



TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad: Monografía

Maternidad como construcción.

Aspectos socioculturales, históricos y aportes desde la psicología

Estudiante: Tania Correa

C.I: 3.114.853-4

Tutora: Asist. Mag. Alejandra Akar

Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano

Revisora: Mag. Carolina Farías

Instituto de Psicología de la Salud

Montevideo, octubre de 2021

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Capítulo 1. Maternidad como construcción	6
1.1. Breve proceso histórico de la maternidad	6
1.2. Cuerpo femenino, cuerpo social: la función reproductora	11
1.3. Representación social e ideal de la maternidad	13
Capítulo 2. Características y repercusiones emocionales de la maternidad. Aportes teóricos desde la psicología	17
2.1. Defey: La gestación psíquica	17
2.2. Winnicott: Preocupación maternal primaria	18
2.3. Stern: La Constelación maternal	20
2.4. Perspectivas teóricas complementarias	22
Capítulo 3. Pensar las prácticas. Repensar las intervenciones	24
3.1. Psicología perinatal como herramienta	24
3.2. Importancia del rol de los profesionales de la salud en el ámbito perinatal	25
3.3. Especificidad del rol del psicólogo en el ámbito perinatal	28
REFLEXIONES FINALES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado propone pensar los aspectos subjetivos de la maternidad considerada como una construcción sociocultural y psicológica. Pensar la maternidad de esta forma, o sea, como una construcción, implica indagar su relación con las condiciones de posibilidad tan estrechamente vinculadas a la historia, a la construcción de sentido y a las representaciones sociales. También implica indagar en la función que la procreación cumple y que, de cierta forma, ordena su valoración social. Esta postura adoptada busca cuestionar la concepción de maternidad ligada a determinados mitos que refuerzan la creencia de que se trata de una función natural e instintiva.

Por otra parte, a través de las conceptualizaciones de diferentes teóricos del ámbito de la psicología, se abordarán algunos cambios intrapsíquicos y emocionales que constituyen las características más significativas durante el período de gestación, parto y puerperio.

Finalmente, se propone pensar críticamente el rol de los profesionales de la salud involucrados en el ámbito perinatal y específicamente el rol del psicólogo. Para ello, iniciaré explicando a qué nos referimos cuando hablamos de psicología perinatal y algunas de las posibilidades que este ámbito ofrece para intervenir oportunamente, orientados a la promoción, prevención o a la resolución de distintas situaciones conflictivas.

Palabras clave: psicología perinatal, construcción de la maternidad, representación social

Introducción

La presente monografía corresponde a la elaboración del Trabajo Final de Grado, requisito imprescindible para la finalización de las actividades académicas de grado y la subsiguiente obtención del título de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

Para llegar a este punto, el camino fue largo. Procuré tener una trayectoria tan coherente como significativa, otorgándole sentido y profundidad a la formación. Fue así como, en consonancia con mis intereses personales, cobró relevancia el tema de la primera infancia y el tema de la maternidad. Para ilustrar este resultado, puedo mencionar por ejemplo mi pasaje por el Seminario “Maternidad y cuidados tempranos. Perspectiva desde la pedagogía de la crianza” y el Seminario “Atención 0 a 3 años en Centros Educativos”, en los cuales pude valorar la complejidad de estos temas y a partir de ellos fui definiendo un ámbito en el cual me interesaba desarrollarme profesionalmente.

En esta etapa tan particular en la que debo elaborar mi Trabajo Final de Grado, decidí enfocarme en tres áreas pertinentes a la psicología. Por un lado, indagar sobre la maternidad como construcción sociocultural y psicológica. Por otro lado profundizar, a través de un extenso recorrido teórico, en las características psíquicas y emocionales más significativas durante el período de gestación, parto y puerperio. Finalmente, reflexionar sobre el rol de los profesionales de la salud en el ámbito perinatal, específicamente el rol del psicólogo.

La justificación para la pertinencia de este tema a nivel académico está relacionada a que la reflexión sobre las problemáticas relativas al bienestar de la madre así como la atención y cuidados que ofrece a su bebé desde la gestación y durante la perinatalidad, posibilitan intervenciones oportunas por parte de los servicios de salud. Este es un tema vigente y sumamente pertinente para nuestra sociedad. Igualmente importante es promover la reflexión sobre el hecho de que las representaciones sociales atraviesan las prácticas de los profesionales en general, de los profesionales de la salud en particular y específicamente de los psicólogos del ámbito perinatal, quienes, por lo tanto, no ejercen al margen de las representaciones sociales sino desde ellas. Representaciones sobre la infancia, la mujer, la maternidad, la familia, etc, y serán estas representaciones las que signarán, hasta cierto punto, nuestras intervenciones.

El análisis de los temas anteriormente planteados favorece acciones de prevención de riesgo y promoción en salud, de acuerdo al paradigma propuesto por el Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 18.211). También propicia ensayar respuestas a una pregunta relevante: ¿Cómo intervenir de forma oportuna desde la psicología perinatal fortaleciendo el proceso de maternidad? Para ello será necesario realizar un pasaje por la maternidad como construcción sociocultural y psicológica, y no como algo natural, resultado del instinto, desplegando así algunos dualismos clave como por ejemplo la madre naturalizada y la desnaturalizada o la “buena madre” y la “mala madre”. También será necesario tener en cuenta el valor del diagnóstico situacional y los beneficios del trabajo interdisciplinario.

Cabe aclarar que, si bien el enfoque de este trabajo va a estar centrado en las mujeres madres, no se desconoce la relevancia del entorno ni se ignora el hecho de que otras personas cercanas al bebé pueden cumplir la función materna exitosamente (Winnicott, 1979; Stern, 1983; Schlemenson, 2011).

El rol de la psicología será entonces, por un lado, profundizar en el sentido subjetivo de la maternidad como construcción sociocultural y psicológica. Por otra parte, analizar las características psíquicas y emocionales propias del período de gestación, parto y puerperio. En tercer lugar, analizar la intersubjetividad de los implicados (incluidos los profesionales intervinientes), profundizar en sus acciones e interacciones y reflexionar entorno a ellas, contribuyendo a la producción de conocimiento en el ámbito de la psicología perinatal.

Marco teórico

El marco teórico de este Trabajo Final de Grado está configurado en tres capítulos. El capítulo 1 ha sido nombrado “Maternidad como construcción”. El capítulo 2 ha sido nombrado “Características y repercusiones emocionales de la maternidad. Aportes teóricos desde la psicología”. Finalmente el capítulo 3 ha sido nombrado “Pensar las prácticas. Repensar las intervenciones”. Todos ellos se conjugan en las Reflexiones Finales.

Capítulo 1

Maternidad como construcción

En este primer capítulo se propondrá pensar la construcción de la maternidad en relación con la cultura, las condiciones de posibilidad tan estrechamente vinculadas a la historia y a la construcción de sentido, las representaciones sociales y la función que la procreación cumple y que, de cierta forma, ordena su valoración social. También se explicará el rol de los mitos sociales que posibilitan y constituyen determinados anhelos o creencias colectivas en un momento y modo determinados, propiciando así prácticas que encubren o invisibilizan, otras. El mito que propone la ecuación Mujer = Maternidad es la base que sostiene la construcción de la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura (Fernández, 1993). Por otra parte, es el cambio en la concepción de la mujer, primero como audaz, astuta y diabólica y luego como dulce, sensata y modesta lo que va cimentando esta construcción. Paso a paso, casi imperceptiblemente, Eva cede su puesto a María (Badinter, 1991). En definitiva lo que se está comprobando es que es posible convertir la maternidad en objeto de historización cuyos cambios han tenido y tienen relevancia a nivel social. Cambios que nos permiten “reconocer que las mujeres están *en* la historia y *hacen* historia, no sólo a *pesar* de su maternidad, sino también *desde* ella” (Imaz, 2010, p.23).

1.1. Breve proceso histórico de la maternidad

En su libro *La Mujer de la ilusión*, Ana María Fernández (1993) realiza valiosos aportes para pensar una idea de ser Mujer, una forma específica de ser Mujer que es ilusoria, o sea, que no es real. A esa ilusión la destaca como potente porque define prácticas, formas de ser y estar en el mundo ignorando la singularidad de cada mujer. En ese mismo sentido, existe otra figura resultado de esa mujer de la ilusión: la Madre. Fuertemente anclada a ese ser Mujer específico, ignora de cierta forma, la singularidad de cada maternidad. Se va despejando así la posibilidad de ver que la maternidad es una invención social (o sea, colectiva) compartida por hombres y mujeres, producto de un entrecruzamiento de diversos mitos del imaginario social que consolida efectos no solo en los discursos, sino también en las prácticas públicas y privadas, en los procesos subjetivos. Para revisar este proceso de construcción de la maternidad y sus condiciones de posibilidad, me gustaría trazar una línea histórica que inicie en la Edad Media. “Durante la Edad Media había primado el criterio aristotélico que quitaba a la mujer toda fecundidad, relegándola a ser un simple receptáculo

de la fecundidad masculina (mujer = vaso)” (Fernández, 1993, p.78).

En 1650, algunas décadas antes del Siglo de las Luces, el médico William Harvey propone una nueva explicación sobre cómo se desarrolla el embrión (Fernández, 1993). Esta explicación cambia el estatus de la mujer, dejando entonces de ser un mero recipiente y pasando a tener el mismo estatus que el varón: ambos son indispensables. Es así como el sexo femenino se valoriza y tiene inicio un largo proceso de veneración de la maternidad, según la cual toda mujer se valora en tanto individuo en relación directa a sus posibilidades de convertirse en madre. Comienza a gestarse un discurso sobre la naturaleza femenina y un discurso médico que pasa de la biología a la moral: moral del matrimonio dentro del cual la mujer será madre y se dedicará a la familia. Así, el matrimonio pasa a ser un proyecto de vida y la maternidad la máxima realización. Este cambio que repercute en las mentalidades y por lo tanto también en las costumbres y las prácticas, le otorga a la mujer/madre en el Siglo de las Luces, un rol sexualmente pasivo, afectivamente dependiente y la ubica como socialmente necesitada de protección masculina (primero su padre, luego será su esposo).

