

PERINATAL

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

PUERPERIO



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

Distrito X, pcía. de Buenos Aires, Argentina
HMV, Castelli 3745, B7602 Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires.

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
Secretaría de Actas Lic. María Soledad ALVA

Coordinación general: Lic. Patricia Andrea Díaz

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

Corrección y Edición: Lic. Nancy Di Virgilio

Fotografías: Analía Cuerdo Arango - Fotografía documental de familia
Lic. Leila Ramos
Analía Sierra
Laura Atienza - Fotógrafa

Foto de Tapa: Claudia y Abril

Comité editorial: Dra. Alicia Oberman
Dra. Mariela Mansilla
Lic. María Aurelia González
Lic. Myriam Galli

Colaboraciones en Revista Perinatal: son bienvenidos artículos, opiniones, reflexiones, escritos originales de interés para la comunidad de psicólogos y otros profesionales de la salud que traten temáticas relacionadas con esta área.

Estos aportes serán recibidos a través de nuestro mail:
psiperinataldx@gmail.com.

Qualquier información sobre pautas de publicación solicitarlo al mail citado.

Las opiniones de los autores no necesariamente reflejan la postura del Editor, de la Editorial o de los integrantes de la Sub comisión de Ps. Perinatal del Colegio de Ps. Distrito X. El comité editorial de Revista Perinatal dará formato final a los trabajos y se reserva el derecho de realizar modificaciones que no alteren el contenido de fondo de los artículos, con el objetivo de mejorar la presentación de los mismos.

En línea con la política de Acceso Abierto, la Revista Perinatal no retiene los derechos de reproducción o copia (copyright), por lo que los autores podrán disponer de las versiones finales de publicación, para difundirlas en repositorios institucionales, blogs personales o cualquier otro medio electrónico, con la sola condición de hacer mención a la fuente original de publicación, en este caso Revista Perinatal, publicación de la Subcomisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos Distrito X de la Pcia. De Buenos Aires, Argentina.

La subcomisión de Ps. Perinatal se reserva el derecho de selección de los trabajos, su orden de publicación y todas las decisiones que conlleven el trabajo mismo de realización de la revista.

ISSN 2718-8337

 @ps.perinatal.dist.x

SUMARIO

EDITORIAL 3
PUERPERIO

ARTÍCULO 4
Adolescencia y puerperio en contextos complejos.

ENTREVISTA 8
LIC. IVANA RASCHKOVAN

ARTÍCULO 10
Resonancia afectiva del cuerpo emocional de la persona que amamanta. Una mirada hacia las intervenciones de los equipos de

INDICE

salud.

ARTÍCULO 13
Padres primerizos: cuestionario evaluativo de la experiencia en el nacimiento de su hijo/a.

ARTÍCULO 21
Puerperios diversos

ARTÍCULO 27
Incidencia de los factores transgeneracionales en el puerperio - Parte I

ARTÍCULO 31
Depresión Postparto: de la era victoriana a la era de la pandemia

OPINIÓN 36
Los Pediatras responden...
Dr. Perino
Dra Liebana
Dr. Ridolfo
Dra Orofino
Dra. Marinone

REFLEXIONES 41
La sexualidad: otra transición durante el puerperio

REFLEXIONES 43
Volver al trabajo: deseos, necesidades y posibilidades

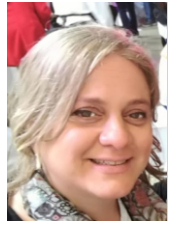
POEMA 46
Últimamente voy puérpera perdida

HUMOR 47
MAITENA

RECOMENDACIONES 48
LIBROS

TRABAJO DE LA SUB. COMISIÓN 50
DE PSI. PERINATAL





Coordinadora editorial
Lic. Patricia Andrea Díaz - MP.45572

Lic. En Psicología con orientación perinatal
Responsable de la Subcomisión de Ps. Perinatal
Coordinadora editorial de la revista
Terapeuta de niños, pareja y familia. Integrante de P.E.E.C
Programa de evaluación y estimulación cognitiva para bebés de 6 a 30 meses.

El período del puerperio es una de las etapas más importantes en la vida de la mujer que decide ser madre, período que, biológicamente comienza luego del parto y se extiende hasta aproximadamente las seis semanas posteriores a éste, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino. Pero emocionalmente se extiende mucho más, próximo a los dos años del bebé. El puerperio continúa afianzando esta nueva identidad de la mujer, momento crucial de accionar en relación a las fantasías proyectadas en el bebé imaginado, ahora con un bebé real en sus brazos. Configura entonces, una etapa de adaptación donde, además, se procura el bienestar del niño, el comienzo y continuidad de la lactancia, la construcción de la relación de apego y del proceso de parentalidad, la crianza y más.

Este momento exige una gran energía donde pueden presentarse estados confusionales, una emocionalidad desconocida, desajustes y vulnerabilidad. La mujer, devenida madre no es la única participante de su puerperio, vivir en relación exige también, compartir momentos con múltiples vínculos que se inauguran, se mantienen o se rompen. Un psiquismo compartido colectivamente por la familia en torno al bebé, pero individualmente construido de acuerdo a la propia subjetividad y al atravesamiento de la cultura. La herencia generacional se hace presente ya que, el nacimiento del bebé, reposiciona a todos los miembros de una familia en una nueva dinámica y se lo inscribe en la cadena histórica-generacional.

La etapa del puerperio ha sido casi olvidada por años, con el avance de la ciencia hemos observado muchas ganancias, pero hemos perdido lo mítico, casi mágico y milagroso de lo que un nacimiento implica para el psiquismo parental, necesita aún hoy muchas palabras para que se lo recuerde y se lo trabaje emocionalmente.

Es nuestro objetivo en esta revista seguir poniendo palabras para contribuir a visibilizar esta etapa, puerta de pasaje, de graduación, de incertidumbre, de conocimiento, de una nueva realidad y sus circunstancias.

Agradecemos a todos los profesionales que han colaborado en la revista, con sus aportes, sus voces y mención especial para todas las mujeres, madres ahora, que han vivido su puerperio en soledad, en este tiempo tan difícil donde el aislamiento impuesto era la clave para cuidar la salud, sin el abrazo que reúne y el contacto que construye la más remota de las conquistas hoy, el ansiado bienestar.

Adolescencia y puerperio en contextos complejos

Ps. María Pusterla
MP. 46111

Con formación en Infancia e Instituciones.

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

Equipo Técnico del Programa de Responsabilidad Social Compartida Envió Puerto.

Cursando la Especialización en Ps. Perinatal y Primera Infancia



Susana Brignoni (2012) habla de "las adolescencias como las diferentes respuestas que el sujeto inventa frente a lo indecible de la pubertad"

El presente artículo pretende pensar los conceptos de adolescencia, puerperio y neonatología como un entramado complejo, que requiere un abordaje integral, con plena presencia del Estado en especial cuando lo transitan poblaciones de contextos socioeconómicos postergados.

Ahora bien, ¿qué ocurre en la psiquis de una persona adolescente embarazada respecto a la construcción de su maternaje cuando además tendrá que atravesar situaciones complejas como la internación en la UCIN?

En primer lugar amerita definir adolescencia. Son vastos los autores que la conceptualizan. Freud (1905) señala:

Tiene lugar una de las reacciones psíquicas más importantes y también más dolorosas de la pubertad: la liberación del individuo de la autoridad de sus padres, por medio de la cual, queda creada la contradicción de la nueva generación con respecto a la antigua, tan importante para el progreso de la civilización. (2012, p.1227).

Susana Brignoni (2012) habla de las adolescencias como las diferentes respuestas que el sujeto inventa frente a lo indecible de la pubertad. En este sentido, permite pensarlo a partir de las constantes diacrónicas encontradas a lo largo del tiempo y de las particularidades

de cómo se expresan en ese momento de la vida de las personas de manera sincrónica, en cada momento de la historia. Asimismo resalta como importante acompañar a los adolescentes para darle valor de acto a sus acciones. Es dable señalar que el psicoanálisis hace una distinción entre "acción" y "acto", siendo este último el que transforma al sujeto después de realizarlo.

Por su parte, A. Aberastury (2010) introduce el concepto de duelo para definirla:

El duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por la identidad y rol infantil y el duelo por los padres de la infancia. Se trata de procesos que exigen un arduo trabajo psíquico para el sujeto. (p.105)

Desde este breve recorrido, podemos tomar dos nociones que caracterizan a la adolescencia. Es un fenómeno singular por tratarse de reacciones psíquicas donde el sujeto atraviesa, entre otras, situaciones de duelo, por lo que requiere un acompañamiento preciso.

Retomando la pregunta inicial, tanto el maternaje como la adolescencia serían fenómenos psicoafectivos complejos y en especial cuando se conjugan. Desde el punto de vista Eriksoniano (Oberman y Paolini, 2018), el maternaje representa en la madre una crisis de identidad y de la personalidad en sentido amplio. Comparándola con la adolescencia se encuentran varias aristas comunes con ella:

- Una transformación corporal y hormonal
- Un cambio de status social
- Importantes fluctuaciones pulsionales
- Reactivación de conflictos infantiles, en particular aquellos que se relacionan con las



primeras etapas.

- Disolución y reconstrucción de las identificaciones precoces, en particular la identificación con la propia madre.
- Una transformación de la imagen corporal en dos tiempos: primero al producirse el embarazo y luego después del nacimiento del bebé
- Una transformación del sentimiento de identidad personal
- Los sistemas defensivos que anteriormente estaban organizados, están a veces fragmentados o violentamente reforzados
- El yo es más sensible a las realidades externas como más flotante en su intimidad.

En función de lo que motoriza en mí la escritura del presente artículo, paso a compartir expresiones que surgieron en el marco de una conversación con L, joven que se referencia con el Programa de Responsabilidad Social Compartida, Enviñ Puerto donde formo parte del equipo técnico.

Aquella recordaba su experiencia a los 15 años cuando nació su hija C.

La beba fue prematura leve pero estuvo tiempo prolongado en la UCIN a raíz de una malformación, por lo que la operaron tres veces. Señaló: ***"En el embarazo siempre estuve preparada y feliz por la llegada, siempre me controlé en todo, no tuve miedo, cuando tuve la cesárea menos, sí cuando fue a neo y más cuando la empezaron a operar, ahí sí tuve miedo"...*** ***"nunca me imaginé que esté ahí, pero cuando estuvo no quería saber nada de eso, pero tuvo que estar ahí y seguir y esperar hasta el día que le den el alta y llevarla conmigo a casa y nunca volver a eso, olvidarme de lo que pasó"...*** ***Tuve apoyo de mi familia y del Enviñ...el Materno te acompaña si necesitás te da apoyo para facilitar las cosas tanto como comer, te da para los colectivos, las damas rosadas que siempre preguntan si necesitás algo"...*** ***Ella siempre fue fuerte en cada operación, en cómo recuperarse nunca tuve problema porque siempre puso su apoyo y fue fuerte".***

Su relato deja entrever el impacto emocional respecto a la imagen jamás representada -hijo imaginado desde la gesta psíquica del embarazo- y la niña real. La

Artículo

joven ha tenido que realizar un trabajo de elaboración e integración de lo inesperado, a los ojos de Golse (2019), para que la brecha entre ambos hijos no sea ni muy pequeña ni muy grande. Y agregamos, así conocer a su hija como propia, siendo ésta una situación fundamental para la construcción del maternaje.

Ruiz (2004) hace mención de lo antedicho y amplía a este tema el concepto del sentimiento de "extrañeza" trabajado por Golse (2019) ya que, según el mismo, todo hijo se presenta como un extranjero, un extraño a descubrir, en un sentido de pertenencia mutua. Asimismo, Ruiz (2004) resalta la importancia de esta situación para comprender los efectos psíquicos que la prematuridad tiene para el futuro de ese niño.

Desde el punto de vista del puerperio de esta mamá, etapa donde no sólo se producen transformaciones fisiológicas, endocrinológicas sino que se entiende como un proceso biopsicosocial, nos encontramos con el escenario de una persona atravesando diversas crisis psicoafectivas y además con preocupaciones en relación a cubrir necesidades básicas (alimentación, traslado, etc) que rápidamente fueron abordadas por el excelente trabajo del HIEM.

En tal sentido, cabe reflexionar acerca de la importancia de la accesibilidad a una atención integral y de la mirada atenta a la primera infancia a la hora de delinear políticas públicas.

A propósito de ese tema, la Dra. Gabriela Bauer, Directora de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación. (2020), citó cifras de mortalidad materna e infantil en Argentina durante el período 1990-2018 resaltando que la mitad de los casos de Mortalidad Infantil (MI) han sido por causas perinatales y en su gran mayoría por prematuridad. También agregó que más del 60% de las causas de MI, al conocimiento serían reducibles.

Dicha situación amerita interpelarnos respecto de la plena implementación de leyes vigentes (Ley 25929 de Parto Humanizado, Ley Nacional 26061 de Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes, Programa Nacional de Educación Sexual Integral Ley 26150, Ley Micaela 27499), poner la lupa en el acceso a la salud, prevención y diagnóstico precoz en temas perinatales, en

especial al fortalecimiento del vínculo temprano, lactancia materna y crianza desde una perspectiva de género, con un acompañamiento singular tal como se mencionó al comienzo del escrito en miras de ofrecer condiciones de posibilidad y equidad.

Bibliografía

- Aberastury, A y Knobel, M (2010). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires. Paidós Educador.
- Bauer Gabriela (2020) Seminario Miradas colectivas de la niñez. Marco social y marco legal. Cátedra libre Ramón Carrillo.
- Brignoni, S. (2012) Pensar las adolescencias. Barcelona: UOC
- Olberman A. y Paolini C. (2018). Enciclopedia de Salud Mental (Versión electrónica) Ba As:Fundación A i g l e . <http://enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=45&idtt=95>
- Freud, S. (2012). Obras completas. Tres ensayos de una teoría sexual. Las Metamorfosis de la Pubertad. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Golse B. (2019). La adopción internacional. La doble extranjería del niño adoptado de otros lugares. En Golse B., Moro M.R Crecer en situación transcultural. Una oportunidad para las infancias. (65-72)
- Ley N° 25929. Parto Humanizado Ciudad Autónoma de Buenos Aires:Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Marzo 2018.
- Ley Nacional 26061. Protección integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Octubre 2005.
- Ley 26150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Senado y Cámara de Diputados de la

Nación Argentina. Octubre 2006.

Ley 27499. Capacitación Obligatoria en Género para todas las Personas que Integran los Tres Poderes del Estado. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Diciembre 2019.

Ruiz, A. (2004). El bebé prematuro y sus padres. Bs. As.: Muiña y Dávila.

Ruiz, A. L. (2019). Nacer prematuro: encrucijadas vinculares a lo largo de la niñez y la adolescencia. Encrucijadas vinculares a lo largo de la niñez y la adolescencia. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 23(2), 205-223.

”

“... cabe reflexionar acerca de la importancia de la accesibilidad a una atención integral y de la mirada atenta a la primera infancia a la hora de delinear políticas públicas”

Ivana Raschkovan



Psicóloga clínica.

Escritora. Docente de la Facultad de Psicología, UBA.

Coordinadora Institucional de APRIN Psicología.

Miembro fundador de la Asociación Civil Red de Crianza. Brinda charlas y talleres de crianza para familias, y formaciones para docentes y profesionales.

Autora de Infancias respetadas (Aique Grupo Editor). Coautora de No tan terribles (Planeta).

El trabajo con familias ha sido su interés primordial desde hace varios años. En aras de difundir información sobre temas vinculados con la promoción de la salud en primera infancia, ha creado el sitio Crianza Infantil. En esta ocasión la invitamos para que nos comparta su trabajo.

Teniendo en cuenta tu experiencia en el trabajo con las familias

¿Qué nos podrías decir de la crianza en el tiempo del puerperio? ¿Qué cuestiones te parecen fundamentales para tener en cuenta?

I.: El puerperio es un remolino que nos atraviesa, nos desarma para volver a armanos de otra manera. Nunca volvemos a ser las mismas luego de cada maternidad. Cada puerperio es único y singular; dependerá de múltiples factores cómo cada mujer va a transitar su puerperio. No es lo mismo un puerperio para una mamá primeriza, que para una mamá que ya ha tenido hijos previamente. Tampoco es igual si ha tenido una experiencia de parto respetado, que tras haber experimentado violencia obstétrica. Es diferente volver a casa con el bebé luego de haber parido, que regresar y que el bebé permanezca internado en neonatología. No es lo mismo el puerperio de un bebé único a un puerperio múltiple o luego de uno reciente. Tampoco va a ser igual cuando ha habido pérdidas gestacionales previas, solo por nombrar algunos de los factores que pueden producir variaciones en los modos de transitar el puerperio. Creo que el sostén y la red de apoyo, no sólo para la mamá sino también para el papá, es esencial. Y en esta época de aislamiento social es lo que más nos falta. A todas, no sólo a las que estamos puérperas (como es mi caso particularmente) sino a todas las familias que estamos

criando, nos faltan nuestras redes de apoyo habituales.

¿Cómo podrías definir la crianza respetuosa?

I.: La crianza respetuosa la entiendo como una posición ética y una filosofía de vida. Implica concebir a los niños y las niñas como semejantes, que más allá de la edad o el tamaño que tengan, merecen el mismo respeto que cualquier otro ser humano. No son menos personas por ser pequeños, y como personas que están creciendo y dependen de nosotros los y las adultas, deben recibir un trato respetuoso, amoroso y cuidado. Desde este punto de vista no podemos tratar a los chicos y las chicas de un modo que no utilizaríamos con una persona adulta por ejemplo, esto incluye castigos, humillaciones o golpes.

En la presentación del libro "No tan terribles" se menciona un "cambio de paradigma" en la manera de criar... ¿de qué se trata?

I.: Tiene que ver justamente con la concepción del niño y la niña como sujetos de derechos desde el nacimiento. Sabemos que en la infancia se inicia un camino que va desde la dependencia absoluta hacia la independencia relativa. También reconocemos la asimetría que hay entre un adulto ya constituido y un niño en vías de desarrollo, las funciones son asimétricas. Pero en esa relación de asimetría, el vínculo de respeto es recíproco. Aún en ese estado de absoluta dependencia y necesidad de cuidado, los niños y las niñas merecen ser escuchados y sus deseos y necesidades, tenidos en cuenta. No quiere decir que hay que hacer todo lo que ellos quieren, pero sí por lo menos escucharlos y mostrarles que nos interesa su opinión.

¿Cuál es el rol del padre en la crianza, durante el puerperio?

I.: El papá si está implicado y conectado con la crianza puede ser un cuidador primario casi a la par de la mamá. Digo casi a la par, porque hay una diferencia biológica inexorable que está dada porque el hombre no puede gestar ni amamantar, pero sin lugar a dudas puede construir con el bebé un vínculo de intimidad, confianza y sostén aún desde que éste se encontraba en la panza de la mamá. Aunque no pueda amamantar, el compañero o la compañera (en el caso de que fueran dos mamás) perfectamente puede cambiar pañales, hacer dormir al bebé, darle un baño, sostenerlo en brazos o portear desde los inicios. Además es esencial su apoyo para la lactancia materna, acercar un vaso de agua a la mamá mientras le da la teta al bebé, regular las visitas (sobre todo al comienzo) o asegurarse de que siempre haya comida fresca y saludable en la heladera, son tareas fundamentales para que la mamá pueda abocarse a amantar a su cría.

