



# El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud



# **El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud**

**Psic. Denise Defey (\*)(\*\*)**

---

\* Consultora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD a través del Proyecto Desarrolla; Postgraduada en Psicoterapia en Servicios de Salud (UDELAR) y Psicoterapia Focal Psicoanalítica (Federación Latinoamericana de Psicoterapia). Docente de la Facultad de Medicina (UDELAR) y de las Facultades de Psicología (UDELAR y UCU); Directora Docente del Instituto Ágora; docente invitada de universidades extranjeras; autora de libros e investigaciones sobre Salud Mental de las mujeres y la maternidad, psicoterapia e intervención en crisis.

\*\* El análisis y las recomendaciones normativas de esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Plan CAIF.

# Índice

Introducción .....	3
<b>Parte I – La Embarazada y su Mundo .....</b>	<b>4</b>
La perspectiva psicosocial sobre el embarazo: un cambio de paradigma .....	4
El Concepto de Gestación Psíquica: las Representaciones Mentales Maternas (y Paternas) .....	8
Los diferentes tipos de representaciones mentales .....	9
La repercusión del diagnóstico prenatal sobre las representaciones mentales en la embarazada y la familia .....	11
La detección de defectos congénitos durante el embarazo .....	13
¿Es la Madre Responsable del Bienestar Fetal durante la Gestación? Stress y Embarazo .....	14
El Tema del Deseo de Embarazo .....	17
Entonces...¿Es la Ambivalencia Afectiva un Analizador Fundamental en el Tema Embarazo/ Maternidad? .....	20
Quien no es o no ha sido cuidado difícilmente puede cuidar o cuidarse. ....	21
La Psicología del Embarazo Normal .....	22
El Padre .....	25
La Pareja. La Sexualidad .....	26
La Maternidad/Paternidad en la Adolescencia .....	28
Circunstancias Especiales: Embarazos Negados, Ocultados, Pseudoembarazo .....	30
Embarazos que Requieren Cuidados Especiales: Hiperemesis, Embarazos de Alto Riesgo, Conflicto RH, Amenaza de Parto de Pretermino y Otros .....	32
Un Tema Central: el Reposo .....	36
La Pérdida Perinatal .....	37
El Nacimiento de un/a Hijo/a Prematuro/a .....	41
El Diagnóstico y Eventual Nacimiento de un/a Hijo/a con Defecto Congénito .....	42
Un Tema Candente y de Creciente Complejidad: El Consumo de Sustancias Durante el Embarazo .....	43
El Embarazo en Mujeres con HIV-Sida y Sífilis .....	45
Embarazo y Salud Mental .....	46
La Mañana Después: Parto y Puerperio .....	47
<b>Parte II – La Inserción de los Psicólogos y Trabajadores Sociales en los Servicios .....</b>	<b>49</b>
Fases de Inserción .....	49
Caminos para un Encuentro .....	51
El Marco Institucional .....	55
Quién es quién en los Centros de Salud .....	55
Los Objetivos de la Participación de los Técnicos de CAIF en los Centros de Salud .....	57
El Control Prenatal .....	66
Una Reflexión Final... ..	69
Anexo: Siglas .....	71
Referencias Bibliográficas .....	73
Bibliografía de Lectura Recomendada .....	74

# Introducción

El material que aquí se presenta tiene como finalidad brindar un marco teórico y un aporte de sugerencias técnicas para la implementación del convenio firmado a fines del 2008 entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU), el Plan CAIF y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). El mismo establece un conjunto de compromisos para cada una de las instituciones con el fin de promover la equidad desde la gestión.

Dentro de los cometidos correspondientes al Plan CAIF, se destacan , entre otros, los de: facilitar la captación de embarazadas para su derivación correspondiente a los centros de salud; colaborar con los equipos técnicos de los centros de salud de ASSE, en la realización de talleres y otras actividades con embarazadas, para la preparación del parto y el nacimiento del hijo/a; captar tempranamente a los niños y niñas con el apoyo de los centros de salud de ASSE a través del Plan Aduana para incorporarlos al Programa de Estimulación Oportuna;

Con estos fines, el Plan CAIF ha dispuesto que los psicólogos y trabajadores sociales que desarrollan su trabajo profesional en los Centros CAIF destinen parte de su carga horaria a la coordinación con los servicios de salud para la realización de diferentes actividades dirigidas a embarazadas y sus familias.

El presente material constituye parte de la colaboración del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a través del Proyecto Desarrolla viene realizando al Plan CAIF en general y la implementación de este convenio en particular

Durante el año 2009, se realizaron una serie de talleres de capacitación a lo largo de todo el país, para el personal técnico de los centros CAIF destinados a las tareas operativas de dicho convenio (psicólogos y trabajadores sociales). Esta publicación recoge las experiencias vertidas por los técnicos en dichos encuentros, por lo que si bien es elaboración de la autora, es también el producto del trabajo colectivo. Recoge también de técnicos y profesionales de diferentes servicios a lo largo de los últimos treinta años, a través de sus reflexiones, observaciones y experiencias en el trabajo directo con la comunidad a través de los servicios.

El trabajo está ordenado de la siguiente manera:

El objetivo de la primera parte del material es compartir una puesta al día en relación con las variables psicosociales inherentes a la gestación y el entorno en el que ésta se produce, revisando y actualizando conceptos, compartiendo reflexiones y contextualizando la información en las vidas cotidianas y las necesidades asistenciales de la población y las instituciones con las que se va a trabajar. La segunda parte busca compartir las vicisitudes y aprendizajes de la experiencia de inserción en los servicios de salud, con sus luces y sus sombras, sus sabores y sus sinsabores. Trata de brindar una orientación en cuanto a las características del nuevo contexto de trabajo, sus códigos y peculiaridades, así como proveer líneas de acción y propuestas de intervención psicosocial.

## Parte I – La Embarazada y su Mundo

### La perspectiva psicosocial sobre el embarazo: un cambio de paradigma



Si bien los **primeros trabajos** sobre los aspectos psicológicos del embarazo datan de 1951, cuando Helene Deutsch (1), discípula de Freud, hizo la mayoría de los planteos que luego fueron desarrollados, las primeras publicaciones divulgadas en nuestro medio datan de las décadas de 1960 y 1970. Éstas siguen siendo utilizadas y citadas (en especial, los libros de Raquel Soifer (2) y Marie Langer (3), siendo muchas veces los materiales a los que tienen acceso muchos profesionales. Estas primeras publicaciones buscaban aplicar los conceptos centrales del Psicoanálisis a las mujeres, sobre cuya complejidad psicológica ya Freud había hecho advertencias, expandiéndolas al fenómeno de la maternidad y el embarazo. La **causalidad psicológica (fundamentalmente inconsciente) de la mayoría de los eventos y avatares biológicos de la gestación** aparece, en esta visión, como un hecho indiscutible y las **relaciones en la temprana infancia, especialmente con la madre, así como el conflicto edípico**, se conceptualizan como los principales componentes explicativos del curso del embarazo. Éste es concebido fundamentalmente como una suma de eventos corporales determinados inconscientemente y bastante ajenos a la voluntad consciente de la mujer o los eventos en su entorno concomitantes al embarazo.

**Muchas investigaciones empíricas han comprobado en los últimos años la importancia de las relaciones tempranas** en forma fehaciente, al punto de que se afirma desde la Genética que sólo se activa parte de la carga genética potencial, siendo el ambiente de las primeras etapas del desarrollo el determinante

en cuanto a los rasgos, aptitudes o limitaciones que habrán de desplegarse o, por el contrario, replegarse. A su vez, los desarrollos en neurociencias han contribuido en definir al cerebro como un órgano biosocial, en el cual los eventos del desarrollo temprano contribuirán a determinar un modo de funcionamiento que se convertirá en el decodificador de los sucesos y vínculos a los que el sujeto se vea expuesto (4). Las investigaciones sobre Apego Adulto (5), por otra parte, han confirmado que, efectivamente, los modos de relación de la temprana infancia determinan en gran parte la forma en que establecemos nuestros vínculos posteriores, en especial con nuestros hijos. Junto a estas observaciones clínicas empíricamente validadas, adquieren especial realce en nuestro mundo contemporáneo, las observaciones sobre los aspectos narcisistas de la maternidad que hacían a Helene Deutsch decir que, “el amor maternal es la forma más altruista de amarse a uno mismo”.....

**Sin embargo**, también replantea actualmente que la memoria es un archivo vivo, por así decirlo, y se modifica permanentemente, por lo cual **es posible “re-escribir la historia” en otras etapas de la vida**. Esto puede ocurrir no sólo a través de procesos psicoterapéuticos (que producen modificaciones en el cerebro por vías similares a las de los psicofármacos) sino también a través de relaciones saludables que reparen los daños producidos otrora (6). También se ha cuestionado (no suficientemente, a nuestro modo de ver), la identificación de estos efectos tempranos con la figura de la **madre real**, siendo que, en realidad, el niño está en contacto con diferentes personas y contextos, a los cuales sería **mejor definir como adultos maternantes**. Contribuiríamos de esta forma a liberar, aunque sea relativamente, a las mujeres de los sentimientos de culpa crónicos y las altas tasas de depresión que se generan en un entorno que idealiza y entroniza a la maternidad como una abstracción, al mismo tiempo que exige y culpabiliza a las madres reales. Casi podría decirse que la madre ideal se ha convertido en el peor enemigo de las madres reales...

En relación a los **primeros trabajos teórico-clínicos** surgidos de los consultorios psicoanalíticos sobre la Psicología de la Maternidad (que hoy llamamos Psicología Perinatal), podemos decir que no en vano han transcurrido casi cincuenta años desde entonces y tanto la Psicología como las Ciencias Sociales se han desplegado al punto que resultan **cuestionables y , en algunos puntos, insostenibles** muchos de los planteos allí expuestos.

Por un lado, los desarrollos sobre las connotaciones psicosociales de la maternidad en nuestras culturas (7) y el despliegue de la **Salud Mental Comunitaria** han permitido ver que la realidad de la maternidad en vastos sectores de la población, especialmente aquellos que viven situaciones cotidianas más apremiantes, poco tiene que ver que con las vivencias y dinanismos descritos a partir de la experiencia del trabajo con otros grupos poblacionales sobre los cuales se han escrito los libros y trabajos, que provienen fundamentalmente de la clase media y alta del medio urbano. En este sentido, el **modelo explicativo** centrado en la idea de **conflicto intrapsíquico** que genera sentimientos ambivalentes respecto a la maternidad como génesis de las dificultades en la misma, debe ser complementado con un **modelo basado en la privación (generalmente tanto desde la realidad concreta como desde lo cognitivo y afectivo)** en la propia historia de la que ahora es madre. En este sentido, a veces lo que no se da al hijo/a es lo que no se tiene, ni siquiera para sí misma, empezando por la capacidad de cuidar(se). Las historias de muchas



de las personas que se atienden en los centros públicos de salud están signadas por procesos vinculares marcados por la privación, en los que se proyectan rápidamente figuras idealizadas sobre nuevos vínculos, para encontrar solamente una nueva frustración que lleva a la necesidad de cambiar rápidamente de persona en la búsqueda de un soporte humano real sobre el cual depositar figuras anheladas que quizá nunca existieron realmente en sus historias de vida. La rápida alternancia de parejas y la multiparidad responde, por lo menos en parte, a estos mecanismos, muchas veces condenando a estas mujeres a reeditar sus propias privaciones en la relación con sus hijos/as.

En forma complementaria a esos aportes, la **Epidemiología** ha contrapuesto la fundamentación centrada en la “experiencia clínica” con estudios basados en poblaciones amplias y provenientes de diferentes sectores y grupos sociales. Surgen del desarrollo de ambas disciplinas reflexiones, conclusiones y perspectivas en torno a conceptos tales como prácticas de cuidado de la salud y

de crianza, creencias, estilos de vida, factores psicosociales de riesgo y protección, etc. Éstos asignan un peso sustantivo a la dimensión actual y ambiental en la génesis de los avatares de los estados de salud y enfermedad. Se plantea una concepción que parte de la idea de que **el contexto se vuelve texto**, es decir, las condiciones ambientales en que se desarrolla la vida contribuyen fuertemente al modo en que la conducimos, nos posicionamos tanto frente a nosotros mismos como frente al mundo y desplegamos nuestras fortalezas y debilidades.

Desde otra área del conocimiento, la **Investigación en Psicoterapia** ha jerarquizado la idea de la **Ilusión del Clínico**, es decir, el problema de validez que genera extrapolar a la población general conclusiones extraídas de la consulta psicológica, que está dirigida a personas que tienen determinados conflictos y problemas (por los cuales consultan), características psicológicas específicas (denominadas como “analizabilidad”) y suelen tener un nivel socioeconómico medio y alto.



A su vez, una mirada cuestionadora de las **implicancias ideológicas y socioculturales** en juego (8,9) ha permitido, a lo largo de las décadas, apreciar el efecto culpabilizante que ha tenido sobre las embarazadas y las madres la divulgación de una perspectiva que centra todas las vicisitudes de la gestación o su fracaso (aborto espontáneo, parto prematuro, esterilidad, etc.) en los deseos o conflictos psíquicos de la madre. Más allá del efecto deletéreo que esto ha tenido sobre las mujeres y las familias, los conocimientos que hoy disponemos (por ejemplo, el

alto número de abortos espontáneos que están vinculados a la inviabilidad genética del embrión) hacen insostenibles estas afirmaciones basadas exclusivamente “en la experiencia clínica”.

Finalmente, en los últimos años se ha insistido (especialmente desde los colectivos de mujeres) en **transitar desde** una concepción de la salud y sus sistemas de cuidados centrados en la denominada “**Salud Materno-infantil**” al concepto de **Salud Sexual y Reproductiva**, en el entendido de que no es la maternidad lo que define el ser mujer y que es necesario desligar una eventual historia reproductiva de las necesidades de las mujeres de recibir cuidados integrales de salud por sí mismas. Esta perspectiva incorpora y relaciona, asimismo, sexualidad y reproducción, aspectos históricamente disociados.

La **Psicología Perinatal**, la **Salud Mental de la Primera Infancia** y la **Psiquiatría del Lactante** se han convertido en estas décadas en disciplinas en sí mismas debido al enorme desarrollo que ha tenido la temática perinatal mirada desde una perspectiva psicosocial. Tenemos hoy a nuestra disposición literalmente miles de investigaciones que permiten iluminar esta etapa crucial de la vida de las familias, de la mujer y, especialmente, del niño y de la niña, que comienzan aquí su camino hacia la estructuración psíquica.



## El Concepto de Gestación Psíquica: las Representaciones Mentales Maternas (y Paternas)

Alguien preguntó hace un tiempo: “¿Cuándo empezamos a criar a nuestros hijos/a?” y la respuesta fue: “Ahora! Aún antes de tenerlos”.

Esta no es una frase en vano. La idea es que la eventual maternidad o paternidad está presente en muchos momentos de la vida, en lo que puede mirarse desde una perspectiva sociológica como una preparación para un rol socialmente esperado. Desde una perspectiva psicodinámica, se trata de los antecedentes más tempranos (inscriptos muchas veces en la vida inconsciente) de la experiencia como hijos que luego repetiremos (o intentaremos modificar) desde el lugar de padres. Se habla, en este contexto, de conflicto edípico, narcisismo y otras ideas tradicionales, pero también de **transmisión transgeneracional**: en nuestros hijo/as esperamos reencontrar a las figuras pasadas y perdidas, cuyas historias queremos que completen o compensen. Un/a bebé, especialmente durante la gestación y las primeras etapas de desarrollo, representa una fantástica invitación a proyectar sobre él o ella las figuras de nuestro pasado, justamente por lo que se ha llamado su carácter enigmático: sus señales son difusas, muchas veces poco comprensibles y no siempre es fácil la empatía con sus estados emocionales cambiantes y aparentemente inexplicables.

Los pioneros en el desarrollo de las terapias madre-bebé como Cramer, Lebovici o Palacio-Espasa (11,12), han hablado de una **interacción con el/la hijo/a imaginado/a en el mundo mental de la madre** (interacción fantasmática) que **acompaña las interacciones reales** con su bebé. Este fenómeno puede **facilitar y permeabilizar la relación**, proveyendo un modelo interno de disponibilidad y empatía, pero también puede interferir en la relación y **parasitarla** con relaciones, duelos y conflictos anteriores no resueltos. De esta forma, la madre cuyo bebé anterior ha sufrido una muerte súbita quizá condicione en su hijo actual un trastorno del sueño al despertarlo reiteradamente por no soportar la angustia de verlo quieto y dormido, imagen evocadora del destino del hijo que ya no está.

Se contrapone o complementa, según las circunstancias, lo que se ha llamado el **hijo/a imaginario/a** con el **hijo/a real**. Estas **representaciones mentales maternas** asignan desde la gestación un lugar al hijo en el espacio psíquico de la madre, lo cual luego repercutirá en el espacio real del mundo vincular dentro de la familia. Las investigaciones han mostrado que muchas veces estas primeras ideas tienen más peso que las características reales de su bebé, las cuales son decodificadas en función de categorías mentales que anteceden su nacimiento (13). También en los últimos años se han observado fenómenos similares en los padres, por lo que podríamos hablar de **representaciones mentales paternas**, dado que muchos hombres definen hoy en día la gestación como un hecho compartido e igualmente se preparan mentalmente para la llegada del hijo. Como veremos, la trascendencia del tema de los procesos preparatorios constituye uno de los ejes fundamentales del trabajo con las embarazadas y sus familias, por un lado; y con el personal de salud, por otro. Un adjetivo sobre el hijo/a usado por los técnicos en un momento de especial vulnerabilidad puede tener un efecto determinante sobre los padres en

las relaciones con él a largo plazo. Como contraparte, una actitud maternante de los técnicos, que ofrece empatía en la gestación y las primeras etapas de la crianza, puede constituirse en un modelo que contrapesa figuras internalizadas marcadas por la indiferencia o la hostilidad.

## Los diferentes tipos de representaciones mentales

A lo largo del embarazo se va desplegando una secuencia de modos de percibir y vivenciar al hijo o hija (14). Entre éstos, algunos (en especial, las **representaciones idealizadas**) son **permanentes** y constituyen verdaderos “escudos de protección” frente a las angustias, molestias y desasosiegos. En los otros modos de representación hay una **secuencia temporal** que constituye en sí misma un **indicador de la normal evolución del embarazo**.

En el inicio del embarazo, todavía se percibe al **embrión o feto como una parte del propio cuerpo** más que como un ser autónomo u otra persona; se siente **el embarazo como un estado** más que como la presencia de otro ser dentro del propio cuerpo. Esto (que muchas veces aparece puesto en palabras como “unas células”) hace que resulte aceptable para muchas personas la idea de un aborto en el primer trimestre y condenable o aún repugnante la idea de una interrupción posterior a esta fecha.

Las primeras **percepciones del feto como una persona en sí misma** se vinculaban tradicionalmente a la aparición de los primeros movimientos fetales, que suele darse bastante tardíamente. Sin embargo, hoy en día la ecografía cumple esta función y el hecho de percibir un corazón latiendo modifica no sólo las percepciones sobre el hijo sino sobre sí mismos en los propios padres, que comienzan a colocarse en la posición de tales y en la actitud de cuidar una vida que ahora piensan como hijo o hija.

Estos procesos, que denominamos **representaciones de autonomía**, se prolongarán e intensificarán a medida que transcurra el embarazo y serán las responsables de la construcción del ajuar, verdadero indicador de buen pronóstico respecto a la relación temprana, en la medida en que implica poder **pensar al hijo o hija como una persona con necesidades propias** que el adulto debe prepararse a cubrir y satisfacer. Este aspecto de la preparación psicológica para la maternidad constituye un elemento protector fundamental, especialmente a la luz de la progresiva dificultad de nuestra cultura en respetar los tiempos evolutivos y las necesidades de los niños en aras de convertirlos en objetos de satisfacción (fundamentalmente narcisista) de los padres. También es fundamental cuando los/las hijos/as son colocados en el lugar de actores llamados a representar personajes que compensan en aspectos de la propia historia.

A medida que avanza el embarazo, aparecen las llamadas **representaciones vinculares**, en las cuales la madre (y muchas veces también el padre) comienza a imaginar al hijo/a en relación con otras personas (“cuando el abuelo lo lleve a pescar...”, “cuando el tío lo haga socio y le compre una camiseta del club de fútbol ...”). Este aspecto de la evolución psicológica del embarazo es también fundamental pues permite a la madre pensarse a sí misma “compartiendo” a su hijo/a con otras figuras significativas. Esto lo rescata del riesgo siempre presente de una relación de-

masiado simbiótica con ella y lo integra a un mundo compartido y enriquecido por otros vínculos. (Jerarquizamos este aspecto porque en nuestro medio la literatura y la formación tradicionalmente se han centrado en los riesgos inherentes al abandono -reales, sin duda- pero han naturalizado y hasta idealizado la relación excesivamente estrecha y exclusiva entre la madre y el hijo/a, especialmente en la mirada del personal de salud).

## REPRESENTACIONES MENTALES MATERNAS

### (GESTACIÓN PSÍQUICA)

Permanentes a lo largo de la gestación:  
bebé ideal (función protectora)  
múltiples y fugaces (función preparatoria)

Secuenciales a lo largo del embarazo:  
- embrión/feto como parte propia, embarazo como estado (primer trimestre)  
- autonomía: el hijo/a como otra persona (segundo/tercer trimestre)  
- vinculares: el hijo/a en relación con otros (tercer semestre)

Se han observado otros dos tipos de **representaciones mentales que persisten a lo largo del embarazo** y tienen efectos claramente protectores. Por un lado, la imagen de un **bebé idealizado**, perfecto, muchas veces coincidente con los ideales culturales (rubio, de ojos azules) compensa los muchos sinsabores inherentes al embarazo y su cuidado. Por otro lado, una visión demasiado idealizada y alejada de la realidad de un recién nacido, puede favorecer desencuentros y frustraciones.

Como complemento, lo que se ha llamado representaciones **múltiples y fugaces** hace que pasen por la mente de la madre diferentes imágenes al modo de un caleidoscopio (niña/varón, corpulento/delgado, sano/enfermo, etc.) que la preparan para el/la hijo/a que le toque tener. También la preparan para la eventualidad de perderlo o que nazca con problemas de salud o malformaciones, pues le ha dado un cierto capital de “horas de vuelo” mentales posicionándose en esa situación.

## La repercusión el diagnóstico prenatal sobre las representaciones mentales en la embarazada y la familia

El uso de múltiples métodos de diagnóstico prenatal se ha divulgado al punto de que se considere por parte de la población casi una parte inherente del embarazo, lo cual ha conducido a una **banalización generalizada de sus efectos y consecuencias** y, en algunos casos, a un consumismo de tecnología destinado a cumplir funciones ansiolíticas. Si bien es claro el beneficio para el cuidado de la salud fetal de los métodos más inocuos como la ecografía (en especial, la ecografía estructural), no son tan claros sus beneficios psicológicos. La **determinación precoz del sexo** (sea por ecografía o por estudios cromosómicos) interrumpe el flujo representacional y provee el riesgo de la apropiación y socialización precoz del feto, que a veces ya tiene nombre y hasta inscripción en el jardín de infantes tan pronto como a las 8 semanas de gestación... Mención muy especial merecen, en este sentido, los **errores en la determinación del sexo, no tan poco frecuentes como se cree**. Es una imagen normal para quienes trabajamos en los servicios de Maternidad (tanto públicos como privados) ver madres transitando un difícil proceso de duelo por un hijo/a que nunca existió, mientras lidian con la necesidad -o imposición- de establecer un vínculo con un/a niño/a que sienten extraño y hasta intruso. Las bromas del entorno sobre el cuarto rosado que espera a un vigoroso varón recién nacido poco tienen que ver con las eventuales opciones sexuales que haga el recién llegado y mucho pesan en el riesgo de fallas profundas en el narcisismo trófico (es decir, la normal capacidad de valorarse y amarse a uno mismo, imprescindible para la vida).



