

Enramado que sostiene a la mujer
en su encuentro con la maternidad.

Embarazo, parto y puerperio
con una mirada desde la
psicología

Virginia Castelo





Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

**Entramado que sostiene a la mujer en su encuentro con la
maternidad. Embarazo, parto y puerperio con una mirada
desde la psicología**

Estudiante: Virginia Castelo CI: 4.232.262-8

Docente Tutora: Asist. Alejandra Akar Moreno.

Docente Revisora: Prof. Adj. Rossana Blanco

Octubre, 2022

Montevideo, Uruguay

Índice

Agradecimientos.....	3
Fundamentación.....	4
Marco conceptual.....	6
PRIMERA PARTE.....	6
1.1 Contextualización de la mujer gestante en el sistema de salud uruguayo.....	6
1.2 Un enfoque integrador. Entre las recomendaciones y la realidad de las mujeres gestantes.....	9
SEGUNDA PARTE.....	13
2.1 ¿Qué es la psicología Perinatal?.....	13
2.2 Aspectos emocionales en el embarazo.....	14
2.3 El poder del Parto.....	17
2.4 Características del Puerperio.....	21
TERCERA PARTE.....	24
3.1 Aportes e influencia de los espacios de conexión y redes de apoyo en la salud y bienestar de la díada mamá-bebé.....	24
3.2 Grupos de preparación para el nacimiento.....	26
3.3 La trama que sostiene, redes sociales y grupos de apoyo a la lactancia como espacio de contención.....	27
CUARTA PARTE.....	31
4 Consideraciones finales.....	31
Referencia bibliográfica.....	35

Agradecimientos:

Quiero agradecerle en primer lugar a mi hija Morena, un ser maravilloso y lleno de luz. Ser su mamá me ha permitido sumergirme en lo más profundo de mis sombras y transformarme de una forma que jamás creí posible. A mi hermana Romina, mi compañera de vida, fuente constante de aprendizaje y amor incondicional, por permitirme ser parte de su embarazo y celebrar la vida de Delfina, mi sobrina más pequeña. A mi mamá Marisa por darme el regalo más maravilloso, la vida y enseñarme a agradecer lo que ella trae. A Martín, mi compañero, con el que he crecido enormemente, junto a él me convertí en mamá y con ello nuestro mayor desafío, la crianza. A Paula, quien más que mi amiga es mi familia. A Laura con quien transitamos el proceso de embarazo y puerperio en la misma época, gran compañía. A las mujeres del otro lado de las redes, quienes sin saber incluso quien era fueron gran sostén en momentos de incertidumbre y dudas. A mi psicóloga Marby, quien con mucha calidez me acompaña en este viaje de autoconocimiento. A Alejandra, mi tutora, con quien tuve el placer de coincidir en la facultad estando embarazada de More y ha marcado mi trayectoria formativa, por acompañarme con tanta empatía y respeto en todos los procesos formativos y darme la posibilidad de transitar el egreso sostenida y cuidada. A los compañeros de la cooperativa por el aguante.

A todas las mujeres y familias que me permitieron acompañarlas desde mi rol de asesora en lactancia.

A los compañeros de trabajo con quienes creamos una red de sostén para llevar el día a día.

Y a todas las mujeres y hombres de mi familia, gracias a ellos yo soy yo.

Fundamentación:

El presente trabajo académico, de corte monográfico, se elaboró en el marco de la obtención del título de Licenciada en Psicología de la Universidad de la República. Intenta problematizar con una mirada desde la psicología perinatal distintos aspectos emocionales que atraviesan las mujeres en la etapa del embarazo, parto y puerperio, y cómo esto incide en sus maternidades. En este trabajo, será tomado como eje central el lugar que se le da a la subjetividad de cada mujer y cómo influye el apoyo emocional en los procesos del desarrollo del maternaje.

El interés en la temática surge por mi propia historia y los recorridos formativos tanto en la Facultad de Psicología como en otras instituciones. Para maternar se necesita sostén, red, apoyo, información y confianza (Gutman, 2011).

Las instituciones médicas suelen centrarse en el cuidado del cuerpo, en términos de salud - enfermedad y no siempre se le presta la debida atención al plano de la salud mental. La recomendación es que se realice una valoración de la usuaria que integre una mirada interdisciplinaria, enfermería, odontología, nutricionista, psicología, trabajo social, etc. Brindando una atención integral y holística (MSP, 2018). Pero la realidad es que durante el embarazo, la mujer es monitoreada constantemente a nivel corporal, análisis de sangre, orina, nutricionista, control de peso, odontología, ecografías y demás. Pero, durante este proceso, se descuidan los aspectos emocionales y afectivos. En este sentido, en nuestro país no hay controles de rutina que involucren el estado de la salud mental de la mujer durante el proceso de gestación y el posparto (MSP, 2014). Luego del parto, en un momento de tantos cambios como puede ser el puerperio, no solo no es sostenida, sino que sus capacidades de maternar pueden verse muchas veces cuestionadas, y la mujer pasa a estar invisibilizada en relación a sus deseos y necesidades. Un sistema de salud que funciona de forma fragmentada, donde no

siempre se le da voz a la mujer, donde los mandatos no siempre están respaldados por datos científicos, en lugar de ser factores de protección, se pueden convertir en factores de riesgo. Por tanto este trabajo final de grado, se propone realizar una articulación teórica centrada en las mujeres gestantes, visualizando el lugar que se le da a la misma en los centros de salud. Recorriendo los aspectos emocionales involucrados en estas etapas de crisis vital, y cómo surgen grupos de apoyo, para estas madres, bebés y familias ante la necesidad de cuidado y protección. Se entiende que esos espacios han colaborado empoderando a las familias en la conciencia de sus derechos, entre ellos los que refieren a salud mental. En este trabajo, nos centraremos en la influencia de los grupos de apoyo en estas etapas de la vida pudiendo ser vislumbrados como factor protector de la salud mental de la díada mamá - bebé haciendo foco desde aportes de la psicología.

Marco conceptual

PRIMERA PARTE

1.1 Contextualización de la mujer gestante en el sistema de salud uruguayo

Daremos comienzo a este capítulo contextualizando a las mujeres gestantes en el Sistema de Salud a nivel nacional. En este sentido, en este apartado vamos a buscar comprender cómo llegan las mismas a la consulta y cuáles son las acciones que se priorizan según la etapa del embarazo.

Luego de un gran recorrido en relación a la conquista de derechos en Salud Sexual y Reproductiva, Uruguay cuenta con distintos programas destinados a su cuidado, entre los cuales podemos encontrar las guías en salud Sexual y Reproductiva (MSP, 2014) y las Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional (MSP, 2018) que le brindan cierto sostén a las mujeres en su proceso de embarazo, parto y puerperio. En ella se detallan estrategias para garantizar sus cuidados y sus derechos, tomando como premisa que un correcto control del embarazo permite evitar complicaciones, pudiendo realizarse un diagnóstico precoz y una atención adecuada. Las mayores causas de morbilidad materno-feto-perinatal son prevenibles con una atención temprana que permita conocer factores de riesgo para ser tratados y revertir la situación (MSP, 2014).

Se plantea que la atención sanitaria está al servicio de la mujer gestante y su familia, promoviendo un modelo de atención sanitaria humanista y respetuoso, colocando en el centro a la mujer embarazada y su familia como protagonistas. De esta forma se brindan espacios

que conduzcan a que las familias se empoderen en la toma de decisiones seguras e informadas (MSP, 2018).