Lamentablemente esto no siempre sucede; un poco porque en nuestra cultura adultocéntrica, capitalista y patriarcal los papás apenas tienen unos pocos días de licencia por paternidad, otro poco porque en sus propias experiencias de crianza no han vivido con modelos paternos de sostén y cuidado y quizás también, en algunos casos, por falta de implicación.

Mencionás el puerperio en soledad como una característica de esta época... ¿cómo lo considerás?

I.: En general en las grandes ciudades vemos mucha falta de redes de sostén. Los abuelos, los tíos están lejos o trabajan, las distancias y el ritmo cotidiano entorpecen los encuentros y las familias se sienten muy solas. Hemos ido perdiendo la vida en clanes y comunidades, costumbres que en los pueblos o ciudades pequeñas aún se conservan. El aislamiento es un gran factor de riesgo en la crianza, tanto para los cuidadores como para la salud psíquica de ese ser que está en pleno desarrollo.

¿Qué nos podrías decir del lugar ocupa la tecnología (uso de celulares, tablets, etc.) en la crianza, cómo influye?

I.: La tecnología está presente en nuestra vida cotidiana y en este momento de aislamiento social obligatorio, lamentablemente más que nunca. El problema se da cuando las pantallas se convierten en una interferencia para la constitución de vínculos saludables. Porque los dispositivos no pueden reemplazar el contacto con los seres humanos. Los bebés, los niños y las niñas necesitan interacciones de calidad, relacionarse con personas sensibles, entonadas e identificadas con sus deseos y necesidades. Las pantallas no calman ni regulan, por lo cual en la primera infancia es recomendable reducir su uso a lo mínimo posible. De la misma manera que es fundamental regular su uso en las personas adultas que están criando, ya que el exceso de pantalla puede obstaculizar la conexión emocional con los niños y las niñas.

Agradecemos enormemente a la Lic Raschkovan por su disposición y generosidad en este tiempo de pandemia que nos ha tocado transcurrir.

Resonancia afectiva del cuerpo emocional de la persona que amamanta. Una mirada hacia las intervenciones de los equipos de Salud



María Soledad Fuentes.

MP. 54.009

Licenciada en Psicología UNLP.

Formación en Psicología Perinatal y puericultura.

Miembro de la Comisión de Psicoperinatología de ASAPER, y de la Red de Psicología Perinatal Argentina.

Psicóloga del equipo de Género, Crianza y Diversidad de la Municipalidad de Saladillo, Bs As.

Se desempeña como Psicóloga en Consultorio Particular, presencial y online.

Vanina Alvarez Schieroni

MPRN 1764

Licenciada en Psicología.

Formación en Psicología Perinatal.

Integrante de la Comisión de Psiperiatología de ASAPER y de la Red de Psicología Perinatal Argentina.

Se desempeña como Psicóloga Perinatal en el Hospital F. López Lima de General Roca, Río Negro y en Espacio Dulce Espera a través de cursos y talleres de acompañamiento a mapaternidades.



La lactancia es un proceso complejo de construcción y aprendizaje gradual, multideterminado, en concordancia con la complejidad de todo proceso humano. El amamantamiento no es innato ni está dado, entenderlo de esta manera desligaría a la persona que amamanta de cierta culpabilidad en el caso en que esta no sea posible o sufra dificultades.

Para entender la lactancia se deberían tener en cuenta ciertos factores, entre ellos: Los aspectos físicos (que refieren al reconocimiento e identificación con el propio cuerpo y las sensaciones que en él se producen), emocionales (qué sentimientos y emociones sostienen o no la vivencia actual), psicológicos (cuál es la estructuración psíquica de la persona, qué defensas operan, cómo es su forma de relacionarse con los otros), mentales (cuales son los pensamientos y creencias respecto a la lactancia), familiares (cuál es la concepción histórica familiar que se ha construido en lo discursivo, en los relatos y experiencias), culturales-sociales y religiosos (mandatos de cómo deber ser, mitos respecto a la maternidad y la lactancia),

comunitarios (que tanto se apoya la lactancia desde la acción de la comunidad), políticos (políticas de salud), entre otros. Este entramado de factores se ha ido construyendo en la persona que amamanta una resonancia afectiva de la Lactancia Humana, cómo la siente, cómo la vive, cómo la piensa, cómo la interpela, cómo la manifiesta discursivamente, que convicción tiene respecto a amamantar.

Quien amamanta está viviendo de manera subjetiva una determinada **desadaptación-adaptación** a su nuevo cuerpo, que ha sufrido modificaciones, que ya no es el mismo, que quizá no la representa, tal vez no lo reconoce, no le gusta, no lo siente unificado y para sumarle a esto más peso, no lo puede decir, porque la respuesta del otro generalmente realiza la culpa.

Este cuerpo se encuentra atravesado culturalmente por un modelo hegemónico de belleza y de delgadez, modelo del que claramente estaría fuera y al que **tendría que llegar**. Los mandatos sociales reforzados por los medios de comunicación muchas veces

transmiten la idea de que **hay que dar la teta para bajar rápido de peso**, dejando entrever que esa sería la meta a alcanzar. Vivenciar una gestación, no necesariamente se experimenta de manera positiva, pueden haber existido síntomas todo el embarazo, complicaciones, reposos, situaciones no relacionadas a la gestación de vivencias dolorosas, potencialmente traumáticas, inherentes a la vida.

Luego de la gestación, viene el nacimiento, donde el cuerpo es atravesado en su totalidad. Cada organismo tiene una experiencia del dolor individual y subjetivo. Si hubo un parto fisiológico, cómo vivió el trabajo de parto, si hubo episiotomía, cómo sintió las contracciones, si fue un parto respetado o sintió que fueron vulnerados algunos de sus derechos. En el caso de un parto quirúrgico, cómo vivenció la cirugía, si fue de urgencia o programada, como experimentó el posoperatorio.

Cómo quedó registrada la sensación del dolor en cada una de las partes del cuerpo, en la sensorialidad y su registro psíquico, atravesaría el cuerpo emocional de quien amamanta resonado afectivamente en su sentimiento de mismidad, de unificación, de pertenencia con este cuerpo que es diferente al que era. Puede aparecer un sentimiento de extrañeza e irrealidad, de aturdimiento, a lo que se suma la vulnerabilidad y sensibilidad propia de este momento vital.

Es importante tener en cuenta que la persona que pone el cuerpo en la lactancia está atravesando un puerperio, generalmente siente cansancio, dispone de pocas horas de sueño reparador, tiene un alto nivel de demanda y de desconocimiento a esa demanda. A su vez, está encarnando un nuevo rol y nuevas funciones, desde lo familiar, lo social y lo cultural. Pensemos que el puerperio emocional puede durar hasta aproximadamente dos años, que coincide justamente con el tiempo que la OMS (2003) sugiere para el amamantamiento por lo que ambos transcurrirían y se atravesarían en un mismo periodo de tiempo.

Otro punto muy importante, es que el "pecho", ahora

la fuente del alimento, hasta el nacimiento del bebé era un órgano genitalizado, relacionado a la identidad sexual, como una zona erógena y erótica. Esto requiere de una elaboración psíquica por parte de la persona que amamanta y de su pareja también, otorgarle nuevos significados a esa parte del cuerpo. La persona experimenta una vivencia en ese pecho donde se observa la técnica, la postura, donde la mirada está puesta en la areola, en el pezón, en si los labios del bebé están evertidos, en la audición de la mamada, en la cantidad de leche. Detrás de la mama que se toca, que se descalifica, de la que se habla, a la que se mira e interviene hay una representación del cuerpo que ha sido construida y vivida a lo largo de toda su historia.

Entonces, ¿Cómo realizar intervenciones no iatrogénicas en ese cuerpo teniendo en cuenta todo lo antedicho? Implica referirse a esa persona por su nombre, el que la identifica, evitando el "mamá, mami, mamita", ayudaría a proveerle un sentimiento de continuidad en el tiempo. Dar espacio a la subjetividad de esa persona, la diada y tríada, por ejemplo en el caso de estar internados no entrar a la habitación sin pedir permiso. Dar tiempo necesario e información adecuada, observar, salir del rol de decir para poder escuchar tanto lo verbal como lo no verbal, pedir permiso para manipular el pecho y a su hijo, tener delicadeza, no juzgar, no insinuar, no interpretar desde el "debería" o "tendría". Hacer hincapié en que se está para ayudar y acompañar y no para juzgar. El equipo de salud y sobre todo el bebé necesitan un cuerpo distendido, relajado, no tenso, no contracturado ni rígido.

La persona que amamanta es un ser integral con diferentes tiempos y necesidades que la hacen ser única, con su vivencia y experiencia de vida. Necesita ser maternada para materner, sostenida para sostener. Necesita un entorno saludable, tranquilo e íntimo que la apoye en sus decisiones y deseos.

Como personal de la salud es fundamental tener en cuenta que nuestras formas pueden ser potencialmente frustrantes, por lo que hay que ser más consciente de ellas.

Por eso es importante que hablemos de **lactanciaS**, **ma-paternidadeS**, **crianzaS**, ya que no hay una sola forma de vivir estos procesos.

La temática abordada intenta explicar la complejidad de la Lactancia Humana donde siempre es necesario poner el foco en la individualidad y subjetividad de esa persona y sus relaciones en entorno.

Bibliografía

- Critzmann, S. (2019). Hoy no es siempre: Guía pediátrica para una crianza respetuosa. Argentina: Editorial Planeta
- Langer, M. (1983). Maternidad y sexo: estudio psicoanalítico y psicossomático. Argentina: Paidós
- Odent, M. (2005). Nacimiento Renacido. Argentina: Editorial Creavida.
- Stern, D.N, Bruschiweiler-Stern, N, y Freeland, A. (1999). El nacimiento de una madre. Como la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre. España: Editorial Paidós Ibérica.
- Vivas, E. (2000). Mamá desobediente, una mirada feminista a la maternidad. Argentina: Editorial E Godot.
- World Health Organization. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. World Health Organization.

“...¿Cómo realizar intervenciones no iatrogénicas en ese cuerpo teniendo en cuenta todo lo antedicho? Implica referirse a esa persona por su nombre, el que la identifica, evitando el “mamá, mami, mamita”, ayudaría a proveerle un sentimiento de continuidad en el tiempo. Dar espacio a la subjetividad de esa persona, la díada y tríada, por ejemplo en el caso de estar internados no entrar a la habitación sin pedir permiso. Dar tiempo necesario e información adecuada, observar, salir del rol de decir para poder escuchar tanto lo verbal como lo no verbal, pedir permiso para manipular el pecho y a su hijo, tener delicadeza, no juzgar, no insinuar, no interpretar...”



Fotografía: Laura Atienza

Padres primerizos: cuestionario evaluativo de la experiencia en el nacimiento de su hijo/a



Leonardo Puca
MP 47356

Lic. en Psicología (UNMDP).
Profesor en Docencia Superior (UTN)
Formación en Psicología Perinatal.
Diploma Superior en Infancia, Educación y Pedagogía (FLACSO)
Orientador Educacional y profesor de Psicología (DGCyE)
Psicólogo en consultorio particular.
Maestrando en Educación (UNQUI)

Introducción

Al finalizar la especialización en psicología perinatal llegó el momento de decidir el tema a investigar. En un proceso de recordar mis vivencias como padre primerizo, me motivó a investigar, profundizar y a conocer los sentires de los padres. A partir de ello, empecé a bucear en el estado del arte y me encontré con una investigación de la Universidad de Concepción, el cual abordaba el conocimiento de los sentires de los padres primerizos. Por ello, el presente trabajo tiene su antecedente en la investigación; "Padres por primera vez: propiedades psicométricas de un cuestionario para evaluar la experiencia de participación en el nacimiento de su hijo/a" de la autora Leslie Susana Molina Velázquez, la cual este mismo fue realizado para sus estudios de magister. Este estudio fue realizado para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento sueco "First Time Fathers Questionnaire" (FTFQ) (Premberg, 2012). En este caso, será para evaluar las experiencias del padre primerizo que participa en el nacimiento de su hijo en una clínica privada de la ciudad de Mar del Plata, entre fin de diciembre de 2019 y febrero del 2020.

Para empezar, considero hacer un brevísimo recorrido sobre cómo era la participación del padre en el embarazo y el parto. Antiguamente, este era acompañado por las parteras en el domicilio, los hombres solo prestaban ayuda si era necesario. A partir de la medicalización e institucionalización del parto, de los avances tecnológicos y del desarrollo de la medicina, los cuidados en la mujer en este proceso tuvieron muchas modificaciones, contribuyendo a que la parturienta sea la paciente y el

médico el protagonista de la escena. El médico, con sus prácticas invasivas, construyó una imagen de conocimiento científico, competencia y superioridad de los profesionales en relación con las parteras. Esto ha convertido al parto en un evento aislado de la familia, lo cual el padre ha sido excluido, alejándolo y privándolo de poder acompañar, sostener, vivenciar y vincularse tempranamente con su hijo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) establece que un miembro de la familia elegido por la madre debe tener acceso libre durante todo el proceso del parto. El hombre ha comenzado a jugar un papel central, ya que a partir de cambios culturales y sociales su incorporación a las salas de parto ha ido incrementándose.

La presencia en la sala de parto trae beneficios para el recién nacido y para el padre. Para el bebé, el contacto físico con su padre, promueve el apego temprano y favorece su vínculo. Y para el padre facilita el pasaje a la paternidad y solidifica el vínculo con su compañero recién nacido. Es importante la necesidad de explorar cómo los hombres experimentan el nacimiento de sus hijos(as). El hombre presenta necesidades diferentes que las mujeres en la esfera emocional, y de lo cual es un fenómeno que se debe conocer para dar mejores respuestas ante estas necesidades.

Objetivos generales

- * Indagar las experiencias paternas del hombre que participa en el nacimiento de su primer hijo(a).
- * Conocer los sentires de los padres ante el evento de ser papá por primera vez.

Artículo

Objetivos específicos

- * Conocer cómo percibe el padre la atención sobre el nacimiento de su hijo en los centros de salud.
- * Conocer si existe preparación previa del papá ante el nacimiento del primer hijo. Conocer la presencia de preocupación del padre por la salud y el estado de su compañera e hijo.

Sobre la masculinidad

Es preciso expresar un concepto de masculinidad. El cual me centraré en dos conceptualizaciones. Empezar con la masculinidad, si bien es entrar en un terreno polémico también es visibilizar los problemas que enfrentamos como sociedad en el siglo veintiuno. Exponer un concepto de masculinidad no es sencillo, ya que existen muchas tensiones que hacen de este concepto una mutación constante. Por ello, entiendo que empezar a hablar de masculinidad es también abordar el concepto de padre, ya que esos mismos hombres, son o serán padres. Este concepto enmarcado en el sistema patriarcal, hace de la paternidad un terreno complicado en el cual desarrollar las mejores características de los hombres como padre y como pareja. Empezar a deconstruir este concepto para llegar a la discusión de uno nuevo, aporta a la concepción de un concepto de padre más acorde al contexto socio-económico-cultural. Necesitamos socializar un concepto de hombre más acorde con lo genuino en sus sentimientos, sin corazas ni marcos regulatorios impuestos por la

sociedad. Para lo cual, empezar a desarrollar cómo se entiende a la masculinidad es una ardua tarea que tenemos para que el padre pueda acompañar a su pareja y al desarrollo de su hijo/a.-Connell (1995) expresa que se trata de un concepto que es históricamente reciente y que presenta características comunes en distintos contextos, siendo posible identificar cierta versión de masculinidad que se erige en norma y se convierte en hegemónica, dando lugar a un modelo de masculinidad que no sólo oprime a las mujeres sino también a otras masculinidades subordinadas. Así, se puede definir la masculinidad hegemónica como la configuración de la práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema del patriarcado, la que garantiza, la posición dominante de los hombres y la subordinación femenina. Este modelo de masculinidad hegemónica impone mandatos que señalan lo que se espera de los hombres y las mujeres. Toda versión de la masculinidad que no corresponda a la dominante sería equivalente a una manera precaria de ser varón. Las identidades masculinas se ordenan en relaciones de dominio y/o de subordinación con referencia al modelo hegemónico. El autor expresa que son cuatro los tipos de relaciones posibles entre las masculinidades: hegemonía, subordinación, complicidad y marginación. Las versiones que no se corresponden a esta manera de masculinidad son iguales a una manera insuficiente de ser varón, pudiendo ser un ente de dominio y subordinación por parte de quienes son apreciados

”

“...el padre es una presencia vital, desde la cual el niño extrae los elementos necesarios para articular su propia identidad y consolidar su estructura yoica” Nieri (2013)

socialmente como hombres. Entonces, teniendo en cuenta que las mujeres están excluidas de lo masculino, lo femenino (que es el otro que se contrasta con lo masculino) es también el borde de la masculinidad. Quiere decir, que quien deja de ser masculino, cae simbólicamente dentro de su opuesto, lo femenino.

El modelo de masculinidad hegemónica presenta a los varones como seres promiscuos, sexualmente agresivos, arriesgados, descomprometidos con su propio entorno reproductivo, privados repetidamente de la libre y espontánea expresión de sus sentimientos de felicidad, angustia, dolor o miedo y del establecimiento de relaciones afectivamente cercanas y comprometidas con los demás.

Badinter (1993) entiende que lo heterosexual del patriarcado sostiene la educación de lo masculino como un no ser mujer, dejando de lado lo femenino que constituye a un hombre. La autora sostiene que el proceso de identidad en los hombres es más terrible que el de las mujeres ya que el niño se ve condenado a marcar diferencias con lo femenino durante la mayor parte de su vida. Para que conste su identidad masculina deberá convencerse y demostrar a los otros de tres cosas: que no es una mujer, que no es un niño y que no es homosexual. La autora expresa que la feminidad se presenta como natural, entretanto que la masculinidad se construye. En el modelo patriarcal se conceptualizan a los hombres como más fuertes, valientes, responsables, y con poder. En la construcción de la masculinidad serán otros hombres quienes engendran al nuevo hombre. El padre, u otro que se encargue de la imagen del padre, es quien debe finalizar el proceso de diferenciación masculina. El hombre actual, en una sociedad patriarcal como occidental, es un ser mutilado, que ha dejado de lado sus cualidades femeninas, y que podrá mediar con ella mediante una revolución paternal. Esta revolución, según la autora, marcaría el desenlace del patriarcado, y una idea de paternidad totalmente nueva.

Concepto de padre y paternidad

Voy a centrarme en dos autoras que sintetizan los aportes de otros con sus conceptualizaciones. Según Ciberman (2008) el padre y/o paternidad es

Un proceso psicoafectivo 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 al de la madre (pág.161).

Este proceso es atravesado por el hombre teniendo en cuenta su historia personal, su actualidad y las vivencias en relación a su hijo por nacer y/o recién nacido. La manera en que se vinculen estos atravesamientos se manifestarán en las conductas que asuma en relación a su pareja e hijo. Nieri (2013) expresa que el padre es una presencia vital, desde la cual el niño extrae los elementos necesarios para articular su propia identidad y consolidar su estructura yoica.

