

REVISTA PERINATAL

ARGENTINA



COLECCIONES
PERINATALES



Publicación oficial de EPPICA, Mar del Plata, Pcia de Buenos Aires, Argentina
Para especialistas, profesionales de la salud, estudiantes y personas interesadas en general



E.P.P.I.C.A

Equipo de Psicología Perinatal
Investigación, Capacitación y Asistencia

WWW.EPPICA.AR

Publicación realizada por E.P.P.I.C.A (Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación y Asistencia)

Título de la publicación: COLECCIONES PERINATALES

N° de edición: 4, Septiembre 2023

Domicilio: Almafuerde 1797 Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina

Dirección y coordinación general: Esp. Lic. Patricia A. Díaz

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

Corrección: Esp. Lic. Nancy Di Virgilio

Foto de tapa: Analía Cuerdo Arango

Fotografías: Analía Cuerdo Arango

Integrantes equipo editor asociado: Esp. Lic. Patricia A. Díaz
Esp. Lic. Nancy Di Virgilio
Esp. Lic. María Giménez
Lic. Carla Escobar
Ps. María Pusterla
Lic. Marcela Vallejo
Esp. Lic. Ana Marinone
Lic. Claudia Gonzalez

ISSN 2953-4429

Colaboraciones en **Revista Perinatal Argentina**: son bienvenidos artículos, opiniones, reflexiones, investigaciones, escritos originales de interés para la comunidad de profesionales de la psicología y de la salud que traten temáticas relacionadas con esta área. Estos aportes serán recibidos a través de nuestro mail: revistaperinatal@eppica.ar

Cualquier información sobre pautas de publicación solicitarlo al mail citado.

Las opiniones de los autores no necesariamente reflejan la postura de la dirección o de los integrantes del equipo editorial de **E.P.P.I.C.A**. El comité editorial de Revista Perinatal Argentina 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 y adecuarlo al perfil de la revista.

Es una publicación de Acceso Abierto que posee algunos derechos reservados bajo licencia Creative Commons: se permite usar la obra y generar otras derivadas, siempre y cuando esos usos NO tengan fines comerciales y las obras derivadas lleven una licencia idéntica a la obra original reconociendo a los/as autores y/o autoras.



**COLECCIONES
PERINATALES**

>CONTENIDO

EDITORIAL

Colecciones Perinatales

Esp. Lic. Diaz Patricia

ARTÍCULO

Entre muros y pañales.

Avatares de la Psicología Perinatal en el ámbito hospitalario

Esp. Lic. Marianela Fernández

ENTREVISTA

Lic. Noelia Viñas Núñez

Maternidades Fumigadas

por **Esp. Lic. Patricia A. Díaz**

ARTÍCULO

Visibilización de la Negación del Embarazo

Esp. Lic. Patricia A. Díaz

ARTÍCULO

DEPRESIÓN PERINATAL: desafíos clínicos y terapéuticos

Dra Mariana Nieves Piazza

ARTÍCULO

La maternidad: una huella en el cerebro

Dra. María Antonieta Génova

ENTREVISTA

Lic. Belén Quesada

La osteopatía en el período perinatal

por **Lic. Carla Escobar**

ARTÍCULO

Maternidad ¿postergada?

Entre la desilusión y la esperanza

Esp. Lic. Ana Marinone

ARTÍCULO

Algunas reflexiones sobre Lactancia Materna:

el otro “oro blanco” que no cotiza

Esp. Lic. Diaz Patricia

Ps. María Pusterla

RECOMENDADOS

Libros y Series

ACTIVIDADES DE E.P.P.I.C.A

COMUNICADOS DE E.P.P.I.C.A

CONVOCATORIA FOTO DE TAPA

Analía Cuerdo Arango

3

5

12

17

22

28

34

39

42

44

47

60

61

71

76

EDITORIAL.

SEPTIEMBRE 2023

COLECCIONES PERINATALES



Foto: Bitácora de lectura, Agustina de Diego. FERA (2020)

Tanto como el deseo de Alice Munro es mi anhelo que esta carta editorial y la colección de artículos traspase fronteras, quizá menos ambiciosas, quizá un poco más cercanas, como lo es la ventana de tu computadora. Estar a un click de distancia nos conmueve y motiva a seguir con una nueva publicación de Revista Perinatal Argentina.

Esta revista se presenta en forma diferente a las que venimos editando ya que cuenta con variedad de escritos, con lo psicoperinatal como eje transversal. El área es vasta y así, comenzamos con esta publicación que no será la única con este formato. Permanentemente recibimos a profesionales del ámbito de la salud y las ciencias sociales que desean publicar sus artículos, y nos vimos en la hermosa tarea de conquistar nuevas formas para alojarlos.

La palabra "colección" viene a jugarlos un recuerdo, casi de la infancia, cuando coleccionábamos objetos, fotos, discos, libros, posters... Quizá como persona adulta también lo hagas, y es nuestro deseo que puedas coleccionar artículos de interés sobre temáticas variadas. Y también que se funcionalicen como disparadores de posibles búsquedas según tu tránsito por esta área.

Siempre considero que estamos colaborando con la historia porque, en definitiva, como creadoras de contenido, nos ubica en ese lugar maravilloso de generar y recibir propuestas que a más de una persona motiva con el inicio de un proyecto, corrobora algunas intuiciones, refuta hipótesis o abraza narrativas propias.

Invito entonces a sumergimos en los escritos realizados por colegas de muchos campos que rodean lo perinatal:

Entre muros y pañales, Marianela Fernández muestra los avatares de la psicología perinatal en el ámbito hospitalario. En sus palabras: *En ese entrecruzamiento de discursos, intervenciones, tiempos y dinámicas institucionales, "nace un espacio-lugar para repensar-nos" y para "repensar nuestras estrategias terapéuticas" sobre un quehacer ancestral que nos atraviesa a todos: El nacimiento y sus vicisitudes.*

Maternidades fumigadas: Noelia Viñas Núñez relata las consecuencias de gestar y criar en un ambiente rodeado de agrotóxicos, no sólo con el impacto ambiental y físico que conlleva sino con la huella desesperada emocional que se hace carne, una vulnerabilidad que ata a muchas personas a vivir un futuro desesperanzador.

Visibilización de la negación del embarazo: este escrito de mi autoría viene a profundizar algunos aspectos relacionados con este fenómeno y la complicada tarea de gestionar una posible acción preventiva sobre el mismo. Es nuestra tarea como profesionales del ámbito perinatal ponerle voz a este fenómeno desconocido en primera instancia por la persona gestante y como consecuencia, por la sociedad toda.



Depresión perinatal **María Nieves Piazza**, escribe sobre los desafíos a la hora de tratar con pacientes que están atravesando una posible depresión perinatal, la diferenciación con otros estados de ánimo puerperales y lo delicado que es la administración de la medicación, considerando los riesgos y beneficios que conlleva tanto la presencia como la ausencia de ella.

La maternidad, una huella en el cerebro. **María Antonieta Génova** escribe sobre cómo el estado de embarazo imprime cambios permanentes en el cerebro de la mujer, considerando a esta etapa muy plástica a nivel cerebral en la vida adulta. Maternidad y adolescencia, dos etapas que encuentran similitudes en relación a estas huellas. Nos habla de la matrescencia, esta etapa de neuroplasticidad que acompaña la transición a la maternidad.

La Osteópata Belén Quesada cuenta cómo la osteopatía, una práctica desconocida por muchos, se ha desarrollado en el tiempo; e ilustra cómo el cuerpo mismo encuentra procesos regulatorios para sanar. Disciplina muy útil para preparar el cuerpo para la maternidad, parto y los avatares de la crianza, como también por los beneficios que aporta en el trabajo mismo con bebés. Considerada por la OMS una profesión de primera intención, viene a integrar junto con otras disciplinas, todo este proceso de cuidado al cual permanentemente hacemos referencia en la perinatalidad.

Reflexiones sobre las maternidades postergadas: nuestra compañera y colega Ana Marinone reflexiona acerca de ese estado cíclico que viven las personas en busca de su maternidad. Entre la desilusión y la esperanza: el destiempo entre ritmos biológicos y psicológicos.

Reflexiones sobre Lactancia Materna: nuestra colega María Pusterla y quien escribe reflexionamos acerca del lema de este año dedicado a visibilizar el proceso de lactancia en relación a la actividad laboral que muchas personas retoman luego de su licencia

Sugerencias de libros, series y películas, junto a las actividades realizadas por E.P.P.I.C.A en esta primera parte del año, completan esta octava edición.

Gracias por leernos, siempre es grato recibirles.

Lic. Patricia A. Díaz
Especialista en Ps. Perinatal y de la primera infancia
Directora y coordinadora editorial



Entre muros y pañales.

“Avatares de la Psicología Perinatal en el ámbito hospitalario”

Esp. Lic. Mariana Fernández

RESUMEN

La atención psicológica en el ámbito hospitalario representa una modalidad de intervención de alta complejidad. Se deben incluir las características particulares del contexto y las dinámicas que forman parte de cada institución hospitalaria.

El/la Psicólogo/a Perinatal interviene desde el momento en que surgiría el deseo de hijo/a, acompañando a las familias contemporáneas en el proceso de ser ma/padres. Cada parto es único, cada bebé que llega lo hace en un momento y espacio diferente.

Para llevar a cabo sus intervenciones, el psicólogo perinatal precisa conocer, adaptarse y construir progresivamente un lenguaje común con el resto de los profesionales del equipo de salud con los que trabaja, pero sin perder lo específico de su especialidad.

En ese entrecruzamiento de discursos, intervenciones, tiempos y dinámicas institucionales, “nace un espacio-lugar para repensar-nos” y para “repensar nuestras estrategias terapéuticas” sobre un quehacer ancestral que nos atraviesa a todos: El nacimiento y sus vicisitudes.

Palabras Clave

Psicología Perinatal – Hospital – Intervenciones – Avatares – Interdisciplina

La guardia hospitalaria comienza en una mañana muy fría. Se ingresa a un hospital público del conurbano bonaerense y llegamos hasta el Servicio de Neonatología junto a cuatro alumnas de la Carrera de Especialización en Psicología Perinatal y de la Primera Infancia del Colegio de Psicólogos del Distrito XIII, a quienes acompaño en el rol de tutora de su formación y prácticas hospitalarias.

En la puerta del mismo se observa la presencia de algunas mujeres que, se supone, serían mamás de bebés internados. Una vez dentro de la Neo, se disponen las pertenencias en el locker destinado para Psicología Perinatal, cuya conquista no fue una tarea simple y que se

perdería meses después del receso estival. Resulta increíble, y a la vez no, pensar que cada espacio perinatal, tanto físico como simbólico, haya sido conseguido de esa manera. Se vuelve a salir del servicio para comenzar la recorrida institucional por los espacios que se transitarán durante la práctica y con los que articula Psicología Perinatal: Sala de Maternidad, Trabajo Social, Docencia e Investigación, Registro Civil, y el bar del hospital.

De vuelta en el Servicio de Neo, se presenta a las cuatro alumnas que concurren por primera vez esa jornada ante los



profesionales de dicho servicio: enfermeros, personal de maestranza y neonatólogos. Se recuerda junto a ellas la organización espacial de la Neo: Unidad de Recuperación Nutricional o Sector de Niños Sanos, Unidad de Terapia Intermedia, Unidad de Terapia Intensiva y Unidad de aislamiento; se repasa la función de cada uno. A continuación, se inicia el rooming-in de los bebés internados en dicho servicio. A medida que se avanza por los sectores, se huele en el aire una sensación de fragilidad cada vez más intensa, que se debe a la complejidad creciente que se percibe en los tipos de incubadoras y máquinas, en el accionar de los profesionales y en las características de los bebés: peso, edad gestacional, gravedad del cuadro, color de la piel, necesidad de soporte vital.

Se observa un ir y venir de profesionales

-enfermeros, sobre todo- que, al igual que las psicólogas perinatales, se encuentran realizando el control diario de los bebés. Se realiza la observación de bebés, se acerca el Jefe de Servicio y se conversa próximo a las incubadoras sobre algunos bebés en particular: el caso de un posible diagnóstico de Trisomía 21 todavía no confirmado, y el de una bebé de cuatro meses con una patología neurológica prenatal cuya familia la visita con poca frecuencia. Ante esto, se decide entrevistar a la mamá o papá a la brevedad cuando asistieran al servicio durante el día.

De pronto, una enfermera pasa e indica, con un tono de voz elevado e imperativo, que no se puede hablar en ese sector ya que ella tiene allí un bebé hipertenso, el cual se alteraría con los ruidos fuertes. Una vez más, aparece la sensación de "estar entorpeciendo el trabajo de



otros". Inmediatamente se considera su señalamiento para nuestra tarea y se prosigue el intercambio con el Jefe en el box de seguimiento de prematuros.

Se ha desarrollado un modelo asistencial específicamente creado para intervenir en situaciones relacionadas a la maternidad. Este modelo debido a lo específico de la temática que aborda, requirió innovar el modelo de la psicología tradicional caracterizado por la derivación por interconsulta y turnos, desarrollando uno nuevo basado en la atención interdisciplinaria y en guardia lo cual permite la atención psicológica en el lugar y momento en que se requiere de la intervención del Psicólogo Perinatal, cuidando a la madre y al recién nacido, así como al equipo asistencial médico y enfermeras. Así mismo, para este fin en los hospitales se trabaja con dispositivos específicos para cada área de intervención psicológica perinatal:

-Entrevista Psicológica Perinatal (EPP): entrevista psicológica semidirigida que permite valorar la dimensión psicosocial de la maternidad, detectando sucesos significativos de vida que puede influir en el momento del embarazo, parto y puerperio.

-El Dispositivo Psico-obstétrico: el mismo se basa en una guardia diurna en trabajo interdisciplinario con obstetras, tanto durante internación obstétrica, en sala de partos y cesáreas e intraquirúrgicos obstétricos.

-Sala de Internación Conjunta madre-hijo: Screening de registro materno: instrumento desarrollado para detectar

situaciones de riesgo en díadas madre sana-bebé sano. Un psicólogo acompaña el rooming-in médico en trabajo interdisciplinario con neonatólogos.

-Neonatología: Escala de observación del vínculo madre-bebé internado en incubadora que permite detectar situaciones vinculares de riesgo.

-Consultorio de seguimiento de niños de alto riesgo: Evaluación cognoscitiva y psicomotriz de bebés egresados del Servicio de Neonatología que hemos seguido en conjunto con los neonatólogos en los primeros meses de vida.

-Talleres de crianza: Espacio gestado con los profesionales de enfermería, nutrición y servicio social para reflexionar en grupo con las mamás de la sala de maternidad, brindando herramientas y tejiendo redes entre pares para la crianza cotidiana con sus bebés (pautas de alimentación, lactancia, cuidados de salud integral, sueño, acompañamiento y sostén emocional, el regreso al hogar, entre otras).