La atención médica en el embarazo se divide según la etapa de gestación que esté atravesando la mujer, teniendo como objetivo educar, aconsejar y apoyar a la mujer gestante y su familia. Se promueven acciones preventivas que comienzan en la búsqueda y planificación del embarazo. En un embarazo sin patologías, se estima que la mujer concurra a 14 consultas aproximadamente, sin contar las idas a laboratorio y especialistas tales como nutricionista, odontología, etc (MSP, 2014).

En la consulta previa a la gestación se debe realizar un examen físico general y una anamnesis completa que permitan identificar condiciones que pudieran favorecer la aparición de patologías en estas etapas. De constatarse alguna alteración o patología la mujer podrá recibir los cuidados adicionales necesarios. Los controles están orientados al plano biológico, realizando un interrogatorio de enfermedades previas, enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias adictivas. Se indican exámenes paraclínicos, hemograma, glicemia, toxoplasmosis, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) -RPR (Reagina plasmática rápida). Se indaga sobre violencia doméstica. (MSP, 2014). Si tenemos en cuenta la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia basada en Género y Generaciones (OVBG-INE, 2020) en Uruguay en el 2019, el 19.5% de las mujeres expresaba haber vivido situaciones de violencia por parte de su pareja o ex-pareja el último año, mientras que el 47% expresaba haberla vivido toda su vida. La violencia de género no escapa a los centros de salud, encontrándose que el 17.4% de las mujeres vivieron violencia obstétrica y el 54.4% sufrió violencia en el proceso de Interrupción Voluntaria del embarazo (OVBG-INE, 2020) se torna bastante ingenuo pensar que puedan constatarse situaciones de violencia doméstica en un encuentro como el que está estipulado, a menos que sea una situación muy extrema. No hay que perder de vista que

muchas veces las mujeres son acompañadas a la consulta por su pareja, complejizando la situación, por lo que es fundamental que el equipo de salud tenga capacitación para el abordaje y detección de situaciones de maltrato y violencia de género. Son muchas las dimensiones que atraviesan una problemática tan compleja como la violencia: “ la niña acaba reprimiendo el deseo e idealizando el amor, y que a las niñas y a las mujeres se las prepara para aceptar la violencia en nombre del amor” (Bleichmar 1997, como se citó en Bleichmar et al., 2014, p. 59).

Retomando las recomendaciones para un adecuado control del embarazo (MSP, 2014) se sugiere que el primer control se realice ante la primera falta menstrual o antes de las primeras 14 semanas.

Las recomendaciones indican que en la primera consulta se abra la historia clínica institucional e historia clínica del Sistema informático Perinatal. Y se complete el carné perinatal que será entregado a la misma (a menos que la mujer solicite ser amparada por la ley 18.987 que establece la posibilidad de acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo). En esta instancia también se debe realizar una anamnesis del embarazo actual, indagando antecedentes obstétricos, inmunohematológicos y ginecológicos. Se informa sobre síntomas y signos fisiológicos esperables y de alarma. A su vez se indaga sobre el uso de sustancia psicoactivas, patologías psíquicas o situaciones de vulnerabilidad psicológica así como indagar sobre la posibilidad de que la mujer esté viviendo situaciones de violencia doméstica (MSP, 2014). Al igual que en el control previo, esta valoración no la realiza un especialista en salud mental. Las especificaciones subsiguientes se realizan por trimestre. En el primer trimestre se realiza una actualización y registro de la historia clínica, una anamnesis que valore la evolución de la salud integral de la mujer y el feto, además de un examen clínico general y obstétrico, control de peso, presión arterial, examen genital, solicitar valoración odontológica y nutricionista. Informar síntomas y signos fisiológicos esperables y anormales

en relación a la etapa del embarazo que está transcurriendo, además se solicita ecografía. En las consultas del segundo y tercer trimestre, se realizará al igual que en las consultas previas, una anamnesis, valoración de la evolución del embarazo, junto al examen físico. Se transmitirán signos esperables y de alarma y se solicitarán exámenes paraclínicos. Se estimulará a la usuaria y su pareja para que concurran a las clases de preparación para la maternidad/paternidad (MSP, 2014).

En las recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional podemos evidenciar que se considera que uno de los componentes más importantes para lograr un nacimiento humanizado y respetado es la preparación durante el embarazo. Para lograrlo se brindan talleres donde se intercambia información sobre los procesos fisiológicos y la capacidad natural de la mujer, observando que la misma tiene efectos beneficiosos maternos y perinatales tales como; menos grado de ansiedad, mayor asistencia al control prenatal, mayor disfrute del embarazo y el parto, mayor y mejor participación de la pareja, situación que brinda seguridad y mayor contención emocional, menor duración del trabajo de parto, menor uso de fármacos, menor incidencia de cesáreas, mejor vínculo con el recién nacido y mayor aptitud para la lactancia (MSP, 2018). En ninguna de las instancias se realiza el pase a Salud Mental como rutina entendiéndolo como parte de la atención integral en salud.

1.2 Un enfoque integrador. Entre las recomendaciones y la realidad de las mujeres gestantes

De la mano de Denise Defey (2009) nos adentramos en los aspectos psicológicos del embarazo y cómo estos se deben articular en un trabajo interdisciplinario para una mejor atención de la mujer gestante. Para esto es fundamental entender que la psicología médica

tiene como objetivo lograr comprender de una forma lo más completa posible la situación en la que se encuentra una persona con una enfermedad médica, estudiando la interacción de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales que pueden estar incidiendo en la manifestación de la enfermedad (Dapueto, 2016).

La psicología médica en este caso aborda situaciones de alto riesgo para el embarazo permitiendo vislumbrar la importancia del rol de los profesionales de la salud mental en el ámbito hospitalario. En esta categoría se incluyen todas las patologías médicas, pero lo más habitual es que se deba a hipertensión o diabetes. Se realiza una intervención psicosocial con el objetivo de que la mujer se adhiera al tratamiento médico. Las mujeres tienen que procesar la información y requieren de un tiempo que les permita elaborar el duelo que implica asumirse como mujeres enfermas. Es un proceso que no siempre se respeta por parte del ginecólogo. En este sentido el manejo de la información es crucial, destacándose que con las embarazadas deben manejarse certezas y no hipótesis, asegurándose que sea comprendido y asimilado por la misma (Defey, 2009).

En esta línea encontramos la amenaza de parto de pretérmino, ante estas circunstancias se puede considerar que la Psicología Médica aportará una mirada comprensiva, ayudando a que las mujeres y sus familias se adapten a los hechos que se avecinan por su carácter biológico. Pero nuestra disciplina tiene mucho más para aportar, pudiendo intervenir sobre los factores predisponentes como desencadenantes en este caso de un parto de pretérmino, ya que sólo un 10% de los nacimientos de bebés prematuros, se deben a causas estrictamente biológicas encontrándose que el restante 90% están más ligados al estilo de vida de las familias (Defey, 2009).

Algunos de los factores que pueden influir en un parto pretérmino están asociados a hechos traumáticos graves y recientes. También se asocian a mitos y creencias en los que se considera que es mejor que el bebé nazca a los 7 meses y no a los 8 meses. La vorágine

laboral, es otro factor altamente influyente. Por lo que se considera de vital importancia que este tipo de información sea abordado por ejemplo en instancia de talleres, ya que muchos de dichos partos podrían evitarse si la mujer cuenta con la información correspondiente (Defey, 2009).