Agrega Fernández (1993) que, en la sociedad premoderna, la maternidad no estaba necesariamente asociada al cuidado de los hijos ni estrictamente asociada al amor, sino que, más que criar a los niños, lo que se valoraba era gestar y parir. Como una consecuencia de eso, en el siglo XVIII aún predominaba un estilo generalizado de lactancia: la nodriza. Este planteo, en consonancia con el de Badinter (1991), explica que la nodriza llevaba a los bebés a su propio hogar y allí les amamantaba por un año o dos, devolviéndolos luego a su madre, si el niño sobrevivía. La importancia de esta práctica, que podría entenderse como una cierta forma de resistencia por parte de las madres, va incluyendo en la reflexión ciertas dudas sobre lo natural o propio al pensar que la crianza de los hijos es en efecto una tarea de la madre. Si se considera que no eran solamente las mujeres provenientes de familias acomodadas las que pagaban por este servicio, sino también mujeres de origen social modesto, esta teoría cobra aún más sentido. La presión social ante esta lactancia llamada mercenaria, estaba plagada de argumentos naturalistas y cientificistas pero también religiosos. Se tildaba a esas madres de malas cristianas que no seguían el ejemplo de María, que si lactó a Jesús; mujeres que ignoraban la voz de la naturaleza y que negaban a sus hijos la leche que por derecho natural les pertenecía (Imaz, 2010). En la medida en que estas prácticas fueron cambiando, fue asumiendo protagonismo la maternidad antes mencionada, como una realización en la crianza devota de los hijos (Badinter,1991; Fernández, 1993). En este período situado en la segunda mitad del S. XVIII, la maternidad pasa a ser el centro de la identidad femenina, considerado como algo natural,

intrínseco a su naturaleza pero que deberá ser mejorado y guiado, por lo cual las mujeres serán educadas para ello, instruidas por médicos, filósofos y políticos (Imaz, 2010).

Fernández (1993) habla de que el mito Mujer = Maternidad, es sostenido por tres recursos que también obedecen al orden de lo mítico. En primer lugar, la ilusión de naturalidad. Desde esta perspectiva, la maternidad es un fenómeno natural/biológico inherente a las mujeres e implica la idea de un instinto maternal, igualmente natural y biológico. Aceptar este mito convierte a la madre en una figura indispensable, irremplazable porque su propio instinto es la guía necesaria y le hace poseedora de un saber al cual no puede acceder nadie más. Así, el instinto maternal convierte al vínculo madre-hijo en un vínculo indisoluble e impone además el amor incondicional.

El segundo recurso que sostiene el mito Mujer = Maternidad es el de la ilusión de atemporalidad. El mismo puede resumirse en que, si la función materna se inscribe en el orden de la naturaleza y no en el orden de la cultura, entonces siempre fue así y siempre lo será. “Decir que siempre fue y será así tiene mucha más fuerza (insistencia, eficacia) que pensar que dicha función cambia con los tiempos ...” (Fernández, 1993, p.172)

El tercer recurso, propio del S.XIX, es el de la relación a menos hijos más mitos. Está relacionado al hecho de que, a pesar del control natal y de que las mujeres gradualmente fueron teniendo menos hijos, se establecieron igualmente discursos orientados a que la crianza de los hijos implicara una dedicación total y prolongada en el tiempo, a través de la cual la mujer alcance la realización.

Elisabeth Badinter (1991) en su provocativo libro *¿Existe el instinto maternal?*, no solo procura responder a esta pregunta, sino también reflexionar de forma polémica, sobre el amor maternal. Esta lectura ayuda a revisar tanto la creencia del instinto maternal como la del amor materno como una manifestación de ese instinto, arraigado en su naturaleza, cualquiera sea su tiempo y el espacio que la rodea.

En el análisis histórico encontramos ciertas representaciones sociales que propiciaron que, hasta mediados del Siglo XVIII el amor no fuera un valor familiar y social (Badinter, 1991). La severidad y la violencia del padre hacia su esposa e hijos, eran la norma. Desde luego el amor existía, pero no era un sentimiento con la condición ni la importancia que se le atribuyó luego, a partir del Siglo XIX, ni mucho menos la que se le atribuye hoy. Para ello había básicamente dos razones. Por un lado, el amor tenía un carácter contingente que constituía una base frágil sobre la que no era conveniente hacer construcciones tan importantes como la familia. Por otro lado, el amor se asociaba también a lo fugaz, a lo pasivo y a la pérdida de

razón. Por ello, su doble connotación negativa. En lo que refiere específicamente al amor maternal, comenta Badinter (1991) que inicia en el siglo XVIII con distintos precursores, pero encuentra en Rousseau y particularmente en su libro *Emilio* (1762) las nuevas ideas que impulsan a la familia moderna a fundarse en el amor maternal.

En este análisis que pone en jaque el estatus natural del amor maternal, Badinter (1991) menciona algunas características del vínculo entre las madres y sus hijos que nos hacen cuestionarlo seriamente. Por un lado, está la indiferencia hacia la muerte de los hijos, extensamente documentada por diversos historiadores y estudiosos del tema. Por otra parte, se encuentra lo que Badinter (1991) llama amor selectivo: si el amor maternal es natural y espontáneo ¿cómo se explica, por ejemplo, que quisieran a un hijo y no a otro? Esta selectividad tenía que ver con características como el sexo del bebé o el lugar que ocupaba en la familia y estaban relacionados a intereses económicos y costumbres, por lo cual no eran vistas con asombro. Asimismo, se observaban diferencias entre las mujeres de la ciudad y las del campo, siendo las primeras las más distantes de sus hijos y las segundas más apegadas a las funciones tradicionales de crianza, aparentemente por estar relegadas al hogar, alejadas de la cultura, la lectura y los temas relacionados a la política, confinadas en sus casas entre tareas domésticas y maternas que no les aseguraban ningún reconocimiento en particular (Badinter, 1991). No será hasta el siglo XVIII (1760 en adelante) cuando se comienza a condenar a las madres socialmente, demandando de ellas que se sacrifiquen por el hijo que acaban de traer al mundo, ocupándose personalmente de él y dando el pecho, dejando atrás las nodrizas y ciertas actitudes de indiferencia. En la sociedad moderna, cuando inicia el período de la regulación de los nacimientos y se da un nuevo cambio en el rol maternal, comienza a prepararse el escenario para que, sobre fines de siglo, el amor maternal aparezca como un concepto nuevo estrechamente relacionado al mito del instinto maternal (Badinter, 1991).

Actualmente, el amor implica identificarse con el otro, es una concepción activa que se percibe más bien alejada de lo contingente, relacionada a un “para siempre”, pero ha sido el proceso histórico ilustrado anteriormente lo que ha propiciado estos discursos, culpabilizando e imponiendo a la madre una actividad instintiva de crianza, cuidado y amor, supuestamente espontánea y natural (Badinter, 1991). Poco a poco dejó de ser bien visto entregar el hijo a la nodriza o enviarlo a un internado. Así es como, a mediados del siglo XIX la madre debe consagrarse al cuidado de sus hijos, con amor. Se ocupará además del hogar y de tener pocos hijos a los cuales asegurarles un buen futuro.

En los inicios del siglo XX, dirá Badinter (1991) que la madre asumirá como nueva

responsabilidad la felicidad de sus hijos, misión esta que termina de definir su función. No adaptarse a ella implicará una condena moral que fue sometiéndola en silencio, suscitando piedad si la mujer no podía tener hijos, suscitando oprobio si no quería tenerlos. Estos aspectos no han perdido relevancia, sin embargo, sobre finales de siglo, se da un giro en esta construcción de la maternidad: por primera vez en la historia el foco comienza a desplazarse hacia la figura del padre. Si bien a los efectos de este trabajo, no profundizaré en este cambio, sí considero pertinente mencionarlo porque abre, de cierta forma, la pregunta relativa a cómo se construye la maternidad contemporánea. Sin embargo, sea como sea, la madre del siglo XX siguió siendo una mujer cuestionada y llena de imposiciones Badinter (1991).

Imaz (2010) sitúa este período de construcción de la maternidad signado por las características planteadas, entre los siglos XVIII y XX, iniciando específicamente en la Revolución Francesa y finalizando con la Segunda Guerra Mundial. Para explicar el cambio ocurrido en el siglo XX, Imaz (2010) nos habla también del rol que jugó el feminismo en esta etapa de la construcción de la maternidad, alentando a las mujeres a ser y a hacer lo que se consideraba anormal, procurando posibilitar y promover nuevas conductas como resultado de ese choque entre los deseos femeninos y los valores dominantes. Este movimiento fue necesario porque seguían fluctuando sobre la madre la mayor parte de las responsabilidades esenciales: dispensar amor, alimentar, consolar, tranquilizar sin importar el grado de sacrificio que esto implique (Badinter, 1991). Es en estas condiciones en las que llegamos a la segunda mitad del siglo XX y finalmente al siglo XXI, procurando deconstruir la maternalización de la mujer (Imaz, 2010). La sociedad actual ha flexibilizado el modelo disciplinario de lo permitido y lo prohibido en relación a la maternidad, ampliando las posibilidades, la libertad de elección y fomentando la realización personal por lo cual las mujeres buscan otros medios de realización y de desarrollo que ya no pasan necesariamente por la maternidad. Así, esta queda menos señalada como única condición definitoria del sí mismo de la mujer y de su valor como persona. Actualmente la maternidad está muy ligada al deseo, el cual se plantea como un paso previo a convertirse en madre y esta posibilidad de desear y decidir está relacionada a su vez con la responsabilidad con que se llevará adelante la maternidad (Imaz, 2010).

Por estas posibilidades que se van abriendo de reflexionar y desear, la maternidad empieza a ser contraria a la realización personal en muchos casos. En otros, se posterga en pos de distintos proyectos y esto también empieza a ser aceptado. Por otra parte, continúa disminuyendo el número de hijos. Otra característica distintiva en la actualidad es que las

opciones laborales y las actividades fuera del hogar aumentan (Molina, 2006). Finalmente, se debe mencionar el hecho de que se plantean nuevas formas de definir los roles parentales y de género en la familia. Un ejemplo de esto son las licencias postnatales que se están otorgando a los padres en algunos países. Pero, si bien la división de roles se ha flexibilizado y ha abierto una brecha a través de la cual la mujer reivindica a su pareja que compartan dichas tareas, la puja continúa (Badinter 1991; Molina, 2006). Otro cambio importante en la construcción actual de la maternidad remite al hecho de que las crecientes problemáticas que vive la infancia y la juventud actual como por ejemplo la violencia, el consumo problemático de sustancias o la sexualidad precoz, ya no son vistas solo como una falla materna (Molina, 2006).

