

# PERINATAL

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

## **HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA PERINATAL EN LA ARGENTINA**

**Autobiografía de ALICIA OIBERMAN**



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

**Distrito X, Pcia. 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:** *Lucas Mejica*  
*Lic. María Gimenez*

**Corrección:** *Lic. Nancy Di Virgilio*

**Ilustración de tapa:** *Fotógrafa Laura Atienza*

**Comité editorial:** *Dra. Alicia Oiberman*

*Dra. Mariela Mansilla*

*Lic. María Aurelia González*

*Lic. Myriam Galli*

**Colaboran en esta publicación:** *Lic. Claudia González*  
*Lic. Carla Escobar*  
*Lic. Ana Marinone*  
*Lic. María Belén Guinda*  
*Lic. Marcela Vallejo*  
*Lic. Nancy Di Virgilio*  
*Lic. María Giménez*  
*Lic. Patricia A. Díaz*

**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](mailto:psiperinataldx@gmail.com) La Subcomisión de Ps. Perinatal se reserva el derecho de selección de los trabajos y su orden de publicación.**

# ÍNDICE

<b>EDITORIAL</b>	<b>3</b>
<i>Perinatal</i>	
<b>ARTÍCULO</b>	<b>4</b>
<i>Psicología Perinatal: Definiendo un ámbito de inserción laboral</i>	
<b>AUTOBIOGRAFÍA (NOTA DE TAPA)</b>	<b>6</b>
<i>Historia de vida... Alicia Oiberman</i>	
<b>ENTREVISTA</b>	<b>10</b>
<i>María Aurelia González</i>	
<b>ENTREVISTA</b>	<b>12</b>
<i>Mirta Videla</i>	
<b>ARTÍCULO</b>	<b>17</b>
<i>Miradas y reflexiones acerca de la paternidad</i>	
<b>ARTÍCULO</b>	<b>20</b>
<i>Un acercamiento histórico al duelo perinatal y gestacional</i>	
<b>ARTÍCULO</b>	<b>22</b>
<i>Salud Mental Materna</i>	
<i>Panorama actual y perspectivas futuras</i>	
<b>ARTÍCULO</b>	<b>24</b>
<i>Maternidades diversas</i>	
<b>ARTÍCULO</b>	<b>27</b>
<i>Historia de los cursos de preparto</i>	
<b>RECOMENDADOS Y NOVEDADES</b>	<b>29</b>
<i>Cine, Libros y Leyes</i>	





”

**No podemos tener la esperanza de predecir el futuro, pero podemos influir en él. En la medida en que las predicciones deterministas no son posibles, es probable que las visiones del futuro, y hasta las utopías, desempeñen un papel importante en esta construcción**

**Ilya Prigogine**



## **Coordinadora editorial**

Lic. Patricia Andrea Díaz (M.P.45572)

Con formación en Ps. Perinatal y de la Primera Infancia

Terapeuta de parejas y familias

Integrante del Programa de Evaluación y Estimulación Cognitiva para bebés de 6 a 30 meses

**Perinatal** es una revista electrónica semestral fruto del trabajo de los integrantes de la Subcomisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos Distrito X, Pcia. de Buenos Aires, Argentina que pretende expresar y divulgar el quehacer profesional del ps. Perinatal, poder compartir nuestra práctica clínica y terapéutica y la teoría que la sustenta.

Los objetivos principales de la revista son:

- **Promover la reflexión teórica-práctica del área**
- **Contribuir a la difusión de experiencias de trabajo, trabajos libres, papers, entre otros.**
- **Facilitar la comunicación entre diferentes profesionales y conformar grupos interdisciplinarios de abordaje perinatal**
- **Visibilizar problemáticas asociadas al ámbito perinatal**
- **Trabajar en pos de la salud mental materna, cuidando el vínculo afectivo, pilar de toda estructura humana.**

La palabra Perinatal hace alusión a todo aquello que rodea al nacimiento. Como nombre identitario de la revista, coincidimos en pensar, que en la vida nos rodean múltiples situaciones gratificantes o no, afortunadas y desafortunadas, angustiadas o aquellas llenas de felicidad. Los psicólogos perinatales centramos nuestra tarea en ayudar a transitar el paso por la maternidad, el antes y el después del nacimiento, en fin, rodeando a la futura madre y su familia. Facilitando que la emoción pueda ser expresada en palabras.

Y es en virtud de ello es que nace la revista. Palabras, escritos, entrevistas, artículos, sugerencias de libros, cine hacen de esta propuesta la necesidad de visibilizar nuestra práctica, contarla.

A través de los sucesivos números de la revista, el lector comprenderá cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué puede realizarse esta hermosa área.

Considerando que la Historia es parte de lo fundante, este será el primer tema de este número, recorreremos juntos los inicios de la Ps. Perinatal en Argentina y en el mundo, de las palabras de pioneras en el campo, cómo llegaron a conformarse los actuales conceptos de Salud mental materna y duelo perinatal. También el inicio de los PIM (preparación integral para la maternidad), la Historia de la paternidad y las diferentes formas en que se plasma la maternidad en Maternidades Diversas.

**¡Bienvenidos a la revista, a esta bella especialidad, hagamos historia!!**



## Psicología Perinatal: Definiendo un ámbito de inserción laboral.

*Sub Comisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos de la Pcia de Bs As. –Distrito X.*

La Psicología Perinatal es un área de la Psicología de la primera infancia. Abarca el momento del embarazo, parto, puerperio y los primeros meses del niño. Trabaja con dos sujetos (mínimamente) de manera simultánea: la mujer que desea tener un hijo/ madre embarazada o puerpera y el bebé. Aporta, además, conocimientos y herramientas adecuadas para ayudar a las familias en los diversos procesos de crecimiento involucrados en todo lo que rodea (peri) el suceso el nacimiento (natal) de los hijos, a la calidad de vida del niño y de su familia (Oiberman, 2013). De lo anterior se desprende que el rol del psicólogo en el ámbito perinatal también comienza a configurarse con una particularidad propia (aunque peculiar en cada profesional que la ejerce) que se va conformando con encuadre y demanda diferente a la del psicólogo clínico. Su marco teórico no es único pero se coincide en una tarea: las situaciones asociadas al nacimiento. Pensando siempre en un trabajo interdisciplinario y eminentemente preventivo.

Acordamos con Oiberman (2008) en que la maternidad en el ser humano excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural y psicológico. Es una fase del desarrollo afectivo de la mujer y considerada como crisis vital y evolutiva que reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes en especial las que se dan con los vínculos con los otros. El bebé y su madre atraviesan procesos complementarios y trascendentales.

Existen condiciones que determinan la fertilidad y la salud reproductiva. Tanto factores biológicos (características genéticas, congénitas y ambientales) como psicológicos, inciden en el deseo reproductivo, le dan forma a los roles parentales de acuerdo a cuestiones intersubjetivas, intergeneracionales y/o transgeneracionales: mandatos, guiones, estigmas.

Desde el punto de vista evolutivo, el perímetro de lo perinatal extendería sus fronteras e incluiría:

- Las experiencias del propio nacimiento, que se recuperan a través de la memoria corporal, preverbal.
- Vivencias tempranas, también inscriptas en un registro preverbal y atemporal. Esto incluye modalidades de contacto, pautas de interacciones tempranas.
- Primeros juegos de roles en el que el niño investiga desde el pensamiento intuitivo la identificación con la mamá y el papá.
- Progresiva adquisición de responsabilidades, que instala la capacidad de cuidar de algo o de alguien.

Desde el punto de vista del encuadre, esta nueva rama puede transitarse por diversos escenarios de la práctica médica

- \*Consultorios externos de pediatría y de psicología
- \*Neonatología y consultorio de seguimiento
- \*Sala de internación conjunta, residencia de madres
- \*Obstetricia
- \*Sala de partos y quirófano.

Según la situación que convoca, el rol del psicólogo perinatal realiza su quehacer profesional en los tres niveles de atención:

- Primaria: fundamentalmente en prevención.
- Secundaria: En asistencia psicológica clínica
- Terciaria: En situaciones de crisis y emergencias, atendiendo urgencias o luego de ciertos acontecimientos que requieran elaboración psíquica y eventualmente acompañando procesos de duelo.

En función de quien es designado como paciente o quien realiza la consulta:

- El bebé
- Los padres
- La familia
- La institución que convoca
- Otros profesionales que manifiestan la necesidad de espacios de reflexión para afrontar la tarea cotidiana.

El profesional cuenta con diferentes dispositivos de intervención que lo ayudan en el abordaje de su tarea (diseñados por el grupo de Psicología Perinatal de la UBA- CIIPME-CONICET):

Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) (Oiberman, A., 2005, Oiberman, A., Galíndez, E., Mansilla, M., Santos, S., Cantello, M., et al., 2008). La

*Entrevista Psicológica Perinatal* consiste en una entrevista psicológica de sesión única que toma diversos aspectos relacionados con el proceso de maternidad y su diseño óptico hace eficaz la comunicación entre los profesionales del equipo asistencial. Se aplica en Neonatología y en Salas de Internación conjunta principalmente.

*Escala de Observación madre-bebé N-EOV-INC* (Santos, S., 2010): Escala de observación del proceso vincular en madres con sus bebés internados en Unidades de Terapia Intensiva. La observación vincular aporta invaluable información sobre lo que acontece en la díada y de qué modo acontece.

*Screening de Registro Materno (SRM)*, (Oiberman, A. & cols) en sala de internación conjunta: Pesquisa de riesgo vincular durante el postparto inmediato que busca posibilitar - por medio de la detección y posterior intervención - que las primeras interacciones sean una expresión de la salubridad de ambos integrantes de la díada y así, favorecer un desarrollo psicofísico sano.

*Escala de Observación vínculo Madre-Bebé con dos Escalas* (Oiberman, A.): de 0 a 6 meses y de 7 a 15 meses. Permiten detectar las conductas comunicacionales suscitadas en el seno de la díada y evaluar de manera cuali-cuantitativa algunos aspectos de la relación madre-hijo.

*Escala de Observación vínculo Padre-Bebé* (Oiberman, 1998). Indaga el impacto del padre, frente a su hijo recién nacido y de qué manera exterioriza sus emociones ante los primeros contactos con el hijo.

*Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz -EAIS-* (6m a 30 meses). Oiberman, Mansilla, M.; Orellana, L. 2002)). Es un instrumento creado para evaluar el desarrollo cognitivo en bebés de entre 6 a 30 meses. 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.



**La tarea del psicólogo tiene que ver con abrir un espacio en el que los padres puedan volcar inquietudes de tipo emocional y afectivo, además de rastrear los recursos con los que cuenta la madre, la pareja o la familia para afrontar la situación, las redes de sostén.**

**La palabra emerge cuando se ayuda a ordenar las emociones suscitadas por el proceso de maternaje, reorganizando los sucesos vividos anteriormente y ofreciendo a la madre la posibilidad de reconstruirlos, siempre y cuando los psicólogos perinatales ofrezca un espacio adecuado para la puesta en marcha de dicho proceso.**

**Oiberman (2013)**



## Historia de vida... Alicia Oiberman

**Después de muchos años me dí cuenta, cuando finalmente me aboqué al estudio de la psicología perinatal, cuántas veces había estado con ella. Escuchándola, mirando algún póster en algún congreso, navegando por internet.... finalmente la vida nos reunió. Mi gratitud hacia ella con quien me formé a lo largo de estos últimos 10 años, a su equipo comprometido y que en la siguiente historia de**



**vida la acompañan. Agradecemos como equipo su generosidad al contarnos sus inicios, su historia.**

**¡Gracias Dra. Alicia Oiberman!**

### En primera persona

*Nací en Buenos Aires en junio de 1952. Soy la segunda hija mujer de tres hermanos, el último, varón. Mi hermana mayor es socióloga y mi hermano menor es arquitecto. Los tres hemos estudiado en la Universidad de Buenos Aires.*

*Ingresé a la Facultad de Filosofía y Letras para estudiar Historia en el año 1970, en ese entonces se encontraba en la actual sede de la facultad de psicología, ubicada en la avenida Independencia al 3000. En ese momento, tuvimos que ingresar a través de un examen de ingreso, al cual por supuesto nos opusimos. A través de un plan de lucha pudimos ingresar todos.*

*Comencé a cursar historia y también me inicié en las luchas estudiantiles. Me incorporé a una agrupación estudiantil, Tupac era la sigla. En el año 72 hice los trámites para pasarme a la carrera de Psicología. Ese pase tenía más relación con mi militancia política que con mi vocación. Era realmente otra época, donde privilegiábamos los intereses colectivos sobre los individuales. Sin embargo cuando cursé psicología evolutiva, el tema me apasionó. Es de destacar que en esos años – a partir de 1974- la facultad fue intervenida por el Ministerio de Educación. El interventor fue Otalagano. Antes de producirse la intervención, entusiasmada con los profesores que nos dictaban clase, me inscribí en dos materias anuales: psicología social con la cátedra de Enrique Pichon Rivière y otra.*

*Con la intervención, la facultad se cerró, perdimos la cursada y recién se reabrió la carrera en junio de 1975, donde pudimos dar materias libres. En ese momento, ya embarazada de mi hija mayor rendí en forma grupal Psicología Evolutiva. Se cursaba en donde actualmente se encuentra el Centro Ricardo Rojas.*

*En octubre de 1975, las célebres AAA asesinan al padre de mi hija, teniendo tan solo ella 45 días y yo 23*