Es aquí que los profesionales de Salud Mental podemos tender puentes que permitan una mirada más integradora por parte del personal de salud, ampliando las variables y poniendo en juego todas las tensiones que las mujeres deben lidiar a diario, entre las que se destaca el mundo laboral, cuidado de otros hijos u otras personas a cargo, exigencias sexuales de su pareja, entre otras. De igual manera, muchas veces ocurre que el parto se da antes de lo previsto, es en este momento que se debe trabajar fundamentalmente la desculpabilización, si el desenlace del embarazo es desfavorable. Veamos la indicación de reposo como caso clarificador. Refiriéndonos al mismo como reposo psicofísico y sexual. Suele observarse en el personal obstétrico una idealización de la maternidad, teniendo como personaje y no tanto como actor principal a una mujer pasiva, para la cual el mayor interés es cuidar de su cría. Por lo que se suele indicar reposo sin indagar en la situación de vida y que tan real es que la mujer pueda y quiera acatar ese mandato. Se exige reposo, pero presencia para los controles, controles en los que muchas veces se ve vulnerado su derecho a la intimidad. De esta manera se genera una tensión innecesaria, cuando la misma es visitada también por estudiantes, a los que se les expone todo lo negativo que puede ocurrir, sin mediar y respetar el reposo psíquico. Por lo que en caso de recetarse debe ser una indicación familiar, situación que permitirá repartir responsabilidades si no se logra lo esperado. En este sentido se reconoce a la mujer como sujeto de derecho, protagonista de lo que está ocurriendo, no se deberían imponer mandatos, por el contrario, lograr un convenio, para que ella pueda exponer sus limitaciones, y la recomendación pueda ser cumplida (Defey, 2009).

Aquí también podríamos incluir las situaciones de violencia doméstica de las que hablábamos al comienzo, situaciones que suelen quedar invisibilizadas, que no son detectadas por el personal de salud por el poco foco que se hace en ellas, como por ejemplo una indicación de reposo, que podría ser un factor de mayor riesgo y no un factor protector.

Si tomamos la imagen de mujer pasiva y abnegada, podemos llegar a rozar de cerca situaciones de violencia obstétrica. Basándose en estereotipos en relación a la mujer y cuál es su rol, tanto en la sociedad como en la familia. Lo que puede llevar a los proveedores de salud a creer que la mayoría de las mujeres aspiran a ser madres sacrificadas, que ponen al feto por encima de sus necesidades. De esta forma se niega el derecho a poder evaluar y analizar las características de su vida actual, para tomar decisiones basadas en ellas. Otro estereotipo que condiciona la mirada de los profesionales e interfiere en la relación entre los mismos y las usuarias (entiéndase mujeres gestantes) es el de la buena madre, aquella que coopera y acata todas las indicaciones (Gallardo, 2022).

Incluso para algunos psicoanalistas la maternidad es un destino psicológico, siendo considerada como la única salida del Edipo sana para las mujeres (Bleichmar et al. 2014).

No quisiera finalizar este apartado sin mencionar el gran impacto que tiene en la mujer y su familia la muerte gestacional. En Uruguay no hay protocolos nacionales para la atención en duelo perinatal. Contamos con una guía de actuación para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal, creado por un equipo que trabaja en el Hospital Policial. Esta guía surge para que las familias dejen de estar invisibilizadas en su dolor (Lacerda et al., 2020).

SEGUNDA PARTE

2.1 ¿Qué es la psicología Perinatal?

Para entender el alcance de la Psicología Perinatal solo hace falta reconocer que es una rama de la Psicología que aborda etapas de vital importancia como lo son el embarazo, el parto, el nacimiento y el puerperio (Oiberman, Santos y Nieri, 2011). Trabaja con dos sujetos a la vez, la mujer gestante o puérpera y el bebé. Por tanto la Psicología Perinatal es un área de la Psicología que aborda la primera infancia. Considera que la maternidad es una crisis vital y evolutiva, que genera cambios a nivel psíquico, tanto en la mujer como en el hombre que serán padres. Se trabaja en el vínculo de la mamá con el hijo imaginario, real y fantástico, al igual que el rol del padre en este proceso (Oiberman, Santos y Nieri, 2011). Sin perder de vista que no siempre hay un varón que forma parte, ya que cada vez son más las mujeres que deciden maternar sin la necesidad de tener una pareja, en muchos casos son mujeres con independencia económica y mayor autonomía. Se trata de mujeres que confrontan el modelo normativo impuesto por años, de familia biparental y heterosexual (Vivas, 2022).

Oiberman, Santos y Nieri (2011) transmiten cómo a través del programa de Psicología Perinatal, que depende de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y luego de muchos años de trabajo, se logró construir un dispositivo que permite expresar emociones y distintas problemáticas inmediatamente después del parto. Para lograrlo, se elaboró una entrevista semidirigida, que abarca los sucesos significativos de la vida de la mujer que pueden influir en el embarazo y el parto. Con la finalidad de brindar una atención psicológica e introducir la dimensión psicosocial en las maternidades. Para que la mujer, su pareja y su familia tuvieran una buena atención, era necesario que el psicólogo formará parte del equipo de guardia. Con su presencia se garantiza

una atención inmediata, ya que las emergencias y las crisis deben ser contempladas y abordadas en el momento, no pudiendo esperar los tiempos institucionales de una interconsulta (Oiberman, Santos y Nieri, 2011).

La entrevista perinatal permite quitar el foco de lo biológico y médico exclusivamente, poniendo énfasis en los sucesos significativos para la madre, que pueden influir significativamente en el embarazo, pero que no siempre tienen relación con el mismo. En ella se contempla el grupo familiar, la historia de la misma, la situación socioeconómica, antecedentes de embarazos previos (Oiberman, Santos y Nieri, 2011).

El rol del psicólogo en las maternidades plantea características específicas, pudiendo encontrar como una de las características la ausencia de demanda de la paciente. Muchas veces es el equipo de salud quién considera que la situación de doble crisis, por un lado la crisis vital y por otro la circunstancias, requieren de una valoración psicológica inmediata. La demanda puede surgir de dicho equipo o de alguna persona cercana a la mujer. Por otro lado, en relación a la intervención del psicólogo también se tiene presente la flexibilidad del encuadre, realizando el encuentro donde esté la mujer, como por ejemplo, frente a la incubadora, en la sala conjunta e incluso en la misma sala de parto (Oiberman, 2001).

2.2 Aspectos emocionales en el embarazo

Antes de adentrarnos en las características emocionales del embarazo, veamos algunas definiciones del mismo. Para la Real Academia Española (2021) el embarazo es el “estado en que se halla la mujer gestante” (R. A. E., 2021). Definiendo gestar como: “tr. Dicho de una hembra: Llevar y sustentar la madre en su vientre el feto hasta el momento del parto. prnl. Prepararse, desarrollarse o crecer sentimientos, ideas o tendencias individuales o colectivas” (R. A. E., 2007).

Ana Cigarroa (2011) plantea que el embarazo (más aún el primero), es un proceso crucial en la vida de la mujer. Este le brinda la posibilidad de confirmar su capacidad de gestar vida con lo cual se pone de relieve la necesidad de adaptarse a grandes cambios. No sólo a nivel corporal, se trata de una experiencia emocional muy importante, considerándose una fase evolutiva por la tarea de separación- individuación de su propia madre. Marcando con esto su identidad femenina ya madura (Alkolombre, 2011).

