar este momento de la manera más saludable posible, ya que existen diversos estudios que afirman que el estrés durante la gestación puede traer efectos negativos durante el parto y en el/la recién nacido/a. Por ejemplo: bebés con bajo peso, parto prematuro, consecuencias en el neurodesarrollo, entre otros.

Nos encontramos en una etapa de transición y de prevención para poder abordar el COVID-19 de una forma organizada que posibilite la atención para cada persona. Seleccioné cuatro puntos que pueden ser tenidos en cuenta cuando intervenimos en este tiempo con situaciones de embarazo, parto, puerperio:

- 1) **No es necesario estar permanentemente**

informados/as sobre el avance de la pandemia. El continuo monitoreo de estadísticas sobre cantidad de personas infectadas y fallecidas contribuye a aumentar los sesgos negativos a través de sentimientos y pensamientos pesimistas. A su vez, es importante obtener datos de fuentes oficiales que se dediquen al estudio y estadística formal.

2) Puede resultar positivo estar en **comunicación con seres queridos** mediante diferentes canales de comunicación. Los vínculos son un sostén emocional esencial de los seres humanos que otorgan seguridad y sentimientos positivos. Podemos hablar de lo que nos preocupa pero también permitirnos distraernos de manera virtual, o sobre anécdotas que puedan surgir en este cambio de rutina

.3) En cuanto a la rutina, **no es necesario sobre exigirse** con nuevas y/o actividades difíciles. Lo ideal es sentirnos cómodos/as con nuestras tareas dentro del hogar. Privilegiar nuestros espacios y actividades favorece nuestra estabilidad mental y emocional a la vez que resulta fundamental que prestemos atención a nuestras emociones, necesidades y podamos comunicarnos, y respetarlas sin exponer (nos) a riesgos. En relación a los controles propios de la gestación, aquellos que puedan hacerse de manera virtual (consultas, devolución de resultados, etc.) deben hacerse de esa manera. Recordamos que es importantísimo que podamos cumplir la cuarentena lo más posible y salir sólo en casos de necesidad imperiosa.

4) Por último, recomendamos **realizar ejercicio físico** de bajo impacto, ya que fortalece

el cuerpo y alivia dolores mejorando las condiciones en las que se llega al parto y favorece el desarrollo psicomotor y la maduración nerviosa del/la bebé.

Existe una Red de Salud Mental Perinatal - GUARDIA COVID19.

¿Cuáles son los Signos de alarma para consultar con un/a profesional de la salud mental perinatal?:

- Tristeza, si bien es un sentimiento normal, si persiste o preocupa puede buscar un acompañamiento especializado.
- Ansiedad, suele aumentar tanto por la

proximidad del parto como por la emergencia sanitaria.

- Cambios repentinos de humor: si no hay antecedentes, puede ser un signo que merezca una evaluación especializada.
- Falta de apetito, sobre todo cuando es persistente, ya que muestra una alteración en el estado de ánimo.
- Pensamientos sobre dañarse a sí misma o al /la bebé, ya que, según las características personales, la situación de confinamiento acentúa los rasgos de cada uno. Un profesional entrenado puede diferenciar si se trata de síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) ya que, en algunas mujeres, existiría una respuesta de este tipo frente a los cambios hormonales (Erbakan, 2015).
- Sensación de abatimiento, sobre todo por la mañana, es un indicador asociado a la depresión
- Estado de temor/preocupación, es una dimensión que normalmente puede estar acentuada en estos momentos, pero si el malestar subjetivo es alto, es pertinente consultar.
- Gran irritabilidad, sobre todo por las consecuencias en sí misma y en el entorno,
- también si hubiera otros menores convivientes.
- Insomnio, cuidar el sueño es especialmente importante para el bienestar de la mamá
- Dificultad para vincularse, rechazo respecto del /la bebé, es decir, excesivo ensimismamiento o desconexión vincular.

Para finalizar, y pensando en los terapeutas una recomendación para el cuidado del burnout o desgaste por la tarea:

Alimentar las vivencias altruistas: valorar, agradecer, tener gestos de gratitud, favorecen más la capacidad para enfrentar con menor nivel de ansiedad esta situación y ayuda a generar un buen nivel de

desarrollo pos traumático. (Fernández -Álvarez, 2020).

En síntesis, nuestra labor como psicoterapeutas en neonatología es una construcción que va tallando nuestra cotidianeidad, enfrentando los obstáculos con los recursos que disponemos, y da sentido cuando nos entregamos con compromiso y responsabilidad a ella.

Bibliografía

Casari, L.M, Ison, M y Gómez B. (2018) *Estilo Personal del terapeuta: estado actual (1998-2017)* Revista Argentina de Clínica Psicológica 27 (3) 466-477. Doi: 1024205/03276716.2018.1082

Fernández - Álvarez J., Fernández - Álvarez H. y Castonguay L. (2018) *Investigación orientada por la práctica: avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. Introducción.* Revista Argentina de Clínica Psicológica. 27, 2: 107-110.

Fernández - Álvarez H, García F. (2019) *El estilo personal del terapeuta.* Buenos Aires: Polemos.

Fernández- Álvarez H. (2020) inédito.

Koole, S. L, & Tschacher, W. (2016). *Synchrony in Psychotherapy: A Review and an Integrative Framework for the Therapeutic Alliance.* *Frontiers in psychology*, 7, 862.

Erbakan N. (2015) *Revista Brasileira de Psiquiatria* 37(4): 334-342, Dic 2015

Vega, E. (2006) *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y Estilo Personal.* Buenos Aires: Lugar.

Guías sobre embarazo, parto, puerperio, crianza en situación de COVID-19 *E-Lactancia. Infección materna por COVID-19 (2020).* [p://www.e-lactancia.org/en/lasUCIS](http://www.e-lactancia.org/en/lasUCIS). <https://saludmentalperinatal.es/separar-o-no-a-los-recien-nacidos-desus-madres-en-las-ucis-coronavirus>

Hospital de Sant Joan de Déu Barcelona (2020). *Coronavirus y embarazo, información para pacientes durante la gestación, el parto y el p o s p a r t o .* <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/coronavirus-embarazo-informacion-fiable-parapacientes-durante-gestacion-parto-posparto>

Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2020). *COVID19 Recomendaciones para asegurar el contacto madre bebé y la lactancia materna.* <https://saludmentalperinatal.es/covid-19-recomendaciones-oms-para-asegurar-el-contacto-madre-bebe-y-la-lactancia-materna/>
Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2020). *Separar o no a los recién nacidos de sus madres*

Entrevista a **DANIELA ESPER**



Lic. Daniela Esper M.P 1508

Mg. en Psi. Social

Dip. en Salud Pública

Dip. en Gestión y dirección de servicios de salud

Edor: ¿Cómo fuiste encontrando tu lugar en el ejercicio profesional?

Edo: Esta pregunta me lleva inevitablemente a la historia de mi carrera profesional, por casualidad o por causalidad; como nos gusta decir a los psicólogos, durante el último año de mi carrera comencé a hacer prácticas en la Maternidad de Tucumán, alrededor del año 2002, 2003; donde seguían los coletazos de la crisis del 2001 (desocupación, clase media empobrecida, precarización laboral, etc.).

En aquel momento la Maternidad de Tucumán era la tercera maternidad a nivel de Latinoamérica por la cantidad de partos que hacía. Tenía un promedio de 10.000 partos anuales, hoy esa situación es diferente porque se descentralizó la atención (se crearon nuevos hospitales con maternidades).

Llegué a la Institución buscando a una psicóloga que sería mi referente durante la práctica. Lo que desconocía es que aquella psicóloga, Silvia Landaburu, desempeñaba su tarea dentro de la sala de partos, es importante aclarar que la guardia, es la sala de partos, es decir allí están las mujeres en trabajo de parto pero además se reciben las urgencias o consultas obstétricas, lo cual imprime una característica particular.

En aquel momento la guardia funcionaba como un paridero donde había 16 camas, una al lado de la otra, en un espacio común, las guardias de 24 horas, al ser un Hospital escuela tenía sistema de formación de residentes

y concurrentes.

Mi transitar durante 14 años en la guardia, en la sala de partos de la maternidad, me enfrentó a innumerables desafíos... pero sobre todo me enfrentó a la construcción de un rol. En aquel momento la presencia del psicólogo era algo que incomodaba... a pesar de que cuando yo llegué había una psicóloga, Silvia, que hacía 12 años que recorría la sala de partos; ella fue pionera y me allanó mucho el camino. La presencia del psicólogo tenía que ver, a decir de Mirta Videla, con el bombero, era el que debía actuar frente al llanto de la paciente, a la desestructuración subjetiva del parto y el dolor, allí el psicólogo debía "hacer callar a la paciente", apagar el incendio...o, era el que tomaba mate o el que iba a "charlar" con el paciente para que la paciente se calle, deje de gritar, deje de llorar. Entonces uno de los desafíos más grandes en esto fue construir ese rol; donde nuestra presencia durante el parto de una mujer (que en ese momento se encontraba sola ya que no se dejaban pasar acompañantes)... nosotros los psicólogos éramos su único sostén, éramos quien podía contener y también terminábamos poniendo el cuerpo a la par de esa mujer que paría no? (ayudábamos a pujar, le dábamos la mano, la calmábamos entre contracción y contracción; nosotros también fuimos encontrando nuestro lugar y también fuimos habilitando de alguna manera nuestra presencia ahí, el psicólogo formaba parte del escenario cotidiano de la sala de partos. Cuando una mujer estaba por parir, el psicólogo muchas veces estaba solo con el residente y el neonatólogo, el personal de enfermería en ese momento era escaso y las parteras estaban abocadas a un trabajo más administrativo (registraban los nacimientos en los libros) y hacían el triage.

El psicólogo sí era convocado cuando había una situación en la que el paciente se desbordaba. Los médicos abrían espacio a tramitar la palabra (cuando no mediaba una urgencia médica), era quien podía escuchar también al equipo de salud respecto de las

situaciones que se vivían dentro de esa sala de parto no? Porque no todo tenía que ver con nacimiento, muchas veces había pérdidas, había muerte de niños, de pacientes y eso impactaba mucho en el equipo de salud y uno podía ir trabajando sobre esos malestares y empezar a generar ese espacio para de alguna manera “cuidar a los que cuidan”.

Entonces; luego hubo un cambio de paradigma cuando se modificó a nivel edilicio la Institución; y la sala de partos (guardía), se crearon las UTPPR (Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación). Actualmente hay 10 y cada una tiene un lugar de privacidad con baño, con una recepción del recién nacido; que recibe al niño y el padre o el familiar que está presente puede mirar todos los procedimientos que se le realizan al bebé en los primeros minutos de vida. Este cambio de paradigma generó también un cambio en nuestro rol, flexibilizar; trabajar con otros emergentes. Éramos “bisagras” entre las pacientes, sus familias y el equipo de salud, aparecían cuestiones un poco paranoicas que los médicos desarrollaban respecto de que un familiar podía estar presenciando un parto y los “problemas” que esto podría traer si algo salía mal. Se fue trabajando mucho esta cuestión de sentir al familiar como amenaza, como extraño y se fue logrando esta sensibilización e incorporación del modelo de las Maternidades Centradas en la Familia, incorporando en nuestro trabajo diario el discurso de los derechos de las mujeres, de parir acompañadas, enmarcándolo como una política pública necesaria y no solo del privilegio de clases (solo las que parían en clínicas privadas podían estar acompañadas).

Nuestro ejercicio profesional en la Psicología Perinatal fue una construcción, fue pasar de una praxis a una teoría, de una praxis que en ese momento fue muchas veces improvisada; leyendo mucho; (convocamos a Mirta Videla para unas Jornadas en el año 2007); nutriéndome de donde podía y con los referentes que tenía en ese momento al lado. Toda esta dinámica ocurre dentro de una Institución; por lo que fui involucrándome con la psicología social y la psicología de las Instituciones, lo que se ponía en juego allí dentro, empapándome de las dinámicas institucionales, eso

también me fue permitiendo construir mi rol y encontrar el lugar dentro del ejercicio profesional de la Psicología Perinatal.

Edo.: ¿Qué cuestiones te han impactado en ese quehacer?

Edo.: Creo que a lo largo de los años y volviendo un poco a este cambio de paradigma que se produjo luego de incorporar el lema de Maternidades Centradas en la Familia y además de muchas luchas de las mujeres por sus derechos, hay una cuestión que siempre me impactó y es la naturalización de ciertas prácticas violentas, la naturalización del dolor y cosificación del cuerpo femenino, además de una imposibilidad de deconstruir ciertos mandatos donde la maternidad en la mayoría de los casos es el único destino posible para las mujeres... muchas veces ese maltrato está asociado a los estigmas y a determinada clase social. Hay como una despersonalización en el trato hacia la mujer, es decir como defensa en muchos casos, del lado del equipo de salud porque ellos también son parte de un sistema que los maltrata y los oprime como es por ejemplo el sistema de residencias no?... cuestiones verticalistas muy marcadas, es eso lo que hace seguir girando la rueda.

Esta cuestión siempre me ha impactado en mí; naturalizar que una mujer debe y tiene que parir de determinada manera por ejemplo y hay mucha dificultad para que la mujer pueda elegir no? Ya en una maternidad pública con la cantidad de partos que se manejan o con el volumen de pacientes que asisten, es difícil el trato personalizado. Es decir, las guardias rotan cada 12 hs, por lo tanto el personal va cambiando y al ser un hospital escuela los residentes también. Ellos están acompañados de un residente superior, y las mujeres en general no van a parir con el médico que les hizo los controles prenatales.

Actualmente se abrió una residencia de parteras, esto es algo muy positivo porque las mujeres están más acompañadas. La figura de la partera durante mucho tiempo, fue reducida a una tarea más administrativa en nuestro hospital... hoy tiene un rol más activo, fundamental, de acompañamiento, de sostén y de poder

dilucidar y ver también mucho más allá a esta mujer que va a dar a luz.

Por otro lado aparece algo que también me sigue impactando es esta plasticidad del psiquismo de las mujeres al momento de parir y al momento de vincularse con ese hijo.

Observar un parto, las miradas, las reacciones, las respuestas al dolor, el acto mismo de parir y las distintas emociones que uno puede visualizar en ese momento, mirada, sostén, emoción, etc.... me parece que es algo que sigue impactando, siento que los psicólogos que desarrollamos nuestra tarea en una sala de partos, en una guardia, somos espectadores de la construcción de los cimientos del maternaje como proceso psicoafectivo, a decir de Alicia Ojberman. Eso que trasciende a la maternidad como hecho biológico.

¿Qué desafíos te guían?

...hay como una multiplicidad de cosas que siento que guían mi práctica una de esas es el desafío que se le da la importancia y el lugar necesario a la salud mental materna como un eje y una base fundamental para la crianza y el desarrollo de los niños.

Indudablemente esto va de la mano de rescatar la singularidad de la mujer y cuando hablo de rescatar la singularidad, no me refiero solo al modo de transitar ese parto o ese puerperio, me refiero a rescatar la singularidad en el modo de parir, en el modo de criar, en el modo de conciliar la difícil tarea de trabajo y el desarrollo profesional con la maternidad, el modo también de transitar los duelos, Esto sí es un desafío muy importante para mí y que tengo muy presente; cómo las mujeres transitamos nuestros duelos perinatales, nuestras pérdidas de embarazo o la muerte intraútero de un hijo,

Son duelos que durante muchos años han sido silenciados, que no se visibilizan. De hecho, nuestro país no tiene protocolos nacionales vigentes, por ejemplo, que acompañen a las mujeres o a las parejas ante la muerte perinatal. Nuestro vecino país, Chile, el año pasado avalado por el presidente Sebastián Piñera sacó la ley del mortinato que habla del protocolo de acompañamiento para las parejas, para las mujeres que transitan una

pérdida.

Esto sí es un desafío que me guía y creo que tiene mucho que ver con esto que decía al inicio, con la salud mental materna. ¿Cómo una mujer que ha transitado una pérdida? No importa la edad gestacional de la que estemos hablando, cómo va a transitar un nuevo embarazo? o cómo se va a vincular con los hijos que ya tiene después de haber atravesado esa pérdida?

Esto creo que es algo fundamental para seguir trabajando, en la Argentina el proyecto de ley Johana impulsa, a crear protocolos que acompañen a la mujer durante la muerte perinatal y la posibilidad de decidir la forma de parir un hijo sin vida. Situación que es muy costosa, muy dolorosa para la psiquis de una mujer y que muchas veces no se abre esa posibilidad de elección, ya sea por causas médicas o por desconocimiento del lado de las mujeres donde siempre la indicación termina siendo una cesárea o a veces termina siendo una anestesia total y las mujeres no pueden despedirse de sus hijos. Esto de rescatar la singularidad de las mujeres y esto de pensar que sea un desafío la salud mental materna tiene muchas aristas que creo que hay que pulirlas, recorrerlas, y poder abrir los espacios necesarios para empezar a hablar de estas cosas que muchas veces se silencian pero que siguen sucediendo.