*años. Nos habíamos conocido en el ámbito de la militancia en la facultad de Filosofía y Letras, en la sede actual de Independencia. Él estudiaba Sociología. Fueron épocas, donde muchos estudiantes, se pasaron a las facultades privadas pues no se sabía cuándo se regularizaba la situación de la carrera. Yo no quería pasarme, estaba empeñada en seguir y que reabran la Carrera de Psicología. Si mal no recuerdo volvieron a cerrarla en marzo de 1976, al inicio del golpe de estado militar, por poco tiempo.*

*Al reabrir la seguí estudiando y tratando de salir adelante como muchos de nuestra generación. Me recibí de psicóloga con la materia anual Clínica de Niños y Adolescentes que se dictaba en el Hospital de Niños Gutiérrez en diciembre de 1979.*

*En el año 1982 me fui a Francia, por razones personales, razones que tenían que ver con la situación política de nuestro país. Allí, me inscribí en la Universidad Paris V, René Descartes, para realizar el Diploma de Estudios Especializados en Psicología Clínica. Fue allí, donde inicié mis estudios sobre la psicología del lactante. Volví en 1984 y me gané una primera beca que otorgaba el Servicio Universitario Mundial.*

*Con ese contrato me inicié en el estudio de la relación madre y bebé. Al año siguiente me presenté a las Becas que otorgaba el Conicet. El proyecto de investigación de esta segunda beca fue: **Factores que inciden en el establecimiento del vínculo temprano: ingreso de bebés a los jardines maternos.** Mi primer director fue el Dr Robles Gorriti, que había sido uno de los profesores de la materia Clínica de niños y Adolescentes y que, en ese entonces era el Jefe de Salud Mental Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.*

*Obtuve una segunda beca de Perfeccionamiento en el Conicet, pero ya en 1990, ingresé al Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Psicología Matemática y Experimental (CIIMPE), unidad ejecutora de investigaciones en el área de la psicología cuyo Director era el Dr. Horacio Rimoldi.*

Allí ingresé por pedido del grupo de investigación, quienes no contaban con psicólogos que investiguen el área de la primera infancia. La directora de esa beca y de mi tesis doctoral fue la actual Directora del Ciipme, la Doctora Maria Cristina Richaud de Minzi. El tema de mi Tesis Doctoral fue la Construcción de una técnica de observación de la relación madre-hijo. La obtención del Doctorado en Psicología me permitió ingresar a la Carrera de Investigador Científico en el Conicet en el año 1999.

En 1997 obtuve la Beca Thalmann, otorgada por la UBA, y nuevamente me fui de enero a mayo para poder estudiar más profundamente la psicología perinatal. Realicé los cursos del Diploma Universitario para bebés, cuyo director era Serge Lebovici. Conocí la experiencia de la Dra Françoise Molenat en Montpellier, sur de Francia. Allí ella y su equipo habían desarrollado un trabajo de capacitación de personal dedicado a las maternidades. En 1999 y en el 2009 logramos que la Dra. Molenat viniera a nuestro país.

En el 1999 realizamos en la Facultad el primer Seminario Internacional que lo titulamos La palabra en las maternidades. Estos viajes y contactos permitieron a nuestro equipo, saber que no éramos los únicos que trabajamos en esta novedosa línea de investigación.

En el 2001 fui invitada por la Dra. Molenat al Cuarto Congreso Europeo donde presenté el trabajo que realizábamos en psicología perinatal, desde la Facultad de Psicología. Recuerdo que la Dra. Molenat me insistía para que desarrolle el tema de la enseñanza a la asistencia en psicología perinatal. No sabía del porqué de su insistencia, hasta que finalizado el Congreso, me dí cuenta que no existía en ningún otro país una materia de grado que enseñe psicología perinatal, como la habíamos instalado en nuestra facultad desde 1993. Creo que sigue siendo la única materia de grado en las facultades de psicología, al menos en nuestro país y en América Latina.

Eso fue, para mí, de mucho impacto. Al volver, en pleno caos del 2001, le planteé al Secretario de Extensión en ese momento, el Licenciado David Laznik que éramos los únicos que teníamos una materia de grado en psicología perinatal dentro de la Facultad de Psicología.

Por otra parte, durante mi estadía en 1997 en Paris, me contacté – a partir de una presentación que realizó en el Hospital de la Salpêtrière- con la Profesora Irene Casati quién había sido discípula de Ajurriaguerra y de Wallon. En esa Conferencia, ella presenta la Escala de Inteligencia Sensoriomotriz para bebés de 6 meses a 24 meses que habían elaborado muchos años atrás en 1968. Dicha escala fue la primera investigación francesa donde -basados en los estudios de Piaget- se intenta comprobar las hipótesis piagetianas sobre los subestadios del período de la inteligencia sensoriomotriz.

Dado que en nuestro país, no contábamos con instrumentos que pudiesen evaluar el desarrollo

cognoscitivo de bebés, aún teniendo nosotros una sólida formación piagetiana desde la Facultad, le propuse si podíamos aplicar y validar dicha escala en nuestro país. Irene Casati me facilitó este instrumento, me presentó a la editorial ECPA con el objetivo de poder desarrollar dicha investigación en otro país.

A pesar de los esfuerzos de Casati -la Editorial ECPA- no se interesó en publicar los nuevos resultados sobre la aplicación en bebés argentinos. Sin embargo, seguimos adelante. Comenzamos en 1998 en el Hospital Ana Goitia de Avellaneda a evaluar bebés sanos y finalizamos en el 2002. Dado el desinterés de la Editorial Ecpa nos decidimos a construir nuestro propio instrumento de evaluación del desarrollo cognoscitivo de bebés, que llamamos Escala Argentina de Inteligencia Sensorio motriz (E AIS).

Fue la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UBA, a través del financiamiento de un proyecto de investigación, cuando pudimos elaborar las primeras cajas del test. Lo hicimos con un subsidio de 800 pesos. Ello y la aprobación del proyecto en la Dirección de Vinculación Tecnológica del Conicet, permitió el desarrollo de esta línea de investigación que sigue exitosamente adelante luego de casi 12 años.

En el año 2015, recibí junto a la Dra. Soledad Santos el Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, por el trabajo 25 años acompañando el nacer y sus después: La psicología perinatal. En ese trabajo presentamos un estudio con el fin de detectar situaciones de riesgo psico-social perinatal. Se realizó con una muestra de 1000 díadas del Servicio de Neonatología del Hospital "Mi Pueblo" de Florencia Varela, Provincia de Buenos Aires.

En el 2009 recibí -junto a mi equipo de trabajo e investigación- el Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires "Aportes de la Psicología para el Mejoramiento de la Calidad Educativa" Estimulo por el trabajo "De la práctica a la docencia: cómo enseñar psicología perinatal".

He recibido otras distinciones. En el año 2008 recibimos -siempre con el equipo de trabajo e investigación de la facultad -el Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires Estimulo "Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología", por el trabajo Nuevos Dispositivos en Salud Mental: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal.

En el año 2006 recibí junto a la Dra. Soledad Santos y a la Lic. Myriam Galli el premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires "Aportes de la Psicología a las Problemáticas de la Adolescencia". El trabajo se titulaba Desarrollo de la Psicología Perinatal.

Secreto por nacer: cuando un bebé busca a su madre adolescente....

Anteriormente he recibido en 1995, el Primer premio en Medicina. Premio "Jornadas de Adolescencia

otorgado por la Federación Argentina de Adolescencia



# Autobiografía

por el trabajo *Madres Adolescentes: Seguimiento durante los primeros 24 meses de vida.*

Y en el año 2002, el Premio Ashoka 2002 "II Concurso Nacional de Ideas Innovadoras para la Movilización de Recursos", por el Taller de Sueños: *Experiencia de aproximación a los sueños de los chicos de bajos recursos del barrio de La Boca.*

## **Desarrollo e investigación de la psicología perinatal.**

El programa de psicología perinatal se inició en 1991 dependiendo de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

He desarrollado dos áreas simultáneamente, una es hija de la otra. Comencé hace aproximadamente 30 años, a partir de la iniciativa de la Facultad de psicología de la Uba, que en 1989 organiza un Programa de Asistencia Psicológica Comunitaria. Se realiza un Convenio con el Municipio de Avellaneda, y es a partir de ese momento que el Vice decano de la Facultad, el Lic. Saforcada, nos convoca a una colega, Rut Fiszlelew y a mí para integrar los equipos de trabajo comunitario en el municipio de Avellaneda (provincia de Buenos Aires).

Dado que nuestra experiencia profesional estaba relacionada con los bebés, nos insertamos en el Hospital Materno Infantil Ana Goitía, por aquel entonces todavía se denominaba Maternidad Jaramillo. Nuestro ingreso al Hospital –en el cual ya funcionaba un Programa de maternidad adolescente, coordinado por la Lic. Haydee Echeverría-, fue bien aceptado por el Director del Hospital, el Dr. Antonio Infantino pediatra y el resto de los profesionales. Solo trabajaba un psicólogo en ese momento, por lo tanto nuestra labor no se contraponía con los roles profesionales ya habituales

Nuestra primera idea – junto a la Lic. Rut Fiszlelew- fue organizar un Consultorio de Atención al niño pequeño y su familia que se especialice en: problemas de lactancia, disturbios vinculares, desarrollo psicomotor. Pusimos carteles por todo el hospital, y sin embargo, en esos primeros meses, eran pocos los pacientes que concurrían al nuevo Consultorio.

Entonces, dado nuestro tiempo libre, comenzamos a concurrir a la guardia de pediatría y neonatología que estaba en el hospital. Comenzamos a reunirnos con ellos informalmente, mateando... Esto permitió un grado de confianza por el cual los pediatras nos confesaron que no comprendían que casos debían derivarnos....qué significaba una alteración del vínculo temprano?

El estar junto a ellos durante las horas de guardia, permitió que ellos nos convocaran, por ejemplo, cuando nacía un bebe con Síndrome de Down y había que comunicárselo a los padres. Entonces lo hacíamos en forma conjunta, el neonatólogo de guardia y alguna de nosotras. Otras veces había problemas en la sala de parto y eran los obstetras quienes nos pedían que los ayudáramos con alguna madre. De esta forma iniciamos

nuestra labor en el Hospital. Al cabo de un año de trabajo nos dimos cuenta que la demanda esencial del hospital era interna y no externa. Provenía del equipo profesional, neonatólogos y/o obstetras, de las enfermeras, de los pacientes allí internados.

La necesidad de contar con un grupo de psicólogas que trabajase codo a codo junto a los obstetras y neonatólogos del Servicio, fue lo que permitió el desarrollo de esta rama de la psicología, que nosotros hemos denominado psicología perinatal.

Escribió en el prólogo de nuestro primer libro: *Nacer y Después.... Aportes a la psicología Perinatal*, la Directora del Programa, la Profesora Rosalía Schneider:

**..Meten el cuerpo. Están...Intervienen en el contexto, están, y no sólo en la entrevista... Acompañan cuando es preciso, con una buena función maternante, a esas madres que tanto necesitan encontrar en ellas mismas a una buena madre... (pag.17, 2005)**

Actualmente tenemos un Programa de Asistencia, docencia e investigación. Está a cargo de la Lic. Elena Galindez. El campo de la Psicología Perinatal es un área de la Psicología de la primera infancia. Abarca el momento del embarazo, parto, puerperio y los primeros meses del niño. Trabaja con dos sujetos de manera simultánea: la madre embarazada o puérpera y el bebé. Realiza tareas en la unidad de terapia intensiva, salas de parto, salas de internación conjunta y consultorio de psicología de la primera infancia. Actualmente, logramos que el programa se desarrolle - a través de Convenios de la Facultad de Psicología de la UBA- en los siguientes hospitales: Hospital Materno infantil Ana Goitia (Avellaneda) (1995), Meléndez (Adrogué) (2005), Fundación Hospitalaria (ciudad de Bs As) (2003), Hospital Erril (Escobar), Hospital de Ezeiza, Hospital Mi Pueblo (Florencio Varela), Hospital Municipal de Morón.

El Ana Goitia, el Meléndez, el hospital Mi Pueblo, el hospital de Morón, el hospital de Ezeiza y el hospital de Escobar, son hospitales públicos que atienden un sector social medio y medio bajo proveniente del conurbano de la provincia de Buenos Aires. La Fundación Hospitalaria atiende todas las obras sociales, por lo tanto los pacientes pertenecen a un sector medio y alto.

A partir del 2017 pudimos organizar la Carrera de Especialización en Psicología Perinatal en el Colegio de Psicólogos del Distrito X - Mar del Plata. Actualmente, estamos dictando para una segunda formación de especialistas.

Además, en mayo del 2020 se inicia la formación de especialistas en Buenos Aires, a través de la aprobación de la Carrera de Especialización en

Psicología Perinatal en la Facultad de Psicología de la UBA.

El objetivo de nuestro trabajo fue construir un dispositivo en salud mental perinatal -no utilizado hasta el momento- que permite la expresión de emociones y problemáticas en los momentos inmediatos posteriores al nacimiento. Para ello se elaboró una entrevista semi-dirigida, que contempla los sucesos significativos de vida ("life event") que puedan influir durante el embarazo y parto, con el objetivo de: atender psicológicamente a las pacientes e, introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades.

Con el propósito de incorporarla a la historia clínica neonatal, la entrevista fue transformada en 1999 en un instrumento de diseño óptico de fácil interpretación para el equipo médico.

La entrevista toma en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socio-económica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo, el impacto ante este nacimiento, los problemas en embarazos y partos anteriores y los temas que emergen.

Es de destacar que se registran aquellos **sucesos significativos que la madre trae en el momento de la entrevista, percibidos como preocupantes para ella en ese momento.**

Se administra a madres internadas **con patologías de posparto** con bebés sanos y a madres sanas (sin patología de posparto) cuyos bebés permanecen internados por patología neonatal o prematuridad.