Si explicitamos el camino a la paternidad, los autores Newman y Newman (1998), sostienen que el proceso de la paternidad lleva a los hombres a ordenar su vida, preparándose para el futuro, el entendimiento de las diferencias subjetivas y la conquista de una relación simétrica con su pareja. Este movimiento lleva implícito una relación con nuevos espectros emocionales y nuevas maneras de manifestar esos sentimientos. Estos cambios impactan en diferentes esferas de la vida de las personas, los cuales contribuyen a su desarrollo personal, social, laboral y familiar. Según Cowan (1988) para los varones que son padres ocurren tres cambios: incorporan la paternidad a su identidad, tienen la sensación de que han perdido el control de sus vidas y sus aspiraciones personales tienden a desarrollarse exponencialmente.

Participación del padre en el embarazo y el parto

Parke (AAW, 2007) realizó una observación a los padres en tres situaciones diferentes: la madre o el padre solos con el niño a los 2 a 4 días de vida, y el padre, la madre y el niño juntos en la habitación del hospital (interacción triádica). Los estudios no arrojaron ninguna diferencia significativa de comportamientos entre los padres solos con sus hijos y las madres solas con sus hijos. Por el contrario en la situación triádica, el padre tiene en brazos al niño casi el doble del tiempo que la

madre, comunicándose y contactándose más. Se evidencia que el padre tiene un papel más activo cuando ambos están presentes, contradictoriamente al estereotipo cultural del padre como pasivo. En el estudio de Parke (AAW, 2007) los padres, con excepción de uno, habían concurrido al trabajo de parto y al nacimiento, y se supone que genera un grado alto de apego entre padre e hijo.

Respecto a los beneficios de la madre con la presencia del padre en el parto, Molina Velásquez (2016) explica que el apoyo emocional, la información, el asesoramiento, las medidas de alivio pueden reducir la ansiedad y el temor, además de los efectos adversos asociados durante el trabajo de parto. Esto trae beneficios como si el apoyo continuo está presente, produce una reducción en el uso de epidural, e implica un menor uso de monitorización fetal, goteo intravenoso, oxitocina sintética, fármacos para combatir la hipotensión, cateterismo vesical, etc. Para las mujeres es importante que se permita la presencia de alguien no especialista durante el parto, ya que la presencia de este reduce sus sentimientos de soledad y ansiedad. Para la mujer, la importancia de la presencia del varón no está sólo dada por la compañía afectiva que implica, sino que además se acompaña de un cambio de actitud por parte del hombre. Las mujeres sienten modificaciones en el comportamiento por parte de sus parejas tras el nacimiento, y cambios en la forma en que son apreciadas por ellos. Esto apunta a generar otras configuraciones de las identidades de género, y posibilita a los hombres enlazarse con otras figuras que ellos mismos reconocen como necesidades, como por ejemplo, manifestar sus sentimientos.

Si nos referimos a los beneficios para el padre y el bebé, en estudios realizados, los padres sostienen que su participación en el parto y dar apoyo a su pareja, los coloca en una posición más activa en la situación. Sumado a ello, se ha encontrado que la presencia del padre en el parto es muy importante en las conductas de interés y afecto de este con el bebé. Además, el contacto físico luego del nacimiento es vital en el desarrollo vincular entre ambos. Es preferible que al momento del nacimiento, los profesionales de la salud no obstaculicen estas

interacciones tempranas. Brandão (2012), sostiene que los que participan del corte del cordón umbilical al nacer tienen mayor apego con su recién nacido antes, durante y hasta un mes postparto. Sadler (2004) expresa que al hombre lo incentiva participar en el parto, para hacer el pasaje del hijo imaginado al hijo real, esto, lo ayuda a establecer el vínculo de la paternidad.

Comportamiento paterno en el parto

Es habitual que los padres se sientan impotentes, inútiles, ansiosos y con la necesidad de apoyo psicológico durante el nacimiento de su recién nacido. A pesar de esto, se cree que asistir al parto ayuda a la sensibilidad del padre respecto de las emociones del niño. Los padres se han sentido expuestos a un proceso impredecible, no conocen el tiempo del trabajo de parto, las respuestas de la pareja, su dolor y sus propias reacciones. Los padres notan que su presencia en la sala de partos es positiva y emocionante, y al mismo tiempo exigente, a partir de su falta de conocimiento y percepción de control, y se esmeran por encontrar un rol en el parto.

Metodología

El tipo de estudio fue cuantitativo, observacional y exploratorio. El universo y muestra fue no probabilístico, de carácter intencional.

Criterios de inclusión:

Padres heterosexuales.

Padres por primera vez.

Padres que participaron en el trabajo de parto y/o parto de su compañera.

Padres que participaron de la cesárea de su compañera.

Progenitor del recién nacido vivo.

Padres que aceptaron participar en el estudio y firmaron el Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión:

Padres que no participaron durante el trabajo de parto ni el parto. Excepto en cesárea de urgencias en las cuales el padre acompaña a la mujer durante el trabajo de parto, sin embargo, por norma institucional no puede ingresar a la

cesárea.

Padres de recién nacidos vivos con valoración de Apgar menor de 7 a los 5 minutos de vida.

Padres de recién nacidos con edad pediátrica de 34 semanas o menos.

Padres que no saben leer ni escribir.

Padres que no desearon participar o que no firmaron el consentimiento informado.

Padres que no son heterosexuales.

El universo de esta investigación fueron todos los padres (varones) primerizos que participaron o no en el nacimiento de su hijo(a), durante el periodo de diciembre de 2019 a febrero de 2020. La población accesible fueron todos los padres por primera vez que participaron en el proceso de nacimiento de su primer hijo(a), durante el mismo periodo. Se tomó como muestra a 35 padres en una clínica privada de la ciudad de Mar del Plata.

El instrumento "First Time Fathers Questionnaire" permite evaluar las experiencias paternas del hombre que participó en el nacimiento de su primer hijo(a) y está formada 33 preguntas, las cuales 22 de ellas organizadas con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas (en desacuerdo, un poco de acuerdo, bastante de acuerdo, totalmente de acuerdo). Permite obtener información acerca de los siguientes temas: preparación para el parto, ayuda en la preparación, de qué manera nació su primer hijo, información brindada por el personal de salud al padre, sentimientos acerca de su vivencia del parto, preocupación del padre, sentimientos sobre la contención y acompañamiento del personal de salud para con ellos, edad, situación de pareja, nivel de instrucción y país de origen. Además, incluye 3 preguntas libres para que el padre pueda expresarse respecto a situaciones que hubiese preferido evitar, opinión acerca del cuestionario y comentarios respecto de la experiencia del nacimiento de su primer hijo/a.

El procedimiento en la aplicación del instrumento, se realizó a los primerizos al día siguiente o a dos días posteriores del parto. Los cuestionarios fueron tomados por el investigador en las habitaciones de la clínica en la que se realizó el muestreo. La administración tomó una duración de alrededor de 25 minutos. El estudio contempló

las siguientes consideraciones éticas: consentimiento informado escrito, informando al padre sobre los objetivos de la investigación, resguardo de la información, asegurando la confidencialidad y anonimato de cada participante.

Resultados

Se trata de padres que tenían una edad promedio de 32,28 años con un rango de 19 años a 45 años de edad. De esta manera, se observa que la preparación de talleres (57,1% n=20) y la información de familiares y amigos (54,3% n=19) ha sido la fuente principal de preparación de los primerizos. Un 31,4% se ha preparado con internet, chat y/o foros. Un 14,3% (n=5) han estudiado por su cuenta la preparación para el parto, y finalmente un 5,7% (n=2) no se han preparado de ninguna manera para el parto.

En relación a la forma del nacimiento de su primer hijo fue en un 40% (n=14) por cesárea programada, un 37,1% (n=13) en cesárea de urgencia, y un 22,9% (n=8) en parto vaginal. Acerca del corte del cordón umbilical, se observa que un 82,9% (n=29) no participaron del corte del cordón umbilical. Por otro lado, un 17,1% (n=6) sí participaron.

Antes del parto

Para estos padres primerizos en un 80% sintió que la preparación les ayudó con el nacimiento de su hijo. El restante 20% no estuvo de acuerdo.

Es preciso dividirlo por una parte, en las sensaciones que los padres primerizos evidenciaron antes del proceso de parto. La primera afirmación fue si los padres se han sentido bien informados. Los datos arrojan que en un total del 100% de los entrevistados afirmó estar de acuerdo en haberse sentido bien informados antes del proceso de parto. Como así también, en relación a si se han sentido bien preparados, el 100% está de acuerdo. Por otro lado, respecto al recibimiento por parte de los profesionales, un 97,2% manifestaron sentirse acogidos cuando anunciaron su llegada. Solamente, un 2,9% estuvo en desacuerdo con la afirmación. En relación a si fueron bien tratados en la sala de partos un 97,1% se sintió bien. Un 2,9% estuvo en desacuerdo con la afirmación.

Durante el parto

Un 51,4% manifestó que NO le faltó contar con



alguna información. Pero, un total de 48,5% sintió que si le faltó información durante el parto. En este caso, se observa que la diferencia no es amplia, lo cual es un punto en que los padres están necesitando aún más información. Continuando con el ítem de información, se puede observar que a un 91,4% de los primerizos, los profesionales de la salud le han indicado cómo podían ser útiles para la pareja. Solamente un 8,6% estuvo en desacuerdo con esa afirmación. Si bien en el total se observa un acuerdo, habría que explorar el modo de transmisión de la información, ya que un 25,7% y un 17,1% no estuvieron totalmente de acuerdo con la afirmación.

Respecto de la contención de los padres, en el ítem referido a la atención por parte del personal de salud, el 100% sintió que los profesionales se interesaban en ellos. Se observa que los padres han prestado atención a las actitudes del personal de la clínica para con ellos. Siguiendo con el apoyo de parte del personal de salud para con los padres, un 42,9% se sintió totalmente de acuerdo con la afirmación de que la contuvieron y apoyaron cuando se sintieron nerviosos. Podemos observar que la mayoría observó el apoyo y contención. Sin embargo, un 20% respondió que no estar de acuerdo con haberse sentido contenido y apoyado.

En un 34,3% de los primerizos, sintieron estar totalmente de acuerdo con la afirmación de que el personal de salud se preocupó por saber cómo se sentían. Un 25,7%, expresó estar bastante de acuerdo, y un 20% un poco de acuerdo. Los padres que no estuvieron de acuerdo fueron en un 20%.

Respecto a las afirmaciones de preocupación, podemos observar varios ítems que hacen mención de las

diferentes intranquilidades que transitan los padres. Una de ellas es respecto de la pareja. Los resultados evidenciaron que un 28,6% de los padres están totalmente de acuerdo con la afirmación de que se han sentido preocupados por su pareja, un 14,3% está bastante de acuerdo, y un 31,4% está un poco de acuerdo. Un 25,7% se manifestó en desacuerdo con la afirmación.

En correspondencia con el ítem de preocupación de los padres por su hijo/a, un 28,6% sintió estar totalmente de acuerdo con la afirmación, mientras que un 8,6% manifestó estar bastante de acuerdo y 31,4% expresó estar un poco de acuerdo. Un 31,4% estuvo en desacuerdo en sentirse preocupado por su hijo. Un 68,6% del total de los padres que están de acuerdo se sienten preocupados, en mayor o menor medida, por la salud de su pareja.

Por otro lado, los padres estuvieron totalmente de acuerdo en un 22,9% con la afirmación de sentirse preocupados porque algo saliera mal. Un 8,6% están bastante de acuerdo con la afirmación, y un 31,4% están un poco de acuerdo. Un 37,1% de padres no sienten estar preocupados porque algo saliese mal.

En relación a sentirse preocupado de no ser capaz de proporcionar apoyo, un 51,4% expresó estar en desacuerdo con la afirmación. De lo contrario, un 11,4% manifestó estar totalmente de acuerdo, un 17,1% bastante de acuerdo y un 20% dijo estar un poco de acuerdo. Se observa que en general hay una preocupación (48,5%) de no ser capaz de proporcionar apoyo.

Un 22,9% se sintió estar totalmente de acuerdo ante la afirmación de sentirse preocupado ante lo desconocido. Un 20% se sintió bastante de acuerdo, y un 28,6% se sintió un poco de acuerdo. Un 28,6% estuvo en desacuerdo. Si sumamos los totales nos da un valor de 71,4% de los que están de acuerdo con la afirmación.

Los padres primerizos que estuvieron totalmente de acuerdo con que han manifestado preocupación de su reacción durante el parto, fue de un 11,4%. Los que manifestaron estar bastante de acuerdo fue de un 14,3%, y un poco de acuerdo un 37,1%. En desacuerdo con la

afirmación se obtuvo un porcentaje de 37,1%. Se observa que no hay un gran porcentaje de preocupación por este ítem, parecen estar seguros de reaccionar adecuadamente. Con el ítem de que si vivenciaron cómo esperaban el parto, un 80% de los padres primerizos expresó que lo vivenció como lo esperaba. Solo un 20% indicó que no.

Respecto a si el padre primerizo participó del corte del cordón, un 82,9% manifestó que no ha intervenido. Un 17,1% sostuvo que sí participó en el corte del cordón.

Después del parto

Después del parto, se indagaron dos ítems. Uno de ellos se refiere a la afirmación si incentivaron al papá primerizo a tomar a su hijo/a en brazos. Un 51,4% manifestó estar totalmente de acuerdo. Un 11,4% expresó estar bastante de acuerdo, y un 8,6% informó estar un poco de acuerdo. Un 28,6% se manifestó estar en desacuerdo con que lo hayan incentivado a tal acción. Otro de los ítems, indaga si los profesionales de la salud le han enseñado a los papás, cómo sostener a su hijo/a. Un 40% manifestó estar totalmente de acuerdo, un 14,3% bastante de acuerdo y un 14,3% expresaron estar poco de acuerdo. Por el contrario un 31,4% reveló estar en desacuerdo.

Análisis de los Datos

Luego de analizar los ítems, se halló que los padres, con respecto a la información, están demandando más comunicación, y al estar en la situación de parto, perciben y sienten que les faltó información sobre este proceso.

Se observó que estar bien informado, no significa estar bien preparado. Teniendo en cuenta cómo vivencian el proceso de parto, los padres se sienten impotentes, inútiles, ansiosos y con la necesidad de apoyo psicológico durante el nacimiento de su recién nacido. Esto, puede enlazarse con la preparación que hayan tenido para el parto. Las respuestas al cuestionario precisan que los padres elijen varios modos de preparación, resultó llamativo que acceden a la información a través de familiares y amigos; de la misma manera a la que acceden a talleres de preparación para el parto en los centros de salud o centros especializados para tal caso. Herzog (1982) sostiene que durante el embarazo reevalúan sus experiencias con su propio padre y generan un sentido de conexión con ellos, esto les permite estar emocionalmente involucrado con sus niños. A partir de ello

podemos pensar que el padre, a pesar de tener un entrenamiento con talleres prenatales, recurre a la familia para informarse sobre el parto. Parece que necesitan enlazarlo con las experiencias que ellos tuvieron como bebés o experiencias de vínculos afectivos muy cercanos.

De acuerdo con lo expuesto, el padre expresa diferentes reacciones y sentires respecto del embarazo, parto, nacimiento y convivencia con el hijo, que pueden ser positivos o negativos.

Se observa que los padres primerizos están más sensibles a la mirada que le devuelven los profesionales de la salud como padres. Los ítems que indagan acerca de la información, preocupación, apoyo y contención de los profesionales para con ellos, tienen porcentajes altos de respuesta en acuerdo con tales afirmaciones, son señales que le devuelven una imagen de padre. Es decir, que el personal de salud se preocupe por quien está acompañando a su pareja, le provee a los primerizos, de la información de que están ahí para cumplir un rol, una tarea. En este punto, los profesionales han podido dar un lugar a estos nuevos papás, que está en consonancia con el buen recibimiento y el buen trato en la sala de partos. Es significativo que se fomente la presencia del padre, ya que el rol de este, es apoyar a la pareja embarazada. El embarazo, parto y vínculo con el bebé es influido por las actitudes del padre, y el apoyo emocional de la pareja durante el embarazo, contribuye a que la futura mamá se adapte a su condición, y la presencia de su compañero durante el trabajo de parto y alumbramiento se relaciona con una menor necesidad de analgésicos y con una vivencia más positiva. El compromiso del padre con el embarazo y el parto refuerza su identidad como sujeto activo, limitando sus sentires de exclusión. El participar lo implica, le devuelve ser parte de un nuevo nacimiento, el de ser padre.

En relación a la preocupación paterna, se ha observado altos porcentajes de respuesta de acuerdo a estar preocupados, sea por la pareja, hijo/a, situaciones nuevas y demás ítems mencionados anteriormente. Estos porcentajes elevados de preocupación se entienden como señales positivas en lo que tiene que ver

en el paternaje de estos primerizos. Esto viene en consonancia con la definición que brinda Olberman (1998) sobre el paternaje. Esta preocupación que emerge en los padres es esperable, ya que continúan construyendo y empezando a jugar su rol como padres. De la misma manera Levobici (1997) sostiene que el padre asume un rol continente y protector durante el embarazo. Aquí vemos que la preocupación está presente desde el principio.

De acuerdo con los ítems referidos a motivar y a enseñar a sostener al hijo/a en brazos, se observan casos de los cuales no han sido incentivados y que no les enseñaron a tomarlos en brazos. Si bien los padres han manifestado que los motivaron y enseñaron con esta práctica, es importante destacar los que no, ya que han sido entre 10 y 11 casos de un total de 35 casos que lo manifestaron. El acercamiento del padre con el recién nacido es fundamental para el buen desarrollo del vínculo entre ambos. Como se explicitaba en el marco teórico, se ha encontrado que la presencia del padre en el parto es muy importante en las conductas de apego de este con el bebé, y además el contacto físico luego del nacimiento es vital en el desarrollo vincular entre ambos. En esta misma línea, la participación de los padres en el corte del cordón umbilical ha sido baja en estos padres encuestados. Retomando a Brandão (2012), expresa que el rol activo del padre por medio del corte del cordón umbilical es una práctica beneficiosa para la relación emocional entre padre e hijo. Sostiene que los que participan del corte del cordón umbilical al nacer tienen mayor apego con su recién nacido antes, durante y hasta un mes postparto.

En relación a si han vivenciado el parto como ellos lo esperaban, la mayoría de los padres primerizos indicó que sí. Brandão y Figueiredo (2012) nos manifiestan que los padres notan que su presencia en la sala de partos es positiva y emocionante, y al mismo tiempo exigente. A partir de su falta de conocimiento y percepción de control, se esmeran por encontrar un rol en el parto. Los factores que influyen en una vivencia menos positiva se relacionan con la forma de nacimiento (parto vaginal, cesárea o fórceps), la falta de capacidades en la atención médica, la ausencia de la matrona, la falta de apoyo del personal y la participación limitada en el proceso de toma de decisiones. Se comprobó que una cesárea de urgencia o parto vaginal instrumental,

se relaciona con una experiencia menos positiva. Esto explicaría los casos en los que no han vivenciado como esperaban el parto.

Reflexiones

De acuerdo a los resultados obtenidos, se ha podido conocer las experiencias paternas ante el nacimiento del primer hijo. Se han conocido los sentimientos que atraviesan los hombres ante el nacimiento de su primer hijo. Se pudo dar cuenta que requieren de una mirada para poder ubicarse en el rol de padre. Y que a pesar de la dificultad de estar en la situación de parto, generalmente lo vivencian de manera positiva. Son padres que se muestran preocupados, con temores, ansiedades, y angustia. Además requieren de información sobre el antes, durante y después del parto.