Importantes investigaciones y trabajos clínicos han producido conocimientos que permiten una mayor eficacia en la detección precoz de alteraciones en el período pre y posnatal, así como la posibilidad de intervenciones -preventivas y/o terapéuticas. Muchas veces, el proceso salud-enfermedad, en esta etapa, es preponderantemente abordado por los médicos y con un enfoque que lleva en muchos casos a la fragmentación en la atención de la salud de la madre puérpera y su bebé. Así, se podría pensar en la





fragmentación entre lo físico y lo psíquico, entre la atención de la madre por un lado y del niño por otro, o entre lo individual y lo familiar-social. Por el contrario, la salud debe ser considerada como el resultado de un proceso en el que interactúan factores biogenéticos, psicológicos, sociales, culturales o históricos.

El abordaje interdisciplinario, el trabajo en equipo y el desarrollo de ideologías comunes compartidas por todos los profesionales de la salud, es una solución al enfoque parcializado de los problemas de la madre el bebé y su familia (Bowlby, 1982). Por ello, es tan necesaria la integración plena del Psicólogo Perinatal a los equipos de salud de los hospitales materno infantiles, con el objetivo de ser un agente de salud mental que pueda incorporarse a los servicios de guardia de los servicios donde los menesteres perinatales son

los protagonistas.

Al encontrar una mamá que llora junto a la incubadora de su bebé en la Unidad de Terapia Intermedia, es preciso acercarse y preguntarle por qué está su bebé en Neo. Ella afirma que es por una dificultad respiratoria. Se percibe que su angustia no se condice con el motivo de internación y por ello se indaga qué le dijeron los médicos de su bebé y qué entendió ella de todo eso. La intervención psicológica perinatal apunta a poner en palabras las fantasías, miedos y demás preocupaciones que podrían obstaculizar la interacción con el bebé internado; así como también, aportar claridad sobre el diagnóstico, el cual muchas veces no logra ser comprendido por el impacto mismo de la internación o porque la información médica ofrecida no ha sido suficientemente clara porque se trata de un “niño de alto riesgo”



(Nikodem, 2009).

Se finaliza la jornada realizando una devolución de los casos abordados y analizando las implicancias subjetivas de la labor ese día en esa guardia. A partir de ello, es preciso preguntarse cuál será la representación inconsciente que construyen los profesionales respecto a los bebés que atienden y cuidan y respecto a otros colegas del área de la Salud como Psicología Perinatal que también se interesan en ellos... ¿Será que es difícil entender el ritmo diferente en el que se observa e interviene desde la Psicología Perinatal, necesariamente dispar en el que ellos proceden?

Los hospitales son el espacio físico y simbólico donde ha ido gestándose el dispositivo de Psicología Perinatal desde hace muchas décadas en nuestro país. Muchas veces se intenta encuadrar al psicólogo que realiza tareas en el área perinatal de Neonatología, obstetricia, seguimiento de bebés de riesgo en el sector de Salud Mental general, con sus horarios y prácticas de consultorio. Trabajamos en un sector entre pañales, tetas, mamaderas, sacaleches, mantitas y chupetes donde las mujeres paren en otro tiempo.

Un área como la maternidad, donde lo fantástico que ocurre en los cuerpos reales está atravesado por lo fantasmático que ocurre en algún lugar del sujeto, de forma indisoluble y otorgando sentido humano a todo el proceso, no puede abordarse sin una determinación profesional a conectar y articular esos niveles, los suyos y los de quien/es tiene enfrente.

Un profesional psicólogo que trabaje en Neo, en Pediatría o en Obstetricia y recorra las salas de internación conjunta en el sector de maternidad, pero al mismo tiempo maneje un lenguaje psicológico y que paralelamente haga el pase con los médicos a la vez que tenga habilitado el presentar en las reuniones de equipo del servicio de Salud Mental las vicisitudes de los diferentes casos en seguimiento. En muchas ocasiones e instituciones a lo largo de la historia de la Psicología Perinatal en Argentina ha sido muy difícil de encuadrar, tanto como lo es una situación de maternidad que no sea del todo feliz o del todo trágica, en cuyo caso ya no hay maternidad y hay duelo, egreso del hospital y psicoterapia posterior.

Y se sabe que en todas las instituciones circulan prejuicios, medias verdades, conflictos inherentes al ser humano, malestares, rivalidades, disputas territoriales. Muchas veces, aparece otro discurso, alejado del modelo médico hegemónico, reactivo a la medicalización de los partos, que por oposición también idealiza la maternidad sin dar lugar a los matices. Se hace indispensable la presencia allí entonces de un profesional Psicólogo Perinatal dispuesto a navegar en las sombras de lo ambiguo, a traer a la luz al niño de los fantasmas para que la madre pueda dejar de temer al niño real, a escuchar cosas horribles que existen en el alma y que solo dejan de ser tan horribles o pueden mutar en algo ligado al amor cuando pueden hacer ese pasaje por distintos registros: de algún lugar del sujeto a una imagen mental y de ahí a la expresión verbal, corporal, interactuante con otro



enfrente que pueda leer y traducir todo ese camino (Mathelin, C., 1998).

Quien lee y traduce, el Psicólogo Perinatal, no lo hace sólo con su "mente", sino también registra efectos en el cuerpo, el impulso a sostener a un niño que parece caer, a abrazar e incorporar a una mujer recientemente madre biológica que cree desfallecer, el sentir el nudo en el pecho ante un duelo que no es expresado por el duelo. Miles de situaciones que van y vienen del cuerpo a la emoción, la psiquis y el intelecto; y que sólo en un tiempo posterior, cuando pensamos el caso, ubicamos concretamente en uno u otro lugar (Fernández y Cols., 2019).

En el ser humano el fenómeno de la maternidad excede el hecho biológico, teniendo un significado a nivel cultural, social y psicológico (Oberman, 2001). Este proceso en el que se incluye el embarazo, parto y puerperio, representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. Es decir, el hecho biológico de parir un bebé indica que la mujer tuvo un hijo. Empero transformarse en una madre y desplegar el ma/paternaje, saber qué necesita un bebé, calmarlo, estimularlo, entre otras, dependerá de múltiples factores.

La Primera Infancia es una etapa fundamental y crítica en el desarrollo del ser humano. El crecimiento físico tiene su máxima velocidad y el sistema nervioso central su mayor grado de plasticidad, permitiendo que las condiciones negativas o positivas del ambiente biológico, social y físico afecten en uno u otro sentido el desarrollo.

La intervención psicológica perinatal adecuada, oportuna y precisa mediante el trabajo de observación de los bebés -quienes

en muchos casos dan cuenta de que su crianza y vínculos se ven amenazados y perturbados por causas muy diversas- es clave para detectar retrasos y anomalías en su desarrollo.

Es importante tender muchas redes empáticas y fuertes para instalar en el ámbito hospitalario público o privado la idea de que cada bebé y niño pequeño debe recibir vigilancia de su desarrollo para la detección precoz de signos e intervención temprana que garantice una mejor calidad de vida.

También considerar que todo cuidador infantil temprano debería tener información del desarrollo normal de cada niño y de sus potenciales alteraciones, para detección precoz y logro de colaboración en el desarrollo saludable de los mismos.

Desde el abordaje integral de la salud en los complejos y valiosos ámbitos hospitalarios se necesita continuar profundizando en todas las intervenciones interdisciplinarias que tratan de evitar la presencia del daño físico y/o funcional en los niños, de acuerdo a los factores de riesgo presentes por el vínculo con sus progenitores o ambiente de crianza.

El tiempo de las guardias perinatales

En el trabajo en las guardias hospitalarias se vive otro tiempo, un "tiempo sin tiempo", que se presenta por momentos intenso y lento y otras tan fugaz y veloz, que sería imposible dimensionarlo. Un tiempo subjetivo muy singular para médicos, enfermeras, psicólogas perinatales, bebés, madres, padres, familiares que se corresponde con el nacimiento, el dolor, la espera, el cansancio, la esperanza y la desesperanza, la enfermedad y la salud, la historia personal y las



miles de historias familiares, la vida y la muerte entramadas en un solo tejido indisoluble.

En ese tiempo tan particular a veces parece tan difícil poder detenerse unos minutos a reflexionar ya que es un hacer in situ permanente, característica de cualquier guardia hospitalaria. A ello se suma, además, que se trabaja desde un abordaje terapéutico para las crisis, con las urgencias subjetivas de la vida que llega, de la muerte que irrumpe, de la enfermedad que se hace presente con toda la crudeza y más que el psiquismo humano puede procesar, aceptar, entender, elaborar, imaginar.

Sin embargo, es indispensable detenerse unos minutos y hasta muchas veces horas para reflexionar, repensar, analizar, cuestionar el quehacer hospitalario como psicólogos perinatales en el campo de batalla, nuestras sensaciones y dificultades. (Fernández, 2013).

Las incógnitas que surgen llevan a revisar el propio posicionamiento teórico y práctico del psicólogo perinatal, así como también la propia ética y la incumbencia profesional específica que delimita la elección de intervenir y trabajar en Psicología Perinatal y Primera Infancia.

Esp. Lic. Marianela Fernández

Licenciada en Psicología (UBA). Especialista en Psicología Perinatal y de la Primera Infancia. Directora de la Carrera de Especialización en Psicología Perinatal y de la Primera Infancia (CPLZ). Psicóloga de planta en Salud Mental en Hospital L. Meléndez (Región VI). Docente universitaria de grado y posgrado en UFLO, UAI y UAA. Docente de Psicología Perinatal en Facultad de Psicología (UBA). Psicoterapeuta de niños y adolescentes.

ma.nelafernandez@gmail.com



BIBLIOGRAFÍA

- Bowlby, J. (1982). Los cuidados maternos y la salud mental. Humanitas. Bs. As.*
- Fernández, M., Gomez, M. C., Dehollainz, I. (2019). Algunas observaciones sobre el abordaje desde la Psicología Perinatal. En Construyendo lazos, haciendo letra. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito XIII.*
- Fernández, M. (2013). Cómo aprendí psicología perinatal. En Nacer y acompañar. Lugar Editorial.*
- Escardó, V. (2016). Cuidado de cuidadores. Dispositivos grupales y técnicas de intervención. Noveduc.*
- Mathelin, C. (1998). Clínica psicoanalítica con bebés prematuros. Ed. Nueva Visión.*
- Nikodem, M. (2009). Niños de alto riesgo. Paidós*
- Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. Psicodebate, 1, 87-91. <https://doi.org/10.18682/pd.v1i0.525>*



Entrevista a la Lic. Noelia Núñez.



Maternidades Fumigadas

*Lic en Psicología con orientación Perinatal y Reproductiva -
Docente de Postgrado en Escuela de Especialización en Salud Mental Perinatal con orientación interdisciplinaria. COLPSIBA Distrito XV*

En el año 2019 la Subcomisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos Distrito X, la cual integramos todas las profesionales de E.P.I.C.A, inauguró una mesa de trabajo interdistrital entre todas las comisiones de ps. perinatal de los colegios de la pcía. de Bs As. La dinámica lleva a que sucesivamente cada colegio sea anfitrión en los encuentros con frecuencia bianual. Hoy día las reuniones se han extendido a todas las comisiones del país. Es así que en el mes de abril el colegio de San Isidro, distrito XV propuso una ponencia de la Lic. Noelia Viñas Núñez conjuntamente con el área de investigación de la ESMP de la institución, que se tituló “Impacto de la Salud Mental en mujeres y madres que residen en zonas fumigadas por agrotóxicos en la República Argentina”.

De allí surge nuestro interés en dialogar con la Lic. Núñez acerca de esta temática.

Esp. Lic. Patricia A. Díaz

Maternidades Fumigadas es un término que no se escucha con frecuencia, ¿a qué te referís con él?

Creo que es un término que impacta, una forma de nombrar que no se suele escuchar. Como profesionales de la salud

mental sabemos la importancia que tienen las palabras, cómo resuenan, validan, invalidan y significan una situación o estado de cosas. Me pareció que hablar de Maternidades Fumigadas era lo suficientemente contundente para que quien lo escuchara al menos quisiera “parar la oreja” y eso ya era mucho. Es un



término con el cuál intenté condensar muchas cuestiones, pero básicamente todo aquello, además del cuerpo físico, que queda arrasado, fumigado, enfermo, envenenado, afectado en la vida de aquellas mujeres y madres que habitan en zonas afectadas por la exposición a agrotóxicos. Y aclaro que ya el uso mismo de la palabra Agrotóxico implica en mi decir una toma de posición al respecto. Hay palabras más amigables, agroquímicos, fitosanitarios, pero no hacen justicia a los efectos adversos que generan en la salud integral de las personas y sus comunidades, por eso las palabras y el modo en que las usamos es muy importante.

Desde hace ya mucho tiempo se viene relevando el impacto negativo del modelo agroindustrial vigente en la salud de las mujeres y cuerpos gestantes expuestos a agrotóxicos (herbicidas, pesticidas y fungicidas). La

propuesta es focalizar en el impacto en la salud mental y reproductiva desde una mirada perinatal que será el puntapié para un enfoque complejo y transdisciplinar. Necesitamos dialogar con otras disciplinas y saberes, contextualizar y territorializar nuestras preguntas y posibles respuestas.

¿Cuáles son las consecuencias de esos “cuerpos en territorio” insertos en zonas fumigadas?

Las problemáticas son múltiples. Es importante considerar que las personas, no sólo estamos, sino que “somos” en un territorio. Ese habitar un territorio específico nos construye y constituye como sujetos. Vivir en zonas fumigadas por agrotóxicos genera impacto en el cuerpo físico pero simbólicamente, también impacta a nivel



subjetivo. Por mucho tiempo y en la actualidad en muchas localidades de nuestro país, las personas que se ven afectadas por las fumigaciones, aún no vinculan las problemáticas de salud que padecen en sus cuerpos, o las enfermedades de sus hijos, vecinos, amigos con el ambiente en el que viven. El saber es poder decía Foucault, y en muchas de estas zonas donde la labor principal es la agrícola se promulga que, bien utilizados estos químicos no impactan en la salud. Hay que analizar cuestiones como percepción del riesgo, por ejemplo. Para poder registrar un riesgo, primero tengo que saber, tengo que tener información.

Desde hace más de una década existen numerosas investigaciones y estudios científicos que evidencian los efectos nocivos del glifosato y otros agrotóxicos.

Actualmente las agrupaciones de médicos de pueblos fumigados, la Asociación Argentina de Pediatría en 2020, el Dr. Damián Verseñazzi desde la Universidad Nacional de Rosario y otros tantos como el fallecido Dr Andrés Carrasco, quien fue médico en biología molecular, presidente del CONICET y jefe del laboratorio de embriología de la Universidad Nacional de Buenos Aires, han publicado investigaciones sobre el efecto de diversos agroquímicos en la salud de las personas y el impacto ambiental que su utilización genera en los territorios que habitan. El glifosato entre otros agrotóxicos, como la atrazina, finopril, clorpirifos y los cocteles entre ellos, se utilizan en cultivos de maíz y soja transgénica, cultivos de tabaco, algodón, etc. incrementando, la incidencia de cáncer y cáncer infantil, diversas patologías neuroendocrinas, alteraciones en la fertilidad y salud reproductiva de varones y

mujeres, pubertad precoz, abortos frecuentes, malformaciones congénitas graves, prematurez, muerte neonatal, etc.