Obviamente, que dentro de esto, también del desafío que aparece ahí, y esto lo hablo desde el lugar de trabajar en la salud pública tiene que ver con la accesibilidad de las mujeres a métodos anticonceptivos, a acceder a la interrupción del embarazo en condiciones que no sean clandestinas, es un desafío también poder lograr la accesibilidad de las adolescentes, de las mujeres que consumen a que reciban el tratamiento adecuado, este es una gran desafío que necesitamos trabajar como política de estado, pero siguen siendo algunos de los puntos que van guiando mi práctica en mi quehacer cotidiano en la salud pública de las mujeres.

¿Cómo ha impactado la pandemia en su ejercicio profesional?

La irrupción en la vida cotidiana que ha producido

la pandemia de covid 19 ha transformado sin dudas los modos de vincularnos social y afectivamente. Vivimos en un escenario inédito, desafiante, pero que a su vez genera mucha incertidumbre, donde inevitablemente hay pensamientos del orden de lo catastrófico que empiezan a aparecer, tal vez como una manifestación de otras emociones, que tiene que ver con el miedo, la desesperanza, el aburrimiento en muchos casos.... la pandemia nos presenta desafíos permanentes y dinámicos, como el escenario mismo en el que se desarrolla y esto por supuesto que impacta en nuestro ejercicio profesional

El impacto ha tenido que ver con crecimiento exponencial de la demanda, donde se han agudizado situaciones de mucha ansiedad, de mucho miedo, llegando a cuestiones de pánico donde la modificación de la vida cotidiana ha tenido para muchas personas, altos costos para poder adaptarse a no solo no salir de sus casas, sino también a adaptarse a un contexto, a la convivencia familiar a la irrupción de la pérdida, en muchos casos de lo laboral, es decir que ha habido una gran impacto y nosotros como profesionales de la salud mental no podemos eludir que tal vez el aplanamiento de una de estas curvas que tiene que ver con controlar el contagio y la circulación comunitaria del virus, ha ido un poco en detrimento aumentando la otra curva que es la de los padecimientos mentales y eso asusta un poco en relación a lo que se va a venir a futuro.

La pandemia ha impactado significativamente en la práctica donde uno trabaja con el objetivo de bregar en los hospitales amigos de la madre y del niño, de la familia, esta cuestión del parto respetado y de que la mujer pueda elegir con quién parir y esta pandemia nos presenta; gran desafío donde seguramente vamos a tener que trabajar justamente lo vincular desde otro lugar, empezar a crear nuevas formas de vincularnos socialmente y afectivamente, esto creo que es un gran cambio y que luego de esta pandemia, nada va a volver a ser como antes. Hay muchas cosas que se van a modificar, esto va a ser un aprendizaje para todos y desde la psicología perinatal va a haber grandes desafíos de poder reconstruir, re trabajar todo lo que tiene que ver con lo vincular.

A propósito de lo vincular, vi estos días una nota periodística, donde una mujer con covid 19 tuvo su bebé; y la médica neonatóloga a través del celular le mostraba las imágenes de su hija recién nacida, internada en Neonatología por prematuridad. Este vínculo que se genera desde lo virtual, pero pensar en esta mujer con la labilidad emocional propia del puerperio por los cambios hormonales y esto potenciado por el aislamiento y transitar el contagio del coronavirus. Nuestro foco debe estar puesto más que nunca en la salud mental de las mujeres donde el aislamiento social o por el contagio, no sea un aislamiento afectivo, que estigmatice. Reforzar más que nunca las redes de contención y fortalecer la salud mental materna.

”

...nosotros como profesionales de la salud mental no podemos eludir que tal vez el aplanamiento de una de esas curvas que tiene que ver con controlar el contagio y la circulación comunitaria del virus, ha sido un poco en detrimento aumentando la otra curva que es la de los padecimientos mentales...

Entrevista a **Mirtha Moldovan**



Lic. Mirtha Moldovan M.P. 46220

Psicóloga Clínica.
Psicoperinatologa
Miembro del Consejo Directivo de
ASAPER (Asoc. Arg. de Perinatología)
Docente UBA

Edor: ¿Cómo fuiste encontrando tu lugar en el ejercicio de la Psicología Perinatal?

Edo: Mis primeros acercamientos fueron a partir de la docencia, en la UBA, en la Asignatura de grado de la carrera de Psicología, "Psicología Evolutiva II-Adolescencia", y en la Práctica Profesional "Embarazo y aborto en la adolescencia" que se dictaba en el Hospital Gral. De Agudos Dr. C. Durand, donde empecé a trabajar en esos tiempos. Me fui encontrando con el embarazo en adolescentes, con sus dificultades, las diferentes reacciones ante un embarazo no esperado o buscado pero al momento de la confirmación su respuesta era totalmente diferente a lo que suponía. Las diversas reacciones de los padres u otros adultos referentes, a veces con alegría ante lo que les resultaba esperable, otras veces la adolescente era expulsada de su hogar. Y la del partenaire, a veces dispuesto a hacerse cargo de ese niño por nacer (incluso no siendo él el genitor), otras veces sorprendido ante una realidad que no podía aceptar ni abordar-. Recuerdo un chico de 17 años que decía -ante la paternidad que su compañera le adjudicaba-, que él no era el padre porque no podía tener hijos, que era estéril. Su desconocimiento de esa nueva capacidad gestante que acompaña las nuevas funciones sexuales en la adolescencia, lo remitía a un imposible -aún era estéril, aún era niño, no podía gestar-.

Y del embarazo en adolescentes, fue un continuum hacia todas las tan diversas modalidades y condiciones de concepción, embarazo, aborto, reproducción asistida, parto, puerperio y sus efectos en

la salud mental materna. La crianza en los primeros tiempos de constitución subjetiva de ese recién

nacido en interacción con el otro materno. En fin, tantos pacientes que fui acompañando a lo largo del tiempo, con situaciones de altísimo riesgo en muchos casos. Y hacia allí seguí yendo, hasta ahora. De esos comienzos hace más de 25 años.

Edor.: ¿Qué cuestiones te han impactado en ese quehacer?

Edo.: Muchas sin duda. Para mencionar algunas, los adolescentes que transitan un embarazo en condiciones que son siempre de cierto desconocimiento y algún tipo de riesgo. Sin dejar de incluir los embarazos por abuso o violación. Hasta hoy, las estadísticas y la clínica indican que no ha disminuido el número de embarazos en adolescentes. Y sabemos de los efectos y consecuencias que ello representa para esa población, generalmente vulnerable psicosocioeconómicamente, suspender los estudios, dependencia de otros para la crianza del niño/a, entre otros. Las adolescentes son una población de riesgo de partos prematuros, principalmente en edades inferiores a los 16. Las adolescentes no están exentas de tener embarazos de riesgo, bebés con malformaciones o problemas genéticos, con las complejidades que ello significará. Es decir, al proceso adolescente que ya tiene sus características singulares pero siempre en tanto crisis, se le agrega el embarazo y la maternidad como un plus con el cual tendrá que lidiar. Incluyo aquí tanto a mujeres como varones adolescentes. En la población adolescente, se trata mayoritariamente de embarazos involuntarios. El 58.9% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83.4% de los de las menores de 15 años son reportados como no intencionales.

Otra cuestión que me ha impactado tanto como para dedicarme muy especialmente, es todo lo atinente a la salud mental materna y la importancia de lo vincular con su bebé. Son los embarazos en situaciones de alto

riesgo, riesgo para la madre, en lo físico y psíquico, cuando la madre se encuentra vulnerable, y el bebé que corre riesgos también. En los últimos tiempos, se está poniendo mayor interés en la salud mental materna, ya sea durante el embarazo, parto y puerperio tanto inmediato como mediato. Ha habido un movimiento muy interesante, desde aquella experiencia de felicidad, completud y bienestar absoluto que se le adjudicaba a una embarazada hasta hace no tanto tiempo, -que sigue produciéndose aunque no exclusivamente- a las experiencias que hoy se animan a expresar, como las dudas sobre la maternidad, miedos, ambivalencias, culpas por pensamientos contradictorios, duelos ante todo lo que deja/suspende/posterga, cambios psicofísicos que se producen, entre otros. En este camino a la maternidad, con luces y sombras, las mujeres se conectan con sus embarazos y la maternidad de manera distinta de la que se pensaba antaño. Mujeres y hombres en el proceso hacia la maternidad y paternidad tienen por delante una tarea llena de incertidumbres, con una certeza muy lejana sobre cómo ser y hacer. Los partos prematuros, los síntomas agregados al embarazo como Hiperemesis gravídica, Presión sanguínea elevada, Diabetes gestacional, eclampsia, colestasis, y tantas otras que ponen en riesgo la salud de su bebé y la propia, cuando realizamos las primeras consultas ya enuncian muchas veces, acontecimientos traumáticos que relacionan con los síntomas somáticos que se desencadenan. Recuerdo una mujer embarazada de 32 semanas, tiene una rotura prematura de membrana, y nace su bebé antes de tiempo. En la primera consulta con ella, manifiesta mucha angustia y culpa. Su pareja había delinquido -una vez más- y la policía vino a buscarlo a su casa, llevándolo preso. Al día siguiente, "desbordada" en su angustia, se desborda el líquido que resguardaba a su niño por nacer. Asociación que ella produce espontáneamente.

Edor.: ¿Qué desafíos te guían?

Edo.: La Psicoperinatología no tiene tanto tiempo de estar instituida e incluida en el interés y las intervenciones como articulación interdisciplinaria. La Perinatología -como rama de la medicina que incluye la

Obstetricia y Pediatría, fue interviniendo cada vez más en los procesos del embarazo, parto y puerperio. Estos acontecimientos vitales han sido cada vez más medicalizados. Recordemos que el parto se institucionalizó a mediados del siglo XX, y que, junto al seguimiento médico durante el embarazo, el control ecográfico y las técnicas quirúrgicas como la cesárea han posibilitado disminuir la morbimortalidad materna y fetal. Pero todo ello ha producido también que la embarazada, primero y la puérpera y el recién nacido después, se convirtieran en "pacientes", sin derecho a la suficiente intimidad y elección, aislados de su familia, con profesionales protagonistas de su "internación" en la "maternidad". El momento del parto ha sufrido así un cierto proceso de deshumanización. Fue en la misma época que empezaron a surgir médicos como F. Leboyer, obstetra francés, que luego de una formación holística, dijo "si nuestro nacimiento hubiera cambiado, es decir, si en nuestro nacimiento hubiéramos sido recibidos como debe ser, no como objetos (que no sienten nada como se pensaba en ese tiempo, y me arriesgo a incluir aquí los controles inmediatos al recién nacido y la manipulación característica del parto, y corte de cordón inmediato) sino como seres (humanos) todo el desarrollo de nuestra vida hubiera cambiado". Acompañando estos tiempos, la Psicología y el Psicoanálisis fue abordando con mucho más interés el nacimiento y los primeros años de vida de un niño/a, ubicándolo capaz de sentir placer y dolor, en tanto humano. Pero en tanto humano también, necesita de otro que lo aloje. Que lo aloje en el amplio y estricto sentido del término. Que lo cobije en sus brazos dándole la seguridad y protección que necesita, desde el antes de nacer, recién nacido y en su infancia toda. De ello dependerá su futura autonomía, identidad del ser, desarrollando toda su potencialidad ya habilitada por otros en sus primeros tiempos de vida. Pero para que ese otro, otro materno, pueda ejercer su función, será necesario que esté en condiciones psíquicas, además de físicas, para hacerlo. Una mujer gestante o puérpera, puede estar en situación de mayor o menor vulnerabilidad psíquica, pero muchas veces requiere

Entrevista

acompañamiento y sostén, porque no puede hacerlo sola.

Por todo esto, puedo decir que me sigue guiando el desafío de colaborar para que la Psicoperinatología forme parte de los equipos de salud Perinatal, favorecer el acercamiento entre las diversas disciplinas implicadas-obstetricia, neonatología, pediatría, psicoperinatología, enfermería-, y que en cada institución pública y privada esté, insoslayablemente, un Psicoperinatólogo/a como parte del equipo de salud, en la consulta obstétrica, en la internación conjunta, en UCIN, etc. Para poder hacer las evaluaciones e intervenciones necesarias para evitar tantas afecciones que sobrevienen, como la Depresión posparto, dificultades en el vínculo de apego con el bebé, y tantas otras. Tengamos en cuenta que el cuidado a los niños los ayuda a crecer, y cuidar a quienes ejercen el cuidado de los niños colabora en ello.

Edor.: ¿Cómo ha impactado la pandemia en tu ejercicio profesional?

Edo: Desde que comenzó el aislamiento por la pandemia, ha habido cambios importantes tanto en la modalidad de trabajo, ahora online, en relación a lo transferencial (la presencia sin cuerpo del analista). La modalidad on-line yo la utilizo hace mucho tiempo con pacientes que han viajado temporalmente al exterior, o decidieron mudarse a otro país. En esos casos, ha sido una decisión tomada por el/la paciente. En esta circunstancia, se trata de una decisión que ha sido impuesta de alguna manera, por la contingencia que atravesamos todos, y que se le impone como única posibilidad para seguir trabajando en sus análisis. Los/las que decidieron no interrumpir sus procesos terapéuticos fueron quienes han sentido los efectos del aislamiento como un plus a los conflictos que venían abordando. Entre la angustia, incertidumbre y miedo reales, pero también proyectando en el virus, y ubicando al COVID-19 como sinónimo de muerte. Hay pacientes que se ubican en el lugar de la excepción de la cuarentena y de la soledad, negadores, que no demandan continuidad de tratamiento. Otros que se han sentido sin conflictos para hablar, ya que el malestar es

en presencia de los otros, es en el malestar en la cultura que describió tan acertadamente Freud. Refugiados en el aislamiento, están a salvo, estables y tranquilos. Otros pacientes muy afectados por la soledad del aislamiento o el encierro generan síntomas somáticos que lo asfixian, como las crisis asmáticas. También he de mencionar pacientes cuya producción subjetiva ha sido muy interesante, generando algunas modificaciones en su posición que hasta ahora no habían podido producir. Quiero decir con esto, que la palabra, la escucha y la intervención oportuna, sigue siendo lo más permanente en nuestro quehacer y pone en acto una producción subjetiva.

Una paciente no logra quedar embarazada, pero aún así encontró su modo de goce sexual más pleno descubriendo un aspecto singular en su posición femenina. Otra paciente puérpera, descubrió la importancia del acompañamiento de su partenaire, a quien restaba bastante en su capacidad resolutive en situaciones cotidianas en las que ella misma se encontraba encerrada, habilitando otros lugares (subjetivos) posibles, y se anima a decir que puede ser madre aunque no exclusivamente ni excluyendo a su partenaire.

E.: Muchas gracias por tu aporte Mirtha

Entrevista a Fabiana Bertranou



Lic. Fabiana Bertranou M.P. 45381

Psicóloga con Formación en Psicología Perinatal y Primera Infancia.

Integrante del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Don Victorio Tetamanti Ciudad de Mar del Plata.

Terapeuta de pareja y familia.

E.: ¿Cómo fuiste encontrando tu lugar en el ejercicio de la Psicología Perinatal?

F.: Mi interés por todo lo que rodea la maternidad fue desde siempre, pero lo pude plasmar concretamente a partir de mi incorporación al Hospital Materno Infantil hace 6 años. En un primer momento me desempeñe en el área de Obstetricia Alto Riesgo, y dada la creciente demanda de interconsultas solicitadas provenientes del área de maternidad (Sala de puerperio normal, Alto Riesgo y Neonatología) surgió la necesidad de conformar un equipo de psicólogas perinatales, atendiendo esta demanda, actualmente integrada por tres psicólogas. El lugar lo fui encontrando en el quehacer diario, en el trabajo con los profesionales de la salud intervinientes, escuchando la demanda e intercambiando conocimientos. A partir de ello, y escuchando la palabra de las madres embarazadas y puérperas incorporamos otros dispositivos como la visita de hermanos en UCIN y reunión de padres.

E.: ¿Qué cuestiones te han impactado en ese quehacer?

F.: Me ha impactado en los últimos años el aumento progresivo de madres que se atienden en nuestro hospital que atraviesan la maternidad en situación de vulnerabilidad psíquica, tales como madres con consumo problemático de sustancias en su mayoría, trastornos depresivo sin atención

psicológica/psiquiátrica, retraso mental entre otras. Sumado a esto, muchas de ellas afrontan la maternidad solas, sin un sostén emocional adecuado. En este contexto es que nos desempeñamos como psicólogos perinatales, lo que me lleva a pensar en esta perspectiva de la maternidad que se contrapone a la concepción idealizada de la misma, tomada ésta como una etapa de “color rosa”.

E.: ¿Qué desafíos te guían?

F.: Me interesa continuar con el trabajo, enfocado desde la prevención en salud mental materna, interviniendo en situaciones de alto riesgo psíquico desde el embarazo, y esto se logra con el trabajo interdisciplinario. Tomando en cuenta la población que recibimos, sobre todo las que presentan contextos más vulnerables, me propongo objetivos más realistas, en ocasiones de manera artesanal, pensando que siempre hay algo que se les puede aportar a las madres/familias desde nuestro rol.

E.: ¿Cómo ha impactado la pandemia, en tu ejercicio profesional?

F.: En el hospital ha cambiado la metodología de atención, y hay dispositivos que se encuentran suspendidos por la pandemia. Tomamos todos los recaudos que requiere las medidas de seguridad actuales. Trabajamos respondiendo solo las demandas de urgencia, debido a que transitoriamente se han suspendido los turnos programados.