A partir de este estudio se observa que los padres tienen una percepción del centro de salud, de sus profesionales. Se observa además la preparación variada ante el proceso de parto, recurriendo a fuentes confiables como amigos y familiares, además de cursos de parto y preparación por internet. Este estudio manifiesta que existe una preocupación paterna por la salud de su compañera e hijo, enlazada con la movilización psíquica que este evento vital genera en los padres primerizos.

Queda pendiente indagar si existe correlación entre el ítem información y preocupación y descubrir si hay una relación que podamos descubrir para generar intervenciones apropiadas y efectivas.

Bibliografía

- AAV. (2007). Estudio del acompañante del parto. Vínculo padre-madre-hijo. Montevideo, Uruguay: Facultad de enfermería.
- Badinter, E. (1993). XY: La Identidad Masculina. París: Odile Jacob.
- Brandão, S., & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cordcutting experience. *Journal of*

AdvancedNursing.

Connell, R. (1995). *Masculinities*. London: PolityPress.

Herzog, J. M. (1982). *Patterns of Expectant Fatherhood: A Study of the Fathers of a Group of Premature Infants*. A. R. S. H. Cath, *Father and child: Developmental and clinical perspectives* (301-314). Boston: Little, Brown.

Lebovici, S. (1997). *Défense et illustration du concept de narcissisme primaire. Les avatars du narcissisme primaire et le processus de subjectification*. *La parentalidad. Desafíos para el tercer milenio 2004* (3-76). Bogotá: Manual Moderno.

Molina Velasquez, L. S. (2016). *Padres por primera vez. Propiedades Psicométricas de un cuestionario para evaluar la experiencia de participación en el nacimiento de su hijo/a*. Concepción: Universidad de Concepción. Dirección de Postgrado. Programa Magister en Salud Sexual y Reproductiva.

Newman, B. &. (1998). *Development through Life: A Psychosocial Approach*. Nueva York: Wadsworth Publishing.

Nieri, L. (2002). *Nueva mirada hacia la construcción de la paternidad*. Conicet. Universidad de Palermo.

Nieri, L. (2013). *Un lugar para el padre en la maternidad*. En A. Oiberman, *Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal* (161-179). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. CABA: Lugar Editorial.

OMS. (2018). www.who.int/reproductivehealth. Recuperado el 22 de Agosto de 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

Premberg, Å., Taft, C., Hellström, A. et al. *Father for the first time - development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first child birth (FTFQ)*. *BMC Pregnancy Childbirth* 12, 35 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-35>

Sadler, M. (2004). *Los hombres también se emocionan. Género y escenario del parto. Participación de hombres populares en el nacimiento de sus hijos e hijas*. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile.



Puerperios Diversos



Carla Escobar
MP. 47930

Lic. en Psicología

Membro de la Sub Comisión de Psicología Perinatal

Terapeuta de infancia, adolescencia y familia.

Acompañamiento en Crianza Respetuosa, Diversidad sexual y de género

Disertante en charlas y talleres en instituciones educativas

Actualmente cursando la Especialización en Psi. Perinatal



Claudia Gonzalez
MP. 45918

Lic. en Psicología y Técnica en Puericultura

Membro de la Sub Comisión de Psicología Perinatal, orientación a padres y charlas en instituciones.

Terapeuta de niños, adolescentes, adultos

Actualmente cursando la Especialización en Psi. Perinatal

Así como cada persona es única y construye su identidad a partir de sus experiencias y su forma particular de significarlas, eligiendo día a día entre unas opciones y no otras, el puerperio de cada quien también es único. Incluso una misma persona vive cada puerperio que le toca transitar de manera diferente. Por ejemplo, el puerperio luego del nacimiento del primer hijo o hija, no se vivenciará de la misma manera que el puerperio luego de un tercer embarazo. Los tiempos son otros, el cuerpo es otro, la familia o personas que acompañan no serán las mismas que eran antes.

Muchas veces, cuando se habla del puerperio, suele hacerse referencia a un puerperio modelo: el de una mujer, blanca, joven, de clase social media, que ha tenido un bebé sano, que ella misma ha estado sana durante el proceso, y que ahora está en su hogar acompañada por su familia y por el padre de su bebé.

Como es costumbre, este espacio invita a pensar otras realidades, a visibilizar otras formas de transitar los distintos momentos de la vida. En este caso, otras formas de transitar el puerperio; algunas de ellas por elección, otras por azar. Quizá al principio el ejercicio se resista un poco, pero vale la pena el esfuerzo...

Empecemos con un ejemplo que tenemos muy presente! Pensemos en quienes hoy en situación de aislamiento social (A.S.P.O.) transitan su puerperio. Se

trata de una situación totalmente azarosa y que sin embargo es diferente al "puerperio".

Otros puerperios...

El puerperio de una persona que dió a luz y no tienen familia o ésta no funciona como red de apoyo.

El puerperio de quien vuelve a casa luego de perder a su bebé (recién nacido o poco antes de nacer).

El puerperio de quien tiene a su bebé internado en neonatología.

El puerperio de una persona trans.

El puerperio de un embarazo no deseado.

Ode alguien que no gestó a su bebé.

El puerperio de quien gestó un embarazo pero no cumplirá la función de materner.

El puerperio luego de un embarazo múltiple.

El puerperio de personas con diversidad funcional.

¿Qué diferentes al "modelo de puerperio", no? Y la lista podría crecer... solo hay que hacer el ejercicio, hay que mirar, hay que escuchar. Incluso podríamos caer en la trampa de pensar que dos personas diferentes en las mismas condiciones materiales viven su puerperio de la misma manera. Pero no es así. Cada persona camina su propio puerperio... Quizá luego de este ejercicio sea un poco más fácil suspender algunos preconceptos y juicios al pensar en una persona puerpera y posibilitar escuchar

más, preguntar más, mirar con ingenuidad y abrazar su singularidad.

En esta oportunidad Evangelina nos invita a revivir con ella su puerperio, al que llega luego de buscar durante ocho años un embarazo. Así comienza su relato:

“Mis 30 años llegaron con el deseo de ser mamá. Iniciamos la búsqueda junto a mi pareja con emoción e ingenuidad. Movidos por la certeza de ser fértiles pensamos que el tan deseado embarazo no tardaría en llegar. Pasé por los primeros micro duelos donde cada vez, sin más, el período aparecía sin contemplaciones. A menos de un año después de muchos estudios el diagnóstico fue contundente. Mi compañero y yo nos sumamos al mundo de la dificultad reproductiva y por ende al acceso a las técnicas de reproducción humana asistida. El impacto emocional del diagnóstico y el estrés del atravesamiento de las técnicas puso a prueba el deseo y los recursos adaptativos. Fueron años duros, la ley de cobertura de tratamientos todavía era un sueño y un derecho por el que se peleaba. Los primeros tratamientos los realizamos con la misma ingenuidad y romanticismo que la búsqueda natural. La medicina reproductiva también tiene sus limitaciones.

Después de 6 años de tratamientos infructuosos, el equipo médico nos propuso como siguiente paso la ovodonación, si queríamos cambiar las chances de embarazo debíamos intentar con gametas femeninas donadas. La ayuda profesional nos permitió elaborar muchas fantasías en relación a ser papás de esta manera, el asesoramiento psicológico fue fundamental y gracias a eso pudimos avanzar con seguridad y retomar con ilusión nuestro proyecto de familia. Así fue que en el séptimo intento, y después de 8 años de búsqueda recibimos la noticia tan esperada, tantas veces soñada... ¡al fin un test con dos rayitas! La euforia del anuncio mudaba en temor a cada nuevo análisis para confirmar y reconfirmar que ese embrión estaba con nosotros! Me llevo más de 4 meses abrazar sin tanta cautela mi embarazo y adueñarme del espacio en la sala de espera del obstetra: yo también era una de las tantas mujeres que tenía panza, síntomas y una fecha probable de parto. La cesárea fue programada, mi hijita nació en verano con un recibimiento multitudinario, la familia y los amigos que fueron pilar durante estos años al fin se emocionaban junto a nosotros. Hay momentos en la vida que no se olvidan nunca y esas primeras horas junto a mi beba del otro lado de la piel fueron el inicio de una etapa de mucha felicidad, agradecimiento infinito, de temores, de empatía y de admiración al género. Iniciamos otra etapa...bienvenido puerperio.”

LA ESPERA...



Es común que durante el embarazo, la mujer o persona gestante reciba infinidad de atención, cuidados, privilegios, muestras de afecto y preocupación por su bienestar. Y también es común que luego del nacimiento todos estos cuidados se trasladen casi exclusivamente a la nueva vida, quedando la madre o la persona que materna en segundo plano, cuando no invisibilizada. A pesar de los avances de las ciencias de la salud en relación a la riqueza y complejidad de las distintas etapas en la vida de la mujer, la sociedad aún hoy no está capacitada para acompañar y comprender las necesidades de las personas que maternan. Así recuerda Evangelina el tiempo luego del nacimiento de su hija:

“El Puerperio. ¿Por qué nadie habla de eso? El obstetra revisó la herida, sacó los puntos e insistió con las bondades de la leche materna y aunque yo estuviese en un grito decidí abandonarme a los 40 días postparto entendiéndolo que ya estaba de alta. No hay nada más invalidante que te digan “está todo perfecto”, cuando todo tu cuerpo te duele y hace 40 días que no tenés un sueño reparador. El contorno de tu figura y tu mente están irreconocibles y el médico te despide con la tierna intención de un encuentro en un próximo embarazo. Es como estar atravesando una tormenta y que alguien te despoje del chaleco salvavidas en medio de la travesía. Me fui del obstetra con una gran tristeza; ahora a la distancia puedo notar que el volver a verlo no dependía de mi deseo sino de la fortuna de que el embrión que había quedado criopreservado implantara. Ya tenía mucha experiencia sobre esa posibilidad y la matemática no ayudaba. Apenas llevaba 40 días del parto sintiéndome más madre que nunca y el fantasma de la infertilidad se hacía visible de nuevo”.

El puerperio es un período en que se transitan intensas vivencias a nivel físico, cognitivo y emocional. Poner cuerpo y psiquismo al cuidado de la nueva vida, la construcción del vínculo con el bebé que ahora es real, la danza de las hormonas, la relación de pareja, conmueven emocional y psicológicamente a quien materna. Este momento tan demandante muchas veces puede resultar agobiante e incluso angustiante si no se cuenta con el apoyo adecuado. Evangelina llegaba hasta allí luego de una larga búsqueda, que demandó poner cuerpo y alma a merced de su deseo. Ahora y casi sin descanso tiene que volcar toda su energía al servicio de la supervivencia de su beba. El médico obstetra, fiel representante de la mirada biologicista con que la medicina insiste (a pesar de la abrumadora evidencia de que la salud de las personas va más allá de lo puramente biológico) en sentenciar “está todo perfecto”, pero ¿qué dice Evangelina? ¿Alguien le pregunta? ¿Alguien la escucha? Escuchémosla:

La vivencia de mi puerperio no fue fácil. Si bien por mi formación conocía aspectos sobre esta etapa, cuando te toca atravesarla el tema es muy distinto. La tristeza postparto se presentó sin más y las tardecitas me encontraban anclada a la ventana deseando que alguien viniese a visitarme. No pude en

esos momentos pedir ni comunicar lo que sentía; la verdad, no sé por qué no lo hice, tal vez me daba vergüenza o trataba de minimizarlo diciéndome que la culpa la tenían las hormonas y que ya pasaría. Considero que hay muchas presiones sobre las mujeres en relación a cómo debemos sentirnos en el embarazo, el parto y el puerperio, y sentí que en la mujer que pasa por los tratamientos de alta complejidad esas presiones se veían aumentadas. La dificultad y la espera deberían hacer que estés más agradecida y más feliz. ¡Como si una no lo estuviese! Pero, ¿por qué no integrar la otra parte que también existe? Los tiempos de cicatrización de una cesárea no se terminan con la extracción de los puntos, es un proceso que a mí me dolió y la lactancia también. Por suerte a los dos meses ya nos habíamos acomodado y esa etapa de encuentro amoroso, reconocimiento y nutrición duró casi 24 meses

“El puerperio es un período en que se transitan intensas vivencias a nivel físico, cognitivo y emocional”

No podemos negar las conquistas en la ampliación de derechos del colectivo femenino, pero debemos reconocer que, al interior del ámbito doméstico, persisten las inequidades en la distribución de tareas vinculadas al cuidado y a la crianza (Oviedo, 2016). Ana María Fernández en su libro *La mujer de la Ilusión* (1993) describe el mito de la mujer=madre, según el cual la mujer sólo puede alcanzar su plena realización al ser madre. Esta idea aún imperante en nuestra sociedad impone a las mujeres valores como la abnegación, el sacrificio, y la renuncia

altruista a sus deseos y a sus proyectos en vista a la satisfacción de las necesidades de sus hijos. También asigna a las madres un saber hacer que deben poseer, ya que se lo considera instintivo y propio de toda mujer. Estas representaciones en relación a la maternidad provocan muchas veces que las mujeres desestimen su sentir, desatendiendo sus propias necesidades, sobre-exigiéndose y ocultando su malestar. La psicología perinatal brega por abrir espacios de diálogos que posibiliten poner en palabras, tramitar y validar las vivencias de las personas que se aventuran a maternar.



Sigamos escuchando a Eva:

Lograr la maternidad a través de la donación de óvulos supone un trabajo interno, un proceso que implica preguntarse sobre si es posible para una ser mamá de esa manera. Hay fantasías relacionadas al valor de “los lazos de sangre y el parentesco”, por ejemplo no sentirlo propio, no quererlo tanto, y lo peor: que él bebe no te sienta su madre y que no puedas entenderlo debido a que no compartís A.D.N. Esos no eran mis pensamientos; yo pude hacer un buen trabajo en este sentido y entender que ser mamá pasaba por otro lado. La biología y la genética no hacen vínculo. Esas dos cosas no te asegurarán

amar y entender a tu hijo.

A fuerza de apechugar y tragar lágrimas transcurrió las primeras horas de las madrugadas, con sus consiguientes semanas con té y Chocolinas, mientras cantaba canciones de cuna. Los meses fueron pasando: las tardecitas llegaron sin darme cuenta, la tristeza y el dolor me habían al fin dejado y así pude ir disfrutando con más energía la presencia de mi hija. Sin embargo, esa sensación de vulnerabilidad y sensibilidad seguían muy latentes, se hacían visibles hasta en los comentarios más cotidianos y bien intencionados. Me acuerdo un día que mi madre me dijo: “esta nena tiene frío ¿no le sentís la manitos frías?” Me fui a llorar al baño. Esa sensación de incompetencia me siguió por bastante tiempo; aunque me diese cuenta que mi respuesta emocional era exagerada, no podía hacer nada con ese sentimiento. Los pedidos de ayuda los fui haciendo de a poco, y con mis amigas que atravesaban su segundo puerperio. Esas mujeres, que también lloraban y no dormían, fueron mi sostén y mi contención por esos tiempos; curiosamente lo representé para ellas también. Los mates y las teteadas colectivas fueron un bálsamo en esa etapa. Nuestros hijitos crecían juntos y ¡nosotras también ahora como mamás! Las preocupaciones y los temores irracionales no lo eran tanto en el discurso de las otras madres.

El tiempo pasaba muy rápido y no quería ni podía delegar el cuidado de mi bebé. Los abuelos, los tíos, primitos y amigos estaban presentes pero sólo para dar y recibir mimos. A los 60 días mis pacientes comenzaron a contactarme. El tener el consultorio en casa y una persona de confianza que cuide de mi hija, facilitó la vuelta al trabajo. La verdad es que no quería arrancar, pero no porque no quisiera reencontrarme con mi profesión, sino porque sentía que había pasado poco tiempo; todo parecía ayer y quería dedicarme al cuidado de mi bebé sin distracciones. El compromiso con mis pacientes era mayor, así que me acordé que había que maquillarse, dejar la ropa cómoda y poner la mente al servicio de la profesión. El regreso estuvo bien, me organicé. Recuperar el espacio con los pacientes colaboró en hacerme sentir mejor. Un detalle no menor del regreso al trabajo, es que me obligó a poner la atención en mi cuerpo, aunque parezca superficial, creo que en mayor o menor

medida aparecen en las mujeres sentimientos de desagrado y o extrañeza sobre el propio cuerpo después de la panza. Si bien a los 15 días del nacimiento ya estaba en el peso que tenía al inicio del embarazo, mi figura definitivamente no se veía como antes. Mi mirada no era para nada amorosa, esa sensación de desaprobación también me avergonzaba ¡y así sumaba un punto más al estado inicial de ser una desagradecida! Definitivamente el puerperio fue un mar de emociones, el té con Chocolinas que se había transformado en un antidepresivo por las noches ahora se convertía en un enemigo a vencer”.

La pareja también fue sufriendo sus avatares: requirió de una nueva organización, la dinámica cambió, y la intimidad vivió un gran desencuentro en pos de los tiempos que requiere la llegada de un hijo. Si el pasaje por la dificultad reproductiva pone a prueba la fortaleza de una pareja, el puerperio la pone en jaque nuevamente. Recuperar la complicidad y esos tiempos de a dos también llevó su tiempo.

La presencia de mi hija me llena de amor y responsabilidad. Despertar y verla por las mañanas me reconcilia con cada obstáculo que tuve que sortear para llegar a ella. Tengo un hermoso compromiso con el relato de su historia, nuestra historia; una historia de búsqueda de deseo, que involucró la presencia de varios protagonistas: médicos especialistas, embriólogos y sobretudo una donante, partícipes necesarios de este camino que emprendimos para llegar a ser familia”.

Nota: El puerperio es cosa seria, que nunca te falte un paquete de Chocolinas.

Cada palabra de este relato recorre una y otra vez lo vivido por tantas y tantas puerperas. La soledad, las tardecitas, la tristeza, la propia incomprensión, la incapacidad para pedir ayuda, la exigencia a sobreponerse para seguir. Si bien sabemos que estas palabras representan a muchas personas, también sabemos que cada sentir es único y merece como tal, ser comprendido, validado, acompañado.

Gracias Evangelina por compartir tu historia, por entregar un poquito de tu vida en estas letras tan llenas de sentido. Gracias por sumarte a este compromiso de visibilizar la diversidad que se expresa como sabemos en todos los ámbitos de la vida. Te agradecemos de corazón y te

abrazamos, y en ti abrazamos a quienes pasan por las técnicas de fertilidad en el afán de parir su deseo. Abrazamos también a quienes no lo logran!

Bibliografía

Castelló López, M (2006) Parto y Puerperio. Vivencia Emocional en el Embarazo. Recuperado de https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/09_VIVENCIA_EMOCIONAL.pdf

Fernández, A. M (1993) La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires: Paidós.

Guerra, D. y Tirado, M. (2007). Intervención psicológica en medicina reproductiva. En A. Moreno et al. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida (pp. 29-46). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, número suplemento 1.

Oviedo, D. (2016). Madre no hay una sola: experiencias diversas de maternidades en etapa de puerperio. Con X, (2), e012. Recuperado a partir de <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/conequis/article/view/CXe012>.

Stern, D.N. (1999) El Nacimiento de una madre. Buenos Aires. Paidós Ibérica.

Paolini, C. (2013). La depresión en la mujer y la maternidad. Nacer y Acompañar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

Imágenes: cedidas amablemente por

Leila Ramos Psicóloga Perinatal.

Mamá. Ilustradora amateur.