Creemos que, como profesionales, tanto los psicólogos como los trabajadores sociales no deberíamos adherirnos a un discurso que da por certero el diagnóstico prenatal (sea de sexo o malformaciones) sino cumplir una **función protectora de abrir la posibilidad de un/a hijo/a de sexo distinto al esperado y alertar a los padres** sobre la falibilidad de un proceso basado en la percepción humana y, por lo tanto, en la pericia y experiencia del operador, es decir, nunca exento de errores.

Especial referencia debe hacerse al **estudio de translucencia nucal**, hoy popularizado y tomado como dato cierto. Este estudio evalúa el espesor de la piel de la nuca de un feto de unos 6 cm. de tamaño y **sólo indica probabilidades**, siendo -obviamente- aún mas importante la pericia del

operador que en otro tipo de ecografías. Actualmente vemos parejas decidir una interrupción del embarazo en base a este estudio y, nuevamente, creemos que es una obligación de nuestras profesiones relativizar la confiabilidad de estos datos y jerarquizar la importancia de decisiones irreversibles..

En relación al **embarazo gemelar** (o múltiple), es poco habitual que los psicólogos/as y trabajadores/as sociales tengan conocimiento de que **se trata siempre de un evento patológico**. La Naturaleza corrige su error precozmente en el **67% de los casos**, en los cuales se produce en las primeras semanas un proceso de reabsorción por el cual el embarazo continúa como único. En este tránsito, la madre no podría saber por medios naturales que existió ese otro hijo/a, pero el advenimiento de la ecografía precoz ha modificado el panorama, generando así **duelos precoces tecnológicamente condicionados**. La recomendación de prudencia en estas primeras informaciones y en su divulgación puede significar una protección valiosa para estos padres que comparten la ilusión colectiva sobre la buena nueva de la gemelaridad e ignoran la situación de alto riesgo para madre e hijos/as que transitan de continuar la gestación múltiple.

Tampoco es simple el panorama en relación al **diagnóstico cromosómico**, sea por estudio de las **vellosidades coriales** a las 8 semanas o por **punción amniótica** a las 16 semanas. En este último caso, se agrega la consiguiente espera de cuatro semanas por los resultados, con las consiguientes repercusiones en los procesos preparatorios del apego con el hijo/a. En realidad, este estudio genera en los padres y la población general la **ilusión de controlar todas las variables en relación a la salud del feto**, cuando en realidad hay múltiples afecciones que quedan totalmente fuera de su alcance diagnóstico (efectos de medicamentos y otras sustancias, accidentes o traumatismos intrauterinos sobre el feto, restricción del crecimiento que puede terminar en una muerte fetal, etc.). Es importante que quienes trabajamos con las mujeres embarazadas podamos rescatarnos de esta ilusión y recordemos que el método no es inocuo y produce alrededor de 1% de pérdidas de embarazo. La mayoría de las veces estos fetos que se pierden son normales (lo cual, luego del estudio, los padres saben fehacientemente) y es importante recordar que, en no pocas ocasiones, ésta es la única o última oportunidad de tener un hijo/a, dado que la edad materna es la indicación más frecuente para el estudio. Si bien estos procedimientos se hacen con “consentimiento informado”, los procesos de regresión de la mujer embarazada y las características de la relación con el personal de salud hacen que muchas veces no sea más que “**obediencia informada**”. Cuando estamos trabajando en servicios en donde se hacen o indican estos estudios, es nuestra función comprobar y confirmar que realmente la información sobre los alcances y los riesgos del estudio haya llegado y sea una verdadera opción de la madre y su pareja.

Evidentemente, desde nuestra perspectiva, el problema fundamental en relación al diagnóstico prenatal es su **repercusión sobre las representaciones mentales de los padres durante la gestación**. Ha habido mucha discusión entre los investigadores sobre el efecto y se llegó incluso a hablar de una “interrupción voluntaria de la fantasía”, parafraseando la “interrupción voluntaria de la gestación”. Finalmente, se ha concluido que no hay una suspensión del proceso pero sí una **modificación de las representaciones, que puede ser radical y definitiva, con efectos eventualmente dramáticos** sobre la relación con el/la hijo/a (15). De modo similar a la reacción

que se observa en los padres de recién nacidos de alto riesgo a los que se anuncia la muerte supuestamente inevitable del/la hijo/a, el duelo anticipado pronosticando la imposibilidad de sobrevivida del feto luego del nacimiento, produce efectos devastadores sobre el apego. Esto incluyen el abandono (afectivo y/o real) y puede llegar incluso, en nuestra experiencia, a conductas que ponen en grave riesgo el cuidado del embarazo e incluso la vida del/a hijo/a una vez nacido.

## La detección de defectos congénitos durante el embarazo

Una de las situaciones más dramáticas en que el/la hijo/a imaginario/a resulta afectado/a por el contraste con el/la hijo/a real se da en los casos en que el diagnóstico prenatal apunta a la presencia de malformaciones (o, más correctamente, defectos congénitos) en el feto. Nuevamente, es importante que nosotros como técnicos no limitemos nuestro abordaje a nuestra opinión general sobre el tema o nuestros sentimientos empáticos con el sufrimiento de los padres. Hay evidencias científicas disponibles y confiables que pueden orientarnos en nuestro trabajo profesional. Si bien para muchas personas resulta aceptable y hasta evidente que la decisión debe ser **interrumpir el embarazo** cuando el feto tiene malformaciones, es importante hacer algunas consideraciones. En primer lugar, es importante tener en cuenta el sesgo de clase social y, especialmente, en relación al nivel cultural que impregna nuestra visión del tema. En todos los casos y especialmente en los que se plantea la posibilidad de retardo mental, nuestras propias visiones difieren radicalmente de aquellas de las personas que se atienden en los centros de salud. Es común entre ellas ver no sólo una **aceptación del hijo/a**, que podría ser tan pasiva como lo es en muchos otros eventos desgraciados de su vida pero puede ser, sin embargo, sumamente activa, con un compromiso de cuidado y una dedicación que contrastan incluso con el cuidado a los otros hijos. (Se dan en estos casos paradojas como el hecho de que los padres encuentran en estos niños, quizá por primera vez, un sentido a su propia vida en el desafío de sacarlos adelante y reparar quizá con ello sus propias carencias y “discapacidades”; por otra parte, la asignación familiar y beneficios sociales que obtienen estos niños muchas veces contribuyen significativamente al sostén del hogar).

En los casos de **defectos congénitos incompatibles con la vida extrauterina**, la eventual interrupción del embarazo no sólo suele resultar cultural y familiarmente aprobable sino que se realiza abiertamente en los servicios de salud tanto públicos como privados, con el conocimiento del Ministerio de Salud Pública. Los estudios de seguimiento de estos padres muestran que la evolución es similar a la del duelo por una pérdida perinatal por motivos naturales, dado que los padres no interrumpen el embarazo más que obligados por las circunstancias (16).

Diferente es la situación cuando hay patologías que, siendo realmente graves y/o socialmente cargadas de significados ominosos (como sucede típicamente con el síndrome de Down), son **compatibles con la vida extrauterina**. En esos casos, no sólo hay opiniones divididas sino que los padres se ven enfrentados a un vacío institucional si deciden interrumpir la gestación, lo cual es un procedimiento no exento de riesgos dado que la mayoría de estas detecciones son tardías.



Si bien podemos llegar a mimetizarnos con la idea de los padres de que, al interrumpir, darán por terminado un gran problema, es importante como técnicos manejar información científica y culturalmente relevante sobre la evolución de quienes optan por interrumpir el embarazo por malformaciones fetales. Un valioso estudio de seguimiento (17) con entrevistas personales a las 390 parejas que, en la fecha del estudio (2006), habían tenido un diagnóstico de malformaciones fetales en uno de los centros de diagnóstico prenatal más importantes del país mostró que la interrupción no necesariamente mostraba la liberación respecto a un problema. Aproximadamente la mitad de las personas habían transitado un proceso de duelo y luego recuperado su equilibrio anterior, pero la otra mitad relataban haber transitado un proceso que se prolongaba en el tiempo signado por ataques de pánico, pesadillas, consultas psiquiátricas, etc. El elemento clave que distinguía un grupo de otro era la representación del hijo/a que había primado a la hora de la decisión: como alguien indefenso a quien se buscaba a través de la interrupción proteger de sufrimientos y limitaciones o, en el segundo grupo, como algo indeseable que provocaría molestias y sufrimientos a sus padres y que, por lo tanto, se prefería erradicar del curso de vida propio.

Tanto en estos casos como en las situaciones sin patología fetal en que la madre o los padres se plantean interrumpir el embarazo, es importante que se les derive a los servicios especializados del Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell (y, en un futuro no muy lejano, en el interior del país) dirigidos por los grupos de trabajo de Iniciativas Sanitarias contra el Aborto en Condiciones de Riesgo, que ofrecen **consultas de orientación y seguimiento** que han demostrado ser sumamente efectivas no solo en reducir la mortalidad materna por aborto (nula en dicho centro en los últimos años) sino en prevenir situaciones traumáticas. De hecho, este trabajo también ha tenido como efecto reducir el número de abortos al ayudar a las personas a resolver situaciones de presión o de percepciones distorsionadas (respecto a la reacción familiar, por ejemplo) que les llevan a una decisión apresurada.

Esto nos lleva a un tema central de la experiencia de maternidad: el sentimiento de culpabilidad.

## ¿Es la Madre Responsable del Bienestar Fetal durante la Gestación? Stress y Embarazo

Si bien, obviamente, conductas maternas como el consumo del alcohol, drogas o cigarrillos, así como la calidad de la alimentación o el control prenatal influyen en forma decisiva sobre el desarrollo del feto y embarazo, se ha generado toda una mitología en torno al supuesto efecto de los estados emocionales o mentales de la madre sobre el feto. Incluso en medios de comunicación y profesionales supuestamente serios o confiables es posible apreciar la **livandad y radicalidad con que se afirma que cualquier tipo de tensión o preocupación afecta al feto**. No hay evidencias concluyentes sobre ello y, si las hubiera, divulgarlo sin medir las consecuencias es muchas veces un verdadero acto de irresponsabilidad profesional o periodístico. La justificación que se usa es propender a que las madres cuiden mejor el embarazo, pero esto obvia un hecho evidente: la mayoría de las preocupaciones y situaciones de tensión que viven las embarazadas no son generadas por su propia voluntad sino por sus condiciones de vida, sus conflictos personales no resueltos o por el cuidado de otras personas, especialmente sus padres, sus hijos o su



pareja. No faltan las veces en que la fuente de tensión o stress es el propio personal de salud a través de manejo imprudente de información, exceso de estudios diagnósticos, etc. Si realmente todo tipo de tensión fuera dañina para el curso del embarazo, el agobiar a las mujeres con esta información cuando no pueden modificar sus cursos de vida o circunstancias transforma a los profesionales en factores de riesgo en sí mismos....Por otra parte, **la vida cotidiana está llena de preocupaciones (entre ellas, cuidar el embarazo)** y pocos embarazos cursarían sin tropiezos si el efecto fuera tan masivo como se pretende.

Uno de los sustentos en que se apoya la presión sobre las embarazadas es la creencia sobre lo que se ha llamado **mutualidad psíquica** (el feto percibe los estados mentales de la madre y es afectado directamente por ellos, muchas veces replicándolos). Este fenómeno ha sido estudiado en nuestro medio (18) y constituye un fenómeno común y casi universal del mundo mental de las mujeres embarazadas. Esto, como hemos visto, también ha sido alimentado por literatura sobre el tema originalmente destinada a profesionales pero consumida también por el público lego.

Los estudios metodológicamente sólidos sobre el llamado **psiquismo fetal** recién están viendo su primera hora con el advenimiento de la ecografía 4D, que permite ver al feto en movimiento e ir construyendo un mapa cronológico del desarrollo de sus habilidades neuronales y mentales.

Es frecuente escuchar oír hablar con solvencia sobre el **supuesto bienestar fetal** en un mundo de silencio, mientras hoy se sabe que el ruido del ambiente fetal es similar al de una esquina concurrida en el centro de una ciudad en horas de gran actividad. 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 sólo del ginecólogo o la familia sino incluso de ellas mismas. Para quienes hablamos español, se agrega como complicación el hecho de que se ha divulgado que a los 5 meses el **feto es capaz de sentir**. Esta afirmación (científicamente válida) **se refiere exclusivamente al sentido de la audición** pero rápidamente es extrapolado al otro “sentir”: el de los sentimientos y las emociones, con lo cual la creencia mágica se viste de ropajes de dato científico.

Es importante dejar claro que, según todas las evidencias científicas, **no existe una inscripción psíquica en el feto de las experiencias que vive su madre durante la gestación**. Esta idea, que es producto de hipótesis a partir de observaciones clínicas, puede resultar sumamente perjudicial para el niño cuya gestación coincidió temporalmente con hechos dramáticos en la

### CREENCIAS DE MUTUALIDAD PSÍQUICA MADRE/FETO

- a) el feto percibe todo lo que la madre siente/piensa
- b) todo lo que la madre siente/piensa afecta al feto
- c) el feto siente/piensa lo mismo que la madre

Creencias colectivas e independientes de los datos científicos

*Precursoras del apego y la*

*Preocupación Materna Primaria*

Intensifican en grado extremo sentimientos de culpa en las situaciones de conflicto respecto a la maternidad o preocupaciones por causas externas.

familia, pues el hecho de que la madre y/o la familia lo crean así puede determinar el modo en que el/la hijo/a es percibido durante la crianza y la forma en que se decodifican sus actitudes o reacciones. Es importante **ser explícitos con las embarazadas en la desmistificación de esta idea**, pues muchas lo dan por obvio y ni siquiera plantean dudas o preguntas al respecto. Por lo tanto, es importante para nuestras profesiones no sólo contribuir a divulgar el conocimiento entre las mujeres y sus familias tanto sobre la **ausencia de riesgo en las preocupaciones cotidianas** sino aclarar el verdadero significado del “sentir” del feto.

La **única asociación efectiva y reiteradamente demostrada entre stress y embarazo es el parto de pretérmino**, especialmente cuando ha ocurrido un **hecho traumático en los días anteriores**, siendo un ejemplo muy interesante de esto el relato periodístico sobre el aumento abrupto de nacimientos de niños prematuros en la ciudad de Nueva York en los días siguientes a la caída de las Torres Gemelas. Esta respuesta a la situación de stress agudo puede explicarse por mecanismos biológicos: ante la percepción del peligro, el cuerpo se prepara para el ataque o la huida y “descarga” el peso que se lo impide. En este caso, el “peso” es el feto y, una vez desencadenado el mecanismo de parto, es muy difícil detenerlo.

Dentro de lo que se denominan **“embarazos de alto riesgo”**, evidentemente el stress tiene un lugar importante en generar **descompensaciones** en los casos en que la **hipertensión o diabetes** acompañan a la gestación. La atención de estos casos generalmente trasciende la esfera de acción del Centro de Salud, pues se controlan en las policlínicas especializadas de los hospitales, pero en algunos lugares esto no es así, por lo cual es importante tener pautas de manejo. La intervención psicosocial más adecuada en estos casos es de tipo ambiental, buscando actuar directamente sobre las fuentes de tensión, disminuyéndolas. Por otra parte, la aclaración explícita de que los pensamientos y emociones de la madre no causan un daño físico en el hijo se vuelven esenciales en estos casos en que realmente el hijo puede tener un desenlace de patología, malformaciones, e incluso muerte durante la gestación.

De cualquier forma, es útil contar con algunas informaciones que pueden ser una herramienta a la hora de tranquilizar a las madres, especialmente cuando las situaciones de tensión trascienden sus posibilidades (y las nuestras) de modificarlas. Los **fetos tienen capacidad de adaptarse** a las situaciones de estímulos estresantes que le llegan desde el entorno. Las muy conocidas investigaciones realizadas en el aeropuerto de Osaka, situado en el centro de la ciudad y donde parte un avión por minuto, muestran que las mujeres embarazadas que viven allí habitualmente no muestran alteraciones en el desarrollo del embarazo ni en el crecimiento fetal, lo cual permite deducir mecanismos de adaptación pasiva al stress del ruido por parte del feto.

Por otra parte, cuando realmente hay circunstancias de daño y tensión que no se pueden evitar durante la gestación, hay **cuidados compensatorios postnatales** que las mujeres y sus familias pueden instrumentar una vez nacido el/la niño/a. Hay investigaciones no sólo con humanos sino también con animales (19) que muestran que los cuidados maternos en las primeras semanas y meses pueden compensar eventuales dificultades que haya tenido el feto durante su desarrollo. En nuestra época nos parece evidente que un recién nacido prematuro o muy enfermo sólo podrá recuperarse con la ayuda de aparatos y médicos altamente especializados en el marco

de las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, en la década de 1920 en Finlandia, se lograban las mismas tasas de recuperación y sobrevida con un cuidado intensivo humano de estos recién nacidos: una enfermera de dedicación total y exclusiva para cada uno, además de cuidados maternos intensivos complementando la medicación, etc. Hoy en día se ofrece capacitación específica en los mejores centros del mundo para que el personal de salud de Neonatología emule los cuidados maternos, mostrándose muchos mejores niveles de sobrevida y recuperación.

Nos parecen especialmente importantes estas apreciaciones, puesto que se ha hablado mucho en los últimos años de “**empoderar**” o “**fortalecer**” **a las mujeres**. Sin embargo, estos valiosos conceptos generalmente quedan restringidos a situaciones de vida como la pareja, violencia doméstica, derechos laborales, etc., y no jerarquizan las múltiples situaciones de agobio y violencia psicológica que sufren las mujeres **en relación a la maternidad**. Ésta se da no sólo por parte de sus parejas o familias sino fundamentalmente por parte de los sistemas de salud y los medios de comunicación. Ayudarles a encontrar maneras de fortalecerse, compensar los efectos deletéreos de las presiones del entorno y, eventualmente, combatirlos y prevenirlos, nos parece una obligación ética de quienes nos dedicamos personal y profesionalmente a contribuir a un tránsito más saludable por los múltiples avatares de la maternidad.

Un último aspecto referente a este tema se refiere al uso de **diazepam** (Valium, Lexotan en sus nombres comerciales) en el embarazo. Si bien ha sido en una época práctica frecuente (y lo sigue siendo, en cierta medida) indicarlo para disminuir la angustia en la embarazada, es importante para nuestras profesiones jerarquizar el tipo de apoyo (inocuo y generalmente efectivo) que podemos brindar, pues el diazepam tiene contraindicaciones por riesgos específicos en el embarazo, según la etapa del mismo: labio leporino (primer trimestre) , alteraciones en el desarrollo muscular y óseo del feto (segundo y tercer trimestre), así como dificultades respiratorias en el momento de nacer.

## El Tema del Deseo de Embarazo

Para quienes provenimos de una formación psicológica, el tema del deseo de embarazo está asociado a ideas que se han transmitido reiteradamente en la formación, en la práctica clínica y en otras instancias profesionales. Una de ellas es que “todo embarazo es deseado”, otra es que el deseo de que ese/a hijo/a naciera aparece como fundamental para su salud mental y desarrollo normal. Por otra parte, para quienes provienen de la formación y la experiencia profesional en el área del Trabajo Social, la categorización embarazo deseado / no deseado es un elemento cotidiano, con la idea de que, en el segundo caso, se asocia a riesgo o dificultades (en el embarazo, en el desarrollo del niño, en el vínculo).

Quisiéramos invitar a los/las lectores de este material a reflexionar críticamente sobre estas ideas que han acompañado nuestro trabajo durante años. En relación a la **idea de que todo embarazo es deseado**, es seguramente innecesario revisar esta concepción para quienes trabajamos con personas en situaciones de vida marcadas por la dificultad, el desamparo y las privaciones.

El embarazo es muchas veces, en estos casos, un elemento más de un destino que no se elige sino que se soporta. Por otra parte, la idea de no-deseo (que se traduce en otros contextos como “rechazo”) **tampoco corresponde a estas realidades**, donde las madres no dan a estos niños el afecto e interés que precisan (no los catectizan, diríamos en un lenguaje más técnico) no porque se lo quieran negar sino porque directamente no lo tienen ni para ellas mismas. Como hemos dicho más arriba, acá **la idea de conflicto se sustituye por la de déficit y privación**. Son personas que precisan de nosotros no una intervención de esclarecimiento para entender y resolver sus conflictos sino intervenciones soportativas y afirmativas que se dirijan a construir y tejer lo que ha quedado ausente en su desarrollo psíquico y de construcción de ciudadanía.

Más allá de estas consideraciones, quisiéramos **cuestionar la categorización misma en embarazos deseados y no deseados**. En primer lugar, consideramos que es una **visión extremadamente reduccionista** que limita un fenómeno sumamente complejo de la experiencia humana a un sistema binario sí/no. Esto, en el caso de una perspectiva psicodinámica de la Psicología, resulta además **incongruente con** una comprensión del psiquismo centrada en **las ideas de sobredeterminación y conflicto**.

Asimismo, es una **categorización estática**, cuando en realidad se trata de un **fenómeno extremadamente dinámico** que se extiende a lo largo no sólo de la gestación sino de toda la crianza del hijo/a. Por otra parte, es en este **dinamismo mismo que reside la posibilidad de un vínculo sano y un desarrollo saludable del hijo/a**. Son, a esta altura, innumerables los estudios que muestran que el/la niño/a precisa una **madre “suficientemente buena”**, no una madre omnipresente, onnisapiente y que esté totalmente entregada a la crianza del hijo. Se ha estudiado (20) cómo las madres uruguayas naturalizan un contacto con el/la hijo/a muy intenso, estrecho y marcado por conductas que podríamos considerar tendientes a una simbiotización. Alguien dijo que el/la niño/a precisa tanto del amor maternal como del odio maternal, en el sentido de que el desarrollo del niño/a requiere que la madre tenga también otros intereses, que haya elementos de la relación que le resulten displacenteros, que no quiera estar siempre con el/la niño/a. Se ha jerarquizado la importancia de la presencia de un tercero -en principio, la pareja- que introduzca un espacio entre madre e hijo/a.

Por otra parte, en los casos en que el embarazo se logra luego de años de **tratamiento de esterilidad** (es decir, un “deseo” explícito) no sólo se aprecian mayores índices de depresión materna sino que se encuentran mayores dificultades en el vínculo con el/la hijo/a (contaminado por la medicalización de su gestación y nacimiento) y se aprecia en éste que, si bien tiene un mayor desarrollo intelectual y psicomotriz, presenta, por otro lado, una mayor conflictividad emocional relacionada con su autoestima (narcisismo). Podríamos hablar, en estos casos, de **embarazos demasiado deseados**.

Desde un punto de vista obstétrico, es importante también tener claro que **no hay una correlación directa** entre el hecho de haber “deseado” o no el embarazo y los llamados **resultados perinatales**, es decir, el grado de salud de la madre y el/la hijo/a en relación al embarazo, el parto y el puerperio. De hecho, en el **Sistema Informático Perinatal** (herramienta con la que se registran los embarazos y nacimientos de muchos países de América) las consideraciones

que exponemos han llevado a que en la versión más reciente (CLAP 2008) el recuadro que tradicionalmente consignaba embarazo deseado / no deseado (marcando con un indicador amarillo de riesgo la segunda opción) haya sido sustituido por las categorías planificado/no planificado.

Este cambio se relaciona también con la **dudosa confiabilidad del dato** de deseado/no deseado. Esta pregunta muchas veces lo que mide es la capacidad de las mujeres de percibir que la respuesta correcta es “deseado” si quieren incidir favorablemente en la actitud del personal de salud que las atiende, el cual muestra entonces un trato mucho más cordial y tolerante que en el caso contrario. Se trata, en la práctica, de una pregunta con una respuesta valorada positivamente y otra negativamente (casi un verdadero/falso), lo cual le quita toda cientificidad al dato.