Poco a poco vamos avanzando en el concepto de embarazo y gestación, hasta llegar al concepto de gestación psíquica planteado por Denise Defey (2009). En ella se pueden observar distintas representaciones mentales maternas, algunas son permanentes y se presentan a lo largo de todo el embarazo, teniendo efectos protectores. Por un lado se puede ver la imagen de un bebé idealizado, esta imagen compensa los momentos no tan placenteros del embarazo en sí, como su cuidado. Pero por otro lado, una visión muy idealizada y alejada de la realidad, puede favorecer la aparición de frustraciones. También encontramos las representaciones múltiples y fugaces, en las que diferentes imágenes, muchas veces hasta contrarias, van pasando por la mente de la madre, a modo de ir preparándose para el hijo que le toque tener. Otras representaciones son secuenciales, se presentan en relación al trimestre que esté cursando la mujer, las cuales pueden ser tomados como indicación de una normal evolución del embarazo. Se trata de distintos modos de percibir y vivenciar al hijo o hija (Defey, 2009).

Podemos encontrar que en las primeras representaciones secuenciales que se dan en el inicio del embarazo, la mujer aún percibe al embrión como una parte de su propio cuerpo. Luego comienzan las percepciones del feto como una persona en sí misma. Dicha percepción se ha ido modificando a lo largo del tiempo. Antes se daba de forma tardía, ya que estaban vinculadas a los primeros movimientos fetales percibidos (Defey, 2009). Luego, con los avances tecnológicos, las ecografías pueden cumplir esta función. En ellas los padres ven latir

su corazón, modificando su percepción, no sólo en relación al feto, sino a ellos mismos, comenzando a colocarse en posición de padres. Luego aparecen las representaciones de autonomía, las que permiten colocar al hijo como una persona con necesidades propias que los adultos deberán comenzar a reconocer para cubrir y satisfacer. Por último, encontramos las representaciones vinculares, en ella se comienza a imaginar al hijo/a en relación con otras personas. Esta representación es fundamental para la evolución psicológica del embarazo, ya que le permite a la madre pensarse compartiendo a su hijo/a con otras personas significativas (Defey, 2009).

Por otra parte, se ha generado toda una mitología en relación a los efectos de los estados emocionales o mentales de la madre sobre el feto, encontrando que diferentes medios de comunicación y profesionales en apariencia serios, manifiestan con gran liviandad que cualquier tipo de preocupación o tensión afectará al feto. Se utiliza como justificativo que de esa forma las mujeres cuidan mejor su embarazo, sin tener en cuenta, que la mayoría de las preocupaciones y situaciones que le pueden generar tensión a la mujer gestante, no dependen exclusivamente de ella, ya que están relacionadas con sus condiciones de vida, sus conflictos personales no resueltos y un sin fin de situaciones que muchas veces escapan de su voluntad y control (Defey, 2009).

De la misma forma, la idea de que al feto “le hace mal” que la madre llore o tenga determinados pensamientos se constituye en un fantasma que persigue a las mujeres, quienes ocultan sus (normales) “malos pensamientos” no solo del ginecólogo o la familia sino incluso de ellas mismas (Defey, 2009, p 15).

Ibone Olza (2016) nos acerca el concepto de transparencia psíquica acuñado por Monique Bydlowski , desde el punto de vista psíquico vemos que el embarazo es caracterizado por una

sensibilidad emocional creciente y una tendiente necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios, para de esta forma poder vincularse afectivamente con el bebé próximo a nacer. Si la propia infancia fue grata, le permitirá imaginarse cómo podría ser la infancia del recién nacido, pero si por el contrario fue traumática, puede llevar a una angustia o depresión importante (Bydlowski, como se citó en Olza, 2016).

Alkolombre (2012) nos habla de la prehistoria del hijo, el mismo tiene una historia que lo precede, cada padre y madre tienen representaciones en relación al hijo por venir, donde se manifiestan deseos, anhelos y temores. Esta prehistoria determina la forma en la que se lo recibirá. Antes de la concepción, la vida psíquica de la mujer es poblada por fantasías en relación al embarazo, al niño por nacer, a la niña que ella fue y a la madre que tuvo. Este niño imaginario es capaz de despertar sueños y también pesadillas (Alkolombre, 2012).

Es importante destacar a su vez que el embarazo no siempre se da tan fácilmente como se cree popularmente. Existe la creencia cultural de que podemos controlar la capacidad reproductiva, esto surge en los años 60 con el uso de los anticonceptivos. Despertando la creencia de que si puedo de alguna manera controlar no quedar embarazada, también podré controlar cuando sí lo quiera (Alkolombre, 2012).

2.3 El poder del Parto

Según la Real Academia Española el parto es “la acción de parir” (R.A.E, 2007). Definiendo parir como “Expulsar la hembra el feto que tenía concebido” (R.A.E .2007).

Según Ibone Olza (2017) “Parir: un trabajo y un acto muy potente, intensísimo, trascendente, que poco tiene que ver con la definición que aparece en los diccionarios” (Olza, 2017, p 17).

El parto tiene una riqueza y una profundidad desde el punto de vista psíquico que no se enseña académicamente. Del mismo modo, se puede salir totalmente empoderada, lista para

defender a nuestros cachorros o por otro lado, la vulnerabilidad extrema que podemos experimentar en el mismo nos pone en riesgo de salir muy dañadas. Ya que el parto tiene un gran impacto a nivel existencial y no solo corporal (Olza, 2017).

Para comprender el parto y atenderlo adecuadamente, se hace indispensable entenderlo como parte de la vida sexual de la mujer.

Tiene razón Read: el miedo no permite la relajación de los haces circulares del útero; porque el miedo es incompatible con cualquier acto sexual; toda sexualidad por definición es la extrema relajación, la activación total del tono vagal, la confianza en el entorno, el switch off del simpático y de la intervención del neocórtex, etc., lo opuesto al estado neuro-endocrino-muscular de un cuerpo que tiene miedo (Rodríguez, 2010, p 24)

Entender el parto como un acto sexual permite una aproximación a la sexualidad femenina, que dista de una sexualidad exclusivamente falocéntrica como establece el modelo patriarcal. Las emociones sexuales de la mujer involucran muchos más aspectos de la vida de la misma que a los que intervienen en las relaciones con el sexo opuesto (Rodríguez, 2010). Las hormonas están presentes tanto en la reproducción como en el parto (Olza, 2017). Para comprender qué es un entorno psicológicamente seguro para parir, es necesario escuchar y aprender de la experiencia de las mujeres en el parto. Los aspectos psicológicos del trabajo de parto y nacimiento no han tenido la planificación adecuada para la atención del parto, en muchos lugares se sigue considerando en gran medida un hecho mayormente fisiológico (Olza, 2020). Se evalúa el avance del mismo con medidas externas, como lo son el nivel de dilatación, requiriendo el sometimiento a exámenes vaginales repetidos (Olza, 2020). El cerebro materno experimenta una transformación profunda y duradera durante el embarazo para favorecer el parto y la maternidad. El papel que cumplen las hormonas es crucial,

encontrando que la liberación de oxitocina dentro del cerebro influye en distintos procesos fisiológicos, neuroendocrinos y psicológicos, tanto en el trabajo de parto, el nacimiento y el posparto temprano. Este proceso disminuye el nivel de estrés, miedo, dolor, estimulando a su vez conductas de interacción social. Si el estrés se vuelve demasiado elevado, se induce el efecto contrario, disminuyendo la actividad en el sistema de oxitocina (Olza, 2020). La liberación de oxitocina se puede lograr a través de la activación de los nervios sensoriales de la piel. Viéndose que las interacciones calmantes, la estimulación táctil y el apoyo pueden activar aún más los niveles de oxitocina y con ello disminuir el miedo, el estrés y dolor (Olza, 2020).