Instagram: lei.psicologa

Incidencia de factores transgeneracionales en el puerperio - Parte I



Lic. Patricia Andrea Díaz - MP.45572

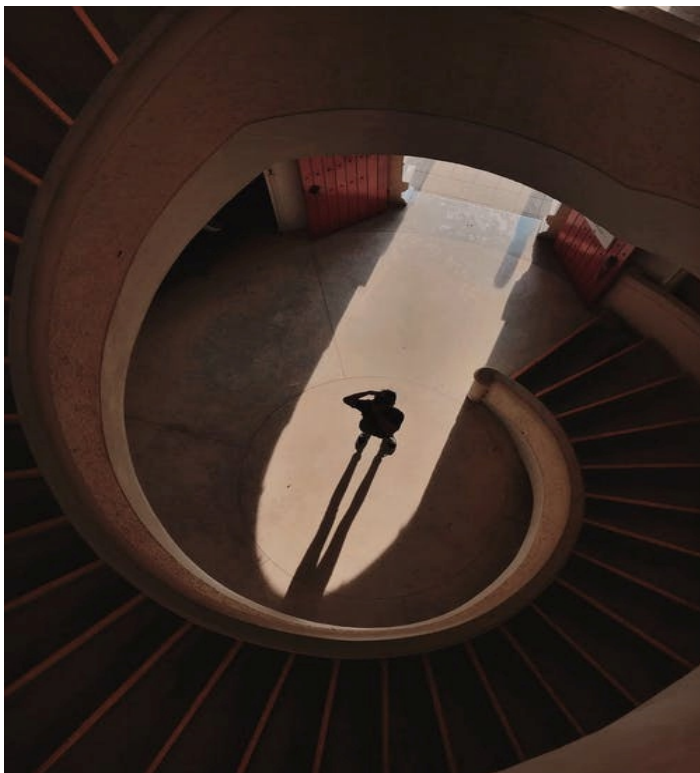
Lic. En Psicología con orientación perinatal

Responsable de la Subcomisión de Ps. Perinatal

Coordinadora editorial de la revista

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

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



Al Hijo

No soy yo quien te engendra. Son los muertos.
 Son mi padre, su padre y sus mayores;
 son los que un largo dédalo de amores
 trazaron desde adán y los desiertos
 de Caín y de Abel, en una aurora
 tan antigua que ya es mitología,
 y llegan, sangre y médula, a este día
 del porvenir, en que te engendro ahora.
 Siento su multitud. Somos nosotros
 y, entre nosotros, tú y los venideros
 hijos que has de engendrar. Los postrimeros
 y los del rojo adán. Soy esos otros,
 también. La eternidad está en las cosas
 del tiempo, que son formas presurosas.

Jorge Luis Borges

El poema y la imagen hacen alusión a este mundo desconocido que es lo ancestral para cada uno de nosotros. Lo profundo, la luz al develar lo desconocido vendrá de la mano de una profunda reflexión y ayuda psicológica. La práctica de la terapia familiar y el abordaje perinatal me llevó a considerar el uso del genograma para abordar la genealogía familiar, expresión escrita de las relaciones familiares y el estudio de sus funciones dentro de la novela propia de cada familia. Durante la práctica y la experiencia, advertí cuán dinámico este genograma es, tanto que el nacimiento de un nuevo miembro, re posiciona a los actores con sus funciones de diferentes maneras. No obstante, hay vacíos de simbolización, de sentido que coarta el fluir en la dinámica familiar. El nacimiento mismo se configura como un evento que marca un antes y un después en la vida de una familia.

Sabemos que en psicología existe una regla simple: lo que se presenta como flexible es saludable de alguna manera, y lo rígido genera patología. Como explica Sánchez-Sánchez (2015)

... las familias sanas poseen una función continente (acogen y alojan diferentes contenidos e idiosincrasias de sus miembros, ajustándose maleablemente a las singularidades sin romper la cutícula envolvente) y una función transformativa (dado que permiten y alientan la diferencia y cada miembro elabora a su forma lo común familiar, gradualmente se van produciendo cambios y mutaciones toleradas en cada uno de ellos y en el conjunto familiar). Lo que ocurre, en cambio, en las familias incubadoras de patología es que no cumplen esta función continente: expulsando o prohibiendo las peculiaridades, individuales de sus miembros y no cumplen la función

Artículo

transformativa convirtiendo en tabúes y fantasmas ocultos todo aquello de lo que avergüenzan o que debilita sus mitos. (p.25)

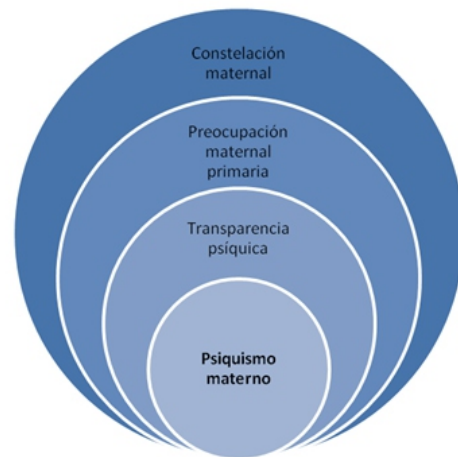
Esto se vivencia como un fracaso en el holding (función contenedora) pues para estas familias, aún disfuncional mantienen cierta coherencia en sus reglas para mantener el caos, así su misión será que nadie encuentre bienestar. Recurrirá a sus estrategias inconscientes para no cambiar, este contenido subyace en las profundidades, pero, aún así, siempre alguien resulta un eximio nadador. A la sintomatología, que devela secretos, repeticiones, destinos aparentemente ineludibles, necesitamos entenderla tomando a la persona como eslabón de la cadena que lo precede y a la que pertenece. La frase de Fonagy (1995) la historia no es destino inspira a trabajar en esa dirección, abriendo paso a la psicología perinatal en relación a su campo asistencial y preventivo.

No hace mucho tiempo las recomendaciones de los equipos de salud de la embarazada instaba a no molestarla, alejándola del stress cotidiano y de situaciones emocionales intensas que podían hacerle mal al bebé. Creo que tanto se afirmó esta creencia que de alguna manera se agudizó lo que se quería evitar: el surgimiento de conflictos, la soledad y profunda desolación en la etapa puerperal, ya que la ganancia (el bebé) borraba todos los males y no estaba permitido angustiarse frente a tal evento. Pero sabemos de la existencia de un mundo interno que lleva generaciones armándose, un psiquismo colectivo que sigue su curso, situaciones actuales para ocuparse y la oportunidad de la vivencia presente para que ese pasado sea reflexionado, desanudado.

¿Qué sucede si este proceso (el advenimiento conflictivo ancestral) ocurre durante el embarazo y/o puerperio? Pues las investigaciones han arrojado que especialmente durante este período suele aparecer algún contenido hostil. Esto configura el gran riesgo, si la palabra no circula, toda emocionalidad queda atrapada, conscientemente no dicha (por no molestar, por vergüenza, por culpa, etc) o encriptada, como decía Abraham y Torok (2005), contenido que no puede ser elaborado y queda enquistado, congelado e inconsciente para la persona; algo indecible del que no se puede hablar debido al dolor y la

culpa que evocaría. Este contenido pertenece a la herencia transgeneracional que finalmente alguien actúa, mediante síntomas de las más variadas formas. Un acto que puede llevarse a escena con un guion que se desconoce y que actúa nuestra embarazada o puerpera en cuestión, involucrando a muchos más.

Para la comprensión del entramado psiquismo materno quiero relacionar tres constructos que lo abordan:



La transparencia psíquica (Bydlowski, 1991 en Oíberman 2005) se caracteriza por un estado psíquico que atraviesa la embarazada y que puede despertar ansiedades y conflictos inconscientes. Este transitar, este velo que se levanta no sólo puede hacer pasar a la conciencia elementos penosos sino también adaptativos. La mujer está más permeable y receptiva a hacer frente a recuerdos infantiles y también, porque lo necesita, recordarse en tanto niña, ahora que va a traer al mundo a su bebé. Las representaciones maternas durante este período abrazan su propia niñez y aparece también el bebé imaginado que gesta. Facilita que su familia lo aloje en la cadena histórica generacional. La transmisión se deposita en este hijo imaginado.

La preocupación maternal primaria, descrita por Winnicott (Oíberman, 2005) que se da durante los últimos meses de gestación y los primeros del puerperio

materno, habla de un proceso por el cual la mamá se identifica con su bebé pudiendo adaptarse a las necesidades del mismo, proveerle los primeros cuidados maternos que tendrán que ver principalmente con la sobrevivencia del bebé.

La constelación maternal (Stern, 1999) hace alusión al proceso por el cual la madre despliega una nueva organización mental, subjetiva, donde en estados recientes del puerperio se relegan ciertas motivaciones propias y su energía está al servicio de nuevos intereses como mantener con vida su bebé, vincularse con él, poder pedir ayudar y recibirla para transitar esta etapa. Un nuevo sentido de mismidad, transformando su relación con el mundo externo (porque el interno ya hizo sus revoluciones) y también adoptando una nueva imagen y autoestima personal. Las representaciones maternas aquí rodean a la propia madre, porque necesita de modelos parentales a seguir o rechazar, sus funciones. Se incluyen aquí factores socioculturales que la cultura le impone a la madre.

Estos tres procesos entonces asisten a un nuevo psiquismo materno que dan lugar al maternaje, el cual puede reactivar o reeditar conflictos del pasado y potenciar situaciones problemáticas actuales sobre todo en el área relacional, en la construcción de nuevos vínculos (con ella misma, con el bebé, con su pareja, con su familia de origen, etc.). Hay quienes transitan estos procesos satisfactoriamente y otros que no, recibiendo fantasmas como decía Fraiberg (1975) ya desde la nursery. La vivencia traumática de los padres se hace presente en el vínculo con su hijo. El nacimiento puede configurarse como un life event en sí mismo (Oberman, 2005) aquellos sucesos que marcan el psiquismo, momento crucial donde comienza a gestarse la parentalidad. Se denomina así a la maternidad y paternidad psicológicas, que se construyen en el psiquismo y es producto de lo intersubjetivo y de la transmisión generacional. (Duarte, 2014, cita a Lebovici 2004) Implica haber trabajado consigo mismo y reconocer que hay algo heredado de nuestros propios padres, es decir, un legado transgeneracional.

Si bien estos procesos psicológicos han sido descriptos tomando en cuenta el psiquismo materno,

también en el psiquismo paterno obedecen cambios que lo preparan para una nueva identidad ya que en este proceso de parentalidad que construyen ambos padres, se hace presente el efecto de la transmisión inter y transgeneracional con el aditivo presente del desarrollo de la cultura, costumbres propias de entender el devenir cotidiano. Podemos hablar entonces de un psiquismo parental, que se construye con el aporte representativo de ambos, su influencia generacional y la realidad actual, independientemente de quien lleve a cargo estas funciones maternas y paternas.

Cuando la función parental es atravesada por estas incidencias pueden complicar la construcción del maternaje/paternaje. Estas dificultades pueden observarse, por ejemplo, en la consulta pediátrica en torno a los cuidados del bebé, en la alimentación, el sueño, la higiene, entre otras. La negligencia, la conducta violenta hacia un bebé, la caída de la reciente madre en estados depresivos, son algunas de las manifestaciones que llaman a la reflexión sobre esos fantasmas del pasado que han aparecido en el transcurso de estos procesos psicológicos asociados al embarazo y etapa del puerperio, sobre todo cuando no se pueden poner en marcha estas funciones continentales y transformativas referidas anteriormente en la construcción de la parentalidad.

Resulta imperioso el trabajo preventivo, la escucha y el abordaje interdisciplinario para poder dar cuenta del curso de estas dificultades que pueden ser el inicio de problemáticas vinculares y de crianza.

Bibliografía

- Abraham, N, Torok, M (2005) La corteza y el núcleo. Amorrortu. Buenos Aires.
- Aparicio, E, Pertejo, M (2018) La parentalidad: concepto y nuevos modelos de familia. Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia. Ed. Asociación española de neuropsiquiatría. Madrid. Recuperado el

25/7/2020 <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-3-Parentalidad.pdf>

Bydlowski, M. & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. Le Carnet PSY, 63(3), 30-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.063.0030> recuperado el 21-9-2020

Del Rey, P. Rodríguez, E. Sancer, A. Tayó, N (2014) Efectos del trauma ancestral silenciado. XIV Jornadas de EPCBN (Espacio psicoanalítico de Barcelona) Aperturas en psicoanálisis (III) Recuperado el 24/7/2020 <https://www.epbcn.com/pdf/del%20rey-rodriguez-sancer-tayo/2014-05-10-Efectos-del-trauma-ancestral-silenciado.pdf>

Duarte, G (2014) Convertirse en padres: de la paternidad a la parentalidad. Centro Elia Recuperado el 23/7/2020 <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/convertirse-en-padres-de-la-paternidad-a-la-parentalidad/>

Fonagy, P. (1995). Mental representations from an inter Denham, S. A., Zoller, D., & Couchoud, E. A. (1994). Generational Cognitive Science Perspective. Infant Socialization of preschoolers emotion understanding. Mental Health Journal, 15, 57-68

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14(3), 387-421. Recuperado el 28/9/2020 [https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)61442-4)

Losso, R, Losso, (2007) La fantasía inconsciente compartida familiar de elaboración transgeneracional. La familia y sus ancestros N° 2007/1 Asociación internacional de psicoanálisis de Pareja y familia. Recuperado el 25/7/2020 <https://studylib.es/doc/6126182/repeticion-transgeneracional.-elaboracion>

Oberman, A. (2005) Nacer y después...Aportes a la Psicología Perinatal. Bs. As.:JCE Ediciones
Stern, D. (1999) El nacimiento de una madre. Paidós: Buenos Aires-Barcelona-México.
Sanchez-Sánchez (2015). Recuperado en 10-10-20 de <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/Teresa-Sanchez-Sanchez.-Guiones-de-vida-transgeneracionales.-Plantilla.pdf>

La transparencia psíquica se caracteriza por un estado psíquico que atraviesa la embarazada y que puede despertar ansiedades y conflictos inconscientes. Este transitar, este velo que se levanta no sólo puede hacer pasar a la conciencia elementos penosos sino también adaptativos (Bydlowski, 1991)

Depresión postparto: de la era victoriana a la era de la pandemia



Lic. Ivana Moyano
MP.45572

Lic. En Psicología con orientación perinatal



Analía Sierra
Presidenta de Materna Salud Mental Perinatal (ONG)

Estudiante de psicología

Los seres humanos somos los mamíferos más evolucionados. En tanto seres complejos, le sumamos a nuestro bagaje genético, un cerebro evolucionado que nos permite armar, vivir y desarrollarnos dentro de una cultura. Nacemos muy indefensos, inmaduros y dependientes del vínculo de una figura que nos sostenga y satisfaga nuestras primeras necesidades básicas que son del orden de lo vital.

Nuestras figuras ma/parentales serán los primeros agentes de socialización con quienes iremos armando nuestro tejido psíquico. Se debe entender la maternidad y la paternidad humanas como procesos complejos que van mucho más allá de lo instintivo y que requieren de una mirada biopsicosocial, que exceden lo meramente biológico ya que poseen, además, un significado histórico, social, cultural y psicológico. Este enfoque plantea comprender que cada embarazo está inscripto dentro de una historia singular para cada mujer y para cada hombre, en un contexto vital determinado, con una dinámica familiar particular y única que siempre debe tenerse en cuenta.

En lo referente a la maternidad y a la paternidad humanas, es oportuno hablar de procesos durante los cuales se irán construyendo vínculos e identidades, mientras se van asumiendo nuevas funciones. Todo ello requiere de un gran movimiento identitario y un gran trabajo psíquico que suele subestimarse. Debemos remarcar que las mujeres gestantes y púerperas prestan no sólo su cuerpo, sino todo su ser a favor de la maternidad, siendo éste un acontecimiento transversal en sus vidas.

Para que un/a bebé humano/a sobreviva, necesita que su figura maternante desarrolle un proceso que denominamos maternaje y que se define como el conjunto de los procesos psico afectivos que se integran y se producen en una mujer en ocasión de la maternidad (Oberman, A. 2013). Si bien este desarrollo puede no surgir durante la primera maternidad, es condición indispensable.

La llegada de cada bebé al mundo, entonces, podemos contextualizarla dentro de lo que denominamos Período Perinatal, siendo ésta la etapa que se inicia con la irrupción del deseo de tener un/a hijo/a, pasando por la búsqueda, la concepción, el embarazo, el parto-nacimiento, el puerperio, y que culmina a los dos primeros años posteriores al parto.

Es necesario un especial abordaje para las personas que atraviesen tratamientos de fertilización humana asistida, procesos de adopción, internación de los/as bebés en las UCIN y/o duelos perinatales.

Al tratarse de una etapa de doble crisis: vital y evolutiva, resulta de gran impacto psíquico y emocional en los adultos implicados que indefectiblemente repercutirá en el bebé. Debemos esperar entonces, que se sucedan una serie de acontecimientos que los hará especialmente vulnerables, reclamando una particular mirada desde la Psicología y la Psiquiatría Perinatales.

Soy Analía y voy a dar testimonio de mi paso por la maternidad como primeriza y como debutante en un

problema de salud mental que es la Depresión PosParto (Dpp). Quería compartir un párrafo de un cuento autobiográfico que alguna vez leí en mi clase de inglés, *El empapelado amarillo* (1892) de Charlotte Perkins Gilman, que se inspira en la depresión posparto que sufrió la propia autora tras el nacimiento de su hija. Charlotte era periodista, artista y una luchadora del feminismo, escribe este cuento para que su médico neurólogo cambie su pésimo tratamiento de método habitual con el que se trataba en aquel tiempo cualquier síntoma de lo que se consideraba simple histeria femenina: la postración terapéutica; y muestra de forma clara cómo la opresión y la constante invisibilización hacia las mujeres y sus problemas pueden llevar a la degeneración mental.

“John no sabe lo que sufro. Sabe que no hay «motivo» para sufrir, y con eso le basta.

Claro que sólo son nervios. ¡Me agobian tanto que dejo de hacer lo que tendría que hacer!

¡Yo que tenía tantas ganas de ayudar a John, de servirle de descanso y de consuelo, y aquí estoy, tan joven y convertida en una carga!

Nadie se creería el esfuerzo que representa lo poco que puedo hacer: vestirme, recibir visitas y hacer pedidos.

Suerte que Mary tiene tanta maña con el bebé. ¡Qué monada de criatura!

Pero no puedo, no puedo estar con él. ¡Me pongo tan nerviosa...!” (p20)



Personalmente, durante este largo período desde mi alta y luego de darme cuenta por lo que había pasado, me tocó toparme con muchos obstáculos en el camino y fue habitual escuchar frases como “estos son problemas de esta época”, “esto no sucedía en otro momento”, “la DPP está de moda”. Charlotte nos muestra que los problemas de salud mental perinatal estuvieron presentes en la vida de las mujeres de todas las épocas. Puede cambiar el contexto, pero las mujeres aún enfrentamos casi los mismos obstáculos, y creo que los mayores de ellos son nuestros propios ideales y mandatos adquiridos.

Culturalmente, tanto la maternidad como la paternidad están asociadas únicamente a emociones positivas como felicidad, alegría, ternura, bienestar y realización personal dejando de lado cualquier tipo de ambivalencia que pudiera acontecer y que de hecho siempre se manifiestan. Se desconoce así, que convertirse en madre y padre supone procesos de duelo por la pérdida de espacios anteriormente conquistados y grandes renuncias cuyo procesamiento no tiene un tiempo único e indicado para todos/as por igual.