Los estudios demuestran que el impacto en el ADN, hace que las consecuencias de la exposición sean transmisibles de generación en generación, aunque los hijos o los nietos de las personas que sufren hoy exposición a fumigaciones, no residan en un lugar afectado.

¿Cuál es el impacto en la salud mental perinatal en las zonas fumigadas por agrotóxicos?

Imaginemos vivir en un ambiente en el cual, el aire que respiramos, el agua que tomamos, el suelo que pisamos y las sustancias con las que trabajamos, si somos trabajadores/as de la tierra, nos enferman y envenenan continuamente. Imaginemos no saber que ese es el motivo por el cual nuestra salud reproductiva y fertilidad se ve afectada. Imaginemos sufrir abortos recurrentes con el impacto psíquico que esto tiene para las personas. Pensemos en que nuestros hijos enfermen en el vientre o fuera de él. Imaginemos luego ser conscientes y saber que el lugar donde vivimos es parte del problema de salud que padecemos y del riesgo que representa para la salud de nuestros hijos. Imaginemos no poder hacer nada con ello, no poder mudarnos, no tener recursos o información al respecto. Imaginemos que no hay lugar seguro en el que no se respire veneno y que la escuela a la que acuden nuestros hijos sea fumigada incumpliendo ordenanzas municipales y debamos buscarlos en el hospital con un shock de intoxicación que, con suerte, algunos médicos se animarán a registrar como



tal. Imaginemos tener que viajar frecuentemente por tratamientos con un niño enfermo, alejarnos de nuestro pueblo, dejar otros hijos si los hubiere en el pueblo, o ciudad que residimos, eso implica miedos, temores, ansiedades, perjuicios económicos, etc.. Pensemos en no poder asistir al trabajo por cuidado de hijos enfermos o con discapacidad, imaginemos no poder denunciar por temor a perder el trabajo, imaginemos el impacto subjetivo de ver sufrir a un hijo enfermo y ni hablar del dolor irreparable por fallecimiento de un hijo. Pensar en Maternidades Fumigadas implica pensar en todas estas variables y a la vez ayudarse de numerosas disciplinas, geografía, educación ambiental, geografía social y de género, antropología, salud socioambiental, psicología perinatal, salud mental, salud reproductiva, derechos humanos, géneros, ecofeminismos, para nombrar algunas. No sólo se fumigan cuerpos, se fumigan ilusiones, proyectos, deseos, amores, personas, historias, territorios por eso es tan complejo el problema como la posible solución.

¿Cómo llegaste a investigar sobre esta temática y cómo te atraviesa en tu vida personal?

Fue en pandemia que comenzó mi interés sobre estas temáticas, mi compañero de vida estaba finalizando su tesis de especialización y había elegido pensar la educación ambiental en escuelas rurales fumigadas por agrotóxicos. Luego inició un espacio de entrevistas sobre temáticas de educación ambiental y yo escuchaba. Aprendía y pensaba con él, pero yo escuchaba otras cosas, básicamente el padecimiento

emocional. Yo ponía el oído en: “me dan palpitations cada vez que escucho la avioneta”, “yo enterré a una hija de dos años que murió de cáncer, la llevé en un cajoncito blanco”, “soy maestra y tengo cáncer hace tres años, otras compañeras también”, “los nenes faltan porque se enferman”, “en primavera, época de fumigaciones, al hospital llega la mayor tasa de abortos del año, pero eso no se registra” y tantas otras frases.

Personalmente esta temática me atraviesa desde mi propia historia personal, he padecido en carne propia las dificultades reproductivas y el dolor anímico que implica cada pérdida. Acompaño hoy día desde la psicología perinatal a muchas mujeres y parejas que enfrentan diagnósticos de infertilidad y



tratamientos de reproducción asistida. Cada vez más personas tienen que atravesar afecciones de salud derivadas del ambiente en el que viven, y eso es en parte por la desidia y perversidad de unos pocos, para quienes las personas son sólo un daño colateral de un modelo industrial que oculta severas consecuencias, pero también hay desinterés político en hacer visible estas realidades. En lo personal luego de indignarme y angustiarme, pensé ¿qué puedo hacer? Y esto es lo que sé hacer, pensar complejamente las cosas, hacer asociaciones, armar ideas rebuscadas, crear relaciones, escribir, difundir, hablar con precisión y sobre todo escuchar. Nuestra carrera es muy solitaria a veces, más si la pensamos sólo desde la actividad del consultorio. Necesitamos vernos como parte del territorio, comprometernos profesionalmente con las comunidades que habitamos. Es imperioso salir de la cueva académica y mirar hacia afuera. Es interesante y desafiante dialogar con otras disciplinas que no conocen nuestro idioma y conversar, aprender de ellos y con ellos, aprender de otros saberes que tienen las comunidades, y ponerse a crear, empezar a hacerse preguntas, multiplicarlas, no cerrar respuestas.

Y es hermoso, por otra parte, soñar con un mundo un poquito más justo, aunque parezca medio zonzo, acompañando las necesidades que la época nos impone, estando dónde nadie pensó que las/os psicólogas/os perinatales podíamos tener algo que aportar, animándonos a estar a la altura de las circunstancias, aunque el enemigo sea enorme, haciendo lo que sabemos hacer, acompañar el sufrimiento humano.



Visibilización de la negación del Embarazo

¿Cómo hacer visible algo que se desconoce, que para nadie existe?

Esp. Lic. Patricia Díaz

El fenómeno de la negación del embarazo

Sophie Marinopoulos (2007) en su libro “La Negación del embarazo” menciona que, si la madre no lo piensa, la sociedad tampoco. ¿Cómo entrar en la psiquis de alguien si no piden por ello o no nos abren la puerta? Resulta imposible hasta que algo molesta y usualmente las personas consultan, posiblemente porque sus áreas relacionales se ven perjudicadas con un sentimiento coartado con respecto a su propio bienestar. O en este caso en particular, cuando en la negación del embarazo, irrumpe el nacimiento.

Así, como el pasajero clandestino en este proceso perinatal, es el silencio en la sociedad que existe en relación a este fenómeno que sucede con más frecuencia de lo que quisiéramos admitir. Objeto de top shows y programas de televisión con temáticas excepcionales, parece han dejado fuera la real angustia que este hecho conlleva, el impacto, despersonalización y confusión cuando la mujer advierte haber parido (y muchas veces se niega hasta la evidencia real, el bebé). Constituye también un trabajo pendiente para las políticas en salud mental perinatal y sanitarias en general.

Se identifica como negación del embarazo cuando este último no es advertido luego del primer trimestre. Puede ser total, cuando no se devela hasta el momento del parto o parcial cuando la mujer se da cuenta en el transcurso del embarazo. Curiosamente en este último, cuando sucede, el embarazo se hace visible rápidamente como si la psiquis le diera permiso al cuerpo para manifestarse, porque hasta tanto la persona mantiene su cuerpo intacto, quizá con variaciones menores, pero sin el abdomen abultado como solemos reconocer a las mujeres embarazadas. Se reconoce hoy en día que la negación del embarazo es una manifestación polimórfica en su expresión. Las mujeres que han presentado negación del embarazo no muestran ninguna característica específica con respecto a su edad, categorías socioprofesionales, niveles de educación, su estado civil y de paridad. Existe una gran variabilidad diagnóstica, destacando una serie de trastornos desde la ausencia de cualquier patología encontrada a menudo llamada “trastorno de adaptación” hasta la esquizofrenia. Sí llama la atención, que el cuadro de negación del embarazo se da en una mayoría abrumadora en los países occidentales. Pero quizá esto sea relativo también pues lo que se desconoce en ciertas partes del mundo es porque no puede ser nombrado o escrito.

En relación a lo psicopatológico, el vínculo con su nosografía es poco claro ya que estas mujeres se encuentran en una situación de emergencia donde difícilmente se pueda realizar un diagnóstico certero. Muy a menudo, dada la sorpresa y los sentimientos involucrados ante el hecho



evidente, hace que se manifiesten particularmente esquivas a la atención o intervención de profesionales.

En ocasiones con **negaciones parciales**, aquellas donde el embarazo es advertido durante la gestación, se puede implementar un plan de sostenimiento y acompañamiento perinatal, favoreciendo la construcción del maternaje y el alojamiento psíquico del bebé. El abanico de sentimientos que aparece frente a ello, sobre todo la culpa, son muchos y de toda índole.

En otras, cuando la **negación es total** y el nacimiento irrumpe en la vida y psiquis de esa mujer gestante, la problemática se agudiza por el impacto, llevando a estados de shock, despersonalización, confusión.

Cuando Benoit Bayle, (2016) introdujo una posible interpretación de este fenómeno, en su libro "La negación del embarazo un problema de la gestación psíquica" dio cuenta de lo importante que es este alojamiento y entrada en la psiquis de la mujer y de todos los mecanismos psicológicos ausentes que se dan en la construcción del maternaje, resultado de la gestación psíquica.



Foto Mariana Montrazi

Ideologías que ahogan

Las Ideologías sobre la construcción de la maternidad son vastas, ideas de buena o mala madre en la historia de la humanidad son cíclicas. Cada período histórico dicta los cánones aceptables sobre lo que significa ser buena o mala madre y aun así deconstruyendo mandatos, los impone la sociedad no dándose cuenta de ello... ¿o tal vez sí? En redes sociales se enfatiza esta situación de la mano de influencers, madres, familias, profesionales que imponen cierto ideal, apoyada por marcas que promocionan su accionar. Muy difícil es **ser la madre que se puede ser** con esta invasión mediática. Inclusive sigue siendo difícil **ser mujer** aún hoy en ciertos aspectos. No obstante, hemos de reconocer la ayuda que para algunas personas ocasiona. Nosotras lo vemos en nuestro consultorio cuando surge esta profunda contradicción que excede la contemplación en una pantalla y sale o se evidencia en el círculo de relaciones. No pocas veces las mujeres que pasan por una negación



del embarazo son objeto de malos tratos, violencia y una catarata de prejuicios, teñidas de malas madres por su aparente accionar despreocupado y distante.

La visibilización de este fenómeno no agota la preocupación generalizada que de él se desprende tanto para las mujeres que lo han transitado como para profesionales de la salud que nos ocupamos de ello. Es grave que ocurra, tengamos en cuenta en palabras de Bayle (2008) que de todos modos se da una gestación psíquicamente inadvertida de un mecanismo de negación, así, se gesta una negación.

Un intento de visibilización y concientización

A medida que se investiga sobre este fenómeno se evidencian saltos en el tiempo donde el avance en su conocimiento parece desvanecerse, las observaciones clínicas continúan sin poder precisar posible origen, causas. Las investigaciones hasta el momento coinciden en su carácter multicausal, impredecible y con vivencias similares por quienes lo transitan.

Sin embargo, sigue preocupando y mucho la salud mental materna, el vínculo posterior y crianza. La psicología perinatal en su carácter preventivo tiene hasta el momento como única salida la visibilización de este problema.

¿Qué podemos hacer desde nuestro lugar?

Darlo a conocer en primera medida, el fenómeno de la negación del embarazo existe. La literatura es escasa aún, y existen pocas investigaciones aisladas a lo largo del tiempo.

Aquí en Argentina, desde E.P.P.I.C.A se está llevando a cabo una línea de investigación sobre “Las representaciones sociales de la negación del embarazo”, (Esp. Lic. Patricia Díaz junto a la colaboración de la Esp. Lic. Nancy Di Virgilio)

Paralelamente otra investigación está tomando lugar: Incidencias de factores psicosociales en la negación del embarazo. (Tesis de doctorado de la Esp. Lic. Patricia Díaz)

El grupo UBA-CIIPME-CONICET liderado por la Dra. Alicia Oiberman se ha interesado por la temática y lleva abordándolo mucho tiempo, descubriendo así de su trabajo en hospitales, un porcentaje considerable de situaciones de negación del embarazo.

A nivel internacional se rescata este interesante estudio multicéntrico en relación a la negación del embarazo y la construcción del apego. Protocolo de estudio: Negación del embarazo y desarrollo infantil temprano: un estudio prospectivo observacional de casos y controles. Hospital Universitario de Reims, Francia.

Es importante mencionar también el trabajo de colegas en experiencias judicializadas



de negación del embarazo donde la tarea es enorme, tratando de visibilizar y explicar a jurados incrédulos que este fenómeno es posible y por supuesto trae consecuencias devastadoras.

No existe la posibilidad de prevenir que este fenómeno siga ocurriendo por el momento, porque obedece a muchísimas causales, pero siendo objeto de abordaje, pensamiento y su necesidad de ser visibilizado como proceso perinatal, es posible que el porcentaje de negaciones del embarazo, cambie. Actualmente, lo que arrojan las investigaciones, es un estimado de 1 nacimiento cada 500 en casos de negaciones parciales, y 1 cada 1000 aproximadamente de negaciones totales. Muy parecido a las estadísticas de nacimientos de personas con Síndrome de Down y sobrepasando los embarazos de gemelos y trillizos.

La negación del embarazo no puede pasar desapercibida en su consideración en manos de profesionales de la salud y la sociedad toda. Mientras se siga señalando a la mujer como única responsable de ello, la incredulidad se apodera del saber social, reduciéndolo este hecho a un imaginario imposible y con ello se reduce la posibilidad de idear estrategias para su consideración y abordaje. La negación del embarazo, por resultar casi increíble como fenómeno que lleva al cuerpo a comportarse como cómplice de este suceso, ...lleva al señalamiento de la mujer (por si le faltaran señalamientos y cuestionamientos), como portadora de todas las dudas y responsabilidades de las consecuencias que ello trae.

Hace poco tiempo leí un libro de tres abogadas argentinas "Dicen que tuve un bebé", donde muestran la cantidad de mujeres privadas de su libertad por "cometer neonaticidio" luego de una negación del embarazo. ¿Cómo cuidar de un bebé recién nacido, luego de un parto en avalancha, desmayada y sola en un cuarto de baño? Obviamente el bebé murió por falta de asistencia y por eso fue su condena. Una entre tantas en todo el mundo. Además, dejan ver el destrato para con estas mujeres de sectores vulnerables de la sociedad en los casos del libro. Historizando una posible vida, enjuiciándolas, sin siquiera haber mediado alguna pregunta para con ellas. Este tema conlleva mucha controversia, por ello es importante incorporarlo como un evento perinatal y no solo como un evento susceptible de ser criminalizado.

Gran parte de la negligencia de agentes de salud es no agotar recursos de exploración en la evaluación clínica en sus consultas y guiarse simplemente por el discurso parcializado de la paciente. El diagnóstico diferencial es importante en todo momento. No da lo mismo recetar un medicamento que realizar una indagación más precisa, con el gran aporte de encontrar un embarazo silencioso, por llamarlo de otra manera. Porque se da muchas veces, que las mujeres consultan por malestares ocasionados por la gestación, pero son atribuidos a otros cuadros de origen gastrointestinal, lumbar, etc. La mujer relata lo que sabe y supone, no lo que no sabe de sí.

Entonces ¿qué se puede hacer desde el sistema de salud?

Sería importante que a toda mujer en edad fértil se le indicase la realización de una ecografía, como práctica de rutina, específicamente si los síntomas se alojan en la zona



estomacal, intestinal y/o lumbar.