La otra área del trabajo, como bien exprese es hija de la primera. Surge a partir del seguimiento y atención de los bebés prematuros, que estuvieron internados en el Servicio de Neonatología.

El objetivo de este trabajo fue construir una prueba que permitiese evaluar el comportamiento de nuestros lactantes en el área del desarrollo cognoscitivo.

Qué tarea realizamos? ubicar al niño en el nivel del desarrollo cognoscitivo en que se encuentra..., no rotularlo, de acuerdo a los parámetros que hemos diseñado para la población argentina, y otorgar si es necesario un plan de seguimiento en ese aspecto. Sabemos que se distinguen dos grandes períodos en el desarrollo de la inteligencia: antes y después de la constitución de la función simbólica (o semiótica), apareciendo ésta última entre los 16 y 20 meses.

El primer período se denomina *inteligencia sensorio-motriz*. La *inteligencia sensorio-motriz* es la capacidad de resolver los problemas a partir de actividades en las que intervienen sobre todo la percepción, las actitudes, el tono y los movimientos sin evocaciones simbólicas, es decir antes de la aparición del lenguaje verbal.

Para realizar este segundo objetivo se elaboró la Escala Argentina de Inteligencia sensorio motriz (E AIS) para bebés de 6 a 24 meses conjuntamente con la Licenciada Mariela Mansilla y la Magíster Liliana Orellana

en el año 2002.

Dicha Escala fue construida con 323 bebés argentinos con el objetivo de conocer el nivel de desarrollo mental en el período pre-verbal, obtener valores estándares de referencia, de la población argentina y contribuir con un instrumento útil y eficaz para el diagnóstico del desarrollo intelectual de bebés argentinos de 6 a 24 meses de edad, en la detección de trastornos en el área cognitiva. A lo largo de estos años fue aplicada y validada con 960 bebés de diferentes regiones de la Argentina. Y en base a esa población se volvieron a realizar unas tablas de percentiles nacionales.

Dada la vulnerabilidad del bebé, su dependencia con los adultos, la complejidad de los procesos de maduración y desarrollo y la determinación del medio ambiente, utilizar pruebas adaptadas o construidas con bebés argentinos nos permitió contar con instrumentos propios para la evaluación de nuestra población y enriquecer la perspectiva bio-sico-social de la primera infancia.

Nuestro objetivo es mirar a un niño en forma integral, en sus logros motores, de coordinación, del lenguaje, del área social y de su inteligencia sensoriomotriz o práctica.

**Formación Universitaria. Paso por la Universidad de Buenos Aires.**

Formalmente estoy desde 1989 en la Facultad de Psicología como profesora de la materia Psicología Perinatal, también coordiné, hasta marzo del 2019 el Programa de Extensión Universitaria de Psicología Perinatal. Ahora es otra integrante del equipo Elena Galíndez quien coordina dicha tarea. He sido Directora de varios proyectos de investigación trienal UBACYT sobre Evaluación Nacional de la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio motriz para bebés de 6 a 30 meses.

Pero desde el punto de vista afectivo, emocional, la UBA formó parte de mi vida. Pude recibirme, fue parte de mi propia vida afectiva y científica, han pasado casi 50 años, desde los 18 años en la cual ingresé como alumna.

Realmente siento un vínculo muy fuerte hacia la UBA, con todos sus problemas, pero me ha permitido desarrollar el campo de la psicología de bebés, armar un equipo de investigación, docencia y asistencia; actualmente somos 16 profesionales, 13 de ellas egresadas de la Facultad de Psicología de la UBA y poder transferir a la comunidad los logros realizados.

Ingresé a la misma a los 18 años, tengo 67. Cuando traspaso el hall de la calle Independencia, y me vienen a la memoria los años estudiantiles, la militancia en la misma, la época nefasta de la dictadura militar, el inicio de la democracia, la transformación en Facultad de Psicología, y el desarrollo de esta línea de investigación al servicio de los bebés y sus padres, me parece increíble que hayan pasado 50 años de mi vida. Realmente, estoy agradecida con el desarrollo personal y profesional que me permitió la Universidad de Buenos Aires



## María Aurelia González



Psicóloga Perinatal.  
Hospital Materno Infantil R. Sardá,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
Directora de Programas Integrales,  
de la Fundación Neonatológica A. Miguel  
Larguía.

Especialista en Política y Gestión  
en Salud Mental-UBA.

Maestría en Antropología Social y Política. FLACSO.

Coordinadora de programas de familiares en Unidades de  
Cuidados Intensivos de Neonatología

Coordinadora de equipos multidisciplinares en atención  
Perinatal y Primera Infancia

Octubre/Noviembre de 2019

**E**l Hospital Materno Infantil Ramón Sardá es un referente de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF). Años de experiencia y esfuerzos puestos al servicio de las familias con un enfoque intercultural. Ha sido acreditado por UNICEF/OMS y por el Ministerio de Salud de la Nación como "Hospital Amigo de la Madre y el Niño" por proteger y apoyar la Lactancia Materna. Fue el primer hospital público en asumir esta responsabilidad y ha sido recertificado en 1998 y en 2015. Desde 1991 María Aurelia González, trabaja junto a sus colegas en el hospital. Por tal motivo y tratando de conocer cuáles fueron las motivaciones internas que la llevaron a trabajar allí, quisimos hacerle algunas preguntas.

### ¿Cómo fueron tus comienzos en el Sardá?

Mi aproximación a la Maternidad Sardá fue antes de tener a mi primer hijo, 29 años atrás y en el marco del sistema de concurrencias para psicólogos de la Ciudad de Buenos Aires. En esa época dábamos exámenes para adjudicar residencias en psicología, que siempre resultaron escasas. El lugar de concurrencia podía solicitarse por entrevista al jefe de servicio, y luego de un período de observación te daban la aceptación para ser parte del equipo. Hoy en día, todos los cargos son por riguroso orden de mérito según examen, y muchos aspirantes no conocen las características de la institución a la que se van a incluir.

Yo "elegí" el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, me atrapó la temática y las posibilidades de trabajo clínico que allí encontré, y que aún hoy me convocan.

Mis primeras experiencias fueron en prevención, en los cursos de psicoprofilaxis para madres adolescentes, tal la denominación de la época. Hoy

pensamos desde otro marco las adolescencias, y nos dirigimos a madres y padres adolescentes entendidos sujetos de derechos.

En el trabajo clínico, el mayor desafío tuvo que ver con las consultas de asistencia por abuso sexual, incluso llegamos a ser testigos de parte en los primeros juicios orales del país.

Las áreas de internación de alto riesgo, tanto obstétrico como neonatal, nos enseñaron a pensar el embarazo, el parto, el nacimiento y la crianza, como un proceso. Descubrimos así la cara menos conocida de la maternidad, que desafía a los mandatos culturales y el ideal de completud y felicidad impuestos históricamente.

La maternidad en la adolescente, a finales de los '80 y hasta mediados de los '90, era una condición de exclusión del colegio y de sanción social al interior de las familias. El acompañamiento de los jóvenes, especialmente en sectores vulnerables, fue modificándose hasta llegar a la actualidad, con un enfoque de protección que enlaza al sector salud, judicial y educación.

En esos inicios el campo de la salud mental perinatal no estaba delimitado como ahora. Los profesionales psi que nos dedicábamos a la temática éramos pocos y el tema no había alcanzado tanta visibilidad.

### ¿Cómo fuiste encontrando tu rol?

El rol lo fuimos construyendo en equipo, con el grupo de profesionales del servicio. La institución nos marcó un camino a explorar. Los avances científicos, la detección cada vez más precoz durante la gestación y los aportes tecnológicos, abrieron la puerta a nuevas preguntas y con ellas se generó un lugar para los psicólogos dentro del ámbito perinatal

Compartir pasajes de sala en terapia intensiva y ateneos interdisciplinarios ayudó a definir un marco para nuestro rol. Un colega médico acercó una buena definición "la psicóloga no receta y los médicos no interpretamos", como una señal del entrecruzamiento de saberes, del cual todos teníamos que aprender. Es necesario tolerar el malestar frente a lo diferente, a lo silenciado, hasta encontrar un lugar más cómodo para trabajar. Entender cuando es el momento de la urgencia médica y cuando el tiempo para la palabra y la simbolización, ese aprendizaje hace a la construcción de nuestro rol.

Por otra parte, la sanción de leyes y marcos regulatorios hizo su aporte a lo largo de este tiempo. La participación de los profesionales psicólogos se hizo

más reconocida en la asistencia integral de una mujer embarazada y su familia, tanto en el ámbito de la prevención, de los primeros vínculos y en situaciones de alta complejidad clínica. Aún hoy sigue modificándose de un modo dinámico y desafiante.

## ¿Cómo te atravesó personalmente?

Recuerdo un artículo de G Raimbault, donde una médica le preguntaba si ante la internación prolongada en UCIN “no estarían fabricando psicóticos”. Ese comentario resonó muy fuerte y me llevó a querer conocer las implicancias subjetivas que puede tener tanto soporte tecnológico, si no está acompañado del sostén afectivo.

La primera vez que me tocó acompañar a una mujer que había perdido un hijo, implicó una gran enseñanza en lo personal. Me obligó a un replanteo ético sobre el acompañamiento del duelo, en este caso el más difícil de todos. Comprendí la importancia que tiene el respeto y la disponibilidad hacia la familia en los primeros momentos.

**“Qué decir y cuales comentarios evitar, entender que se puede ofrecer en esos momentos. La experiencia de las mujeres que tienen hijos en un país diferente al suyo, y necesitan re interpretar costumbres y usos es una interpelación a nuestro trabajo. Su soledad de lengua materna, me hizo pensar en la historia personal de nuestra familia, con abuelas y tías llegadas a un lugar tan lejano, al debían transformar en propio para fundar una familia. Todas las historias que pude acompañar desde mi rol, me mostraron fundamentalmente, la importancia de cuidar un acto irrepetible: el nacimiento de una persona. Un valor que transforma sin duda a nivel íntimo, personal y como parte de una comunidad.”**

**Agradecemos tu calidez como docente y tus palabras María Aurelia.**





**En nuestras reuniones de subcomisión no dudamos en considerar que la biografía de Mirta Videla debería estar incluida en nuestra revista. Como pionera, nos podría contar en primera persona su vida y su relación con la Ps. Perinatal. Tenía en mis manos su biografía, facilitada por nuestra colega Lic. Daniela Gastaldi del colegio de psicólogos de Bahía Blanca y también me ofreció su número de teléfono, además de advertirme que era una encanto de mujer. Debo confesar que mi corazón palpitaba fuerte, y le mandé un mensaje. Quería pedirle permiso para publicar su biografía no obstante ser pública. Pero obtuve más que eso: varios mensajes intercambiados, dos videos, su disponibilidad y una calidez y apoyo a nuestro trabajo que no permitió que mi corazón descansara. Su pedido fue poder leer la revista, ¡así será!! ¡Gracias Mirta Videla!!!**

Conferencia brindada en el XIII Congreso Argentino de Psicología "Compromiso Social Frente a las Problemáticas Actuales"

Ciudad de Córdoba-

2009

*(...) Cuando los psicólogos llegamos a más de los 70 años y llevamos medio siglo trabajando como tales, tenemos mucho que decir de todo lo que hicimos. Les puedo contar aventuras amores, pasiones, decepciones y dolores profesionales. Quienes pertenecemos a las primeras promociones de psicólogos de las universidades nacionales argentinas, como en este caso de la Universidad Nacional de La Plata, a esta altura de la vida repensamos lo que somos como cualquier sujeto, tratado de recordar de dónde venimos y no cometer la ingratitud de olvidarlo, para poder transmitirles a los jóvenes psicólogos, hacia dónde vamos y cómo se diseña un camino. Decirles de cómo se vive en esta profesión maravillosa en la que llevo tantos años, que me ha dado y le dado tanto, sin claudicar, porque eso significa no tener que agachar la cabeza cada mañana ante el espejo, pues no se dejaron ideales en el cesto de los papeles. Eso es necesario para continuar siendo como nos pensábamos, aquellos que egresamos en el año 62 de nuestra universidad.*

*Pertenezco a una generación de psicólogos, los primeros psicólogos argentinos de las universidades nacionales, que tuvimos formación ideológica, la tenemos todavía y con un profundo compromiso social. Porque como decía el filósofo francés Jean Paul Sartre, "quien no puede tener un compromiso, no vive en libertad y la libertad es precisamente el comprometerse".*



*(...) lo primero en que trabajé fue en maternidad. Me recibí el 10 de diciembre de 1962, día de los derechos humanos, en la Universidad Nacional de La Plata, y el 1ro de marzo de 1963 Mauricio Knobel, mi profesor de Psicohigiene, me preguntó: Mirta ¿quiere venir a dar unas clases a las parteras? Yo respondí ¿las parteras, qué tengo que ver yo con ellas? Muchos años de psicoterapia me hicieron comprender que esto venía determinado desde mi propia biografía.*

*Con 22 años no entendía nada de esto, era soltera, no tenía aún hijos, pero era el momento de comenzar a hacer algo, pues por entonces nadie nos dejaba hacer nada. Ingresé en el servicio de maternidad de un hospital municipal Alvear de la ciudad de Buenos Aires, donde solo llevaba conmigo el Test de Apercepción Temática, el de Rorschach, la entrevista clínica planificada y además un susto padre. Entré ahí y comencé a dictar clases a las parteras de relación madre niño. Recuerdo que me estudié el libro de Arminda Aberasturi de memoria. Las parteras que miraban asombradas, de seguro habrán pensado "¿esta 'pendeja' psicóloga qué está haciendo acá?". Ellas no lo sabían, pero yo tampoco.*

*Rorschach, la entrevista clínica planificada y además un susto padre. Entré ahí y comencé a dictar*

clases a las parteras de relación madre niño. Recuerdo que me estudié el libro de Arminda Aberasturi de memoria. Las parteras que miraban asombradas, de seguro habrán pensado “¿esta 'pendeja' psicóloga qué está haciendo acá?”. Ellas no lo sabían, pero yo tampoco.