El apoyo emocional de forma individualizada y singular empodera a la mujer y esto aumenta sus posibilidades de tener una experiencia de parto positiva, incluso si se trata de un parto prolongado o que el mismo requiera intervención (Olza, 2020).

El acompañamiento durante el trabajo de parto y parto han demostrado ser de las intervenciones más beneficiosas, considerándose más importante aún que las condiciones edilicias (MSP, 2014). Se recomienda favorecer el contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre, sin importar cuál fue la vía de nacimiento, en el caso de recién nacidos que no requieran ninguna maniobra de reanimación. Así como fomentar el inicio de la lactancia lo más rápidamente posible (MSP, 2018).

La lactancia es un factor protector en sí mismo de la salud mental materna. Cuando el bebé succiona el pecho, estimulando la mama, se desencadena un juego hormonal, que tiene como principales protagonistas la prolactina y la oxitocina, que además de ser responsables de la producción y eyección de leche, generan un efecto sedante y reconfortante a nivel cerebral en la mujer. Permitiendo que la misma obtenga un descanso reparador, para garantizar la supervivencia del niño, si bien el sueño es ligero, se recupera fácilmente con la ayuda de dichas hormonas (López, 2018).

La lactancia puede ser un factor de estrés cuando no se tuvo la preparación adecuada o las indicaciones del personal de salud se basan en ideas erróneas. Como ocurre habitualmente con la cesárea. Si no se permitió el contacto temprano y mientras la mamá está en recuperación, al bebé se le da una mamadera con preparado lácteo, con la idea equivocada de que por la cesárea la mamá demora en tener leche. Esto genera una cascada de intervenciones negativas, que pueden ocasionar mucha frustración en la mujer, si su deseo era amamantar (López, 2018).

Winnicott (1991) plantea que la salud mental está determinada desde el comienzo de la vida por la madre o quien cumpla su función, quien brinda un ambiente facilitador, que le permite al individuo desarrollarse según el modelo que ha heredado, cumpliendo los procesos naturales de crecimiento del bebé entendiendo la lactancia natural como una experiencia inigualable, que tanto la mamá, como el bebé merecen experimentar, ya que interviene directamente en el desarrollo emocional. Pero no se puede perder de vista que genera una carga muy grande para las madres que no pueden o no quieren dar el pecho, sintiéndose culpables por no hacer algo que es beneficioso para el bebé. Por lo que es vital, identificar que la lactancia natural no es el único camino para generar ese vínculo de seguridad, “el modo en que se sostiene y se manipula a un bebé tiene mayor importancia como indicador del manejo que la experiencia de la lactancia natural” (Winnicott, 1991, p. 44).

En otro orden, Laura Gutman (2011) nos recuerda lo evidente que nos resulta hablar de separación tras el nacimiento, el cuerpo del bebé se separa y comienza a funcionar de manera independiente. Sin embargo el cuerpo del bebé no es sólo físico, también es un cuerpo sutil, espiritual y emocional. El cuerpo físico se separa, pero permanece una unión de otro orden. Acercando así la noción de fusión emocional (Gutman, 2011)

2.4 Características del Puerperio

Según el MSP “El puerperio es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional” (MSP, 2014, p.101).

Laura Gutman (2011) toma el término de sombra, utilizado por Jung (1991), haciendo alusión a las partes que no conocemos de nuestra psique y de nuestro mundo espiritual. Viendo que nuestro mundo espiritual está formado por una parte luminosa y otra oscura, que está allí, aunque no logremos verla. La maternidad es el mejor momento para encontrarnos con ella, pudiendo utilizar las manifestaciones del bebé como el reflejo de la propia sombra (Gutman, 2011). “Todas las madres con un mínimo de sostén emocional, son capaces de amamantar, de acunar, de higienizar a un bebé, de proporcionar los cuidados físicos necesarios para su supervivencia” (Gutman, 2011, p. 19).

Gutman (2011) manifiesta que a la desestructuración física y emocional, se le suma la pérdida de los lugares de identificación. Además, el puerperio dura más que los famosos 40 días, que tiene más que ver con la emoción compartida y la percepción del mundo, que con la recuperación física. Muchas veces a una angustia muy grande por no poder descifrar y calmar el llanto del bebé, los posibles dolores tras el parto, se le suma una soledad muy grande, falta de familiares o amigos que generen un sostén. En este sentido, “las necesidades de la madre puerpera tiene que ver con la contención afectiva, la aceptación de sus emociones y la confianza que podemos ofrecer para que se conecte con lo que le pasa” (Gutman, 2011, p.30).

Ana Cigarroa (2011) plantea que el modo en el que cada mujer se ha relacionado con su propia madre es determinante en relación al modo de vincularse con sus hijos, partiendo de que la identidad adquirida se vincula con la relación materna primitiva.

Winnicott (1991) nos habla de preocupación maternal primaria, denominando así al estado en el que las madres adquieren la capacidad de interpretar y ponerse en el lugar del bebé, permitiendo de esta forma satisfacer sus necesidades básicas (Winnicott, 1991)

Winnicott (1971) le otorgó un rol primordial a la función materna y al ambiente de maduración suministrado por la madre o su sustituta para alcanzar una adecuada evolución en las etapas primitivas de desarrollo del yo. Si las necesidades del bebé son satisfechas adecuadamente por una madre “suficientemente buena”, el hijo/a se sentirá complacido corporal y emocionalmente por su madre y se generará en el vínculo madre-hijo un sentimiento mutuo de satisfacción. Pero si la niña no ha logrado internalizar este sentimiento, le será muy difícil compensar esta pérdida básica, primaria, estable de satisfacción con su propio cuerpo y con su imagen corporal (Winnicott, 1971).

Stern (1999) también aborda los cambios identificatorios, tomando en este caso el rol de hija, relación que puede ser buena o mala, pero que ha estado siempre en el centro de la identidad. Luego de tener un hijo, la mujer pasa a identificarse más con una madre que con un hijo. Situación que puede llevarla a experimentar una pérdida profunda o una ganancia maravillosa. Se considera que este cambio en la identidad puede ser la responsable de la compleja combinación de emociones que las mujeres atraviesan luego del parto, desarrollando sentimientos de tristeza y felicidad al mismo tiempo (Stern, 1999).

Luego del parto algunas mujeres experimentan sentimientos de tristeza, si la sintomatología es leve, no persiste en el tiempo, no afecta la funcionalidad de la mujer, podemos hablar de baby blue o tristeza posparto, pudiendo ser entendido como una sensibilidad a flor de piel (López, 2018).