En los centros asistenciales, hospitales, clínicas sería oportuno que profesionales del área de la psicología perinatal puedan integrarse a la guardia y equipos interdisciplinarios, por éste fenómeno específico y tantos otros que son inherentes al momento del parto y puerperio psíquico inmediato.

La negación del embarazo es un fenómeno obstétrico, del orden de lo perinatal, ya que rodea al nacimiento una gestación silenciosa para la mujer y su contexto. Nadie lo gesta psíquica y corporalmente. El bebé real irrumpe en la psiquis de la mujer, que no se había imaginado madre de ese bebé, ni ensayado su existencia, inclusive intergeneracionalmente. Tampoco nadie preguntó por él, por ella. ¿Quién es este bebé que durante meses se nutrió, creció sin ser advertido? Posiblemente un extraño. Luego de un parto confuso, ya en brazos de alguien es evidente su existencia, ¿quién lo alojará ahora?

BIBLIOGRAFÍA

- Bayle, B. (2016). *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Eres Editorial. Francia
- Díaz, P (2020). *El psicólogo perinatal ante la negación del embarazo: negación del embarazo y transmisión inter y transgeneracional*. Cap. III. *Nacer y cuidar. Clínica Perinatal: pacientes, contexto, teorías y técnicas*. JCE Ediciones. Pags. 143-165.
- Marinoupolos, S. (2007). *La negación del embarazo*. Disponible en https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/TA_Deni_grossesse.pdf
- Carrera, M; Saralegui Ferrante, N.; Orrego-Hoyos, G. (2020). *Dicen que tuve un bebé*. Siglo Veintiuno editores. Buenos Aires



DEPRESIÓN PERINATAL: DESAFÍOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS

Dra Mariana Nieves Piazza

Resumen

La depresión posparto tiene una prevalencia del 15 al 20%. Las mujeres con antecedentes de una depresión, tienen un 25% más de probabilidades de tener una depresión posparto y un 50% adicional si tiene antecedentes de una depresión puerperal. La evaluación adecuada, evita su subdiagnóstico y las posibles consecuencias del mismo: la afectación del crecimiento fetal, del temperamento y del comportamiento del infante. La depresión postparto trae como consecuencia dificultades en el cuidado del infante, en el apego madre-hijo, y en la relación de pareja. Usualmente se recomienda la sertralina en el embarazo y en la lactancia por la menor exposición del feto y el lactante, respectivamente, a ese fármaco. Las intervenciones no farmacológicas deberían ser consideradas como primera opción, y de elección en depresiones leves y moderadas.

Si bien existen riesgos y beneficios ante la indicación de medicación antidepresiva, también hay que sopesar los efectos de una depresión no tratada.

Palabras Clave: *depresión en el embarazo, depresión posparto, antidepresivos en embarazo, antidepresivos en lactancia.*



Introducción

El periodo perinatal (embarazo y puerperio) es una etapa de gran vulnerabilidad en la vida de la mujer para el inicio, recaída o recurrencia de cualquier trastorno mental. Según Vesga-López et al., (2008), los trastornos mentales perinatales tienen una prevalencia de alrededor del 25% y Foks afirma que “se asocian a complicaciones en la evolución de la gestación, en los resultados obstétricos, neonatales, en el vínculo madre-hijo y en el neurodesarrollo del bebé” (p.84).

Además, respecto a la depresión “las mujeres tienen el doble de riesgo que los hombres de presentar algún episodio depresivo a lo largo de su vida. El riesgo en la mujer es del 10 al 20%,

siendo dicho riesgo máximo entre los 15 y los 44 años, es decir dentro del período fértil. Por lo tanto, las mujeres con antecedentes de trastornos afectivos tienen mayor riesgo de recurrencia en el embarazo y puerperio” (Foks, 2017, p.85).

Depresión en el embarazo

Según Krauskopf y Valenzuela (2020), la depresión tiene como características: el ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia) más otros síntomas como alteraciones del sueño, del apetito y fatiga. La depresión en el embarazo es similar en cuanto a su presentación sintomática a los cuadros depresivos en otros momentos de la vida. A su vez, algunos síntomas depresivos podrían solaparse y/o confundirse con los síntomas propios del embarazo (astenia, cansancio, labilidad emocional, irritabilidad y trastornos del sueño), lo cual puede complejizar el diagnóstico del trastorno anímico. Es imprescindible, también, descartar causas orgánicas de los síndromes depresivos, como anemia y patología tiroidea. Los autores lo explican de la siguiente forma:

La depresión no tratada durante el embarazo es uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo de la depresión posparto. Los signos y síntomas de la depresión posparto son similares a la depresión que se presenta en otras etapas de la vida. Se caracteriza por desánimo, pérdida de motivación e interés, irritabilidad, labilidad emocional y aparición de sentimientos de incapacidad y/o inutilidad relacionados con el cuidado

del bebé, lo que se asocia a ideas de culpa y temor a producirle daño. Puede coexistir con angustia de separación severa y ansiedad importante en relación a los cuidados y bienestar del hijo. Por lo general, se presenta durante el primer mes posterior al parto, alcanzando una intensidad máxima entre las 8 y 12 semanas posteriores al nacimiento (p.145).

Diferencias entre el baby blues y depresión posparto

Según Foks (2017), la tristeza puerperal es una forma más leve que la depresión posparto y tiene una frecuencia de entre el 60 y el 80% de los casos. Inicia entre el primero y tercer día postparto y su pico máximo es entre el 5to y 7mo día. Presenta una remisión espontánea sin tratamiento, y su duración es de hasta dos semanas. Los síntomas más frecuentes son: labilidad emocional, insomnio, irritabilidad, fatiga, tendencia al llanto y ansiedad. En cambio, la depresión posparto, tiene una prevalencia del 15 al 20%. Las mujeres con antecedentes de una depresión, tienen un 25% más de probabilidades de tener una depresión posparto y un 50% adicional si tiene antecedentes de una depresión puerperal.

La depresión materna puede afectar el crecimiento fetal, el temperamento del infante, así como el comportamiento en la niñez. La depresión posparto es más común en las mujeres con depresión prenatal y trae como consecuencia dificultades en el cuidado del infante, en el apego madre-hijo, y en la relación de pareja. Según una de las revisiones que compilan datos sobre esta temática. Alder et al. (2007) sostienen que “la ansiedad y la



depresión en el embarazo puede traer complicaciones obstétricas, síntomas de embarazo, parto pretérmino, dolor en el parto y complicaciones fetales y neonatales” (p.189).

Los episodios de depresión en el embarazo y en el posparto muchas veces son sub diagnosticados. Algunas veces tiene que ver con la falta de capacitación de los profesionales de la salud mental en perinatal y/o a una cuestión social en donde las mujeres tienen miedo de sentirse juzgadas si hay cierto malestar en relación a su maternidad, ante la expectativa de los demás en lo que debería ser una etapa plenamente feliz, con lo cual puede llevarlas a no consultar.

Antes de desarrollar lo que respecta a la medicación, considero que ésta no debería ser nunca el único abordaje y enfatizar junto con los autores García Esteve y Valdés Miyar (2017), que las intervenciones no farmacológicas deberían ser consideradas en primer lugar y de elección en depresiones de leves a moderadas.

Medicación en el embarazo

Los estudios indican que la mayoría de los fármacos atraviesan la placenta y llegan a la circulación fetal. El mecanismo involucrado en dicho pasaje es la Difusión Simple y el pasaje de un fármaco de la madre al feto dependerá de algunas características de las drogas, tales como peso molecular, la liposolubilidad, el grado de ionización y la unión a proteínas. La sugerencia es, como plantean Krauskopf y Valenzuela (2020), dentro de lo posible, evitar el uso de psicofármacos durante las doce primeras semanas del embarazo debido al período de organogénesis,

En el caso que se decida medicar, la droga elegida deberá ser del grupo más conocido y se debe intentar medicar con una

sola. Se tratará de priorizar además un tratamiento basado en la psicoterapia individual, familiar y armar una red de sostén. La farmacoterapia es indicada en mujeres embarazadas que cursan un cuadro depresivo moderado a severo, con falta de respuesta a otros tratamientos o cuando existe una alta probabilidad de recidiva. El riesgo-beneficio debe ser discutido cuidadosamente con la paciente, la familia, el obstetra y el pediatra. Para Foks “Es importante tener en cuenta ante estos temores, que la población general tiene un riesgo de padecer malformaciones congénitas del 3% sin el uso de psicofármacos” (p.89).

Se debe minimizar el número de exposiciones a los psicofármacos, en lo posible, teniendo en cuenta el riesgo relativo versus el riesgo absoluto. Existen guías disponibles para el tratamiento de la depresión



en el embarazo, un consenso de éstas sugiere el uso de sertralina como tratamiento de primera línea en el embarazo y en la lactancia. Algunas sugieren evitar el uso de paroxetina durante el período de gravidez debido a que su uso se ha asociado a un aumento de riesgo de malformaciones cardiovasculares en el recién nacido. La Guía Clínica del Colegio americano de Ginecología y Obstetricia (2018) sugiere realizar un estudio ecocardiográfico si el feto estuvo expuesto a paroxetina en las primeras etapas del embarazo.

Los psicofármacos, sobre todo los ansiolíticos, pueden producir una sedación excesiva del bebe al nacer, por lo cual se recomienda cerca del parto disminuir lo máximo posible la dosis. En los trastornos de ansiedad que requieran ansiolíticos, la mejor opción son las benzodíacepinas de vida corta (Foks, 2017, pp.89-90).

Medicación en lactancia

Muchas veces por falta de información, el médico suele recomendar el destete, sin tener en cuenta las consecuencias que esto puede traer a la construcción del vínculo madre-hijo, los problemas en la salud que pueda traer aparejados en el niño y el efecto ansiolítico que dicha función tiene sobre la madre. En términos generales, una depresión postparto no supone la necesidad de abandonar la lactancia pues, incluso en caso de necesitar medicación, la hay compatible.

Según Olza Fernández, et al. (2011):
La elección de un tratamiento farmacológico para madres lactantes debe ser el resultado de una evaluación individualizada de los riesgos y

beneficios de cada opción terapéutica. Se deben tener en cuenta los riesgos de no tratar la enfermedad materna, tanto para la madre como para el bebé, los riesgos y beneficios del tratamiento específico y los riesgos y beneficios de la lactancia para la díada madre-bebe. El estado psíquico de la madre es el principal factor para recomendar el inicio de un tratamiento farmacológico. Para el adecuado tratamiento de la díada madre-bebé es necesario un equipo multidisciplinario. También es fundamental acercar información científica completa sobre los riesgos y beneficios de los tratamientos para favorecer la toma de una decisión informada. Al momento de la elección del psicofármaco adecuado para madres lactantes hay que tener en cuenta: la farmacocinética del fármaco en la madre, el transporte del fármaco a la leche, y la farmacocinética del lactante. (pp 4-5)

Adentrándonos específicamente en la medicación, la mayoría de los antidepresivos pueden ser utilizados en el período de lactancia. Se aconseja siempre utilizar la dosis mínima efectiva y para evitar los picos plasmáticos, dividir las dosis en varias tomas y la toma de la medicación coincidiendo con la puesta al pecho. Respecto a la elección de un antidepresivo específico durante la lactancia, usualmente se recomiendan la sertralina sobre otros Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), debido a la baja exposición en el infante a estas drogas, ya que no se detectan en su plasma. Se considera que, si una droga presenta un



porcentaje menor a 10%, es considerada compatible con la lactancia. La fluoxetina se trataría de evitar por su vida media larga.

Discusión

El tratamiento de los trastornos depresivos durante el embarazo y la lactancia sigue siendo un desafío clínico y terapéutico. Si bien existen riesgos y beneficios ante la indicación de medicación antidepresiva, como en todo tratamiento medicamentoso, también hay que sopesar los efectos de una depresión no tratada.

Es deseable que los profesionales se actualicen en los estudios sobre la temática de la depresión perinatal, para que no prevalezcan los prejuicios sino la información adecuada, a fin de evitar caer en conductas iatrogénicas y brindar a sus pacientes una mejor calidad de vida.

Es imprescindible tener en mente y explorar el deseo reproductivo de las mujeres con trastornos mentales y revisar los métodos anticonceptivos con la paciente. Sería ideal planificar el embarazo en mujeres que padezcan trastornos mentales, e incluso si fuera posible incluir, a la pareja, ginecólogo/obstetra, partera, pediatra, para trabajar en equipo junto con los profesionales de salud mental.

Teniendo en cuenta el mayor contacto con profesionales de la salud en el periodo perinatal, debería ser una oportunidad para pesquisar, diagnosticar e intervenir en la depresión materna, potenciando a su vez las actividades preventivas psicoeducativas destinadas a informar a la población. Es necesario además, el entrenamiento de los profesionales de la salud para realizar una adecuada pesquisa, tratamiento

(farmacológico y no farmacológico) y derivación oportuna, junto con un seguimiento durante el período perinatal.





Dra Mariana Nieves Piazza

Médica especialista en Psiquiatría con orientación Perinatal. Staff de Beza Centro Integral para el Embarazo y la Crianza.

Médica especialista en psiquiatría (USAL- Residencia en el Hospital Bernardino Rivadavia).

Especialización en Psiquiatría Perinatal (Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal).

Formación en Terapias cognitivo-conductuales (Fundación Foro) y emergentología (Colegio de Médicos de la Pcia. de Bs. As. Distrito III).

Experiencia en el dispositivo de Urgencias en el sistema público (Hospital Bernardino Rivadavia Hospital Vélez Sarsfield). Asistencia en el sistema privado. Staff en Beza Centro integral de embarazo y crianza.

mnievespiazza@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

Alder J., Fink N., Bitzer J., Hösli I., Holzgreve, W. (2009). *Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. Journal Maternal-fetal Med.* 189-209.

<https://doi.org/10.1080/14767050701209560>

Foks, Silvina (2017). *Algunas consideraciones sobre la Depresión Perinatal. ATLAS 4* (12) 84-94.

García Esteve, L.; Valdés Miyar M., (2017). *Manual de psiquiatría perinatal. Guía de manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, el posparto y la lactancia. Editorial médica Panamericana. España.*

Krauskopf, V.; Valenzuela, P. (2020). *Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes.* 31. 139-149.

Disponible en

https://www.researchgate.net/publication/341060136_Depresion_perinatal_deteccion_diagnostico_y_estrategias_de_tratamiento

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>

Guía Clínica del Colegio americano de Ginecología y Obstetricia 2018. Disponible en

<https://www.acog.org/>

Olza Fernández, I.; Serrano Drozdowsky, E; Muñoz Labián, C. (2011). *Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. Archivos de Psiquiatría.* 2011; 74:2. 4-5. Disponible en <https://archivosdepsiquiatria.es>



La maternidad: una huella en el cerebro

Dra. María Antonieta Génova

“En el momento en que nace un bebé, también nace una madre. Ella nunca antes existió. La mujer existía, pero la madre, nunca. Una madre es algo absolutamente nuevo”

Osho (diciembre 1931 – enero 1990)

Resumen

La neurociencia actual está revelando que la gestación es un evento extraordinario más allá de lo físico: también el cerebro se transforma para prepararlo para la tarea más importante como especie: gestar y parir. Actualmente la comunidad científica considera al embarazo la etapa de mayor plasticidad cerebral de la vida adulta, el cual estaría orquestado por las modificaciones que ocurren en el sistema hormonal. De forma similar a lo que ocurre en la adolescencia, la matrescencia es el término que pretende describir esta etapa de neuroplasticidad que acompaña la transición a la maternidad. Finalmente, todo apunta a que el embarazo deja una huella en el cerebro humano que persiste toda la vida.