Por un punta de vista asistencial, diríamos que resulta, además, perjudicial, pues el hecho de que la madre inicie la relación con el sistema de salud sintiéndose **obligada a mentir** sobre algo que, obviamente, la conflictúa; esto nos aleja de ella y de la posibilidad de ayudarla en una situación de vida que marca también el inicio de la relación con el hijo.

A esta altura del análisis del tema, resulta bastante evidente que si esta **pregunta** resulta inconveniente en un primer encuentro con la embarazada, puede tener **resultados altamente perjudiciales cuando se realiza en el marco de un desenlace obstétrico desfavorable** (muerte fetal, parto prematuro, malformaciones, aborto espontáneo, etc.).

Para completar la reflexión, mencionaremos dos datos, uno sobre embarazos “no deseados” y otro sobre embarazos “muy deseados”. En Francia, donde el aborto es legal a solo pedido de la mujer, únicamente se impone una condición: una semana de reflexión; en la misma, el 50% de las mujeres cambia de opinión... El otro dato se refiere a Inglaterra. Al iniciarse el programa de congelamiento de embriones en 1991 se planteó legalmente un plazo de cinco años para que los padres decidieran el destino de los embriones: implantarlos o darlos en adopción. Cumplidos los primeros 5 años, y para gran sorpresa de los embriólogos, muchos padres no se habían expedido. Tras esfuerzos

## EMBARAZOS DESEADOS Y NO DESEADOS

### CRITERIOS PARA REVISAR ESTA CATEGORIZACIÓN

1. Reduce un fenómeno complejo y multidimensional a un sistema binario SI/NO
2. Plantea una visión estática de un fenómeno fundamentalmente cambiante y dinámico
3. Tiende a ser utilizado como un criterio de aprobación o desaprobación de las madres por parte del personal de la salud
4. Por lo tanto, muchas veces lo único que mide es la capacidad de las mujeres de responder lo que esperamos que nos digan y de esa forma, ser mejor atendidas y tratadas
5. Esto le quita totalmente cientificidad, dado que la respuesta está sesgada muchas veces
6. Esto, a su vez, hace que la embarazada o madre que se encuentra en problemas o se siente culpable tenga una una relación con nosotros basada en una mentira que nos aleja de la posibilidad de ayudarla
7. Lo más importante: esta variable no necesariamente se asocia a resultados perinatales, según muestran varios estudios, incluso de OMS

POR TODAS ESTAS RAZONES HA SIDO RETIRADA COMO ITEM DEL SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

denodados por contactarlos, la mayoría de ellos mostraron su desinterés por el destino de los embriones, ya que habían logrado un embarazo exitoso. Esto significó la destrucción de 5.000 embriones, para enorme desazón de los embriólogos que les habían “dado vida”.

Esto nos lleva a un último punto: ¿que significa desear un/a hijo/a? D. Pines (21) señaló en un trabajo clásico la **diferencia entre el deseo de embarazo (o de fertilidad) y el deseo de hijo/a**, lo cual queda dramáticamente ilustrado en los casos (también en Uruguay) en que la gente hace un tratamiento de esterilidad y, una vez comprobada la gestación, procura un aborto. Por otra parte, también hay **deseos perversos** en relación a los hijos/as: consolidar un matrimonio por dinero, unir naciones, retener una pareja huidiza...

Probablemente una mirada mas dinámica y tolerante de la ambigüedad del ser humano aún en los aspectos más fundamentales nos permita abordar la **maternidad como un hecho complejo, cambiante y, en definitiva psicosocial**, en el cual la madre no es más que el emergente visible de una compleja situación psicosocial que sostiene (o no) la maternidad.

## Entonces...¿Es la Ambivalencia Afectiva un Analizador Fundamental en el Tema Embarazo/Maternidad?



Es unánime la convergencia de los autores desde diferentes líneas de comprensión clínica al afirmar que se trata de **un fenómeno casi omnipresente en los distintos avatares vinculados a la maternidad/paternidad**. Explica muchas de las situaciones de angustia y conflicto por las que puede ser de utilidad la intervención de técnicos de Salud Mental, siendo a veces la simple explicitación de la normalidad de este conflicto un elemento de gran alivio para las madres. Otro elemento fundamental es poder transmitir que no se asocia con un desenlace negativo en el embarazo sino que es, por el contrario, un elemento protector. A quienes controlan el embarazo (ginecólogos, parteras, etc.) sugerimos que inicien el seguimiento del embarazo validando este vaivén de sentimientos encontrados, lo cual parece para la madre mucho más protector y tranquilizador que el tradicional “Ahora no tiene que preocuparse por nada: ud. está embarazada”.



Desde una mirada más especializada, diríamos que los pensamientos y sentimientos ambivalentes representan **un manejo mentalizado de la conflictiva que, en realidad, protege** de una canalización por la vía somática que pueda desembocar en un desenlace de riesgo (parto de pretérmino, descompensaciones de diabetes o hipertensión, hiperemesis). Uno podría decir que todo lo “malo” que se pueda decir, soñar o pensar sobre el feto, en realidad, lo protege en términos de su sobrevivencia biológica.

Sin embargo, es importante recordar que todas estas consideraciones se refieren a las llamadas **estructuras de conflicto**, es decir las personas que han llegado a un desarrollo psíquico que les permite manejar tanto sus problemas internos como externos de forma de no ponerse en riesgo y teniendo, por así decirlo, cartas en la mano suficientes como para poder “jugar” con ellas, yendo y viniendo en sus sentimientos, pensamientos, etc.

Para quienes trabajamos en los servicios públicos de salud esto no es lo más habitual, y es importante comprender que los modelos que nos han servido y nos sirven para comprender a pacientes, personajes literarios, etc. muchas veces nos alejan de la comprensión de personas que tienen un posicionamiento frente a las situaciones de la vida muy distinto. Hay muchas situaciones y casos en los que resulta insuficiente e inadecuado el concepto de ambivalencia.

Ya hemos mencionado la historia de privación de las madres como generadoras de una imposibilidad de dar lo que no se tiene. Hay otras **situaciones en que las fallas en el cuidado del embarazo o de sí mismas poco tiene que ver con la ambivalencia**:

- mujeres que son víctimas de violencia doméstica justamente porque están embarazadas, junto a otras que son expulsadas de sus trabajos y/o sus casas por la misma causa
- adolescentes (o no tanto) muy inmaduras y desorientadas en relación a los cuidados del embarazo y el/la hijo/a
- personas muy signadas por creencias que significan riesgos reales para la salud propia o del hijo/a (tratar de que nazca a los 7 meses y no a los 8...)
- conductas de cuidado que nuestros propios paradigmas culturales o de clase social no nos permiten comprender (la lanita roja para proteger del mal de ojo)
- falta de confianza en el sistema de salud
- falta de percepción de las necesidades reales de cuidado por falta absoluta de referentes y soporte social
- estilos de vida casi incompatibles con el cuidado del embarazo (situación de calle, adicciones intensas desconocimiento de los recursos asistenciales y sociales a los que tienen acceso)

Quien no es o no  
ha sido cuidado  
difícilmente puede  
cuidar o cuidarse



- gran aislamiento social y/o geográfico (por ej, migración reciente)
- gran inhibición o inseguridad que impiden una comunicación adecuada con el personal de salud (por no tener dientes o estar sucia , por ej.)
- falta de percepción de los propios derechos en relación al cuidado de la salud (empleadas domésticas, rurales, etc.)
- anemia, desnutrición o desmoralización que impiden tomar una conducta activa
- modelos identificatorios primarios de abandono

- importante psicopatología previa que impide o dificulta no sólo el cuidado del embarazo sino de sí misma en general.

Esta lista muestra que **el modelo de la ambivalencia como único y/o último analizador de los avatares del embarazo y su cuidado es claramente insuficiente** y denota un sesgo que es imprescindible tener en cuenta a la hora de trabajar con personas con situaciones de vida muy distintas: nuestro trabajo, tanto en lo social como en lo psicológico, se encuentra inevitablemente teñido por nuestros paradigmas teóricos y nuestros preconceptos de clase, género, etc. (En este sentido, pensamos que, al tradicional requisito de un trabajo psicoterapéutico propio que anteceda el trabajo clínico, debería agregarse un trabajo con los paradigmas ideológicos y de clase social que pueden marcar nuestro trabajo en lo social y lo psicológico).

## La Psicología del Embarazo Normal

Varios fenómenos son indicadores psicosociales de un embarazo de curso normal. Ensimismamiento, negación, ilusión, idealización y regresión constituyen el conjunto que mejor describe los avatares psicológicos de la gestación saludable.

El **ensimismamiento** hace que la mujer se vuelque sobre sí y sus propios pensamientos y procesos afectivos,



en lo que algunos autores denominan como identificación con el feto. Este fenómeno puede dar la impresión al observador externo o el personal asistencial de una despreocupación por resolver problemas concretos del cuidado del embarazo o los otros/as hijos/as, dado que genera una cierta desaprensión por los asuntos externos. Genera también frecuentemente problemas en la pareja. La mujer está concentrada y colmada por la experiencia del hijo/a y el embarazo y parece prescindir de quien también lo gestó.

**La negación y la idealización** van de la mano. Alguien ha dicho que si una mujer se detuviera a pensar en todos los sinsabores que la esperan en el curso del embarazo (edemas, várices, vómitos, dolor en el parto más la eventualidad de una episiotomía, etc.) nos extinguiríamos... En realidad, el solo hecho de alojar a otra persona dentro del propio cuerpo ya es muy impactante cuando uno se pone a pensarlo seriamente... Ni qué hablar del lugar de la mortalidad materna en la historia de la Humanidad... De hecho, el climaterio es un fenómeno evolutivo reciente pues antes del advenimiento de los anticonceptivos, la gran mayoría de las mujeres morían de parto más tarde o más temprano. La negación de los riesgos y molestias, por un lado, y la idealización de la maternidad, por otro, se constituyen así en verdaderos guardianes de nuestra supervivencia como especie, en términos más amplios, y del psiquismo de cada mujer en lo particular de cada historia personal.

Sin embargo, en la medida en que se trata de **mecanismos de defensa**, es importante estar alertas pues resultan magníficos **antídotos contra la angustia y la ansiedad pero pobres vigilantes frente a los peligros de la realidad**. Una mujer que niega e idealiza demasiado puede no percibir situaciones de riesgo para el embarazo y estará en mayor peligro si sobrevienen eventos adversos. A su vez, está más expuesta a una depresión postparto relevante y a mayores dificultades en adaptarse a la maternidad si su bebé no es tan perfecto/a como ella esperaba.

Lo antedicho sobre la negación y la idealización obliga a una reflexión sobre el **tema de la información durante el embarazo**, la cual se ha considerado capital en su potencial protector en relación, especialmente, a la preparación psicoprofiláctica. Muchas veces lo que se manifiesta como deseo de saber cumple la función de un ansiolítico que busca, a través de mecanismos de control, calmar ansiedades, produciéndose muchas veces el efecto inverso al efectivamente recibir información. Es importante limitar la información a aquella imprescindible que se asocia al cuidado del embarazo y el hijo (alimentación, situaciones que ameritan consulta, puericultura, etc.). Ésta resulta útil especialmente cuando va acompa-

## PARADIGMAS DE COMPREENSIÓN DE LA PATOLOGÍA OBSTETRICA

Psicoanalítico tradicional

Relevancia causal de los factores intrapsíquicos inconscientes  
Génesis: conflictos no resueltos de la propia historia  
Modelo explicativo de dificultades con embarazo/ maternidad:  
**conflicto (AMBIVALENCIA AFECTIVA)**

**Salud Mental Comunitaria/  
Epidemiología**

Importancia de los factores ambientales, sub-culturales y socioeconómicos actuales y pretéritos (estructurales)  
Modelo explicativo de dificultades con embarazo/maternidad:  
**déficit (DEPRIVACION)**

ñada de una recomendación concreta de acciones a tomar (no moverse en caso de ruptura de bolsa para evitar riesgos para el feto por la salida abrupta -procidencia- del cordón, por ej.). Muy distinto es que la embarazada quede expuesta a informaciones generales y amplias sobre situaciones de patología y riesgo, que no hacen más que generar más angustia e incertidumbre.

La **regresión** da cuenta de varios fenómenos característicos del embarazo: el aumento del apetito y el sueño, los “antojos”, la mayor dependencia del entorno, la hipersensibilidad. Estos pueden resultar protectores pero también pueden dejar a la embarazada a merced de un entorno hostil, poco comprensivo o directamente explotador de sus ilusiones y ansiedades. Las embarazadas son consumidoras voraces de todo tipo de estudios diagnósticos y sumamente vulnerables a los resultados de éstos y/o las palabras o gestos de los técnicos. Si bien en los centros de salud públicos esta variable pesa mucho menos que a nivel mutual o de la consulta privada, el atravesamiento de la industria farmacéutica y de instrumentales médicos sobre el ejercicio de la profesión no puede negarse y está detrás de la proliferación de métodos diagnósticos. (Una publicidad reciente de un aparato de ecografía en 3D y 4D prometía a los médicos que, usándolo, los padres aumentarían su apego por su hijo y ellos, los médicos, sus ganancias...).

Al igual que la negación y la idealización, la regresión protege el estado psíquico de la madre, haciéndole procurar y aceptar protección del entorno pero, por otra parte, puede atentar contra una preparación para el rol inevitablemente adulto que la espera luego del nacimiento. Esto puede dar lugar a conflictos con las otras figuras de cuidado del/la hijo/a (abuelas, tías, etc.) y puede contribuir a una eventual delegación del cuidado. Estas mujeres intensamente regresivas están también en riesgo de una mayor incidencia de depresión postparto.

**En el contexto de la población que se atiende en los centros de salud de ASSE muchas veces estos fenómenos no se despliegan plenamente.** En algunos casos porque se trata de embarazadas adolescentes y, especialmente en las más jóvenes y las primerizas, tanto la negación como la idealización son parte de esta etapa y lo que llamamos regresión se vuelve difícil de discriminar de las idas y venidas evolutivas de la adolescencia misma. Cuando se trata de mujeres que transitan el embarazo en otras edades, muchas veces las preocupaciones de la vida cotidiana y la falta de soportes y redes sociales hace que no haya ni tiempo ni posibilidad real de que se manifiesten fenómenos como la regresión, la ensoñación, etc. Por otra parte, la idealización suele centrarse en el/la hijo/a, depositario de los sueños que ya no han de cumplir en sus propias vidas y allí está el eje de la ilusión. En cuanto a la negación, se vuelve muchas veces difícil discriminarla de la ignorancia o de una técnica básica de supervivencia tal como ocultar a los técnicos sus visiones sobre el cuidado de la salud para evitar ser criticadas.

En términos generales, las modificaciones en el apetito y el sueño que hemos adjudicado a la regresión se deben, obviamente, también a las exigencias de reposición de energías de un cuerpo que está trabajando como nunca. A lo largo de la gestación, van creando un ambiente favorable a la posterior aparición de la Preocupación Materna Primaria (22), por la cual sobre el final del embarazo la mujer se concentra en el/la hijo/a y el nacimiento y se desentiende en gran parte de las preocupaciones del mundo adulto.

Son elementos tranquilizadores y deberían generar preocupación en quienes cuidamos el embarazo cuando, por el contrario, aparecen sus opuestos. La **disminución del sueño** constituye una alerta importante: no se está pudiendo “poner a los monstruos a dormir”, es decir no están en funcionamiento los mecanismos normales del embarazo (con su correspondiente correlato cerebral y hormonal). Las dos líneas de exploración diagnóstica principales van por a) las condiciones de vida (situaciones traumáticas o extremadamente preocupantes recientes, stress crónico, violencia, etc.), y b) vivencias sumamente persecutorias sobre la presencia de “ese extraño ahí dentro”. (Recordemos que, en realidad, el feto se describe estrictamente como un parásito y que, efectivamente, toma de la madre todas las sustancias que precisa, además de generar hechos sumamente agresivos para el cuerpo materno como la implantación.)

La **disminución del apetito** (diferente, obviamente, de la dificultad real en proveerse de alimentos) resulta especialmente preocupante, dados los conocimientos actuales sobre el rol fundamental de la alimentación en el desarrollo del feto. En estos casos, la investigación se orienta más a las representaciones sobre el/la hijo/a y sus significados que hacen que predominen las depositaciones de conflictos o repudio intensos sobre él, impidiendo “alimentarlo” (como hemos visto, por ejemplo, en embarazos producto de una violación).

El tema de los “**antojos**” merece un capítulo aparte. Visto en general como un elemento de buen pronóstico (la mujer se permite actitudes regresivas y gratificantes), se distingue de la necesidad puramente biológica que surge unívocamente (azúcar, sal, leche), ya que tiene un contenido mucho más simbólico, que generalmente incluye un componente de castigo a la pareja por la desproporción en la carga que significa para uno y otro el tránsito por el embarazo. (Es interesante notar, de cualquier manera, el entrecruzamiento entre los factores biológicos y psicológicos, ya que la frutilla -el gran favorito- contiene una carga importante de ácido fólico, que previene las malformaciones del sistema nervioso central).

Las **naúseas** parecen tener causas más ligadas al orden de lo biológico, pero los **vómitos** tienen un fuerte componente cultural (se dan en algunas culturas y en otras no). Si bien en pequeña medida pueden corresponder a dificultades de adaptación, resultan sumamente preocupantes cuando se transforman en **hiperemesis gravídica**, la cual puede llegar a costarle la vida a la madre y el feto.

## El Padre

Si bien tradicionalmente se ha hablado de la **tendencia de las mujeres a excluir** a los hombres de su interés durante el embarazo (lo cual sigue siendo cierto en muchos casos), ha habido en los últimos años un cambio radical de actitud en los padres. Gran parte de ellos han **reclamado un lugar protagónico** en el embarazo, el parto y los primeros cuidados luego del nacimiento. Esto, sin duda, ha resultado beneficioso para todos y ha culminado en hechos como la aprobación hace algunos años de la **ley de acompañamiento en el parto**, que obliga a las instituciones públicas y privadas a permitir la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto y parto. Es interesante, incluso, observar cómo algunos padres conjugan un rol tradicional autoritario con su nueva identidad centrada

en la ternura y el afecto, convirtiéndose en “policías del apego madre-hijo/a” y controlando a la madre en su grado de dedicación, el pecho exclusivo, las actitudes hacia su hijo/a, etc.

En padres de diferentes clases sociales se aprecia una marcada tendencia a identificarse con la mujer, siendo esto especialmente notorio en los adolescentes y las clases media y media-alta. Se han generado términos como “**depresión paterna**” o “**preocupación paterna primaria**”, que develan un fenómeno cultural que, sin duda, ha resultado beneficiosa tanto para padres como para hijos/as. Para los primeros, ha abierto un mundo de vivencias y experiencias que les estaba vedado (por lo cual es frecuente ver padres de cierta edad en una actitud de fascinación con sus hijos/as pequeños mientras sus hijos/as mayores de parejas anteriores les traen nietos a visitarlos).

Este cambio ha significado para la mayoría una posibilidad de desarrollo personal inesperada, que se vuelve protectora a la luz de las frustraciones, sobreexplotación e injusticias que pautan cada vez más el mundo laboral. Los hombres han vuelto al hogar en busca de una relación con los/las hijos/as que les provea la sensación de seguridad y pertenencia que solía proveerles el mundo laboral.

Por otra parte, esto ha significado también obligaciones y tareas, las cuales no son sólo domésticas. La antigua prohibición de compartir el momento del nacimiento ha sido sustituida por una obligación casi moral que ha generado nuevos conflictos en las parejas si el hombre no se siente afín con esa posibilidad.

Para los niños/as, ha significado tanto aumentar el “personal de servicio” para atender sus necesidades como una variabilidad de vínculos que enriquece su mundo representacional y, a la vez, los protege de las eventuales alteraciones psíquicas de alguno de los padres, en la medida en que la percepción del mundo se realiza a través de los ojos de quienes participan de su crianza.

De cualquier manera, estos cambios culturales no deben hacernos olvidar que **persisten situaciones en las que la venida del hijo** (en el embarazo y/o después del nacimiento) **resulta muy perturbadora** para hombres que han sufrido traumatismos tempranos y/o mantienen una relación posesiva con sus parejas (23). También se ha constatado que en los hombres hay un aumento significativo de patologías somáticas durante el embarazo de su pareja y hay relatos de casos de suicidios inexplicables ligados a eventos traumáticos tempranos no procesados por la palabra pero latentes en la historia de estos padres. Es aún reciente el desarrollo de las investigaciones sobre el maltrato en el embarazo pero todo indica que se trata de un tema preocupante y todos los que hemos trabajado años en los servicios de salud hemos visto embarazos que se han perdido por agresiones directas sobre el vientre por parte de la pareja.

## La Pareja. La Sexualidad

La llegada de un/a hijo/a (especialmente el primero) suele configurar una **crisis en la pareja**, en la cual tienen su lugar las vicisitudes con la sexualidad. Para algunas parejas, la concreción del embarazo trae aparejado un **incremento de las relaciones sexuales**, en calidad y cantidad: ambos se sienten más libres pues ya no hay que “cuidarse”, el embarazo representa una reafir-





mación de la propia femineidad/masculinidad, además de una validación visible de la capacidad fértil.

En muchas parejas, por el contrario, durante el embarazo **disminuye muy significativamente la vida sexual**. Aparecen no sólo temores, que son conscientes, sino también dificultades centradas en el hecho de que se conjugan en una sola persona las cualidades de madre y de persona sexualmente activa y atractiva. Más allá de lo conflictivo que esto pueda resultar en relación a la historia personal, hay una determinación cultural centrada en la disociación mujer sexuada/mujer madre. Para muchos, decir un piropo a una embarazada es totalmente inconcebible y, de hecho, las embarazadas y sus parejas suelen hablar de sexo en público sólo en tono de broma. (Esto también repercute en la posibilidad de ayudar por parte de los técnicos, pues es generalmente un tema tabú –de ambas partes– en la consulta prenatal). Es bastante evidente la influencia de la cultura judeo-cristiana si recordamos simplemente dos hechos: María, modelo de todas las madres, era virgen; por otra parte, Jesús nace de la Inmaculada Concepción, es decir, “inmaculada” (sin mancha) porque no tiene la intermediación de la sexualidad.



## La Maternidad/ Paternidad en la Adolescencia

A esta altura, se han escrito ríos de tinta sobre la maternidad en la adolescencia, reconociéndose períodos o **“épocas” de la evolución de la percepción de este fenómeno** por parte del mundo científico y profesional. En la década de los 80, se “descubre” la maternidad en la adolescencia (en realidad, la Virgen María tenía 13 años cuando nació Jesús...), lo cual provoca una reacción de alerta en la comunidad científica, probablemente originada en la preocupación porque las propias hijas de los investigadores abandonaran los proyectos estudiantiles y profesionales y se lanzaran desenfrenadamente a reproducirse. Se hablaba en aquella época de **“epidemia”, “prevención del embarazo precoz”**, etc. Esto produjo un torrente de investigaciones que buscaron **factores de riesgo asociados**. El que busca encuentra: se asoció a infinitos desenlaces negativos para la madre, el/la hijo/a y la sociedad.

La década de los 90 trajo una **preocupación por la estigmatización** que esto significaba para las jóvenes embarazadas y madres y comenzó una revisión de los trabajos publicados, con lo cual se encontraron muchas **profecías autocumplidas**. (Un criterio “objetivo” de riesgo, por ejemplo, eran los días de internación del recién nacido, pero la mirada en detalle mostraba que la causa de dicha internación era...ser hijo/a de madre adolescente!). Esto trajo un torrente de estudios sobre **factores de protección** y una amplia gama de programas de ayuda (que algunos criticaron diciendo que era un reforzamiento positivo de la maternidad adolescente).