Los resultados de un estudio realizado en Uruguay en el 2011, muestran que a la fecha el 16% de las mujeres sufre depresión posparto, patología que afecta el estado de ánimo. Se puede entender a la depresión como un mecanismo que el organismo pone en marcha ante un

peligro ineludible, mientras espera un cambio que le permita padecerlo, ya sea enfermar o curarse (Corbo, Defey y Olivera, 2011). Esta condición afecta la capacidad de cuidar y cuidarse. La sintomatología más frecuente es tristeza, ansiedad, ataques de pánico, fatiga persistente, insomnio, preocupación excesiva por el bebé, entre otras. Para ser considerada depresión posparto, los síntomas deben presentarse y perdurar por dos semanas de corrido, pudiendo aparecer en el primer año tras el parto. Con un buen acompañamiento psicológico y ejercicio físico muchas veces logra superarse. De ser necesario y con la supervisión de un psiquiatra se pueden administrar medicamentos para tratarla (López, 2018).

TERCERA PARTE

3.1 Aportes e influencia de los espacios de conexión y redes de apoyo en la salud y bienestar de la díada mamá-bebé

En el primer capítulo pudimos visualizar cuáles eran las características de la atención a la mujer gestante en el sistema de salud a nivel nacional en la actualidad, centrándose mayoritariamente en el cuidado desde el punto de vista biológico (MSP, 2014).

Oiberman (2001) nos recuerda que en la antigüedad se daban varios rituales en torno al parto y los lugares simbólicos adquiridos por los participantes, como es el caso de la matrona, quien se encargaba de cortar el cordón umbilical, dando paso simbólicamente a la separación mamá bebé. El parto era vivido como un evento de la comunidad y quienes participaban generaban la función de sostén emocional y psicológico en ese momento y luego. La figura de la matrona estaba presente en el nacimiento, el bautismo y el destete. Brindando sostén y continuidad (Oiberman, 2001).

Actualmente encontramos que uno de los pocos espacios que se brindan desde el centro de salud para compartir con otras mujeres y/o familias son los talleres de preparación para el nacimiento (MSP, 2014).

Esther Vivas (2022) plantea que estas instancias dentro de la institución médica muchas veces parece que intentan educarnos para la sumisión, transmitiendo mensajes que nos llevan a dejar todo en las manos del equipo médico. Se pide que confiemos que los profesionales harán todo por el bien de nuestro bebé, dejándonos a un lado en la toma de decisiones: “La violencia obstétrica es la última frontera de la violencia de género, una violencia física y psicológica ejercida contra las mujeres por el sólo hecho de serlo” (Vivas, 2022, p. 197).

Es de vital importancia desarrollar estrategias preventivas como mecanismo para reducir la depresión en las mujeres embarazadas, acciones que repercutirán también en la etapa posparto. En la revista perinatología y reproducción Humana, se toma el estudio realizado por Spinelli en República Dominicana, en el se compara por un lado la eficacia de la psicoterapia personal y por el otro, el alcance de un programa de educación perinatal destinado a mujeres con depresión (Chávez et al., 2008). Aquí se analizaron diferentes factores. El nivel de depresión fue evaluado a través de diferentes escalas, tales como la escala de depresión de Edimburgo (Cox et al., 1987) y la escala de depresión Hamiltón (Purriños, 2013) entre otros. A su vez las mujeres tenían características sociodemográficas similares. En este estudio se encontró que si bien la psicoterapia tuvo mayor eficacia, las mujeres que participaron en los grupos presentaron una respuesta positiva, disminuyendo significativamente los signos depresivos e incrementando notoriamente el autoestima. Por lo que se pone de manifiesto la importancia de las intervenciones grupales para disminuir la depresión. Resaltando que además de los beneficios del tratamiento, también resulta ser económicamente más accesible, por lo que podría tener un alcance mayor a nivel de la comunidad (Chávez et al., 2008).

En estos espacios se ponen a dialogar diferentes premisas, ¿qué tipo de madre quiero ser? Expectativas sociales en torno a la maternidad, características de la pareja, tensiones en el grupo familiar, entre otras (Chávez et al., 2008).

Se ha comprobado que los grupos de apoyo entre mujeres promueve el bienestar y tienen un papel protector ante posibles trastornos de salud mental (Instituto Europeo de Salud Mental, 2020), espejando de esta forma la experiencia personal con la de otras madres, dejándose atravesar por las historias de otras, sus formas de vivir y criar (Naser et al., 2019)

Si bien hay varios equipos en Uruguay que atienden la importancia de trabajar en red con las mujeres gestantes y brindan espacios de conexión en las distintas etapas del embarazo y puerperio. Se realizó la búsqueda de datos y se consultó con varios equipos entre ellos

Gestando, Gestar Derechos, Iulam y Desmadre. No se encontró ningún estudio específico o sistematización del trabajo realizado que arroje resultados en relación al impacto en salud mental que generan estos espacios en las mujeres dentro de nuestro territorio.

3.2 Grupos de preparación para el nacimiento.

Estos grupos también pueden ser vividos como el primer puente para empoderarnos en la toma de decisiones en relación a cómo queremos transitar el embarazo, parto y puerperio. Si son brindados por la institución, contemplan mayoritariamente los procesos fisiológicos, invitándonos a comenzar a pensar en las implicancias del parto, posiciones en las que podemos parir e intervenciones a las que estamos expuestas.

Son muchos los colectivos que le ponen voz al sentir de las mujeres, para poco a poco politizar la maternidad. Proceso que permite salir de la soledad y la exclusiva dedicación a los hijos, dando paso a la construcción de modelos deseantes, críticos y emancipadores. Enfrentando los mandatos establecidos para sacudir los miedos, los juicios y los estigmas. No podemos olvidar que además de madres conviven en nosotras otras aristas, la mujer que trabaja, la que tiene sexo, la que se cansa, la que crea. Lo que nos lleva a la pregunta ¿Cómo maternar desde el disfrute? (Naser et al., 2019).

Las responsabilidades del cuidado de los hijos mayoritariamente recaen sobre la madre y a diferencia de un trabajo remunerado, en el cual el trabajador puede hacer una huelga. Para las mujeres esas huelgas cobran forma de crisis mentales o físicas. Que las mujeres permanezcan en el hogar implica una gran desconexión y soledad. Con lo que se pierde el sostén y el cuidado que les daba la comunidad, cuando el cuidado de los niños era vivido como responsabilidad colectiva (Rich, 2019).

Nuestro sistema de salud no nos brinda espacios para abordar este tipo de temáticas que atraviesan la maternidad y ante esta falta somos las mujeres las que tenemos que desplegar nuestros recursos para encontrar espacios de encuentro.

Los seres humanos estamos diseñados para estar en manadas. Pero muchas veces, cuando nace un bebé, la soledad y el desconcierto se instalan en la madre. Porque no hay comunidad que avale, sostenga, ampare y satisfaga las necesidades de la madre puérpera, para transitar este proceso (Gutman, 2017). Las mujeres madres, no saben en qué grado su experiencia es común a la de las demás, lo que genera dificultades para comenzar a hablar de ella. Muchas veces están acompañadas de sensaciones de ansiedad, deseos e incertidumbre, realidad que acompaña el día a día de un recién nacido (Stern, 1999).

Se entiende que los grupos le brindan a las mujeres un marco de seguridad en el cual pueden analizar sus miedos, lugar en el que pueden comenzar a identificar sus funciones maternas e instinto, y que dicha búsqueda de espacios es parte de la actitud maternal (Stern, 1999).