No sé qué me atrapó se ese lugar, creo que fue la cultura de la crueldad hospitalaria que descubrí. Observaba eso que al principio se llamó iatrogenia, después derechos humanos ultrajados, luego bioética y hoy le llamo un fenómeno pendular institucional entre ternura y violencia, parte de la joven hija de la psicología, la psicología perinatal.

Yo no podía entrar a la sala de parto porque era psicóloga. Además, no estaba nombrada.

No podía estar en ningún lugar, entonces trabajaba en el baño y el olor me saturaba. No sabía qué hacer y entonces empecé a tomar técnicas proyectivas a las embarazadas. Imaginen embarazadas del hospital que venían del interior, muchas de países limítrofes, qué podía hacer yo para ellas con un test de Rorschach o con un TAT. Nada realmente, pero iba todos los días con muchas ganas y volvía asustada, viajando desde La Plata en tren y después en colectivo para ir al Hospital Alvear en Chacarita. Posiblemente lo que hacía bien, sin saberlo, era escucharlas, tratarlas de usted y con afecto, responder a todas las preguntas que se acallaban en sus bocas frente al sistema médico imperante. Insensible, deshumanizado, hegemónico y omnipotente

(...) Pero ese esfuerzo del comienzo, ese choque con la dura realidad social hospitalaria, para la que la universidad no me había preparado más que con alguna cierta sensibilidad ideológica, sirvió para revisar una metodología, diseñar una nueva manera de trabajar, empezar a pensar muchas cosas que me han servido en toda la vida profesional.

En el hospital las solteras estaban separadas por salas de las casadas, sin diferenciación a todas se les hacía episiotomía, enema con un litro y medio de agua tibia jabonosa, rasurado pubiano y cesáreas innecesarias “para hacerse la mano”. Además, la pareja era un enemigo indeseable que no podía aparecer por ninguna razón en el parto (nacimiento de su hijo). La primera sanción disciplinaria que me aplicaron fue porque me atreví a mostrar un bebé recién nacido a su papá por detrás del vidrio, fuera del horario de visita. Hoy es un derecho humano y está en la constitución de la ciudad de Buenos Aires, gracias a un grupo de militantes en salud – con los que he participado también – que luchamos para que el nacimiento se hiciera con respeto y dignidad.

Este proceso antes era una verdadera violación hacia la mujer, una violencia contra el recién nacido porque quedaba solo en la guardería, donde la madre no estaba y el padre tampoco. La madre quedaba lastimada y herida, y con una exigencia de la 'liga de la leche' con esos afiches que detesto, donde la madre es una especie de vaca lechera, que tiene que dar de mamar a fuerza de presión. Esto se basaba por en conceptos de ciertos psicoanalistas como los de Arnaldo Ravskosky, quien decía que las mujeres que tenían cesáreas, que pedían anestesia, y que no daban de mamar, era filicidas. Había un decálogo de su autoría pegado a la entrada de todos los hospitales, de este psicoanalista dogmático contra el deseo de cada madre. Luego nos tocaba a los psicólogos la tarea de borrar en las mujeres, esos sentimientos de culpa con que las agobiaban.

Finalmente nos animamos a decir que el daño no lo hace el dar o no de mamar, sino la culpa con que las mujeres manejan a esos hijos por ser tan censuradas, criticadas, exigidas y normatizadas, sin advertir la función materna en razón de su singularidad. Costaba llegar a entender que cada mujer hace lo que puede, de acuerdo a su historia, su biografía, su sexualidad.

Hemos tardado mucho tiempo, pero en ese momento que yo empezaba, me metí en único lugar que decía “Psi...” (Psicoprofilaxis), y supuse que tenía que entrar. Descubrí que la psicoprofilaxis era una serie de ejercicios absurdos, supuestamente para lograr relajación, un entrenamiento gimnástico para la mujer para el parto, además de enseñarle anatomía y fisiología, aunque ni supiera leer o fuera analfabeta, daba lo mismo. Lamaze, uno de los padres de la psicoprofilaxis, decía “una paciente bien preparada es aquella que callada acepta las normas que le da su médico”...

No me olvido nunca de eso porque muchos años después, en la sociedad de psicoprofilaxis, un obstetra militar me dijo “sos una subversiva de la obstetricia”, creo que sí, que lo era. Hoy me he asumido como subversiva de la obstetricia, porque me resistí, me opuse a todo el abuso de poder que se hacía desde la organización médica, hacia las mujeres, hacia las familias, hacia mujeres pobres. Y además hacia todos los llamados “personal auxiliar”, casi en relación de servidumbre al “orden médico” como diría Jean Clavrel, acertadamente, no al médico en sí.

Entonces, mi segundo alojamiento (después del baño) frente a tanta violencia, fue la ternura con que las parteras y enfermera me dejaron tomar mates en el office donde ellas se reunían. Me hice psicóloga en diálogo con las ellas, cuando descubrí que había en ese grupo un “padecimiento institucional”, que los institucionalistas



franceses le darían mas adelante un nombre y apellido. Al mismo tiempo había un silenciamiento de ese padecer.

Descubrí las rendijas de las instituciones, que los franceses llaman llaman los intersticios; observé que había cajas negras donde se guardaba todo lo que se silenciaba y no se podía habla Las violencias silenciadas de las instituciones materno infantiles eran el asco, la repugnancia, el terror, el miedo a la muerte, la violencia circulante, el abuso de poder, los pactos perversos y todo lo que circula en las relaciones de aquellos profesionales que manipulan el cuerpo y los genitales de una mujer.

(...)No voy a decirlo porque queda grosero, todo lo que puedo llegar a decirles cada vez que cortan cuando no tienen que hacerlo; cada vez que van a hacer dilatación manual con sus dedos en lugar de esperar; cada vez que hacen una episiotomía apurados porque tienen el partido de tenis. Precisamente porque el parto y el nacimiento son la separación entre dos que estuvieron simbióticamente unidos nueve meses, por eso cada uno de esos dos tiene un tiempo particular que sólo ellos saben, para poder separarse de la mejor manera posible. La medicina (ciertos médicos) es quien hace apresurar, violentar, dañar, vaciar, herir ese sutil y maravilloso vínculo madre bebé. Cuando eso ha sucedido de esa manera cruel y violentada, no nos digan a nosotros que trabajemos con la madre del niño esperando el pacífico y feliz embeleso materno.

Les cuento esto para explicarles porqué me hice psicóloga de verdad, observando la violencia en la obstetricia, en la neonatología y en la pediatría hospitalaria. Ese aprendizaje me permitió revisar una metodología que según mi criterio, nos servía de nada. Porque cada mujer pare como esy cada niño nace como es el vínculo con esa madre.

Aprendí mucho de Florencio Escardó, uno de mis maestros y uno de los padres de la pediatra argentina, creador de la pediatría humanística, el primer sexólogo entre nosotros. Aprendí sexología de él cuando estaba escribiendo mi primer libro, "Maternidad, mito y realidad". Hablando de la episiotomía me decía: "Mirta, la vulva de una mujer es como una flor que se abre generosa". Esa manera de decir y describir los genitales de una mujer, era tan diferente a otras formas que uno ha escuchado.

(...) La propuesta de este libro, que acaba de salir "Credo por la ternura en tiempos de violencia" la hago con el deseo que mis hijos, mis nietos y ustedes mis colegas, tengan un mundo diferente. Donde no vivamos atravesados por la violencia; la crueldad que es más que

la violencia, por el temor sostenido de donde estamos y para que podamos vivir en un mundo donde sea posible el respeto y la vigencia plena de la esfera de lo sentimientos de la intimidad.

Estaba en España buscando libros que no puedo comprar, (porque ahora el precio para los argentinos es imposible) hace tres años y encontré un libro que se llama 'Diccionario de los sentimientos', cosa que no sabía que alguien podía escribir, me pareció fascinante. También en Colombia, donde he trabajado mucho en Medellín con el tema de la violencia y la droga, como el de los sicarios, junto a mi colega Patricia Kausel, pionera de estos temas en su país. Allí encontré el libro de Carlos Restrepo "El derecho a la ternura". El descubrimiento de este libro y del diccionario español de los sentimientos, para mí fue muy importante, porque no se me había ocurrido nada respecto a la ternura, salvo lo que había escrito Ulloa relacionado al tema de la tortura.

Para mí ternura antes era un término vinculado a la cosa blandita, tiernita, de los niñitos y las mamicas o los corderitos, todo en diminutivo. Hasta que descubro en el libro donde Restrepo dice: "la ternura es diferente del amor, porque el amor es un sentimiento posesivo, pasional, por eso decimos 'mi' amiga, 'mi' amante o 'mi' hijo, tiene que ver con el 'agarre'. La ternura es una forma diferente, porque implica casi un sentimiento de contacto, relación en cuidadoso tacto, sin pretensión de agarre ni de posesión, donde se entra en relación de afecto y de respeto con una persona que advierto como otra, diferente de mí".

Es fundamental este concepto, porque describe ese algo de lo que carecemos, por esta especie de analfabetismo afectivo que padecemos nosotros, la de los sentimientos que se despiertan a partir de relacionarnos con los demás, dándonos cuenta que somos otros, con necesidades y derechos distintos también.

Empecé a pensar en concepto aplicado en todos los órdenes, desde la relación de pareja, cuando vienen a consultar por esas crisis que comienzan cuando salen del enamoramiento, del embeleso, en el que opinaban "es igual a mí, tiene los mismos ideales, nos gusta la misma música...", hasta que un día sobreviene el crack y resulta que se despiertan y como los perros cuando se desconocen, se muestran los dientes, como desconociéndose. Descubren que el que está a su lado es otro, que ronca, que deja las cosas tiradas y que ella no sabe cocinar ni tiene intención de hacerlo. Todo eso que traen a la consulta cuando se rompe el embeleso, esta etapa en la que el otro es lo que yo quiero que sea,

según mi deseo, lo construyo según mi deseo. Allí el proceso terapéutico consiste en que esta pareja pueda entender que son distintos de uno frente al espejo, poder ver si en esa diferencia se complementan, si en esa igualdad se suman y si pueden hacer un recontrato nuevo, para seguir viviendo con ese otro con sus características, puede suceder o no.

A la madre le pasa exactamente igual con su bebé, las que han tenido hijos saben cuando el hijo es deseado y esperado por dos. Vienen a la consulta y me dicen: "es buenito, es tranquilo, es nervioso o es inquieto". Les señalo que no 'es', sino que 'está siendo', porque el 'es' lo petrifica. Por ejemplo si empieza llorar toda la noche, se preguntan qué le pasó entonces al que era buenito?. Se rompe el embeleso idílico, porque se tiene que empezar por aceptar que ese niño es otro, aunque gestado simbióticamente en el útero, es un ser humano diferente a su madre.

La base del reconocimiento de las necesidades básicas en esa etapa, me lo enseñó Florencio Escardó, quien decía "cuando un niño nace ya tiene nueve meses de vida, en la interogestación, el parto no es más que un transmundo, paso de un mundo a otro de exterogestación, pero ese niño ya está determinado en todo lo que genética y uterinamente le ha pasado".

Cuando sale, lo único que enseñan a los padres es que o tiene hambre o le duele algo. En general, las abuelas dicen le duele algo, porque si tiene hambre no le pueden satisfacer con sus pechos sin leche (trabajo con abuelas y utilizo esto con ellas). Resulta que lo primero que el ser humano tiene es hambre de oxígeno, pues no sabe respirar por sus pulmones como tampoco dormir en horarios adecuados. Deberá aprender a regular ambas funciones.

Cuando sale del útero, la medicina antes lo separaba de la mamá, ella además lo dejaba en la cunita y decían que no había que levantarlo porque "se criaba mañoso", o porque "le tomaba el tiempo". Pero con eso lo carenciábamos del estímulo más importante que tiene el ser humano para continuar su vida, que es el de la piel. Allí están los filetes nerviosos y los capilares sanguíneos, fundamental estímulo del sistema cardiovascular, que nos permite respirar, que estimula el vivir.

De manera que un niño que no es tocado, no es acariciado, no es sostenido por la madre o el padre, es sujeto posible de padecer muerte súbita. La muerte súbita no sucede porque sí, tiene que ver con la calidad del vínculo que se establece con esa madre. Y la posibilidad de que esa madre decodifique las necesidades básicas del recién nacido, el hambre de oxígeno, el hambre de sostén porque la gravedad lo hace

sentir que cae y hay que contenerlo, por eso tiene el reflejo de Moro (sobresalto ante la ingravidez). La madre deberá percibir que no regula la temperatura o puede ser que tenga hambre. Todas son necesidades del recién parido a decodificarse, decodificación que depende de que esa madre entienda que ese niño no es ella sino un otro, por ejemplo que si ella tiene frío, ese niño puede no necesariamente también sentir frío.

El bebé tiene características y necesidades propias, para conocerlas hace falta intimidad entre mamá, bebé y presencia protectora del padre. A veces las mujeres están solas sin pareja y el núcleo familiar como "coro de ángeles" femenino, generalmente están dando indicaciones abrumadoras, no los dejen en paz para que se conozcan y establezcan la relación de intimidad y ternura, necesarias en el comienzo fundante de este vínculo amoroso.