Por otra parte, se hizo imperioso separar la maternidad/paternidad en la adolescencia



de la pobreza: muchos de los problemas que descubrían las investigaciones se debían no a que la madre o el padre fueran demasiado jóvenes sino demasiado pobres. Se ha hablado insistentemente incluso de que este patrón reproductivo se ha constituido en un mecanismo de **reproducción social de la pobreza**.

Ya en las décadas siguientes se ha logrado una **visión más equilibrada**, si bien sigue siendo preocupante que persista una **doble biblioteca** y muchos insistan sólo sobre el riesgo. También es preocupante que muchos de los excelentes programas de apoyo hayan tenido el efecto no buscado de empujar a una identificación de la posibilidad de **acceder a los derechos propios sólo a través de la maternidad**, con la consiguiente equiparación femineidad/maternidad.

Actualmente puede decirse que se consideran **realmente de riesgo** (tanto biológico como psicosocial) los embarazos en jóvenes **menores de 15 años**, pero es necesario recordar que éstos constituyen **tan sólo el 4%** de los casos. Las ideas fuertemente sostenidas en los primeros años de estudios han sido reiteradamente desmentidas. Se decía que el embarazo producía el abandono de los estudios y la pérdida del proyecto de vida; hoy está claro que, en la mayoría de los casos la maternidad y paternidad en la adolescencia se da en los sectores pobres, que ésta es la **edad normal en estos grupos sociales para tener hijos** y que esto **no sustituye ningún otro proyecto de vida sino que es el proyecto de vida**.

Por otra parte, la idea de que no se **controlan el embarazo** ha sido desmentida año a año por las cifras del C.H. Pereira Rossell, que muestran siempre una mayor tasa de control en relación a las madres adultas. El tema de los riesgos para el/la hijo/a también ha sido revisado, y lo que permanece es la comprobación de más bajo peso al nacer (tema del que no se conocen las causas con certeza), mejor vínculo en las primeras etapas (en relación a madres adultas) y mayores dificultades en la crianza cuando el/la niño/a comienza a demostrar una mayor independencia (1-2 años), etapa en la cual estas madres son más punitivas y, de hecho, se encuentran nuevamente embarazadas. En relación al padre, los mitos sobre el abandono tampoco se han demostrado: los padres cada vez están más presentes y, por otra parte, son las madres que tienden a alejarlos y no viceversa.

Una reflexión global sobre el tema (que asumimos como discutible) puede ser que, dada la ineficacia de las mil formas en que se intentó detener la “epidemia”, es necesario aceptar que esto es **un cambio cultural trascendente**. Éste puede pensarse en el caso de nuestro país también como una sabiduría de la especie, dado que la principal causa de muerte perinatal son los defectos congénitos, ligados al patrón de maternidad tardía que caracteriza a nuestra cultura. También es interesante observar cómo la parentalidad en la adolescencia modifica el plano de distribución demográfica de la pobreza en América Latina, y de la inmigración en Europa. Así como en algún momento se hablaba del Black Power, hoy podría hablarse del Teenage Power, dado que por la persistencia de los números estos/as jóvenes y sus hijos/as modifican los planes de acción de los gobiernos, la distribución de recursos, los planes de salud, etc. Por otra parte, el corrimiento de la maternidad adolescente hacia la clase media podría entenderse también como un retorno a la familia clánica de nuestros antecesores, con niños/as criados en un entorno lleno de tíos y abuelos que nuestros hijos/as (producto de la era de la familia nuclear) vieron sustituir

por empleadas domésticas, computadoras y televisores, dadas las largas y exigentes jornadas laborales de nosotros, sus padres.

## Circunstancias Especiales: Embarazos Negados, Ocultados, Pseudoembarazo

Un buen ejemplo de todo lo que acabamos de exponer lo constituyen estas situaciones de baja frecuencia pero alta repercusión en la relación entre el personal de salud y las mujeres que se asisten. Tiende a pensarse, por ejemplo, que el embarazo negado es fruto del “rechazo” por el/ la hijo/a, y que el pseudo-embarazo es producto del intenso deseo.

Es importante, ante todo, discriminar las tres situaciones. En el **embarazo ocultado**, la madre sabe de la gestación pero lo oculta al entorno. En el **embarazo negado**, se pone en juego el mecanismo de defensa inconsciente y automático de la negación, por lo cual la madre “no sabe” que está embarazada. (Curiosamente, el entorno tampoco “sabe” y hemos visto el caso de un muy experimentado obstetra que no pudo detectar que su propia hija cursaba un embarazo de 28 semanas). En ambos casos, es habitual observar que el factor en común es la intención de proteger el embarazo y el/la hijo/a, generalmente en situaciones de gran tensión que probablemente conducirían a una presión intolerable propiciando un aborto. En las situaciones de embarazo negado también aparecen situaciones más cercanas a la patología personal o familiar.



La situación del **pseudoembarazo** (también llamado embarazo psicológico, embarazo utópico o pseudociesis) es bastante opuesta. En estos casos, no hay un embarazo real en el sentido de un embrión o feto presente, pero se encuentran todas las manifestaciones de un embarazo común: expresión láctea en los senos, vientre hinchado, náuseas, amenorrea e incluso análisis de sangre positivo. Contrariamente a lo que podría pensarse, se da en mujeres fértiles y es casi una caricatura de la ambivalencia: mientras la mujer está embarazada en su percepción subjetiva de los hechos, éstos son que está estéril (no ovula). Se asocia a personalidades histriónicas, dado que se define como un hecho conversivo y, si bien es muy aparatoso, no reviste la gravedad que el personal suele atribuirle, especialmente al ver la resistencia de las mujeres a aceptar que no hay un embarazo real. Un caso típico que se menciona en la literatura es el de mujeres que han sufrido una pérdida perinatal: anhelan tener otro/a hijo/a y, a la vez, tienen un temor intolerable a repetir la historia. El pseudoembarazo aparece entonces como una perfecta solución de compromiso: les da la ilusión del embarazo y las protege de una nueva pérdida.

## Embarazos que Requieren Cuidados Especiales: Hiperemesis, Embarazos de Alto Riesgo, Conflicto RH, Amenaza de Parto de Pretermino y Otros

(Nota. Retomamos para el subtítulo de este apartado una denominación más adecuada -Obstetricia Especializada- que la de “alto riesgo” con la que suelen denominarse estos embarazos; si bien alguna mutualista ya ha instaurado ese nombre en su servicio, sigue siendo de uso regular el término original).

**HIPEREMESIS** – Se define como vómitos incoercibles con pérdida de peso y se distinguen dos situaciones, con diferentes grados de riesgo, que deberán ser evaluadas por un profesional de la Salud Mental.

Por un lado, hay casos que se entienden como **cuadros conversivos** en personalidades histriónicas, en los cuales no aparecen situaciones de riesgo para madre o hijo. Estos se asocian más a una conflictividad en relación al embarazo, en la cual es importante no limitarse a una visión simplista centrada en un supuesto deseo de expulsión del hijo/a. Algunos autores plantean este cuadro como un mecanismo protector, descargando por una vía lateral (vómitos) y sin poner en riesgo al hijo/a, una conflictividad que puede tener múltiples orígenes. Desde el punto de vista del manejo de la situación, es importante tener en cuenta que la divulgación de la Psicología hace que estas mujeres se sientan, además de muy molestas por los vómitos, culpabilizadas por un entorno que lo asocia con “rechazo”, por lo cual es importante desvincular ambas ideas (en nuestra experiencia, hablar de “miedo” resulta mucho más favorecedor del encuentro).

Muy diferente es la situación en el caso de la **vulnerabilidad somática** entendida en términos de la Escuela Francesa de Psicosomática (P. Marty). En este caso, los vómitos responden no a una situación de conflicto sino a una gran fragilidad, especialmente frente a las situaciones que implican una gran exigencia emocional y generan una sensación muy primitiva de amenaza. Se trata de una respuesta primitiva ante una situación que se percibe por el entorno como inmanejable y que puede poner en riesgo de vida a la madre y el feto, pudiendo llegar a plantearse la interrupción del embarazo (eximida de pena) por causas graves de salud. En estos casos, la intervención más eficaz es ambiental, procurando evitar situaciones que incrementen la tensión, la sensación de amenaza y ofreciendo un sostén en el marco de la intensísima regresión.

**CONFLICTO RH (Rh SENSIBILIZADO)** – En estos casos, el feto contiene en su sangre un factor (RH+) que el cuerpo de la madre desconoce y esto produce que, desde el primer embarazo, se inicie su **destrucción (literalmente) por parte del cuerpo de la madre**, que elimina sus glóbulos rojos. Esto se agrava con cada embarazo, siendo habitual la muerte fetal y siendo necesarias transfusiones intrauterinas para intentar salvar al feto, lo cual muchas veces no se logra.

El tema del RH es candente en los casos de aborto provocado, pues su no detección antes de la realización del aborto puede determinar que se pierdan todos los embarazos siguientes, dado que ese embarazo, aunque termine en aborto, constituye el “aviso” al cuerpo, que entonces ge-

nera anticuerpos que actuarán en las siguientes gestaciones. **En todos los casos de intención de aborto es imprescindible la determinación del RH antes de su realización.**

Se incluyen en este material todas estas informaciones (que podrían considerarse estrictamente médicas) porque esto tiene consecuencias directas sobre el trabajo psicológico con estas madres. En la medida en que realmente están destruyendo a su hijo/a, se hace impensable aquí que aparezcan espontáneamente elementos de ambivalencia a nivel consciente. Resulta también directamente perjudicial introducir estos aspectos desde una intervención psicosocial . No se trata de fantasías cuya explicitación puede aliviar a la madre, sino de un daño real .

**EMBARAZOS DE ALTO RIESGO OBSTETRICO (ARO)** – Si bien en esta categoría se incluyen todas las **patologías médicas** cuando se conjugan con un embarazo, los cuadros más frecuentes son **hipertensión y diabetes**, los cuales pueden generarse a partir del embarazo (y muchas veces mantenerse después).

Uno de los objetivos fundamentales de la intervención psicosocial es la **adherencia al tratamiento médico**. Muchas veces se producen desencuentros en este sentido con el ginecólogo pues este tiene dificultades en respetar los tiempos y fases del duelo que implica asumirse como enferma durante el embarazo. (En las fases iniciales de shock y negación, la información no es recibida y ha sucedido que esto puede ser interpretado por el personal como oligofrenia).

En relación con el tema del **manejo de la información**, la pauta que hemos seguido a lo largo de los años es que se manejen con la embarazada certezas y no hipótesis, que el manejo de información sea realizado de forma que se asegure que realmente llegue a destino (en forma oral y escrita, a más de una persona, cotejando en cada encuentro el grado de comprensión), que haya uno o muy pocos interlocutores que sean los que transmiten la información y que ésta no sea tan masiva que active mecanismos de defensa radicales que no permitan registrarla o induzcan a una negación masiva de su contenido, con los consiguientes riesgos para el cuidado del embarazo.

**LA AMENAZA DE PARTO DE PRETERMINO (APP)** - Tanto en la tradición de las Ciencias Sociales como de la Psicología hay una vasta literatura y una gran sensibilidad (sin duda, imprescindible) para los condicionantes psicosociales y las subjetividades de las mujeres y las familias en relación con la gestación y la llegada de un/a hijo/a. Los cambios en las condiciones de vida y las repercusiones emocionales, para otros, han constituido el eje de la atención y acción en nuestras tradiciones profesionales. La preocupación ha estado en el trabajo sobre las consecuencias de los hechos (la repercusión en la familia de un/a bebé de riesgo) o sobre los factores globales que condicionan los hechos psicosociales (la pobreza). No nos percibimos en tanto psicólogos o trabajadores sociales actuando sobre las causas específicas de estos fenómenos.

El aporte de la Psicología Médica puede complementar esa mirada comprensiva con una alerta sobre algunos temas que son generalmente **percibidos desde nuestras disciplinas como avatares biológicos que significan hechos dados a los que debemos ayudar a adaptarse** a las mujeres y sus familias. **Sin embargo**, en algunos de ellos, estamos llamados a **intervenir sobre los factores tanto predisponentes como desencadenantes**, tal como ocurre con el parto de pretérmino.

Para ello, es imprescindible que primero podamos tomar conciencia de la prevalencia y repercusiones de esta situación, vivida muchas veces en la soledad y reclusión del mundo de los CTI neonatales o los hogares cerrados a las visitas y, por lo tanto, al soporte del entorno. La **prematurez** (nacimiento antes de las 37 semanas) da cuenta hoy del **16% de los nacimientos** del C.H. Pereira Rossell, siendo la cifra de las mutualistas algo menor pero constituyendo un problema mundial que no se ha modificado en los últimos años, tendiendo, por el contrario, a aumentar. Constituye la **principal causa de muerte en el primer año**, en forma directa o indirecta y es **una de las principales fuentes de discapacidades severas**, siendo la principal causa de **ceguera** el oxígeno de la incubadora. Genera, además, **gastos en salud** que implican destinar a un/a niño/a que probablemente no sobreviva o lo haga en condiciones sumamente deficitarias cifras que van entre los U\$S 20.000 y 1.000.000, en casos extremos.

**“Solo un 10% de los casos de prematurez responden a causas estrictamente biológicas; el resto se relaciona con la forma en que vive la gente”.** Esta frase pertenece al Dr. Ricardo Schwartz, quien fuera Director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS) (24). De hecho, múltiples estudios (25) muestran factores de riesgo psicosociales claramente asociados, que detallamos más adelante. Algunos elementos que no aparecen en este tipo de estudios pero hacen a la práctica cotidiana y corresponden a lo que se ha llamado **estilo de vida** también pueden ser objeto de nuestra atención e intervención:



**-hechos traumáticos graves y recientes (una semana)**

-la divulgación solamente de los casos exitosos y la **naturalización de los cuidados intensivos neonatales** que hacen descalificar el riesgo real, valorizando la tecnología.

-la **creencia** de que es **mejor que el/la niño/a nazca a los 7 meses y no a los 8**, que hace que las madres no intenten revertir un riesgo de parto de pretérmino cuando se da en ese entorno cronológico.

-la **“vida rápida”** que hace que también se den una alta prevalencia de prematurez en las clases media y alta, especialmente en mujeres profesionales, ejecutivas, etc. que valoran sobremanera su independencia y no ponderan ni los riesgos reales de la prematurez ni la pérdida casi absoluta de libertad que implica tener un/a recién nacido/a en cuidados intensivos

-el **desconocimiento** a nivel de la población general de las **secuelas** que implica la prematuridad, muchas veces percibida como un parto más fácil y un embarazo más corto

Desde el punto de vista de nuestra inserción en los servicios asistenciales, el permanecer atentos a estas variables, especialmente en lo referente al peso de los sucesos traumáticos recientes que ya hemos mencionado, puede activar mecanismos de atención que modifican totalmente el pronóstico. De la misma forma, **la inclusión de este tema en actividades de taller** sin duda resulta útil, especialmente considerando que una madre de cada seis que vemos en los centros de Salud tendrá un/a hijo/a prematuro/a.

Es importante en este sentido que esto no se entienda exclusivamente el riesgo como pobreza, condiciones habitacionales inadecuadas, etc., pues el parto prematuro también afecta al otro extremo del espectro socio-económico, como es el caso de las profesionales exitosas o las ejecutivas.

Una mirada a los **factores de riesgo asociados** jerarquiza los siguientes, ordenados en forma aproximada de acuerdo a su importancia:

- antecedente de parto de pretérmino** (50% de posibilidades de repetirlo)
- stress** crónico y, especialmente, **agudo** (entendido como hechos traumáticos ocurridos en los días anteriores, que activa el mecanismo biológico de descarga para la huida o el ataque)
- actividad sexual** estando con elementos de amenaza de parto prematuro (**APP**)
- trabajo de pie**
- hijos/as pequeños a cargo**
- migración** reciente (por falta de cobertura de salud, sostén familiar, ayuda doméstica, etc.)
- “**vida rápida**” (ejecutivas, etc.)
- antecedente de muerte fetal** (por stress y actitudes tendientes a que no permanezca en el ambiente uterino)
- más de dos pisos por **escalera**
- vibración** (máquinas, pozos de las calles en personas que trabajan en transporte, etc.)
- caries** no tratadas

Desde una mirada psicológica más global, jerarquizaríamos **dos tipos de constelaciones psicosociales**: a) la mujer muy dependiente y pasiva, con poca conciencia de los riesgos en salud, que “deja venir” los hechos como se dan y se ve sometida a situaciones de intenso stress; b) la mujer que siente “la obligación de ser libre” y no tolera detener su ritmo y su agenda.

Un punto fundamental es la **decisión de qué opción tomar en el caso del nacimiento de un prematuro extremo**, cuya sobrevivencia se ve seriamente amenazada y tiene grandes riesgos de secuelas. Se plantean las opciones de cuidados intensivos o “calor y confort” dejando que la naturaleza tome su rumbo. Introducimos este tema en este material destinado al trabajo en **Primer Nivel** justamente porque **es importante que la decisión no llegue a ser una emergencia en el ámbito del hospital**, donde además la forma de plantearlo por parte de los médicos (“salvar o no salvar”) muchas veces lleva a decisiones empujadas por sentimientos de culpa más que por



una ponderación cuidadosa de la situación, lo cual puede implicar condenar al niño/a a discapacidades extremas, o bien no dar oportunidades a un/a recién nacido/a con buenas perspectivas. Las decisiones apresuradas también suelen poner en riesgo la continuidad de la pareja, pues no hay tiempo para madurar una decisión compartida. Ante la presencia de factores de riesgo o la aparición de una APP, es importante orientar en relación a una decisión madurada, fuera de la urgencia del desenlace de los hechos y tomada por ambos miembros de la pareja.

## Un Tema Central: el Reposo

Tanto para las amenazas de parto de pretérmino como en los embarazos de alto riesgo y otras situaciones, es habitual la indicación de reposo (definido como **reposo psicofísico y sexual**) y es fundamental para nosotros tener claro sus alcances y vicisitudes.

En primer lugar, ya pasó la época en que se decía que el reposo era el 90% de la Obstetricia. Sin embargo, en el personal obstétrico sigue pesando (muchas veces en forma no consciente) una **ideología** centrada en la idealización de la maternidad y en la idea de **una mujer pasiva** que tiene como **máximo interés el cuidar de su cría**. Esto hace que indiquen reposo (incluso absoluto) livianamente, sin preguntar por las condiciones de vida y dando por obvio que su indicación será acatada inmediata y totalmente (la idea de “rechazo” está fácilmente disponible, en caso contrario).

Por otra parte, el personal de salud, sin darse cuenta, emite **mensajes altamente contradictorios**: en el **reposo absoluto** no se permite siquiera ir al baño pero la mujer debe levantarse y transportarse como pueda para **ir a la consulta**, donde muchas veces espera horas en condiciones de incomodidad o incluso parada. En los hospitales muchas veces se pasa visita en sala exponiendo ante los estudiantes (y la paciente!) todos los desenlaces negativos posibles de su cuadro, violando así flagrantemente la idea de “reposo psíquico”.

**Para la mayoría de las mujeres, la indicación de reposo implica una situación compleja** que trasciende la dinámica simplista de la aceptación/rechazo y la coloca **en el eje de una multiplicidad de variables que la tensionan entre variadas fidelidades e identidades**. ¿Cuidar el embarazo o los/las otros/as hijos/as? ¿Atender el embarazo o al marido y sus exigencias sexuales? ¿El embarazo o el trabajo? ¿Y... su autonomía como mujer? Los profesionales de la Salud Mental y las Ciencias Sociales podemos ayudar abriendo el espectro de comprensión por parte del personal de salud, por un lado, y haciendo un trabajo de conexión entre ellos y la realidad de la embarazada, por otro. También es fundamental el trabajo de desculpabilización en los casos de desenlace negativo.

Asimismo, es importante para nosotros saber que las bondades del reposo están en **cuestionamiento** desde el punto de vista **científico**, especialmente en lo referente a la amenaza de aborto espontáneo, donde parece de muy poca ayuda. La eventualidad de una ruptura de bolsa, que conduce a un nacimiento prematuro, tampoco parece relacionarse con el reposo ni con ninguna conducta de la madre. En la amenaza de parto de pretérmino o en el embarazo gemelar, por el

contrario, sí se asocia a mejores resultados, especialmente en relación con la abstinencia sexual en el primer caso. De cualquier manera, muchos ginecólogos de gran experiencia prefieren indicar **reposo relativo** no sólo por la probabilidad real de que la madre lo cumpla sino por los riesgos de trombosis asociados a la quietud excesiva.

De cualquier manera, la indicación de reposo implica una necesidad de **adaptación interna y externa que no se realiza de un momento a otro**. Por otra parte, se le suele indicar a la mujer sin tener en cuenta las **posibilidades reales en la vida cotidiana** (hijos/as a cargo sin ayuda doméstica, por ejemplo) y las condiciones habitacionales (como decía una madre: “no se puede hacer reposo rodeado de moscas”). En nuestro contexto cultural, además, **“sucia” y “haragana” son los peores insultos** que se le pueden dirigir a una mujer. No es menor **el tema laboral**: si bien se está trabajando para mejorar las condiciones laborales (licencia, en este caso), la realidad es que muchas trabajadoras (40% según estudios recientes del PNUD (26)) no tiene cobertura de salud, o bien trabajan “en negro”, en condiciones de fuerte presión por parte de sus empleadores (empleadas domésticas “con cama”) o, peor aún, en régimen de empresa unipersonal siendo, en realidad, trabajadoras dependientes. (Con este régimen, las condiciones son las que primaban antes de las leyes sociales introducidas por Batlle y Ordóñez: no hay licencia maternal, ni restricciones para despedir a una embarazada, no hay licencia médica, ni por maternidad ni (menos aún!) medio horario por lactancia...)

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que pocas veces se explicita que el **reposo es también (y fundamentalmente!) sexual**, pues el orgasmo (aun por medio ajenos a la penetración) produce contracciones y el semen contiene prostaglandinas que favorecen el trabajo de parto.

En conclusión, creemos que es importante tener en cuenta (y transmitir al personal) algunas recomendaciones sobre la indicación de reposo:

1) debe ser una **indicación familiar, no sólo para que las posibilidades reales de cumplirlo aumenten sino para repartir las responsabilidades en caso de un desenlace desfavorable**

2) en vez de imponerlo, es más razonable (y eficaz) **conveniar el reposo con la embarazada**, no sólo en el sentido de sus posibilidades reales (laborales, geográficas, etc.) de cumplirlo, sino en relación a su disposición al mismo. La peor solución es darle una indicación imposible de cumplir y que, para no mentir o que no la “rezonguen”, no concurra al control. Es mejor una indicación de reposo relativo cumplida que una indicación de reposo absoluto no cumplida y culpabilizante; es mejor ponerse de acuerdo en las actividades que se mantendrán, que un “nada vale” que termina muchas veces convirtiéndose en un “todo vale”).

## La Pérdida Perinatal

Tanto por aborto espontáneo, prematuridad extrema, parto inmaduro (antes de la viabilidad fetal, actualmente fijada en las 23-24 semanas), u óbito fetal (muerte intrauterina o intraparto), la pér-

dida perinatal constituye un evento sumamente relevante en la vida de una mujer y una familia en la cual es necesario, al menos, una evaluación y acompañamiento por nuestra parte. Por otra parte, la misma idealización de la maternidad hace que colectivamente quitemos importancia al hecho de que en las historias de la mayoría de las familias hay situaciones de pérdida vinculadas al embarazo o a bebés de corta edad.

**MUERTE INTRAUTERINA (ÓBITO FETAL)** -En el caso de la muerte fetal, ya son bastante conocidos en nuestro medio los desarrollos (27) desde una perspectiva psicosocial que han llevado a modificar las prácticas de manejo obstétrico, gracias a lo cual hoy se ven en la mayoría de los casos **procesos de duelo normales**, si bien más prolongados y dolorosos que otros. El manejo obstétrico tradicional (obturar toda información y contacto con el hijo, medicar y suprimir las manifestaciones de dolor, frecuentemente acompañando esto con la indicación en un embarazo inmediato) produjo resultados catastróficos, con un aumento escandaloso de la tasa de suicidios (30 veces más), de patología psiquiátrica y de repercusiones psicopatológicas en el/la niño/a nacido/a con posterioridad (síndrome de Niño/a de Reemplazo y síndrome de Niño/a Vulnerable).