3.3 La trama que sostiene, redes sociales y grupos de apoyo a la lactancia como espacio de contención

Son muchas las incertidumbres que nos atraviesan como mujeres gestantes. Si partimos de la pregunta ¿Qué significa ser madre? Podemos llegar a la conclusión de que hay tantos significados como experiencias. Y que no podemos hablar de maternidades en un único sentido. Pero hemos crecido escuchando a lo largo de la historia, que para ser buenas madres debemos ser abnegadas y sacrificadas. Poniendo siempre por encima al bebé y al hombre. La idea de madre perfecta está al servicio de la culpa y la estigmatización, de toda mujer, madre que se aleje de sus parámetros. Es así que las mujeres nos encontramos presas de discursos opuestos donde podemos vernos como profesionales fracasadas si no estamos totalmente

disponibles para el trabajo o malas madres si no nos dedicamos suficientemente al cuidado de los niños. Siendo siempre las culpables (Vivas, 2022).

Necesitamos compartir nuestras emociones y para satisfacer esta necesidad, creamos grupos. Esther Vivas (2022) plantea que buscar consejos y ser escuchadas por otras madres es tan importante en la actualidad como lo era hace mucho tiempo. Las redes sociales han contribuido notoriamente en la construcción de redes solidarias, en una sociedad individualista, donde estamos cada vez más aislados.

El tantas veces citado - y tan acertado- refrán africano que dice que para criar hace falta una tribu entera, se materializa ahora en la nube digital. Lo vemos en múltiples foros de debate, páginas de Facebook, blogs y grupos de WhatsApp que funcionan como espacios de apoyo para las madres, y también para algunos padres (Vivas, 2022, p.135)

Muchas mujeres desde que empiezan a buscar el embarazo, luego del parto y ya entrada la crianza buscan transmitir su proceso vital. En algunos casos con la creación de un blog personal, otras lo hacen a través de foros, siguen alguna página de Facebook o transmiten su experiencia de forma anónima. Se centra en intercambiar opiniones, encontrar apoyo y sobrellevar la soledad que muchas veces implica la crianza en la sociedad actual. Poco a poco, comienzan a visibilizarse temas que se consideraban tabú, como la pérdida gestacional, la dificultad para quedar embarazada o la reproducción asistida (Vivas, 2022).

Es imprescindible recordar que la mujer puérpera necesita de la contención afectiva, que le permita aceptar sus emociones y sentir la confianza necesaria para conectar con lo que le ocurre (Gutman, 2011).

La lactancia puede ser un factor protector debido a las hormonas involucradas en la misma, tales como la oxitocina, que brinda sensaciones placenteras y de relajación, pero también puede volverse un factor de estrés, culpa y carga para la mujer (López, 2018). Desconocer sus características y sus posibles dificultades, lleva a que la mujer pueda sentir que está equivocada o que está haciendo las cosas mal. El bebé llora, no sabemos qué hacer y en medio del puerperio esta situación puede volverse desbordante. Reunirse con otras mujeres en la misma situación le permite reconocer que no le ocurre solo a ella, pudiendo de esta manera naturalizar la situación. Saber que otras mujeres pasaron por la misma situación y lo superaron, brinda mayor calma e impulsa a superar las dificultades. Estos grupos pueden ser llevados adelante por profesionales o no. Ya que su mayor riqueza está en el intercambio de los participantes, aprendiendo unos de otros. Tal es el caso de los grupos de “Apoyo de la liga de la leche”, espacios que son coordinados por madres que han amamantado y comparten la filosofía de la organización (López, 2018).

En nuestro país funciona un grupo privado en Facebook llamado Lactancia en Uruguay, dicho grupo fue creado para acompañar a las familias a transitar por este proceso. Sus administradoras son asesoras en lactancia materna, pero se conformó para que las familias pudieran compartir información, sostenerse y apoyarse mutuamente. Se rige por varias normas y consideraciones, entre ellas defender el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo, entendiendo que el apoyo es una pieza clave para sostener la lactancia (los aportes en el grupo no sustituyen la consulta a un profesional), transmitir información actualizada y sin prejuicios, no se dan recomendaciones médicas, no realizar juicios de valor con respecto a preguntas o decisiones que toman las familias. Al día de hoy dicho grupo cuenta con más de 21 mil familias.

Existen varios grupos de similares características y con el mismo espíritu de solidaridad y comunidad, tales como “Porteo ergonómico en Uruguay”, “Gestando”, “Gestar Derechos”,

“Iulam”, donde se comparte información, se problematiza y se contempla la maternidad desde diferentes aristas.

Sabrina Critzmann (2019) plantea la importancia de la mirada crítica en relación a la información a la que accedemos ya que en algunos grupos se maneja información errónea a nivel científico.

CUARTA PARTE

4 Consideraciones finales

El presente trabajo comenzó contextualizando a la mujer gestante en el sistema de salud nacional, recorrido que nos ha permitido ver los grandes avances que se han logrado en relación a los derechos de salud sexuales y reproductivos pero también ha dejado al descubierto cuánto camino nos queda por recorrer para que la psicología sea incorporada realmente en el proceso de control del embarazo, parto y puerperio con una perspectiva preventiva, como herramienta para vivir un embarazo en conexión, consciente y saludable o detectar una posible patología.

El rol profesional en salud mental es de suma importancia, para las usuarias del sistema, sus familias y los equipos técnicos. Ya que todos se ven beneficiados con sus aportes, enriqueciendo la mirada, la comunicación y la comprensión del momento actual y el contexto en el que se da cualquiera de las etapas que atraviesan las mujeres en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere.

Mi formación en psicología fue sumamente enriquecida por la maternidad, permitiendo ver las fallas del sistema de salud desde dentro. Me sentí totalmente sola en mis primeros dos embarazos, en los cuales conocí el dolor de la pérdida y muy pocos profesionales empáticos y respetuosos.

Esto me llevó a encontrar otros rumbos dentro de la formación en psicología. Con contenidos académicos que permiten abordar y problematizar desde múltiples aristas las distintas formas de maternar, los estereotipos que rodean a la mujer, madre, trabajadora y los cuidados tempranos del bebé.

Acompañada por profesionales, docentes maravillosas, capaces de poner luz donde por momentos hay tanta oscuridad.

Es tan complejo maternar, maternarse, encontrarnos en un nuevo rol, lleno de desafíos, miedos y oportunidades. Etapa cargada de situaciones para redescubrirnos y resignificar nuestro camino hasta el momento. Hay tantas maternidades como mujeres y cuánto nos enriquecen estas diferencias.

No es saludable vivir la maternidad en soledad, debemos encontrar formas de transitar en compañía. Ya sea compartiendo información que nos empodere para un pleno disfrute del embarazo y el parto. O abriendo nuestro corazón para expresar lo que sentimos, validando nuestras emociones, dando lugar al dolor y sabiendo que no estamos solas, hay una red que nos sostiene, nos acompaña y nos nutre. Siendo una fuente inigualable de poder. Respetando todos los procesos, de nuestro cuerpo y nuestra psiquis.

En este recorrido formativo, tanto de la Facultad de Psicología, como fuera he tenido el placer de coincidir con profesionales de diferentes áreas, comprometidos con esta temática, prestandoles voz a las situaciones que atraviesan muchas mujeres en nuestro país. Es sumamente gratificante saberme parte de esta red, donde nos nutrimos inmensamente del rol y la mirada de otros. Tejiendo una sociedad más comprometida y empática con la maternidad. Celebro que cada vez haya más espacios en los que se trabaje, discuta y problematice la maternidad, tanto desde lo formal como desde otros ámbitos. Centros de estudio, reuniones de amigos, jardín de niños, escuelas, comercios, necesitamos hacer visible lo invisible.