1.2. Cuerpo femenino, cuerpo social: la función reproductora

En este breve recorrido histórico que acabo de hacer, hay también un elemento que se menciona de forma indirecta e implícita, pero que tiene gran protagonismo por sí mismo y al cual es pertinente dedicar un espacio diferenciado: el cuerpo femenino, el cual se convirtió en la matriz del cuerpo social al readaptarse a la función reproductora y reivindicar la función de amamantar (Oberman, 2004). Si bien el embarazo es una experiencia repetida y colectiva cuando pensamos en la humanidad, constituye al mismo tiempo un proceso singular para la mujer embarazada, quien vive nueve meses de transformaciones corporales visibles. Estas transformaciones la preparan para la intensa experiencia de maternidad así como para el parto. Pero hay una consecuencia más, los cambios en el cuerpo informan a los demás que están ante una mujer embarazada, y esto a su vez inicia un proceso de maternalización de esa mujer que se expresa a través de determinadas conductas como por ejemplo, ceder el asiento (Imaz, 2010) Este ejemplo, que puede parecer tan simple e inocuo, es en realidad un reflejo de la puesta en funcionamiento de estereotipos y valores sobre lo que una madre es (Imaz, 2010) Estos estereotipos y modelos posibilitan que la visibilidad externa del embarazo cree también reacciones del entorno (personas conocidas o desconocidas) que se sienten calificadas y habilitadas a hacer observaciones y/o amonestaciones respecto a la forma como la gestante lleva adelante su embarazo. Es interesante subrayar aquí que el cuerpo gestante aparece como un bien colectivo sobre el cual es pertinente intervenir de distintos modos (Imaz, 2010)

Imaz (2010) propone entender el cuerpo embarazado de la mujer de tres formas: como una simbiosis o fusión entre la gestante y el feto; como una invasión parasitaria del feto hacia el

cuerpo de la gestante, o finalmente y en relación más estrecha con los cambios culturales de nuestro contexto actual, como un cuerpo que contiene a otro, un feto-individuo dependiente pero separado, aceptando de alguna manera, la imagen de un cuerpo gestante escindido. La importancia de estas tres imágenes (embarazo fusión, feto como simbiosis; embarazo como invasión, feto como parásito; embarazo como escisión, feto como individuo) es que funcionan como metáforas de la relación madre-hijo que se espera tras el nacimiento. Son modelos que se reproducen desde la publicidad, material informativo e incluso programas de formación destinados a las madres como las clases de preparación para el parto (Imaz, 2010) combinando expectativas e imaginario social en dichas representaciones de la maternidad. Para modificar este imaginario, una alternativa posible podría ser desvincular la gestación a esta relación de un cuerpo femenino que es un cuerpo-para-otro y vincularlo con una imagen de colaboración y respeto (Imaz, 2010)

Otro aspecto importante es el que atañe al saber médico, protagonista durante todo el proceso de gestación, señalando la normalidad o anormalidad del cuerpo así como del proceso de gestación en sí, signando gran parte de las representaciones e interpretaciones de lo que ocurre en el cuerpo e instituyendo un discurso sobre la corporalidad femenina (Imaz, 2010) Asimismo el control sobre el proceso de reproducción ejercido por la medicina es considerado como un importante medio de control social de las mujeres que genera y mantiene cierto grado de subordinación femenina. Este control se evidencia a través de la vinculación entre el funcionamiento reproductivo y el estado anímico, la periodización de la vida estrechamente ligado al período reproductivo, o la preocupación por el síndrome premenstrual, entre otros. La consecuencia de estas acciones de control han sido frenar los movimientos emancipatorios de las mujeres en Occidente (Imaz, 2010)

En esta relación estrecha entre el cuerpo y la gestación, se lee también una consigna religiosa, no del todo desterrada, relativa al Génesis: parirás con dolor. Esta sentencia está relacionada estrechamente a Eva y el pecado original que condenó a todas las mujeres por siempre y para siempre a vivir el parto como una experiencia dolorosa (Badinter, 1991; Imaz, 2010). Cuando la anestesia pasó a formar parte del proceso del parto, a mediados del siglo XX, hubo debates fundamentalmente teológicos sobre la conveniencia de que la medicina utilizara su “poder” para liberar a las mujeres del castigo divino. Persistía claramente el convencimiento de que hay una íntima conexión entre el amor, el sufrimiento del cuerpo femenino y la maternidad: “el dolor físico antecedió el sufrimiento moral de una madre obligada a la abnegación y la renuncia para el bien de su prole” (Imaz, 2010, p.258)

En esta mezcla de lo personal, singular, lo colectivo y lo médico-científico, el cuerpo gestante también vivió una lucha en relación al amamantamiento. Fue hacia fines del siglo XVIII cuando inició la presión orientada a fortalecer la función de amamantar al imprimírle a la leche materna que el cuerpo femenino producía un significado simbólico como alimento primordial y vital para el bebé, enfatizando la relación íntima que entablaba con él y la consagración sin límites de la madre (Oberman, 2004). En consonancia con esta visión, las caracterizaciones negativas para la nodriza se intensificaron, siendo además de mercenarias, sucias, ignorantes e indiferentes al sufrimiento del bebé, motivo por el cual se incrementó la presión para desterrar esta práctica (Badinter, 1991; Fernández, 1993; Oberman, 2004; Imaz, 2010). Es así como en el Siglo de las Luces la dimensión física de la maternidad cobra una relevancia que hasta ese momento nunca había tenido en la construcción del modelo de la buena madre. (Oberman, 2004)

En los inicios del siglo XX este escenario comenzó a cambiar. A partir de determinados avances científicos como los antisépticos y las vacunas, el cuerpo de la madre comenzó a ser relegado a segundo plano por el biberón. Se convirtió en una cuestión de elección más que de obediencia a la naturaleza, permitiendo y fomentando el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo (Oberman, 2004). Esto sin embargo cambiaría nuevamente a lo largo del siglo que ha transcurrido desde entonces debido a y a pesar de las diversas teorías que han incidido en la polémica sobre la lactancia materna.

1.3. Representación social e ideal de la maternidad

Como se expuso en las páginas precedentes, la maternidad es una construcción social, cultural y psicológica cuyo sentido y función son pasibles de ser rastreados o reconstruidos, a lo largo de la historia. Sobre finales del siglo XX se pusieron en jaque algunas verdades que parecían indestructibles, como por ejemplo la maternidad como definición esencial de la mujer, el amor espontáneo y la entrega natural, instintiva, de la madre (Badinter, 1991). Sin embargo y a pesar de esto, la construcción de la maternidad sigue refiriéndose a un ideal de la maternidad, o dicho de otro modo, la forma ideal de ser madre, la “buena madre”.

Cuando pensamos en maternidad y principalmente en el ideal de maternidad, hay una arbitrariedad social, cultural y una legitimidad que alcanza a todos: la madre, su entorno, las personas en general, el equipo profesional como representante de una autoridad o de la autoridad que también dice cómo se es buena madre y cómo no se es buena madre. Esta arbitrariedad social y cultural parte del imaginario social, el cual puede entenderse como un

conjunto de representaciones sociales que implican lo individual y lo colectivo, en un proceso de construcción mutuo, en un proceso de intercambio social que genera como consecuencia una identidad social pero además personal, que expresa una búsqueda y construcción de sentidos, así como de sentido común (Oberti, 2015).

Esta cuestión de la construcción de la maternidad “no se agota en las identificaciones con la propia madre o en el lugar que ocupe la estructura edípica, es decir, que no se agota en las determinaciones inconscientes clásicamente estudiadas por el psicoanálisis” (Fernández, 1993, p.162). Implica también fuerzas sociales que operan en la subjetividad. Citando a Moscovici, Oberti expresa que “La representación social se define por el contenido. En ella se encuentran imágenes, opiniones, actitudes, las cuales se relacionan con un objeto, o con la representación social de un sujeto con respecto a otro sujeto (Moscovici, 1993)” (Oberti, 2015, p.158).

Por eso, por todos los elementos y las interacciones que la representación social implica y al mismo tiempo configura, junto con las condiciones históricas de posibilidad, constituye otro mojón desde el cual comprender la complejidad de la maternidad como construcción sociocultural y psicológica. En las representaciones sociales, el protagonismo no es de lo real, sino del pensamiento, de la subjetividad desde la cual el sujeto se relaciona con el mundo y a partir de esto, las decisiones y acciones que toma, los estereotipos, opiniones, valores, creencias y normas por los cuales se rige. Citando una vez más a Moscovici, Oberti (2015) agrega que en las representaciones sociales existe gran parte de elaboración, por lo cual no son una mera reproducción pasiva. En síntesis, Oberti (2015) propone entender la representación social en dos sentidos: primero como configuración y parte de la realidad social, produciendo en ella determinados efectos. Segundo, como contribución a la construcción del objeto del cual son representación.

El oficio de ser madre de acuerdo a este ideal, no deja lugar para otra cosa que la entrega total al rol (Badinter, 1991). Si hay lugar para otra cosa, si otros temas ocupan su pensamiento y su tiempo, aunque sea ella misma, entonces no es una buena madre. Esta es una cuestión que me resulta particularmente interesante porque plantea dos posibilidades opuestas: ser buena madre o mala madre (Badinter, 1991). Pero la maternidad es una experiencia compleja que puede llegar a ser contradictoria. Entonces, ¿cómo es posible sostener en el imaginario social un ideal de maternidad según el cual si no se da por entero, entonces no da nada? Dice Badinter “La ciencia de la madre implica méritos silenciosos que nadie conoce, una virtud minuciosa, una abnegación de todos los momentos” (Badinter, 1991, p.212). Si no se es madre en estos términos, se está por fuera del ideal y se es por lo

tanto el reverso de la madre buena. Hay una inclinación a creer que los sentimientos maternos son unívocos, ligados al instinto y por eso, el instinto maternal tiende a considerarse compartido, común a todas y este hecho no exige disquisiciones (Imaz, 2010). Para correrse del ideal de la maternidad y dar lugar a la maternidad plural es necesario no sostener ni alimentar los preceptos de naturalización y homogeneización que señala a algunas madres como “malas madres” y algunas maternidades como desnaturalizadas. Es acertado pensar que la maternidad conlleva emociones, implica emociones, pero dichas emociones pueden ser entendidas como una construcción social y como resultado de las relaciones sociales. Si aceptamos esto, si aceptamos que las emociones se construyen, se elaboran, se moldean, deberíamos aceptar también que son un artefacto cultural y no innato ni instintivo (Imaz, 2010).