Palabras clave

Neurociencias - Maternidad - Hormonas esteroideas - Neuroplasticidad - Poda sináptica - Matrescencia - Cuidado maternal

La maternidad como etapa transformadora

El cuidado maternal es esencial para la perpetuación de la especie. Sobre todo, en

especies altriciales, es decir, aquellas cuyas crías nacen altamente inmaduras y dependientes. El ser humano es una de ellas: los bebés recién nacidos son completamente dependientes del cuidado maternal. Para la supervivencia de los mamíferos altriciales es esencial que la psique de la progenitora cambie y entre en modo maternal.

El embarazo es posiblemente uno de los procesos fisiológicos más extremos al que se enfrenta un ser humano, ya que conlleva enormes adaptaciones fisiológicas en un periodo de tiempo relativamente corto. La fecundación supone un punto de inflexión en la fisiología de la mujer. Tras la misma, el organismo inicia una serie de adaptaciones que afectan cada uno de los órganos del cuerpo. A partir de este momento, los órganos maternos trabajan conjuntamente para optimizar el crecimiento y desarrollo del bebé, intentando no sacrificar demasiado las necesidades de la futura madre. Seguramente pocos eventos vitales son más transformadores a nivel biológico, personal, social y emocional que la maternidad. A grandes rasgos el cerebro de las



madres se prepara para maternar, para ponerse en el lugar del bebé y anticipar sus necesidades, para que esto sea placentero, adictivo y sobre todo, para amar.

La mayor parte de estos cambios están orquestados por el sistema hormonal. Durante el embarazo el cuerpo se expone a niveles hormonales varias decenas superiores a los normales. Por ejemplo, los niveles de estrógenos que produce una mujer en los nueve meses de gestación superan a los que produce una mujer no embarazada a lo largo de toda su vida. Estos cambios hormonales modificarán prácticamente todos los órganos y sistemas del cuerpo de la mujer incluyendo su



cerebro. En contra de las concepciones clásicas que entendían el cerebro como un órgano fijo e inamovible, actualmente el embarazo se considera un periodo de neuroplasticidad único en la vida adulta. Es decir, el cerebro vuelve a ser muy maleable, muy plástico, y con gran capacidad de aprendizaje.

La neuroplasticidad proporciona al organismo un nuevo equilibrio hemodinámico, es decir, lo reajusta para poder afrontar exitosamente el nuevo estado fisiológico o ambiental al que se enfrenta. Es la capacidad intrínseca que tiene el cerebro para realizar cambios adaptativos en respuesta a estímulos internos y externos. Por ejemplo, demandas ambientales que nos van a presionar para adaptarnos. Por un lado, estos cambios estarán motivados por las modificaciones hormonales, pero también la interacción mamá-bebé facilitará estos procesos.

Las hormonas, principalmente las esteroideas (estrógeno y progesterona) son capaces de modificar el número de dendritas, espinas dendríticas y contactos sinápticos. Pueden incluso alterar la glía facilitando la transmisión sináptica. Además, pueden regular procesos como la muerte neuronal, la migración neuronal o la neurogénesis.

Desde el punto de vista estructural se producen cambios en la materia gris del cerebro, que es la capa externa que contiene los cuerpos celulares de las neuronas. Durante el embarazo la sustancia gris disminuye de tamaño y las reducciones no ocurren en regiones cerebrales arbitrarias, sino que afectan a regiones clave como la zona llamada CIRCUITO DE LA TEORIA DE LA MENTE (área especializada en la cognición social y sustenta





uno de los aspectos más esenciales de la cognición humana, la habilidad de ponerse en el lugar del otro). Estos cambios tienen una importancia clave para el vínculo materno-filial. Esta reducción en áreas determinadas ocurre mediante un fenómeno denominado “poda de materia gris”. Durante la misma, las conexiones más importantes se fortalecen mientras que las más débiles se eliminan. Recibe el nombre de “poda” porque se asemeja al proceso que ocurre cuando se poda un árbol, en el que se desechan las ramas más débiles para fortalecer el crecimiento de las principales. En lugar de indicar una pérdida de capacidad, esta reducción, generalmente significa que una región del cerebro se ha vuelto más especializada.

Estas modificaciones tendrían un propósito de adaptación a la maternidad, es decir de permitir, facilitar y favorecer los cambios de conducta requeridos en esta nueva etapa. El cerebro de las madres se prepara para materner y se ha demostrado que a mayor cambio neuroanatómico habrá mayor respuesta cerebral a estímulos de sus bebés. Es decir, aquellas madres que experimentan una mayor poda de sustancia gris parecen tener un mejor vínculo con sus bebés, en tanto esto, podría predecir la calidad de apego de madre a hijo y a la ausencia de hostilidad en el período posparto. En cuanto a la durabilidad de estos cambios, diversas investigaciones sugieren que el embarazo deja una huella permanente en el cerebro humano que persiste



de por vida.

Se trata de un proceso similar al que se produce durante la adolescencia y que, en los años setenta, la antropóloga Dana Raphael denominó *matrescencia*, término que ha ido ganando peso en los últimos años en el terreno científico. Expresión que luego fue recuperada por Aurélie Athan (2010) aplicándolo a la psicología y que posteriormente Alexandra Sacks (2018) la hizo famosa en una charla Ted. Al igual que la adolescencia describe la transición de un niño a la edad adulta, la *matrescencia* describe la transición de una mujer a la maternidad. Una nueva identidad nace de ambos períodos: la del adulto y la de la madre. Ambos son períodos que conllevan procesos de neuroplasticidad parecidos y son las hormonas esteroideas posiblemente las principales mediadoras de estos cambios. Adolescencia y maternidad son épocas de cambio, adaptación y de aprendizaje. No obstante, implican procesos de gran vulnerabilidad mental. De ahí el paralelismo entre los dos términos.

Se puede especular que, si bien los factores hormonales son primordiales para impulsar las adaptaciones neuronales durante el embarazo, la interacción con el bebé juega un papel clave en los cambios anatómicos que se producen en el posparto.

Por otro lado, hay cambios que afectan al sistema límbico, en concreto el sistema de refuerzo, los cuales parecen estar implicados en esta sensación de enamoramiento madre-bebé. El bebé se convierte en un potente y llamativo estímulo apetitivo a partir del cual

giran las motivaciones, los pensamientos y las acciones de la madre. Recordemos que también la activación de este circuito está implicado en las conductas adictivas. También habrá adaptaciones que afectan a las áreas implicadas en la cognición social y la empatía, relacionados con la fusión de identidad madre-bebé y el comportamiento altruista maternal. Se trata de un altruismo extremo en el que el cerebro materno considera como propias las necesidades, los deseos, los logros y las desgracias de su descendencia.



Es entonces que, tras la maternidad, las nuevas conexiones e incluso las nuevas neuronas, extenderán y modificarán el concepto del yo materno para incorporar en él al bebé.

Por último, mencionar que, el hecho de explicar a las madres y a las futuras madres y padres el sustrato biológico de la conducta maternal puede ser una intervención psicoeducativa en sí misma. Que introduzca a su vez la descripción del proceso psíquico del

embarazo y que permita, por un lado, aliviar el desconcierto que en ocasiones presentan las gestantes, y por otro, anticipar los cambios de conducta que acarrea la maternidad. Saber lo que se está experimentando, que el cuerpo y el cerebro de la mujer están cambiando y que estos cambios no sólo son normales, sino también necesarios para optimizar el proceso de gestación, parto y posparto puede llegar a ser bastante liberador.

*Mamá y Médica Psiquiatra (UNLP)
Formación en Psicooncología (INC) y Postgrado en Trastornos
de Ansiedad (AATA)
Diplomatura en Género y Movimientos Feministas (UBA)
Postgrado de Psiquiatría Perinatal (APSA)
Participación en Capítulo de Salud Mental de la Mujer y Capítulo
de Salud Mental Perinatal (APSA)
Atención clínica de personas adultas de forma privada,
presencial y online.
Atención clínica en el Hospital Municipal Gaspar M. Campos
(Lobería)*

**antonetapsiquiatra@gmail.com
@psiquiatriaperinatal**



**Dra. María Antonieta Génova
MP:96.030**



BIBLIOGRAFÍA

- Hoekzema, E; Müller, E. B; Pozzobon, C; Picado, M; Lucco, F; García, D. G; Soliva, J.C.; Lobeña, A; Desco, M; Crone, E.A.; Ballesteros, A; Carmona, S & Villarroja, O. (2017). Pregnancy leads to long - lasting changes in humano brain structure. *Nature Neuroscience*. 20, (2). Disponible en <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (7 de Febrero de 2017). El embarazo modifica el cerebro materno a largo plazo. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2017/02/07/embarazo-modifica-cerebro-materno-a-plazo/>
- Carmona S, Martínez-García M, Paternina-Die M, et al. Pregnancy and adolescence entail similar neuroanatomical adaptations: A comparative analysis of cerebral morphometric changes. *Hum Brain Mapp*. 2019;1–10. Disponible en <https://doi.org/10.1002/hbm.24513>
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (8 de Febrero de 2019). Matrescencia: el cerebro de las embarazadas se transforma tanto como durante la adolescencia. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2019/02/08/matrescencia-el-cerebro>
- Fernández Lorenzo, P; Olza, I. (2020). *Psicología del Embarazo*. Editorial Síntesis: Madrid.
- Olza, I. (23 de Febrero de 2023). Investigando la matrescencia. Disponible en <https://iboneolza.org/2023/02/23/investigando-la-matrescencia/>
- Oliver, D. (13 de Abril de 2023). "Matrescencia" o cómo el cerebro de las madres cambia hasta seis años después del parto. *El país*. Disponible en <https://elpais.com/mamas-papas/expertos/2023-04-13/matrescencia-o-como-el-cerebro-de-las-madres-cambia-hasta-seis-años-despues-del-parto.html>
- Oliver, D. (4 de Mayo de 2023). Susanna Carmona: "El embarazo deja una huella en el cerebro humano que parece persistir de por vida". Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2023/05/04/susanna-carmona-el-embarazo-deja-una-huella-en-el-cerebro-humano-que-persiste-de-por-vida/>
- Oliver, D. (10 de Mayo de 2023). Magdalena Martínez: "Una alteración de la neuroelasticidad en el embarazo podría hacer a las madres más vulnerables a patologías mentales perinatales". Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2023/05/10/entrevista-a-magdalena-martinez-neurocientifica/>
- Arechederra, M. (8 de Junio de 2023). El cerebro de la madre cambia durante el embarazo. *DCIENCIA ciencia para todos*. Disponible en <https://www.dciencia.es/el-cerebro-de-la->



La osteopatía en el período perinatal

Entrevista a

Lic. Belén Quesada

Osteópata especialista en pediatría.

*Lic. en kinesiología,
Terapeuta en Neurodesarrollo
Osteópata, especialista en pediatría
(+de 35 años de experiencia)
Docente de postgrado de osteopatía UBA.*

*Me contacté con Belén, presentación de por medio ya que no nos conocíamos, apenas le propuse hacerle una entrevista, aceptó con entusiasmo. Ya en esa primera comunicación pude percibir su calidez. Juntas contamos qué es la osteopatía, qué beneficios aporta en la etapa perinatal y ante qué situaciones recurrir a ella. **Lic Carla Escobar***

La osteopatía nace de la mano del Dr. Andrew Taylor Still en 1874, en EEUU. Still era médico y tenía estudios de Ingeniería. Trabajó mucho durante la guerra de secesión. En 1865 pierde a sus hijos en una epidemia de meningitis. En ese momento frustrado con su profesión, se retira un largo tiempo a investigar con el objetivo de encontrar la manera de hacer más eficaz el arte de curar. En esos años estudia anatomía y fisiología, y allí descubre estrecha relación entre ambas, y el hecho de que el propio cuerpo tiene la capacidad de autorregularse por intermedio de sus diferentes sistemas, circulatorio, respiratorio, digestivo, nervioso, etc.



La Osteopatía es la ciencia y el arte de diagnosticar y de tratar las disfunciones de movilidad de los tejidos del cuerpo humano, que provocan trastornos y perturban el estado de salud del organismo.

Still funda la escuela de Medicina Osteopática en EEUU en 1874. Pero cuando la osteopatía llega a Europa (a principios del 1900) ya no es de la mano del médico, sino de la mano del kinesiólogo (salvo Inglaterra que funda su propia escuela). En América del Sur llega la escuela europea.





Trabajando con un bebe, que nació prematuro y es mellizo, el bebé tenía muchísimo reflujo, y estamos trabajando para liberar la base de cráneo por donde pasa el nervio Vago.

"...Todas las partes del cuerpo obedecen a la ley eterna de la vida y el movimiento..."
Dr. Andrew Taylor Still (1828-1917).

¿Qué estudios se requieren para ser osteópata en nuestro país?

La Osteopatía se enseña en Argentina desde 1992 cuando al Dr. Gilles Drevon fundó el Instituto Argentino de Osteopatía. En nuestro país primero hay que ser Kinesiólogo/a (o fisioterapeuta) y después estudiar un postgrado (que en mi caso me llevo 5 años más) para ser Osteópata.

¿Cómo llegaste a esta profesión?

Soy la primera camada de Osteópatas de la Argentina, por lo que no tenía muchas referencias del trabajo. Mi especialidad era neurología infantil, y una vez un amigo y colega me habló de la osteopatía y me dijo "estúdiala, a vos te va hacer fácil, porque estas acostumbrada a que tus niños no te cuenten lo que les pasa" Tardé unos días en investigar un poquito más y allí me inscribí.

Sabemos que la osteopatía puede ser beneficiosa para personas de todas las edades y niveles de actividad física. Puede ser especialmente útil para personas que tienen dolor crónico o que han sufrido una lesión. Y en





Equilibrando sacro en un bebe que no hacía caca

el periodo perinatal, desde la gestación, nacimiento, puerperio, y hasta los 3 años de vida del pequeño o pequeña.

¿Qué puede ofrecer la osteopatía a quienes consultan?

La osteopatía puede estar presente desde la gestación. Acompañando los cambios que se producen en el cuerpo, y preparándolo para el momento del nacimiento; por ejemplo con una pelvis libre se favorece un parto vaginal. Y también podemos trabajar con esa persona después del nacimiento para ayudar a que todo el cuerpo se restablezca rápidamente y vuelva su eje.