Sin perder de vista la responsabilidad que tiene el estado en brindar y garantizar una atención integral en salud. Y una atención integral en salud tiene que incluir sí o sí, a la salud mental. Este trabajo es el cierre de mi proceso de formación de grado y el comienzo de una nueva trayectoria. Donde espero seguir creciendo en el encuentro con el otro.

La rumba de las madres (Rosa Zaragoza)

Mi abuela parió a mi madre.

Mi madre me parió a mí.

Todas paren en mi casa,

Yo también quiero parir.

Yo quiero parir tranquila,

Que nadie me meta prisas,

Que mi chico esté conmigo,

Por si hay lágrimas o risas.

Mi mamá me mima ma, mímame mamá, mamá.

Mi mamá me mima ma, mímame mamá, mamá.

Si pides, yo te doy teta;

Si lloras, te cojo en brazos;

Que gusto darte un abrazo

Y llevarte en bicicleta.

María no tiene niños,

Pero ella también es madre:

Envuelve con su cariño

A quien se pone delante.

Mi mamá me mima ma, mímame mamá, mamá.

Mi mamá me mima ma, mímame mamá, mamá.

Tu quieres una mamá

Y yo quiero tener hijitos;

Muy pronto te iré a buscar

Pa poder vivir juntitos.

Amatxik ama erditu zuen.

Amak ni erditu zuen.

Etxeko emakumeek erditzen dute,

Nik ere erditu nahi.

Mi mamá me mima ma, mímame mamá, mamá.

Mi mamá me mima ma, mímame mamá, mamá.

Miña avoa pariu miña nai.

Miña nai pariume a min.

Todas paren na miña casa,

Eu tamben quero parir.

L'àvia va parir ma mare.

Ma mare em va parir a mi.

Totes pareixen a casa,

Jo també vull parir.

Mi mamá me mima ma, mímame mamá, mamá.

Mi mamá me mima ma, mímame mamá, mamá.

Referencia Bibliográfica:

Alkolombre, P. (2011). Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia. Buenos Aires. Letra Viva

Alkolombre, P. (2012). Deseo de hijo. Pasión de hijo. Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis.. Buenos Aires. Letra Viva

Bleichmar, E. Garriga, C. Díaz, Ma. Martínez, I. Romero, I. San Miguel, M. (2014). Mujeres tratando a mujeres con mirada de género. Barcelona. Octaedro

Chávez, M. Hernández, A. Arce, E. Bolaños, I. González, I. Lartigue, T. (2008). Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip084c.pdf>

Cox, L. Holden, J. M. Sagovsky, R. (1987). Vol 150 junio British Journal of Psychiatry

Critzmann, S. (2019). Hoy no es siempre. Guía pediátrica para una crianza respetuosa. Montevideo. Planeta.

Dapueto, J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. Revista Médica Uruguaya. <http://psicologiamedica.org.uy/campo-disciplinar-y-campo-profesional-de-la-psicologia-medica-enfoque-biopsicosocial-de-la-medicina30-anos-despues-dr-juan-jose-dapueto/>

Defey, D. D'Oliveira, N. Corbo, G. (2011). De-presiones maternas: depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudios de prevalencia. Montevideo. OIT

Defey, D. (2009). El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud.

<https://www.inau.gub.uy/caif.gub.uy/documentos/equipos-de-trabajo/item/30-el-trabajo-psicologico-y-social-con-mujeres-embarazadas-y-sus-familias-en-los-centros-de-salud>

Gallardo, R. (2022). Violencia Obstétrica en Uruguay: un enfoque de género y bioético.

<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000445>

Gutman, L. (2011). La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Buenos Aires. Del

Nuevo Extremo.

<https://pdfcoffee.com/la-maternidad-y-el-encuentro-con-la-propia-sombra-laura-gutman-pdf-free.html>

Gutman L. (2017). Mujeres visibles, madres invisibles. Buenos Aires. Sudamericana

Instituto Europeo de Salud Mental (2020). El apoyo entre madres en el posparto mejora el bienestar y ayuda a prevenir trastornos mentales.

<https://saludmentalperinatal.es/2020/02/25/el-apoyo-entre-madres-en-el-posparto-mejora-el-bienestar-y-ayuda-a-prevenir-trastornos-mentales/>

Lacerda, Y. Aguirre, A. Acosta, I. (2020). Guía de atención para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal. Dirección nacional asuntos sociales ministerio del interior hospital policial.

Lactancia en Uruguay. <https://www.facebook.com/groups/1395192660772978/?ref=share>

López, C. (2018). Dar de Mamar. Manual práctico de Lactancia Materna. Montevideo. Planeta

Naser, L. Graña, A. Grabino, V. Veras, G. (2019). Salirse del cauce desbordando maternidades. Brecha digital. <https://brecha.com.uy/salirse-del-cauce-desbordando-maternidades/>

Ministerio de Salud Pública (2014). Guías en Salud Sexual y reproductiva. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>

Ministerio de Salud Pública (2018). Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y el nacimiento. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-sobre-practicas-actitudes-asistencia-del-embarazo>

Observatorio sobre Violencia basada en Género hacia las Mujeres e Instituto Nacional de Estadística (2020). Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia basada en Género y Generaciones: informe general de resultados.

<https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/resultados-finales-de-la-segunda-encuesta-nacional-de-prevalencia-sobre>

Oiberman, A. Santos, S. Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología perinatal. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/44422/CONICET_Digital_Nro.5940a55a-8ef4-4958-a6ae-ba9651aa422b_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111869>

Olza, I. Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A. Leahy-Warren, P. Karlsdottir, S. I. Nieuwenhuijze, M. Villarnea, S. Hadjigeorgiou, E. Kazmierczak, M. Spyridou, A. & Buckley, S. (2020). El parto como evento neuropsicosocial: Un modelo integrador de las experiencias maternas y su relación con los eventos neuro-hormonales durante el parto. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0230992>

Olza, I. (2016). La “transparencia psíquica” en el embarazo. <https://saludmentalperinatal.es/2016/05/26/la-transparencia-psiquica-en-el-embarazo/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20esta%20autora%20la%20transparencia,y%20recordando%20su%20propia%20ni%C3%B1ez.>

Olza, I. (2017). Parir. El poder del parto. Barcelona. Sipan Barcelona Network S.L.

Purriños, M. J. (2013). Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde. <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>.

Real Academia Española. (2021). Diccionario. <https://dle.rae.es/embarazo>

Rich, A. (2019). Nacemos de Mujer. La maternidad como experiencia e institución. Madrid. Traficantes de Sueños.

Rodrigañez, C. (2010). Pariremos con placer. Murcia. Crimentales

Stern, D. (1999). El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre. Barcelona. Paidós. https://kupdf.net/download/stern-el-nacimiento-de-una-madre_5b4e6e06e2b6f5cc35131b75.pdf

Vivas, E. (2022). Mamá desobediente. Una mirada feminista de la maternidad. Buenos Aires. Godot

Winnicott. (1971). Realidad y Juego. Barcelona. Gedisa

Winnicott. (1991). Los bebés y sus madres. Buenos Aires. Paidos