El niño pequeño posee necesidad de contactar, que no es presión, que no es agarre, sino reconocimiento del otro diferente. Esto que describí en la pareja, en la relación con los hijos dura toda la vida.

(...) De eso se trata la ternura, poder reconocer que hay necesidades en los otros, que necesitamos conocer, para poder establecer un vínculo de mutuo respeto y reconocimiento, lo cual empieza en la relación madre-hijo; padres-hijos. Se continúa en la pareja, educación, la escuela y todas las instituciones, incluidas las políticas.

(...) Aprendí de Paulo Freire algo que apliqué a la revisión de la metodología de la psicoprofilaxis obstétrica, que llamé "preparación integral para la maternidad" cambiando el 'psi' que me había atraído al principio. Porque fue un modelo regulador del comportamiento de las mujeres, como si el parto se pudiera modelar a gusto y parecer del equipo médico. El parto, como decía José Bleger, es un comportamiento humano como cualquiera y la mujer va a parir como ella es. Entonces, lo que tengo que hacer primero es conocer a esa mujer, respetarla, acompañarla en ese, su proceso del gestar, parir, lactar y criar

Para eso, igual que como hacía Freire con su marco teórico de 'Educación para la libertad', y 'Pedagogía de la liberación', cambiamos el sistema de enseñarle a las mujeres cómo tenían que querer, amar, hacer el amor, parir, lactar, por escucharlas y poder saber qué es lo que ellas saben y desean al respecto. Este modelo grupal lo tomé de Pichón Riviere, de los grupos operativos, con el marco teórico de Paulo Freire. No encontré en mi disciplina ningún desarrollo teórico que me permitiera concretarlo.

Marie Langer, que además de ser mi maestra fue mi



# Entrevista

analista, era psicoanalista y trabajaba con las profesionales embarazadas de la Asociación Psicoanalítica, yo trabajaba en el hospital, con otra población, en otras circunstancias. Supervisamos nuestra tarea con ella las tres psicólogas pioneras en Psicología Perinatal, Nélide Villafañe, Hilda Shupak y yo.

De Freire aprendí lo que es escuchar antes que hablar, respetar el comportamiento del otro sin creer que lo voy a modelar, que le voy a recetar cómo hacer sus cosas. Ese es el contenido de todos esos libros modeladores que vienen del continente norte, indicando cómo hacer el amor, cómo dar de mamar. Ese "cómo" no existe, porque el 'como' es el de cada uno, cada sujeto.

A veces les reitero a los ginecólogos que ante una mujer o una pareja que viene padeciendo esterilidad, pérdida de embarazos, como abortos a repetición, no pueden responderles dando recetas o fórmulas iguales para todos, intentado así modificarlo. Porque es el cuerpo historizado

de una pareja, de un hombre o de una mujer, quien dice no, por algo dice ese 'no' a la gestación y al hijo posible.

El cuerpo humano no es un organismo biológico de la especie humana, como decía Françoise Doltó es un cuerpo atravesado por su biografía. Si como médico no puede abordar la biografía el sujeto, tengo necesidad de un psicólogo al lado, para atender la interconsulta, o para entender qué dice ese cuerpo. Ese es el ejercicio de la transdisciplina.

(...)La ternura y la violencia son aplicables además al tema de la salud. He cuestionado el modelo médico hegemónico descrito por Eduardo Menéndez, para quienes no lo conocen es un antropólogo médico exiliado en México muchos años, que hizo la crítica de la medicina tradicional y ha escrito muchos libros y lo tengo muy presente en este tema, lo valoro y lo respeto muchísimo. Acaba de ser nombrado Doctor Honoris Causa en Italia y México. En realidad, he padecido al modelo médico hegemónico, como también he padecido el modelo psicológico hegemónico, por sobrellevar críticas y enfrentamientos con mis colegas, quienes suponen que nuestro objetivo es la asistencia individual de los pacientes con patología mental, porque esa es la limitada formación que siguen dando nuestras universidades con modelo europeizante.

De esta realidad se deduce que hay mucho por hacer en el campo de la salud, que no necesitamos asimilarnos al modelo médico hegemónico, sino crear un modelo propio, latinoamericano, descolonizado y en sintonía con nuestra realidad, nuestra historia y nuestras verdaderas necesidades. Modelo donde la prevención y

la psicología comunitaria no sean malas palabras, sino que exista y sea reconocida como necesaria.

(...)He trabajado en programas de derechos humanos en barrios marginales de la provincia de Buenos Aires, también desde el Consejo Nacional del Menor en Ciudad Oculta. Colaboro en este momento en Villa Soldatti ayudando al movimiento piquetero Teresa Rodríguez Dignidad. Les digo que soy subversiva al abuso del poder corrupto imperante y estoy absolutamente orgullosa de estar apoyándolos, haciendo guarderías, comedores comunitarios, agentes populares de salud, plan de alfabetización y bachilleratos populares.

(...)Junto con otra gente de Latinoamérica estamos trabajando en Psicología Política para la Liberación, porque creemos que es así como le llamaba Ignacio Martín Baró. No es la política de los partidos argentinos, sino política como la intención de cambiar el mundo para que sea mejor. Entonces, si la psicología sirve para que esto pueda suceder, yo me juego a llamarle así, aunque reciba críticas o cuestionamientos, ya que en realidad con los años que tengo y que llevo trabajando, críticas y elogios uno ha recibido siempre y las va a seguir recibiendo.

(...) Por eso la propuesta que les traigo, como vieja psicóloga y colega de ustedes, es lo que se llama "credo", porque credo para mí es una evocación, una convocatoria a creer que como sudamericanos, como profesionales de la salud en este continente y en este país, tenemos que ser capaces de no seguir siendo despojados nunca más. De poder crear y crear 'para' nosotros y 'por' nosotros. De crear y crear, uniéndonos y no separándonos, hasta romper este individualismo feroz, más dañino que el tsunami y el calentamiento global juntos. Es mi deseo, por eso se los dejo. Muchas gracias.

MIRTAVIDELA  
Córdoba 2009

**Lic. Patricia Díaz:** estuve leyendo su biografía amorosamente relatada y solo me queda una pregunta para hacerle. Cuándo los colegas se acercan a participar en esta subcomisión de Ps. Perinatal, muchos de ellos dicen que eligen venir porque han sido movilizadas por su propia maternidad. Le pregunto Mirta, ¿Cómo influyó o atravesó su vida dedicarse a esta área?

**Lic. Mirta Videla:** Patricia, después de años de terapia supe cuál era mi motor inicial: mi abuela materna falleció a los 20 años al nacer mi madre. Como psicóloga lo comprenderé. Cariños.

**Lic. Patricia Díaz:** Sí, lo entiendo. Gracias por su disponibilidad. Gracias por todo!!!

(Mails intercambiados el 17/10/2019)

# Miradas y reflexiones acerca de la paternidad

**Lic. Nancy Di Virgilio M.P.46209**

Con formación en Psicología Perinatal y Primera Infancia

Con formación en Docencia Universitaria

Integrante del Programa de Evaluación y Estimulación Cognitiva para bebés de 6 a 30 meses



## La paternidad

La concepción de la paternidad no ha sido siempre la misma y en nuestra cultura además, ha sufrido diversas transformaciones. Etimológicamente la palabra “padre” proviene del latín pater, varón o macho que ha engendrado según el significado de la Real Academia Española. Si bien desde el punto de vista biológico, el papel del macho es el de propagar la especie, parece que la conducta humana lo excede superando la función de procreación, modificándose según las condiciones históricas, sociales y culturales.

Oberman (2013) plantea que la paternidad es un proceso gradual que comienza con la decisión de tener y hacerse cargo de un niño. Es, por tanto, un proceso psicoafectivo (complementario al de la maternidad) por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo, distinto. Dicho proceso es atravesado por el hombre en función de su historia personal, su actualidad y las vivencias en relación a su hijo por nacer y/o recién nacido. La forma en que se unan dichos atravesamientos se expresará en las conductas que asuma en relación a su pareja e hijo. En el mismo sentido Figueroa (1996) ha definido a la paternidad como un proceso de relación, en el que la identidad de los participantes se va construyendo y reconstruyendo, donde se aprende bilateralmente replanteando continuamente nuevas maneras de ver y vivir la realidad.

Según Anatrella (1996) la palabra padre designa al individuo que cumple la función paterna, es decir, al papel simbólico que va asociado al nombre de esa figura. El padre del niño podrá así hablar y actuar desde ese lugar, pero también toda persona que viva cerca del niño.

## Miradas occidentales de la paternidad

Micolta (2011) plantea los cambios producidos en el rol paterno en diferentes momentos históricos:

### La herencia helénica, latina y judeo-cristiana (Siglo VII a. c. hasta el Siglo X)

La herencia helénica la mujer era la que tenía la centralidad, el embarazo y el parto en este periodo, aseguraban la supervivencia de la humanidad. En cuanto a la herencia latina, el derecho romano fue patriarcal por lo que instituyó en la familia el poder del padre sobre los hijos. La ley le reconocía autoridad plena y completa sobre los hijos que criaba como suyos para servir a su familia, a su linaje y a su ciudad.

En La herencia judeo-cristiana el creador es el padre todo poderoso y no existe una diosa madre. Con el cristianismo surge un nuevo padre patriarcal. El padre se convirtió en la imagen de Dios.

### La paternidad consuetudinaria (Siglo XII hasta la Revolución Francesa -1789)

En esta época, en Occidente durante la Alta Edad Media a inicios de la denominada sociedad tradicional, básicamente rural, Dios continuó siendo el padre, el rey y el garante del orden. El poder masculino -del padre, el cura, el médico- tuvo una presencia significativa en la sociedad, pero en el embarazo y el parto su papel era secundario. Los diversos modelos de paternidad hallados en esta época fueron: **El modelo aristocrático** que concede una gran importancia al linaje. El padre era un modelo y el hijo de los nobles era criado por nodrizas que regresaba a casa de sus padres alrededor de los quince años y establecían, con su progenitor, relaciones basadas más en el respeto que en la ternura. **El modelo campesino**, en el que el padre se hacía cargo de sus hijos varones desde que eran capaces de ayudarlo a trabajar. Interventaban en la educación otros varones como tíos, hermanos mayores, padrinos. Esta educación por el trabajo y el ejemplo, se llevaba a cabo con frecuencia de manera ruda, violenta. **El modelo de los habitantes de las ciudades**. En este modelo el padre que quería que su hijo le sucediera, era su patrón y maestro. A las hijas, las educaba para casarse con un discípulo del padre.

Tanto la paternidad como la maternidad instaurada en la antigüedad latina, cristiana y las consuetudinarias en el occidente cristiano desde el siglo



XII, han constituido los pilares de la llamada familia tradicional.

Para Lamb (citado en Oiberman, 2016 y Nieri, 2017), desde la época colonial hasta fines del S XIX, la paternidad ha sido vista como modelo de la moral cristiana y su rol principal era otorgar una educación cristiana y buenas costumbres a sus hijos. A comienzos del S XX como modelo de soporte económico con la industrialización la principal función del padre fue la de soporte económico de la familia. Como modelo de identificación sexual (a partir de la década del 30). La crisis de los 30 el padre se quedó sin empleo y era difícil el rol de proveedor. Por otro lado la partida de los hombres a la Segunda Guerra Mundial los puestos masculinos fueron ocupados por mujeres. La necesidad de un modelo paterno y la ausencia del mismo son vividas dramáticamente por los hijos. A partir de los '70, como padre nutricio surge una nueva imagen paterna, de un padre que ocupa un espacio más importante en la crianza de los hijos donde comparte la pareja las tareas del hogar y el cuidado de los niños.

En el transcurso de las últimas décadas, se han observado tendencias significativas de cambio en los modelos, experiencias y discursos sociales que se tejen en torno a la familia, la masculinidad y la paternidad, tanto a nivel de la sociedad en su conjunto como de los distintos sectores sociales que la componen dando lugar a sujetos preocupados por una mayor participación en las actividades de cuidado, atención y contención de los hijos/as (Olavarría 2001). De Keijzer (2003) afirma que habría que hablar de paternidades, en plural, porque hay formas bastante diversas de ejercerla. Unda (2013) sostiene que en los últimos 30 años -última década del siglo XX y dos primeras décadas del siglo XXI- los hogares avanzaron de formas de organización centradas en la jefatura masculina a distintas formas de organización caracterizadas por responsabilidades compartidas entre padres y madres o por alta presencia de jefaturas maternas. A ello hay que añadir la conformación de distintas formas de hogar cuyas estructuras no fueron pensadas ni analizadas hasta bien entrado el siglo XX. Por ejemplo: hogares formados por madres y padres con hijos comunes; ampliados constituidos por abuelos, tíos,...; constituidos por personas de la misma opción sexual; etc. Frente a lo cual los roles paternos entran también en cuestionamiento y la investigación empírica evidencia su importancia frente al bebé y de cara a los propios padres.