Mantengo comunicación telefónica con mis colegas del equipo perinatal, medida que hemos adoptado como consecuencia de la restricción en la circulación en nuestro ámbito laboral. De este modo, podemos continuar intercambiando inquietudes que surjan en el trabajo hospitalario y la inevitable carga emocional que produce el trabajar en situaciones de crisis.

Lucía Vázquez



M.P. 47.080

Psicóloga con Formación en Psicología Perinatal y

Primera Infancia.

Integrante del Servicio de Salud Mental del Hospital

Interzonal Especializado Materno Infantil Don Víctorio

Tetamanti - Ciudad de Mar del Plata.

E.: ¿Cómo fuiste encontrando tu lugar en el ejercicio de la Psicología Perinatal?

L.: En el año 2016 ya formando parte del Servicio de Salud Mental del HIEMI comencé a trabajar en el área de Obstetricia – Neonatología junto con dos Psicólogas que ya constituían el equipo de Psicología Perinatal. De a poco fui descubriendo “el mundo” de la Salud Mental Perinatal en relación a las características de la población que asistimos a diario en el Hospital. Esto captó inmediatamente mi interés, comencé a leer, a formarme, a investigar con el objetivo de ayudar a las mujeres que atraviesan el embarazo, el parto y/o el puerperio, aspectos tan complejos de la maternidad. Poco a poco fuimos dándole forma al equipo, aprendiendo entre nosotras en relación al estilo particular de cada una, nos fuimos constituyendo en relación a la demanda de las pacientes que asistimos, para finalmente lograr la interdisciplinariedad en relación al Equipo de Salud (Médicos, Trabajadores Sociales, etc.). Fuimos pensando formas de abordaje, dispositivos posibles en el marco de nuestras intervenciones. En el año 2017 cursé la Carrera de Especialización de Psicología Perinatal en Mar del Plata, la cual me permitió integrar el trabajo diario al marco teórico de la psicología perinatal, favoreciendo mi ejercicio. Actualmente me siento muy a gusto trabajando en este área, codo a codo con el Equipo de Salud.

E.: ¿Qué cuestiones te han impactado en ese quehacer?

L.: Lo que me ha impactado en mi ejercicio diario es la condición de vulnerabilidad de la población que asistimos. Vulnerabilidad no sólo en relación a recursos materiales sino también a recursos simbólicos, lo cual en muchos casos, expone a las madres a cuestiones tales como el consumo

problemático de sustancias, la violencia (de género, familiar, etc.), al padecimiento de trastornos mentales, entre otros aspectos. Y es a este contexto al cual advendrá el niño por nacer o recién nacido, con los riesgos que esto conlleva. La falta de apoyo, de red de contención, es muy notoria, cuestión que hace que el camino de la maternidad resulte más complejo de atravesar, si tenemos en cuenta que el puerperio es periodo de alta vulnerabilidad psíquica. Es por ello que el trabajo interdisciplinario resulta indispensable a la hora de brindar asistencia a las madres (pacientes) que concurren al Hospital.

E.: ¿Qué desafíos te guían?

L.: Pensar en desafíos resulta complejo y en ocasiones frustrante, teniendo en cuenta las dificultades que presenta la población que asistimos diariamente y que en muchos casos no hay una demanda concreta por parte de las madres. Con cada paciente se interviene como se puede, se hace lo que está a nuestro alcance en relación a lo que cada madre está dispuesta a demandar, a oír. Como psicóloga perinatal, aspiro a pensar y a realizar pequeñas intervenciones que abran un interrogante en la vida de las madres en ese momento concreto, cuestión que no siempre es posible, pero cuando eso ocurre me siento satisfecha.

E.: ¿Cómo ha impactado la pandemia, en tu ejercicio profesional?

L.: En relación a la pandemia y a nuestro rol dentro del Hospital, hemos tenido que suspender ciertos dispositivos que para este momento que estamos viviendo se considera de riesgo su continuidad. Hemos tenido que repensar el criterio de la Interconsulta de forma tal de no exponer a las madres que permanecen internadas ni exponernos nosotras, en relación a poder sostener la “distancia social”. Y por supuesto, tomamos todas las medidas que sean posibles en relación a la prevención de los contagios, tales como el uso de barbijos, el lavado de manos, el de alcohol en gel, el uso de ropa específica de trabajo, etc.

E.: Muchas gracias por tu aporte Lucía

Maternidades Diversas

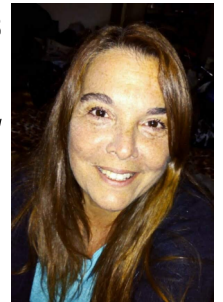
Claudia Rosana González M.P 45918

Lic. en Psicología y Técnica en Puericultura

Miembro de la Subcomisión de Ps. Perinatal

Terapeuta de niños, adolescentes, adultos, parejas, orientación a padres y charlas en Instituciones.

Actualmente cursando la Especialización en Psicología Perinatal.



Carla Escobar - M.P. 47.930

Lic. en Psicología

Miembro de la Subcomisión de Psicología Perinatal

Terapeuta de infancia adolescencia y familia, acompañamiento en Crianza Respetuosa, Diversidad Sexual.

Disertante en charlas y talleres en Instituciones Educativas.

Actualmente cursando la Especialización en Psicología Perinatal.

“Yo le cuento a Brune cómo nos encontramos, cómo fue deseada y quiénes nos ayudaron... le hago una canción improvisada con su historia”

En el número anterior se hizo referencia a la diversidad como una cualidad inherente a lo humano, una realidad legítima, natural y habitual. Fue definida como la diferencia o distinción entre personas, animales, vegetales o cosas, reafirmando que ser diferentes no nos hace mejores ni peores frente a nadie, que vivir en diversidad y valorarla nos hace mejores personas.

Al referirnos a la diversidad en la maternidad queremos justamente valorar cada uno de los recorridos que una persona en particular transita para llegar a ella. Y que no siempre son los caminos tradicionales o imaginados. En este número compartiremos una de esas tantas historias que no podríamos imaginar, y que sin embargo son vividas a diario en cualquier parte del mundo por quienes sueñan con convertirse en padre o madre.

Judith tiene hoy 42 años. Tal como ella se describe es nieta de inmigrantes, de aquellos que llegaron a nuestras tierras allá por los años 30 en busca de la realización de sus propios sueños. La menor de una familia con cuatro hijos. Creció rodeada del amor y del

cariño de sus seres queridos, su madre, su padre, tías, primos, hermanas, sobrinos. Más tarde los viajes junto a su hermana le invitaron a madurar y a descubrir la felicidad. El camino hacia la maternidad le tendría reservado un recorrido colmado de avatares y desafíos... con bondad y admirable entereza, nos comparte su conmovedora historia para ilustrar una vez más, las Maternidades Diversas.

En 2014 Judith cursaba su primer embarazo, el que fue recibido con mucha alegría y esperanza por toda la familia. Todos los controles durante el embarazo fueron óptimos. Así lo recuerda Judith:

“...llegó la gran noticia: íbamos a ser papás. Venía al mundo una diminuta y esperadísima criatura. Empezamos a sentir que el aire se renovaba y rejuvenecía nuestros corazones. Toda la familia llena de ilusión, tan ansiosos, ¡tan increíblemente esperada esta infinita alegría!...”

El embarazo y nacimiento transcurrieron de acuerdo a lo esperado. Con Pablo, su compañero, asistieron a todos los controles y festejaron cada avance de su pequeña. Pero a las pocas horas de nacer su primer hija, Olivia, desmejora repentinamente a causa de una neumonía y fallece un día y medio después de su

Artículo

nacimiento. Con inmenso dolor Judith y Pablo tuvieron que despedirse de ella **“...caminamos hacia el pasillo, llegamos a neo, tomamos a Olivia entre los brazos, la besamos, la abrazamos, le dijimos cuanto la amábamos y le deseamos un buen viaje...”**

Tiempo después... un nuevo embarazo los llena de esperanza y de ilusión. Pero esta vez las dificultades empezaron desde el primer trimestre. Pérdidas, reposo, malformación de la placenta. La vida de Judith estaba comprometida. Sostuvo el embarazo todo el tiempo que fue posible y por indicación médica se realizó una cesárea. Su segunda hija fallece a las doce horas de haber nacido.

“Marghi nació de 35 semanas, y peso 1.800gr. Diminuta y rosadita, todo estaba programado para atenderla, pero desgraciadamente hubo una complicación; tal vez esto cerraba el misterio de Oli, tal vez fue algo genético, y las dos tuvieron esa mala suerte de ser arrebatadas tan rápidamente de esta maravillosa y finita vida, de los brazos de papá y mamá. No pude verla con vida. Pablo estuvo con ella, la sostuvo en sus brazos hasta el final...”

Para dos personas que soñaban con un una familia... ese no podía ser el fin del camino.

“Luego del nacimiento de nuestras dos hermosas hijas en 2014 y 2015, aún después de las pérdidas deseábamos ampliar nuestra familia y por fin ejercer nuestra paternidad... Nos anotamos en el juzgado de Familia de Mar del Plata. Concurrimos a charlas y talleres de pre-adopción. Leímos, nos informamos. Y esperamos...”

Al tiempo y sopesando las pocas esperanzas que les daban desde el Juzgado, la pareja comenzó a considerar una técnica de fertilización asistida como un camino posible: donación de óvulos y subrogación de vientre. Consultan a una clínica en Buenos Aires, y a una en Kiev, Ucrania. Finalmente se deciden por realizarlo en Ucrania, ya que le brindaban la posibilidad de intentarlo varias veces.

“En noviembre del 2017 nos comunicamos con una clínica de fertilización humana en Kiev. Estábamos en contacto con Anastasia, quien amablemente nos asesoraba y respondía nuestras preguntas. El 19 de Diciembre abrimos el correo electrónico y nos había enviado el número de

teléfono de una de las parejas que recientemente habían comenzado el tratamiento y ya estaban esperando a su tan deseada y ansiada bebé. Ya todo parecía más tangible. Luego un amigo nos contó que había conocido a una pareja en el aeropuerto de Frankfurt que estaba regresando con sus mellizos a Argentina y también habían hecho su tratamiento en la misma clínica. En el verano el primo de Pablo nos comentó que otra pareja de Buenos Aires conocida había volado a Ucrania a buscar a su hijo.”

Ilusionados con la nueva posibilidad, tomaron las precauciones del caso, ya que además de sus miedos debían considerar: las distancias, un idioma totalmente distinto, los estudios médicos, los requerimientos legales y por supuesto el factor económico.

“Para poder acceder a ese tratamiento de fertilidad debíamos estar casados, entonces planeamos nuestra boda. En dos meses organizamos un hermoso festejo con ayuda de familiares y de amigos.

Ahora sí se veía un horizonte. Felices comenzamos. Elegimos la donante de óvulos de un banco de datos muy grande, donde hay una foto, las características más relevantes y una entrevista a cada una de ellas”

El servicio contratado con la clínica contempló, además del tratamiento de fertilización, la donación de óvulos y mujer subrogante, una coordinadora que habla español, traslados y hospedaje para el tiempo que tuvieran que permanecer en Ucrania.

“Pablo viajó solo a Kiev en Julio de 2018 a dejar las muestras para la búsqueda de nuestro hijo. Llegó al aeropuerto donde un chofer lo esperaba para trasladarlo al hotel. Ese día descansó. Al otro día comenzaron los análisis y luego la cita con la doctora para explicar todo el procedimiento. Una vez firmado el contrato sólo quedaba esperar. Luego de una semana y media volvió a casa. Nos miramos, nos abrazamos y entendimos que ya era real, que todos esos sueños se sembraban nuevamente y nos acercaban a momentos de emoción y felicidad.”

En septiembre de ese mismo año la pareja recibe un e-mail que les informa que se llevó a cabo su primer y

ansiado intento. Dos semanas después les comunican que no prosperó.

“Fue triste, otra desilusión, pero este camino lo elegimos nosotros y era una posibilidad. A pesar de sentir esta pérdida también sabíamos que teníamos más oportunidades.”

La noticia del segundo intento llegó casi 5 meses después:

“Nos informaron que hicieron la punción de la donante de óvulos, luego de 5 días se haría la transferencia embrionaria. Ahora con más tranquilidad esperábamos esas dos semanas cruzando los dedos. Y el 28 de febrero a la mañana, sentada en la reposerá con el mate en la mano, abrí el correo: 'En hora buena, la gestante está embarazada. Nivel de HCG: 3097'. La emoción fue incalculable, estaba sola y quería gritar. Hablé con Pablo y comencé a llorar de alegría.

Qué increíblemente maravillosa la naturaleza, y cuántos avances en la ciencia. Seríamos padres por un tratamiento de fertilidad, una fertilización in vitro, con el material genético de Pablo y de una donante de óvulos, y gracias a otra mujer que con generosidad se animaría a gestar y cuidar a nuestro bebé durante 9 meses.

La próxima ecografía sería en la semana 12. En cada etapa del embarazo, recibimos el informe de la ecografía con vídeo y foto. Y además le pedimos a la gestante si podía enviarnos fotos. Esas fotos nos acariciaban el alma. Sentíamos que estábamos más cerca.

En la semana 16 supimos que era una nena! Una NENA, ¡que hermosa noticia! ¡Recuerdo la sonrisa de Pablo y la alegría de toda la familia! Con la ecografía 4d pudimos ver su rostro y cómo aumentaba su peso.”

En la semana 27 de gestación, Judith consulta a una especialista para comenzar el tratamiento que posibilitaría la lactancia materna. Estaba decidida a alimentar con su propio pecho a su hija. Todo el amor y la ilusión que la motivaban le darían fuerza para llevar adelante el procedimiento.

“Comencé con un tratamiento para relactancia. Luego de una serie de chequeos y análisis me dieron el ok para empezar con la medicación. La primer semana tomé 4 comprimidos por día -uno con cada comida-. En la

segunda semana, 8 comprimidos. Y a la tercer semana la misma dosis, junto con estimulación con un extractor de leche eléctrico. Fue todo un desafío y un gran compromiso. Disciplina, confianza y perseverancia: Desde la primera visita a la especialista en lactancia hasta la primer toma de las pastillas y, por supuesto, el ansiado momento en que comenzaría a ver los frutos. Los primeros días fueron estresantemente dolorosos, pero a medida que una gotita de leche se juntaba con otras y se duplicaba, triplicaba... entonces todo el esfuerzo era recompensado.

Pasaban las semanas, los informes seguían llegando con noticias alentadoras. Brunella (ese fue el nombre que eligieron para su hija) crecía de acuerdo a lo esperado.

“¡Quedaba tan poquito para ese maravilloso y tan ansiado encuentro! Semana 35 de Brunella, abro el correo: 'os envío los movimientos de la niña'. Ese video de nuestra hija en la pancita de Alla (la mujer gestante) dibujando olas y diciendo ¡ya quiero salir!”

El octubre de 2019 la pareja, feliz, ilusionada, emprende el viaje hacia el encuentro con su hija. Les informan que Alla había sido trasladada a sala de parto, ¡ya estaba por nacer!

“En la madrugada del 25 de octubre llegó el mensaje, ¡el más importante de todos! ¡Nació Brunellita! El 28 recién podríamos verla, ya que no permiten visitas los fines de semana. Llegamos el 27 a la madrugada a Kiev, donde un representante de la institución nos esperaba en el aeropuerto. Luego un coche nos trasladó al alojamiento, un apartamento muy cómodo y preparado para nosotros. Allí nos recibió Natalia, un amor de persona, con un abrazo de bienvenida y la comida preparada. El domingo sólo quisimos descansar, ya que pronto estaríamos con nuestro tesoro y debíamos estar con mucha energía. Al día siguiente, un taxi pasó a buscarnos para ir a la maternidad a buscar a nuestra hija. Un momento increíble. Había llegado el día, nos mirábamos y nos preguntábamos cómo llegamos a Kiev, cómo esperamos 9 meses la llegada de esta preciosa bebida ucranioargentina. ¿Era real? ¿Ya podríamos estar los tres juntos? Y por fin en una sala de espera llegó ella. Uno de los momentos más increíbles de nuestra vida.



Confirmado, ya éramos tres. Pablo fue al notario, mientras que Brunellita y yo nos acomodábamos en el departamento. Tan pequeñita, tan redonda. Tan inmensamente reparadora esta hermosa criatura: Nuestra Hija”

Feliz y agradecida la pareja, luego de un largo camino. Agradecidos a la vida, a los avances de la ciencia, al amor y apoyo de sus familias, y a las mujeres que donando su óvulo y gestando a su hija los acompañaron a concretar este sueño de amor.

“Fue increíblemente conmovedor nuestro encuentro con Alla, a quien abracé tan fuerte como pude. Le escribí una carta y aprendí ucraniano antes de viajar para poder agradecerle. Le dije que no existían palabras que pudieran expresar nuestro agradecimiento por acunar en su vientre y cuidar a nuestra hija. Y que por supuesto ella estaría presente en nuestros corazones y en el de nuestras familias y amigos. Las dos lloramos emocionadas, ese lenguaje no necesitó traducción.