Esta experiencia de la maternidad, como desarrollaré más profundamente en el capítulo 2, inicia en la imaginación, en el pensamiento, en la anticipación. En la propia, en la imaginación individual y singular; en la imaginación de aquellos que nos rodean, familia y amigos, y en la imaginación de la sociedad, imaginación colectiva, imaginario social. Lo que hace falta es concebir madres medianamente buenas o medianamente malas, y para esto es necesario, en primera instancia, no concebirlas desde el ideal de la maternidad (Winnicott, 1979; Stern, 1983; Stern, 1989; Badinter, 1991; Fernández, 1993; Defey, 1994; Stern, 1997; Defey, 2009; Imaz, 2010; Tomás, 2011)

En la actualidad, sigue predominando un modelo de maternidad intensiva, que implica que la madre es prioritariamente responsable del bienestar del bebé y que debe estar disponible a una demanda absoluta por parte de este. Su crianza será igualmente prioritaria en relación a su dimensión vital. En definitiva, aún hay resabios de ese giro del siglo XVIII que transformó la maternidad según un modelo que impone que, una vez que se es madre, el bebé será la prioridad absoluta destacando así inflexibilidad ante la diversidad de situaciones sociales u opciones vitales (Imaz, 2010). Pero por otro lado la maternidad ha adquirido nuevas características desde mediados del siglo XX. Estas características están relacionadas a la responsabilidad que implica pensar y planificar ciertos aspectos antes de tener un hijo, como por ejemplo la situación económica, la estabilidad emocional y el contexto social. Así es como la categoría de “malas madres” se ha ampliado en vez de reducirse (Imaz, 2010). Ser “buena madre” en la actualidad tiene todavía más requisitos. Por otra parte, otro aspecto que ha colaborado a la ampliación de la categoría “malas madres” es la situación de aquellas mujeres que no quieren o no pueden adaptarse a los requisitos de este modelo preponderante, y que llevan adelante una opción de maternidad diferente, con otras

características como por ejemplo distinta opción sexual, convivencia fuera de la familia nuclear o modelos de crianza alternativos que, entre otras cosas, no otorga centralidad absoluta al niño (Imaz, 2010). Teniendo en cuenta estas variables y la raíz histórica obsoleta del modelo propio del siglo XVIII, así como el amplio conocimiento actual sobre la psiquis humana y los procesos psíquicos y emocionales propios del período de gestación, parto y puerperio, cabe preguntarse si en efecto podemos referirnos a la maternidad desde categorías como bueno o malo... Y cabe preguntarse, principalmente, cómo podría ser concebible para el personal de salud, incluidos los psicólogos perinatales que se desempeñan en este ámbito, manejarse de acuerdo a estas categorías, enmarcando la maternidad en una idealización colectiva que termina por constituir un factor de presión social e interno para las madres (Defey, 1994).

Capítulo 2

Características y repercusiones emocionales de la maternidad. Aportes teóricos desde la psicología

Así como el capítulo anterior proponía recorrer el camino histórico que explica la forma como se fue construyendo sociocultural y psicológicamente la maternidad, en este segundo capítulo se pretende presentar y explicar cambios profundos que suceden en la mujer, relativos a la maternidad. Cambios a nivel fisiológico que van signando cambios intrapsíquicos y emocionales estrechamente relacionados a estos. Para ello, se presentarán distintas perspectivas teóricas.

2.1. Denise Defey: La gestación psíquica

Denise Defey (2009) propone que la crianza de un hijo inicia aún antes de tenerlo ya que la idea de la maternidad como posibilidad puede estar presente en muchos momentos de la vida, anteriores al embarazo. Es una preparación para un rol socialmente esperado. Si bien no es esta preparación para la maternidad lo que ella considera gestación psíquica, sino que está relacionada con el embarazo como etapa de procesos psicológicos específicos, estas ideas sobre la maternidad tienen incidencia. Así como podemos observar a simple vista una gestación fisiológica que indica el desarrollo y crecimiento de un feto, también se puede apreciar que ocurren ciertos cambios en la embarazada a nivel psíquico. A estos cambios se refiere Denise Defey como gestación psíquica y está compuesta por una serie de representaciones mentales maternas. Estas representaciones son modos de preparación psicológica según las cuales se percibe al bebé de acuerdo a una secuencia temporal estrechamente relacionada a la evolución del embarazo (Defey, 1994; Defey, 2009)

Las primeras representaciones mentales maternas se dan al inicio del embarazo (básicamente en el primer trimestre) y consisten en una etapa en la cual se percibe al bebé como parte del propio cuerpo (Defey, 2009).

En segundo lugar, Defey (1994, 2009) habla de representaciones de autonomía, las cuales son el resultado de cambios que permiten ver el feto como una persona en sí mismo, pensarlo con necesidades propias que deberán ser cubiertas. Este cambio se da con el inicio de los movimientos fetales o las ecografías que permiten escuchar el latido del corazón y se van intensificando a medida que avanza el embarazo. Son representaciones fundamentales como elemento protector para el bebé.

A medida que el embarazo avanza, aparecen también las representaciones vinculares. Estas representaciones son las que permiten pensar al bebé en relación con otras personas y pensarse a sí misma compartiendo a su hijo con figuras significativas, imaginando relaciones que enriquecen el universo vincular del bebé y evitan una relación madre-bebé demasiado simbiótica (Defey, 2009).

Finalmente, Defey (2009), habla de las representaciones mentales múltiples y fugaces que contribuyen a preparar a la madre para el hijo que va a nacer. Son representaciones que contemplan posibilidades: el bebé puede ser niña o varón, sano o enfermo, etc., y pueden prepararla también para la eventualidad de perder al bebé.

Las representaciones mentales maternas generan, luego del parto, formas específicas de interacción madre-hijo, que son la interacción de la madre con el bebé imaginado en su mundo mental y a su vez la interacción real con su bebé (Defey, 2009). Esta interrelación puede resultar de dos formas: o bien facilita la relación, proveyendo un modelo interno de disponibilidad y empatía, o bien contrapone ese hijo imaginario con el hijo real, lo cual repercute negativamente en el vínculo. Esta segunda posibilidad está relacionada (por lo general de forma inconsciente) a la experiencia como hijos y a la transmisión transgeneracional a partir de la cual se puede proyectar en los hijos algunas figuras relevantes del pasado, parasitando la relación con el bebé debido a conflictos del pasado no resueltos (Defey, 2009).

2.2. Donald Winnicott: Preocupación maternal primaria

Si bien Winnicott (1990) considera que los nueve meses de embarazo son una etapa de preparación para la maternidad, en lo que voy a centrarme en este apartado es en ciertos cambios que se dan en la mujer luego de que el bebé ha nacido y cuando comienza, por lo tanto, a desempeñarse como madre. Desde el momento que el bebé nace, se encuentra en un ambiente externo que puede o no, según teorizó Winnicott (1990), ser suficientemente bueno. Esto va a depender del modo como cumpla su función la madre o, en su defecto, el cuidador que desempeñe la función materna, lo cual a su vez, va a depender de cómo haya sido cuidado este. Dicha experiencia será gran parte de la capacidad de estar atento a las necesidades del bebé que inicia con la satisfacción de sus necesidades más primarias como ser alimentado (Winnicott, 1990). Para esta capacidad (posibilidad) que es en definitiva una condición psicológica, él planteó un nombre: preocupación maternal primaria y estipuló que inicia sobre el final del embarazo, prolongándose hasta las primeras semanas de vida del bebé, manteniendo a la madre en una especie de ensimismamiento o concentración.

No creo que sea posible comprender el funcionamiento de la madre durante el mismo principio de la vida del pequeño sin ver que la madre debe ser capaz de alcanzar este estado de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad, y recobrase luego del mismo. (Utilizo la palabra “enfermedad” porque una mujer debe estar sana, tanto para alcanzar este estado como para recobrase de él cuando el pequeño la libera)” (Winnicott, 1979, pp.407-408)

Esta preocupación maternal primaria se refiere a una identificación madre-bebé que implica aspectos conscientes e inconscientes. La relevancia de esta preocupación está estrechamente relacionada, en primera instancia, a que es el marco desde el cual (o en el cual) inicia el desarrollo psíquico del bebé (Winnicott, 1979). Eso significa que la madre lo ayuda a adaptarse al mundo exterior, aportando así a sus defensas contra lo que Winnicott (1979) denomina ataques del medio ambiente. La clave para el éxito psíquico del bebé será la forma como reacciona a esos ataques (Winnicott, 1979). En otras palabras, estamos hablando de que, a partir de esta preocupación maternal primaria, la madre proporciona al niño un ambiente facilitador, “es decir un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según el modelo que ha heredado” (Winnicott, 1990, p.43). Se trata de un ambiente que se adapta de forma apropiada a las necesidades del bebé. Aquí vemos nuevamente la importancia de la calidad de cuidados que esa madre en cuestión recibió y el autor plantea además que, según la calidad de ese ambiente facilitador que ella provee se estarán sentando las bases de la salud mental, del carácter y de la personalidad del bebé, quién es absolutamente dependiente respecto al medio. (Winnicott, 1990).

Además de esta capacidad de ponerse en el lugar del bebé, de identificarse con él, la preocupación maternal primaria también implica lo que Winnicott llamó handling (manejo) y holding (sostén) (Winnicott, 1990). El handling es entendido como sostén físico, esa capacidad de manejo del bebé para alimentarlo, higienizarlo, vestirlo o cargarlo en brazos que facilita los procesos madurativos optimizando la adaptación del bebé. El holding lo describe como una forma de sostén humano, cuidadoso y sensible que posibilita el crecimiento emocional a través de una madre que cumple una función yóica auxiliar para el bebé. Así, a través del holding y del handling se da el desarrollo integral del bebé en una relación de confiabilidad (Winnicott, 1990).