La intervención psicosocial más relevante se centra en asegurarse que se maneje adecuadamente la situación por parte del personal obstétrico. En la mayoría de los casos, es suficiente por parte nuestra un acompañamiento que proteja el proceso de duelo (orientado a la familia para no obstruirlo, desculpabilizando a la madre, favoreciendo que se llame al hijo/a por su nombre, etc.). Es muy importante la verificación (y eventual manejo) de que la información haya llegado a los/las otros/as hijos/as. En los pocos casos en que se trata de un proceso patológico, es imprescindible la derivación a una atención psicoterapéutica específica.

En términos generales, las pautas de manejo obstétrico se centran en la importancia de que **no se obstaculice el proceso normal de duelo**, se produzca una **discriminación y des-identificación madre-hijo/a**, que el/la hijo/a **adquiera el status de persona** (objeto externo), que se cuente con **referentes perceptuales** que sienten las bases para el proceso de duelo y **que no se estimule una sustitución**, de alto precio de salud mental para el/la hijo/a siguiente.

En la situación concreta, esto se traduce en las siguientes **pautas de manejo clínico**:

1) Favorecer que se realice un **parto y no cesárea**, cuando no hay motivos obstétricos para esta última. Esta medida tiene como objeto favorecer la discriminación perceptual respecto al hijo/a que conduzca a un proceso de duelo normal y evite los riesgos de identificación masiva con él/ella (melancolía, suicidio). Existen también motivos médicos de gran relevancia: el estado depresivo favorece las infecciones post-quirúrgicas y la cesárea limita las posibilidades reales de eventualmente tener un/a hijo/a vivo/a al limitar el número total de nacimientos u obligar a una espera que puede desbordar el límite de edad reproductiva. Por supuesto, durante el parto la analgesia puede ser muy generosa, ya que no es necesario proteger de ella al feto.

2) Generar condiciones para que la madre (y eventualmente el padre y otros familiares) puedan **conocer al/la hijo/a**, en lo posible en el momento del parto. Esto suele generar una sensación de alivio al ver que es “sólo un bebé” al que habitualmente se observa con calidez y pena, trans-

formándolo así en hijo/a y sustrayéndolo del mundo de lo siniestro e innombrable. Esta práctica ha resultado ser la más protectora entre todas, según un número muy importante de estudios de seguimientos que comenzaron hace ya 18 años y también según nuestra experiencia local.

3) Ser extremadamente cuidadosos en los **documentos y registros** en establecer si se trató de una **muerte intrauterina o neonatal inmediata**: querer ayudar a los padres registrando al hijo/a como Nacido Muerto cuando, en realidad, vivió unos instantes, constituye un error grave ya que no sólo complica el duelo (pues la madre cree que murió dentro suyo) sino que conduce las investigaciones médicas posteriores en un sentido errado, disminuyendo la posibilidad de evitar una nueva muerte perinatal.

4) favorecer la decisión de realizar una **autopsia** (necropsia)

5) **no medicar** con antidepresivos, sólo puntualmente con ansiolíticos y sí medicar generosamente para proteger el sueño

6) **no prescribir un embarazo inmediato** como recomendación pero tampoco culpabilizar a la madre si lo busca espontáneamente

7) verificar activamente que **los/las otros/as hijos/as hayan sido informados** de la pérdida de su hermano, situación que, si es explicitada, no les resulta generalmente traumática pero que es generalmente ocultada

Si bien no corresponden a la temática de cuidado del embarazo que nos ocupa, las situaciones de **muerte neonatal y muerte súbita del lactante** resultan devastadoras no sólo para la madre y la familia sino para el entorno, que incluye el barrio y las otras mujeres que entran en contacto con ella, incluyendo las que participan en talleres u otras actividades del Centro de Salud. Se trata de fantasmas que todas las fuerzas psíquicas luchan por erradicar durante el embarazo y, en estas circunstancias, reaparecen con todo vigor.

**El embarazo siguiente a una pérdida perinatal** constituye una fuente de tensión no sólo para la embarazada y su familia sino para todos los técnicos involucrados. La inevitable ansiedad requiere un abordaje personalizado y es recomendable discutir la conveniencia de incluirla en las actividades grupales, que pueden resultar insuficientes para ella y ansiógenas para las demás embarazadas. Controles más frecuentes, el ofrecimiento de un espacio de apoyo psicológico al concurrir al control, una actitud calmante suelen ser los recursos más efectivos junto con la aceptación de que no se logrará calmarla más que momentáneamente hasta que no se produzca el nacimiento (o pase la fecha de la pérdida, cuando ha sido una pérdida postnatal). En este sentido, las mujeres que se atienden en los centros de salud (comparadas con sectores sociales medios y altos) tienen una mayor capacidad adaptativa para las situaciones de incertidumbre, pues han desarrollado mecanismos protectores para vivir el día a día sin preocuparse demasiado por un futuro muchas veces incierto, los cuales resultan desadaptativos a la hora de la prevención o la planificación, pero sumamente adaptativos para estas circunstancias.

**PARTO INMADURO** – Se trata de otra forma de pérdida perinatal, ya que ocurre antes de la viabilidad fetal (dato siempre cambiante que actualmente se sitúa en las 23-24 semanas), si bien ya no se considera aborto espontáneo. Podemos apreciar aquí hoy lo que se describía hace ya muchos años para el óbito fetal: **una catástrofe subestimada**. El personal trata al feto como un objeto (hemos llegado a ver actualmente prácticas como ponerlo en una bolsa de residuos o envolverlo en papel de diario en sala de partos a los ojos de la madre). Por su parte, la familia y el entorno más amplio hablan de que se perdió “un embarazo”. Ni unos ni otros logran reconocer que un feto de 4 ó 5 meses de gestación es realmente un hijo o hija, que muchas veces ya tiene un nombre y elementos del ajuar, y que las reacciones de la madre (y muchas veces el padre) son muy asimilables a las que hoy reconocemos y respetamos para el óbito fetal. En cuanto a recomendaciones, sostenemos, por lo tanto, las mismas.

**ABORTO ESPONTÁNEO** - Constituye, a diferencia de las situaciones anteriores, **un enigma en sus consecuencias** hasta que podamos conocer la situación específica de cada caso. En algunas personas, constituye una situación sumamente dramática (luego de años de espera y un procedimiento de reproducción asistida, por ejemplo) pero, en otros, puede ser un alivio (cuando el embarazo es producto de una infidelidad, cuando igual pensaban abortar, cuando tienen intensos vómitos y náuseas, etc.).

Si bien también es frecuente que se desestime el dolor que puede producir, los estudios coinciden en señalar que la evolución a largo plazo en general es favorable y de mucho menor duración que en los embarazos de más duración. De cualquier manera, reiteramos que **no es científicamente sostenible que haya una causa psicológica del aborto espontáneo**, idea que ha herido y dañado a muchas mujeres y familias. Incluso los estudios sobre stress y aborto espontáneo en general se realizan luego de que se produjo el aborto, por lo cual es casi imposible saber si hay algún efecto causal y en qué sentido ocurre. En la medida en que, excepto en situaciones muy evidentes en que ha ocurrido un hecho fuertemente traumático inmediatamente antes, consideramos que es mejor no introducir (e incluso desestimar ) esta asociación stress-aborto pues, además de no ser sólida científicamente, produce distorsiones y culpabilizaciones de todo tipo en las dinámicas vinculares.

En los casos de reiteración de aborto espontáneos (que se designa como infertilidad o **pérdida recurrente del embarazo** y ha sido tradicional e inadecuadamente denominada aborto habitual), a la sucesión de pérdidas de embarazos de diferentes edades gestacionales, se suma un sinnúmero de estudios, muchas veces con resultados ambiguos o insuficientes, dado que son casos muy frustrantes para los médicos, quienes muchas veces tienen una conducta evitativa respecto a ellos. En estos estudios suelen desestimarse los **factores ambientales**, de condiciones laborales y de estilo de vida, a los que la literatura mundial da cada vez más importancia. A esto se suman frecuentes cambios de lugar de atención, lo cual al no existir una historia clínica unificada nacional, hace que se pierdan los datos de lo que se pudo descubrir en cada uno de los servicios.

**EMBARAZO MOLAR** (Mola hidatiforme o enfermedad trofoblástica gestacional) y **PLACENTA ÁCRETA** – Incluimos brevemente una referencia a estas situaciones pues, pese a ser de muy baja frecuencia, son de un dramatismo tal que suelen manejarse con mecanismos de defensa

radicales que hacen muchas veces imposible su verbalización o incluso su percepción definida, entrando claramente dentro del margen de lo que la mente humana no puede elaborar. Esta información, pese a ser breve, pretende evitar la confusión que rodea estos cuadros. En ambos, lo que se inicia como un embarazo normal, y sin mediar conductas que pueden tener incidencia alguna por parte de la embarazada, los profesionales o el entorno, terminan poniendo gravemente en riesgo la vida de la madre y, en el primer caso, impiden la del feto.

En el **embarazo molar**, la placenta se vuelve un carcinoma, que constituye una de las formas de cáncer de más rápida diseminación. El manejo habitual es decirle a la madre que no es un embarazo (se detecta en el primer trimestre por ecografía y requiere un legrado de alto riesgo), con lo cual prácticamente se rompe la relación médico-paciente y se pone en riesgo el que la mujer entienda y acepte que bajo ningún concepto puede embarazarse en los dos años siguientes. Es importante en el trabajo con las madres aclarar que lo que se modifica es la placenta, no el feto, que se pierde en el proceso o no llega a formarse. Dado lo extraño de toda la situación, es habitual que las mujeres digan que tuvieron una “bola de carne con dientes”: mola=bola, molar=muela) y que el barrio piense que, en realidad, tratan de disimular un aborto provocado.

En la **placenta ácreta** el normal proceso de implantación, por el cual el huevo “rompe” la pared del útero, se extiende e intensifica y, mucho más adelante en el embarazo, la placenta literalmente destruye parte del pared uterina provocando una hemorragia que puede terminar con la muerte de la mujer. En estos casos, afortunadamente muy escasos, las observaciones clínicas señalan muy graves repercusiones en la relación madre-hijo/a.

## El Nacimiento de un/a Hijo/a Prematuro/a

En el parto de pre-término, es importante tener en cuenta que lo **pre-matura** de la situación afecta **también a la madre** y que necesita un tiempo no sólo para adaptarse a su condición de tal sino para renunciar a su “bebé imaginario”, de término y sano, para hacerse cargo de un/a recién nacido/a muy diferente de un recién nacido ideal y muchas veces muy frustrante por su limitada capacidad de vínculo. (Recordemos que 40% de las madres normales con hijos/as normales demoran una semana luego del parto en realmente encontrarse con su hijo/a.) Hay pocas investigaciones sobre este tema, pero parecen mostrar que la madre duda en un principio entre apegarse o no, y es **cuando se convence de que su hijo/a va a vivir que se involucra afectivamente**, con una intensidad incluso mayor de la que se ve en los partos de término.

Desde el Primer Nivel, las **ayudas más efectivas** se centran en:

- contrapesar el duelo anticipado muchas veces inducido por el personal (que se ha estudiado como erróneo en el 50% de los casos): si el/la hijo/a muere, ya habrá tiempo para el duelo pero el duelo anticipado tiene consecuencias nefastas sobre las posibilidades de sobrevivida real del hijo/a (muchas veces lo abandonan), sobre el apego en caso de sobrevivida y sobre el duelo, en caso de que muera



- ofrecer una presencia de soporte y continuidad con la madre durante la internación del hijo/a: aún las intervenciones tan puntuales como un mensaje o una llamada telefónica desde el mundo “de afuera y de antes” tienen un valor inestimable
- estar alertas al retorno al hogar, que se realiza generalmente en condiciones de abstinencia de soporte social (visitas y salidas prohibidas), ofreciendo una presencia aunque sea virtual que muestra una disponibilidad en la ayuda y de alerta ante condiciones ambientales inadecuadas o de riesgo para el/la hijo/a
- estar alertas a un elemento sociocultural específico de riesgo en éstas (y otras) madres: el sobrecalentamiento ambiental o en la vestimenta basado en la idea de fragilidad y el deseo de cuidar al hijo/a, que se constituye en un factor de riesgo para muerte súbita (junto con el humo ambiental y la posición durante el sueño).

En los últimos tiempos, con el advenimiento de las consultas en torno a una decisión de interrumpir un embarazo, los servicios se han visto enfrentados a la nueva realidad de los/las prematuros/as extremos que sobreviven a intentos tardíos de aborto por parte de sus madres. Estos casos abren nuevos desafíos éticos y técnicos y muestran la enorme importancia de los abordajes psicosociales especializados en estas situaciones vividas como una imperiosidad extrema de concretar un aborto en estas condiciones y que someten a la madre y al hijo/a a innumerables riesgos e impredecibles consecuencias.

## El Diagnóstico y Eventual Nacimiento de un/a Hijo/a con Defecto Congénito

En primer lugar, quisiéramos señalar la forma de denominar el tema. Si bien en la práctica cotidiana seguimos (inadecuadamente) hablando de “**malformados**”, para la madre que “lo formó mal” esto es sumamente hiriente. Es además injusto e incorrecto, pues el defecto congénito puede deberse a causas maternas, fetales, paternas o ambientales.

Sobre este último dato de los **factores ambientales** es relevante detener la mirada, pues el trabajo en Primer Nivel permite detectar elementos que escapan de la mirada del personal del hospital y que pueden producir abortos espontáneos o efectos congénitos: cercanía con zonas de productos tóxicos (ej. curtiembres, etc.), trabajo con materiales potencialmente perjudiciales de limpieza, de odontología, etc. Incluso es en varios casos más importante el efecto de los productos químicos sobre el padre antes de la gestación que sobre la mujer embarazada. En casos de dudas, el servicio telefónico de Toxicología ofrece información confiable.

En los casos de diagnóstico prenatal, ya hemos señalado los efectos de los que se denomina “**toxicidad diagnóstica**”. En el caso de nuestras profesiones, es importante no apresurarse a acompañar duelos que quizá sean innecesarios. Es importante verificar que se hayan repetido los estudios, la confiabilidad de los estudios ecográficos, la comprensión de los datos por parte de los padres, etc.

Evidentemente, en caso de confirmarse, nuestro lugar es el de acompañar un **duelo**, en este caso no por un/a niño/a real sino **por un/a hijo/a imaginario/a**. De cualquier forma, es importante que acompañemos a los padres (y los/las otros/as hijos/as) en una progresiva toma de conciencia de la realidad, para lo cual es fundamental que nosotros mismos podamos contactarnos con técnicos que nos permitan afinar nuestra comprensión sobre la patología en cuestión, dado que la información que proviene de los padres está interferida por mecanismos de defensa, limitaciones en el manejo de los términos médicos y dificultades de comunicación con ellos.

En los casos en que no es posible la vida extrauterina, se plantea una **interrupción del embarazo** que se realiza, como dijimos, en forma abierta en las instituciones tanto públicas como privadas y de lo cual es MSP es informado. Las condiciones son generalmente adecuadas y se describe un duelo muy similar al de la muerte perinatal y, por otro lado, muy diferente al del aborto provocado, dado que aquí no había originalmente una intención en interrumpir el embarazo. En estos casos, planteamos las mismas pautas que para la muerte fetal.

Se vuelve, sin embargo, necesario **evaluar más cuidadosamente el tema de si conocer al/la hijo/a o no**. Los/las médicos/as o parteras que lo practican habitualmente lo relatan como una experiencia positiva para los padres. Por nuestra parte, seguimos el criterio de definirlo caso a caso, tomando en cuenta algunas pautas generales. Entre ellas, la más importante es que la percepción de los técnicos no es la misma que la de los padres: cuadros de extrema gravedad no afectan la presentación del niño/a, mientras que situaciones menos serias implican un efecto visual eventualmente traumático. Ejemplos de los primeros son el hidrops (percibido como “un bebé gordito”), el macrosómico hijo de madre diabética (“un bebote ya criado”), un pequeño para la edad gestacional (“un muñequito”). Un ejemplo en el sentido inverso es la gastrosquisis, que es solamente la falta de unión entre los músculos que forman de la pared abdominal; sin embargo, esto produce que los órganos queden fuera de la pared abdominal, situación fácilmente reparable quirúrgicamente pero visual e innecesariamente traumática.

En el caso del **nacimiento de un/a niño/a con síndrome de Down**, en nuestra experiencia y la de colegas de otros servicios, ha resultado una práctica protectora entregar a la madre el recién nacido inmediatamente al parto sin mediar diagnósticos o comentarios por parte de los técnicos, como lo desarrollaremos más adelante.

## Un Tema Candente y de Creciente Complejidad: El Consumo de Sustancias Durante el Embarazo

El tema del **consumo de pasta base, de cocaína** durante el embarazo parece eclipsar en los últimos años los otros aspectos de un tema mucho más amplio y complejo, en el cual los técnicos también estamos involucrados con nuestras percepciones y paradigmas. Una encuesta informal realizada con estudiantes de partera recientemente mostró que ellas parten de la idea de que la gran mayoría de las madres que se atienden en la Maternidad pública consumen pasta base. Esto, que es sin duda exagerado, no es, sin embargo, más que una caricatura de lo que sucede

en general en los servicios de salud. En una jornada organizada por el Portal Amarillo a fines de 2008, pese a que se planteó oficialmente desde la cátedra de Toxicología, se planteó que **no hay evidencias científicas actualmente como para hablar de que la pasta base genere malformaciones** -lo que se conoce como efecto teratogénico-, los demás expositores se explayaron sobre las malformaciones y otros efectos deletéreos sobre el feto. Esta percepción ha llevado a que, en la principal Maternidad pública (C.H. Pereira Rossell), cuando hay algún dato que indique consumo en algún momento de la vida de la persona (aún fuera del embarazo), se separe inmediatamente a las madres de sus recién nacidos/as, se les haga firmar una declaración jurada en la que se comprometen a no darles de mamar (al menos hasta tener resultados del análisis de su orina) y se las haga permanecer en el hospital pudiendo salir sólo con permiso firmado. En varios casos, además, se pasa la situación a juez planteando una quita judicial del niño/a.

Esto lleva a **cuestionarse cuánto hay de realidad y cuánto de proyección, no exenta de prejuicios de clase social**, cuán libres están del consumo de cocaína u otras sustancias quienes trabajan en la salud y ponen o instrumentan estas normas y, especialmente, por qué no se establecen las mismas pautas para los/las niños/as nacidos/as en otras instituciones, especialmente las que atienden pacientes de otras clases sociales, en las cuales generalmente ni siquiera se indaga el consumo. En el primer caso, se violan derechos de las madres, en el segundo, de los/as niños/as.

Afortunadamente, disponemos de datos que nos permiten ubicarnos mejor en la real dimensión del problema. Una investigación realizada en 2007(28) en el mismo centro mostró una **cifra real de 2.5% de las madres** habían consumido alguna forma de cocaína durante el embarazo (medido a través del análisis de meconio). Por otra parte, casi el **50% habían consumido alcohol y 23% cigarrillo**, es decir, **drogas legales** cuyo consumo también se da en gran parte del personal de salud y que tendemos a naturalizar. (Es importante recordar que el alcohol consumido en cualquier medida y en cualquier momento del embarazo puede producir retardo mental y que el cigarrillo se asocia a múltiples problemas, especialmente la restricción de crecimiento intrauterino que se asocia, a su vez, con múltiples patologías graves en la vida adulta.)

En relación a las repercusiones en el/la recién nacido/a del consumo de pasta base, se ha observado un claro incremento de gastrosquisis (falla del cierre de los músculos de la pared ventral, ya mencionada) que se piensa que está asociada a su consumo, no siendo el cuadro más habitual del síndrome de abstinencia neonatal. (Esto es en parte debido a que quienes proveen a las mujeres de la sustancia también la instruyen para interrumpirla y consumir diazepam en los días alrededor del parto y así disimular sus propios signos de abstinencia durante la internación.)

Para las mujeres que consumen drogas, **el embarazo todavía constituye su gran oportunidad de interrumpir el consumo**. Si bien hemos observado y hay investigaciones recientes (29) que muestran que no todas las que lo logran pueden después sostenerse sin consumir luego de las primeras semanas de nacido el/la hijo/a, un número importante hace un enorme esfuerzo por mantenerse "limpias" durante una gestación en la clara conciencia del daño que le generan al hijo/a. Distinta es la situación cuando ya pueden delegar en otro el cuidado, no siendo infrecuente que lo/a dejen finalmente al cuidado de su madre u otros referentes. (Es interesante observar

que en animales transformados en adictos se observa el mismo patrón cronológico de conductas respecto a los recién nacidos.)

## El Embarazo en Mujeres con HIV-Sida y Sífilis

En el caso del **HIV-SIDA**, en los últimos años ha habido una **modificación radical de la situación del embarazo** en estos casos, dado que se ha pasado de una tasa de contagio madre-feto del 18% a una 5% en la actualidad (de los cuales, además, dos tercios se revierten en los primeros meses). Por otra parte, los avances en la medicación y la política sanitaria de nuestro país, que permiten un buen acceso a los medicamentos, han cambiado el panorama de los portadores de HIV, sobre los cuales ya no pesa la espada de Damocles de una condena inevitable más tarde o más temprano.

En este sentido, es importante **desdramatizar la situación** con las madres y embarazadas portadoras, en el entendido de que a mayor angustia, menores conductas adaptativas, y viceversa. La persona en la cual el tema genera una angustia insoportable se verá obligada a recurrir a mecanismos de defensa radicales que le harán negar, desmentir y evitar la situación, con lo cual aumenta el riesgo de contagio, de ocultamiento y de ausencia de controles. Por otra parte, en la población que se asiste en los centros de salud es frecuente la resignación como forma de vida que, si bien conduce a lo que se ha denominado indefensión adquirida y limita pesadamente el desarrollo personal, a mucha gente le resulta adaptativa para una vida en la cual, lamentablemente, es real que la mayor parte de los determinantes quedan por fuera de sus intenciones o acciones. En este caso, esto resulta especialmente dramático, pues, unido al fatalismo, hace que la gente reciba pasivamente el diagnóstico de HIV, lo asuma como SIDA y acepte resignadamente que su suerte está echada y es sólo cuestión de esperar que pase el tiempo.

Un aspecto que resulta impactante y genera en los demás múltiples cuestionamientos éticos, es el hecho de que es muy frecuente que **las portadoras de SIDA, al igual de las mujeres que tiene cáncer avanzado, procuran intensamente quedar embarazadas**. Esto, que sin duda responde a un deseo de sobrevivir (y, de hecho, se asocia como un menor avance de la enfermedad en ese período), resulta sumamente complejo en relación al hijo/a, que quedará muy probablemente huérfano/a en un período que puede no ser demasiado prolongado.

En este sentido, el tema de la **muerte materna durante los primeros años de los/las hijos/as** es un gran olvidado de nuestro sistema de salud, e incluso de nuestras profesiones, más allá de los casos concretos que nos toque abordar, faltando políticas y conceptualizaciones más generales. (En contraste, en España hay un programa nacional de detección y seguimiento de los/las niños/as expuestos a problemáticas gravísimas surgidas del destino de sus padres; en ese caso, pacientes psiquiátricos). Creemos que es nuestro deber, en estos casos, intensificar la conexión de la familia con los centros CAIF y estar alerta al manejo habitualmente inadecuado y de resultado catastrófico por parte de la familia, más allá de clases sociales: no informar a los/las hijos/as sobre la muerte, vender la casa, dividir a los/las hermanos/as, mudarse, cambios abruptos de escuela, rutinas y vínculos, etc.