Pero no debemos dejar pasar el gran momento del NACIMIENTO. Sabemos que desde todo punto de vista este es un gran estrés. La naturaleza es perfecta y si nos detenemos solo en la observación de lo que

sucede en este momento veremos que para que la cabeza del bebé pase por el canal de parto, sus huesitos se encabalgan para disminuir su diámetro craneal. Toda esta preparación puede generar una tensión de membranas. Y ni hablar si el embarazo es de más de un bebé, como suelo decir: “el monoambiente es pequeño” y en general los bebes se apoyan entre sí generando algunas tensiones extras.

El bebé o beba sana come, hace pipi, caca y duerme. Empieza a sonreír... y llora si tiene frío, calor, hambre, sueño, si siente incomodidad, etc. Pero...si nada de esto ocurre, y el bebé llora, podemos pensar que hay algo que lo molesta, una espina irritativa. Los bebes que lloran constantemente, los que no comen correctamente, los que regurgitan, los que padecen estreñimiento, o cólicos del lactante, los que sufren de problemas respiratorios (asma bronquitis), los que tienen dificultades para tomar la teta, o los que han sufrido una tortícolis congénita o una parálisis



Trabajando con una niña que tenía mal los pìcitos



obstétrica, etc. habitualmente padecen patologías tratables osteopáticamente.

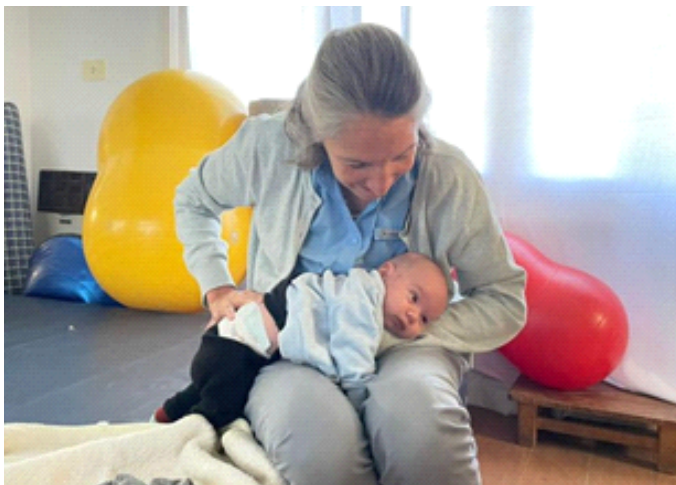
En la medida en que el bebe crece desde la osteopatía observamos: como se sienta, como gatea, como empieza a caminar, como están sus pies y su equilibrio. Como están sus ojitos, si hay estrabismo, o si presenta alguna conducta que sale de lo habitual llamando la atención de los padres o de pediatría.

En el caso de los niñas y niños adoptados, realizamos una evaluación exhaustiva para observar a ese bebé, y equilibrar sus membranas, disminuir el estrés y favorecer la adaptación.

La OMS considera la osteopatía “una profesión sanitaria de primera intención e independiente de otras” (2010), es decir, que sus profesionales, los osteópatas, trabajan la salud de los pacientes y pueden ejercer sin necesidad de que el paciente venga derivado por otro profesional de la salud.

¿Cuáles son los motivos de consulta que recibís frecuentemente?

Tengo todo tipo de motivos de consulta,



Trabajando membranas de niña con parálisis cerebral y un traqueostoma.

desde derivación del área de pediatría, o de una doula, hasta por consejo de una amiga. Pero siempre, siempre, detrás de esas observaciones, hay una mamá que intuye que algo no está bien, o que a su bebé le pasa algo. O familias que solo prefieren hacer un chequeo y quedarse tranquilas de que todo está bien. Hacer una consulta con cuando surge una duda, siempre es bueno.

Enconches la Osteopatía es tanto preventiva como terapéutica.

¿Con qué funciones o partes del cuerpo trabaja? Y como es su abordaje?

Trabajamos integralmente con todo el cuerpo, y de ahí nuestra observación general, tanto de la estructura del cuerpo (como huesos o músculos) como del funcionamiento de los distintos órganos que lo componen (pulmones, hígado, sistema gastro-intestinal, y sistema nervioso). Como dice el viejo dicho “TODO TIENE QUE VER CON TODO”, y el cuerpo humano es un claro ejemplo de eso. Todo nuestro cuerpo está unido por fascias, tendones, nervios, etc. por eso cualquier pequeño cambio en una zona, nos puede dar una sintomatología a distancia.

Entiendo que en Osteopatía no se prescriben medicamentos ni se utilizan aparatos, sino una serie de movimientos y técnicas manuales...

Si. Solo a través de nuestras manos, con ellas equilibramos el cuerpo.

“Belén te agradezco todo lo que nos contás sobre tu trabajo, seguro será novedoso para muchas personas. Muchas Gracias”



BIBLIOGRAFÍA

Pantanali, A Osteopatía y Salud.(s/f) La osteopatía.Página Web
<https://osteopatiaysalud.com.ar/historia-de-la-osteopatia/>

Pantanali, A (2020) Introducción a la osteopatía: las manos que oyen.
<http://luz.perfil.com/2020/01/19/osteopatia-las-manos-que-oyen/>

¿Osteopatía, qué es? Escuela Univesitaria de Osteopatía. Murcia. España.
<https://www.euosteopatia.es/que-es-la-osteopatia/> no tiene fecha ni autor

Osteopatía y la OMS <https://matiaschahab.com/osteopatia-y-la-oms-reconocimiento-de-la-osteopatia/>



Maternidad ¿postergada?

Entre la desilusión y la esperanza

Esp. Lic. Ana Marinone

Miembro Equipo Editor E.P.P.I.C.A

Desde una perspectiva biológica, la OMS define como período fértil de la mujer la etapa comprendida entre la menarca y la menopausia, alcanzando la edad de mayor fertilidad entre los 18 y los 35 años. Por otra parte, cada vez más personas deciden tener hijos más allá de los 30 años. En el área de la Psicología Perinatal, resulta evidente que los aspectos biológicos (fertilidad), los aspectos psicológicos (el deseo) y las prácticas socioculturales (planificación familiar, el proyecto de ma/paternar, las decisiones, posibilidades y accesibilidad) no siempre van de la mano. Es así que nos encontramos con un aumento notable de personas, parejas y familias en tratamientos de Fertilización Humana Asistida, muchos de los cuales se asocian a la postergación del proyecto de ma/paternidad, la edad materna y el -tan temido como odiado- "reloj biológico".

En una encuesta realizada por E.P.P.I.C.A a través de redes sociales durante Junio de 2022 –a modo de concientización sobre el mes del Cuidado de la Fertilidad- en la que participaron mujeres de entre 28 y 57 años de edad, la mitad de ellas (50%) expresó haber decidido postergar o haber visto circunstancialmente postergada su maternidad. Al preguntarles por qué creían que las mujeres deciden ser madres más allá de los 30 años, de un total de 69 respuestas, casi un 60% (41 respuestas) mencionaban como motivo la búsqueda de crecimiento y/o estabilidad laboral o profesional. Otro 30% de las respuestas hizo referencia a cuestiones

económicas, seguido de un 23% que refirió al cuestionamiento de los supuestos mandatos de la mujer y la consideración de la maternidad como una entre varias opciones, metas u objetivos. También resultaron destacables respuestas que expresaban el crecimiento, desarrollo o realización personal de la mujer (19%); el logro de la madurez, responsabilidad y estabilidad emocional necesarias para la crianza de un hijo (13%), y la búsqueda de una relación de pareja estable (7%) que puede advenir a una edad más avanzada. En palabras de algunas de las encuestadas:



“Yo creo que porque hoy día la mujer busca afianzarse en su vocación, trabajo o profesión para después poder dedicarse a la maternidad con más aplomo, con otra experiencia, con otros tiempos”.

“Creo que actualmente existe una reorganización del proyecto de vida que hace que sobre todo las mujeres, realicemos primero caminos profesionales deseados y luego bajo conciencia concretamos deseos de crecimiento personal en una área, de concreción de sueños y deseos y posteriormente ponderamos el deseo de familia”.

“Porque muchas veces sienten que siendo más grandes, tendrán más paciencia para la crianza del niño o, a veces, por esperar, se encuentran con que el tiempo ha pasado más rápido de lo esperado y sienten que es un ahora o nunca”.

“Por cambios en la sociedad a nivel cultural. La mujer ya no es "la que se queda en la casa a cuidar a los hijos", hoy apostamos a proyectos personales, entre ellos puede ser la maternidad, pero por elección, no por mandato”.

En confluencia con lo anterior, otras encuestadas mencionaron cuestiones como el “poco valor que se le da a las tareas de cuidado en esta sociedad”; el hecho de que “a veces no es decisión, sino demora en lograr un embarazo”; y “porque las personas son cada vez más individualistas” o la creencia de que “ser madre y la realización personal son incompatibles”, entre otras.

Entonces, resulta evidente que a nivel psicológico, social y cultural, las personas nos

aventuramos al proyecto de la crianza de un hijo en la etapa del ciclo vital en general coincidente con las décadas de los 30 y los 40 años. Pero, ¿qué pasa cuando esa convicción –y ya no mandato-, esa estabilidad necesaria, ese proyecto de hijo o hija, llegan a destiempo de los ritmos biológicos?

En el trabajo de acompañamiento, asistencia clínica y orientación en el área de la Psicología Perinatal, el planteo del proyecto de maternidad y paternidad se instala como problemática cotidiana. Nos resulta hartamente conocida, la vivencia en especial de mujeres que comienzan a plantearse su deseo de maternar promediando los 35 años, muchas veces a partir de un control ginecológico en el que de repente llega ese insight, esa toma de conciencia sobre la fertilidad femenina y sus –ya para esta altura- acotados tiempos; y muchas otras sintiendo esta información a modo de presión externa o cuestionamiento sobre sus prioridades: “¿Por qué nadie me lo dijo antes?”; “¿Por qué de repente tengo que hacerme estudios de fertilidad?”; “¿Tengo que decidirlo ya?”, son algunas de las reacciones. Por otra parte, también observamos que en un auge creciente de los tratamientos de Fertilidad Humana Asistida, circula tácitamente cierta creencia que nos dice, muchas veces equivocadamente, que si postergamos, si esperamos el momento más adecuado, la ciencia estará ahí para solucionar cualquier dificultad. La recomendación, por ejemplo, de congelar óvulos sin saber, sin detenernos a pensar que hoy es –al menos en este lado del mundo- un absoluto privilegio reservado para quienes puedan realizar tremendo afrente económico; la idea -muy deseable y correcta pero idea al fin- de que desde que son Ley, los



tratamientos de fertilidad son igualmente accesibles y absolutamente gratuitos para todos, en todas sus etapas y opciones.

Considero que constituye un logro de la época y de todas y cada una de las mujeres, que la maternidad no constituya EL propósito de nuestras vidas. El desafío aparece entonces, si hay deseo, al comprendernos como mujeres ante el escenario que se nos presenta: fenómenos como el que planteara Mirta Videla en términos de un verdadero Síndrome del Desencanto Reproductivo; o como menciona el equipo de Concebir Asociación Civil, la montaña rusa emocional (Moro, 2016) o los tratamientos pensados como un auténtico laberinto que habrá que transitar (Casanova, 2016).

En nuestro trabajo, acompañamos cotidianamente a personas, parejas y familias en las que los avances de la tecnología al

servicio de la fertilidad representan sus dos caras. De un lado, el sinuoso camino signado por el desencanto, la ruptura de la ilusión del éxito garantizado, y niveles de frustración incompatibles con la cultura de la inmediatez, el consumo on demand y la baja tolerancia a la incertidumbre. Del otro, la posibilidad real -en otros tiempos impensada- de concretar un proyecto vital tan difícil como anhelado.

Como profesionales de la salud, es preciso y urgente revisar nuestra manera de acompañar en estos procesos. Debemos concientizar sobre la importancia de cuidar la capacidad de procrear, no desde el prejuicio o los mandatos sino desde la transmisión de información confiable y certera. Para que ese acompañamiento sea sobre un proceso de toma de decisiones libres, conscientes, y que constituyan un ejercicio adecuado de la responsabilidad, tanto de las decisiones como de sus consecuencias.



Algunas reflexiones sobre Lactancia Materna: el otro “oro blanco” que no cotiza

Esp. Lic. Diaz Patricia

Ps. María Pusterla

La vuelta al trabajo es una nube negra para muchas madres que deciden o deben retomar sus actividades laborales. Llenas de leche y ansiedad, con el fin de la licencia que nunca alcanza, se vuelve al trabajo con cierto grado de angustia, un tema recurrente en nuestros consultorios perinatales. Baños, cocinitas o espacios inhóspitos son, la mayoría de las veces, el lugar otorgado para dar de mamar a bebés. Algunas personas optimistas (y conformistas) pueden estar pensando “pero mientras esté con la mamá, nada importa” con ese pensamiento azucarado, las mujeres, madres, otra vez deben conformarse con lo que hay, pudiendo hacer uso de sus derechos.

La primera acción para concientizar sobre esta temática es visibilizarlo y no es que no sea visible una madre que amamante, sino que se le resta importancia en las condiciones en que dicha acción se ejerce.

Este año 2023, el lema invitar a reflexionar sobre como facilitar la lactancia en ámbitos laborales en situación misma de lactancia. Marcar diferencia hace alusión al próximo paso que es integrar.

Para muchas personas este “oro” no cotiza. No se considera importante, solo se mide la productividad de la mujer en su área laboral. Sabemos, por dichos de las usuarias, que también por otro lado, aún no teniendo un lugar digno, la predisposición de la gente hace a un espacio simbólico acogedor, nutricio para todos.

Pocas instituciones, lugares de trabajo

poseen un lactario considerando que son muchas las mujeres, posiblemente madres, insertas en el campo laboral que alguna vez pasarán por el proceso de lactancia.

El “Oro blanco” cotiza en redes sociales y se devalúa en ámbitos laborales. Son indiscutibles los beneficios de la leche materna, a tal punto que los diferentes slogans actuales encontraron una “atrayente” nominación, en pos de su difusión. Ahora bien, ¿en ámbitos laborales realmente cotiza la lactancia materna si no están dadas las condiciones reales para hacerlo? Cómo se sentirá la



díada madre-hijo/a si no tienen un espacio de comodidad, tiempo suficiente y una mirada contenedora de pares? Por otro lado, diferentes campañas señalan que la leche materna es insustituible y nada la reemplaza, entre otras cuestiones, por la disminución de riesgos de mortalidad en el primer año de vida. De esta manera van apareciendo las paradojas y las injusticias como dos caras de la misma moneda. Paradojas porque lo que debería ser nombrado en términos humanos, se convierte en mercancía, que a su vez no es admitida en ciertos ámbitos. Por otro lado, es injusto para quienes no pueden o no desean hacerlo, dejando entrever todo tipo de reproche y desvalorización culposa. Invitamos a nombrar las cosas por su nombre y cada quien lo decodifique según su entramado subjetivo. La lactancia materna no merece ser medida en términos opuestos como buena- mala, cara-barata, única-sustituible. Es lo que significa en cada ser, en cada vínculo.