Ser una madre que, a través de su preocupación maternal primaria provee al niño de un ambiente facilitador, no significa en absoluto ser una madre perfecta. Lo que Winnicott (1990) plantea es que la madre fallará en diversas ocasiones en esta búsqueda de anticipar las necesidades de su hijo y satisfacerlas adecuadamente, pero siempre procurará reparar

esos fracasos rápidamente (Winnicott, 1990). En ello radica la diferencia entre la perfección mecánica y el amor humano que el bebé llegará a percibir, logrando una adaptación al medio exitosa que le brinda un sentimiento de seguridad en su ambiente y más adelante, en el mundo. Sin embargo, cuando estas fallas no son reparadas a tiempo Winnicott habla de privación (Winnicott, 1990).

2.3. Daniel Stern: La Constelación maternal

En su extensa práctica clínica, Daniel Stern (1997, 1999) observó que así como nace el bebé de forma física, también habrá una madre que, de alguna manera, deberá nacer psicológicamente. Esto significa que durante el embarazo y tras el nacimiento de un bebé, la madre entra en una nueva y única organización psíquica (no se trata de una simple fase de la vida) a la que él llamó constelación maternal. A pesar de que esta constelación es un proceso normal en la vida de la mayor parte de las mujeres (especialmente si se trata del primer hijo), no es universal, no es innata ni es obligatoria, ya que la mujer no tiene, necesariamente, que convertirse en madre. Es una construcción que implica nuevas sensibilidades, fantasías, temores y deseos así como tendencias a la acción que no derivan de construcciones psíquicas ya existentes, sino que son una construcción única e independiente (Stern, 1997). Estos cambios tan profundos pueden comprenderse si se tienen en cuenta dos aspectos muy importantes. Por un lado, cuando Stern (1997) habla de constelación maternal, está hablando también de que pasa a existir una nueva tríada psíquica: madre de la madre-madre-bebé. Esta tríada pasará a convertirse en el eje de organización psíquica dominante. Por otro lado, la constelación maternal hace referencia a cuatro temas que conllevan ideas, deseos, temores, recuerdos y razones que influenciarán o incluso determinarán los sentimientos de la madre, sus acciones y diversas conductas de adaptación a la maternidad. Estos temas (o funciones) que Stern (1997) plantea, son:

1- Tema de la vida y del crecimiento: está relacionado a la posibilidad de garantizar la supervivencia y desarrollo del bebé. Los temores relativos a este tema suelen ser posnatales, pero inician durante el embarazo, como por ejemplo que el bebé nazca muerto o malformado.

2- Tema de la relación primaria: está relacionado a la posibilidad de relacionarse socioafectivamente con el bebé, así como a desarrollar una sensibilidad acentuada que le permita identificarse intensamente con su bebé a fin de responder mejor a sus necesidades y garantizar el desarrollo psíquico del mismo. Los temores relativos a este tema giran

entorno a sentirse inapropiada, deficitaria, incapaz de amar a su bebé o de entregarse a la relación con él.

3- Tema de la matriz de apoyo: está relacionado a la posibilidad de permitir y/o crear sistemas de apoyo, redes protectoras necesarias para que la madre pueda cumplir las funciones anteriormente mencionadas. Este sistema de apoyo implica proteger físicamente a la madre, cubrir sus necesidades vitales y retirarla, de cierta forma, de las exigencias de la realidad externa para que pueda dedicarse al bebé. Otra función importante de la matriz de apoyo es de carácter psicológico y educativo: acompañar a la madre, valorarla, instruirla y ayudarla. Los temores relativos a este tema están asociados a no lograr crear o mantener una matriz de apoyo o, por otro lado, a ser criticada y/o desvalorizada por dicha matriz. Las consecuencias de esto pueden incidir directamente en su autoestima, autonomía o independencia en relación a las funciones maternas.

4- Tema de la reorganización de la identidad: está relacionado a la capacidad de transformar su propia identidad para permitir y facilitar las funciones anteriormente mencionadas. Implica principalmente la posibilidad de mover su identidad de hija a madre. Dirá Stern (1997) que, a menos que pueda realizar este movimiento, las tres funciones anteriormente mencionadas se verán comprometidas.

Como mencionaba anteriormente, la constelación maternal no es universal y por ello requiere algunas condiciones posibilitadoras. Stern (1997) menciona las siguientes: una sociedad contemporánea que valora la supervivencia, bienestar y desarrollo del bebé, característica que como se vio en el capítulo anterior no estuvo siempre presente. Menciona también el hecho de que se supone que el bebé es deseado (Stern, 1997)

Otro concepto importante en el planteo de Stern (1997) respecto a la constelación maternal, es el de Trilogía maternal, que en resumen hace referencia a tres preocupaciones maternas específicas que tienen lugar tanto interna como externamente. Estas preocupaciones son: el discurso de la madre con su propia madre; el discurso consigo misma, especialmente consigo misma como madre; el discurso con su bebé. Un punto muy importante en el planteo de Stern (1983) es que no existe una madre ideal, que responda siempre de un modo completamente ajustado a cada requerimiento del bebé. Esa madre es inconcebible debido a la índole misma de las interacciones sociales.

2.4. Perspectivas teóricas complementarias

Vale la pena incluir en la articulación teórica, los planteos de Silvia Tomás (2011), quien realiza diversas interpelaciones sobre la función materna. Entra en juego aquí, con gran protagonismo, el deseo. Será a través del deseo que la madre anticipará al bebé, pensará en él aún antes del nacimiento biológico, por ejemplo, a través de la elección de un nombre, preparar la ropa, imaginarlo con determinadas características. Es así, desde este carácter anticipatorio que la madre piensa en el bebé antes de su llegada y efectúa una apuesta a que devenga sujeto; la autora habla de devenir porque no hay sujeto desde el inicio. Esta posibilidad está relacionada a alojar al sujeto (bebé), en el psiquismo del otro (la madre), ya que es todavía un sujeto en potencia y que no adviene en soledad. Es necesario brindar apoyatura no solamente para que el bebé sobreviva (función básica de alimento y aseo), sino para que logre acceder a la dimensión humana del deseo. Este deseo materno se expresará también a través de la palabra. La madre se dirigirá al bebé antes de que este pueda entenderla. Y se expresará también a través de la mirada, de escuchar el llamado del bebé y acudir a él. Al hecho de cumplir estas funciones la autora lo denomina como Otro auxiliador y subraya que no se trata del solo hecho de tener un niño y asistirlo, sino que cumplir todas estas funciones que he mencionado, implica el deseo y la anticipación (Tomás, 2011)

Cuando la madre cumple con su función materna, propiciando el encuentro en primera instancia con ella como un otro, y más allá de eso como un Otro auxiliador, podrán llevarse a cabo las operaciones lógicas de la constitución subjetiva del bebé. Esta función materna está estrechamente relacionada a cambios graduales en la subjetividad e intersubjetividad de la madre.

Ana Cigarroa (2011) divide el embarazo normal en tres fases. Por un lado, el primer período comienza cuando la mujer toma conciencia de su estado y se extiende hasta el cuarto mes aproximadamente. La principal característica de esta fase es que experimenta angustia por los cambios que observa en su cuerpo pero también angustia debido a cierto temor hacia el feto que crece en su interior. El segundo período inicia con los movimientos fetales y se prolonga las últimas seis u ocho semanas de embarazo. Se caracteriza por el hecho de que, la percepción de la presencia del bebé produce cambios intrapsíquicos a partir de los cuales surgen deseos maternos como el deseo y el placer de sustentar al bebé. Finalmente el tercer período comprende las últimas cuatro o seis semanas de gestación y se caracteriza por reacciones ante los cambios bruscos del cuerpo debido al embarazo avanzado, así como preocupación por el parto inminente. Esta preocupación es relativa a una posible

cesárea y a fantasías que involucran posibles malformaciones en el bebé o el hecho de que este nazca muerto.

Durante este proceso, tener en cuenta la ambivalencia emocional es muy importante, ya que es un factor tan intenso como frecuente durante el embarazo, parto y puerperio. Esta ambivalencia emocional significa que la futura madre puede contener, retener y proteger al bebé tanto física como psicológicamente, o bien puede no hacerlo y rechazar su embarazo en formas que se expresan consciente o inconscientemente con diversos trastornos orgánicos o emocionales (Oberman, 2004; Imaz, 2010; Cigarroa, 2011) Así, el embarazo constituye una experiencia trascendente y crucial en la vida de una mujer. Un momento en el cual es necesario adaptarse a grandes cambios ya que el cuerpo adquiere gran protagonismo y en el cual es posible confirmar la propia fertilidad. Es además un momento en el cual se vive una importante experiencia emocional de la madre hacia una identidad femenina madura y a su vez estrechamente relacionada a su experiencia con su propia madre y consigo misma como feto (Cigarroa, 2011). Es justamente la intensidad de esta experiencia emocional lo que posibilita situaciones traumáticas que involucran tanto el cuerpo como el psiquismo y que pueden tener un origen orgánico, fisiológico, psicológico, social o cultural (Cigarroa, 2011).

Luego de la articulación teórica desplegada en este capítulo, una de las conclusiones a las que se puede llegar es que cada embarazo, parto y puerperio, en resumen, cada situación perinatal con la que tomamos contacto, implica dos aspectos muy importantes. Por un lado, se trata de los cambios e implicancias fisiológicas, psíquicas y emocionales comunes al proceso de cada madre. Por otro lado, la contingencia de la intensidad de estos cambios, de sus implicancias así como de sus consecuencias, estrechamente ligados a la singularidad de cada mujer.

Capítulo 3

Pensar las prácticas. Repensar las intervenciones

Lo dicho hasta ahora, tanto en el capítulo uno como en el capítulo dos, tuvo por objeto preparar al lector para la reflexión que se propondrá en este tercer capítulo, contribuyendo a pensar críticamente el rol de los profesionales de la salud involucrados en el ámbito perinatal y específicamente el rol del psicólogo. Para ello, iniciaré explicando a qué nos referimos cuando hablamos de psicología perinatal y algunas de las posibilidades que este ámbito ofrece para intervenir oportunamente orientados a la promoción, prevención o a la resolución de distintas situaciones conflictivas.