También es importante confirmar una correcta percepción del diagnóstico pues **mucha gente confunde HIV con VDRL**, el estudio que se hace para determinar la sífilis (lúes). Este tema se ha vuelto de candente actualidad pues en los últimos años las cifras de lúes congénita (que produce malformaciones y muerte en el/la recién nacido/a) se han ido duplicando año a año. Esto se ha considerado una prioridad sanitaria y no es menor la contribución que se puede hacer desde el abordaje más amigable y abierto que se pretende hacer desde la participación de los técnicos de CAIF en los servicios de salud. Este tema toca no sólo el problema de los controles sino un tema especialmente espinoso: el de la sexualidad. En temas centrales como el reposo y las infecciones (que las hay de todo tipo en el embarazo: urinarias, bucales, genitales, etc) y, especialmente de las infecciones de transmisión sexual, este tema es central, pero prácticamente nunca es abordado abiertamente en la consulta, dado la vergüenza que provoca. Es clave, por lo tanto, incluirlo en los talleres, ámbito en el cual no es necesario personalizar sobre nadie para abordarlo.

## Embarazo y Salud Mental

El caso del consumo de drogas es un buen ejemplo del **efecto protector** que ejerce el embarazo sobre la salud mental de la madre. Se observa una disminución franca de suicidios (casi inexistentes) y, en parte debido al aumento de soporte social, muchas mujeres transcurren el embarazo en una situación de regresión, ensimismamiento y protección que les resulta sumamente satisfactoria.

Recientemente se ha comenzado a estudiar **depresión** en el embarazo y aparece aproximadamente un 10%. Los **sentimientos de culpa**, especialmente en relación al feto, pueden estar exacerbados y generar un sufrimiento intenso, especialmente en aquellas madres más deseosas de proteger el bienestar de su hijo/a. La aparición de otro tipo de cuadros (especialmente si están marcados por alteraciones somáticas, manifestaciones patológicamente regresivas o falta de apetito o sueño) resulta sumamente preocupante y requieren una intervención especializada.

Las problemáticas que más frecuentemente complican el tránsito emocional por el embarazo son las vinculadas a los **conflictos neuróticos en torno a la autonomía y los problemas de pareja**, así como a la sexualidad y el propio cuerpo, inevitablemente expuesto en los controles y el parto.

El tema de la autonomía y los derechos de la mujer en relación con los del feto es un tema candente en los que difícilmente se ponen de acuerdo la mujer, el personal de salud, la familia o la pareja, por otro. ¿Hasta qué punto suspender la vida propia por cuidar al hijo/a? Por otro lado... ¿es tan importante seguir con todas las actividades y no detenerse un poco, aunque sea disfrutar del embarazo? La mujer que no detiene o modifica en nada sus actividades.. ¿tiene conciencia de que si el hijo/a nace prematuro tendrá que detenerlas mucho más?

Los psicólogos verán acá claramente el dilema entre lo fálico (poder todo) y lo castrado (no poder nada). Esta situación toca, sin duda, temas personales en cuanto a la femineidad, la identidad,

la autonomía pero también está atravesado por circunstancias históricas y sociales que hacen que muchas mujeres (especialmente las que tienen un nivel superior de educación o poder adquisitivo) tengan un conflicto permanente entre su identidad como mujeres independientes y su identidad como madres.

## La Mañana Después: Parto y Puerperio

En relación al **parto**, hay unas pocas **situaciones en las que consideramos que es importante la presencia y acompañamiento** en ese momento de quienes han estado presentes durante el embarazo desde el lugar de psicólogos/as.

En los casos en que **el embarazo es producto de violación** y se ha querido o debido continuar el embarazo, el momento del parto es especialmente difícil pues cada revisión y el parto mismo constituyen, sin quererlo, una re-victimización. (Es la única situación en la que consideramos adecuada una indicación psicológica de cesárea.) De cualquier manera, en estos casos el acompañamiento es fundamental tanto para el parto en sí como para las instancias posteriores, que pueden estar marcadas por la separación del hijo/a (entrega en adopción) o por el encuentro con el/la hijo/a, siendo notoria la proporción de madres que eligen dejar de lado su historia y vincularse con él/ella tratando de desvincularlo de la figura y la circunstancia que le dio origen.

Otro caso en que consideramos necesario el acompañamiento es en el **nacimiento de un/a niño/a con defecto congénito**, a fin de colaborar en la decisión de conocerlo o no, en la permeabilización de las informaciones, en evitar términos traumáticos como “polimalformado”, etc. Dentro de esta categoría se incluye el Síndrome de Down, para el cual, en los casos en que la madre no conoce de antemano la situación, suele resultar mucho más protector el hecho de entregarle al niño/a primero e informarle después. Este criterio se basa en lo expuesto anteriormente sobre la influencia de nuestra percepción en la comunicación (gestual y verbal). El informarle después seguramente atraerá la ira de la madre sobre el técnico, pero se considera esto un acto ético que evita una proyección masiva sobre el/la niño/a (“eso no es mío, sáquenmelo”) que muchas veces evita una institucionalización inmediata y da una mejor oportunidad al niño/a de generar un vínculo con su madre y que ésta lo sienta suyo.

En las **madres adolescentes de muy corta edad** creemos que también una presencia real y efectiva puede significar una ayuda eficaz, evitando también las no pocas agresiones ambientales.

En relación al **puerperio**, es el gran olvidado, si bien es uno de los períodos difíciles de la vida para muchas personas y una fuerte amenaza para la salud mental de la madre. Winnicott hablaba de la **Preocupación Materna Primaria** como un fenómeno que se da en el último mes de embarazo y primero luego del parto, al cual llamo también Enfermedad Materna Primaria. Resulta enloquecedora la exigencia inagotable de un recién nacido, más la presión de un ambiente que muchas veces deja de apoyar y empieza a criticar o descalificar, en el entorno de una situación física nueva y desconcertante. Loquios, leche y dolor en los pechos, cuerpo desconocido y



“deforme”, con el agregado de heridas en la cesárea o episiotomía, se agregan a las exigencias de un ideal maternal que no deja de agobiar a la madre, todo lo cual da cuenta de un **50 a 80% de depresión puerperal normal (baby blues) en el primer mes.**

La mayoría de estas mujeres se recuperan con el soporte afectivo y efectivo que provea el entorno, pero para algunas todo el primer año será un período de extrema dificultad. Si bien por primera vez se está haciendo un estudio de prevalencia en Uruguay (30) en el período en que escribimos este material, la **OMS estima entre 10y 15% la prevalencia de depresiones de distinta intensidad (que llegan a cuadros mayores) durante el primer año.** Estas surgen básicamente debido a factores situacionales que resultan agobiantes o humillantes para la madre (especialmente dificultades en la pareja, problemas acuciantes económicos, enfermedad o muerte de personas muy cercanas). El repliegue afectivo y vincular de la madre que produce la depresión genera en el niño una desazón por haber perdido afectivamente (libidinalmente) a una madre que igualmente está físicamente presente, a la cual tratará de conquistar con una vivacidad que ha hecho que se les denomine “bebés terapeutas” y cuya actitud tratará de comprender con un desarrollo superlativo de la inteligencia y la capacidad de empatía. Al fracasar en estos intentos (que lo hacen hipermaduro y sobreadaptado), sobrevienen depresiones y alteraciones del desarrollo que se extienden años después, muchas veces hasta la vida adulta (el “complejo de la madre muerta” descrito por A. Green). Esta **depresión materna es de fácil, accesible y generalmente exitoso tratamiento**, por lo cual es fundamental su detección desde los recursos de salud y comunitarios, que pueden captar a estas madres en el transcurrir de ese primer año luego del parto.

## Parte II – La Inserción de los Psicólogos y Trabajadores Sociales en los Servicios

Para quienes pertenecen a las disciplinas dedicadas a lo psicosocial, la perspectiva de insertarse a trabajar (aunque sea puntualmente) en un servicio de salud suele ser una **fuentes de sentimientos encontrados, generando expectativas ante un nuevo desafío, pero también temores y desconfianzas**. Se teme lo desconocido, así como las múltiples miradas sobre el propio desempeño. Hay desconfianza y recelo por ideas previas sobre el llamado poder médico o se teme la insensibilidad de otros profesionales ante los aspectos psicosociales.

Sin embargo, la experiencia de quienes ya han trabajado ha sido, en la mayor parte de los casos, positiva y marcada por un mutuo enriquecimiento y una relación cordial con muchos de los otros técnicos. Pasada la primera etapa en que se mezclan la incertidumbre frente al propio rol con la desconfianza sobre la valoración que se hará del mismo, suele lograrse un trabajo en común. Hay muchas instancias en que las partes llegan a percibirse mutuamente en la misma trinchera, donde el “enemigo” ya no es el del “otro bando” de la profesión diferente sino las dificultades o arideces del trabajo o la impotencia frente a lo inmodificable de muchas situaciones de vida y sufrimiento de la población abordada.

Uno de los descubrimientos es que los desencuentros no siempre son referidos a la concepción de las realidades y los problemas sino, muchas veces, a la forma en que se tramitan. Empezar a trabajar en un servicio de salud que nos pre-existe implica entrar en otro ecosistema muy diferente al propio, el cual suele vivirse como un refugio. Casi sin darnos cuenta, naturalizamos una forma de pensar, actuar y hablar, y todos nos hemos sorprendido al ver que, cuando no se entienden nuestras palabras o ideas, esto no necesariamente se vincula a dificultades de las otras profesiones sino a nuestros propios códigos, no tan claros y tan obvios como nos parece. (En un servicio solían bromear sobre el término “madre continente”, preguntando si era una madre África, una madre Asia o una madre América).

### Fases de Inserción

Después de muchos años acompañando las diferentes etapas de profesionales que comenzaban su trabajo en servicios de salud, hemos podido identificar <sup>(31)</sup> algunas fases características, cuyo conocimiento puede ayudar a comprender mejor algunas reacciones propias.

En un principio, predomina una **sensación de extrañeza**, en la cual se buscan referentes conocidos, tanto en personas concretas o en aspectos vinculados a la propia profesión de origen. Para quienes provienen de una formación donde han estado incluidos elementos de Salud Comunitaria o han realizado prácticas en servicios de este tipo, esta fase es muy breve y sólo implica ubicarse en las características peculiares del servicio. En cambio, para quienes han tenido una formación o experiencia centradas más en el trabajo de consultorio o ámbitos de otro tipo (INAU, hogares, etc), significa entrar en un mundo donde las tareas, los códigos y los ritmos son

totalmente diferentes. Esto suele generar una mezcla de sorpresa e incertidumbre frente a la cual algunos se paralizan. Se genera una cierta **crisis de identidad profesional**, no logrando percibir claramente el propio rol o la forma de ejercer las tareas que se presentan, especialmente para los que provienen de una experiencia profesional muy diferente de la realidad que ahora perciben.

Muchos toman una **actitud crítica**, ponderando lo que observan desde sus propios parámetros y hallando inadecuado e incluso falto de ética mucho de lo que ven. Algunos **se apartan** o evaden seguir asistiendo al servicio, pero la mayoría supera ese primer momento bastante amargo y se entusiasma con la tarea. Hemos visto que, en esta etapa surge una **expectativa desmedida** respecto a lo que es posible hacer desde el propio rol. Surge una idea quizá omnipotente de cambiar radicalmente todo, modificar vicios de funcionamiento que tienen años, inventar nuevas formas de trabajo, ofrecerse en una **entrega comprometida** y muchas veces muy generosa. De esta reacción surgen ideas muy valiosas que, en varios casos, serán la inspiración de compromisos futuros o incluso lograrán entusiasmar a los desgastados colegas de otras profesiones, que sienten que ha llegado “aire fresco”.

Sin embargo, en muchos casos, **la inercia de las instituciones** termina aplastando tanto entusiasmo que, si bien suele ser muy bien intencionado, no parte de una evaluación medida y profunda de las razones por las cuales las cosas son como son. La mayor parte de las veces, las causas de determinados funcionamientos institucionales no son tan fáciles de percibir, sobre todo a los ojos de quien no conoce todavía las complejas dinámicas de estas instituciones y grupos humanos. Todos hemos vivido situaciones en que hemos querido introducir cambios sin ponderar realmente las complejas connotaciones que tienen las vidas de los servicios e instituciones y muchas veces recién años después hemos llegado a comprender realmente la razón por la cual algo que parecía a primera vista inadecuado o irracional tenía una razón de ser para nada irrelevante en el delicado equilibrio que permite a estas instituciones y grupos humanos sobrevivir a los difíciles avatares de la tarea y la convivencia institucional.

Muchas veces luego de este “golpe contra la pared” de los proyectos entusiastas sobreviene una **sensación de impotencia** que hace bajar los brazos y trabajar lo mínimo, bien o refugiarse en el propio mundo profesional, no logrando puentes de comunicación con las otras personas con que se comparte la tarea.

Un elemento que pesa en todos los momentos es el hecho de que, tanto psicólogos como trabajadores sociales, han tenido una relación con los médicos en la que han estado **posicionados como pacientes**, es decir, recibiendo su accionar profesional. Es raro que esto ocurra en sentido inverso en el caso de los médicos, por más que hayan tenido contacto con nuestras profesiones. Es frecuente ver en nuestros colegas que el término para referirse al médico sea “el doctor” o “la doctora”, en vez de “el médico/a”. Esto ofrece la tranquilidad de lo conocido, pero resulta bastante deletéreo para la inserción profesional puesto que establece un desbalance en la relación. En el área que nos ocupa, esto suele ser más intenso pues en nuestras profesiones predominan las mujeres y la relación que han tenido con los ginecólogos ha estado marcada por todos los fenómenos de regresión y dependencia que signan el embarazo. El hecho de que el embarazo y sus vicisitudes sean un tema de interés permanente para la mayoría de las mujeres también

hace que los intercambios de opiniones respecto a la situación de las pacientes muchas veces se vean interferidos por el interés personal en saber más sobre aspectos médicos de los procesos reproductivos, deslizándose nuevamente el rol profesional hacia el de paciente.

Si se logran transitar estos obstáculos, la experiencia del trabajo compartiendo la tarea con otras personas (técnicos, personal de servicio, choferes, etc) es una experiencia sumamente gratificante en la que se vive en carne propia en muchas circunstancias el **tránsito desde la multidisciplina** (cada uno en lo suyo en el mismo lugar), **a la interdisciplina** (cada uno en su tarea pero intercambiando visiones y conocimientos) y, finalmente, **la transdisciplina** (la integración es tal que se llega a percibir las situaciones y pensarlas también desde la mirada de la otra profesión). Este proceso, obviamente, tiene marchas y contramarchas, es más fácil en algunos servicios que en otros y se logra mejor con algunas personas que con otras pero el solo hecho de vivenciarlo da un estímulo notable a la tarea.

## Caminos para un Encuentro

Quienes han participado y desarrollado ya la experiencia de inserción en los servicios desde los centros CAIF relatan una experiencia de compañerismo y mutuo sostén que les ha ayudado realmente en su tarea. Esto pasa también por asumir que con algunos técnicos no va a ser posible el encuentro y poder buscar los caminos de mayor permeabilidad. Éstos muchas veces se encuentran entre los técnicos y no técnicos con una mayor sensibilidad a la tarea y a una perspectiva psicosocial, así como entre los más jóvenes y los que están en posición de aprender (por ej, internos de Medicina o de Parteras). Por otra parte, poder establecer lazos personales, participar de eventos sociales del servicio, mostrar también las propias dificultades e inseguridades en la inserción y la tarea suele generar una reacción de apertura y apoyo.

Algo que se llega a descubrir es que, en realidad, **los otros técnicos** tienen o han tenido las **mismas dificultades e inseguridades**. Poseen, por otro lado, **una gran experiencia y una amplia percepción de los problemas psicológicos y sociales**. Obviamente, éstos no se encuentran sustentados en conocimientos teóricos y muchas veces están entremezclados con preconceitos y prejuicios, pero constituyen una riqueza a no desperdiciar. En vez de la actitud de “enseñarles todo porque no entienden nada” en la que muchos hemos incurrido durante años, resulta mucho más provechosa una **actitud mayéutica** de procurar sus conocimientos y percepciones, validándolos y enriqueciéndolos con nuestros saberes y experiencias. Es más, muchas veces ha resultado la mejor experiencia **invitar** a los colegas de otras disciplinas a participar activamente de presentaciones, trabajos, etc., lo cual tiene el efecto de que incluyan estas percepciones muchas veces preconscientes en su “saber oficial”, lo valoricen como propio y, por lo tanto, lo integren más fluidamente en su práctica asistencial e incluso docente, según el caso.

Otro aspecto que genera sorpresa e, incluso indignación, es que casi todos parecen **poco dispuestos a sentarse a hablar**, práctica tan cara al campo psicosocial. Esto, por un lado, se vincula con los tiempos y los ritmos de las otras disciplinas pero también a una cierta “huida” respecto a nosotros. Nuestra disposición a compartir informaciones y conclusiones resulta a ve-

ces agobiante para quienes están desbordados por una práctica clínica profusa y compleja (sirva como dato que, al recibirse, un estudiante de Medicina ha visto cerca de tres mil pacientes). Con el tiempo, uno empieza a percibir que la comunicación se facilita cuando uno puede expresar su idea central en **términos más simples y lineales** que los que solemos usar, especialmente los psicólogos. Una conversación con un médico al cruzarse a la entrada a la policlínica o en un pasillo puede ser un momento de encuentro en que realmente el otro está recibiendo nuestro mensaje y, muchas veces, toma acciones en consecuencia e incluso años después aún lo recuerda.

Al leer estas líneas muchos podrán pensar por qué tenemos que adaptarnos nosotros y no viceversa. En realidad, lo central es **no perder la identidad, la especificidad y el valor de nuestro aporte**; lo que se plantea es abrirse a **transmitirlo en otro código**, a fin de que llegue a destino y realmente cumpla su función. En los hechos, se da un proceso de **adaptación mutua**, que constituye la base de lo que llamamos transdisciplina, por el cual los otros técnicos comienzan a hablar naturalmente de “elaborar el duelo” o “negación” y nosotros empezamos a decir “neumonía” (el término médico) en vez de “neumonía” (el término común), “mioma” en vez de “fibroma” y a hablar de semanas y no meses de gestación. También empieza a sorprendernos que la gente diga “diabetis” y no “diabetes” o “aséptico” en vez de “séptico”. Aprendemos también que el hecho de que un paciente esté “estable” no necesariamente es una buena noticia (tan sólo está igual que antes... igual de bien o igual de mal) y que tampoco es una buena noticia que un examen o análisis dé positivo, pues quiere decir que efectivamente se encuentra presente la enfermedad, germen, bacteria, etc.

Esta mutua adaptación sólo es posible cuando también desde nuestra parte podemos ver **nuestros códigos, sesgos y dificultades** a la hora de transmitir nuestros mensajes. Así, cuando en Psicología hablamos de “culpa” rara vez tenemos percepción de que, tanto para la gente común como para los otros técnicos, esto quiere decir “culpa real”, y no un sentimiento de culpa totalmente independiente de una eventual responsabilidad respecto a hechos concretos. De la misma forma, términos como “libido” o “fantasía” generan confusión o se les asignan significados diferentes (“deseo sexual”, “mentira, fabulación”). Algunos términos de nuestro código generan también una reacción risueña (“discurso” para la gente está indisolublemente unido a la política, “actuación” al teatro, y “fantasma” es un término que, obviamente para nada relacionan con problemas personales). Siglas como I.A.E. o T.A.T. resultan, por otra parte, incomprensibles para la mayoría de los técnicos de otras disciplinas.

Un punto de frecuente desencuentro de códigos es el concepto de **factores de riesgo y protección**. En el ámbito psicológico y, en cierta forma en las Ciencias Sociales, estos términos suelen usarse con un criterio clínico, señalando los aspectos protectores o perjudiciales de la situación de un determinado paciente, familia, etc. En el ámbito médico, se trata de un criterio epidemiológico y no clínico, es decir, está referido a poblaciones y no a personas, se basa en estudios estadísticos y no en impresiones clínicas y se refiere solamente a una menor o mayor probabilidad de que ocurra un determinado daño en relación a determinado factor. (Así, no sería correcto decir que el cigarrillo es un factor de riesgo, sino que es necesario especificar que se trata de un factor de riesgo para el cáncer de pulmón, lo cual sólo quiere decir que hay una mayor

probabilidad de tenerlo si se fuma. Por otro lado, el cigarrillo es un factor de protección para el Mal de Alzheimer.) Para complicar más aún las cosas, para la población general “riesgo” no se refiere ni a una ni a otra idea sino que alude a un daño inminente y de alta probabilidad. (Por lo tanto, “embarazo de alto riesgo” es entendido como una situación de permanente amenaza para la salud y la sobrevivencia misma de la madre y el hijo).

Estas concepciones no tan centradas en el individuo, su entorno más inmediato y sus avatares personales, como suele mirarse desde lo psicosocial, hacen que se puedan tomar acciones preventivas o asistenciales con mayor ejecutividad y celeridad, dado que el conocimiento de los factores de riesgo y protección orientan en la acción. Así, en una mujer embarazada o con hijos/as pequeños/as a cargo el suicidio aparece como una posibilidad muy lejana, mientras que en un hombre solo y no tan joven, es la primera preocupación.

Otra fuente de malentendidos, sobre todo con los psicólogos, es la **distancia entre un mundo de “como si” y un mundo de “sí o no”**. La valorización de la complejidad, la riqueza de lo ambiguo, los sentimientos ambivalentes constituyen paradigmas de comprensión inestimables para una mirada desde lo psicosocial. Sin embargo, en el mundo médico las cosas son o no son, en su percepción la gente acepta a los/las hijos/as o los/las rechaza, los embarazos son “bien tolerados” o “mal tolerados”, “deseados” o “no deseados”, las parturientas son o no son “colaboradoras”, las madres son o no son “negligentes”, etc. La mirada sobre los pacientes es generalmente centrada en la problemática de consulta y se busca **resolver el problema puntual**, entendido como uno más de los casos de este tipo de patología. Esto implica una postura y una **visión lejanas a la idea de proceso o de subjetividad** que caracteriza el trabajo psicológico-social. Por otra parte, en el personal médico la actitud no es contemplativa, marcada por lo que se llama en Psicología “estructura de demora”, sino que se plantea una **postura activa y resolutive**.

La actitud activa y hasta directiva que predomina en el personal de salud surge del peso que genera la **necesidad de tomar decisiones** muchas veces de urgencia, muchas veces jugados entre la vida y la muerte, muchas veces sin contar las herramientas o recursos mínimos. En el origen, especialmente en los médicos, está presente una actitud quirúrgica de la que algunos logran apartarse pero que impregna la gineco-obstetricia que es, por definición, una especialidad anestésico-quirúrgica. Quienes eligen trabajar en la comunidad tienen, obviamente, una mayor inclinación por una percepción integral de las personas y los problemas y, de hecho, los planes de estudio de Medicina han buscado incorporar esta perspectiva. Sin embargo, el hecho de lidiar con el daño corporal y la muerte, así como el tener que actuar –muchas veces invasiva y agresivamente– sobre el cuerpo del otro, marcan un sello indeleble en la actitud y el trabajo de los médicos. Esto hace que los mecanismos de defensa también tengan que ser más radicales y, en cierta forma, primitivos. Conductas que llaman la atención y hasta indignan a quienes no están habituados a verlo, como escuchar música o hacer bromas subidas de tono en medio de una cirugía, resultan recursos imprescindibles para sobrevivir a la ardua tarea de ser el medium entre Dios y los hombres, tal como señala la etimología del término que los identifica.

Es habitual que los demás técnicos esperen esta actitud activa, de toma de posición y de propuestas respecto al manejo de las situaciones por parte de los profesionales del área psicosocial.