Y el momento esperado se hizo realidad... esa pequeña personita ya estaba en el pecho de mamá. Ya podíamos sentirnos. Tanto esfuerzo era recompensado. La

mirábamos una y otra vez era real, tan chiquita y redonda, tan hermosa y tan tierna. Todo se volvió inmenso, lleno de color. Resiliencia, perseverancia, fe, deseos. Nuestra hija estaba ya en nuestros brazos. Por fin ejercíamos nuestra paternidad. Pasaron los días en Kiev y todo se fue dando en tiempo y forma. Ahora sólo quedaba la última visita a la embajada para retirar el pasaporte, volver y reencontrarnos con toda nuestra familia y amigos y vivir en nuestra tierra un nuevo nacimiento: Brunella con Mamá y Papá abrazados por todos”

Otra historia de amor, otra historia de maternidades diversas. Una vez más, gracias a sus protagonistas por compartirnos un pedacito de su vida. Solo me queda agregar que durante la entrevista, luego de relatar el encuentro con Brunella, Judith expresa: “no recordaba que podía ser tan feliz”.

El rol del psicólogo/a en los tratamientos de fertilización con gametas donadas y vientre subrogado.

Conversatorio realizado con la **Lic. Silvana Figueroa**, Esp. en Reproducción Humana Asistida.

La Lic. Silvana Figueroa se desempeña como psicóloga en un Centro de Genética y Reproducción Humana de esta Ciudad. Conversamos con ella para que nos ilustre sobre el trabajo específico que realiza con la o las personas que transitan el camino hacia la paternidad o maternidad y cuya opción es la donación de gametas y subrogación de vientre.

Con relación a la demanda, nos cuenta que en los programas de fertilización en general puede ser espontánea o puede llegar por derivación del médico/a de cabecera cuando éste evalúa la necesidad de una interconsulta.

Las situaciones que pueden requerir un espacio psicológico en las personas que transitan por un tratamiento de fertilización son diversas y en cada persona se conjugan con su historia personal: dificultad para aceptar la infertilidad propia o de la pareja, los tiempos de espera, las creencias religiosas, los miedos, por nombrar sólo algunos. En las demandas espontáneas, a veces los pacientes ya tienen un espacio terapéutico pero buscan un profesional especializado a quien no tengan que dar explicaciones ni detalles en relación a los procedimientos que están siguiendo. En pacientes candidatas a un tratamiento con uso de gametas donadas la derivación es requisito, dado que si no cumplen con la evaluación psicológica no pueden seguir con el tratamiento. En el Centro de Reproducción donde se desempeña la Licenciada Figueroa, los pacientes ingresan a un programa Psicoeducativo en Medicina Reproductiva, el que tiene un mínimo de tres consultas: una primer entrevista, una anamnesis y una tercer entrevista psicoeducativa de información exclusiva sobre el uso de gametas (óvulos o espermatozoides). En este programa una de las cuestiones a evaluar es la posibilidad de aceptar el

material genético donado. Todos los tratamientos y puntualmente los que incluyen donación de gametos generan un alto grado de estrés. No poder usar las propias células resulta impactante y hay a quienes les cuesta asimilarlo. El objetivo es acompañarlos y ver quiénes pueden continuar con el tratamiento y quiénes no, y en ese último caso ver qué otras opciones se pueden considerar.

Con relación a su desempeño en el área de ovodonación, hace referencia a la selección de donantes. Ellos, luego del examen clínico médico, pasan a la evaluación psicológica. Una de las cuestiones más importantes que allí se busca determinar es que la donante comprenda que lo que dona son células, que no circule la fantasía de una “donación de hijo”.

Se realiza una pesquisa de perfil de personalidad donde se rastrean indicadores de psicopatía, neuropatía, trastornos de personalidad.

“...Se busca también que la candidata tenga un nivel genuino de motivación, sea responsable, comprometida, y que esté dispuesta a cumplir con todos los pasos del tratamiento, ya que durante cuatro meses aproximadamente, estará en evaluación, deberá asistir a consultas con especialistas, tomar medicación...”

Otro aspecto a considerar en las donantes es el aspecto psicopedagógico: atención, memoria, percepción, todo lo relacionado a las funciones cognitivas superiores. Luego, son derivadas a la consulta con la genetista. Se realiza un estudio genético, más una serie de análisis para descartar, por ejemplo, fibrosis quística, atrofia muscular espinal, mutaciones. Estos permiten reducir la posibilidad de contraer enfermedades o discapacidad. Cuando un estudio genético no resulta de acuerdo a lo esperado, se le comunica a la persona donante y, desde el departamento de psicología, se le ofrece un

acompañamiento, considerando que se encuentra con un diagnóstico que no esperaba y que quizá tenga alguna repercusión en su salud.

A través de las palabras, la licenciada Figueroa transmite el gusto por su trabajo, y su preocupación porque el transcurso por el Programa de Fertilización resulte lo más amigable y disfrutable posible para quienes lo transitan. Refiriéndose al departamento de ovodonación, dice:

“El trabajo en el departamento de ovodonación es muy gratificante. Las donantes vienen con un alto nivel de solidaridad, se convocan por causas muy diversas, realmente con gran empatía. Algo que me llamó mucho la atención es que hay donantes que no son ni quieren ser madres, pero tienen una inmensa identificación con otras mujeres, comprenden el sueño y la lucha de otras. Quieren colaborar, sienten que tienen células guardadas que no van a utilizar y eso las motiva”

Con respecto a la subrogación de vientre, nos cuenta que en Argentina no existen agencias de subrogación como en otros países. La legislación vigente al respecto no permite al Centro proponer a la gestante.

“Nosotros sólo podemos recomendarles que sea una persona de su confianza, a quien puedan acompañar en todo el proceso de gestación. Muchas veces son primas, hermanas, o amigas de una de las partes quienes se ofrecen para gestar”

La gestante no puede superar los 40-45 años, haber pasado por más de cinco cesáreas, ni ser ella quien aporte el óvulo. Además, debe haber dado a luz a al menos un hijo vivo y sano. También existe un límite de edad para la persona que va a recibir al bebé, y ronda en los 50-51 años.

Como en el caso de la donación de óvulos, las personas intervinientes también pasan por un proceso de evaluación en el que todas las áreas son importantes: psicológica, médica, genética.

El área psicológica tiene un papel preponderante a

lo largo de todo el procedimiento, y acompaña a todas las partes involucradas. Tanto para evaluar si la portadora está en condiciones de llevar adelante el embarazo, como para acompañarla en temores, incertidumbres, situaciones adversas que pudieran presentarse en él. Este rol se extiende a los momentos del parto y nacimiento.

“La intervención psicológica no termina cuando se logra el embarazo, sigue durante toda la gestación. A veces todo sale bien, pero hay veces que no es así y eso genera muchas incertidumbres, e incluso culpa en la gestante. Realizamos un acompañamiento amoroso donde contemplamos muchos escenarios posibles, y no solo el de la alegría cuando se logra el embarazo”

Esta evaluación y acompañamiento se extiende a su familia o pareja e hijos. Es de suma importancia que la portadora y su familia comprendan que el bebé que va a gestar es de otra persona. En este sentido es fundamental que exista una aprobación y un acompañamiento positivo de su familia.

Otro aspecto importante es mediar para que luego del nacimiento no haya un corte abrupto entre gestante y padres, para que el acercamiento a la nueva familia sea de la manera más amorosa y respetuosa posible para ambas partes. Esto implica la posibilidad de sostener el vínculo, ubicados por su puesto cada uno en su rol: el de portadora y el de madre o padre, haciendo una clara diferenciación entre éstos.

En relación al aspecto legal, todas las personas que intervienen firman un consentimiento que es igual en todos los Centros de fertilización del país. Quienes aspiran a ser madre o padre expresan su voluntad procreacional y esto los legitima como padres, independientemente de que usen células propias o donadas. Quienes intervienen como donante y portadora también firman un consentimiento, en el que se explicita su rol en este proceso. No expresan voluntad procreacional, sino que son una parte colaboradora para que otras personas accedan a la maternidad/paternidad. Esto significa que no hay

filiación.

La licenciada destaca que la consulta psicológica es un espacio de orientación, de contención, para todas las personas que participan del Programa. Ellas suelen tener un alto nivel ansiedad, muchas expectativas -a veces falsas-. En algunos casos la etapa diagnóstica es extensa. Es común encontrar pacientes con un alto grado de culpabilidad propia o hacia la pareja y eso deteriora muchas veces la comunicación, la relación, la intimidad. Se trabaja también el tabú. A veces piensan que son los únicos a quienes les pasa y resulta favorable cuando en el programa se encuentran con otras personas que están en la misma situación. Otro aspecto importante es el manejo de la información con el entorno social y, si logran tener un hijo o hija, poder pensar de qué manera le transmitirán lo vivido, qué y cómo le contarán su historia. Todos estos temas y algunos más, se exploran en la consulta, para elaborarlos y brindarles herramientas para poder afrontar de la mejor manera posible el largo camino que les ha tocado recorrer hacia la maternidad o paternidad.

Muchas gracias Lic. Silvana Figueroa.



El Psicólogo Perinatal ante el Duelo

Lic. María Belén Guinda (MP. 47118).

Lic. en Psicología con orientación Perinatal

Miembro de la Subcomisión de Psicología Perinatal

Psicóloga clínica en consultorio privado. Atención de niños y adolescentes. Atención de gestantes, parejas y familias. Orientación en crianza respetuosa.

Coordinadora de Rondas de Crianza.

Psicóloga Perinatal en Curso PIM (Mar del Plata)



El duelo representa un área específica de trabajo, dentro de la especificidad de la Psicología Perinatal. En el artículo previo (Ver “Acerca del duelo: un acercamiento histórico al duelo perinatal y gestacional”. Rev. Perinatal, Edición n° 1 Dic., 2019) hacíamos referencia a las características del duelo perinatal como manifestación clínica.

Abordaremos en el siguiente artículo las características del abordaje de las manifestaciones clínicas del duelo en sí mismo y el rol correspondiente al Psicólogo Perinatal. La formación implica el acompañamiento de la familia que se encuentra atravesando el duelo, y la comunicación con los otros actores involucrados (médicos, enfermeros, obstetras, familiares).

Las manifestaciones clínicas del duelo perinatal

Las manifestaciones clínicas involucran aspectos biológicos y físicos, emocionales, cognitivos y conductuales, que pueden ser intensos y difíciles de manejar durante el período de duelo, pero que podrían ser consideradas esperables con la situación que se está viviendo.

El psicólogo perinatal podrá acompañar a la familia durante esta pérdida, trabajando en primera instancia, validando los sentimientos derivados de la situación que se encuentran atravesando.

Como sintomatología más frecuente, se encuentra según Moscarello (1989):

A nivel físico: estómago vacío, opresión,

dificultad respiratoria, debilidad, fatiga.

A nivel emocional: shock, vacío, rabia, fracaso, autorreproche, culpa, incredulidad, confusión, despersonalización, tristeza, desesperanza, angustia, ira.

A nivel cognitivo: reexperimentación con ideas intrusivas, dificultades de concentración y toma de decisiones. Fenómenos perceptivos como oír el llanto o sentir sus movimientos.

A nivel conductual: insomnio, pesadillas, falta de apetito, aislamiento social, evitación de mujeres embarazadas y niños.

Las intervenciones en el espacio terapéutico

Las intervenciones a realizar entonces pondrán énfasis en todos los niveles anteriormente mencionados.

Se dará lugar a que el paciente encuentre en su espacio terapéutico el contacto necesario con el nivel emocional. Permitiendo que exprese aquello que quizás calla en otros espacios, como en el familiar o con su pareja. Generalmente se asocia al fallecimiento con la culpa (por lo que hizo o no pudo hacer), angustia, rabia (que también puede volverse contra la pareja).

A nivel cognitivo, se abordarán las dificultades expresadas por el paciente, siendo guía en la elaboración de su propio duelo. Cabe recordar que el duelo es en sí mismo un proceso que se desarrolla por una serie de fases y etapas.

Una manera de conceptualizarlo es la realizada por la Dra. E. Kübler Ross (2002), quien distingue las

Acerca del duelo

siguientes etapas del duelo:

Negación: la negación es una defensa temporal para el individuo, y permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante. Este sentimiento es generalmente remplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte. Es una defensa provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento. Surgen todos los “¿por qué?”. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean. El enojo puede ser dirigido hacia los médicos, enfermeros, equipo e incluso generar sentimientos de tener la culpa (por ejemplo cuando el fallecimiento se produce intra útero. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado con resentimiento y envidia.

*Pacto o negociación: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia. Esta etapa involucra la esperanza de que el individuo pueda **¿Hubiera podido?** de alguna forma posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.*

Depresión: cuando no se puede seguir negando, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Aparece diferente sintomatología como por ejemplo dificultades en la alimentación, alteración del sueño, de la atención, entre otros (debemos recordar que cada persona reacciona de una manera diferente a su propio proceso). Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo. Implica una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no se encuentre triste. Es una etapa

en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.

Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos, contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. En esta etapa la esperanza es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido. Permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

Esta sería la última etapa descripta. Sin embargo, pocas veces podemos observar su desarrollo en este orden.

Por último, y pensando a nuestro consultante como un ser integro, las intervenciones también repercutirán a nivel conductual.

También es importante poder establecer diagnósticos diferenciales en relación a otros cuadros sintomatológicos, principalmente con aquellos de tipo ansiógenos o depresivos.

Nuestra implicancia ante el dolor

Para finalizar, se considera importante tener en cuenta que por las características mencionadas, es necesario la formación en esta área específica, así como el reconocimiento de la importancia de contar con un espacio propio de elaboración y supervisión.

Estar frente a una familia en duelo implica el contacto con un dolor profundo, muchas veces indescriptible en palabras. Las sesiones suelen ser espacios de desahogos, de angustia, de llanto frecuente.

Como profesionales, bien sabemos que estamos disponibles no sólo desde la escucha sino que nuestro cuerpo cobra presencia. Para sostener, para

acompañar, para abrazar.

De allí la importancia de poder revisar nuestras propias emociones y pensamientos, que nos permitan establecer intervenciones específicas y contar con un espacio de elaboración de lo planteado.

Bibliografía

López García, P. (2010). "Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio". *Revista de la Asociación de Especialistas en Neuropsiquiatría*, 31 (109), pp. 53-70.

López Fuentetaja, A. & Iriando Villaverde, O. (2018). "Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres". *Revista Clínica Contemporánea*, 9 (25), pp. 1-24.

Moscarello, R. (1989). "Perinatal bereavement support service: three-year review". *Journal of Palliative Care*, 5, pp. 12-8.

Oviedo Soto, S. (2009). "Duelo materno por muerte perinatal". *Revista Mexicana de Pediatría*, 76, pp. 215 - 219.

Posada, R. (2005). *El manejo del duelo. Una propuesta para un nuevo proceso*. Bogotá: Editorial Norma.

”

Como profesionales, bien sabemos que estamos disponibles no solo desde la escucha sino que nuestro cuerpo cobre presencia. Para sostener, para acompañar, para abrazar

Artículo

EL ROL DEL PSICÓLOGO PERINATAL EN PREPARACIÓN INTEGRAL PARA LA MATERNIDAD (PIM)



LIC. ANA LAURA MARINONE - M.P. 47.480

Lic. en Psicología con orientación Perinatal.

Miembro de la subcomisión de Psi. Perinatal.

Terapeuta de gestantes, parejas y familias, madres y padres recientes con bebés y niños pequeños, orientación en la crianza.

Coordinadora de charlas, talleres y actividades en curso PIM

Docente de la Fac. de Psicología (UAA, Mar del Plata).

Ya en el artículo de la anterior edición de esta revista, se ha desarrollado el recorrido histórico que ha tenido lugar desde los primeros cursos de Psicoprofilaxis Obstétrica (conocidos aquí como cursos de parto), hacia la concepción actual de Preparación Integral para la Maternidad, entendida esta como un conjunto de estrategias convergentes en la cual interviene la experiencia de cada uno de los integrantes del equipo de salud, a fin de transmitir a la comunidad los conocimientos necesarios para ejercer una Parentalidad Responsable (Martínez y otros, 2007).

Desde sus inicios históricos, los diferentes métodos aplicados en psicoprofilaxis obstétrica han reconocido el papel preponderante de los aspectos psicológicos y su abordaje como parte de la preparación para un parto que se erigía bajo los lemas de parto sin temor (Read, 1944), parto sin dolor (Velvolvski y otros, 1951; Lamaze, 1960), o parto sin violencia (Leboyer, 1974). Es así que los numerosos textos y manuales referidos a la preparación para el parto introducen apartados referidos a la descripción teórico-científica y el tratamiento del temor, la ansiedad, aspectos emocionales del embarazo, psicología y/o psicopatología de la embarazada, el rol del padre o el acompañante, el vínculo temprano, entre otras cuestiones. Como afirmaba Ricardo Gavensky en su libro *Parto sin temor y parto sin dolor* (1980):

Cualesquiera que sean los aspectos emocionales considerados, es evidente que la preparación psicofísica desempeña un rol esencial con respecto a la evolución del embarazo, parto y lactancia. Al dilucidar los problemas que afectan la mentalidad de la

embarazada, se crea un clima de tranquilidad, seguridad y confianza. (p.165).