Con respecto al ámbito laboral, la ley 26873 de lactancia materna sancionada en julio del 2013 tiene por objeto la promoción y la concientización pública acerca de la importancia de la lactancia materna y de las prácticas óptimas de nutrición segura para lactantes y niños de hasta dos años. Por su parte la Ley 20744 de Contrato de Trabajo,

art. 179 dice: "Toda trabajadora en período de lactancia podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por un lapso más prolongado." (...) En caso de que no pueda llevar a su hijo/a al lugar de trabajo, éste debe contar con un espacio adecuado (limpio, cómodo y privado) para la extracción de leche y posterior conservación en heladera.

La Dirección de Salud Perinatal y Niñez recomienda la instalación de un EAL (espacio amigo de la lactancia), en los lugares de trabajo donde se desempeñen 20 o más personas en edad fértil con capacidad y/o elección de gestar. Son espacios privados e higiénicos, con las comodidades mínimas y necesarias para garantizar la extracción de leche o el amamantamiento. Estos espacios son importantes a fin de poder sostener la lactancia materna fuera del hogar.

Muchas iniciativas están en marcha, esperemos que se concreten para que no tengamos que preguntarnos si aún es valioso llevar adelante el proceso de lactancia materna, y por condiciones ajenas a los deseos maternos, tener que dejarlo.



PELICULAS Y LIBROS

RECOMENDADOS

El hijo que yo no esperaba

Título original: L'Enfant Que Je N'Attendais Pas

Año: 2019

Duración: 89 min.

País: Francia

Dirección: Bruno Garcia

Una mujer casada y con una hija, que lleva una vida feliz, se despierta en mitad de la noche y se descompensa. Da a luz inesperadamente, sin saber siquiera que estaba embarazada.

Cuando la policía encuentra al recién nacido abandonado en la calle, la madre es detenida y acusada de intento de asesinato.

Esta película aborda un tema muy poco común que es la negación del embarazo.



Tully

Título original: Tully

Año: 2018

Duración: 94 min.

País: Estados Unidos

Dirección: Jason Reitman

Marlo (Charlize Theron), madre de tres hijos, el último un recién nacido, recibe un inesperado regalo de parte de su hermano (Mark Duplass): una niñera para las noches.

Marlo tiene una relación única con Tully (Mackenzie Davis), una joven niñera amable, sorprendente y, en ocasiones, difícil. Tully representa juventud, belleza, espontaneidad; todo lo que Marlo extraña. Ella se siente sola, frustrada, agotada.

Es una película que abarca temas comunes a la etapa perinatal, la importancia del entorno y el impacto en la salud mental materna.



Te quiero, siempre

Autoras: Belén López Medus y María Casabal
Ilustradora: Wonky Steverlynck

"Si ofrecemos consuelo cuando los niños están alterados, si escuchamos sus sentimientos, si les transmitimos lo mucho que les queremos incluso cuando la lían, si respondemos así, ejercemos un considerable impacto en el desarrollo de su cerebro y en la clase de personas que serán, tanto ahora como cuando lleguen a la adolescencia y a la edad adulta" (Daniel J. Siegel).

"Te quiero, siempre. No importa lo que sientas, no importa lo que hagas". El mensaje de amor incondicional que todo niño debería escuchar.



ACTIVIDADES E.P.P.I.C.A.



Con motivo de la Semana de la Salud Mental Materna, nos contactaron del Portal Universidad a través del Colegio de Psicólogos y desde ambos grupos de trabajo, estuvimos hablando sobre temas relacionados a este día en particular.

El 70% de las mujeres que padecen trastornos de salud mental materna no son diagnosticadas.



El 3 de mayo, se celebró el Día Mundial de la Salud Mental Materna. Este día se lanzó en el año 2016, con el objetivo de concientizar acerca de los problemas de salud mental que sufren las mujeres durante y después del embarazo e incentivar la búsqueda de la ayuda adecuada.

El 70% de las mujeres que padecen trastornos de salud mental perinatal no son diagnosticadas.

Entre los más conocidos el llamado **“Baby Blues”** tiene una prevalencia del 50 al 70%, se presenta con síntomas depresivos en el post parto inmediato y es un estado transitorio. Otro problema más grave es la **Depresión Posparto** que afecta a entre 10 y 20 por ciento de las mujeres puérperas.



Para entender sobre los problemas de salud mental que atraviesan las mujeres durante este período desde Portal Universidad nos comunicamos con el **Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación y Asistencia (E.P.P.I.C.A)** que forma parte de la **Subcomisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos distrito X**.

“La enfermedad mental ha sido estigmatizada y más aún en el período perinatal donde la ganancia del bebé no permitía la tristeza, el malestar, la confusión y se depositaba todo el saber, supuestamente innato, en la madre para dar vida, alimentar, criar. Muchas de estas exigencias fueron decantando en una salud mental materna deteriorada, que es necesario abordar para que la maternidad sea un tiempo de disfrute tanto para la madre como para el bebé y la familia” comentaron.

Salud mental durante el embarazo

“Tanto en el embarazo como en la etapa posterior -en el parto y pos parto- la persona gestante atraviesa un proceso de cambio que implica una crisis vital, tal como la que ocurre en la adolescencia”, explicaron desde E.P.P.I.C.A. Este proceso consiste en una **redefinición de la identidad de la persona** en función de su historia personal, su situación presente, las características del bebé y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de esa familia, entre otros.

Además, **es una etapa donde se producen muchos cambios: a nivel social, a nivel corporal y hormonal,** **“en este escenario hay sentimientos ambivalentes, ansiedades, angustias, temores, situaciones tensionantes o estresantes que varían tanto en la intensidad como en la duración, que pueden afectar la salud mental”,** comentaron desde el equipo.

Según explican, **gran parte de las problemáticas** de salud mental durante esta etapa suelen provenir de: **“la idealización del embarazo y la maternidad,** y de expectativas sociales y culturales en torno a este momento de la vida. Socialmente se espera de la embarazada que éste sea para ella el mejor estado, un momento de plena felicidad y armonía”.

“Gran parte de las problemáticas de salud mental durante esta etapa suelen provenir de la idealización del embarazo y la maternidad, y de expectativas sociales y culturales en torno a este momento de la vida. Socialmente se espera de la embarazada que éste sea para ella el mejor estado, un momento de plena felicidad y armonía.

En muchas ocasiones ese estado no aparece, y se produce una ambivalencia de sentimientos,



temores, cuestiones angustiantes y elevados niveles de ansiedad. Y, *“este malestar se intensificará si entiende que no está pudiendo cumplir con esa expectativa que recae sobre ella”*, dijeron integrantes de E.P.P.I.C.A.



Lo que recomiendan las psicólogas es que **la familia o la pareja pueda entender que el embarazo es un proceso de muchísimos cambios, de crisis vital y evolutiva**, y *“tomemos esto como la regla y no la excepción. Y de esa manera vamos a ayudar a esta persona a transitar esos estados con mayor aceptación”*.

También es preciso entender que **el embarazo no siempre es como otras personas lo han vivido, que cada embarazo es único**, y que pueden darse situaciones del contexto que actúen como posibles factores de riesgo para la salud mental materna -por ejemplo, pérdidas gestacionales anteriores, tratamientos prolongados de fertilidad, problemas de pareja, la pérdida de algún ser querido, una situación económica adversa, de desempleo o empleo precarizado, entre otros.

Además del acompañamiento de la red familiar y de apoyo de la gestante, recomiendan de ser necesario acudir a psicoterapia individual o vincular con un/a **profesional especializado/a en Psicología Perinatal**, interconsulta con médico psiquiatra de ser necesario, la inclusión de la pareja o la familia en el espacio terapéutico y grupos de apoyo de pares.

La salud mental posparto

La **depresión posparto** es un trastorno del estado de ánimo que ocurre en los **primeros meses después del nacimiento y que se encuentra dentro de un espectro de diagnósticos relacionados con el embarazo**. *“Las adaptaciones corporales, psicológicas y sociales, tales como el cambio de rol a nivel familiar, el vínculo con él bebé, la nueva responsabilidad asumida y los cambios en el cuerpo pueden*



alterar el estado de ánimo y producir una depresión posparto” explicó el Equipo de Psicología Perinatal.

El inicio de este trastorno de salud mental no necesariamente es en las semanas siguientes al parto, sino que puede variar. Entre los síntomas que se pueden identificar se encuentran la sensación de agobio, el llanto persistente, la falta de lazos de afecto con el bebé, las dudas sobre la propia capacidad para cuidar de sí misma y del bebé. E.P.P.I.C.A agrega: “Sentir tristeza, cansancio o pérdida de energía, alteraciones en el sueño, irritabilidad, sensación de culpa, ansiedad y aislamiento” y asimismo comentan que si alguno de los síntomas empeora o dura más de dos semanas, “se debe considerar la posibilidad de buscar apoyo, lo más importante es cuidarse a una misma y priorizar la salud propia y la del bebé”.



Ante el diagnóstico de una depresión posparto, **la psicoterapia es una de las mejores opciones para trabajar con las mujeres** “en relación a sus inquietudes sobre la maternidad, sus emociones y sentimientos y donde pueden surgir aspectos actuales, intergeneracionales y transgeneracionales a revisar”.

“Junto con otras disciplinas como la psiquiatría y clínica médica en general, **es importante el relevamiento de los factores psicosociales presentes en el escenario de vida de la paciente y la medicación pertinente, si fuera el caso, para ayudar a que este espacio psicoterapéutico pueda contener a la madre en todo su sentir**”, explicó el equipo.

Si bien la depresión posparto es un problema de salud mental que debe ser tratado con la importancia que se merece, **no debe confundirse con la llamada tristeza posparto o “Baby Blues”, “una alteración del estado de ánimo que tienen una intensidad y duración variable pero que no constituyen per se un cuadro psicopatológico”.**

Hay **personas que son más susceptibles a atravesarlo según el contexto e historia personal** y los



síntomas más comunes son **tristeza, irritabilidad, sentimientos de ambivalencia con el recién nacido, labilidad emocional y ansiedad**. “Resulta imperioso informar al grupo familiar que **se trata de un suceso propio del episodio del nuevo nacimiento, con una aparición dentro del segundo a cuarto día después del alumbramiento y con una duración limitada, de dos a tres semanas**”, es decir, **es un estado transitorio**.

Pero igualmente **se debe estar atento si la sintomatología, intensidad y duración se ven en aumento**, “es relevante el diagnóstico diferencial con la depresión postparto que sí constituye un cuadro que requiere atención específica e interdisciplinaria”, comentaron desde el equipo.

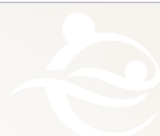
El vínculo madre-hijo

La **depresión posparto puede afectar la relación madre-bebé de distintas maneras**. Al consultar con el Equipo de Psicología Perinatal, manifestaron que “debido a los síntomas depresivos, **la mamá podría tener dificultades para conectarse emocionalmente con su bebé** y en consecuencia carencia para responder adecuadamente a las necesidades de su hijo o hija”.



En ese mismo sentido, **los síntomas afectan el comportamiento propio de la persona que padece este tipo de depresión puede impactar en el establecimiento del vínculo**. El área de comunicación, que tiene que ver con “hablar, mirar, sostener a su bebé y construir una relación comunicativa y afectiva” puede sufrir dificultades.

Sin embargo desde E.P.P.I.C.A destacan que **todos estos síntomas y sus posibles efectos son transitorios: “Con la adecuada ayuda psicológica y acompañamiento de la red de sostén, la presencia de este cuadro no será determinante para la salud de la madre o del vínculo”**.



Desde el Portal Universidad UNMDP, también nos entrevistaron por Violencia Obstétrica en este mes tan importante de la Salud Mental Materna.

Semana mundial del parto respetado:
“El 90% de las mujeres sufren algún tipo de violencia obstétrica a la hora de parir”



Del 15 al 19 de mayo es la semana mundial del parto respetado y en ese contexto en distintas partes del país se realizará la primera marcha nacional contra la violencia ginecobstétrica y neonatal el miércoles 17. El eje principal de la marcha es visibilizar la problemática y dar a entender que la violencia obstétrica es violencia de género.

La Violencia Obstétrica es legalmente en nuestro país una de las modalidades que asume la violencia hacia las mujeres. La Ley 26.489 de Protección Integral a las Mujeres, la define como **aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.**

La Ley Nacional la 25.929, más conocida como Ley de Parto Respetado, fue sancionada en 2004 para tratar de erradicar esta violencia y establecer derechos básicos: *“todas las personas gestantes tienen derecho a una atención basada en la escucha, la confianza, la intimidad y el respeto por su identidad de*



género, sexualidad, corporalidad y cultura”.

Asimismo, **esta herramienta protege los derechos de las personas gestantes y de las personas recién nacidas**, reconociendo su protagonismo y el de sus vínculos afectivos en el proceso de parto y nacimiento; favoreciendo el fortalecimiento de los entornos protectores de las crianzas y promoviendo la corresponsabilidad en los cuidados”.

Además, **garantiza el derecho a un parto normal**, que respete los tiempos de la persona gestante, la no discriminación, que se respete la intimidad, elegir a la persona que la acompañará durante el trabajo de parto, el parto y el posparto y que tanto la persona cómo la familia reciba toda la información necesaria



A pesar de que existe la ley, la violencia durante el embarazo y el parto es muy común. El movimiento autoconvocado argentino “Mi parto, mi decisión”, que lleva adelante la campaña nacional contra la violencia ginecobstétrica informa que “el 90% de las mujeres sufren algún tipo de violencia obstétrica a la hora de parir”.

“El 90% de las mujeres sufren algún tipo de violencia obstétrica a la hora de parir

¿Qué es la violencia obstétrica?

Desde Portal Universidad nos comunicamos con **Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación y Asistencia (E.P.P.I.C.A)** que forma parte de la Subcomisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos distrito X, para comprender que es la violencia obstétrica, de que formas aparece y cuáles son sus consecuencias.

Desde E.P.P.I.C.A explican que se está en presencia de un hecho de violencia obstétrica



cuando:

– **Se medicaliza el proceso de gestación y parto y se interviene quirúrgicamente** los cuerpos de las personas embarazadas **a pesar de no ser estrictamente necesario**

– Cuando **se programan cesáreas innecesarias o cuando se le quita la posibilidad de parir en compañía** de una persona de su elección.

– Cuando **no se las deja mover libremente durante el proceso de parto.**

– Cuando **se apuran los procesos fisiológicos de trabajo de parto con inducciones médicas.**

– Se sufren **maltratos psicológicos y físicos** durante el embarazo y el parto

La Violencia Obstétrica “es una de las violencias más silenciadas y naturalizadas a pesar de la legislación vigente”, dijeron desde el equipo. Los tratos deshumanizados, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales tienen un “gran impacto psicológico y emocional en quienes lo sufren, generando muchas veces secuelas a corto y largo plazo”.

“Es una de las violencias más silenciadas y naturalizadas a pesar de la legislación vigente

En este escenario toma mucha importancia la formación y perfeccionamiento en materia de Derechos Humanos de todo el personal de salud, para que todo nacimiento sea “transitado con amorosidad y respeto”, comentaron profesionales de E.P.P.I.C.A.

Justamente por esa naturalización muchas veces la mujer que sufrió esa violencia no llega a percibir que el trato inadecuado que recibió. Según explican los riesgos que aparecen son el silencio o la vergüenza por no haber podido imponerse o defenderse, y con ello el enojo hacia sí mismas. “También por supuesto, hay personas que pueden dar cuenta del grado de vulnerabilidad en el que se encontraban y el enojo está dirigido a los profesionales”, aclararon.