Esto suele generar, especialmente en los psicólogos, una sensación de sorpresa y cuestionamientos sobre si es adecuado, conveniente e incluso ético **renunciar a una perspectiva más compleja y polivalente** sobre los temas y situaciones. Para los que se atreven a traspasar esta frontera conceptual y, en cierta forma identitaria, se abre la posibilidad de comprender que no se trata de acotar la perspectiva ni abandonar paradigmas complejos de comprensión de las personas y las situaciones sino lograr **sintetizarlos en propuestas de acción focalizadas que surgen de dicha comprensión compleja**. Se abre entonces un espectro de posibilidades de desarrollo del propio rol profesional y un sentido de trascendencia del trabajo que resultan estimulantes y se traducen en una mejor integración con el grupo de trabajo. Se abren también múltiples perspectivas de abordaje en las interfases entre lo físico y lo psicosocial, lo individual y lo colectivo, lo personal y lo institucional, lo disciplinario y lo transdisciplinario.

Cuando uno ha trabajado el suficiente tiempo en un centro de salud en zonas periféricas y carenciadas, descubre que en estos lugares el famoso “**poder médico**” **ha faltado a la cita** y que muchos de los técnicos se ven agobiados por problemas que no pueden solucionar, ganan magros sueldos y tienen muchas veces un compromiso real con sus pacientes. A esto se agrega el desconocimiento y desvalorización que hacen de su trabajo sus propios colegas que desarrollan su trabajo en otros ámbitos, en condiciones de mayor comodidad y holgura económica.

Hay, por supuesto, quienes dejan policlínicas sin atender, faltan sin aviso, maltratan a los pacientes, llegan infaliblemente tarde, etc. Esto se ha descrito como **síndrome de burnout** y se refiere a la progresiva pérdida de motivación y compromiso, la creciente irritabilidad y agresividad y la pérdida de sensibilidad y empatía que se genera en estos trabajos. Lo que resulta ser una enfermedad profesional surge a raíz de los contactos múltiples y fugaces con personas en situación de enfermedad, dificultad o necesidad. Se podría describir irónicamente como una especie de “alta rotatividad emocional”, en la cual de tanto sentir preocupación y pena por tanta gente, finalmente no se siente nada por nadie. Todo el que viene a traer un problema es percibido como una amenaza a un psiquismo ya saturado de estímulos y desgracias ajenas, al punto que deja sin ganas de sentir compasión ni ayudar a nadie. Quienes están en más en riesgo son justamente las personas que han dado un mayor lugar a este tipo de trabajo en sus vidas, dedicándoles muchas veces lo mejor de sí y buscando en la tarea las gratificaciones que no logran encontrar en sus familias y vidas privadas.

El tema de las dificultades de relación entre el personal y las usuarias, que puede llegar a situaciones de **destrato**, constituye un motivo de preocupación creciente que requiere ser estudiado en mayor profundidad, tanto en lo referente a los malestares, insatisfacciones y condiciones laborales del personal que lo condicionan como en lo que alude a variables de los usuarios del servicio que hacen más candente este problema. El aporte de las percepciones y conclusiones del importante número de técnicos de CAIF que entrará en contacto con los servicios en el marco del convenio ASSE-CAIF puede proveer insumos extremadamente valiosos para comprender en profundidad este problema cada vez más grave de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención. Como hemos dicho, este es un tema central a la hora de mejorar los controles del embarazo y del niño/a.

## El Marco Institucional

**El contexto más amplio: Uruguay en el mundo de la Obstetricia** - El paisaje en el cual ha de desarrollarse el trabajo es el de Uruguay como un país que ha contribuido más que significativamente a definir el perfil de la Obstetricia moderna en el mundo entero. Los grandes descubrimientos sobre la fisiología del trabajo de parto han sido hechos aquí por Hermógenes Alvarez y Roberto Caldeyro Barcia, quien fue designado por OPS /OMS para crear el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) donde se han formado todos los obstetras y neonatólogos de peso trascendente en la salud de América Latina y desde donde se pautan y registran todos los embarazos y partos del continente. En Uruguay se realizó la primera punción amniótica del mundo, se inventaron los monitores, se desarrolló la medida de edad gestacional (Capurro), las categorías DIP de alteraciones del trabajo de parto, el cual se mide en todo el mundo con Unidades Montevideo. Los anticonceptivos orales, por otra parte, fueron inventados por un médico uruguayo, el Dr Zaffaroni.

**La realidad de los Centros de Salud:** Si bien el convenio es del Plan CAIF con ASSE, en varios centros, especialmente en Montevideo, hay una convivencia de personal de ASSE con docentes y estudiantes de la Universidad de la República, fundamentalmente de la Facultad de Medicina (que incluye la Escuela de Parteras, de Nutrición y las carreras de Tecnología Médica), pero también de las Facultades de Psicología, Ciencias Sociales y Enfermería. Por otra parte, también en centros donde no se hace docencia está presente la Facultad de Medicina a través del trabajo de internos de Medicina y de la Escuela de Parteras.

Esta complejidad institucional implica múltiples planos y tareas que se superponen entre docencia, asistencia, investigación y extensión. Por otra parte, si bien el personal de ASSE es generalmente estable, todos los demás rotan, muchas veces en períodos de semanas o meses. En muchos centros se suma la presencia de estudiantes de pre- y post-grado de diferentes carreras. Esto implica estar permanentemente conociendo personas nuevas, manejarse en medio de complejas relaciones de poder, identificar pertenencias, generar y perder lazos y alianzas de trabajo. En los lugares donde coexisten ASSE y Facultad de Medicina se producen, además, todas las complejidades de un doble sistema de poder.

Los Centros de Salud suelen verse desbordados por un número superlativo de consultas, frecuentemente tienen dificultades de suministros y se vuelven generalmente lugares donde el día a día y las prioridades asistenciales, junto con la convivencia con la pobreza y la desesperanza, hacen que aspectos que son centrales a un CAIF como ser los colores, la prolijidad, la calidez, el calor ambiental hayan sido olvidados hace tiempo.

## Quién es quién en los Centros de Salud

Como dijimos, conviven en este ámbito muchas personas que cumplen diferentes funciones, tienen distintos trasfondos profesionales, transitan relaciones de poder entre ellos, y su tiempo de permanencia en el centro tampoco es parejo.

Las enfermeras (auxiliares de Enfermería) y las nurses (Licenciadas en Enfermería) se cuentan entre las personas más estables del servicio, lo cual las hace, por así decirlo “dueñas del lugar”. Ellas conocen las rutinas del servicio, la historia del lugar y su gente, los vericuetos del funcionamiento del MSP, y muchas veces también las historias privadas de muchos de los que trabajan allí. Esta permanencia y pertenencia generan una base de estabilidad imprescindible en el centro, por lo cual son un referente ineludible para quien se inserta en el servicio.

Las parteras tienden también a ser profesionales estables en el servicio, siendo muchas de ellas jóvenes y planteándose en un futuro no tan lejano que tengan el título de Licenciadas y que empiecen a haber parteros hombres. La carrera de Obstetra-Partera ha ido no sólo incrementando su matrícula en los últimos años sino que hay un permanente mejoramiento del nivel académico y de la capacitación como profesionales independientes. La carrera se extiende a lo largo de cuatro años de fuerte carga horaria, abundante práctica clínica y una formación que incluye en forma curricular e integrada una perspectiva psicosocial.

Los médicos. En los centros de salud, según su ubicación y cobertura, pueden darse diferentes integraciones del personal médico, por lo cual la descripción que daremos no es aplicable a todos. Dado que la inserción se va a dar en los servicios tradicionalmente llamados materno-infantiles, es de esperar la presencia de gineco-obstetras (también llamados ginecotocólogos) y pediatras. Los médicos de familia, que originalmente, eran médicos generales que recibían una capacitación en instancias puntuales, son ahora “especialistas”, por así decirlo, ya que se trata de una opción de postgrado con su residencia, con varios años de duración, prueba final, etc. Trabajan en policlínicas periféricas dependientes de los centros de salud o sub-centros, por lo cual están muchas veces más cercanos territorialmente a los centros CAIF, de los cuales son un pilar importante, ya que deben realizar tareas comunitarias como parte de su trabajo. A éstos se agregan los médicos de área, un cargo relativamente nuevo, que cumplen la misma función que los médicos de familia, teniendo un área o comunidad de trabajo asignada para la atención, a la vez que tienen asignadas horas de trabajo comunitario que implican no sólo la realización de visitas domiciliarias sino la realización de actividades de promoción y prevención en distintos lugares (CAIF, escuelas, liceos, etc.) correspondientes a su área de inserción.

Para quienes han optado por estas dos modalidades de ejercer la Medicina y tienen una formación más completa en diferentes aspectos de la Salud Comunitaria, lo psicosocial debería integrar naturalmente su perspectiva, lo cual sucede en muchos casos, haciendo el encuentro y el diálogo muy fluido.

Los internos: varias de las profesiones vinculadas a la Medicina tienen el régimen de Practicante Interno como modalidad de enseñanza en los últimos tramos de la carrera. Pese a que realizan múltiples actividades asistenciales (a veces excesivas, pues se les deposita mucho trabajo y responsabilidad) son, en realidad, estudiantes de pre-grado que realizan su práctica en servicio. Rotan por varios servicios a lo largo de un año calendario, por lo cual su presencia no se extiende más allá de algunos meses, siendo luego sustituidos por otros compañeros. Si bien pertenecen a la Universidad, reciben un sueldo que paga ASSE y han debido pasar una exigente prueba para ingresar al internado.

Residentes: Si bien es una figura que no está presente en todos los servicios, es importante comprender su lugar y su función. Son médicos recibidos que realizan un postgrado en el área que eligieron y cumplen funciones asistenciales (también pagas por ASSE), a través de las cuales se forman. Según el año de postgrado que cursen, se les conoce como R1, R2, etc. Se diferencian de los postgrados en el hecho de que, si bien unos y otros están cursando su especialización, los residentes han aprobado la prueba obligatoria para ingresar al postgrado con mayor puntaje y, por lo tanto, realizan el postgrado trabajando en calidad de residentes.

Estudiantes: Es frecuente ver en los Centros de Salud de las zonas del país donde hay sedes universitarias estudiantes de pre-grado de diferentes carreras. Su presencia puede resultar agobiante dado el número y la cantidad de días y horas que permanecen en el centro, pero el hecho de que éste tenga un funcionamiento en conjunto con la Universidad generalmente garantiza un mejor nivel de atención.

Personal de servicio - Jerarquizamos la referencia al trabajo con personas que pertenecen al servicio pero no cumplen funciones técnicas, pues muchas veces su mirada y comprensión permite iluminar aspectos difíciles de comprender y significa un puente con ese “otro mundo” de la población que se asisten en los centros. En realidad, con esos “otros mundos”, ya que esta población también tiene códigos, percepciones y necesidades que no siempre resultan fáciles de entender y, menos aún, de satisfacer. Muchas veces el personal de servicio tiene una cercanía cultural con quienes reciben la atención que resulta un aporte invaluable a la hora de adecuar el trabajo.

## Los Objetivos de la Participación de los Técnicos de CAIF en los Centros de Salud

La idea original del convenio ASSE-CAIF surge de la necesidad de mejorar la captación, y el control de embarazadas, por el lado de ASSE, y mejorar el acceso a CAIF de las madres en las etapas más tempranas del/la hijo/a. También busca incluir más globalmente a las embarazadas dentro del universo de trabajo de CAIF a fin de iniciar más precozmente las actividades de prevención y promoción de salud en relación al niño/a.

La idea central es **compensar fortalezas y debilidades de unos y otros: las embarazadas, por un lado, y los servicios, por otro.** Por un lado, se busca acercar al Plan CAIF a un volumen de embarazadas a los que se logra un mayor acceso cuando se las va a buscar a lo que, en cierta forma, es parte de su habitat natural: los centros de salud. Por otro lado, la inserción comunitaria y los múltiples desarrollos de los centros CAIF han permitido aprender múltiples lecciones en relación a cómo volverse lugares amigables y atractivos, con recursos flexibles y creativos para acercarse y mantener el vínculo con los padres y los niños.

### a) Objetivos en relación al trabajo con el personal de salud

Un objetivo, entonces, es **trasladar a los centros de Salud el clima de trabajo y el espíritu de calidez y receptividad de los centros CAIF**. Esto puede ser hecho de múltiples maneras, en las cuales la creatividad de cada grupo de trabajo podrá encontrar oportunidad de desplegarse. Algunas experiencias ya realizadas puede servir de ejemplo e inspiración para otras por venir. El proponer mejoras en el aspecto con el cual el Centro de Salud recibe a las embarazadas es una de las maneras. Sirva como ejemplo un grupo de trabajo que encontró, al llegar al Centro de Salud, carteles viejos y sucios sobre la prevención del cólera. La propuesta de mejorar este aspecto (por lo menos, poner carteles de alguna amenaza de pandemia más actual y colorida!) más el ofrecimiento de algunos carteles coloridos traídos del centro CAIF hicieron al centro de salud más amigable y atractivo. Otros grupos también han buscado actividades que inviten a acercarse al centro: jornadas en que se invita a la comunidad, talleres sobre temas que les preocupan, grupos de embarazadas o de puérperas, etc.

La gran ventaja de este “desembarco masivo” de profesionales, generando lo que realmente podríamos denominar el encuentro de dos culturas, es el hecho de que permite **percibir aspectos disfuncionales del funcionamiento de los centros** que se han naturalizado en el paso de los años y que quizá no resulten difíciles de modificar, trayendo ventajas sustantivas para las embarazadas y, en definitiva, también para el centro y su personal. Desde este lugar, es bastante fácil percibir que hay modos de funcionamiento que directamente atentan contra la concurrencia de las embarazadas al control prenatal. En muchos centros se da hora exclusivamente muy temprano en la mañana en invierno y verano, con lo cual se impide el acceso a personas que viven en lugares distantes o se aumentan los riesgos de una embarazada hipertensa que debe salir en invierno en la hora de temperatura más baja. Es habitual también que se “rezongue” a una embarazada que comienza el control de su embarazo tardíamente, con lo cual se atenta contra la posibilidad de que retorne y continúe controlándose. Una recepción cálida por parte del personal de CAIF con una escucha sobre sus dificultades o ideas acerca del control pueden ser un elemento clave para mantenerla vinculada al centro. En el primer caso, una sugerencia de cambio una vez que uno ya se ha integrado al centro y siente que hay una receptividad para las propias propuestas puede mejorar la asistencia a controles.

Algunas tareas que pueden parecer muy naturales en el ámbito de un CAIF (por ejemplo, cartelera avisando sobre cambios de horarios o una próxima actividad) pueden ser un extra que desborda la motivación y energía del personal del centro de salud. Un aporte en este sentido es generalmente agradecido e implica también un aporte en calidad, pues pueden cuidarse desde otra formación profesional los códigos y palabras que se usen en los mensajes a los usuarios.

Es, efectivamente, todo un desafío **trasladar a otro código los mensajes de calidez maternal** que en el ámbito del CAIF se codifican con objetos y decoraciones vitales y agradables, comida o actividades lúdicas que apuntan a brindarle a los padres un espacio de aporte de estímulos, distensión y sostén que les faltó en su propio desarrollo, lleno de deprivaciones, para que luego puedan volcarlo a sus hijos/as. Esta dinámica de dar primero y estimular a dar después, típica de la ideología de trabajo de CAIF, es radicalmente opuesta a la dinámica que permea las relaciones de la institución con las madres en los Centros de Salud. Si bien hay muchas personas muy cálidas y receptivas, la idea más generalizada es que su misión es recordarles a los padres sus

deberes parentales, exigirles, corregirlos y presionarlos (incluso culpabilizarlos) para que los cumplan y controlar que esto sea hecho. Como se ve, son filosofías casi opuestas y marcan una actitud maternal en un caso (sostenedora, proveedora) y paternal en otro (normativa, exigente). Todos los estudios indican que es esto último, junto con el destrato, lo que pesa más en las embarazadas y madres en lo relativo a las dificultades en sostener el control de los embarazos y de los niños.

En este sentido, **la función de traducción y mediación entre las embarazadas y el personal de salud** constituye un objetivo fundamental de la inserción. Explicar a los técnicos que una madre no controla habitualmente su embarazo porque la agobia una depresión endógena, o porque el marido no le permite salir de su casa o porque cree que el destino está escrito y nada puede cambiarse, puede permeabilizar el vínculo del personal con ella si finalmente se produce un encuentro. Puede también prevenir que la destraten por lo que ellos catalogan como “actitud negligente”. Diríamos que, en general, el proveer espacios (personales, familiares o grupales, planificados o espontáneos) para escuchar los relatos de las madres sobre su situación o para esclarecer las informaciones médicas es siempre una función de enorme utilidad y permite, de retorno, proveer insumos a los otros profesionales sobre manejo de la información más efectivo.

Esto plantea el cuestionamiento sobre una **eventual función docente** de los técnicos de CAIF respecto al personal de salud. No están previstas acciones concretas educativas (cursos, capacitaciones) pero el espíritu mismo del trabajo en servicios de salud implica que uno está permanentemente enseñando y aprendiendo, ya sea en instancias más formales como en intercambios informales, incluso en comentarios jocosos o al pasar. Entonces diríamos: sí, es un objetivo de trabajo el **aportar al personal de salud una mirada diferente sobre las situaciones y los problemas de las usuarias** del servicio, pero haciéndolo desde el día a día, en el intercambio fluido como compañeros de trabajo. Más que adquirir conocimientos específicos, lo que se espera es que los otros técnicos puedan incorporar **una perspectiva más empática** y donde haya una **mayor apertura a entender** las razones por las cuales las embarazadas tienen dificultades de acceso al servicio, a controlarse el embarazo, etc.

Podríamos extrapolar un término de otras áreas de trabajo y decir que el técnico de CAIF tiene, en cierta forma, la posibilidad de ser “asesor de imagen” de las embarazadas que se atienden en el centro. El hecho de ver más habitualmente situaciones vinculadas a la vida cotidiana y estar más en contacto con los aspectos saludables y las soluciones adaptativas que han encontrado para sus vidas hace que la mirada esté menos sesgada hacia lo patológico y se puedan valorizar aspectos que quizá pasen desapercibidos al personal del centro de salud. Se trata de **ayudar a comprender y divulgar las múltiples fortalezas de estas mujeres**, la mayoría de las cuales logran lidiar con condiciones de vida que sobrepasarían las capacidades de muchos de nosotros.

Esto conduce a otra interrogante: ¿es un objetivo **dar recomendaciones de manejo clínico** a los otros técnicos? En nuestra perspectiva y experiencia, claramente sí, pero es necesario detenernos y discutir qué implica esta afirmación. Por un lado, especialmente entre los psicólogos hay una cierta resistencia a “dar recetas” en el entendido de que las situaciones complejas requieren comprensiones y respuestas complejas y que cualquier intervención debe tener un fundamento



adecuado, sólido y profundo. Sin duda, esto es válido, el problema es cómo se traduce este concepto en un mejor acto asistencial. La experiencia que hemos tenido todos los que hace años trabajamos en los servicios es que nuestros primeros intentos fueron tratando de ofrecer explicaciones lo más profundas y completas sobre la situación de los pacientes a fin de orientar a los otros profesionales. El resultado de esto fue, si no catastrófico, por lo menos frustrante y generó no pocos problemas. Por un lado, ninguna explicación, por detenida y completa que sea, puede sustituir la formación de base de cada profesión (Como decía un viejo médico muy interesado en estos temas y muy bien intencionado: “Nosotros hacemos como que entendemos pero, en realidad, no entendemos nada”). Por otro lado, ya hemos descrito que, muchas veces esa información los agobia, no les interesa y sienten que no saben qué hacer con ella. Por otro, tampoco están entrenados en cómo manejarla(o, mejor dicho, lo que decodifican de nuestras palabras) Así, nos hemos encontrado más de una vez con técnicos que dan a la pareja de una paciente una explicación sobre su psicopatología, o utilizan esta información técnica sin la suficiente discreción o cuidado en el manejo con los pacientes y familiares. También nos hemos encontrado con que comparten datos que hacen a la privacidad de la persona (una violación en la adolescencia, por ejemplo) abiertamente frente a todo el personal (técnico y no técnico) como lo harían para hablar de un quiste de ovario o una peritonitis.

De lo antedicho, resulta bastante obvio que dar elementos teóricos o diagnósticos para que los otros profesionales elaboren una pauta de manejo clínico no parece ser el camino más indicado. La experiencia indica que es necesario que hagamos nosotros el trabajo de procesamiento que permite pasar de la conceptualización teórica y la observación y conclusiones clínicas complejas a una recomendación concreta de manejo. Veámoslo en un ejemplo: los conocimientos sobre las representaciones mentales maternas durante el embarazo y sus repercusiones en la relación posterior con el/la hijo/a son la base para generar la recomendación de no exponer a los padres a las dudas del equipo tratante sobre si su hijo/a padece un síndrome de Down hasta tanto se pueda llegar a conclusiones claras en los estudios. De la misma forma, los conocimientos sobre la negación como mecanismo de defensa, así como de las fases del duelo por la salud en el diagnóstico de una enfermedad confluyen en la recomendación de que información sobre una patología de la madre o el/la hijo/a se brinde en varias instancias, que se constate el grado de comprensión, se acompañe con datos escritos y recomendaciones a la familia, etc.

Los otros técnicos, en general, agradecen mucho estos aportes y los utilizan, en general adecuadamente, no sólo para el caso en que los hemos sugerido sino que los incorporan a su práctica profesional. Realmente resulta sorprendente el que valoren como un gran aporte algunas recomendaciones que a nosotros pueden parecernos banales u obvias.

El proveer recomendaciones se vuelve especialmente importante en aquellas temáticas vinculadas al embarazo que los otros técnicos no perciben o jerarquizan. Un ejemplo claro de esto es contribuir a la **prevención del parto de pretérmino** que, dada su prevalencia y consecuencias graves, postulamos constituye un objetivo en sí mismo del trabajo desde CAIF en los centros de salud. El personal médico no suele incluir en la consulta una perspectiva que incluya los aspectos psicosociales que hemos mencionado en la otra parte de este material y es una tarea fundamental poder contribuir a incluirlos en su percepción y en la rutina de la consulta.

Las recomendaciones para los casos específicos de determinadas pacientes plantean **el problema del secreto profesional**. Si bien no es la idea que los técnicos de CAIF hagan un trabajo clínico, igualmente pensamos que debe manejarse con ese criterio la información personal que surge en talleres o en las conversaciones personales que inevitablemente se dan en el entorno de los mismos. Es importante tener claro que, cuando se intercambia con otros técnicos información sobre los pacientes con el fin de que redunde en un beneficio asistencial para ellos, esto está incluido dentro de lo que se considera secreto profesional.

Sin embargo, hay algunas situaciones que detonan en el personal técnico y no técnico reacciones cargadas afectivamente y marcadas por los prejuicios. La violencia doméstica, el abuso sexual, las violaciones, así como el abandono o entrega en adopción del hijo/a generan reacciones primarias que pueden culminar en maltrato a la madre o actitudes que terminan expulsándola a ella y su hijo/a del sistema de salud y de cuidados. La prudencia en el manejo de la información es esencial en estos casos, lo cual puede significar tanto no compartir determinadas informaciones, por un lado, como cuidar los términos que se usan para referirse a estos temas, por otro. Los antecedentes de violación cuando niña, por ejemplo, pueden ser manejados en **términos técnicos** (“suceso traumático vinculado a la sexualidad durante la infancia”) que serán comprendidos por los profesionales para los que pueden ser de utilidad pero no entrarán en las conversaciones o intercambios informales dentro del servicio.