Ahora bien, pese a que resulta desde hace décadas indudable el valor de lo psicológico en una preparación para la maternidad que se represente como integral, igualmente evidente parece ser que ha sido la comunidad médica la que se ha formado en estos aspectos y encargado, en mayor medida, de transmitirlos hacia las gestantes y familias que acuden a los llamados cursos de parto. En una investigación de mi autoría aún en curso que recolecta artículos científicos que describen y desarrollan diferentes programas de cursos PIM y su implementación en países de Latinoamérica y España, he descubierto que si bien prácticamente la totalidad de ellos trabaja dichos aspectos emocionales relativos a lo perinatal como contenido del curso, una ínfima minoría incluye como parte de los equipos que lo dictan al rol del psicólogo. Surgen entonces las preguntas: ¿es posible que el discurso de lo psicológico haya sido progresivamente apropiado por otros agentes de salud (obstetras, obstétricas, enfermeras, etc.)? ¿Por qué? ¿Qué podemos aportar los psicólogos de diferente, si comenzamos a tomar un rol más activo en el ámbito de la Preparación Integral para la Maternidad?

LA IMPORTANCIA DEL ROL DEL PSICÓLOGO PERINATAL EN PIM

El período embarazo-parto-puerperio constituye un proceso bio-psico-socio-cultural (Paolini, 2013), con lo cual el curso de PIM debe imponerse como espacio

en donde sea abordada necesariamente la complejidad de este conjunto y todos los factores que lo integran. Es por esto que brindar solamente “atención médica” a embarazadas y púerperas, desconociendo la integralidad de dicho proceso, resultará insuficiente.

La Psicología Perinatal es la disciplina específica capaz de introducir, con saberes que le son propios, la dimensión de lo psicosocial de las madres y sus familias. Particularmente en los cursos de PIM, esta introducción podrá darse a través de la coordinación de espacios de intercambio que promuevan el encuentro entre pares, la circulación de la palabra y la expresión y comprensión de las vivencias. El Psicólogo Perinatal permitirá de este modo el abordaje de temáticas que faciliten el esclarecimiento del compromiso emocional de este proceso en términos de crisis vital y evolutiva que atraviesa la mujer en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente (conyugal, familiar y social), las características del bebé y la ubicación de este niño en el encadenamiento histórico de su familia (Oiberman, 2005, p.216).

Como el nombre anterior de curso de parto lo indicaba, el objetivo de trabajo principal ha sido, como ya planteara Videla (1990),

(..) que la mujer logre que su cuerpo deje de ser algo desconocido, y el parto y la gestación algo que “le” sucede, y no entiende en absoluto (...) Que es “su” parto, un fenómeno que cada mujer tiene derecho a rescatar para sí y ser “su protagonista” (p.156).

Resulta indudable entonces la importancia de la presencia del psicólogo en PIM para el abordaje psicoperinatal de temores, ansiedad, preparación, soporte emocional e inclusión de la red social (en primer lugar la pareja, y en la medida de lo posible toda la red familiar o social que rodee a la embarazada y su hijo). Asimismo, la psicología perinatal aporta aquí un gran valor preventivo, en tanto desmitifica, brinda información, dota de recursos y estrategias de afrontamiento, alivia tensiones, temores y ansiedad; no sólo en torno al momento del parto que se aproxima en el futuro inmediato, sino también (y sobre todo) alrededor

del puerperio, etapa en la que la contención profesional la mayoría de las veces se desvanece y tanto o más necesaria resultaría para las madres y familias en plena crisis vital ante la llegada del nuevo hijo.

¿QUÉ DESAFÍOS NOS ESPERAN? ¿QUÉ PROPUESTAS PODEMOS APORTAR?

Continúa siendo una meta a lograr la de la progresiva inserción desde el rol de psicóloga perinatal en el ámbito de las instituciones de referencia, así como el logro de una mayor vinculación con el equipo, en búsqueda del genuino trabajo interdisciplinario. En este sentido, el diálogo como característica fundamental de la interdisciplina implica la comprensión del rol del psicólogo perinatal no ya como profesional externo a quien se le consulta o se le deriva, sino logrando una presencia propia y específica dentro de los espacios institucionales (hospitales, clínicas), construyendo experiencias en medio de la crisis, acompañando en el mismo momento de necesidad, anticipándose al conflicto, facilitando la comunicación y la comprensión de los actores involucrados (Mercado, 2013).

Se impone además, el desafío de lograr en este cambio de cultura –en palabras de Molenat (Oiberman, 2013)- para los profesionales de los tres campos (médico, psicológico y social), la visibilización del valor y la importancia de la asistencia de la embarazada y su familia al espacio de PIM: evitar que por desconocimiento se lo minimice desde el rol profesional, alentar a todas las pacientes a realizarlo (en especial las primíparas) y generar los recursos necesarios para brindar la mayor accesibilidad posible (en términos de franjas horarias, cobertura médica, etc.).

Constituye un desafío personal desde el inicio de mi aproximación a este espacio de trabajo, el lograr salir o correrse del formato tradicional de “la charla” y poner en juego la especificidad del trabajo del psicólogo en el campo de lo grupal, diferenciándose así de la participación de los demás profesionales en el curso; introduciendo técnicas o intervenciones que generen una mayor implicación de la palabra, el cuerpo, la emoción de los participantes y la expresión de lo

Artículo

vivencial.

Por último, la propuesta de extender y profundizar el acompañamiento de las mujeres y familias que han asistido al curso, en los meses posteriores al nacimiento. Teniendo pleno conocimiento de que las vivencias propias de esta crisis vital evolutiva continúan (y en muchos casos se intensifican) durante el postparto, así como pueden aparecer nuevos eventos potencialmente estresores (como por ejemplo la internación del bebé en neonatología, dificultades con la lactancia, etc.), el acompañamiento y sostén que brinda el curso de PIM así como todo el equipo médico no debería limitarse al embarazo.

Bibliografía

- Felitti, K. (2011). *Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en Argentina (1960-1980)*. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702011000500007&script=sci_arttext.
- Gavensky, R. (1971). *Psicoprofilaxis obstétrica*. Buenos Aires, El Ateneo.
- Gavensky, R. (1980). *Parto sin temor y parto sin dolor*. Buenos Aires, El Ateneo.
- Leboyer, F. (2008). *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid, Mandala.
- Martínez, I. (Coord.) y otros (2007). *Preparación Integral para la Maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios*. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Disponible en: www.msal.gov.ar
- Oiberman, A. (Comp.) (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires, Lugar.
- Oiberman, A. y Mercado, A. (2007). *Nacer, jugar y pensar. Guía para acompañar a los bebés*. Buenos Aires, Lugar.
- Read, G. D. (1951). *Childbirth without fear. The principles and practice of natural childbirth*. Medical Books LTD, London.
- Velovski, I. y otros (1963). *Psicoprofilaxis de los dolores del parto*. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras.
- Videla, M. (1991). *Maternidad. Mito y realidad*. Buenos Aires, Nueva Visión.



"La Ps. Perinatal en espacios territoriales" Desafíos en la construcción del rol del Psicólogo.



Lic. María Pusterla M.P. 46111

Con formación en Infancia e Instituciones.

Supervisora Institucional de residentes de Pregrado de la Cátedra de Residencia en Ps. Jurídica de la UNMDP, Facultad de Psicología. Equipo

Técnico del Programa de Responsabilidad Social Compartida Enviñon Puerto.

Cursando la Especialización en Ps. Perinatal y Primera Infancia

Alguien le preguntó a Sara: "¿Por qué tenés un hijo siendo tan chica?"

Sara responde: "Tengo un hijo porque sino estaría muerta."

Partamos de éste diálogo, uno de los tantos que se despliegan diariamente en las instalaciones del "Programa de Responsabilidad Social Compartida, Enviñon Puerto" en la zona portuaria de la ciudad de Mar del Plata. El mismo funciona hace 10 años, depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires y es implementado a través del Municipio de Gral. Pueyrredón.

Se piensa el espacio del "Enviñon Puerto" por el equipo que trabaja en él, como un dispositivo ya que, parafraseando a M. Foucault (1984) son los discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, lo dicho, como lo no-dicho lo que lo componen. El dispositivo es la red entre esos elementos heterogéneos y la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos.

Allí me desempeño como Psicóloga, Especialista en Infancia e Instituciones junto a profesionales que ejercen su labor desde un posicionamiento ético e ideológico específico y en constante formación (las Psicólogas Lic. Gabriela Jaureguiberry y Lic. Lorena Caracciolo, la Lic. en

Trabajo Social Celina Jáuregui, el Músico y Profesor Benjamín Gasé y el Profesor Mariano Maidana). El tal sentido, además del abordaje que se despliega en el marco del programa Enviñon Puerto, que persigue el objetivo principal de acompañar al proyecto de vida de los jóvenes que asiste, la red se extiende a las instituciones territoriales de la zona. La "Red Institucional Puerto" funciona con amplia trayectoria en la implementación de acciones según diagnósticos anuales y siguiendo el marco de los derechos humanos.

Luego de contextualizar el escenario donde se encuentra Sara, podríamos pensar que su respuesta describe el lugar que tiene la maternidad en su vida o bien, el lugar que a Sara le otorga la maternidad, salvándola de la muerte. No obstante ello, de vincularla con los avatares de su constitución subjetiva-tener para poder ser- interpela a escuchar el desamparo.

El psicoanálisis (Lacan, 1977) nos dice que el cachorro humano para su subsistencia demanda un interjuego subjetivante que va desde la alienación a la separación del deseo del Otro. Son los modos de sujeción simbólica de este interjuego los que permitirían leer su posicionamiento subjetivo en las diferentes dimensiones.

Asimismo, dicho autor también nos habla (1979) de la construcción del yo en su teorización del estadio del espejo. Es en el encuentro amoroso de la identificación al objeto de deseo del Otro lo que confirma su constitución en torno a una posición alienada. Es ésta la matriz que puede operar en otros momentos de constitución subjetiva, la que subyace a la tensión entre el sujeto y las instituciones y a la posición subjetiva frente a las normas (Calo 2008).

Ahora bien, resultaría ser una trama compleja cuando no hay un soporte del Otro que acote el goce pulsional, cuando lo que prevalece es la orfandad de los

marcos, encontrándonos con individuos que en lugar de hablar, actúan.

Cabe señalar que Sara es una joven cuyo habla y accionar suele estar organizado alrededor de la queja y la demanda. Es decir, a la luz de Assoun (2001) se encontraría enquistada en una posición que basa su ideal en un perjuicio y desde allí es que exige la restitución de aquello que originariamente le fue privado.

El sujeto se siente dañado por el Otro y reclama reparación, funcionando este origen como destinatario de un hijo porque sino estaría muerta-instalando una creencia sustitutiva de un orden de reparación.

Este recorte es uno de las tantas viñetas, estigmas, mandatos y escenas observadas en espacios territoriales. Ahora sí, surge la pregunta ¿cuál es el rol del Psicólogo perinatal en dichos espacios?

Sabemos que la Ps. Perinatal es una rama de la psicología que aborda, desde el punto de vista psicobiosocial y de manera interdisciplinaria, lo que bordea el embarazo, nacimiento, puerperio y primeros meses de vida. No obstante ello, lo perinatal es un significativo que insiste a lo largo de la vida y resuena en momentos donde se recrea la escena primaria de unión-separación.

Aparecen diferentes escenarios y situaciones que implican una mirada holística del psicólogo perinatal quien pone el foco en los tres niveles de atención: el cuidador, el bebé y la red interviniente dentro del contexto psicosocial en el que se encuentran. La experiencia previa de la madre embarazada y de cómo haya transitado su propio nacimiento, activa la memoria no verbal de cuando estaba ella misma en el útero materno. Son estos movimientos psíquicos, ligados a su narcisismo, los que libidinizan al bebé y permiten a la mamá la traducción a los códigos de "tener o no la disponibilidad de maternar y la manera de llevarla a cabo". En tal sentido, parafraseando a la Dra. Oiberman (2013) la maternidad es un acontecimiento biológico, mientras que maternar implica aportes del orden de elaboración subjetiva.

Pensar el caso citado, tal vez nos arrime a evidenciar que el psicólogo perinatal, en principio, puede

encontrarse con entramados complejos. ¿Acompañar a Sara en la construcción de un mito personal de su historia podría contribuir a que su maternaje sea lo suficientemente bueno a la luz de D. Winnicott (1993) Podría ser... es decir, cuando nos preguntamos por el rol del Psicólogo Perinatal en espacios territoriales nos apresuran respuestas del orden del accionar como escuchar, acompañar, construir dispositivos, implementar talleres, articular, generar espacios de intercambio, etc., pero este recorrido necesariamente apela al soporte de un posicionamiento específico.

En tal sentido, podríamos aseverar que existen tres elementos fundamentales que aportan a la construcción de ese rol.

En primer lugar es el ético: El psicólogo perinatal en espacios territoriales debe enmarcarse desde una constante formación profesional y actitud investigativa, ofrecer prácticas instituyentes y preservar el delicado objeto de intervención que se presenta por tratarse de una población, en gran parte, con un psiquismo dañado. Resulta de cabal importancia la escucha del lugar de la enunciación del sujeto implicado, su decir.

En segundo lugar: Debe tener disponibilidad emocional, que no sólo se traduce en tiempo material, sino al lugar interno, de alojamiento, para la tarea.

En tercer lugar: Debe propiciar una escucha que tolere interrogantes y no intente suturar con palabras o significados aquello que se torne intolerable. De eso se trata cuando se habla de "limpiar el propio campo proyectivo" (según palabras de la Dra. Miriam Galli, (2019). Además, ser precisos en determinar cuándo nuestras intervenciones merecen ser directivas y eficaces por observar elementos que pudieran dañar la integridad de un bebé, pudiendo discernirlas de señalamientos moralizantes que nada contribuyen a la construcción de ese rol.

Por último, el Psicólogo Perinatal que interviene en espacios territoriales debe mantener un posicionamiento crítico acerca de la uniformidad de los discursos normativos, cuestionar lo instituido y re-pensar su práctica. Asimismo es propicio fomentar, en los efectores territoriales, cualquiera sea la función, la

Artículo

importancia de contar con espacios de supervisión, capacitación y espacios psicoterapéuticos.

No obstante lo señalado, son más los interrogantes que las respuestas en la búsqueda de la construcción de ese rol. Esto se traduce en que estamos en movimiento, motorizados por el deseo de sumar más aliados para el ejercicio de la Psicología Perinatal desde un rol respetuoso por el otro más allá de la diversidad de marcos teóricos de los colegas que la abordan siempre que tengan el compromiso de dar lo mejor.

Anhelo que la etapa venidera nos encuentre trabajando para continuar construyendo el área de Psicología Perinatal en este dispositivo y que sea traducido a un abordaje integral en territorio. Agradezco mi incorporación a la Sub-comisión de Psicología Perinatal para contribuir en el espacio de Extensión Universitaria de la misma, en un intercambio fluido que permita aportar y caminar juntas este recorrido pensando líneas de acción para la construcción de dicho rol. He encontrado a un equipo de profesionales de primer nivel, que trabaja asiduamente hace tiempo, con la humildad y generosidad de los grandes.

Bibliografía

- Assoun P. (2001). *El perjuicio y el Ideal*. Buenos Aires.: Nueva Visión.
- Calo, O. (2008). *El Sujeto y la Ley: Un Estudio Psicológico de la Relación Libertad-Responsabilidad*. Tesis de Doctorado , Facultad de Psicología UBA: Argentina.
- Foucault, M. (1984) "El juego de Michael Foucault" en *Saber y Verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Galli, M. Carrera de Especialización en Psicología Perinatal. Colegio de Psicólogos De la Provincia. De Buenos Aires. Distrito X- Mar del Plata. Cohorte 2019.
- Lacan, J (1977). *El Seminario. Libro II. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona.
- Lacan, J (1979). *El Seminario. Libro II. El Estadio del Espejo como formador de la función del yo ('Je') tal como se nos revela en la experiencia analítica*. En *Escritos 1, Siglo XXI Editores S.A.* Argentina.
- Oiberman, A. (Comp.) (2013). *Nacer y Acompañar. Abordajes Clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar.
- Winnicott, D.W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Bs. As: Paidós.

”

El amor es lo que motoriza y sostiene, semilla fundamental para la construcción de cualquier espacio territorial. Este es uno de esos momentos que dejan huella...



ROL DEL PSICÓLOGO PERINATAL EN PRIMERA INFANCIA INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO



Lic. Patricia Andrea Díaz (M.P.45572)

Lic. En Psicología con orientación perinatal
Responsable de la Subcomisión de Ps. Perinatal
Coordinadora editorial de la revista
Terapeuta de niños, pareja y familia.
Integrante del Programa de Evaluación y
Estimulación Cognitiva (PEEC)

Una de las áreas de trabajo en la cual se desarrolla el Psicólogo Perinatal es en primera infancia (hasta 3 años). Puesto que los primeros años de vida tienen una gran importancia para el desarrollo infantil, la evaluación periódica del desarrollo en sus diferentes áreas (cognición, motricidad, lenguaje y conducta social) constituye un aporte en la detección temprana de riesgos.