3.1. Psicología perinatal como herramienta

La Psicología Perinatal se puede definir como un ámbito específico de la Psicología que se dedica a determinadas etapas de la vida humana. Estas etapas son el embarazo, parto y puerperio, así como la díada madre-bebé en los primeros meses luego del nacimiento, pero enfocados más allá de un mero hecho biológico. Se puede decir que su objetivo es el bienestar y la salud de la mamá y el bebé, en primera instancia, pero que se extiende también hacia la familia que rodea y acompaña (Sánchez, 2013). Las intervenciones que realiza están orientadas a la promoción de salud mental en lo relativo a la concepción, embarazo, parto y puerperio así como al cuidado, apoyo y prevención de patologías propias de la salud mental, logrando un diagnóstico oportuno durante las etapas anteriormente mencionadas. La prevención es muy importante ya que lograr una detección temprana de indicios poco favorables para la díada madre-bebé (ya sea antes o después del nacimiento), es de fundamental importancia para la salud materno-infantil. (Sánchez, 2013)

Algunas de las situaciones que pueden presentarse como dificultad y en la cuales la Psicología Perinatal interviene son por ejemplo la intranquilidad durante el embarazo (que puede expresarse a través de ansiedad o miedo), tocofobia, un parto traumático, depresión postparto, dificultades con la lactancia, dificultades de adaptación a la maternidad (o paternidad), antecedentes de abuso sexual, nacimiento del bebé prematuro, duelo por la pérdida perinatal del bebé, entre otras posibilidades (Sánchez, 2013). Como se ve, la gama de intervenciones es amplia, por eso es muy importante tener clara la singularidad de cada

situación abordada.

La psicología perinatal es un ámbito profundamente interdisciplinario, por lo tanto, otro aspecto muy importante que atañe directamente a nuestro rol, es la necesidad de trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales que también atienden a la madre, al bebé y a la familia. Siguiendo a Stolkiner (2005), se define interdisciplina como un trabajo grupal que se hace posible a partir del movimiento que va desde una ciencia poseedora de objeto y método hacia distintos campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas. Situaciones que son difíciles de encasillar en una sola disciplina ya que no constituyen un objeto, sino una demanda compleja y difusa que no se debe en absoluto a una sola causa, que no implica un solo efecto y que por lo tanto, tampoco tiene una forma única de ser abordado. Así, en la base de la interdisciplina está la transformación del pensamiento científico caracterizado por relaciones lineales de causalidad, y su relación con la práctica. Además, la interdisciplina implica una clara tendencia a la integración y a la inclusión de sus actores, en un trabajo cooperativo no ocasional, sino por el contrario, sostenido y constante.

La interdisciplina se plasma por ejemplo en el acompañamiento conjunto con el personal médico y con el objetivo de incluir la dimensión psicológica en el abordaje de las situaciones (orientación del tratamiento, toma de decisiones, etc.) para apoyar a la madre (o futura madre) en esta etapa intensa, que no deja de implicar crisis y vulnerabilidad (Oberman, 2001; Defey, 1994). Este acompañamiento conjunto puede partir de la demanda del paciente o de la demanda del equipo médico y en ambos casos puede implicar lo que Oberman (2001) denomina *flexibilidad de encuadre* porque la intervención no se da necesariamente en un contexto de consultorio, sino que será donde la paciente se encuentre, ya sea frente a la incubadora o en la sala de parto, por mencionar dos posibilidades.

3.2. Importancia del rol de los profesionales de la salud en el ámbito perinatal

En este momento, la salud de nuestro país, continúa atravesando por un cambio de paradigma que promueve el pasaje de la medicina centrada en la enfermedad, a un modelo de promoción y prevención en salud (SNIS, Ley 18.211). Si bien esto implica cambios tan profundos como paulatinos, todas las disciplinas del área de la salud siguen gozando de un estatus social e institucional como saber racional, ejercido por especialistas. Esto habilita a tales especialistas a delinear ciertas formas de vivir o, según nos convoca este trabajo, ciertas formas de ser madre. (Fernández, 1993)

Siguiendo a Stern (1983), destacamos la importancia de profesionales dotados de sensibilidad, tacto y comprensión ya que tales sentimientos pueden aliviar el sufrimiento de los padres en casos en los que, por algún motivo, el bebé que nace no se corresponde con el bebé esperado, el bebé idealizado. En esta clase de circunstancia aparentemente tan simple, vemos el peso de la interacción entre la madre y el personal de salud. Si consideramos que en la primera mitad del siglo XX hubo una marcada tendencia a adoctrinar y educar a las mujeres en relación a cómo llevar adelante la maternidad en base a planteamientos higiénico-sanitarios (Imaz, 2010), es comprensible que Stern (1983) subraye el aspecto más empático que pedagógico del personal de salud. La misma tendencia notamos en Winnicott (1990), quien enfatiza la importancia del rol empático y paciente de médicos y enfermeras. La condición esencial de esto es que las madres confían demasiado en el saber médico, y según él, si bien en efecto el médico sabe mucho sobre el aspecto físico, poco sabe de los aspectos más íntimos de la relación madre-bebé. Winnicott (1990) agrega que por lo tanto, no serán consejos sobre su intimidad lo que necesitará la madre, sino más bien un ambiente que aumente la confianza en sí misma, no interfiriendo ni obstaculizando la relación entre la madre, el padre y el bebé. El personal médico debe tener, además de un conocimiento adecuado de su función, una comprensión de su paciente como ser humano, lo cual le ayudará a cumplir con mayor eficacia su tarea (Winnicott, 1990).

Para comprometerse con esa actitud de sensibilidad, tacto y comprensión, es necesario desterrar la noción de parto y nacimiento como algo natural que por lo tanto no influye realmente en la salud emocional y física de la mamá y el bebé, generando así consecuencias profundas para ambos (Sánchez, 2013). Es imprescindible revisar las prácticas sobre cómo tratamos a la madre en la construcción de un puerperio sano y de un vínculo seguro entre ella y su bebé (Sánchez, 2013). Por ejemplo en lo que refiere a procesos preparatorios para el parto y la maternidad, el trabajo con embarazadas y sus familias es muy importante. Otro aspecto importante refiere a que el personal de salud debe cuidar la terminología con que se expresa en momentos de vulnerabilidad de la madre, pues pueden tener un efecto negativo en la relación a largo plazo. Por otra parte, una actitud empática tanto en la gestación como en la primera etapa de crianza puede constituirse en un modelo que haga de contrapeso de las figuras internalizadas que fueron marcadas por la indiferencia o la hostilidad (Defey, 2009).

Está claro que todo el personal de salud, todos los profesionales involucrados en el ámbito perinatal se preocupan por el bienestar de las madres durante el período gestacional y

posterior, pero hay un hecho evidente que no se debería ignorar y es el hecho de que la mayoría de las preocupaciones, situaciones de estrés o de riesgo no son generadas por la voluntad de la embarazada, sino por sus condiciones de vida. Esta intensa experiencia que constituyen la gestación y el parto, pueden influir en los sentimientos futuros hacia los doctores, enfermeras y hospitales. Por lo tanto, es importante tener en cuenta a la madre de forma humana y cuidar su subjetividad (Stern, 1999). Además, el propio personal de salud puede convertirse en una fuente de estrés por ejemplo, a través del manejo imprudente de información o el exceso de estudios diagnósticos, constituyendo un factor de riesgo en sí mismos (Defey, 2009). Otra forma en la que el personal de salud puede constituir un riesgo es rigiéndose por una creencia que se ha denominado mutualidad psíquica. La mutualidad psíquica es creer que el “feto percibe los estados mentales de la madre y es afectado directamente por ellos, muchas veces replicándolos” (Defey, 2009, p. 15). El daño que esta concepción puede generar es el que resulta de presionar a la madre para que no se sienta triste ni tenga pensamientos o sentimientos ambivalentes. Desde ese lugar, la intervención termina por hacer que la madre se sienta culpable, y oculte incluso de sí misma tales pensamientos y sentimientos. En vez de esto, es necesario que la madre sea empoderada y que se contribuya a regular sus niveles de ansiedad, evitando el agobio y la violencia psicológica en relación a la maternidad (Defey, 2009).

Desde hace algunas décadas, la psicología médica se ocupa justamente de esta dimensión más relativa al factor humano y contingente, enfocándose en la relación médico-paciente, para lo cual también cabe considerar los aspectos transferenciales y contratransferenciales, presentes (Neme, Nilson y Vallespir, 1994). Se la puede definir como la aplicación de la psicología a la medicina o, de modo menos conciso, como la psicología aplicada a aquellos problemas que plantea la medicina. Se ocupa por tanto, de los factores psicológicos que intervienen en la práctica médica (Calatayud, 1995). La psicología como parte de la práctica médica contribuye a que las intervenciones tengan mayor armonía entre mente y cuerpo, madre e hijo, familia y médico, mito y realidad... (Defey, 1994). En el caso particular de la Psicología Perinatal, la práctica médica incluye, en mayor o menor medida, las parteras, obstetras, enfermeras, pediatras, neonatólogos, psiquiatría y servicios sociales, propiciando así la detección temprana y una actuación preventiva oportuna en aquellas situaciones que requieran de una contención emocional para la madre y su familia, que pudieran derivarse tanto de situaciones médicas como psicológicas (Nicolai, 2016).

La psicología médica se orienta a poner en tela de juicio la visión médica positivista desarrollada en el siglo XIX, cuando el cuerpo del paciente aparecía aislado de su contexto

psicosocial.

3.3. Especificidad del rol del psicólogo en el ámbito perinatal

Si bien la psicología perinatal es un ámbito específico de actuación profesional, claramente se rige por determinadas generalidades propias de la psicología. Debido a ello, antes de entrar en la especificidad quisiera puntualizar algunas generalidades importantes.

El Código de Ética Profesional del Psicólogo (2001), establece que el psicólogo tiene el derecho y el deber de regular éticamente su ejercicio profesional. ¿Qué significa eso? En parte, esto se relaciona al compromiso de considerar que el usuario destinatario de su práctica, será considerado integralmente, en base a la singularidad de su experiencia. Será considerado también como un sujeto producido por su medio social, pero a su vez productor de este medio. Un sujeto multideterminado, emergente de un contexto histórico, inscrito en una cultura e inmerso en circunstancias socioeconómicas y políticas. Asimismo, establece que el psicólogo deberá ser consciente de sus propios valores éticos, ideológicos, políticos y/o religiosos. En el capítulo IV, artículo 27 se establece que, en estrecha relación con los puntos mencionados, la formación académica y también la personalidad, el psicólogo debe estar orientado a reconocer sus limitaciones con el objetivo de renunciar a cualquier trabajo que pueda ser perjudicado por tales características personales.