Los estereotipos de género y las altas expectativas puestas en los/as nuevos padres y madres suelen generar padecimiento en quienes sienten no poder cumplir con esas exigencias. Estas nuevas madres y padres recientes necesitan de nuestro apoyo y sostén para poder atravesar esta etapa vital de la manera más saludable para ellos/as y sus bebés. Los diferentes actores sociales, cada uno desde su propio contexto: familia, empresas, estado, personal sanitario y la comunidad entera, necesitamos estar informados para barrer con mitos que pueden generar padecimiento.

Los primeros síntomas se presentaron de inmediato luego de parir, debutando con un ataque de pánico durante mi internación, que nadie tuvo en cuenta. No podía entender qué me pasaba, sabía bien lo que debía sentir en ese momento y mis sentimientos estaban muy lejos de la felicidad y la plenitud que había idealizado luego de un buen embarazo. El parto no había sido el momento más feliz de mi vida, cuando colocaron a mi bebé en mi pecho no había sentido absolutamente nada. La tristeza me invadía al llegar a casa con Federico en brazos. Nada se parecía a mis construcciones

imaginadas de lo que debía ser ese momento. Mi entorno minimizó los síntomas suponiendo que eran sólo los cambios hormonales de las primeras semanas, pero yo sabía que algo más se jugaba dentro de mí.

Siendo el quinto día luego de parir en la madrugada noté que algo no andaba bien, desperté a mi marido y le dije que me estaba volviendo loca. Es difícil poner en palabras lo que pasaba por mi cabeza, era un cóctel de palabras y pensamientos, malos pensamientos que me atormentaban. Sentía que mi cabeza se manejaba sola, no tenía control alguno. Mi marido me tranquilizó, pero no me llegaba a consolar; me sentía sola, inmersa en un caos.

Las cosas fueron de mal en peor, y cuando al igual que Charlotte me encontraron frente al armario sin poder elegir la ropa para ponerme, finalmente mi familia decidió llevarme a una consulta profesional.

En la década del '70, la antropóloga estadounidense Dana Raphael (1976) desarrolló el concepto de Matrescencia para definir justamente la transición a la maternidad, comparándola con la etapa vital de la adolescencia, ya que en ambos se producen grandes y significativos cambios en los planos: hormonal, neuronal, emocional y social. Dicha transición es imposible que se produzca abruptamente, más bien hablamos de un proceso que requiere del paso del tiempo y su finalización sucede tras el posparto.

Siguiendo esta línea, resulta pertinente mencionar que, durante el embarazo, parto y/o puerperio pueden desencadenarse o reaparecer patologías en la salud mental tales como trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, ataques de pánico, depresión y hasta psicosis puerperal. Todas ellas requieren un tratamiento profesional oportuno y adecuado, muchas veces interdisciplinario y existen herramientas diagnósticas y de prevención sencillas de administrar que colaboran con la detección y el tratamiento tempranos.

Aparecen dentro del período perinatal los denominados Trastornos de la Salud Mental Perinatal. Las estadísticas internacionales señalan que 2 de cada 10 mujeres presentan un problema de salud mental durante el embarazo y primer año tras el parto. Como están sub

diagnosticados, el 75% de ellas no recibirá el tratamiento adecuado, generando trastornos en los vínculos con su bebé y su familia, altos costos para los servicios de salud, las empresas y el estado.

Los factores desencadenantes son múltiples: las vulnerabilidades genéticas, neuroquímicas, ambientales y psicológicas específicas de cada mujer. Debemos tener en cuenta, además, que esta etapa se compone de grandes ajustes adaptativos y hormonales, cambios en la rutina diaria por el cuidado del bebé y de privación del sueño. El gran cambio que supone la asunción del nuevo rol y la transición en la identidad, son variables que requieren especial atención en toda mujer en este período vital.

Todos los/as profesionales de la salud deberían tener en cuenta que el riesgo del desarrollo de problemas en la salud mental aumenta en madres adolescentes, así como también en mujeres que hayan padecido un parto traumático, tengan antecedentes de patología mental, historial previo de muerte fetal o pérdida gestacional, violencia de género o aislamiento social.

Como lo marca Ivana, todos los profesionales que están en contacto con una mujer que esté en período perinatal deberían estar capacitados para detectar a tiempo y realizar una derivación si fuera necesaria a un especialista capacitado, lamentablemente esta no fue mi suerte. El primer tratamiento que realicé fue en una institución estatal de CABA. Se me diagnosticó con depresión mayor y el tratamiento consistía en fármacos y psicoterapia. Pasaban los meses, seguía muy negativa, irritable y muy angustiada. Si bien no podía involucrarme con mi hijo y prefería estar lejos de él tampoco me hacía sentir bien que otros se encargaran de él, me sentía muy inútil. El tratamiento llevaba un tiempo y aún no sentía ningún efecto, entonces comencé a poner esperanzas en volver a trabajar, faltaba poco para terminar mi licencia, buscaba desesperadamente encontrarme de alguna manera.

El pediatra en cada consulta seguía observando y preguntándome sobre mi estado de ánimo. Al ver que el tratamiento no estaba generando ningún cambio, le sugirió a mi marido que me llevara a una psiquiatra especialista en depresión postparto. Entonces dejé el antiguo tratamiento y fui a la primera visita con la psiquiatra.

En este contexto vuelvo al trabajo, lo cual fue para peor,

no podía hacer nada, no tenía memoria, no recordaba nada, no tenía concentración. Este fue mi fracaso más rotundo, había puesto todas mis esperanzas en encontrarme, el trabajo era el centro de mi vida antes de parir, pero ahora no podía encajar en este ámbito laboral ni tampoco en casa... entonces, ¿qué era?, ¿qué hacía de mi vida? No era profesional ni madre. Me sentía atrapada, comencé a tener fuertes ideaciones suicidas, ya no tenía una mínima esperanza de salir de esta pesadilla diaria...

Tardé cinco meses y medio en llegar a un tratamiento correcto después de un intento de suicidio, ocho meses para poder ver a mi hijo a los ojos por primera vez, un año en obtener el alta. Cuatro años más tarde entendí lo que me había pasado y así fue que comencé este camino para difundir esta problemática mucho más frecuente de lo que la gente cree. Si bien obtuve el alta médica al año de mi hijo, recién a sus dos años me sentí de alta y cómoda en mi nuevo papel de madre. Sin embargo, aún no entendía bien lo que había vivido, me daba culpa y vergüenza haber atravesado esto, creo que en parte porque en mi entorno había nuevas madres a quienes no les ocurría lo mismo.

A los cuatro años de mi hijo fue cuando de casualidad encuentro por internet un artículo que hablaba sobre depresión posparto en el cual muchas mujeres de diferentes países intercambiaban sus experiencias, fue la primera vez que sentí que alguien me podía entender y lo primero que hice fue contar mi experiencia. De esta manera sin saberlo comencé con este hermoso voluntariado de apoyo de pares.

Finalmente entendí por lo que había pasado y que la falta de información fue el principal factor que había empeorado mi situación. Así comencé una cruzada personal primero por informarme, cerrar mis heridas de alguna manera y comenzar a trabajar por la Salud Mental Materna, y segundo, por acompañar a las madres que estén pasando por la misma situación.

Los altísimos índices de violencia obstétrica (77% en Argentina) padecida por las mujeres en sus partos es un factor determinante para el posterior desarrollo de Estrés Postraumático Posparto.

La principal causa de incapacidad en la mujer es la depresión (Gaynes et. al., 2005)

La depresión posparto es la primera complicación

obstétrica y está sub diagnosticada.

Ahora bien, ¿de qué hablamos cuándo hablamos de DPP?

Por lo general, el término es utilizado por los diferentes profesionales de la salud para referirse a cualquier tipo de padecimiento posnatal de una madre reciente. Es de suma importancia realizar un diagnóstico diferencial para abordar cada trastorno con el tratamiento adecuado, entendiendo que tanto la madre reciente y como su bebé necesitan establecer un vínculo saludable y el tiempo es tirano.

El espectro de los trastornos perinatales y sus prevalencias son:

*Depresión/Ansiedad en Embarazo: 8.5 - 11% (Gaynes 2005)

*Depresión Posparto: 6,5 - 12,9% (Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005)

*Trastorno de Pánico Posparto: 11% (Wisner, Pajndl and H., 1996)

*Trastorno Obsesivo-Compulsivo Posparto: 3 - 5% (Brandes, 2004)

*Trastorno por Estrés Postraumático: 1 - 6% (Creedy, Shocket, & Horsfall 2000)

*Psicosis Posparto: 1 - 4 de cada 1000 (Gaynes, 2005)

Charlotte Perkins Gilman (1982) relataba:

"No creo que valga la pena mover un dedo por nada, y me estoy volviendo espantosamente irritable y quejumbrosa.

Lloro por nada, y lloro la mayor parte del tiempo.

Desde luego no lo hago cuando John está, o cuando hay alguien más, sino cuando estoy sola.

Y paso mucho tiempo sola ahora. John tiene que quedarse muy a menudo en la ciudad, porque tiene casos graves, y Jennie es buena y me deja sola cuando quiero que lo haga." (p.32)

Por lo expuesto es que decimos que desde la era Victoriana con Charlotte hasta la actualidad, la maternidad se nos presenta solitaria. Nuestra ONG ha brindado soporte telefónico con ayuda de pares y con el grupo de reflexión de manera presencial a las madres que

lo han solicitado, siempre de manera gratuita; ese es nuestro aporte para saldar un poco esta deuda de soledad que viven las madres en posparto. Materna es el resultado de todo ese puerperio traumático: una ONG para informar, capacitar y acompañar a las mujeres que lo necesitan a no sentirse solas porque para las madres lo hostil no viene sólo del exterior.

Bibliografía

- Anthony, E. J. & Benedek, T. (1983). La Psicobiología del embarazo. En E. J. Anthony y T. Benedek (Eds). Parentalidad Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. London: Routledge.
- Brandes, M. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, 27, 104-111.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychol. Issues*, 1, 1-171.
- Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, F., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106, 1071-1083.
- Moyano, I. (2015). *Volvemos Padres. Propuestas para Organizar el Puerperio*. Buenos Aires: Atlántida Libros.
- Oberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología Perinatal*. Lugar Editorial: Buenos Aires
- Spitz, R. (1965/2013, 15ª reimpresión). *El primer año de vida del niño*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Solis-Ponton, L., & Lozada, Y. D. R. B. (2004). La parentalidad desafío para el tercer milenio: un homenaje internacional a Serge Lebovici. México, D.F: El Manual Moderno.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 295-311.
- Winnicott, D. W. (1947/1978). La haine dans le contre-transfert. En D. W. Winnicott (1978), *De la pédiatrie à*



“Finalmente entendí por lo que había pasado y que la falta de información fue el principal factor que había empeorado mi situación. Así comencé una cruzada personal primero por informarme, cerrar mis heridas de alguna manera y comenzar a trabajar por la Salud Mental Materna, y segundo, por acompañar a las madres que estén pasando por la misma situación”
-Analía-

Los pediatras responden...

El pediatra tiene un lugar privilegiado al ser el médico que recibe a la mamá y al bebé por un período largo de tiempo, luego del nacimiento, justo cuando la mamá está atravesando su puerperio. ¿Qué situaciones has notado y que han llamado tu atención en relación a la madre, al niño, al cuidado, la crianza....según tu experiencia?



Dr. Juan Perino
MP. N° 93561
Especialista en Pediatría

Dr.: Si como vos decís, el Pediatra tiene un lugar de privilegio, siendo el médico de cabecera de la familia. Y el puerperio, es un periodo de mucha vulnerabilidad, es importante responder como profesionales no solo a las inquietudes, que habitualmente son muchas, si no también ser muy perceptivo a aquellas situaciones que se presentan en este período. Las primeras consultas en la clínica, en Internación, son vitales: sentarse, mostrarnos interesados en escuchar, dar el tiempo y animar a esas consultas que dan vergüenza y no se animan a plantear, Hacen que comience una relación médico paciente única! que quizás, no se logra en otro tipo de vínculo con un profesional de la salud. y las siguientes en el Consultorio, a las 72hs del alta... y las que siguen, de acuerdo al interés y criterio médico, van generando la confianza necesaria.

Las situaciones son innumerables!!! Asociadas a las historias y folclore de Crianza de cada Progenitor, a mandatos sociales, culturales... Mbd!!! (hoy a la orden del día), con fanatismos que generan presiones, miedos, errores y peligros en la madre y el bebé. Ahí es donde debemos estar! Los pediatras!!! .

Hace muchos años, habiendo terminado mi residencia, un muy conocido pediatra se toma vacaciones y me pide que lo remplace, por unas semanas, yo agradecido por la oportunidad, acepto: Mi primera sorpresa fue la cantidad de citas que tenía en el día! La segunda fue, que el Dr. acostumbraba a atender a la vez, en dos consultorios

(Mientras terminaba de atender un paciente y la madre lo vestía, cambiaba de consultorio para empezar con otro). Pasado unos días, acude a la consulta un recién nacido con su padre y la abuela Materna, nunca voy a olvidar, cuando pregunté por la mamá .. Y el padre me contó, con tremendo desconsuelo, que la mamá se había suicidado! ... no sé como continué la consulta ni las siguientes!! Pero sí te puedo asegurar, que para mí, siendo un novato, fue un gran, gran aprendizaje. Alguien en el equipo de salud, quizás? Si Estaba con más tiempo, si prestaba atención no solo a los controles establecidos hubiera prevenido esta situación.

¿Cuál fue tu decisión en relación a intervenciones si has observado dificultades en la díada madre-hijo?

Dr.: Primero dar el tiempo necesario en las consultas, generar nuevas citas, ofrecer varios canales de atención.. y por formación y convicción, trabajar en equipo Interdisciplinario. Consultar, preguntar y armar equipos de trabajo para que cuando una situación surge, pueda tener a mano profesionales confiables de distintas áreas y comprometerme! Con los pacientes, eso hace, en lo personal que cada día, no sea una rutina aburrida, si no una reelección de mi profesión.

Los pediatras responden...



Dra. Sara Liebana
MP. N° 92776
Especialista en Pediatría
Sala N° 2 - MGP

Yo tengo 30 años de pediatra, tendría que dividir mis años de profesión. Si bien toda la vida me dediqué a la salud pública, donde siempre se consideró que era para gente de menores recursos y demás (es un poco real), hubo otros momentos que la gente de mejores recursos perdió la obra social y viene a usar a la salud pública, que es lo mejor que seguimos teniendo a pesar de todo. No quiero caer en el término "caer", porque no me parece que uno caiga en algún lugar, sino que uno tiene que utilizar los servicios.

Los primeros años de mi carrera fueron en el hospital y aparezo primero en IREM y después en el centro 2 donde el medio socio-económico-cultural era muy diferente al de ahora. Hoy se ve una degradación total de la sociedad, preocupante, en cualquier medio sociocultural y económico. Es lamentable ver que parece que el hijo sigue siendo "el mandato" o a veces lo "único que tengo", o a veces "lo que me cabió" lo digo así porque así se siente.

Estamos viendo una marcada indiferencia (hablo de lo predominante, siempre hay excepciones) marcada inmadurez por parte de los padres y/o abuelas en algunos casos que tienen 35-40 años, como a veces madres de 35 totalmente inmaduras, como madres de 18 que son una pinturita, porque también lo veo así.

El común denominador es esto la inmadurez, "no sé lo que me pasó", "él vino", "no lo esperaba", "éste no es el buscado" y todo esto se traduce en el trato, en los movimientos, en la lactancia, en como toma al bebé, en la

no mirada, en la mirada al celular que realmente es muy preocupante.

Cuando me sucede eso intervengo en el minuto cero. Trato de hacer mini charlas (que es lo que me permite el covid hoy). Se han descuidado muchos los controles, una gran crítica al sistema de Salud, a las directivas que hemos recibido pero bueno hay que hablarlo.

Y en salud mental sólo trabajan los psicólogos, que vienen algunos días, no tenemos terapeuta ocupacional, no tenemos fonoaudiólogas, porque no se puede tocar a los pacientes. Otra crítica al sistema de salud en especial a salud mental, que ha abandonado a los pacientes en un momento de pandemia, lo mismo que servicio social, recién hace dos días, después de 7 meses que están trabajando. Es un abandono total.

El trabajo en equipo que lleva esto, que requiere el insight para que se produzca esa relación madre-hijo, esa diada tan necesaria y vital diría primero por vida y luego por emociones está totalmente rota por el covid, por la falta de compromiso de jefes que no ven necesarias algunas intervenciones que cada vez más se está viendo como imprescindibles.

Los pediatras responden...



Dr. Daniel Ridolfo
MP. N° 92241
Especialista en Pediatría
Sala Nro. 2 - MGP

En primera instancia, para no repetir conceptos, coincido plenamente con la Dra. Sara Liebana, con quien comparto muchos años de trabajo en conjunto y nuestras experiencias nos llevan a conclusiones similares.

Personalmente creo que estamos viendo una etapa donde hay un gran deterioro cultural, además de económico y social. Cada vez más hay menos participación de abuelas, con experiencia, con sabiduría de años, con haber tenido crianza de hijos y que puedan transmitir su experiencia a las mamás más jóvenes. También se da el caso de que tenemos abuelas muy jóvenes, que no han tenido esa experiencia, entonces se va perdiendo "el buen consejo" como ocurría en anteriores generaciones.

Ocurre muy frecuentemente que las mamás jóvenes (que es lo más habitual), a las mamás les cuesta dejar su vida de amistades, de disfrute, de bailes y no atienden tan bien a los bebés, de manera que siguen priorizando su diversión, su juventud, sus ganas de vivir fuera de la casa y a veces los bebés no tienen la atención que necesitan. Las mamás mayores presentan preocupaciones, exagerados cuidados, sobreprotección, muchos miedos y se encuentran también con un montón de dificultades mayormente generadas por ellas mismas y a veces con las mamás de más edad cuesta que acepten nuestros consejos; así como las mamás muy jóvenes también nos ven como si fuéramos "un maestrillo ciruela" que queremos inculcarle conocimientos que ellas rechazan porque van en contra de sus creencias o de sus gustos y apetencias.

Es muy común que la diada, que yo considero que no es beneficiosa entre madre e hijo, donde el apego es exagerado, es también muy habitual el compartir la cama "colecho", la teta hasta edades muy avanzadas del bebé (que ya es niño) pero como esto le da placer a la mamá y

comodidad, entonces muchos bebés duermen prendidos a la teta junto a su madre. A veces también son los padres los que quieren seguir durmiendo y que el colecho no los moleste: le exigen a la mamá que le den teta, que lo metan en la cama sin importar los riesgos o sin tomar conciencia de los riesgos que corren. También muchas mamás, lamentablemente y a pesar de nuestra promoción de una vida más saludable, de alimentos sencillos, caseros, baratos (aprovechando ofertas). Esta gente cae en la publicidad y es común que los chicos consuman yogures, un montón de productos industrializados que la publicidad les inculca. Esto va también en desmedro porque muchas mamás como papás también (porque no tiene porqué ser solamente femenina esta obligación de preparar alimentos) han dejado de lado el preparar alimentos porque lo consideran como algo que es un desprecio de su personalidad, algo denigrante, entonces es más fácil comprar comida hecha o llamar a los delivery o snaks, comida chatarra y los niños se acostumbran a comer esas cosas, porque obviamente lo que mamá enseña a comer es lo que el chico acepta y esto no está bueno en muchos casos. Porque están desorientados y no aceptan la orientación que uno quiere ofrecerle.