En ocasiones el área de la cognición no es acorde a las etapas esperables, existiendo un desfase entre el desarrollo cognitivo y las demás áreas: lenguaje, motricidad, coordinación y conducta social (Paolini, Oiberman, Mansilla, 2017). Desde hace muchos años se utilizan pruebas para lactantes, que marcaron un hito en la medición del desarrollo del niño pequeño. Estas pruebas evalúan el desarrollo psicomotor en cuatro áreas: motricidad, coordinación, lenguaje y social. Evidenciando que en ocasiones el área de la inteligencia no es atendida en su real dimensión, consideramos el abordaje en prevención precoz y detección temprana de dificultades en el desarrollo. Lo cual llevamos a cabo a través de la implementación de determinadas técnicas de evaluación como la EAIS Y EEDP. Dichos instrumentos nos permite pensar que lo que sustenta en desarrollo del niño es el vínculo con un otro que sostiene. Como expresa Winnicott (1958), no hay posibilidad de desarrollo psíquico del infante si no hay alguien que interprete las necesidades del niño, asignando a la



Lic. Nancy Di Virgilio M.P.46209

Lic. en Psicología con orientación Perinatal y
con formación en Docencia universitaria
Miembro de la Subcomisión de Psicología
Perinatal
Integrante del Programa de Evaluación y
Estimulación Cognitiva (PEEC)

madre el nombre de yo auxiliar del bebé. Las experiencias afectivas del niño con sus cuidadores primarios en sus primeros años de vida, tiene una enorme influencia en su desarrollo cognitivo, social y emocional.

Administración de Instrumentos en esta área.

Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz. EAIS

Esta escala diseñada en Argentina, es el primer instrumento creado para evaluar el desarrollo cognitivo en bebés de entre 6 a 30 meses. Es una adaptación de la Escala de Casati Lézine -basada en la teoría de Piaget- (Oiberman, Mansilla 2006, 2012).

La EAIS evalúa un proceso en formación. La importancia de su desarrollo reside en el hecho de que hasta el momento no se había logrado considerar en su real dimensión el área intelectual como un logro específico de los niños de ese período.

Eais, nos permite determinar, si el bebé está en la etapa de crecimiento intelectual. Se basa en el supuesto de que el proceso de construcción de la inteligencia sensorio-motriz constituye la quinta área de desarrollo del niño, junto con las áreas de motricidad, coordinación, lenguaje y social. No evalúa inteligencia emocional, sino que determina las estrategias que un bebé utiliza para resolver las situaciones problema que se le presentan. Evalúa inteligencia como un proceso.



Lic. Maria Isabel Gimenez (M.P.46934)

Lic. en Psicología con orientación Perinatal
y Primera Infancia
Miembro de la Subcomisión de Psicología
Perinatal
Integrante del Programa de Evaluación y
Estimulación Cognitiva (PEEC)

Se administra a partir de los 6 meses, correspondiente al estadio III de la etapa sensorio motriz (Teoría que sustenta la escala).

Piaget (1968) conceptualiza a la inteligencia como un proceso operativo que se da en una relación dinámica con el ambiente a través de dos esquemas fundamentales conceptualizados como asimilación y acomodación. Esta posición constructivista del desarrollo cognoscitivo del ser humano le permitió teorizar acerca de cuatro grandes períodos en el desarrollo de la inteligencia. El primer período, denominado de Inteligencia Sensorio-Motriz (desde el nacimiento hasta los 2 años), se divide en seis estadios y se caracteriza por la capacidad de resolver problemas a partir de acciones en las que intervienen, principalmente, la percepción, las actitudes, el tono y los movimientos, sin recurrir a operaciones simbólicas; es decir, sin utilizar el lenguaje verbal. Dentro de este período, el niño progresivamente relaciona objetos y actos, distingue los medios de los fines y utiliza procesos de inferencia hacia fines del período correcto o en su defecto, detectar precozmente retraso o alteraciones en su inteligencia sensorio motriz.

La escala está compuesta de:

Serie A: Exploración de objetos (Espejo y caja). 7 ítems. La prueba permite al niño manipular y explorar los objetos y realizar conductas cada vez más complejas

Serie B: Búsqueda del objeto desaparecido (Conductas para suprimir obstáculos, pantallas rígidas o de tela). 8 ítems. Evalúa la construcción de objeto desde una perspectiva momentánea hasta la adquisición de noción de objeto permanente.

Serie C: Utilización de intermediarios. 3 sub-series en las que el niño debe alcanzar un objeto utilizando una cinta, un soporte y un rastrillo

Serie D: Combinación de objetos. 2 sub-series. En ambas series se busca estudiar la invención práctica elemental del niño, registrando el comportamiento espontáneo del mismo.

La conducta del niño denota una estrategia cognitiva para resolver la situación propuesta y así se le asigna un ítem en la serie y su correspondiente nivel de

estadio, luego de obtenido el estadio correspondiente en cada serie, se calcula la mediana (estadio resumen). Para valorar el nivel de estadio resumen, se elaboró tablas de percentiles, la cual provee una estimación del rango en el cual sería esperable ubicar a niños de 6 a 30 meses

Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1974) (0 a 24 meses)

Esta prueba mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren de determinado grado de desarrollo psicomotor. Consta de 75 ítems, 5 por cada edad, la puntuación no admite graduaciones, existiendo solo dos posibilidades: éxito o fracaso frente a la tarea propuesta.

Áreas del desarrollo evaluadas por el EEDP:

Lenguaje: abarca tanto el lenguaje verbal como no verbal, reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.

Social: el comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.

Coordinación: esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones (óculo motriz, y de adaptación ante los objetos).

Motora: se refiere al control de la postura y motricidad.

Esta escala utiliza como técnicas de medición, la observación de conductas del niño frente a las situaciones específicas directamente provocadas por el examinador, y a través de preguntas que se le realizan a la madre/ padre o cuidador del niño, sobre conductas de este ante las situaciones específicas que el examinador no puede observar directamente durante el desarrollo de



la prueba.

La EEDP detecta alteraciones del desarrollo, pudiendo prevenir trastornos en el desarrollo, aprendizaje e implementación de intervenciones y derivaciones tempranas.

La administración de estas escalas (EEDP-EAIS) se realiza con el niño/a junto a su madre/ padre o cuidador, lo cual nos permite detectar si existen dificultades vinculares, a través de la observación de las interacciones madre bebé que se suscitan en ese espacio. Comprendemos que en las primeras interacciones madre-bebé se crea un vínculo afectivo que se irá construyendo a lo largo de la vida a partir de experiencias e interacciones vinculares que se reflejan en el desarrollo cognitivo, los vínculos primarios se construyen a partir de los primeros cuidados que realiza madre/ padre/cuidador. Como expresa Oiberman (2013.) la díada madre-bebé se sirve fundamentalmente de un diálogo no verbal, donde las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y ser sostenido, todo ello forma parte del sistema comunicacional. La forma en que la madre toma en brazos a su bebé está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él y a partir de ello poder satisfacer sus necesidades.

Como enuncia Shapira (2007) El proceso cognitivo inicia desde la vida fetal hasta alcanzar la maduración completa del individuo y depende no sólo de los patrones genéticos, sino también de las influencias psicosociales como del ambiente en el que crece. Lo cual permitirá reflexionar sobre posibles intervenciones de carácter preventivo sobre la vinculación que se establezca entre madre e hijo/a.

Los retrasos pueden ser transitorios, de modo que la detección precoz de estas dificultades en el desarrollo nos permite primeramente conocer para luego abordar el posterior tratamiento. Entendiendo que el desarrollo del cerebro del infante depende en parte de las experiencias que vive. El vínculo temprano tiene un impacto directo en la organización cerebral. Existen períodos específicos, llamados períodos ventana, en los que se requieren determinados estímulos para el óptimo desarrollo de algunas áreas cerebrales. Esta

estimulación adecuada depende del establecimiento de un vínculo temprano satisfactorio. Estos “períodos críticos” en los cuales hay una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad a los diversos factores de riesgo, 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. Debido a la plasticidad cerebral que ocurre en la niñez temprana, es que este momento del desarrollo se ofrece como un período óptimo para llevar a cabo intervenciones con resultados positivos.

Particularmente en el área cognitiva se realiza a través de lo que llamamos Estimulación Cognitiva, la misma consta de la implementación de un bolso juguetero (distintos juguetes y objetos que fueron elaborados con materiales cuidados, no tóxicos, para estimular propiamente la etapa Sensorio Motriz), allí se busca mediante distintos juegos, entre madre/padre o cuidador y niño/a poder estimular su desarrollo, destacando la importancia de que el espacio de juego se realice en conjunto, entendiendo que desde los primeros momentos de nuestra vida, el “juego” se da en relación a un otro, que nos mira, nos sostiene, nos nombra, nos otorga un lugar, desde el cual poder desarrollarnos y formar nuestra estructuración psíquica. Como padres, no se trata de saber “a qué jugar” sino de tener la disponibilidad para ello, a veces recorriendo un objeto, escondiendo otro.... escuchando un sonido, explorando, alentando sus posibilidades y a veces calmando su frustración. Posibilitar un espacio de encuentro, donde el juego sea la base de todo aprendizaje.

A nuestro entender, aquí radica la riqueza de esta escala, no sólo por la especificidad de su evaluación del área intelectual en niños tan pequeños, sino también por la posibilidad de observar cómo se va construyendo el vínculo madre-bebé. Entendiendo que desde las singularidades que acontecen allí, otros profesionales de la salud, (como por ejemplo los pediatras), puedan detectar y realizar las oportunas derivaciones o consultas y así poder actuar



preventivamente. Justamente destacando el valor y la necesidad del trabajo interdisciplinario.

Bibliografía

- Oiberman, A & cols (2012). *Etapas del proceso de construcción de la inteligencia sensoriomotriz en bebés argentinos. Investigaciones en Psicología* 17 (3) 83-105.
- 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.; Paolini, C.; Mansilla, M.(2012). *Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz (EAIS): Percentiles Nacionales. Interdisciplinaria* 29, (1) 305-323.
- Oiberman, A. (2016). *Observando a los bebés... Técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé.*
- Pardo, M; Gómez, M, Edwards, M. (2012). *Test de Aprendizaje del Desarrollo Infantil. Serie reflexiones: Infancia y Adolescencia. Unicef:Chile.*
- Schapira, I. (2007). *Comentarios y aportes sobre el desarrollo e inteligencia sensorio-motriz en lactantes. Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. Actualización bibliográfica. Revista Hospital Infantil Ramón Sardá.* 26 (1) 21-27.
- Schejtman, C., Vardy, I. (comp.) (2008): "Afectos y regulación afectiva, un desafío bifronte en la primera infancia" en *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación*. C. Schejtman, comp. Buenos Aires: Akadia editorial.
- Stern, D. (1985): *El mundo interpersonal del infante.* Buenos Aires: Paidós.
- Tronick, E. (2008): "Conexión intersubjetiva, estados de conciencia y significación" en *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación*. C. Schejtman, comp. Buenos Aires: Akadia editorial.
- UNICEF (2012). *Desarrollo Emocional. Clave para la primera infancia. 0 a 3 años. Unicef, disponible en www.unicef.org.ar*
- Vericat, A.; Orden, A. (2010). *Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. RevChilPediatr.* 81 (5) 391-401.
- Winnicott, D. W. (1958): *Escritos de pediatría y psicoanálisis.* Barcelona: Paidós.

Rol del Psicólogo Perinatal en Técnicas de Reproducción Humana Asistida



Lic. Evangelina Paula Toccaceli Blasi
M.P. 46220

Especialista en Psicología Cognitiva

Diplomatura en Psicólogo Orientado en Reproducción Humana y Fertilización Asistida otorgada por Samer.

Coordinadora De la Subcomisión de Psicología en Reproducción Humana Y Fertilización Asistida del Colegio de Psicólogos Distrito X

En el presente artículo se describirá y visibilizará el rol del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de Reproducción Humana Asistida (TRHA). Para ello se definirá su campo de intervención con las particularidades de la legislación en nuestro país, las características de su abordaje y las especificidades de su formación.

Enfoque Integral

El psicólogo orientado en reproducción humana asistida responde a un enfoque integral, en cuanto contempla a la dificultad reproductiva en su dimensión biológica, psicológica y social. Su abordaje requiere de un trabajo interdisciplinario. Interviene no solo en la dificultad reproductiva de tipo estructural, en cuanto a la imposibilidad biológica de conseguir el embarazo sino también de tipo social infertilidad social, en esta última categoría se incluyen las mujeres solas, hombres solos, parejas del mismo sexo y transexuales.

Dificultad Reproductiva y Marco Legislativo Argentino

Argentina ha sido el primer país en Latinoamérica en garantizar el acceso gratuito a las técnicas de reproducción humana asistida, provocando un incremento sostenido en la demanda de tratamientos de baja y alta complejidad. Según datos de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (Samer, 2019) en

nuestro país se reportan más de 21.000 casos de Fertilización Asistida por año, con una tasa de nacimientos de alrededor 24%. Esto significa que nacen por año alrededor de 3500 niños por todas las técnicas de fertilización.

En el último tiempo asistimos a cambios en los marcos legislativos de nuestro país que ha permitido visibilizar a otras formas de familia que hasta ahora habían permanecido olvidadas. El conjunto de leyes que hacen posible esta ampliación de derechos son:

.Ley N° 26618 (2010) de Matrimonio igualitario

.Ley N° 26.743 (2012) De Identidad de Género

.Ley N° 26.862 (2013) Ley de Reproducción Médicamente Asistida.

Dentro del marco regulatorio con la reforma del Código Civil y Comercial en el año 2015, se establece una tercera forma de filiación. A la filiación biológica y a la filiación por Adopción se suma la figura de Voluntad Procreacional en la que la filiación ya no emana del dato biológico/genético sino que surge de la presencia de un consentimiento informado. Es padre quien expresa su voluntad de querer serlo. Esta nueva forma de filiación es originada por el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida, abarca a los niños nacidos por donación de gametos, óvulos y/o espermatozoides, familias monoparentales, familias homosexuales y abre el camino para la Gestación por Sustitución.

Intervenciones

Tanto el diagnóstico de infertilidad como el atravesamiento de las técnicas de reproducción humana generan una fuente de estrés en las personas que lo padecen. Las características de esta noticia irruptiva varía en función de las particularidades de cada persona. El primer objetivo que perseguirá el psicólogo es evaluar el impacto emocional del diagnóstico así

como reconocer las estrategias y estilos de afrontamiento de los pacientes.

El diagnóstico médico de infertilidad suele ir acompañado de alteraciones en los niveles cognitivo, emocional y fisiológico de las personas. El inicio de los tratamientos médicos y sus particularidades supone un cambio de vida tanto personal como en la pareja y lo social. La mayoría de los autores coinciden en definir a la infertilidad como una crisis vital debido a que la vivencia de la infertilidad representa una ruptura en su proyecto de vida. Giménez y Roca (2012) dicen:

El impacto emocional de la infertilidad en el ciclo vital de las personas que se enfrentan a ella no se circunscribe sólo a la esfera privada de los usuarios, sino que afecta a otros niveles de índole familiar, social, cultural y de calado histórico. Reducir la infertilidad sólo a aspectos médicos o biológicos y no cuidar sus implicaciones emocionales, llevaría a una situación tan peligrosa de desatención, que incluso algunos autores han llegado hablar de Negligencia (p. 7).

El psicólogo invitará a pensar el proyecto de maternar y paternar en cada una de las personas. Acompañará y asesorará en todas las etapas del proceso: Diagnóstico, impacto del mismo y acceso a las técnicas. Además otorga herramientas para el manejo de incertidumbre propia de este proceso; Colabora en la tramitación de duelos tanto de la búsqueda de un embarazo en forma natural así como el duelo genético en la donación de gametos; Asesora sobre el manejo de información al niño por nacer y al entorno; Ayuda a interpretar los diferentes consentimientos informados e informa sobre los derechos que los asisten tanto a ellos como a su descendencia

Abordaje interdisciplinario

Pilar importante de nuestra intervención es la comunicación con el médico tratante para favorecer la comprensión del discurso médico y el contacto del paciente con el equipo médico.

La comunicación entre el médico y el psicólogo

genera en los pacientes mayor percepción de contención por parte del equipo tratante y disminuye el efecto cosificante de la técnica. Colabora en la comprensión de las indicaciones médicas así como las características de los tratamientos y sobretodo en el manejo de las expectativas de éxito. En relación a los resultados de la intervención de la ciencia, Alkalombre (2008) menciona

El imaginario social actual plantea un cuerpo que está bajo el control de la medicina y la tecnología y lo que subyace es la idea que todo es posible, todo es alcanzable. De allí surge como producción imaginara la presencia de un cuerpo predecible (p.41).

Este aspecto de idealización de la técnica es importante revisar con los pacientes en el trabajo interdisciplinario poniendo en claro los alcances y limitaciones de la medicina reproductiva. Otro aspecto de gran importancia para el psicólogo que acompaña a los pacientes en el atravesamiento de la técnica es evitar el efecto cosificante de los tratamientos. En este sentido Alkolombre (2008) escribe:

El cuerpo predecible anticipa el cambio que se está buscando mediante una intervención específica sobre el cuerpo. Se produce una descentración del sujeto ya que sería la técnica la responsable del cambio buscado. El riesgo que encontramos es que el sujeto quede "por fuera", dissociado del proceso de cambio. Muchos pacientes que realizan tratamientos de fertilización asistida no logran elaborar e integrar las transformaciones que produce en ellos la intervención médico-tecnológica. (p. 43).