Teniendo en cuenta estas puntualizaciones éticas, el psicólogo trabaja con su cuerpo y su palabra, con el cuerpo y la palabra del otro, con la escucha y la observación. En el ámbito perinatal esto no es diferente, sino que la especificidad proviene del lugar de trabajo, el tipo de intervención y el hecho de que, aunque las situaciones pueden ser muy variadas, no dejan de tener una especificidad vinculada a momentos o períodos determinados en la vida de la mujer (que implican cambios y a veces crisis), y el vínculo con su bebé en los primeros meses de vida (Defey, 1994; Nicolai, 2016)

Teniendo en cuenta las características de la psicología perinatal antes mencionadas, en este ámbito específico la palabra del psicólogo contribuye a fortalecer la dimensión emocional de la maternidad, permitiendo expresar y ordenar las emociones suscitadas por el proceso de maternaje, así como a ubicar al niño en el entramado familiar, posibilitando su “nacimiento psicológico” (Oiberman, 2001). Considerando esto, la tarea del psicólogo perinatal encontrará muchas variantes. Podrá consistir en detectar situaciones estresantes, ayudar a descubrir estrategias de afrontamiento o bien factores de protección para la madre (o futura

madre), el bebé y su familia, favoreciendo así el normal desarrollo del embarazo, parto o puerperio (Nicolai, 2016). Asimismo deberá considerar los aspectos psíquicos de estas etapas que constituyen un hecho emocional y psicológico que trasciende lo biológico y que se expresan a través de poder identificar factores psicosociales influyentes, trabajar el vínculo con el bebé desde la gestación, utilizando estrategias de detección temprana y estrategias de asistencia en salud mental materno infantil (Nicolai, 2016).

La lactancia, por otra parte, constituye otro tema de suma importancia ya que amamantar es mucho más que dar de comer, sino que contribuye a establecer un vínculo corporal y emocional con el bebé. Además, es posible intervenir en el ambiente, reduciendo los factores estresantes que puedan afectar a la madre o futura madre (Nicolai, 2016). Más allá de esto, hay situaciones clave que requieren la intervención del psicólogo perinatal como aborto espontáneo, parto prematuro o duelo perinatal, como mencionaba al inicio de este capítulo.

Es también un rol de suma responsabilidad ya que las intervenciones deben llevarse a cabo desde un profundo conocimiento de los mecanismos psíquicos y emocionales implicados, evitando los efectos de intervenciones culpabilizantes hacia madres y embarazadas, materializadas en una perspectiva que centra todas las vicisitudes de la gestación, así como ciertos desenlaces que pueden ser considerados un fracaso como el aborto espontáneo o el parto prematuro, en los deseos o conflictos psíquicos de la madre (Defey, 2009).

La psicología perinatal es una herramienta en sí misma, sin embargo, ¿con qué otras herramientas debería contar el psicólogo que se desempeña en el ámbito perinatal? ¿Cuál sería el grado de implicación o la forma en la que debería implicarse para llevar adelante sus intervenciones del mejor modo posible, teniendo en cuenta que somos personas además de profesionales?.

Creo que una pista para responder a estas preguntas está en la noción de implicación tal como nace en el marco teórico del Análisis Institucional, bajo la influencia de la contra-transferencia institucional en psiquiatría y relacionada a la intervención socioanalítica. Esta noción, que no es el equivalente a lo que coloquialmente llamamos implicarnos, tiene para el análisis institucional un significado diferente (Lourau, 1991). Siguiendo precisamente a Lourau (1991), se puede decir que no está relacionada a compromiso, participación o motivación, sino que es una noción más compleja. Está más vinculada al análisis de nuestras adhesiones y no adhesiones, nuestras participaciones y no participaciones, nuestras investiduras y sobreinvestaduras libidinales dentro de la institución.

En este mismo sentido agrega Ardoino que estamos institucionalmente implicados y esa implicación hace que las relaciones sean “interactivas, cargadas de afectividad y comportan aspectos inconscientes; son ricas en fantasmas y usualmente estén acompañadas de un imaginario. No son simplemente determinaciones racionales” (Ardoino, 1997, p.4). Finalmente, cabe hablar de la sobreimplicación como un factor negativo, expresamente asociado a un modo de formar parte de la institución relacionado con la subjetividad-mercancía, con aspectos pasivos y como ideología normativa del sobretrabajo. Es la autogestión o la co-gestión de la alienación: identificación con la institución no a favor del trabajador y del colectivo, cuya cooperación reposa también y sobre todo en la resistencia, sino a favor del empleador (Lourau, 1991). Agregaría que en nuestro ámbito, la sobreimplicación nos aleja también del paciente o consultante y empobrece las estrategias de intervención.

Siguiendo a Foucault (2019), pensar la teoría como herramienta implica analizar la especificidad del poder, evitando las sistematizaciones, procurando identificar conexiones que posibiliten construir un saber estratégico, que trata de construir no un sistema, sino un instrumento y esa búsqueda, esa construcción sólo puede hacerse poco a poco, a partir de una reflexión histórica en algunos aspectos y singular, o sea, en estrecha relación con la situación particular (Foucault, 2019). El saber “Psi” constituye una forma de poder relacionada al poder médico. Desde mi enfoque, es necesario encararla como una relación entre teoría y práctica que sea situada, crítica o emulando a Foucault (2019), que sea fragmentaria más que totalizante y que sea local, relativa a un pequeño dominio antes que universal. Esta caja de herramientas posibilita la problematización de ciertos supuestos hegemónicos que legitiman, por ejemplo, la razón patriarcal y ayuda a superar ciertos dualismos clásicos como el de sujeto-objeto , individuo-sociedad, inconsciente-consciente (Fernández, 1999). Exige además, que las personas involucradas también hablen (Foucault, 2019), y ese es tal vez su aspecto más relevante en nuestro campo.

Estas herramientas pueden acercarnos al paciente y al ejercicio ético de nuestra profesión, logrando entender y atender aspectos relevantes de la práctica: saber qué hacer o bien cuando no hacer o no decir. Para ello es importante sostener un análisis interno relativo a la contratransferencia y a los aspectos ideológicos propios que ponemos en juego (Defey, 1994). Asimismo, hay cuatro características esenciales que permitirán una práctica ética y efectiva. Ellas son la creatividad (que permite buscar recursos terapéuticos requeridos cuando la intervención clásica no es suficiente para dar respuesta), disponibilidad (presencia constante en los momentos más difíciles o pendiente en la distancia), flexibilidad (ante una

realidad cambiante y singular. Se adecuará el encuadre) y la ejecutividad (que ayudará a tomar decisiones imprescindibles) (Defey, 1994).

Reflexiones finales

La maternidad no se trata de una esencia con la que venimos al mundo, no es un instinto. Es una construcción.

En este sentido, el primer capítulo de este trabajo pretendió presentar las características más destacadas de la maternidad como construcción sociocultural y psicológica. Una construcción que es pasible de ser analizada rastreando sus cambios a través de la historia y cómo esos cambios han tenido y tienen relevancia a nivel social ya que es un tema que forma parte de la singularidad, del colectivo y de la cotidianeidad.

Dicho análisis es el resultado de un breve recorrido histórico que inicia en la Edad Media y finaliza en la actualidad. A lo largo de esos siglos fue posible visualizar diversas variaciones en la concepción de maternidad y muchas de las razones que los sustentaron, evidenciando así por qué la maternidad es una construcción sociocultural y psicológica. Una de las características más destacadas en esta construcción es el mito (o la ilusión) del amor maternal, cuyo génesis se encuentra en el siglo XVIII y está relacionado a la mujer como ser que solo alcanza su plenitud a través de la maternidad. Se espera que la madre ame a su bebé. Lo vimos en la expectativa social, colectiva, pero además, en muchos casos, en la expectativa de la propia madre. Sin embargo, y en esto he sido insistente, el amor maternal no es una condición natural o instintiva. Es una emoción y como otras emociones, se construye. A pesar de esto, la expectativa está presente también en el personal de salud y la imagen interiorizada de una madre ideal, una “buena madre” versus una “mala madre” aparece en escena como una consecuencia, por un lado, de esa idealización (en algunos casos mistificación) y por otra parte a través de la simplificación de la complejidad y ambivalencia propias de la maternidad.

La complejidad es también a nivel físico, ya que el cuerpo de la mujer embarazada se transforma en un cuerpo social, colectivo, con una función reproductora. Un cuerpo embarazado genera reacciones del entorno (personas conocidas o desconocidas) que se sienten calificadas y habilitadas a hacer observaciones y/o amonestaciones respecto a la forma como la gestante lleva adelante su embarazo.

Independientemente del grado de complejidad del proceso de gestación, parto y puerperio, hay distintos abordajes desde el ámbito de la salud que coordinan sus esfuerzos para que la maternidad sea un proceso saludable y seguro, lo cual incidirá positivamente en la diada madre-bebé. Por eso me pareció pertinente y relevante iniciar con un análisis histórico que

contempla varios siglos de construcción de la maternidad hasta llegar a la maternidad tal y como la entendemos hoy, demostrando la compleja trama de significados que la circundan y su relevancia a nivel social y cultural. Su importancia a nivel humano.

Si bien no es posible hacer una división tajante entre aspectos socioculturales y aspectos psicológicos, el segundo capítulo se orientó a presentar y explicar profundos cambios a nivel intrapsíquico y emocional, relacionados a los cambios que suceden en la mujer a nivel fisiológico y que van signando esas transformaciones. Para desarrollar estos aspectos me apoyé en la mirada de diferentes teóricos. Cada uno de ellos aportó elementos para que estos procesos singulares y ambivalentes sean mejor comprendidos.

A través del concepto de Gestación Psíquica, Denise Defey (2009) plantea el embarazo como etapa de procesos psicológicos específicos. Así como podemos observar a simple vista una gestación fisiológica que indica el desarrollo y crecimiento de un feto, también se puede apreciar que ocurren ciertos cambios en la embarazada a nivel psíquico.

Los aportes que tomé de Donald Winnicott (1990) refieren a lo que él denominó Preocupación Maternal Primaria, la cual es en definitiva una condición psicológica que inicia sobre el final del embarazo, prolongándose hasta las primeras semanas de vida del bebé, manteniendo a la madre en una especie de ensimismamiento o concentración. Esta experiencia consistirá en gran parte en la capacidad de estar atenta a las necesidades del bebé; la madre proporcionará al niño un ambiente facilitador que se adaptará a las necesidades del mismo y favorecerá su desarrollo psíquico.