También considero que estamos viendo una generación donde el "deber ser" es rechazado, hay mucha inmadurez, tiene buena prensa el ser desobediente, el hago solamente lo que me gusta y voy en contra de todas las indicaciones que me da la gente que tiene más experiencia o conocimiento. Esto es algo muy común, la madurez no tiene aprecio: hago solamente lo que me gusta, como si fuera un niño "por principio de placer" sin aprecio del deber cumplido.

También se ha hecho habitual en las mamás de hoy el uso de las pantallas, para de esta manera tener al niño absorto frente a la pantalla y eso les permite a ellas estar más liberadas. Los niños saturados de video-juegos, de televisión, de celular, de tablets, con un entretenimiento que los perturba y no les aporta ningún beneficio, al contrario, los deteriora.

Los pediatras responden...



Dra. Guillermina Orofino
MP N° 95701
Especialista en Pediatría

He observado varias situaciones a lo largo de estos años en el consultorio, pero me gustaría mencionar una situación que se viene repitiendo en este último tiempo y es el tema de la sobreinformación de las madres. La mayoría de ellas viene a la consulta con mucha información adquirida a lo largo del embarazo porque leen mucho y la información hoy en día está más accesible. Hay muchos testimonios en las redes sociales, libros de crianza, libros sobre los primeros momentos del bebé con la mamá, que provocan una expectativa muy alta sobre cómo debiera ser o cómo va a ser ese momento. Entonces cuando el bebé nace y la mamá se encuentra con ese bebé y con esta nueva situación, atravesada además por el puerperio donde aparece cierta vulnerabilidad ante "el qué dirán" y ante sus propias expectativas, es cuando la sobreinformación y las ideas preformadas sobre "cómo todo debiera ser", hacen que la mamá esté expuesta a una gran presión y eso no la ayuda.

Muchas veces les sugiero que dejen de leer y buscar en los libros y que vivan el momento presente, lo vean al bebé, sientan lo que necesita y consideren lo que ellas necesitan. Que se tengan paciencia a ellas mismas.

¿Cuál fue tu decisión en relación a intervenciones si has observado dificultades en la díada madre-hijo?

Lo primero que hago en la consulta es preguntarle a esa mamá si está acompañada (así puedo tener una idea

sobre su red de contención). Puede ser su pareja o algún miembro de su familia, en cualquier caso es importante que se ocupen de ella, de su descanso, de su alimentación y de contenerla.

Hago hincapié en que aprenda a tenerse paciencia con ella misma y poder pedir ayuda cuando lo necesite. Así como que registre su cansancio y respete las horas de descanso durante el día; que realice las cuatro comidas en lo posible variadas y que tome mucho líquido. Con esto insisto, al igual que con la compañía, y me intereso en cómo se encuentra anímicamente.

Los pediatras responden...



Guadalupe Marinone
M.P. 95376
Especialista en Pediatría

El trabajo en hospitales y guardias es siempre interdisciplinario (con TO, odontología, nutrición, psicología, etc.). Hay miles de situaciones en las que un pediatra tiene que estar atento, parar la oreja, escuchar, a ver si determinada situación puede tener un potencial riesgo tanto para el niño como para la madre, los hermanos o el padre... el trabajo del pediatra es en realidad con toda la familia, y es tratar de entender desde el inicio cómo es esa dinámica familiar en particular, qué lugar viene a ocupar ese niño, si es el primero, si fue buscado o esperado, si es de padres primerizos, si son mellizos, si el padre está o no presente, si la familia ampliada está presente, si esa presencia se da de una forma saludable o de manera invasiva...

Como ejemplos de situaciones, recuerdo el caso en uno de los hospitales donde trabajo de un paciente de un año estancado en peso y talla, que nunca tuvo una actitud positiva con los alimentos que se le ofrecían, y por presión familiar la madre interrumpe la lactancia. Había un problema con el vínculo, con la seguridad de esa madre y con toda la dinámica familiar, y se llegó a un diagnóstico que se denomina "anorexia por destete", el cual se tuvo que derivar a psicología y trabajar conjuntamente con pediatría y salud mental. Luego, en mi consultorio, el caso de una madre de un niño de dos años que derivé a una psicóloga con orientación perinatal (y no a un psicólogo infantil, como ella me había solicitado) por observar que sus expectativas respecto de lo esperable para el comportamiento de este niño no se ajustaban a la realidad, y eran esas expectativas de la madre (y no tanto las pautas del niño) lo que había que trabajar. Y también recuerdo otro

caso de una madre en postparto inmediato, con un bebé que había deseado y buscado durante años mediante tratamiento por fertilización asistida, que al volver a su casa sintió una angustia desbordante y rechazo hacia su bebé. En tal caso me comuniqué con la guardia de Salud Mental del hospital, ya que requería intervención psiquiátrica y psicológica por estar madre y bebé en riesgo. Fue una intervención aguda que hubo que realizar, y luego el vínculo pudo establecerse favorablemente. Además de estas, fueron muchas otras las situaciones que en el ámbito hospitalario hemos trabajado en equipo: casos de negligencia parental, abusos, incluso un caso (atípico pero que he visto) de Síndrome de Münchhausen en una madre hacia su hijo... situaciones en las que siempre damos intervención a psicología y/o asistentes sociales, y se hace una internación en el caso de estar el paciente en riesgo.

La Sexualidad: otra transición durante el puerperio



Lic. Marcela Vallejo

MP 47002

Lic. en Psicología con Orientación en Psicología Perinatal.

Miembro de la Sub comisión de Psicología Perinatal del Colegio de Ps. Distrito X

Psicóloga clínica en consultorio. Atención adultos, abordaje Individual y Grupal.

Coord. de grupos de acompañamiento para embarazadas y madres/padres recientes

La maternidad es un momento de cambios, los físicos son los más evidentes aunque no los únicos. El embarazo nos sitúa en un "entre" en un momento de transición, donde la identidad anterior y la nueva comienzan a solaparse, donde aún la mujer no se siente "madre", porque está en "la dulce espera" y tampoco es la mujer que era. Un tiempo de transición para este cuerpo, ahora gestante, que ya no es el cuerpo sexuado y erótico anterior a la concepción. Se podría hablar también de un tercer cuerpo, que es el cuerpo del postparto, con nuevas sensaciones, recuperándose y a veces sintiéndolo ajeno, "los pechos son del bebé".

En palabras de Natalúcia Matos Araújo (2010)

"Es el cuerpo que permite la manifestación de la sexualidad. El cuerpo que pertenece a los individuos, que es alimentado, vestido, higienizado y pasa por rutinas diarias, es un agente cultural y un local de control social. De esta forma, el cuerpo y la sexualidad son constructos sociales interconectados; y, a pesar de que la sexualidad está íntimamente relacionada con nuestras creencias e imaginaciones, no se restringe al cuerpo físico" (p2).

La sexualidad en general, y sobretodo durante el embarazo y postparto no se puede reducir a lo biológico y atribuir sus cambios a lo netamente hormonal. Debe incluirse en ella su aspecto psicológico y sociocultural. Reflexionando de qué manera impactará la historia sexual de esa persona, la historia sexual de esa pareja, la historia de esa concepción; y al mismo tiempo, el tipo de parto, la información brindada, la lactancia y la red de sostén.

De acuerdo a una investigación realizada por Cámara Roca, L, Rodríguez Rivero, A, y Martín Pérez, M (2018), sobre "Sexualidad durante el puerperio y la lactancia" se llegó a las siguientes conclusiones: el modo en que finaliza un parto,

influye en el tiempo para reanudar las relaciones sexuales, presentando bajo funcionamiento sexual a los tres y seis meses postparto, siendo más acusado en mujeres con trauma perineal y parto instrumental; las mujeres con episiotomía presentan con más frecuencia dispareunia tanto a corto como a largo plazo; en general, la multiparidad y la corta edad hacen reanudar las relaciones sexuales de forma más temprana; las mujeres que amamantan presentan una lubricación más baja, mayor dolor en las relaciones sexuales, y necesitan un mayor tiempo para reanudarlas. Así mismo se contemplaron otros factores como la educación materna, y la relación de pareja, que difieren significativamente en la función sexual postparto.

Los cambios en la sexualidad y en la percepción del propio cuerpo impactan en la pareja y en el autoestima de la mujer. Por lo tanto concluyen que sería recomendable que estos aspectos de la sexualidad perinatal, se aborden de una manera preventiva en las clases prenatales.

Ante la llegada del embarazo la mujer experimenta cambios en su cuerpo, en la manera de percibirlo, aunque haya sido buscado experimentará una crisis, por los cambios que acontecen. El hombre también experimenta cambios frente a las modificaciones gravídicas de la mujer, y en relación al coito puede aparecer el miedo de dañar al bebé por desconocimiento y disminución del deseo sexual hacia la mujer embarazada que ahora la asocia a la pureza y la ternura inhibiendo el estímulo sexual.

Los mandatos que se presentan de manera antagónicos como lo maternal versus lo erótico inciden tanto en la mujer como en el hombre, cada uno podrá ir integrando esos aspectos de acuerdo a su historia personal. La cuestión de género no pasará inadvertida en los

comentarios sociales que atravesados por la construcción historicosocial cuestionarán a la mujer devenida en madre por su vestimenta, su comportamiento y sus manifestaciones que denoten erotismo o sensualidad: “ahora que ya sos madre no deberías vestirme así”; o a la inversa “él es hombre y necesita, no lo descuides”.

La sexualidad, tema tabú que necesita ser hablado, cuestionado y hasta redefinido interna y colectivamente.

Las consultas prenatales y postnatales deberían contemplar la sexualidad como un tema que integra aspectos físicos, emocionales y socioculturales que permitan informarse y vivir la vida sexual de manera saludable; entendida según la OMS como la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social.

Los invito a ponerse en el lugar de esa mujer devenida en madre, en plena construcción de su nueva identidad, con un cuerpo cansado y desconocido, con sus pechos henchidos y los pezones agrietados, su atención esta puesta en el bebé que se ha vuelto el centro de su mundo. Ella necesitará tiempo y sostén para volver a encontrarse.

El puerperio puede ser un evento importante en la vida de las mujeres y generalmente, es un período poco abordado por los profesionales de la salud. La atención se dirige mucho más hacia los bebés y la expectativa es que la mujer asuma el papel de madre de inmediato y sin grandes dificultades.

En relación a la sexualidad es necesario realizar importantes ajustes. Considerando la sexualidad como un importante aspecto para la vida de la mujer, sabiendo las transformaciones corporales que ocurren en el período puerperal y el impacto que esas transformaciones pueden causar, es de suma importancia entender y conocer la vivencia en su singularidad en el puerperio. Sin duda es importante indagar sobre la sexualidad de las mujeres en cualquier etapa de su vida. De manera que es de vital importancia el modo en que una mujer afronta su sexualidad antes y durante el embarazo para abordar su

sexualidad en el postparto.

Como psicólogos perinatales nos queda mucho por explorar y recorrer en torno a la sexualidad durante y después del nacimiento, siendo uno de los tópicos menos abordados e investigados.

Bibliografía

- Dolor con la penetración Salim, NR; Araújo, NM; Gualda, D. (2010). Cuerpo y Sexualidad. Experiencias de puerperas. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(4):[08 pantallas] jul.-ago. 2010. Extraído el 20/05/2019 de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_11.pdf
- Cámara Roca L, Rodríguez Rivero A, Martín Pérez M Sexualidad Durante El Puerperio Y La Lactancia. II Jornadas embarazo, parto y puerperio normal (2018). disponible en https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/ginecologia_y_obstetricia/actividad_docente_e_investigadora/cursos_y_jornadas/jornadas_embarazo_parto_y_puerperio_normal/ii_jornadas_embarazo_parto_y_puerperio_normal#cmsIndex_2

Los mandatos que se presentan de manera antagónicos como lo maternal versus lo erótico inciden tanto en la mujer como en el hombre, cada uno podrá ir integrando esos aspectos de acuerdo a su historia personal.

Volver al trabajo: deseos, necesidades y posibilidades



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

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

Con formación 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 crianza



Analia Cuerdo Arango - Fotografía documental de familia

Desde la Psicología Perinatal sabemos que para la mujer, así como para toda la familia, la vuelta al trabajo luego de convertirse en madre implica importantes cambios en la ya tan cambiante vida cotidiana, enmarcada en la crisis vital y evolutiva que significa el nacimiento de un hijo. Ya sea que la madre no lo desee pero sí sea una necesidad, como que sienta el genuino deseo de retomar sus actividades fuera del rol materno, constituye una decisión que requiere en la medida de lo posible ser tomada con tiempo, a conciencia, evaluando opciones y registrando los sentimientos encontrados que puede despertar. En cualquier caso, en la decisión de retornar al trabajo

confluyen el deseo, la necesidad y las posibilidades de cada mujer, cada día madre-bebé y cada familia, dentro de un contexto sociocultural que nos atraviesa.

Hace algunos años acudió a una entrevista a mi consultorio una mujer, muy preocupada porque creía tener Depresión Postparto. Indagando acerca del motivo por el cual tenía esa certeza, la madre expresa que sentía mucha angustia sólo de pensar que debería, al cabo de unos pocos días, volver a su trabajo de ocho horas (ahora reducido a siete, contemplando una hora menos por lactancia) y dejar en casa a su bebé de cuarenta días de vida. Sentía un intenso temor a no poder separarse de él; a que la necesitara y no

poder estar para cuidarlo; a que no quisiera alimentarse mediante biberón, todas cuestiones que le generaban un gran malestar. Evidentemente, más allá del trabajo terapéutico que fuimos acordando, resultó clarificador y tranquilizador para ella el escuchar y comprender que, en su caso nada de esto tenía que ver con una condición de Depresión Postparto; que ella no tenía ningún problema por sentir aquello que estaba sintiendo, sino que se trataba de una imposición normativa que la obligaba a retomar su actividad laboral fuera de casa a destiempo de su realidad de madre aún en etapa de puerperio, con las lógicas dificultades y sentimientos que dicha situación conllevaban para ella.

Lamentablemente en la actualidad, inmersos en parámetros socioculturales que enaltecen valores como la eficiencia, el éxito, la celeridad y el afán de perfección en todas las áreas de nuestras vidas, los tiempos para el transcurrir de esta experiencia transformadora que significa para una mujer la maternidad, para la crianza, para el desarrollo de un apego seguro en el bebé, no son tenidos en cuenta en términos de procesos; debiendo cumplir con plazos arbitrarios que nada dicen de estos valiosos primeros días de vida de un bebé, y que muchas madres no sienten como propios sino impuestos. En nuestro país rigen licencias por maternidad de noventa días que -en el mejor de los casos y si el empleador lo permite- la madre puede administrar intentando trabajar lo más posible durante la gestación para hacer uso de la misma en mayor medida durante el postparto; y una paternidad en la que se contempla tan sólo un acompañamiento que, según las leyes, en muchos casos con setenta y dos horas debería ser suficiente.

Entonces, ¿qué sucede cuando no es posible elegir, y volver al trabajo se torna una necesidad? Claro está que lo que deseamos no siempre coincide con nuestras necesidades y posibilidades. Existen muchas situaciones en las que la madre desearía quedarse más tiempo en su casa cuidando a su bebé de pocos meses, pero no tiene otra opción que la de volver a trabajar. Puede suceder también, que con el paso del tiempo sienta deseos de recuperar

tiempos productivos fuera de casa, pero que no cuente con la posibilidad de dejar durante esas horas a su hijo con una persona o en un lugar (familiares, guardería, niñera) -ya que a veces no conviene económicamente salir a trabajar si el costo del cuidado del bebé es igual o mayor-. En cualquier caso, cuando nuestra realidad no es del todo compatible con nuestros deseos, estas decisiones suelen ser aún más difíciles, todavía más si nos aferramos a ciertas reglas generales o máximas sobre lo que es mejor para una madre y/o un bebé, que no contemplan la complejidad y variedad de escenarios que se pueden presentar.

Como sucede con tantas otras cuestiones que hacen a la maternidad y la crianza, suelen escucharse comentarios a modo de reglas generales, fórmulas o máximas que se repiten y circulan entre conocidos, familiares y amigos. Desde las opiniones que afirman que lo más saludable es volver al trabajo y recuperar la vida personal lo antes posible, hasta la idea de que una madre debe quedarse en casa cuidando a su hijo al menos durante el primer año de vida para que crezca cerca de ella y se sienta seguro. Estas afirmaciones genéricas no pueden aplicarse a modo de manual de instrucciones para todas las familias, ya que podrían ir en contra de lo que cada madre en su particularidad desea para su propia experiencia, generando en ella sensaciones de culpa y autorreproches. Sin dudas aquello que la madre desee, si es realizado a conciencia y respetando los modos más saludables y adecuados posibles, será lo mejor para esa familia en particular.

De cualquier modo, y sea que la vuelta al trabajo se dé por elección o por necesidad, lo más importante será el modo en que este cambio en la vida de esa madre y ese bebé se vaya sucediendo. Entonces, el acompañamiento desde la psicología perinatal ante la vuelta al trabajo durante el puerperio puede abordarse pensando con respecto a cada día en la integración de deseos, necesidades y posibilidades; trabajando sobre cómo sobrellevar esta vuelta del modo más saludable posible en términos de un proceso de adaptación a un nuevo cambio.

Entender así el retorno a la actividad laboral de una madre en tanto proceso, nos permitirá su consideración en otros tiempos, propios, respetuosos, distintos a los que nuestra sociedad de inmediatez nos tiene acostumbrados. En este tiempo, mamá y bebé deberán adecuarse paulatinamente, dando pequeños pasos.

Desde su nacimiento, el bebé desarrolla un vínculo de apego (Bowlby, 1989) con sus padres -o con quienes cumplan esa función- con quienes se siente protegido, seguro, y de los que naturalmente teme separarse. A su vez la madre, en todo ese primer tiempo en que permanece casi constantemente con su bebé, desarrolla una capacidad de cuidado, protección, y esa preocupación maternal primaria (Minnicott, 1983) que del mismo modo puede hacer difícil para ella también la separación. Por lo cual, es de vital importancia que dicha separación se dé lenta y sistemáticamente, con tiempos que se hagan progresivamente mayores conforme el tiempo transcurre y el vínculo continúa transformándose.

Entablando cierto paralelismo con el llamado "período de adaptación" tan conocido y nombrado por familias y docentes de niveles maternal e inicial de educación, mamá y bebé se encuentran aquí ante un nuevo momento, un nuevo cambio, que en tanto sea comprendido, sostenido y respetado, seguramente transcurrirá con menor malestar y costo emocional para ambos. Entonces, si pensamos en el acompañamiento de una madre en la decisión y planificación de la vuelta al trabajo, ese modo de atravesar esta separación transitoria del niño y su madre (o padres) es un buen ejemplo de cómo puede realizarse este proceso de una manera saludable: no sólo respetando los tiempos de adaptación del niño -que debe habituarse a estar al cuidado de otros y sin la presencia de su principal figura de apego- si no también los tiempos de la mamá -para quien sin dudas no estar con su hijo por varias horas podrá resultar algo angustiante o al menos movilizante-. Se piensa de este modo en un proceso de adaptación que podría replicarse en todas las otras situaciones en las que una madre, por decisión, deseo o necesidad llegue al momento de dejar a su bebé al cuidado de otras personas (es decir, no sólo pensado para el caso de una guardería o

jardín maternal sino también cuando se trate de familiares, niñera, etc.). Desde un proceso psicoterapéutico con orientación perinatal, es posible sostener las bases para que la madre y la familia toda elaboren su propio "período de adaptación", no estandarizado sino único y personal, para que de este modo la madre elabore paulatinamente las emociones y vivencias que despierta el hecho de que otras personas estén a cargo del cuidado del bebé, salir de casa, volver a tener tiempo consigo misma, realizar alguna actividad (laboral u otra) que había quedado relegada; y el bebé evite la vivencia de un desapego abrupto y sean respetados también sus tiempos y posibilidades, de acuerdo con su edad, su momento y su desarrollo emocional y evolutivo.