Por este motivo se desprende la necesidad de velar por la subjetividad de cada una de las personas que pasan por este proceso.

Formación

El psicólogo orientado en el abordaje de la dificultad reproductiva además de formarse en los aspectos

Artículo

psicológicos ya descritos, recibe conocimientos específicos sobre aspectos médicos y legales que atraviesan la infertilidad.

Aspectos Médicos

.Fisiología de la Reproducción Femenina y Masculina.

.Tipos de diagnósticos de infertilidad de causa femenina, causa masculina, mixta y Esca (esterilidad sin causa aparente).

.Características y etapas de los tratamientos de Baja y de Alta complejidad

. Recibe información sobre los avances científicos producidos en el campo de la Tecnología de Reproducción y por sobretodo a los relacionados a la Reprogenética.

Aspectos Legales

En cuanto a los aspectos legales y a las leyes mencionadas anteriormente, se suman las relacionadas a las disposiciones sobre la inscripción de los niños nacidos por TRA en el Registro de las Personas, los consentimientos de las técnicas, el derecho a la información de los nacidos por técnicas de donación de gametos y el destino de los embriones criopreservados. A la dimensión subjetiva y social del acceso a las técnicas se suma una dimensión Jurídica. Kletnicki (2014) escribe

La ciencia pone al sujeto en la disyuntiva de hacer o no hacer presentándose un sinfín de dilemas. Propone realizar una lectura que tome elementos provenientes de los desarrollos científicos-tecnológicos, de la dimensión jurídica, y del campo de la subjetividad, para producir un entramado que permita pensar complejamente lo que las TRHA plantean en este tiempo (p. 140).

Ámbitos de Intervención

Además de atender la demanda en el consultorio clínico, participa a nivel institucional colaborando con la creación de guías de intervención para los médicos especialistas en fertilidad así como para el personal

sanitario y administrativo. Realiza evaluación a donantes de óvulos, trabaja en investigación realizando aportes imprescindibles para las buenas prácticas. Como docente forma a colegas para que se inserten en el área, se nuclea en comisiones de Colegios de Psicólogos Provinciales y en Sociedades con el fin de visibilizar el rol y acercar información a los colegas sobre lugares de formación así como actividades conjuntas para medidas de concientización y prevención a la comunidad sobre la Salud Reproductiva.

A modo de conclusión

Los avances científicos técnicos en Medicina Reproductiva no sólo vinieron a dar respuesta a la dificultad reproductiva para que las personas logren su proyecto de familia, sino que han logrado que exista reproducción sin acto sexual, lo que ha permitido pensar nuevos modos de conformación de familias y de filiación.

El psicólogo no sólo colaborará en la disminución del estrés frente a la dificultad reproductiva generando las mejores condiciones emocionales para la gestación sino que observará como el despliegue de los discursos médicos, psicológicos, sociales y jurídicos impactan en la singularidad del/los sujetos en la búsqueda de un hijo en el contexto del atravesamiento de las técnicas de reproducción humana asistida. En este sentido Lima (2015) propone:

La tarea del profesional de psicología, cuando se aboca a estas complejas dinámicas filiatorias posibilitadas por el avance tecno-científicos, es la de escuchar y entamar ese deseo filiatorio en la particularidad de cada dinámica familiar. (p.141).

Bibliografía

- Alkolombre, P. (2008). *Deseo de Hijo, Pasión de hijo: esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ansermet, F. (2018). *La Fabricación de los hijos. Un vértigo Tecnológico*. Serie Tyche. Unsam Edita Referencias
- Herrera, M. (2014). *Panorama general del derecho de las familias en el Código Civil y comercial. Reformar para transformar. Sup. Especial. Nuevo Código Civil y comercial*
- Iturburu, M. (2015). *La regulación de las técnicas de reproducción humana asistida en la actualidad. Revista Reproducción. Vol. 30/Nº4. SAMER*
- Kletnicki, A. (2014). *El embrión como objeto extracorpóreo. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.*
- LEY 26862 (2013). *Ley de Reproducción médicamente Asistida. Extraído de <http://www.psi.uba.ar/academic/carrerasdegrado/psicologia/sitios-catredrasobligatorias/723-etica2/material/normativas/ley26862-el20/01/20>.*
- Ley 26.618 (2010). *Ley de Matrimonio Igualitario. Extraído de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/329771/el20/01/20>.*
- Ley 26743 (2012). *Ley de Identidad de Género. Extraída de <http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley26743el20/01/20>.*
- Lima, N. (2015). *El rol del Psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA). SAMER Reproducción- Vol. 30/Nº4.*
- Giménez y Roca, M. (2012). *Manual de Intervención Psicológica en Reproducción Humana Asistida. Panamericana.*
- Samer Sociedad Argentina De Medicina Reproductiva. *Extraído el 20/1/20. Disponible en www.samer.org.ar*



EL PSICÓLOGO PERINATAL EN UNA GUARDIA OBSTÉTRICA NEONATAL



Lic. Marcela Vallejo Mat.47002

Lic. en Psicología UNMDP. Formación en Psicología Perinatal.

Terapeuta de Adultos, abordaje Individual y Grupal.

Coord. de grupos acompañamiento en la maternidad.

El siguiente artículo tiene como objetivo introducir al lector en el rol del psicólogo perinatal dentro de una guardia Obstétrica neonatal. En el marco de la formación profesional tuve la oportunidad de realizar mis prácticas en el Hospital Materno Infantil Ana Goitía, de la mano de la Lic. Miryam Galli, quien compartió generosamente su experiencia y saber en dicho ámbito. La lic. Miryam Galli se desempeña actualmente como psicóloga perinatal inserta en la guardia.

Brevemente realizaré un recorrido con el objetivo de contextualizar la práctica.

El Hospital Materno Infantil "Ana Goitía", está situada en el gran Buenos Aires, en la localidad de Avellaneda, partido perteneciente al primer cordón conurbano bonaerense, recibe al sector social medio y bajo del conurbano.

El Hospital Ana goitía, es referente en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), no cuenta con UTI materna.

Adhiere al modelo de maternidades seguras y centradas en la familia MSCF, que fomenta la participación activa de la mujer y la familia a lo largo de su embarazo, parto y seguimiento del bebé, promueve la internación conjunta, propone una Residencia de madres, que en dicho Hospital existe desde el año 1993, alberga a aquellas mujeres que tienen sus bebés internados en la



UTIN. La maternidad cuenta con un banco de leche y un lactario, además de dos enfermeras especializadas que se ocupan de la lactancia en sala y en la UTIN estimulando la lactancia materna.

El área de obstetricia cuenta con consultorios externos y hospital de día para pacientes de riesgo; así como pediatría cuenta con consultorios de seguimiento de desarrollo, donde los psicólogos perinatales realizan evaluaciones con escalas, tales como la EAIS, escala argentina de inteligencia sensorio motriz, y la EDDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor). El seguimiento es durante el primer año.

La maternidad Ana Goitía cuenta con dos guardias. Una Neonatal, donde se brinda atención desde la externación hasta el mes de vida; y una guardia obstétrica ginecológica.

¿Para qué un psicólogo perinatal en una guardia?

La inserción del psicólogo perinatal en una guardia, está dado por el reconocimiento del embarazo como proceso psicobiológico, y la actitud de demanda de las embarazadas, su necesidad de ser escuchadas, que constituyen una condición para construir la alianza terapéutica. Este estado particular es llamado transparencia psíquica (Bydlowski 1991). Este fenómeno es así descripto en palabras de Monique

Bydlowski:

“En el terreno obstétrico nos hemos encontrados con condiciones excepcionales para la reflexión psicoanalítica (...) decimos que el embarazo es el momento de un estado psíquico particular donde los fragmentos del inconsciente emergen a la conciencia. Este fenómeno que clínicamente, se caracteriza a menudo de graves afecciones psíquicas, especialmente en la psicosis, se presenta en la mujer en cinta como un acontecimiento ordinario (...). El período del embarazo no es una enfermedad, es de manera más esencial, un período de conflictualidad exagerada, un período de crisis madurativa. Y a diferencia de la crisis neurótica o psicótica (...) se debe comprender como una crisis que se atraviesa movilizándose la energía, despertando la ansiedad y los conflictos latentes pero que nace y se presenta como una búsqueda y un compromiso en una nueva situación”. (Bydlowski 1991).

Se trata de un estado particular que vuelve al psiquismo más permeable que favorece la emergencia de fantasmas y recuerdos ordinariamente reprimidos que en el futuro pueden influir en el niño. (Oiberman 2005).

Ser madre excede el hecho biológico, la maternidad es diferenciada del maternaje, este último se refiere al conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan en una mujer en ocasión de su maternidad (Racamier 1984). Este proceso puede no desarrollarse, o quedar diferido.

Según Stern (1999) la experiencia del nacimiento puede dar lugar a una madre física pero no psicológica,



el nacimiento psicológico lleva más tiempo, por ello una mujer podrá sentirse madre sin pasar por el proceso de parto, como en el caso de la adopción. Siguiendo este autor existen tres embarazos que se producen simultáneamente: el embarazo físico del feto desarrollándose en la matriz; la actitud de maternidad que se desarrolla en la psique materna y el bebé imaginado. El psicólogo perinatal aporta esta mirada, sabe que hay un nacimiento psicológico y otro físico.

El paciente del psicólogo perinatal, sea una embarazada, dñada, o una madre se encuentra frente a una situación de crisis vital (Erikson 1963), y a esto se suma un suceso repentino, de gran impacto como puede ser: una internación, una pérdida, un fallecimiento, una enfermedad, un diagnóstico, esta segunda crisis es circunstancial. Por ello se habla de doble crisis. La forma en que supere la crisis, dependerá de sus recursos y a su vez, como afirma Oiberman: “La mujer superará esta crisis en función de: su historia personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar” (Oiberman 2005).

Estar inserto en una guardia, permite al psicólogo perinatal estar ahí, cuando la situación está aconteciendo. El abordaje es preventivo, sus intervenciones podrían traer consecuencias inmediatas y futuras, por ejemplo en los próximos embarazos.

Características del rol del psicólogo perinatal en una guardia

- **Integra un equipo interdisciplinario**

Las guardias están integradas por: jefe de guardia (obstetra- neonatólogo- obstétrica), médico auxiliar (dos Obstetras y dos Neonatólogos), anestesiólogos, obstétricas, enfermería, psicología, hemoterapia, radiología, laboratorio, Instrumentadora, camillero, mantenimiento general, seguridad, ambulancia disponible para traslado, residentes R1 a R5 y jefe de residentes.

El hecho de trabajar dentro de un equipo interdisciplinario, requiere conocer los roles específicos

Artículo

de cada uno y responder a un coordinador del equipo que es el jefe de guardia.

- **Confluencia de saberes:**

El psicólogo debe conocer el lenguaje médico específico, y reconocer que su presencia en la guardia introduce la dimensión psicosocial que no siempre es valorada y reconocida por el saber médico. Entendiendo la maternidad como un fenómeno biopsicosocial, se requiere una confluencia de saberes que permita su abordaje integral.

- **Encuadre:**

La tarea del psicólogo perinatal en una guardia requiere flexibilidad de encuadre, puede entrevistar en la sala de hospital de día, en sala de parto, de pie junto a una incubadora, en internación conjunta a los pies de una cama, en un pasillo, en un banco de la sala de espera. No hay un horario preestablecido, ni un tiempo fijo. Puede ser que solo se realice una entrevista única; un seguimiento en el día, o en diferentes días, esto varía de acuerdo a la problemática.

- **Situación de crisis**

La maternidad es una crisis vital, entendiéndose que situaciones como una internación o un parto prematuro, entre otros, puede convertirla en una doble crisis, (la vital y la circunstancial). Los desbordes emocionales pre- pos parto necesitan intervenciones in situ, como afirma la Dra. Alicia Oiberman (2005) no puede realizarse una derivación, la angustia no espera, no puede hacerse una interconsulta con salud mental al día siguiente.

- **Marco teórico extenso**

La diversidad de demandas por las cuales es convocado requiere flexibilización teórica y práctica: las demandas pueden surgir por un diagnóstico prenatal, interrupción de embarazo espontánea, solicitud de aborto no punible, amenaza de parto pretérmino, descompensación psicoemocional, duelo, internación en neonatología, posible adopción, seguimiento de alto riesgo, y/o cuestiones psicoemocionales del equipo de salud.

- **Demanda**

La demanda proviene del servicio, y no directamente del paciente y/o familia, aunque pueda darse

de manera espontánea por la situación en si misma.

Si bien las embarazadas presentan un psiquismo permeable y una actitud de demanda que permite establecer alianza terapéutica, hay situaciones donde hay que buscar estrategias de intervención para poder acercarse.

- **Diferentes modalidades de abordaje:**

El abordaje perinatal presenta diferentes modalidades, una de ellas es la intervención en crisis, diferenciando emergencia y urgencia: en la emergencia estamos frente al riesgo de vida, se interviene con la red de sostén y con el equipo profesional; en la urgencia, de acuerdo a la situación antes, durante y después. Por ejemplo, una emergencia es una embarazada en estado de inconsciencia con una hemorragia que va directo a quirófano, allí el psicólogo perinatal estará interviniendo al final. Y en una urgencia, podría ser una amenaza de parto pretérmino, donde se requiere internación y control, allí puede intervenir en la guardia y en la internación.

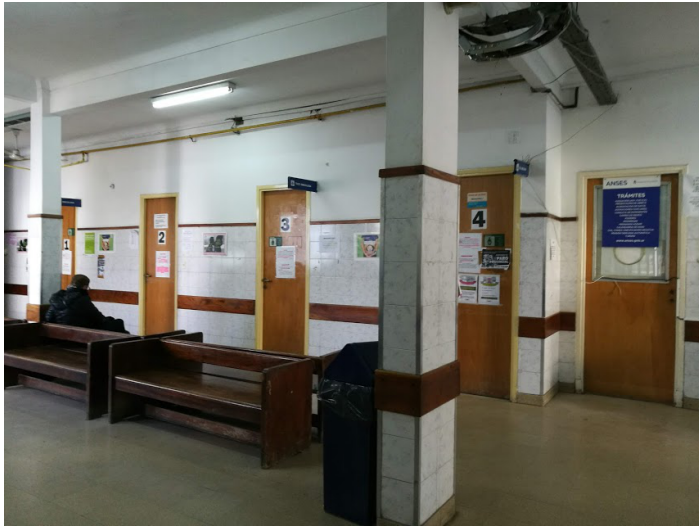
En el abordaje psicoperinatal se utiliza el modelo de entrevista único (Rosebaum, 1994) y un instrumento confeccionado por la Dra Oiberman y colaboradores, con un diseño óptico ideado por la Lic. Elena Galíndez (Galli 2005) que fue integrado a la Historia clínica en 1999.

- **Diversidad de sujetos:**

El psicólogo perinatal abordará situaciones donde el destinatario de sus intervenciones podrá ser desde una embarazada, una madre reciente, una mujer que acaba de perder su embarazo, una díada madre-bebé, un grupo familiar, hasta el propio equipo cuidador.

La experiencia de haber realizado la rotación hospitalaria (abril 2018 y noviembre 2018), en el marco de mi formación como psicóloga perinatal, realmente me permitió que pudiera apropiarme de esas preguntas a las que hace referencia la Dra. Oiberman (2005)[1] cuando en los inicios de la práctica, camino a la maternidad Ana Goitía, se encontraba reflexionando: ¿y hoy qué me deparará el destino? ¿Con qué me voy a encontrar?.

Bibliografía



La crónica de una “caso” no reflejaría lo que se vive en una guardia. La diversidad de demandas nos invita a cambiar continuamente de lugar, de abordaje, de sujetos.

El trabajo interdisciplinario posibilita un abordaje integral y un desafío profesional, funcionando en muchas oportunidades como puente comunicacional entre el médico y el/los sujetos.

Centrarse en la especificidad de la labor implica pensar en los procesos psíquicos que acontecen, contener la angustia que genera esa doble crisis, a veces sosteniendo físicamente otras con palabras, fortalecer al paciente en su estado de vulnerabilidad, cuidar la salud mental de esa madre y su bebé, acompañar. Para poder acompañar en esta etapa se requiere una flexibilidad práctica y una especificidad teórica.

Incluir la palabra en la maternidad, es incorporar lo emocional, integrar la dimensión psicológica pero sobre todo, implica una mirada respetuosa, un posicionamiento frente a lo perinatal.

- Alicia Oiberman, comp. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal.* Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar.
- Alicia Oiberman, comp. (2005). *Nacer y después... Aportes a la psicología perinatal.* Buenos Aires, Argentina. JCE Ediciones.
- Larguía, M et. al. (2011). *Maternidad seguras y centrada en la familia.* MSCF. Un enfoque intercultural. Buenos Aires, Argentina
- Slaikue, K. (1998). *Intervención en Crisis. Manual de práctica e investigación.* México, D.F. Editorial El manual Moderno, S.A. de C.V
- Shaili, J (2016). *Parto traumático y trastorno de estrés postraumático posparto: no siempre es depresión posparto.*
- Entrevista a la Dra Rebecca Moore. Traducido por Natalia Liguori y Patricia Fernández Lorenzo. Extraído el 18/04/19 de <https://saludmentalperinatal.es/parto-traumatico-trastorno-de-estres-postraumatico-posparto-no-siempre-es-depresion-posparto/>
- Stern, D. Bruschweiler Stern, N. Freeland, A (1999). *El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre.* Madrid, España. Editorial Paidós Ibérica.