Desde el enfoque socio histórico un punto importante es la relación padre – hijo en el desarrollo de la

historia occidental, que se ha caracterizado por ser una relación de poder. Llamas (1998, citado en Hincapié García, A.; Piñeres Sus, J.; Bedoya Hernández, M. 2012) sostiene que la Iglesia, la medicina, el derecho, la escuela y la familia se constituyen, para Occidente, en las instancias de ordenamiento de la realidad. Hacia la mitad del siglo XVIII, plantea Foucault (2007), que el cuerpo se empieza a considerar como el soporte de la vida y el poder se empieza a ver más como un instrumento de vigilancia que de castigo. El poder se concibe como un instrumento para gestionar y administrar la vida (mediante la higiene, la escuela). Aparece un nuevo tipo de normatividad y se utiliza la estadística para organizar el cuerpo de la gente -estudiando cómo se casan, cuántos hijos tienen, su tasa de actividad, su ocio, etc.-. Es la vida cotidiana lo que pasa a controlar cada vez más el poder político. Bajo una apariencia de liberalismo, cada vez hay más regulación o normativización. La función del Estado se identificará progresivamente con hacer vivir: la disciplina, la formación y el control-regulación que se justifica como instrumento necesario para mejorar y desarrollar la vida (Foucault, 2007). Formar capital humano significa producir ingresos, hacer inversiones educativas. El tiempo dedicado, los cuidados brindados y el nivel cultural de los padres, el conjunto de estímulos culturales recibidos por un niño; todo constituye a la formación del capital humano (Foucault, 2007).

## **Miradas no-occidentales de la paternidad**

Narotzky (1997), en un análisis sobre la paternidad, analizó tres ejemplos etnográficos: los bemba (Zimbabue), los lovedu (Provincia de Limpopo en Sudáfrica) y los nayar (India) que refutan la estabilidad natural que Occidente ha pretendido para la situación histórica y cultural de sus productos sociales.

Para los bemba, el parentesco clásico es de tipo matrilineal. Las reglas de unión emocional y social no dependen, exclusivamente, de un acto generativo o biológico; tampoco son definitivas, por lo tanto tendrían que pensarse en función de la temporalidad y de las circunstancias. Los lovedu cuentan en su organización social con el matrimonio entre mujeres. Se organizan mediante grupos de tipo patrilineal (el derecho de pertenencia a un grupo se da por la vía paterna) pero el matrimonio entre mujeres reviste características de importancia política. La sociedad Lovedu es poligámica en tanto el padre puede tener varios matrimonios, que en el caso de ser el padre de la casa principal, solo el hijo y la hija mayor de su primer y más importante matrimonio tendrán el derecho a ser sus sucesores como cabeza de

familia. El aporte seminal carece de importancia porque por encima de la biología se impone la construcción simbólica del parentesco y las restricciones materiales que, condicionan las relaciones familiares y sociales. Para los nayar, los novios y novias pasan tres jornadas juntos y luego el novio

se marcha. La mujer queda libre para tener relaciones sexuales con diferentes hombres de su misma casta o de una casta superior. Los hijos de esos encuentros llamarán padre al esposo ritual de la madre que nunca aportó el semen. Además cuentan con la figura del Karavan, que ejerce las funciones de paternidad en la casta, siendo tal un varón familiar de la madre -tío, hermano, hijo mayor de una hermana o hijo primogénito de la madre.

## Reflexiones

Acordamos en que tanto para las culturas occidentales como para las no occidentales, la paternidad no se emparenta con el aporte biológico. Un padre no es aquel que aporta lo biológico sino más bien aquel que cumple una función. Más aún, esta función no sólo se construye sino que además tiene que ver con un producto histórico que, por efectos del poder social según la diversidad de formas de los modos culturales, producirá una paternidad particular.

Entendemos que la paternidad es un proceso psico-afectivo por el que un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo. Dicho proceso es atravesado en función de su historia personal, su actualidad y las vivencias en relación a su hijo por nacer y/o recién nacido. La forma que asume el ejercicio de la paternidad en nuestra cultura occidental podría a su vez, tener que ver con condicionantes macro como es el modo de producción capitalista, ya que dice cómo educar a los hijos, cuánto tiempo dedicarle, cómo aportamos y formamos capital humano.

## Bibliografía

Anatrella, Tony (2008). *La diferencia prohibida. Sexualidades, educación y violencia. La herencia de mayo de 1968.* Ediciones Encuentro, S. A. Madrid.

De Keijzer, B. (2003). *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina.* En C. Cáceres, M.

Cueto, M. Ramos, y S. Vallenas (Coords.) *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina.* Lima: International Forum For Social Sciences in Health, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Figueroa, J. (1996). *Algunas reflexiones sobre la interpretación social de la participación masculina en los procesos de salud reproductiva.* En: *Salud reproductiva. Nuevos desafíos* 53-71. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la Biopolítica.* Fondo de cultura económica de Argentina: Bs. As

Hincapié García, A.; Piñeres Sus, J.; Bedoya Hernández, M. (2012). *Paternidad y diferencia cultural: reflexiones histórico antropológicas para el debate.* *Revista Virtual Universidad Católica del Norte.* No. 37, extraído de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/> el día 20/8/19. 266-290. Colombia.

Micolta León, A. (2011). *Apuntes históricos de la maternidad y la paternidad.* Extraído el día 13/4/19 de [https://www.academia.edu/24378442/La\\_parentalidad\\_en\\_la\\_antiguedad](https://www.academia.edu/24378442/La_parentalidad_en_la_antiguedad)

Nieri, L. (2012). *Nueva mirada hacia la construcción de la paternidad.* *New look to the construction of fatherhood.* Universidad de Palermo-Conicet.

Nieri, L. (2017). *Transición y construcción de la paternidad.* *Interdisciplina.* 34, 2, 425-440. Extraído el 20-06-17. Disponible en <https://www.semanticscholar.org/paper/Transici%C3%B3n-y-construcci%C3%B3n-de-la-paternidad-Nieri/5edf810d9686204d14e38048d09fbe4217763530>.

Oiberman, A. (1994). *La relación padre – bebé: Una revisión bibliográfica.* *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 1994, XIII, Nº 2: págs. 66 – 72.

Oiberman, A. (Ed.) (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal.* Buenos Aires: Lugar.

Oiberman, A.; Vega, E.; Galíndez, E & et al. (1998). *Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato.* *VI Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires* 346-358.

Oiberman, A; Santos, S. (2015). *25 años acompañando el nacer y sus después: La Psicología Perinatal. Premio Estímulo 2011.* Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. 1-30.

Unda, F. (2013). *Paternidad. Interacción padre – bebé.* *Temas de Psicología.* Universidad de Palermo. Facultad de Ciencias Sociales- Cocinet

## Un acercamiento histórico al duelo perinatal y gestacional



**Lic. María Belén Guinda**

**M.P.47.118**

Miembro de la Subcomisión de Psicología Perinatal.

Coordinadora De la Subcomisión de Psicología y TRHA.

Psicóloga clínica, con formación en salud mental perinatal.

Cuando iniciamos la aventura de la revista, pensábamos sobre temáticas y datos de interés, que sean útiles y con los cuales poder convocar a colegas a este espacio y también a nuestra comunidad. Una de las temáticas que ha surgido es respecto al duelo. Y nos preguntábamos: ¿qué sabemos acerca del duelo perinatal y gestacional? ¿Cuándo se comenzó a hablar de este concepto? Hacia intentar responder estas preguntas nos dirigimos con el siguiente artículo.

La muerte, como bien sabemos, constituye parte de nuestra finitud. Sin embargo, cuando ella aparece durante la gestación o posterior al parto se convierte en un tema ignorado (y hasta tabú!), para poder hablarlo.

**La dificultad de nombrar tiene un lugar en el duelo, esa dificultad de nombrar es duplicada en la versión de la muerte del hijo, y no en la versión de la muerte del padre. Si uno pierde al padre, es huérfano; si uno pierde a la esposa, es viudo. Si uno pierde al hijo, ¿qué palabra hay que nombrar, que nombre esa situación? (Bernasconi, 2000. p23)**

La relación del ser humano con la muerte ha ido variando históricamente, tal como lo describe Smud (2016) en *Del duelo en la historia a nuestra actualidad*. Se ha centrado y evolucionando respecto al grado de conciencia que se ha tenido respecto a nuestra manera de morir. Ha ido variando la gravedad de las enfermedades y los avances en la medicina han mejorado en relación a la calidad de vida. Ahora bien, ¿Qué sucede en el caso del duelo gestacional o perinatal? han mejorado en relación a la calidad de vida. Ahora bien, ¿Qué sucede en el caso del duelo gestacional o

perinatal?

Podríamos indicar que cuando la muerte ocurre en el útero durante la gestación del embrión o la muerte fetal temprana (primer y segundo trimestre) se denomina pérdida gestacional. Mientras que nos referimos a pérdida perinatal cuando la muerte ocurre en el tercer trimestre, durante el parto o los primeros 7 días luego del nacimiento.

Respecto a su interés histórico, Fernández Alcántara relata que el interés en el duelo perinatal comienza a mediados del siglo XX. En este tiempo se produce un cambio en las actitudes de los padres, y un mayor control de la natalidad, lo que hace que los niños vayan dejando de ser otra boca más que alimentar. Sabemos que lo que caracteriza al duelo es que se trata de un proceso en el que la persona atraviesa una serie de etapas hacia la integración de la pérdida en su cotidianidad.

Ya Sigmund Freud, en los años setenta, consideraba el duelo un proceso normal, no patológico, que la persona superaría pasado un tiempo. Para ello, tendría que aceptar el principio marcado desde la realidad de que lo perdido no existiría nunca más. Junto a esto, pasado un tiempo, el Yo se dejaría llevar por las satisfacciones narcisistas otorgadas por la vida, siendo ambos aspectos los que permitirían la desligazón con el objeto perdido y su desplazamiento a uno nuevo (Freud, 1917/1993).

La muerte de un hijo tiene un fuerte impacto emocional, físico y psicológico en la vida de los nuevos padres. De allí radica la importancia de situar este concepto en relación a la historia, y también en relación a nuestra propia historia.

Actualmente existe una mayor sensibilidad con respecto a las pérdidas gestacionales perinatales tanto por parte del personal médico, cómo por parte de la sociedad en su conjunto.

Consideramos que es necesario continuar trabajando en esta temática, para visibilizar la muerte, para trabajar por un protocolo o guía de acción que les permita a las familias poder iniciar su duelo y capacitar al personal de salud involucrado a fin de facilitar (y no obstruir) la inclusión de este bebé en la historia familiar.



## **Bibliografía:**

Bernasconi, E; Smud, M. (2003). *Sobre duelos, enlutados y duelistas*. Buenos Aires: Editorial Lumen

Fernández-Alcántara, M.; Cruz-Quintana, F.; Pérez-Marfil, N.; Robles-Ortega H. (2012). *Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal*. Facultad de Psicología, Universidad de Granada. Granada, España.

Freud, S. (1993). *Duelo y Melancolía*. En *Obras Completas* (Vol. XIV, pp. 235-255). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Smud, Martin (2016). *Del duelo en la historia a nuestra actualidad*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

### **Las voces olvidadas de Mónica Alvarez**

*“Lo esencial es invisible a los ojos. Un embrión es igual al resto de millones de embriones. Pero, de alguna forma, es único, es especial, diferente. Como la rosa que cuida el Principito y que se hizo especial para él precisamente por el tiempo que le dedicó, mientras latía en su interior, por ese tiempo que pasó pensando en él, imaginando como crecería la panza, el parto, el bebé soñado. Para parte de la sociedad no es más que un puñado de células muertas por las que no merece la pena gastar ni un segundo más. En cambio para la madre y el padre, es especial, siempre estará en su corazón, y merece que se detenga su vida unos instantes para recordarlo, llorarlo, sentir lo feliz que se fue mientras estuvo vivo en el seno, despedirse de él y dejarlo ir.”*

## Salud Mental Materna Panorama actual y perspectivas futuras

**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.



Los psicólogos perinatales sabemos que la maternidad, incluidos embarazo, parto y puerperio representan una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. La mujer atraviesa esta crisis en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación actual, las características del bebé y la ubicación de este niño en el encadenamiento histórico de su familia (Oberman 2005). La maternidad es un acontecimiento biopsicosocial que provoca un cambio profundo en esa mujer más allá de los cambios visibles. Es indiscutible que concurren al obstetra para el control del embarazo, se les aconseja que realicen actividad física para preparar su cuerpo, que busquen orientación nutricional específica, sin embargo no es común que les sugiera buscar acompañamiento psicológico. Según Stern, (1999) no es el parto en sí mismo lo que da lugar a una madre, la experiencia del nacimiento puede dar lugar a una madre física pero no psicológica, el nacimiento psicológico lleva más tiempo

Una vez acontecido el nacimiento, la nueva familia concurre al control pediátrico para cuidar la salud del recién nacido; la mujer concurre al control obstétrico para que luego de revisar su cuerpo, el médico le presente la variedad de opciones anticonceptivas con el fin de que evalúe como "cuidarse". A los cuarenta días de nacido el bebé, a penas cuarenta días de ser madre, ya tiene el alta. Seguramente su pareja ya retornó su trabajo y ella se encuentra en su puerperio con un bebé al que está conociendo. Este recién nacido necesitará de un otro para poder ser, de alguien continente capaz de interpretarlo. Autores como Bion (1962) ya resaltaban la importancia de quien se ocupa del bebé, con conceptos como el de *Reverie*, entendido como la capacidad de contención emocional, como esa actitud capaz de metabolizar las experiencias primitivas que el niño le proyecta. Otro autor es Winnicott (1958) quien propone una serie de funciones, entre ellas se encuentra la *Preocupación Maternal Primaria*, explicada brevemente como un estado de sensibilidad exacerbada del cual dispone la madre que le permite captar las experiencias incómodas del su bebé y realizar los ajustes

necesarios para contrarrestarlas. ¿Qué sucede entonces si la madre se encuentra emocionalmente ausente? Con suerte habrá otra persona que pueda ocupar ese lugar y esa función, aunque en muchas oportunidades las recientes madres están solas gran parte del día.