Otras consecuencias pueden ser una conducta evitativa hacia los controles médicos gineco-obstétricos; que se extiende en muchas oportunidades a su vida sexual, postergando el inicio de las relaciones sexuales y evitando el contacto o la exploración de su cuerpo. Así también se pueden presentar sueños y pesadillas que lleven a ese momento y traigan recuerdos que generan angustia.



Esta experiencia puede afectar a la mujer en su maternidad, no sólo en relación al vínculo con su bebé sino a la decisión de volver a ser madre y tener más hijos. En relación al vínculo se pueden ver dificultades “construyéndose patrones de apego disfuncionales, en ocasiones la falta de aceptación del rol y la desconexión con lo sucedido puede generar un apego del tipo evitativo y en otro sentido, la culpa por lo sucedido en el parto, la sensación de vulnerabilidad y la inseguridad llevan a establecer un comportamiento sobreprotector”.

Más allá de todo el malestar que puede generar esto “las mujeres no siempre consultan en los meses posteriores al parto aun en presencia de los síntomas, sino que es ante la presencia de otros desencadenantes que reactivan la experiencia cuando deciden consultar, como por ejemplo el primer año del bebé o un próximo embarazo, entre otros”, explicaron las psicólogas del equipo.

Durante el embarazo, parto, post parto y post aborto TENÉS DERECHOS

- A estar acompañada durante el trabajo de parto, el parto, aún si es por cesárea, y el post parto.
- A estar junto a tu hija o hijo.

SI NO SE CUMPLEN TUS DERECHOS ES VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA PODÉS DENUNCIAR

- A ser tratada con respeto y a mantener tu intimidad.
- A que te informen sobre el desarrollo del embarazo y del parto, de tu estado de salud y el de tu bebé.
- A que te informen y a tomar decisiones sobre los cuidados e intervenciones médicas que les realicen a vos y tu bebé.

PARA DENUNCIAR

Podés llevar una carta a la CONSAVIG de 10 a 17 hs a: Av. Corrientes 327, piso 14, CABA, CP C1043AAD o enviarla por correo.

Teléfono: (011) 5300 4000 Int. 76633 (de 10 a 17hs)

También podés mandarla por mail a: consavig@jus.gov.ar

Tenés un modelo de carta en www.jus.gov.ar (En la solapa "TEMÁTICAS" entrá a "Violencia de género" y buscá "Denuncia de la violencia obstétrica")

Ley de parto respetado 25.929
Ley de protección integral a las mujeres 26.485

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación
Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación

Algunos datos

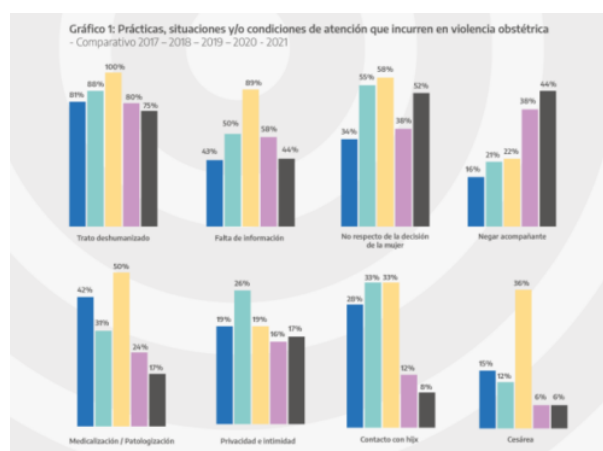
Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género dependiente del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación publicó el año pasado un informe de Análisis de los Registros de la Línea 144 por Violencia Obstétrica.

Se toman las comunicaciones por violencia obstétrica entre los años 2015 y 2021. La cantidad de denuncias reportadas varía año a año, y durante el 2021, se identificaron 52 denuncias por violencia



obstétrica en dicho organismo.

Entre las prácticas, situaciones o condiciones de atención que incurren en violencia obstétrica, durante 2021 las denuncias recibidas estuvieron **vinculadas con el trato deshumanizado, el no respeto de la decisión de la mujer, la negación de acompañante, la falta de información.** Además, se identificaron episodios sobre **violación a la privacidad e intimidad, la patologización y medicalización** de los procesos reproductivos de las mujeres, obstáculos o limitaciones en el contacto con los hijos y **denuncias vinculadas a prácticas de cesárea.** En 2020 y 2021, en el marco de la pandemia por Covid-19 se **incrementaron las denuncias relacionadas con la negativa de contar con acompañantes durante el parto.**



Las denuncias por violencia obstétrica **se refirieron principalmente a instituciones privadas y las jurisdicciones de las que provino la mayor cantidad de denuncias fueron Buenos Aires con 42.3%, CABA con el 26.9% y Córdoba 9.6%**

Las comunicaciones realizadas a la línea refieren que **más del 65% de las mujeres en esta situación tenían entre 25 y 45 años, mientras que un 25% se encontraban entre los 15 y los 24 años.**

Algo que resulta interesante es que, en el período analizado, **en 6 de cada 10 casos es la persona en situación de violencia la que se comunica con la línea en busca de asesoramiento.** Resulta elevado el porcentaje de **familiares que se comunican buscando información referida a violencia obstétrica: 26,6%.** Según el informe, **“esto se puede explicar por las características particulares que tiene esta modalidad de violencia.** Las mujeres que la atraviesan se encuentran en situación de puerperio y cuidados de la persona recién nacida. Esto podría generar que decidan posponer la consulta a la línea, que algún familiar lo haga por ellos, o bien decidan no hacerla”.





El **principal tipo de violencia** que se ejerce en la modalidad de violencia obstétrica es la **psicológica** y en casi la mitad de las comunicaciones se identifica violencia **simbólica**, mientras que la violencia **física** alcanza un 40%. **Además, el 14,7% de las personas que se contactaron informaron violencia sexual.**

Es posible observar que **la cantidad de comunicaciones por situaciones de violencia obstétrica a la Línea 144 en busca de asesoramiento o contención resulta baja en comparación con otras modalidades de violencia por motivos de género.** Entre 2015 y 2021 las comunicaciones no superaron los cincuenta y cinco casos por año. Esto puede suceder porque **“esta modalidad de violencia se encuentra socialmente naturalizada”.**

Desde E.P.I.C.A señalan que **el área perinatal de la actuación profesional es crucial en la salud mental materna porque “sus actitudes y conductas tienen consecuencias directas en el estado emocional de la madre y la familia”.**

“Para prevenir y abordar la violencia obstétrica y promover la salud mental materna, es fundamental generar programas de formación específica, fomentar el diálogo entre los miembros de los equipos, pero además, los cuidados propios de los profesionales, la autoobservación y revisión permanente en el sentir y el hacer, deben ocupar un lugar central en la atención en la etapa perinatal”, explicaron.

Agradecemos a : Martina Leder Kremer ,
Redactora en Portal Universidad, estudiante de Periodismo de la UNMDP.



MÁS ACTIVIDADES E.P.P.I.C.A.

II JORNADAS NACIONALES DE PS PERINATAL organizadas por la Facultad de Psicología UNMDP, el grupo de extensión Nacer entre Palabras y Almacenes Culturales.

En la misma tuvimos oportunidad de presentar 4 trabajos libres desde E.P.P.I.C.A y un póster de presentación de nuestro rol como comunicadoras en Revista Perinatal Argentina.

Un espacio ameno con muchas temáticas para seguir aprendiendo, con gente tan querida por nosotras cuyo encuentro en persona nos lleno de alegría. De muchas provincias del país y con la misma pasión.

Seguimos trabajando por la Salud Mental Perinatal sabiendo que hay muchas colegas en este camino para visibilizar su importancia para la salud en general.

**ROL PROFESIONAL:
COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA PS PERINATAL**
A TRAVÉS DE UNA PUBLICACIÓN DIGITAL:
**REVISTA PERINATAL
ARGENTINA** ISSN 2953-4429



Un aspecto del Rol profesional indispensable para impulsar el crecimiento de la Psicología Perinatal es: la comunicación y la difusión entre colegas, en forma interdisciplinaria y hacia toda persona interesada en el área de la salud mental perinatal. A partir de la creación de una revista digital se generó un nuevo espacio donde difundir investigaciones, aportes teóricos y el avance en general de nuestra disciplina en Argentina y el mundo. La iniciativa, pionera en nuestro país, pretende llegar a profesionales de la psicología, de la salud, de las ciencias sociales, estudiantes y público interesado en la temática.

Inicio y actualidad: Esta labor tuvo su comienzo en el año 2019 desde la Subcomisión de Ps. Perinatal del Col.Ps Distrito X (Volúmenes N° 1, 2 y 3), y luego continúa desde el 2021 desde otro espacio [E.P.P.I.C.A - (Equipo de Psicología Perinatal, Investigación, Capacitación y Asistencia)] hasta la fecha.

En este recorrido de 7 ediciones hasta el momento, fuimos abarcando las siguientes temáticas:

- » Historia de la Ps Perinatal en la Argentina
- » El rol del Ps. Perinatal
- » Puerperio
- » Los primeros 1000 días Primera Parte
- » Los primeros 1000 días Segunda Parte
- » Interculturalidad y Perinatalidad
- » Los duelos perinatales

De esta manera, ofrecemos este gran aporte que significa para la comunidad poseer información acerca de procesos perinatales y la difusión misma de la especialidad.



Características de la revista: publicación digital con frecuencia semestral (Marzo - septiembre) de Acceso Abierto para una mayor democratización del conocimiento. En las publicaciones nos han acompañado profesionales de varias disciplinas: profesionales colegas, de las cs. sociales, cs. de la salud y el arte. Posee algunos derechos reservados bajo licencia Creative Commons

Cuerpo Editorial:
Dirección y coordinación general: Esp. Lic. Patricia A. Díaz
Diseño y diagramación: D.I. Lucas Mejica y Esp. Lic. María Isabel Giménez
Corrección: Esp. Lic. Nancy Di Virgilio
Sostenedor Web: Diego Babilotta
Equipo editor asociado:
• Esp. Lic. Patricia Díaz
• Esp. Lic. Nancy Di Virgilio
• Lic. Carla Escobar
• Esp. Lic. María Giménez
• Lic. Claudia González
• Esp. Lic. Ana Laura Marinone
• Ps. María Pusterla
• Lic. Marcela Vallejo

**SUSCRIBITE A NUESTRO
NEWSLETTER PERINATAL**



Wikipedia:
Maternidad: 2016. Desde la confianza fundamental en la vida. Hechos transitorios ontológicos en los bebés y en los niños, en Temas de Perinatalidad N° 13, 2016. Recuperado el 14/10/2023
https://www.inec.org.ar/revista-perinatal-argentina/2017/05/16/ps-perinatal-argentina/inec-2017-05-16-14-10-2023



ACTIVIDADES E.P.P.I.C.A.



Sabías que...

La Revista Perinatal Argentina es una publicación de gran valor para profesionales de la salud, investigadores, estudiantes y cualquier persona interesada en el campo. En ella, visibilizamos y concientizamos sobre la Salud Mental Perinatal.

Porque sabemos lo que la misma aporta al campo, desde E.P.P.I.C.A decidimos que su acceso debe ser libre y gratuito, **para** así, garantizar que el conocimiento científico llegue a una amplia audiencia, y contribuya a mejorar la calidad de la atención perinatal en Argentina y en todo el mundo.

A través de nuestro sitio web www.eppica.ar, accedé al contenido completo, incluyendo los artículos de las últimas ediciones, así como los números anteriores. Además, los podés descargar en formato PDF y compartirlos libremente con colegas y amigos.

Si te parece importante lo que hacemos podés aportar un cafecito. **¿Cómo?** mediante Cafecito.app creada por el argentino Damián Catanzaro. Es un sistema de financiamiento colectivo, en donde las personas que quieren apoyar este proyecto y desarrollo del servicio que brindamos, nos invitan uno o los cafecitos que quieran con un monto propuesto por Revista Perinatal Argentina.



Cafecito es a voluntad.



Las personas del exterior que quieran también apoyar nuestro proyecto, pueden colaborar con nosotras mediante la plataforma de pago Paypal.

Todo el contenido de la revista permanecerá de Acceso Abierto, y la donación contribuirá a financiar costes de edición, sostenimiento web, publicidad, etc. Cultura y conocimiento al alcance de todas las personas.



COMUNICADOS E.P.P.I.C.A.



GUÍA DE FORMACIÓN **REVISTA PERINATAL ARGENTINA**

GUÍA DE FORMACIÓN: POSGRADOS

Estamos elaborando para ser publicado en el mes de Diciembre, un suplemento a modo de guía, que contenga todas las propuestas formativas de nuestro país en relación a la Psicoperinatalidad.

*Si quieres incluir tu propuesta en él, escribinos a: **revista_perinatal@eppica.ar***

Novedades en **REVISTA PERINATAL** ARGENTINA





CONVOCATORIA “ARTISTA DE TAPA”

AGRADECEMOS A...

Analía Cuerdo Arango, es una fotógrafa documental de familia que ayuda a las mamás a que sus hijos tengan recuerdos reales de la infancia. Se especializa en fotografiar bebés de un año y niños. No es para mamás que quieren una foto linda y perfecta; es para las mamás que valoran la fotografía como recuerdo y legado familiar. A través de sesiones de fotos en casa, sin posar, fotografiando la vida cotidiana, los momentos espontáneos y los vínculos entre los integrantes.

Egresada de la Escuela de Artes Visuales Martín Malharro. Hace 14 años que fotografía familias y desde 2017 se especializa en Fotografía Documental de Familia.

Integrante de FEEM Fotógrafas en el Mundo (Mar del Plata, Argentina), Somos Fotógrafas (México) y Breastfeeding World (Estados Unidos)

Desde 2014 realiza muestras fotográficas sobre Lactancia Materna. Acompaña y apoya a diferentes organizaciones a visibilizar los beneficios de amamantar y naturalizar la lactancia. Su trabajo de “Fotografía de lactancia materna en espacio públicos” fue seleccionado para exponerse en la Sala de lactancia de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

A lo largo de su camino creativo y profesional ha colaborado con diversos proyectos como: Mamitas de hoy tv, Babyco, Revista Baby and me, Curso de Pre Parto: Simulacro de Parto, Revista Ahora Mamá, Eventos de Tv Crecer a cargo del Dr, Diego Montes de Oca, Liga de la Leche Mar del Plata, Alma Matter entre otros.

Analía utiliza su empatía, escucha y creatividad con un tono amigable y cercano para que más niños tengan registro de todo el amor y cuidado que recibieron de pequeños. Y así ser como una Guarda – vida de la infancia.

Analía Cuerdo Arango

www.analiacuerbarango.com.ar

@analiacuerboarango



Número 4, SEPTIEMBRE 2023

ISSN 2953-4429



E.P.P.I.C.A

Equipo de Psicología Perinatal
Investigación, Capacitación y Asistencia

WWW.EPPICA.AR

REVISTA PERINATAL
— ARGENTINA —