Tratamientos de Reproducción Humana Asistida y Covid 19

Conversamos con la Licenciada Silvana Figueroa, Psicóloga, Especialista en Reproducción Humana, en relación a cómo ha afectado el aislamiento social preventivo y obligatorio a las personas que al inicio del mismo se encontraban transitando un tratamiento de fertilización. Al respecto nos dice:

La recomendación de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER), es no iniciar ni completar ningún tratamiento de fertilidad en este momento. A partir de esta detención inesperada de los tratamientos, las y los pacientes han sufrido un gran impacto. Las expectativas y los tiempos de espera es uno de los temas que se trabajan siempre en estos casos. El protocolo permite los tratamientos de fertilidad para las mujeres hasta la edad de 51 años, por lo cual las pacientes que se encuentran más cercanas a esa edad experimenten aún un mayor grado de ansiedad, respecto a quienes están más lejos de la edad límite.

Mi trabajo en estos días se centra en elaborar las ansiedades en relación a los tiempos de espera y la incertidumbre.

Las pacientes menos afectadas por la interrupción de los tratamientos, son quienes tienen mayor temor a enfermarse de Covid 19 y esto hace que pongan en segundo plano la continuidad del tratamiento de reproducción.

Estoy asistiendo también a mamás recientes y a embarazadas, estas últimas manifiestan preocupación por infectarse durante el embarazo, y también les preocupa el momento de asistir a la clínica a tener a su bebé.

Asistir...acompañar...validar sus emociones, comprendiendo que no podemos controlar esta situación, pero si podemos manejar a conciencia los recursos necesarios, para sobrellevar de la mejor manera posible este momento social e histórico complejo que se suma al camino que vienen recorriendo hacia la maternidad /paternidad.

Es un acompañamiento amoroso, especialmente con quienes ya tienen a sus bebés o están embarazadas. Luego del largo camino que han recorrido y a pesar del contexto planteado por la pandemia, es momento de que comiencen a disfrutar lo que con mucho esfuerzo han logrado.

Muchas gracias Licenciada por su aporte.





Las Cuarentenas

Lic. Marcela A. Vallejo

Como una invitación a expandir la empatía, surge esta reflexión sobre las cuarentenas, realizando una analogía, entre la etapa del puerperio, conocido tradicionalmente como “la cuarentena”; y la medida de aislamiento social preventivo y obligatorio, tomada a partir de la pandemia que deriva en una “cuarentena”, término utilizado para definir dicho aislamiento.

Ambas cuarentenas comparten la situación de aislamiento, la sensación de pérdida, la ruptura de un orden preexistente que implica poner en marcha mecanismos de adaptación y reorganización; modificaciones en los hábitos de sueño y alimentación; ambivalencia emocional; hipersensibilidad; necesidad de intimidad y espacio propio como así también la necesidad de socializar. Ambas implican una crisis y su carácter transitorio muchas veces sirve de paliativo para transitarlo. ¿Esta situación inédita de aislamiento a partir de una pandemia será una oportunidad para comprender la etapa del puerperio con mayor empatía?

Por años se ha hablado del “subibaja emocional” como resultado del cambio hormonal abrupto, este momento nos permite vivenciar que no se trata sólo de cambios hormonales como consecuencia del parto, tampoco se reduce al género femenino. Hoy, hombres y mujeres, con y sin hijos pueden experimentar estos estados.

Es importante agregar que en la cuarentena del puerperio hay una mujer recuperándose física y psíquicamente, con un bebé que demanda cuidado y atención permanente, y en plena construcción de una nueva identidad “ser madre”.

Profundizando en esta reflexión sobre las cuarentenas, emerge otra similitud relacionada con las imposiciones sociales. Así como existe la “idealización de la maternidad” que instiga a las mujeres a esconder sus emociones y vivir la maternidad con culpa y exigencia; aparece también en este momento la “romantización de la cuarentena” con el imperativo de aprovechar el tiempo, disfrutar de estar en casa y subir fotos a las redes donde nos “mostramos plenos”, ¿será una negación de la ambivalencia?.

Claro que no todos viven “sus cuarentenas” de igual manera, esta reflexión es una invitación a pensarnos como sociedad, a visibilizar nuestras imposiciones y exigencias y acercarnos al puerperio de una manera más empática, reflexiva y menos crítica.

¿Cómo adaptar nuestra labor profesional a la vida en cuarentena?

El Curso PIM en modo virtual

Por Ana Marinone – Lic. En Psicología M.P. 47.480

El inicio de la cuarentena marcó un necesario corte, una puesta en pausa de encuentros en pleno transcurrir, como así también de numerosos proyectos que – como nos suele pasar en el mes de Marzo en una ciudad turística, mes de comienzos y de ese “volver a la normalidad” luego de un verano agitado – ahora se veían detenidos ante un horizonte plagado de incertidumbres.

Es así que en cada espacio de trabajo en donde me desempeño actualmente en relación a lo perinatal, fue necesario este tiempo de detención primero, para luego comenzar a rearmar, a reconstruir otras formas de estar, de sostener y de acompañar.

El Curso de Preparación Integral para la Maternidad (PIM) del cual participo no fue la excepción, y también sufrió estas mismas pausas y transformaciones. Luego de unas semanas de ese no saber que nos abrumó a todos –profesionales y pacientes-, se puso en marcha una nueva forma de preparación de la gestante y su familia para el parto y la maternidad, esta vez con la gran ayuda de la tecnología. Sobrevino entonces la necesidad de indagar, de informarnos, de valernos y apropiarnos de estas herramientas que, si alguna vez habían sido temidas o hasta rechazadas, ahora se convertirían en nuestras mejores aliadas.

En palabras de la Obstétrica Josefina Masiá (M.P. 20.113), coordinadora y directora de este curso PIM dictado en nuestra ciudad, “esto no fue buscado. Pero surgió de la necesidad, una necesidad imperiosa de recuperar rápidamente ese espacio que se había perdido. Las embarazadas comenzaron a decir ¿qué hacemos ahora? Ellas encuentran en el grupo de parto un grupo de contención, de preparación, de pares, y ahora se encontraban perdidas”.

Resulta sorprendente que con un cambio tan drástico de la vida cotidiana, no tardó en llegar el nuevo equilibrio. “Me impactó cómo nos adaptamos tan rápido: las mamás, los acompañantes, los profesionales”, relata Josefina. “A la gente la veo muy conforme porque el curso online tiene muchísimas ventajas. Uno no tiene que salir de su casa, ni estacionar el auto, ni hacer un viaje importante (aquellos que viven lejos del centro); es mucho más probable que el acompañante esté presente porque está en su casa; permite muchísimo el contacto con gente de otras ciudades o países (ha asistido gente de Perú, de Tucumán, de Provincia de Buenos Aires), el intercambio de las distintas experiencias según el lugar, y esto resulta muy enriquecedor para el grupo y para mí. Se ahorra y se organiza mejor el tiempo. Eso me ha servido porque antes yo no era tan organizada. Hay que organizarse muy bien porque al no ver a las personas, ellas son un número en la agenda, un nombre, un DNI, una obra social, y cuesta captarlos a través de una pantalla”.

La tecnología resultó perfecta para adaptarse a esta situación. Creo que llegó para quedarse, que no se va a ir, pero no creo que vaya a reemplazar a lo presencial: porque lo presencial es importantísimo, la mirada a los ojos, la vibra que tiene el otro y que te impacta en tu propia vibra... lo que uno puede llegar a dar en un curso presencial es más poderoso. Pero de modo online también llega, si uno se prepara la llegada está y uno la recibe bien de la otra parte. He recibido muy buenos comentarios”.

El calor del contacto, la complicidad de las miradas cercanas, el poder poner en práctica cada vez y en cada encuentro esa intuición que da la experiencia para detectar -dentro de un mar de panzas- aquella que necesita una escucha diferente, unos minutos a solas luego del encuentro colectivo u otro tipo de contención que traspasa lo grupal... tal vez hasta allí no pueda llegar la virtualidad. Pero podemos vislumbrar, a raíz de esta experiencia de crisis sanitaria, que sí podemos llegar a horizontes nuevos, distintos y más lejanos de los que habíamos imaginado.

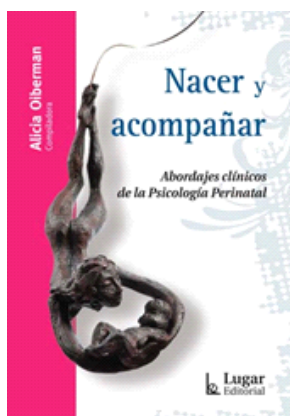


Las voces de varias mujeres devenidas madres, responden ¿Qué es ser una buena madre?

Amparo González Aguilar, Directora y actriz en el documental nos invita a ampliar la mirada sobre la maternidad, descubriendo y poniendo en palabras aquellos no dichos que las mujeres guardamos en silencio. Mujeres entrevistadas de diferentes edades, brindan su experiencia sobre las diferentes etapas del maternaje, su tránsito y dificultades.

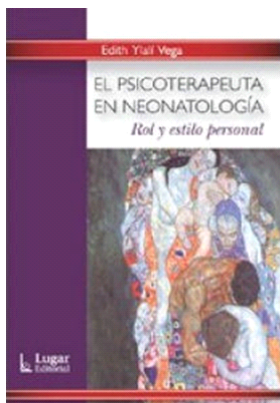
MALA MADRE “La historia de la maternidad que nunca nos contaron”

Libros



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

De espíritu dinámico y con el empuje propio del trabajo en equipo, *Nacer y acompañar* constituye una compilación fundamental acerca de los desarrollos actuales del campo de la Psicología Perinatal en Argentina. Organizado en cinco apartados y con un emotivo prólogo de Fancoise Molenat, la Dra. Alicia Oiberman y su equipo describen, teorizan y reflexionan sobre el rol del psicólogo perinatal en la maternidad, la clínica perinatal mediante casos y crónicas, los aportes interdisciplinarios y la transmisión del rol, entre otras importantes temáticas. Orientado al abordaje clínico pero a la vez sostenido sobre una vasta trayectoria investigativa así como de docencia por parte de sus autores, este libro se destaca como pieza recomendable para colegas del ámbito de lo perinatal y para todo aquel que se interese por adentrarse en el ejercicio del rol y los escenarios que lo rodean.



Vega, Edith (2006) El Psicoterapeuta en Neonatología. Rol y estilo personal. Buenos Aires, editorial Lugar.

La Dra. Edith Vega nos muestra en su libro la vida en la unidad de cuidados intensivos neonatales, sus actores y vicisitudes, el panorama histórico y actual de la psiconeonatología. Ha investigado sobre el rol del psicólogo y estilo personal necesario de quien se desempeñe satisfactoriamente como terapeuta en la UCIN, la importancia de una formación abierta y transteórica a la hora del abordaje perinatal.

Sub Comisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires

Distrito X

La sub comisión fue creada en el colegio en el mes de marzo de 2018 y desde entonces ha recepcionado inquietudes de colegas y llevado a cabo diferentes actividades, como la participación en congresos y co-participación en actividades con otras instituciones como la Asociación Argentina de Perinatología.

En el presente año, luego de conversar y compartir la necesidad de generar lazos con la comunidad, se incorporaron dos nuevas funciones:

- **Extensión:** *a través del diseño de un proyecto en la comunidad, que se encuentra en proceso de elaboración, el cual propone generar espacios de intercambio, capacitación y talleres con la finalidad de resignificar vivencias tempranas.*
- **Investigación:** *mediante la elaboración de un proyecto, para ser implementado en el sistema de salud municipal, que se encuentra en proceso de aprobación (en relación al desarrollo cognitivo en niño sano y de bajo peso).*

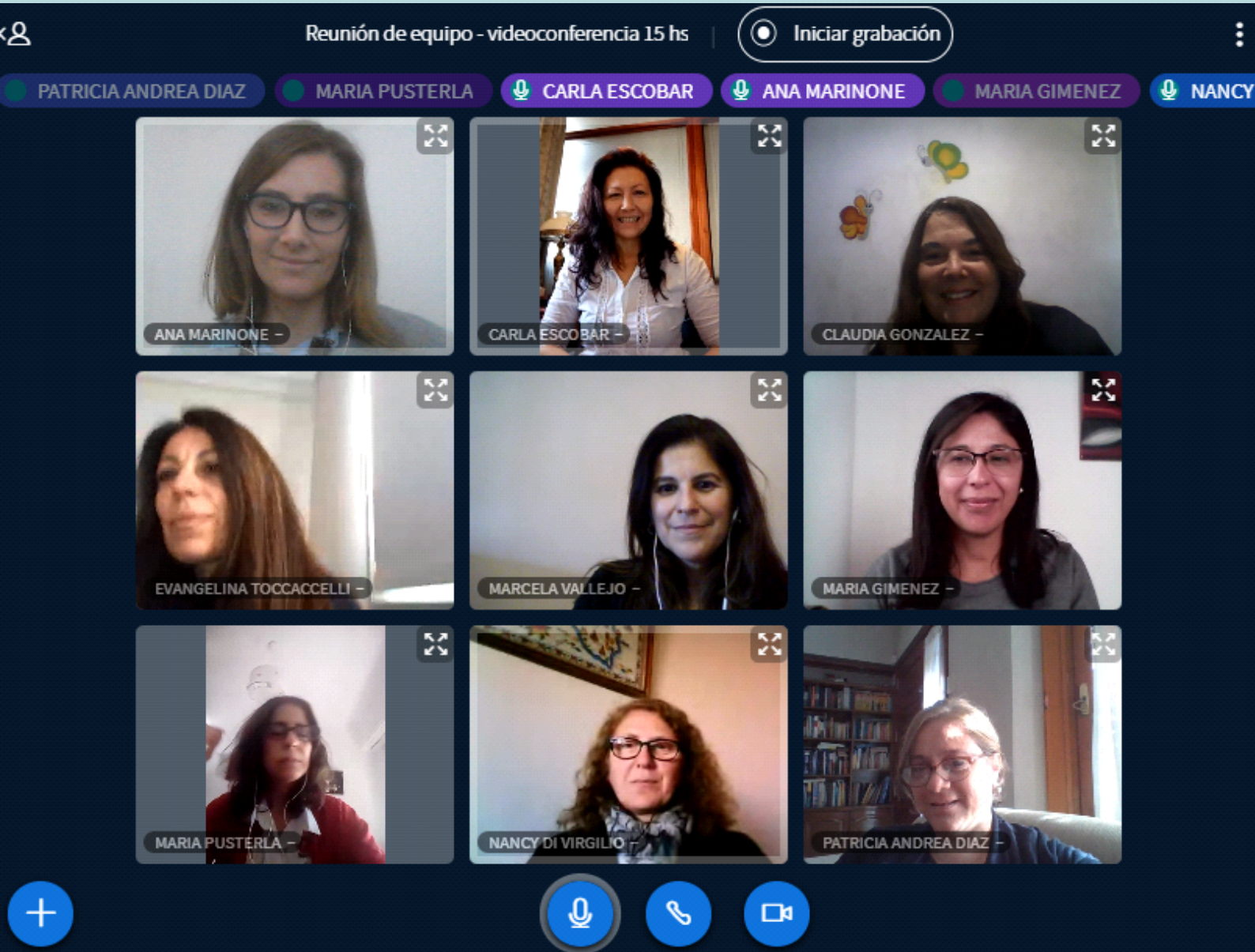
Ambos proyectos, atravesados por la situación actual de pandemia (COVID 19), se encuentran a la espera de poder continuar su elaboración y puesta en marcha.

También llevó a esta Sub comisión el desafío, en un contexto tan inédito y complejo, de buscar nuevas formas de acercarnos y sostener, por lo cual, se propuso acompañar de manera virtual a la población perinatal, a través de distintos comunicados que tuvieron la finalidad de proponer pautas de cuidados durante el embarazo. Mediante información brindada acerca de servicios de ginecología y obstetricia, expresamos nuestro posicionamiento respecto a la no permanencia y participación del acompañante de la gestante, durante los controles y parto/cesárea, como así también conmemoramos distintas fechas alusivas al campo Perinatal. En cuanto a la formación continua, participamos de distintos espacios de formación profesional referidos al campo, a través de modalidad virtual.

En el presente año tuvimos el agrado de comenzar a formar parte de la Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal, promovida por la institución Mares, Salud Mental Perinatal (España).

Por supuesto que nuestro grupo de trabajo siguió reuniéndose de manera virtual mediante la plataforma de nuestro colegio!!

PERINATAL



Integrantes de la Subcomisión de Psicología Perinatal:

Lic. Patricia A. Díaz
Lic. Nancy Di Virgilio
Lic. Carla Escobar
Lic. María I. Giménez

Lic. Claudia González
Lic. María Belén Guinda
Lic. Ana Marinone
Lic. María Pusterla
Lic. Evangelina Toccacelli Blasic
Lic. Marcela Vallejo

PERINATAL



NÚMERO 2, JULIO 2020

PERINATAL



WWW.PSICOLOGOSDISTRITOX.ORG