En todos los casos, resultará de vital importancia la escucha de todo lo relativo a temores, fantasías, expectativas de esa madre y esa diada en particular; así como la clarificación y puesta en palabras del hecho de que en el proceso de volver a trabajar luego de ser mamá resulta completamente esperable la manifestación de sentimientos encontrados o -aparentemente- contradictorios (satisfacción por hacer algo distinto, angustia por no saber cómo estará el bebé, tranquilidad y relax, preocupación o culpa), la realidad de que no todos los días el salir de su casa se sentirá igual (ya que no se trata de un proceso lineal y unívoco), así como la posibilidad de que lo que haya planificado con respecto a sus tiempos y sus roles (trabajadora, mamá, etc.) pueda variar en el camino de ése -tan cambiante- proceso.

Sin dudas aquello que la madre desee, si es realizado a conciencia y respetando los modos más saludables y adecuados posibles, será lo mejor para esa familia en particular

Últimamente voy puérpera perdida

de Myriam Moya Tena

Últimamente voy puérpera perdida...
 Hay un hombre y un bebé que caminan desde hace
 más de un año por esta hermosa senda junto a mí,
 no sé si es un poema todavía pero es mi
 puerperio...

Últimamente voy
 puerpera perdida,
 despeinada,
 sonrisa boca-oreja,
 catarata de lágrimas
 a ratos azul claro,
 a ratos gris.

Ando desaparejada en calcetines,
 radiante, con ojeras,
 ando cambiante en tallas de sostenes,
 sin excusas ni esquinas
 en este tu/mi hogar,
 en esta cueva
 ando mitad guarida y laberinto,
 ando loba, infantil, recién nacida,
 ando viejísima recogiendo miedos,
 con los pechos al aire medio día,
 bella, sin depilar.

Ando de calle, parque,
 ando de sombra,
 ando de subidón de oxitocina,
 no cuento tomas, sueños, ni pañales,
 sólo tú...

Últimamente voy
 puérpera perdida,
 a veces sola (lo reconozco),
 sola entre multitudes,
 incomprendida,

incomprensible,
 buscando tribu.

Ando revuelta, removida,
 río salvaje, meandros,
 coágulos de sangre,
 MELA, mar.

Ando hablando de partos,
 tengo largas conversaciones
 con una cicatriz...

Ando nueva de libido,
 en la experiencia sexual más fuerte de mi vida.
 Siento, hombre mío, no siempre encontrar
 hueco para ti.

Ando de balbuceos, monosílabos,
 ando de tatatatata y mamamama
 dispuesta, disponible,
 minutos, horas, días, meses, año...
 ando también de libro, ando de web.

Ando desaprendiendo, constelando,
 escarbando en mi infancia,

largo viaje...

Últimamente voy
 puerpera perdida,
 ando hija mía todavía
 en esta tu/mi iniciación.

Myriam Moya Tena 07/04/2011 Recuperado de
<http://www.enminusculas.com/2011/04/ultimamente-voy.html>

Puerperio con Humor

Queríamos atravesar esta etapa de puerperio con un poco de humor.

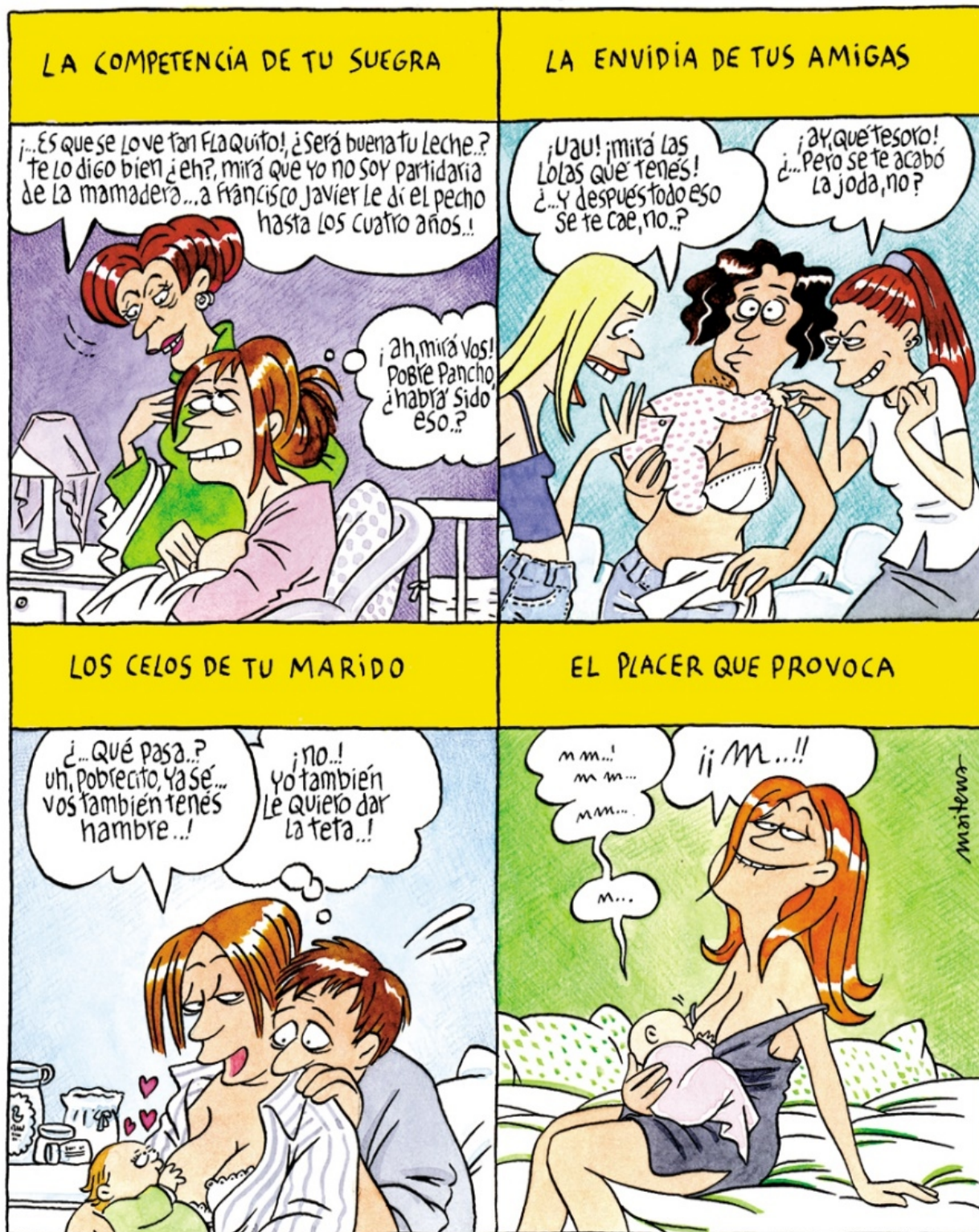
Contactamos vía instagram @maitenaburunda y gentilmente colaboró con nosotras. Uno de los grandes temas lo constituye la lactancia.

Ella escribió:

Hola Patricia, creo que el título es " esas cosas que nadie te avisa a la hora de amamantar", beso!

25-9-2020

Gracias Maitena!!!





Infancias Respetadas intenta ensayar algunas respuestas a estos interrogantes, basadas fundamentalmente en el trabajo interdisciplinario con familias y niños pequeños.

Desde el punto de vista de la psicología, la crianza respetuosa, el psicoanálisis y el constante diálogo con otras disciplinas, Ivana Raschkovan busca cuestionar algunas creencias culturales que aún forman parte de nuestra tradición. En estas páginas se invita al lector a deconstruir mitos tales como el que, si a un niño se lo toma en brazos demasiado tiempo, se "mal acostumbra".

Este libro no persigue transmitir un manual de instrucciones ni una escuela para padres, menos aún, una imposición o bajada de línea acerca de tal o cual forma de crianza, sino que nos invita a revisar costumbres y tradiciones culturales a la luz de los paradigmas actuales y desde la perspectiva del respeto recíproco.

En un lenguaje accesible y ameno, el lector encontrará reflexiones e interrogantes acerca de temas que interesan a la mayoría de las familias y profesionales que trabajan en primera infancia: los primeros vínculos, el colecho, la lactancia, la alimentación complementaria, la regulación emocional y muchos temas más.

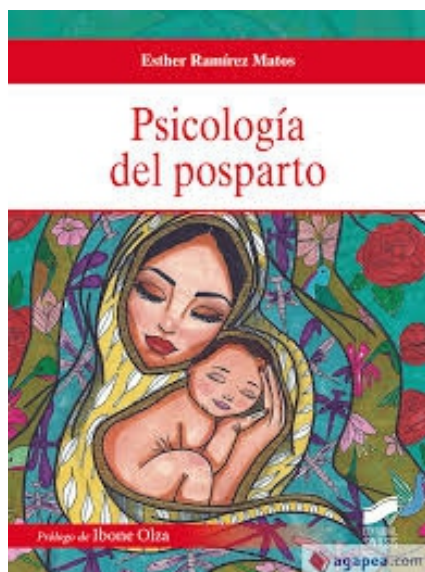


Las buenas mamás tienen pensamientos aterradoros: una guía curativa para los miedos secretos de las nuevas madres

por: Karen Kleiman Ilustrado por MollyMcIntyre

Más del 90 por ciento de las nuevas madres tendrán pensamientos intrusivos y aterradoros sobre su bebé y sobre ellas mismas. ¿Y si lo dejo caer? ¿Qué pasa si rompo y lastimo a mi bebé? La maternidad es tan difícil. No sé si realmente quiero hacer esto más. ¡Dios, soy tan terrible por pensar eso!

Sin embargo, para muchas madres, esos pensamientos permanecen secretos, escondidos en la vergüenza que te hace sentir aún peor. Pero estas son las buenas noticias: ¡PUEDES sentirte mejor! La autora Karen Kleiman, coautora del libro seminal *This Isn't What I Expected* y fundadora del aclamado Postpartum Stress Center, ayuda a las nuevas madres de todo el mundo con una nueva e innovadora fuente de esperanza, compasión y ayuda experta. *GoodMothersHaveScaryThoughts* está repleto de orientación de primer nivel, ejercicios sencillos y casi 50 caricaturas de la campaña viral #speakthesecret que ayudan a las nuevas mamás a validar sus sentimientos, compartir sus miedos y comenzar a sentirse mejor. *GoodMomsHaveScaryThoughts* es el recurso de referencia para las mamás, las parejas y las familias de todo el mundo que necesitan ayuda durante este período difícil.



En nuestra sociedad, las madres recientes son instadas a atravesar con urgencia su posparto para volver a la normalidad, una normalidad definida con criterios que ignoran los procesos psíquicos universales de dicha etapa. Este hecho no solo puede generar estrés por el desajuste entre expectativas y realidad, también puede llevar a la pérdida del enorme potencial transformador del puerperio y del maravilloso barbecho, claves para la construcción de la seguridad y la autoestima de la diada madre-bebé, así como del vínculo entre ambos.

Este texto profundiza en los procesos fisiológicos y emocionales propios de la diada durante el posparto, que cada madre vivirá de forma diferente según su situación particular y su biografía. También ofrece un acercamiento a la psicopatología que puede acontecer en este periodo, siempre con una mirada amplia e integradora sobre las causas, así como una guía de abordaje clínico para ayudar a la madre y, por ende, a su bebé y su familia

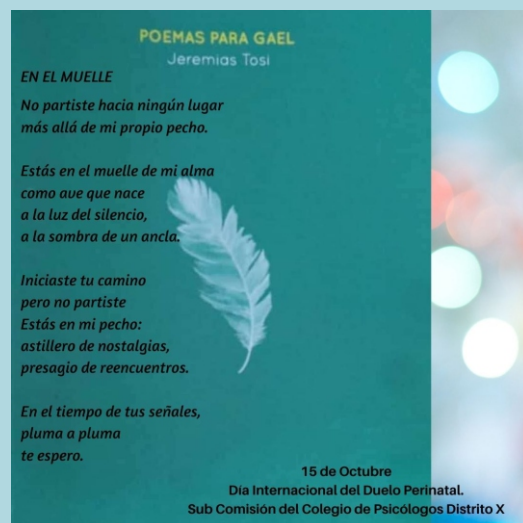
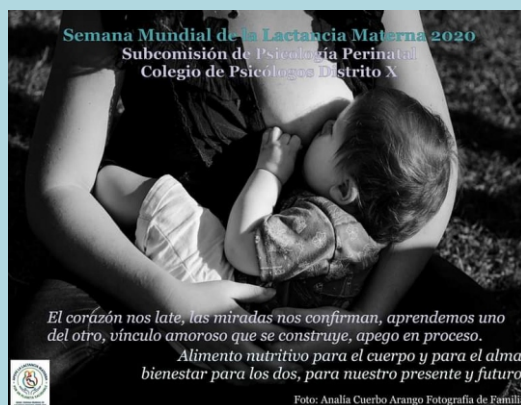
Se trata de una reivindicación de la maternidad como eje central de la sociedad, y de las madres como figuras poderosas que atesoran y gestan el bienestar de las generaciones futuras. El posparto es una etapa esencial y única para la diada madre-bebé, un asunto privado pero con enormes implicaciones psicosociales; por eso ha de ser cuidado y protegido, para así salvaguardar el bienestar de ambos y la salud actual y futura del sistema familiar y social.

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

La sub comisión, creada en el colegio en el mes de marzo de 2018, ha seguido trabajando de manera online durante todo este tiempo de pandemia.

·Visibilizando las diferentes conmemoraciones que tienen que ver con la psicoperinatología como por ejemplo los siguientes post: Semana mundial de la Lactancia Materna, el Día internacional del duelo perinatal, semana de la prematuridad. El 17 de noviembre se realizó un Encuentro: Historias Prematuras donde padres, familiares de prematuros/as, equipos de salud nos reunimos para compartir experiencias vividas y el impacto generalizado en nuestras vidas.

·Publicación del número 2 de la revista PERINATAL 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.



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

El encuentro Historias Prematuras se llevó a cabo el 17 de noviembre Día Internacional de la Prematuridad.

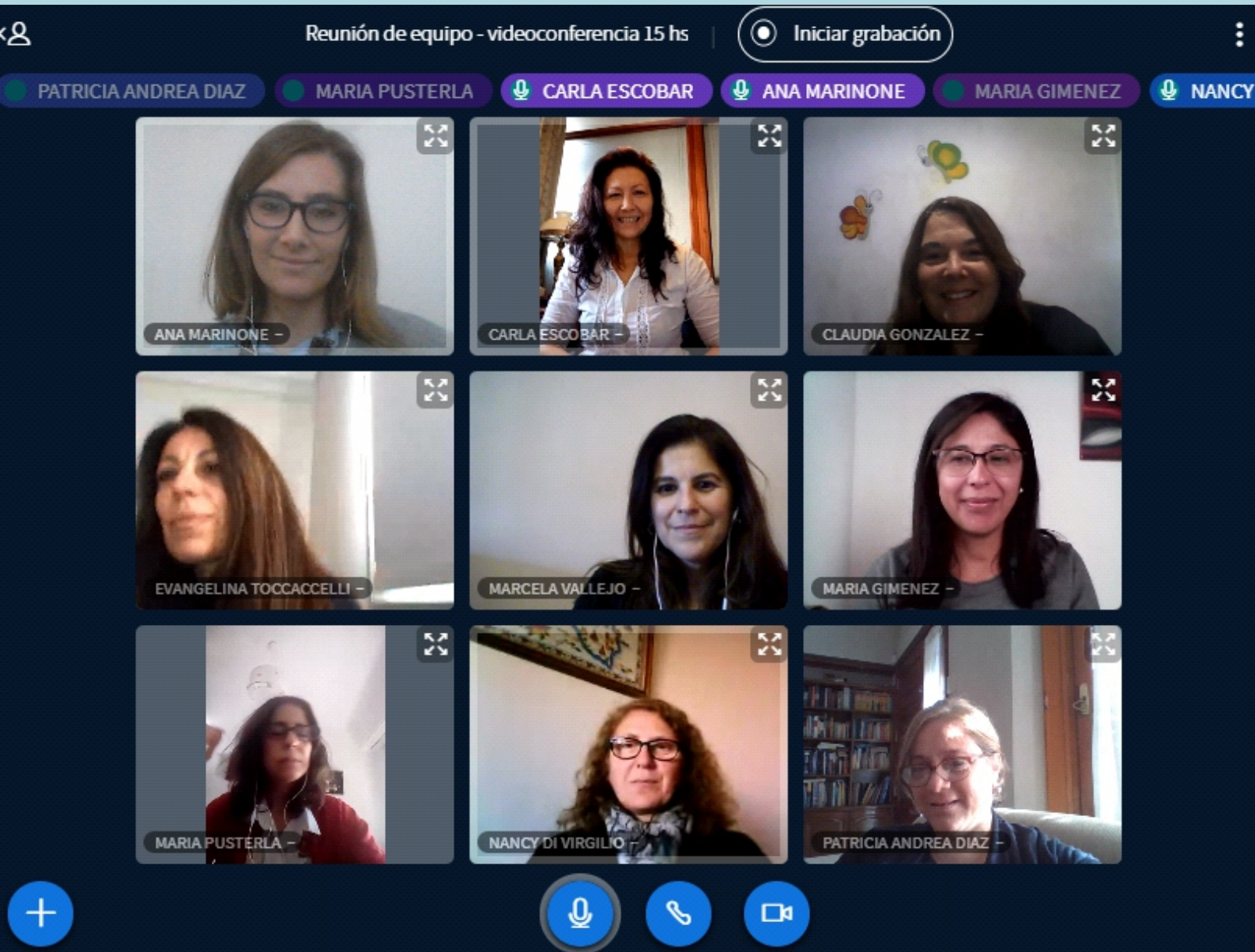
Coincidimos madres y profesionales de salud en compartir íntimamente nuestras experiencias en relación a la Prematurez, el impacto del nacimiento, los sentimientos y emociones, el vínculo, la familia, la crianza. Compartimos relatos conocidos y creamos nuevos que nos siguen acompañando y favorecen nuestra capacidad de adaptación.

Un encuentro único, con actividades, video y música, pero por sobre todo con la palabra, constructora de puentes, contenedora, inspiradora.

Agradecemos a todos los que han concurrido a este encuentro con el corazón en la mano.



PERINATAL



Integrantes de la Subcomisión de Psicología Perinatal:

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

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

PERINATAL



NÚMERO 3, DICIEMBRE 2020



PERINATAL



WWW.PSICOLOGOSDISTRITOX.ORG