En consonancia con los planteos anteriores, Daniel Stern (1997,1999) observó que así como nace el bebé de forma física, también habrá una madre que, de alguna manera, deberá nacer psicológicamente. Esto significa que durante el embarazo y tras el nacimiento de un bebé, la madre entra en una nueva y única organización psíquica a la que él llamó Constelación Maternal, la cual no es universal, no es innata ni es obligatoria sino que es una construcción que implica nuevas sensibilidades, fantasías, temores y deseos así como tendencias a la acción que no derivan de construcciones psíquicas ya existentes, sino que son una construcción única.

Desde los aportes de Silvia Tomás (2011), se considera otro aspecto muy importante: el rol del deseo. Será a través del deseo que la madre anticipará al bebé, pensará en él aún antes del nacimiento biológico, por ejemplo, a través de la elección de un nombre, preparar la ropa o imaginarlo con determinadas características.

Ana Cigarroa (2011) por otra parte divide el embarazo en tres etapas: el primer período comienza cuando la mujer toma conciencia de su estado y se extiende hasta el cuarto mes aproximadamente. El segundo período inicia con los movimientos fetales y se prolonga las últimas seis u ocho semanas de embarazo. Finalmente el tercer período comprende las últimas cuatro o seis semanas de gestación y se caracteriza por reacciones ante los cambios bruscos del cuerpo debido al embarazo avanzado, así como preocupación por el parto inminente, destacando en estrecha relación con los cambios fisiológicos, la forma como el embarazo constituye una experiencia trascendente y crucial en la vida de una mujer.

Durante este proceso, tener en cuenta la ambivalencia emocional es muy importante, ya que es un factor tan intenso como frecuente durante el embarazo, parto y puerperio. Esta ambivalencia emocional significa que la futura madre puede contener, retener y proteger al bebé tanto física como psicológicamente, o bien puede no hacerlo y rechazar su embarazo en formas que se expresan consciente o inconscientemente con diversos trastornos orgánicos o emocionales.

En el tercer capítulo, la intención fue, además de presentar la psicología perinatal como herramienta, suscitar reflexión sobre algunos aspectos relativos al rol de los profesionales de la salud en el ámbito perinatal, específicamente el rol del psicólogo.

Si bien, como se dijo, la psicología perinatal implica muchas posibilidades de abordaje, muchas situaciones diferentes (tocofobia, aborto espontáneo, parto prematuro, etc.) en todas ellas hay un elemento común: la madre o futura madre. Es por eso que, antes de reflexionar sobre el rol del psicólogo perinatal, sus herramientas, sus prácticas y sus intervenciones, desarrollé el concepto de maternidad desde los aspectos más importantes: social, cultural, histórico, psicológico, emocional.

Hacer frente a la maternidad, reconocerla como construcción, analizarla y analizar sus implicancias en nosotros como profesionales, tiene que ver con la responsabilidad, como psicólogos, y con un compromiso ético que nos lleva a revisar las propias creencias, las expectativas y los preconceptos, de modo que no sean estos los que determinen nuestras prácticas y nuestras intervenciones desde el ámbito psicológico, signando un tipo particular de interrelación que no siempre será positivo para el proceso de maternidad de las mujeres madres, principalmente si se requiere tener en cuenta la singularidad de su caso y su contexto situacional. Ser madre fuera de los esquemas heredados y de los mandatos sociales es algo que se aprende pero también que se se construye día a día.

Desde nuestro rol, es importante colaborar con esta construcción, fomentando otras formas de ser madre con la que cada una pueda sentirse identificada.

Aún a riesgo de ser reiterativa, es importante no dejar de lado el contexto, el escenario materno. Los psicólogos que se desempeñan en el ámbito perinatal, deben estar atentos a sus complejidades e intervenir desde ahí, evitando, por ejemplo, el violentamiento de sentidos y de deseos, habilitando espacios a nuevas condiciones subjetivantes, a un trabajo de- y re-constructivo complejo, ampliando los espacios de intervención y las formas de intervenir. Teniendo en cuenta, tal y como plantea Stern (1983), que no existe una madre ideal, que responda siempre de un modo completamente ajustado a cada requerimiento del bebé. Esa madre es inconcebible debido a la índole misma de las interacciones sociales.

Si bien puede ser un cometido algo ambicioso, en este trabajo me guía el propósito fundamental de que los distintos capítulos puedan promover interés en la maternidad como construcción sociocultural y psicológica y que desde esta comprensión sea posible suscitar la reflexión de los psicólogos que se desempeñan en el ámbito perinatal, orientándose a la posibilidad de rectificar algunas creencias y naturalizaciones, ampliar el espectro relativo a la maternidad y las maternidades, y finalmente profundizar en las distintas implicancias y posibilidades del ejercicio profesional. Este movimiento reflexivo, ético, contribuiría a la disminución del riesgo físico, del sufrimiento psíquico, y al fortalecimiento de la díada madre-bebé, habilitando a las mujeres madres hacia una maternidad sana. Discriminando oportunamente si los recursos que se deben poner en práctica pueden oficiar como recursos de sostén.

A modo de cierre reitero la finalidad reflexiva que ha buscado este Trabajo Final de Grado. La invitación es a pensar esos descentramientos que son de orden intelectual y epistemológico; corrernos de la zona de confort y revisar nuestra formas de ver. Mirar donde estamos parados tanto epistemológica como subjetivamente al pensar la maternidad y al momento de producir o reproducir verdad, técnica e intervención. Es una invitación a cuestionar ideas previas, conscientes de que adoptar otra manera de pensar es poder adoptar otra manera de reflexionar, y de trabajar desde las intervenciones psicológicas interdisciplinarias.

Referencias bibliográficas

Agosto, G., Casas, G., Fernández, M. R., García, C., Rasetti, G., Llambí, P., Piñeyro, E. (2001). Código de Ética Profesional del Psicólogo. Uruguay.

Alkolombre, P., Cigarroa, A., Fernández, A., Gutterman, C., Marengo, M. (2011). Diálogos entre ginecólogos, obstetras y psicoanalistas. En: Alkolombre, P. (comp). *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires : Letra Viva.

Ardoino, J. (1997) La implicación. En Conferencia impartida en el Centro de Estudios sobre la Universidad en UNAM, México

Badinter. E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós

Calatayud, F.M. (1997). *Inroducción al estudio de la Psicología de la Salud*. Mexico: Editorial UniSon y Secretaría General Administrativa de la Universidad de Sonora.

Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En: Alkolombre, P. (comp). *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires : Letra Viva.

Defey, D. (1994) (comp.). *Mujer y Maternidad. Aportes a su abordaje desde la Psicología Médica*. Tomo I. Montevideo: Roca Viva.

Defey, D. (2009). El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de Salud . Montevideo, Uruguay: INAU, CAIF. Recuperado de: <https://www.plancaif.org.uy/documentos/equipos-de-trabajo/item/30-el-trabajo-psicologico-y-social-con-mujeres-embarazadas-y-sus-familias-en-los-centros-de-salud>

Defey, D. (2011). Cuando un niño muere antes de nacer. Vicisitudes de un duelo ¿imposible?. En: Alkolombre, P. (comp). *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires : Letra Viva.

Fernández, A.M (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Bs. As: Paidós

Fernández, A.M. (1999) Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad. En: *Instituciones Estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.

Fernández, A.M. (Abril de 2009). Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina. *Nómadas*, no 30, pp. 22-33

Foucault, M. (2019). *Microfísica del poder*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno

Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre: etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Cátedra.

Loureau, R. (1991) Implicación y sobreimplicación. En Conferencia dictada en “El Espacio Institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales”, encuentro organizado por la Asociación Civil “El Espacio Institucional”, Buenos Aires.

Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psyche* (Santiago), 15(2), 93-103. Recuperado en 30 de julio de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-22282006000200009.

Neme, J.C; Nilson,M; Vallespir,N. (1994). Conceptos de Psicología Médica. En: Defey, D. (comp.) *Mujer y Maternidad. Aportes a su abordaje desde la Psicología Médica*. Tomo I. Montevideo: Roca Viva.

Nicolai, S. (2016). El rol del psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal (Tesis de grado). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/667>

Oberti, P. (2015). El estudio de las representaciones sociales como aporte para las intervenciones profesionales. En: *Fronteras*, n.8, 157-165.

Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate*, 1, 87-91. Recuperado de: <https://www.palermo.edu/cienciassociales/psicologia/publicaciones/pdf/Psico1/1%20PSICO%20007.pdf>

Oiberman, A. (2004). Historia de las madres en occidente; repensar la maternidad. Recuperado el 2 de febrero de 2021, de <http://hdl.handle.net/10226/408>

Palomar, C. (2004). “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. *Revista Debate Feminista* Vol. 30, pp. 12-34. Recuperado de: <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/malasm955.pdf>

Sánchez, M. (2013). La Psicología Perinatal aborda los cambios emocionales de la

maternidad. Revista *Bebé y más* (Entrevista realizada el 23 de agosto de 2013, por Mireia Long). Recuperado de: <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/la-psicologia-perinatal-aborda-los-cambios-emocionales-de-la-maternidad-entrevista-a-meritxel-sanchez-psicologa>

Schlemenson, S. (2011). El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano. En: Schlemenson, S. Pererira, M. Di Scala, M. Meza, A. Cavalleris, S. (comp). *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano*. Buenos Aires: Noveduc.

Stern, D. (1983). *La primera relación madre-hijo*. Madrid: Ediciones Morata

Stern, D. (1999). *El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre*. Paidós Ibérica

Stern, D. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidos

Stolkiner, A. (2005, Octubre). *Interdisciplina y Salud Mental*. En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Povienciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Jornadas llevadas a cabo en Misiones, Argentina.

Tomás, S. (2011). *La función materna. El otro como maitre en las encrucijadas de la subjetividad*. Buenos Aires: Letra viva

Winnicott, D., (1979). La angustia asociada con la inseguridad (1952). En Winnicott. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 139-143). Barcelona: Ed. Laia.

Winnicott, D., (1979). Preocupación maternal primaria (1956). En Winnicott. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 405-412). Barcelona: Ed. Laia.

Winnicott, D., (1990). *Los bebés y sus madres*. México: Paidos.