Reconociendo que la salud mental materna es necesaria para el alojamiento de ese bebé y se posterior desarrollo. Nos preguntamos, ¿acaso no sería necesario, junto con el alta obstétrica, una entrevista con un psicólogo perinatal, donde un profesional formado en el área pueda ocuparse de la asistencia y cuidado de la salud mental materna?. Considerando que en el mundo cerca del 25% de las mujeres embarazadas y del 20% de las mujeres puérperas desarrollan algún problema de salud mental, según datos aportados por la ONG Materna, afectándolas a ellas, a su entorno, repercutiendo directamente en el vínculo mamá-bebé, y en el desarrollo cognitivo, conductual y psicológico del niño.

¿Quién se ocupa hoy de la salud mental de la madre? En la actualidad existen campañas a nivel internacional y nacional que buscan aumentar la conciencia y sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud mental materna. La Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES) junto con organizaciones de Alemania, Austria, Australia, Argentina, Canadá, EEUU, Francia, Malta, Nueva Zelanda, Nigeria, Sudáfrica, Reino Unido, Sudáfrica y Turquía, iniciaron una campaña en el 2016 con el objetivo de declarar el primer miércoles de Mayo el Día Mundial de la Salud Mental Materna.

En Argentina, los psicólogos perinatales llevan más de 20 años trabajando en el área sin embargo muchos profesionales de la salud desconocen esta labor.

¿Cuál es nuestro desafío actual? Visibilizar la problemática que acarrea las mujeres afectadas con trastornos perinatales, sintiendo culpa y vergüenza en un contexto social en la cual se cree en el instinto materno y se sostiene la idealización de la maternidad como un período "color de rosa", generando mayor

aislamiento y aumentando el silenciamiento de los problemas mentales perinatales.

Por ello, creemos necesario la implementación de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud mental perinatal, la incorporación de psicólogos perinatales

dentro de los equipos de salud que acompañan embarazadas, el reconocimiento del lugar del psicólogo en los PIM (Preparación Integral para la Maternidad) como espacios de información cumpliendo un papel necesario en psicoprofilaxis, la opción de dispositivos grupales que acompañen esta etapa de gran reestructuración psíquica e impacto emocional. Para cuidar la salud mental materna será necesario fomentar la participación de todos aquellos profesionales que están en contacto directo con las mujeres embarazadas y puérperas como enfermeras, obstetras, obstétricas, pediatras y ginecólogos, siendo ellos quienes hoy pueden realizar una pesquisa a tiempo para luego derivar a los psicólogos especializados. Con la convicción de que cuidando de la salud mental materna hacemos prevención sobre las próximas generaciones, aspiramos a un futuro que comprometa a todos los profesionales de la salud trabajando en forma interdisciplinaria.

Finalizando, comparto el siguiente interrogante, ¿qué pasa con la salud mental paterna?, sin detenerme en este tema que requiere desarrollo e investigación, no quiero dejar de incluirlos, considerando los cambios recientes en relación a la paternidad, los “nuevos padres” se despojan de roles proveedores y autoritarios para ocupar también lugares de sostén, amorosidad y cuidado. Basta con ver la sala de espera pediátrica, mujeres y hombres ocupados y dedicados a la crianza de sus hijos.

## Bibliografía

Oiberman, A. comp. (2013). *Nacer y acompañar Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar.

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.

Winnicott, D.W. (1956/1979). *Preocupación Maternal Primaria*. En: Winnicott (1979), *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.

Bion, W.R (1962), *Learning from experience*, London, Tavistock.

Equipo de Materna, 2019 <http://www.materna.org.ar>

Sociedad Marce Española, <http://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-salud-mental-materna.cfm>





## Maternidades diversas

**La diversidad es una realidad absolutamente natural, legítima y habitual (Rodríguez Ciancio p.1 s/f)**

**Lic. Carla Escobar M.P. 47930**

Con formación en infancia y familia, Diversidad Sexual, Infancias Trans. Cursando la Esp. en Psi. Perinatal.

**Lic. Claudia Gonzalez M.P. 45918**

Lic. en Psicología y Técnica en Puericultura. Actualmente cursando la Especialización en Ps. Perinatal.



### De qué hablamos cuando hablamos de diversidad?

Según el diccionario de Real Academia Española (2019) el término diversidad, es de origen latín: *diversitas*, y hace referencia a la variedad, desemejanza, diferencia, a la abundancia, a la gran cantidad de cosas distintas

Al hablar de diversidad cultural, se hace referencia la convivencia y la interacción de diferentes culturas coexistentes, a nivel mundial y en determinadas áreas. Se hace visible por la variedad del lenguaje, del arte, de la música, de las creencias religiosas, del manejo de la tierra, de la alimentación y en muchos otros atributos y prácticas. Cada persona tiene derecho a desarrollar su vida en relación a sus valores culturales y al respeto de su identidad cultural.

La Diversidad étnica, es la convivencia de diferentes pueblos en un mismo territorio, y cada uno posee su propio lenguaje y costumbres tales como fiestas tradicionales, vestimenta, comida, religión etc.

La Diversidad lingüística, hace referencia a la existencia de diferentes lenguas dentro de una misma comunidad y que comparten el mismo espacio geográfico. En las regiones donde ha habido históricamente comercio fluido, migraciones, colonizaciones existe menos diversidad lingüística, y en zonas aisladas del planeta donde el intercambio o la imposición de culturas fue menor hay mayor diversidad lingüística.

Al usar la expresión Diversidad biológica, o biodiversidad se hace referencia a la variedad de seres vivos que existen en la Tierra, tanto especies animales como vegetales, y a su medio ambiente y los patrones naturales que la conforman. La biodiversidad garantiza el equilibrio biosfera, es un deber del hombre mantenerla y respetarla.

La Diversidad sexual y de género es un término que se usa para referirse de manera inclusiva a toda la diversidad de sexos, orientaciones sexuales e identidades de género, sin necesidad de especificar cada una de las identidades, comportamientos y características que conforman esta pluralidad.

Por su parte la expresión Diversidad funcional, se creó para referirse a que todas las personas tienen diferentes y diversas capacidades, y no discriminar a nadie. Se usa como término alternativo al de discapacidad, invalidez o minusvalía ya que estos tienen una connotación negativa. Al igual que el resto de diversidades, es importante que la diversidad funcional sea gestionada para evitar exclusión o discriminación (Significados.com 2018).

**Todas las personas somos diferentes y tenemos características propias. Esos no nos hace mejores ni peores frente a nadie. Vivir en diversidad y valorarla nos hace mejores personas. Ser diferente de los/las demás implica la riqueza del mundo en que vivimos y respetar esa diferencia es uno de los valores más importantes que tenemos como personas. (Pereyra Rozas 2013 p.5)**

### ¿Y Diversidad en la maternidad?

De la maternidad de personas con diversidad funcional no se habla, tampoco de su sexualidad. Es importante que como sociedad empecemos a visibilizar la diversidad en pos, de una sociedad realmente igualitaria e inclusiva.

En palabras de Oiberman (2013) maternaje es el proceso psicoafectivo que acontece o no en la mujer cuando tiene al niño (p.17). Estas palabras nos invitan a pensar que el hecho biológico no es condición suficiente ni necesaria para vivir la aventura de materner.

Posibilita validar el recorrido que cada ser arma en su propio camino que lo lleva hacia la posibilidad o no de cumplir adecuadamente la función maternal, en palabras de Winnicott (1949) una madre suficientemente buena que pueda alcanzar un estado que le permita adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades

de su cría luego del nacimiento, aportando el marco necesario para la constitución subjetiva del nuevo ser. Entonces la capacidad de maternaje no nace ni se instala automáticamente siempre que un nuevo ser llega al mundo. Puede surgir tiempo después o nunca.

En este espacio nos nutriremos de relatos de personas que han podido desempeñar adecuadamente la función maternal. El hecho de no poder hacerlo nos parece igualmente respetable. Dejaremos ese tema para desarrollarlo en futuras investigaciones.

El concepto de diversidad cualificando a la maternidad nos viene a contar de las distintas historias de personas que habiendo gestado o no, dan vida, dan amor y cobijo, cada una a su modo, con sus soles y sus tormentos...

Múltiples formas algunas que nunca nos imaginamos cuando pensamos en "Madre", pero que siempre existieron, madres del corazón, madres solteras, mujeres que quedan embarazadas producto de una violación y deciden seguir adelante, madres que trabajan, madres que eligen no amamantar...

Otras formas nuevas, propias del devenir de la humanidad, madres por donación de gametos, madres por inseminación artificial, mujeres trans que eligen pasar por la experiencia de la maternidad, parejas del mismo sexo que con la ayuda de la ciencia acceden a un embarazo...diversas formas en que el deseo de materner se convierte en vida.

Muchas por fuera del ideal estereotipado del sistema social, económico y político. No nombradas, no pensadas. Diferentes de las que vemos en las revistas de maternidad, en la tv o en las publicidades de artículos para el embarazo y la crianza: Madre: mujer, blanca, heterosexual, delgada, clase media... linda y feliz!. Lo que se sale del estereotipo, de lo normado, de lo esperado en las maternidades diversas, puede ser inherente a la persona que materna, a quien es maternado, o las condiciones en que este hecho acontece. Pero no olvidemos que aun al interior del estereotipo existen múltiples maneras de transitarlo.

Cuando hablamos de diversidad en la maternidad validamos historias, sentires, pensares...validamos vidas. Visibilizamos lo que la fuerza del sistema pretende desestimar, borrar: que cada ser es único y la mejor versión de sí.

Nos proponemos entregar en cada número una historia que tendrá los colores propios de quienes la transitan, las verdades sentidas, las profundidades andadas... En esta oportunidad nos comparte una pincelada de su historia Valeria Riveros, mujer, madre. Nació en

el hermano país de Chile. Se graduó como Lic. en Trabajo Social en la Universidad Católica del Maule. Hoy es ferviente activista por el derecho a ser madre de las mujeres con diversidad funcional y por el derecho de sus hijos e hijas a crecer y vivir en familia. Cuando me contacté con ella a través de la página de Facebook "Maternidad en Ruedas" accedió cálidamente a contarnos como, día a día, lucha por llevar adelante su maternidad diversa. Valeria tiene displasia esquelética con tetraplejia, y está conectada a un ventilador para hablar y respirar.

## Relato

### Así nos convida su historia:

"Mi maternidad fue no planificada. Mi ex esposo no podía engendrar por un accidente que tuvo en su adolescencia, por lo que era el hombre perfecto para mí, según yo, porque si yo no iba a ser madre, no sería un vacío para él.

Me enteré del embarazo a las once semanas. No lo tome de la mejor manera ni como el común de las mujeres tal vez, porque pese a ser un anhelo en mi vida, lo veía desde lejos. Me crié con lo impuesto socialmente, con la normalización de lo que esta prohibido y aceptado para las mujeres con discapacidad.

¡Uf! Fue una noticia intensa sin duda, me costo asimilar y aceptar a mi hija. Mi gran temor, era mi discapacidad y como esta repercutiría en su crianza. Soy dependiente severa y si no puedo cuidar de mi por mi sola, como cuidaría de ella, pensaba. Tenía mucho miedo al juicio familiar y social.

Vivo en un país que no cuenta con absolutamente ninguna política pública que asegure la permanencia de mi hija junto a mí, y no porque sea un factor de riesgo para ella, o vulnere sus derechos, sino, porque tengo discapacidad. Independiente de lo que la Convención de derechos humanos, y los diversos tratados de discapacidad digan, la realidad es totalmente distinta para quienes vivimos la maternidad en la diversidad. Hablamos de inclusión, de igualdad y equidad de género, pero, parecemos invisibles para nuestras autoridades y los colectivos sociales.

Mi hija tiene 3 años 8 meses, es una niña inmensamente mente feliz y carismática, para ella no existe la discapacidad, ella solo ve a su mamá que la ama infinitamente, y la silla de ruedas y ventilador mecánico, como un medio para que mamá pueda respirar y desplazarse. Es

# Relato

tremendamente intuitiva e inteligente, quizás más que los niños de su edad, me sorprende a cada momento, me ha enseñado a derribar mis propios prejuicios, a levantarme de los fracasos, a llorar si tengo pena y sobre todo a reconocer lo imperfecta que puedo ser, como una oportunidad de crecimiento.

No soy una súper madre, ni una heroína, pero, doy lo mejor de mi cada día para ella. Y jamás me cansaré de luchar por seguir junto a ella. Cada cierto tiempo me veo en la obligación de exponer mi vida y hacer denuncias en las redes sociales para llegar a las autoridades y con ello generar presión para continuar junto a mi hija, algo inhumano e insostenible en el tiempo, porque no estoy pidiendo que no me quiten un beneficio o una asignación asistencial, se trata del derecho de mi hija a vivir en familia, algo tan esencial y cotidiano para otros, para mi ha sido toda una batalla.

Me duele pensar, en las mujeres que han sido obligadas a renunciar, institucionalizar o derivar el cuidado de sus hijos a terceros, por las falencias del sistema al momento de abordar la discapacidad. Me lastima y me violenta no poder vivir una maternidad protegida por la legislación de mi país. Mientras los derechos humanos, sigan siendo vistos como privilegios, la segregación continuará como imperativo en las cúpulas de poder; mientras el miedo, sea parte de nosotros, seguiremos enclaustrados en lo que los demás decidan para nosotros.

Quizás en esta lucha por visualizar la maternidad, y permanecer con los nuestros, por sobre el vacío constitucional, ético, político y social, nos enfrentemos a múltiples represiones para mantenernos en silencio, pero, de la mano de nuestras convicciones por un mundo equitativo, lo perdido y llorado, se transformarán siempre en fortaleza para no decaer. Ningún útero sobra.”

A través de sus palabras Valeria nos muestra que su condición física no es impedimento para que su deseo de ser madre se exprese. Siguiendo a Stern...

**Convertirse en madre se consigue gracias al trabajo que cada mujer realiza en el campo de su mente, trabajo que se convierte en una actitud maternal, una experiencia profunda y privada...el nacimiento de una madre no se produce en un momento dramático concreto, sino que surge gradualmente a través del trabajo acumulativo de los meses que preceden y siguen al nacimiento físico del bebe. (1999 p 13).**

A pesar de los obstáculos Valeria se ha convertido en

madre! Y no solo eso, sino que día a día defiende su derecho a serlo y el de su hija a estar juntas.

Más que mostrar estadísticas actualizadas, legislación vigente o teorizaciones cerradas en relación a la diversidad funcional y el derecho a materner, este artículo pretende humildemente, visibilizar realidades que escapan al estereotipo de mujer y de madre, e incluso al estereotipo de discapacidad. Pretende despertar interrogantes, incomodidades, responsabilidades que posibiliten transformaciones socio-culturales que nos acerquen al ideal de que todas las personas sin distinción de ningún tipo puedan acceder con dignidad a sus derechos.



**Gracias Valeria  
por tu testimonio, y  
porque tu lucha, hace  
de este un mundo  
mejor!!**

## Bibliografía

- Diccionario de la Real Academia Española 2019. Diversidad. Recuperado de <https://dle.rae.es/?w=diversidad&m=form>
- Significados.com. (s.f.). Diversidad Recuperado de <https://www.significados.com/?s=diversidad> el 20 de Octubre de 2018.
- Martinez, E. (1992). Hacia una crítica de la maternidad como eje de construcciones de la subjetividad femenina en Psicoanálisis. En: Fernandez A. (Ed.) 1992 Mujeres en la imaginación colectiva (pp. 191-205). Barcelona. Paidós
- Oiberman, A. (2013). Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología Perinatal. Buenos Aires. Lugar Editorial
- Pereyra Rozas, M. (2013) ¿Qué es la discriminación sexual o identidad de género? Buenos Aires. Librería de Mujeres Editoras.
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005) Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Recuperado de: <http://forovidaindependiente.org/diversidad-funcional-nuevo-termino-para-la-lucha-por-la-dignidad-en-la-diversidad-del-ser-humano/> el 20 de setiembre de 2019.
- Rodríguez Cancio, (s.f) M. Concepto de diversidad. Universidad de Vigo. Facultad de Ciencias de la educación. Recuperado el 02 de octubre de 2019 de <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documento/s/congreso/VIIIcongreso/pdfs/134.pdf>
- Stern, D, Bruschweiler, N y Freeland, A. (1999) El nacimiento de una madre. Como la experiencia de la maternidad te cambia para siempre. Barcelona. Paidós Ibérica.
- Vargas, Rojas, V (2018) El derecho a ser madre desde una silla de ruedas. Radio La Clave. CL. Recuperado: <https://radiolaclave.cl/entrevista/el-derecho-a-ser-madre-desde-una-silla-de-ruedas/> el día 20 de setiembre de 2019
- Winnicott, D.W. (1956/1979). Preocupación Maternal Primaria. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Laia.



# HISTORIA DE LOS CURSOS DE PREPARTO

DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA HACIA LA PREPARACIÓN INTEGRAL PARA LA MATERNIDAD

**LIC. ANA LAURA MARINONE - M.P. 47.480**

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

Finalizando la Carrera de Especialización en Psicología Perinatal.

Brinda charlas y talleres en Curso de Preparación Integral para la Maternidad.

Se desempeña en la atención clínica de mujeres y parejas embarazadas, madres y padres recientes con bebés y niños pequeños y orientación en la crianza.



Para comprender el lugar que ocupa hoy la preparación para el parto en la atención de la mujer embarazada y su entorno, es preciso en primer lugar remitirse a la historia de la Psicoprofilaxis Obstétrica, a fin de valorar los cambios que dicha atención ha transitado desde sus inicios.

Desde mediados del siglo pasado, diversos especialistas y autores a nivel internacional problematizaron la cuestión del tratamiento que hasta entonces se le había dado al parto e introdujeron ideas que modificaron gradualmente la versión del sistema médico acerca del parto institucional y sus relaciones con la mujer-madre-parturienta. En 1944 en Inglaterra, el Dr. Grantly Read introduce en su libro "Childbirth without fear" el concepto de "Parto sin temor", advirtiendo la relación entre la angustia y el miedo frente al parto y el aumento en las sensaciones de dolor y las dificultades en el mismo. Luego, en 1951, los Dres. Nicolaiev, Platonov y Velvosky de la Escuela Pavloviana soviética, promueven el inicio de la llamada "Psicoprofilaxis" o "Prevención Mental", aplicando al parto métodos hipno-sugestivos y la intervención de reflejos condicionados en la supresión del dolor. En Francia, en la década de 1960 el Dr. Lamaze comienza con las clases de preparación para el parto, brindando con su método información básica a las mujeres, principalmente sobre la fisiología del parto y el manejo del dolor a través de técnicas de relajación y respiración, con el fin de reducir el uso de medicamentos durante el mismo. Además, incluye la figura del padre como apoyo, guía y "entrenador" durante todo el proceso de trabajo de parto y parto. Luego en 1974, el Dr. Leboyer introduce el término "Parto sin Violencia", argumentando la necesidad de generar un ambiente de tranquilidad durante el parto, no sólo para la parturienta sino también incorporando a la figura del bebé en tanto protagonista, y remarcando su derecho a ser protegido.

Se observa de este modo que la preparación para la maternidad ha evolucionado desde el concepto de parto sin dolor, al de parto sin temor, y luego al de un

parto sin violencia y con felicidad; lográndose así un cambio que comenzaba gradualmente a vislumbrarse en cuanto a la conducción, gobierno y dirección del trabajo de parto y parto. Sin embargo, el control y medicalización de la patología obstétrica continuó reduciendo o minimizando el papel del embarazo en la mujer como tal, en términos de crisis vital y evolutiva (Oberman, 2005), y todavía quedaría mucho por hacer en torno a recuperar la necesaria integralidad en la visión del embarazo y parto en tanto proceso bio-psico-socio-cultural (Martínez y otros, 2007). Necesidad que queda reflejada en los posteriores cuestionamientos al concepto mismo de "Psicoprofilaxis obstétrica", el cual planteaba como objetivo la "sedación del dolor"; a lograr por medio de una educación orientada a obtener un comportamiento "sosegado y disciplinado" (Gavensky, 1971).

En nuestro país, a partir de los años setenta se produce una diferenciación respecto de las aproximaciones netamente reflexológicas hacia el campo de la preparación para el parto. Mirta Videla y Alberto Grieco introdujeron la concepción de "Psicoprofilaxis Obstétrica Interdisciplinaria" para resaltar la importancia de la presencia de equipos de salud conscientes de la integralidad del proceso de embarazo, parto y puerperio, promoviendo las prácticas que guíen, apoyen y acompañen a la mujer sana en su adaptación a dicho proceso:

**"La Psicoprofilaxis Obstétrica deberá ser un servicio gratuito otorgado por el Estado a toda la población, como un derecho inherente a la prevención y cuidado de la salud" (Martínez y otros, 2007, p.28).**

Mirta Videla y su grupo de colegas inició por primera vez en el país, entre 1978 y 1980, el método de "Preparación integral para la maternidad", que luego sería el modelo de trabajo para los equipos que desde entonces y hasta el presente se encuentran integrados a la Psicoprofilaxis Obstétrica. Desde este método, fue emergiendo progresivamente un cambio notable en la

# Artículo

mirada, las técnicas, intervenciones y en general en el modo de trabajar con temáticas relativas a embarazo y parto –como los llamados “Encuentros Familiares en Psicoprofilaxis Obstétrica”, o el trabajo con los profesionales de la salud y el equipo obstétrico mediante grupos Ballint, por citar sólo algunos- (Videla, 1990)..

De este modo, se observa, según Martínez y otros (2007), un “doble movimiento” efectuado por el sistema médico en lo relativo al tratamiento del embarazo y del parto:

(...) “primero se apropia del parto medicalizándolo, controlándolo y haciendo de él un motivo de intervención profesional. Y luego, en un segundo momento del que es parte la transición actual, trata de devolverlo a su matriz original, comprendiendo a la mujer en situación de embarazo y parto, como parte de una familia y miembro de una comunidad, con sus valores, sus miedos, sus mitos y sus respuestas” (p. 29).

Se llega así al concepto de *Preparación Integral para la Maternidad (PIM)*, definido como un conjunto de estrategias convergentes en el 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*.

Para concluir, podemos destacar que como parte de este abordaje integral la *Psicología Perinatal* buscará introducir la dimensión de lo psicosocial en los cursos PIM, a través de la coordinación de espacios de intercambio que promuevan el encuentro entre pares, la circulación de la palabra y la expresión de las vivencias. El espacio de trabajo en PIM se erige así como lugar privilegiado para el abordaje psicoperinatal preventivo de cuestiones relativas a temores, ansiedad, preparación, soporte emocional e inclusión de la red social de sostén (en primer lugar la pareja, y en lo posible toda la red familiar o social que rodee a la embarazada y su hijo).

Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Disponible en: [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

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

Read, G. D. (1951). *Childbirth without fear. The principles and practice of natural childbirth*. Medical Books LTD, London.

Videla, M. (1991). *Maternidad. Mito y realidad*. Buenos Aires, Nueva Visión.

## Bibliografía

Gavensky, R. (1971). *Psicoprofilaxis obstétrica*. 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



## **UN FELIZ ACONTECIMIENTO (2011)**

*Película francesa dirigida por Rémi Bezancon. Se trata de una comedia dramática que muestra de manera sincera los cambios en una pareja ante la llegada de un hijo. El director logra recorrer con realismo y humor las vicisitudes que acompañan el primer tiempo, las crisis, los desencuentros, la soledad y el amor.*

*Desmitifica la romántica idealización en torno a la maternidad mostrando de manera clara la ambivalencia emocional que ésta genera.*

*¿Es siempre la maternidad/paternidad un suceso feliz?. Esta película te muestra todo aquello de lo que no se habla.*

*Fácilmente cualquier persona que ha tenido un hijo logrará identificarse. Muy recomendable para padres primerizos y sobre todo para profesionales que se desempeñan en el área perinatal y deseen conocer el universo emocional de la maternidad/paternidad.*



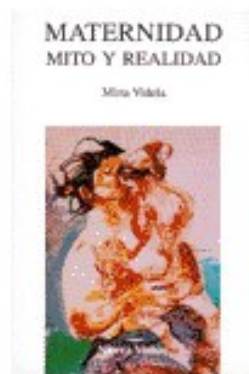
## **THE LET DOWN (2016)**

*Serie Australiana de Netflix. La expresión "let down" puede traducirse como "bajada de la leche" o como "decepción".*

*En la primera temporada, Audrey, madre primeriza, se une a un grupo de apoyo para madres/padres. Aquí se encuentra con la diversidad de madres como mujeres existen. Esta serie muestra la maternidad real, pasando desde el llanto a la risa, cada episodio nos hace transitar la ambivalencia emocional sin dejar de ser una comedia.*

*Lo interesante de esta serie es que los grupos de apoyo que se brindan para la comunidad, son un dispositivo que responde a una política de salud pública para acompañar a los padres en esta etapa. El grupo es coordinado por una mujer que vacila entre actitudes frustrantes y contenedoras. El humor entretiene y la trama invita a reflexionar.*

# Libros



## **VIDELA, M. (1991). MATERNIDAD. MITO Y REALIDAD. BUENOS AIRES: NUEVA VISIÓN.**

*Este libro constituye un clásico atemporal, una pieza infaltable y un primer paso necesario dentro de toda formación en Psicología Perinatal. Para comprender el proceso de la maternidad en sus aspectos bio-psico-socio-cultural, los recorridos de la psicoprofilaxis obstétrica, las dificultades de los psicólogos para incluirse en el área de la prevención de la salud, y -con un espíritu pionero- la injusticia de muchas de las prácticas médicas habituales, entre otros destacados temas. Con prólogos de Florencio Escardó y Marie Langer, así como de la propia autora en sus tres ediciones, una obra intensa y provocadora, llena de experiencias y batallas de una profesión, las que se han ganado y las otras tantas que quedan por librar.*

# Videos

**[25 AÑOS DE PSICOLOGIA PERINATAL. ALICIA OIBERMAN](#)**

**[¿QUE ES LA PSICOLOGIA PERINATAL? MIRTA VIDELA](#)**

# Leyes

**[LEYES DE INCUMBENCIA PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA 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 se han llevado a cabo diferentes actividades.*

- Asistencia a las Jornadas de Perinatología llevadas a cabo los días 6y7 de septiembre organizadas conjuntamente por ASAPER y SOG Mar del Plata (sociedad de obstetricia y ginecología) llevadas a cabo en el Colegio de Médicos de la localidad de Mar del Plata.*
- Realización del primer encuentro de comisiones de Ps perinatal "Estrechando lazos" el 5 de Octubre del corriente año en nuestro distrito que concluyó con la elaboración de un documento de trabajo.*
- Elaboración de una revista para divulgación en el ámbito colegiado y no colegiado para profesionales que trabajan en el área y además dar a conocer esta nueva especialidad que se desarrolla de manera sistemática en la formación de psicólogos en nuestro Distrito desde 2017.*



NÚMERO 1, DICIEMBRE 2019

# PERINATAL



[WWW.PSICOLOGOSDISTRITOX.ORG](http://WWW.PSICOLOGOSDISTRITOX.ORG)