Por otra parte, en el ámbito del trabajo psicosocial, algunos conceptos (como abandono o deseos en relación al hijo) suelen formar parte de una comprensión más compleja y no tener una intención condenatoria. Sin embargo, estos términos pueden tener un efecto totalmente opuesto en el contexto de un servicio de salud, donde resultan categorías que se agotan en sí mismas y se toman como explicación abarcativa de una determinada situación. “Negligencia”, “rechazo”, “llamar la atención”, son términos que suelen usarse en los servicios sin los suficientes recaudos en relación al fundamento profundo de estas afirmaciones. Por otra parte, pueden generar una mirada enjuiciadora en la que el observador se desentiende de su eventual participación en la génesis del problema, ya sea como parte de un sistema de salud que abandona o es negligente, o bien de un funcionamiento social que contribuye a generarlo. Es imprescindible **ser muy cautos y tender a modificar el uso de términos que alejan al personal de una actitud de comprensión y lo condicionan a una actitud de enjuiciamiento**.

Hablar de “miedos” o “dificultad para comprender los riesgos en juego” pueden ser explicaciones sobre el incumplimiento de la indicación de reposo que acerquen más a los técnicos a una comprensión causal del problema que resulte más eficaz a la hora de intentar corregirlo. Para una embarazada que está aquejada de vómitos incoercibles (hiperemesis gravídica) es muy duro tener que convivir con que el hecho de que el personal de salud piense que esto es debido a un rechazo al hijo/a. Explicitar el cuadro de depresión grave de una madre que le impide hacerse cargo del hijo/a conduce a una actitud de responsabilidad asistencial muy distante del rótulo de “madre negligente”.

Los términos en que se expresan las dificultades de una persona o familia también tienen su importancia en el sentido de **evitar la psiquiatrización de las problemáticas sociales o si-**

**tuacionales.** El abatimiento que suele marcar la adultez de muchas mujeres en situaciones de vida signadas por la pobreza, las frustraciones y dificultades puede ser mejor transmitida usando términos como “desmoralización” o “desesperanza” en vez de “depresión”. Esta denominación, lo mismo que términos como “ansiedad” o “ataque de pánico” pueden generar la reacción casi automática de indicar un antidepresivo, mientras que el poder mostrar que está asustada, o cursando un duelo normal, o triste porque perdió un familiar, genera en el personal una reacción de mayor empatía y menos intervencionismo. El hecho de que los médicos generales o de diversas especialidades puedan prescribir psicofármacos simplifica la acción asistencial, en muchas ocasiones pero también contribuye a la reclusión en el ámbito de las patologías psiquiátricas de una variedad de problemas que son colectivos y coyunturales más que personales y psicopatológicos.

En este sentido, la experiencia comunitaria del trabajo en los centros CAIF aporta a los técnicos la oportunidad de descubrir las fortalezas y recursos de las madres y padres que llevan allí a sus hijos/as. Permite también ponderar adecuadamente las dificultades con las que deben enfrentarse día a día y, por lo tanto, decodificar en forma diferente sus actitudes, prácticas de crianza y conductas de cuidado de la salud propia y de sus hijos/as. **Trasmitir al personal de salud estas fortalezas y habilidades de las madres y sus familias**, que pueden incluirse dentro del concepto de **resiliencia**, constituye también un objetivo de la inserción en los Centros de Salud. El trabajo cotidiano en **un clima de valoración y respeto** hacia los padres (que no en vano es uno de los pilares del Plan CAIF) generalmente conduce a los técnicos a realmente asumir naturalmente uno de los principios centrales de la Salud Comunitaria: el intercambio de saberes y conocimientos en una relación lo más horizontal posible.

Poder trasladar este clima de trabajo es quizá uno de los componentes más importantes de la inserción en los servicios, volviéndolos más amigables para las mujeres y sus familias, **brindando una personalización del encuentro** que se le hace difícil proveer al personal de salud. Esto permite **escuchar y validar vivencias de las embarazadas en relación a sus encuentros y desencuentros con el sistema de salud**. De esta forma, puede ser muy importante registrar su visión de que, si se controlan, los médicos les “roban” el embarazo y se apropian de las decisiones respecto al mismo a la vez que pueden indicar excesivos estudios y hallar problemas que no existen. Esto implica ayudar al personal de salud a transitar desde el concepto de “mitos y creencias”, que suele usarse para definir las opiniones de la población (en contraste con las ideas de los técnicos, definidas como “conocimiento científico”) a una escucha que no descalifique percepciones y posturas que pueden contener errores pero también grandes verdades. En este sentido, es altamente relevante escuchar, por ejemplo, el malestar de las mujeres por esperar cuatro horas para tener finalmente un control que puede durar tan sólo un minuto. En esta concepción, la función de mediación y traducción puede tener un sentido más trascendente, al **aportar una mirada profunda y atenta que permita, eventualmente, introducir mejoras en cada servicio específico** y, en definitiva, en el sistema mismo de atención en los Centros de Salud.

Podemos resumir todo lo antedicho en relación con los objetivos institucionales de la inserción englobándolo en el concepto de que se trata de una **oportunidad de reflexión y aporte a la concreción de servicios comunitarios de atención a la salud en un sentido profundo y**

**verdaderamente integral.** Se busca trasladar los aprendizajes del trabajo en los centros CAIF a un nuevo entorno, que enriquezca e ilumine, por así decirlo, el aporte de los Centros de salud sin que pierdan su identidad en tanto tales.

## **b) Objetivos en relación al trabajo directo con embarazadas**

**El acompañamiento** a la embarazada y su familia en las vicisitudes de la gestación y llegada de un/a nuevo/a hijo/a podría ser el concepto que engloba los objetivos del trabajo directo con ellas. Preferimos este término puesto que **refleja la idea de una actitud activa de disponibilidad y disposición junto con un sentido de respeto** por los tiempos y las opciones de las mujeres en relación con su vida, su cuerpo y su familia.

Los conceptos de **encuadre interno y encuadre disponible** pueden ser de utilidad para este abordaje. La idea de encuadre interno se refiere al hecho de que las condiciones externas (lugar, hora, etc.) en que se desarrolla una intervención son secundarios a una clara percepción de los objetivos de la intervención en sí y del propio rol y función en ella. El encuadre disponible es, justamente, aquél en el que importa preservar no tanto las condiciones físicas sino el sentido mismo de un encuadre, como lo pueden ser condiciones de privacidad y tiempo de trabajo suficientes, un entorno que permita un encuentro real y verdadero con el otro, una actitud alerta a detectar y eventualmente modular los mensajes que transmiten las condiciones ambientales eventuales, etc.

Podría decirse que el trabajo psicológico-social en este contexto puede constituirse en **un espacio transicional** en el cual las mujeres y sus familias encuentren una escucha empática y una mayor personalización del encuentro con ellas. Esto proviene de quienes pueden tener una mayor cercanía cultural con los servicios de salud y que, por lo tanto, pueden ayudarles a encontrar modalidades comunicacionales que despejen obstáculos en su relación con el sistema de cuidados. Es importante para nosotros recordar que vivimos en un país donde aún las personas con Estos conceptos se complementan con lo que se ha denominado **bio-psico-educación**, que puede englobarse en el concepto más amplio de Educación en o para la Salud, pero que podría definirse más sencillamente como una orientación a la población en el manejo de sus propios procesos de salud y enfermedad, así como de su relación con el sistema de salud y de cuidados. Es importante recordar que vivimos en un país en el cual aún las personas que viven en las situaciones de mayores carencias educacionales o socio-económicas **valoran el cuidado de la salud como un bien colectivo y perciben el sistema de salud como un ámbito de protección**, más allá de los múltiples sinsabores de los malentendidos y desencuentros con sus efectores. No es menor, por otra parte, que si bien hay múltiples concepciones y prácticas sub-culturales en relación al cuidado de la salud en general y el embarazo en particular, no hay tradiciones culturales centenarias y monolíticas al respecto como puede haber en las culturas andinas, por ejemplo. Esto (que, sin duda, es una carencia de nuestro patrimonio cultural y nos priva de múltiples sabidurías) hace que las cisuras y fisuras entre la población y el sistema de salud sean menos profundas y más fáciles de zanjar.

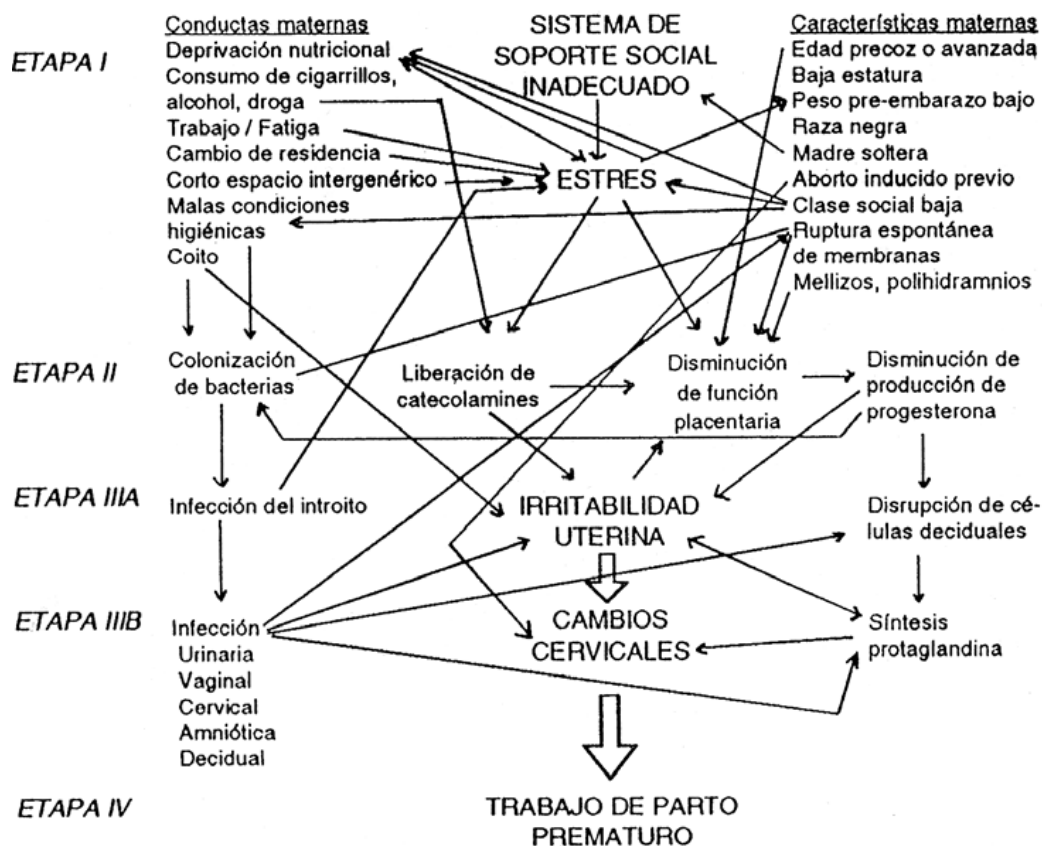
Quizá el elemento cultural que genere más dificultades y se convierta, paradójicamente, en una de las mayores fuentes de angustia y sufrimiento para las embarazadas y las madres sea la ideal-

zación cultural de la maternidad. El concepto de que afecta al hijo/a todo lo que la madre hace, piensa o siente, así como el hecho de haber “deseado” o no el embarazo, constituyen un peso que afecta a las mujeres, en especial a las que más se preocupan por conducir su embarazo y su maternidad en forma responsable y cuidando a sus hijos/as. En este sentido, constituye un objetivo claro el hecho de **desidealizar la maternidad, acercándola a una visión más realista y tolerante** de las múltiples dificultades y sinsabores que implica. Asimismo, es importante **desculpabilizar a las madres** relativizando el peso de los elementos de preocupación y angustia cotidianos sobre el bienestar fetal y el curso del embarazo.

Se trata, en realidad, de un delicado equilibrio, pues esta función “calmante”, por así decirlo, debe alternarse con **proveer ciertas alertas** que contribuyan al cuidado del embarazo, especialmente en relación a conductas y cuidados que la embarazada debe asumir y no meramente por tener conocimientos sobre patologías respecto a las cuales nada puede hacer.

Un área en el que se plasma plenamente lo que acabamos de plantear es el tema de las vicisitudes de los tránsitos de información entre las mujeres y el personal de salud. Un objetivo claro de la inserción es la **modulación de la información** que surge desde el personal de salud hacia

Figura 1



las embarazadas. Pese a los mejores esfuerzos que podamos hacer quienes tratamos de evitar efectos traumáticos sobre los pacientes, y pese a la mejor voluntad de muchos técnicos por mejorar su manejo de los términos y la información, es imposible modificar tradiciones de años que, en el mejor de los casos, se constituyen en mensajes paralelos. Un ejemplo es el término “retardo”, reemplazado por los médicos mismos por el de “restricción” al ver en forma patente el efecto sobre las mujeres de un término tan devastador; en los hechos, se usan los dos términos indistintamente, lo cual sólo genera más confusión y preocupación en las mujeres y sus familias. Las intervenciones que parecen ser más eficaces son las que se centran en **relativizar, desdramatizar, contextualizar y ayudar a decodificar las informaciones**.

**Relativizar** ciertos datos que pueden provocar una alerta injustificada no sólo evita acciones que pueden resultar perjudiciales para la madre y el feto sino que resultan preventivas a nivel de proteger las representaciones mentales maternas que influirán decisivamente en el desarrollo del vínculo y del niño/a. Ejemplos patentes de lo antedicho son tanto el diagnóstico prenatal de sexo fetal, así como el estudio de translucencia nuchal, que sólo aporta datos de mayores probabilidades y no da un diagnóstico de patología del niño/a.

**Desdramatizar** algunas situaciones puede traer un alivio sin par a la embarazada y su familia. Quizá el ejemplo más acabado lo constituya la indicación de heparina de bajo peso molecular (clexane o dilutol, en sus nombres comerciales), por lo cual deben inyectarse diariamente durante todo el embarazo. En estos casos, se ha detectado una trombofilia (tendencia al a hipercoagulabilidad) que indica que en algunos pocos casos puede ocurrir un accidente vascular que influya negativamente en el curso del embarazo. Las mujeres y sus familias suelen tomar esta indicación como una sentencia y esto se transforma en una nube que opaca el curso del embarazo. Insistir en que esto es simplemente una precaución que para nada implica un destino sellado puede resultar un alivio importante. (También resulta útil para nosotros saber que, por otra parte, se discute en los ámbitos científicos si esta medicación tan costosa (miles de dólares por embarazo) realmente modifica las tasas de pérdida, que no han mostrado últimamente cambios significativos).

**Contextualizar** la información puede implicar, por ejemplo, explicar a estas embarazadas que tienen alta probabilidad de tener hijos/as prematuros (15% en cifras de 2008) que muchas veces en la estadía de estos recién nacidos en las unidades de cuidado intensivo o intermedio se dan informes muy alarmistas a los padres con la idea de que esto es mejor para ellos, lo cual los llena de angustia innecesariamente.

Ayudar a **decodificar** los mensajes del personal de salud implica explicitar qué significa en los hechos reposo absoluto o la condición de “estable” o “recién nacido deprimido”. Para muchas mujeres el curso del embarazo se da en contacto con servicios desalud en los cuales son parte del paisaje auditivo del día a día términos como retardo de crecimiento, depresión neonatal, sufrimiento fetal, polimalformado, expulsar el producto.....Estos términos resultan naturales para el personal de salud y muchas veces no percibe su efecto sobre las madres y sus familias, a quienes les resultan dolorosos y hasta traumáticos. Nuevamente, pensamos que los profesionales que nos desarrollamos en las temáticas psicosociales podemos (y debemos) cumplir una función

de traductores hacia las madres y orientadores (hacia el personal) de términos sustitutivos. El término “retardo” ha sido sustituido oficialmente por el de restricción del crecimiento pero sigue siendo usado cotidianamente; por lo tanto, no está de más aclarar que solo significa que el feto está creciendo más lentamente (los verbos de acción incluyen la esperanza...) y proteger a la madre explicando este uso del mundo médico. Del mismo modo, “decaído” puede proveer una versión más tolerable de “deprimido” (y, de hecho, más veraz, pues el término se refiere a una situación biológica y no al estado de ánimo que las madres asumen y del cual la mayoría de las veces se sienten responsables). El llamado sufrimiento fetal se refiere a situaciones del ambiente uterino poco propicias para el feto, y generalmente se asocian con el monto de irrigación sanguínea y, por lo tanto, de alimento, que recibe.

Un tema en el que resulta fundamental el trabajo con las embarazadas y sus familias es el del **control del embarazo**.

## El Control Prenatal

En primer lugar, es necesaria una **aclaración de términos** para quienes provenimos de la Psicología. Entre nosotros (y tal como aparece en párrafos anteriores de este material) el término “control” se refiere a un mecanismo de defensa, al cual hemos cuestionado en su capacidad protectora en relación al curso del embarazo y parto. Sin embargo, en un terreno más amplio de Ciencias de la Salud, este término se refiere al control prenatal o pediátrico y tiene connotaciones diferentes (casi diríamos, opuestas).

En primer lugar, es importante que tengamos en cuenta que **el factor que más fuertemente se asocia con los resultados perinatales es el control del embarazo** y esto implica no sólo un mayor bienestar de la madre o el/la hijo/a sino variables duras como mortalidad materna y perinatal, que se multiplican en relación inversa a la cantidad y calidad del control prenatal. Por otra parte, es importante tener conocimiento que tampoco se trata de una secuencia lineal de más=mejor. Por un lado, el exceso de controles y estudios produce no sólo un nivel de ansiedad exagerado en la madre sino que induce a un excesivo intervencionismo de parte del personal de salud. Por otro lado, importa mucho la calidad de los controles, no sólo la cantidad, y eso está siendo un problema grave en nuestros servicios de salud (De hecho, en los últimos años se ha multiplicado en forma escandalosa la sífilis (lues) connatal y en el 50% de los casos se realizaron la cantidad indicada de controles).

Si bien, en comparación con otros países, especialmente de Latinoamérica, Uruguay tiene **niveles bastante buenos de control** prenatal (91% de los nacimientos en el C.H. Pereira Rossell y 75% en todo el país, según cifras oficiales del MSP respecto al año 2008), es una gran preocupación incrementar dichos niveles. Se ha encomendado a la Facultad de Psicología un estudio sobre las **causas de las dificultades** para el control del embarazo, procurando encontrar respuestas desde una mirada psicosocial dado que vivimos en un país donde las barreras geográficas o climáticas son casi inexistentes. De hecho, existe un estudio previo (32) realizado por un equipo interdisciplinario de psicólogos, sociólogos y médicos que procuraron las causas maternas de la



falta de control (en este caso tanto prenatal como pediátrico) en la periferia de Montevideo. Los aspectos que aparecieron resaltados fueron: a) el **fatalismo** (¿para qué saber si igual el destino está escrito y nada se puede cambiar?); b) la **depresión crónica**, probablemente endógena, dado que se relataban historias de varias generaciones; c) **una vida desordenada**, carente de todo tipo de normas o pautas de cuidado de la salud, la alimentación ,etc.

Observaciones aún no sistematizadas (33) han recogido de parte de las madres la idea de que es mejor no controlarse, pues si se hace, **los médicos se apropian del embarazo**, planteando estudios y procedimientos sobre los cuales **nada explican a la madre y encontrando enfermedades y problemas que no existen**, con lo cual terminan haciendo procedimientos innecesarios que pueden terminar **afectando al embarazo y el feto**. Prefieren, por lo tanto, consultar a sus madres y abuelas.

Pueden hacerse muchos comentarios y reflexiones sobre estas percepciones (a las que muchas veces irrespetuosamente se descalifica como “mitos y creencias”), pero está claro que **no hay una intención de daño o descuido del hijo/a** y que, en el acierto o en el error, la preocupación es por conducir el embarazo a buen término.

En nuestra experiencia, cuando una mujer no controla su embarazo es muy raro que esto se vincule a sentimientos hostiles respecto al hijo/a, excepto en situaciones extremas como en embarazos producto de violación o relaciones incestuosas no voluntarias. Lo que suele verse es mucho más un modo distinto de percibir el embarazo y su cuidado, o bien una dificultad para organizar la propia vida e instrumentar conductas de cuidado pero en un sentido más general que atañe a la propia persona, los/las otros/as hijos/as, la vivienda, etc. y no se limita al embarazo.

Por otra parte, la mayoría de los estudios que se han realizado en diferentes países sobre las fallas en el control prenatal, muchas veces denominado “negligencia”, apuntan a que **se trata, en general, de negligencia de los sistemas y servicios de salud**. Esta puede ser patente (médicos o parteras que no concurren –a veces ni avisan- a su tarea de control prenatal en el día fijado y con la sala de espera llena), o bien manifestarse como maltratos abiertos (“¿le parece bien empezar a controlarse a los 5 meses?”) o encubiertos (horas de espera para un control que a veces se suspende sobre la hora, espera de pie a que le toque el número, etc). En un abordaje de Atención Primaria de la Salud también entenderíamos como negligencia no tomar medidas activas para captar y efectivizar el control en los casos de depresión crónica.

No podemos dejar de ponderar, por otro lado, los **mensajes contradictorios que da el sistema de salud** a las madres sobre la importancia del control (se generan desde el sistema de salud obstáculos para su concreción, se insiste en la importancia del control en el ámbito de la consulta o de la llamada “educación para la salud”, pero los días de paro gremial no se atiende a las mujeres aún si viajaron desde lejos para controlarse, se suspenden por razones que no son siempre de fuerza mayor consultas de embarazos de alto riesgo a los que se ha indicado reposo absoluto ). Las barreras institucionales de acceso no dejan de tener importancia (se da hora exclusivamente a las 7 de la mañana en invierno y verano en policlínicas que atienden a personas que residen en lugares distantes de la misma).

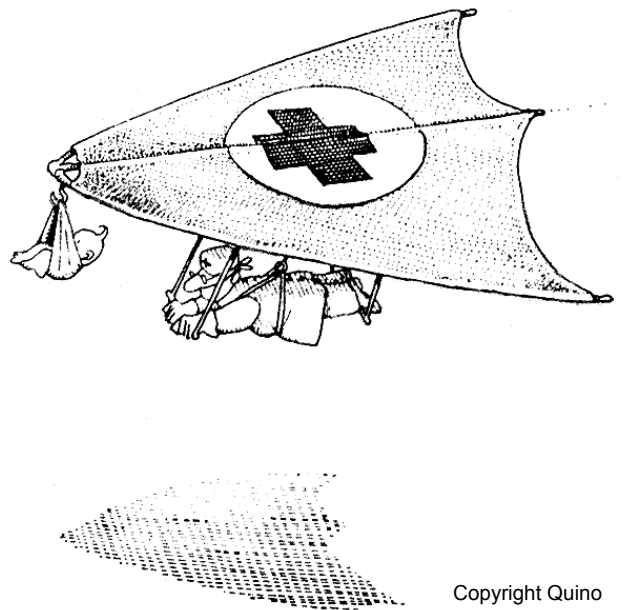
También es importante saber que **no se asocia necesariamente el grado de aceptación o bienestar en relación al embarazo con la cantidad y calidad del control del mismo**. Hay mujeres que están en tal grado de elación e ilusión que eliminan de sus pensamientos todo tipo de riesgos y, por lo tanto, no toman las precauciones necesarias bajo el lema de que “es un estado natural, no una enfermedad”. Por otra parte, mujeres que viven el embarazo a disgusto tienen pautas de vida o de conducta que les hacen tomarlo, de cualquier forma, con una actitud responsable y acuden regularmente al control.

Hay algunos **elementos del control mismo que atentan contra su continuidad**. Es frecuente que en el primer control se realice un examen genital que, si el curso del embarazo es normal, no se repetirá hasta el final del embarazo, pero las mujeres no tienen cómo saberlo y tratan de evadir la reiteración de una experiencia que para la mayoría es sumamente desagradable. Por otra parte, es una práctica bastante habitual “prescribir felicidad” (“ud ahora no tiene que preocuparse ni angustiarse por nada: está embarazada”, sazonado muchas veces con el complemento de “no llore que le hace daño al bebé”), lo cual hace sentirse totalmente incomprendidas que las mujeres que transitan inevitablemente situaciones de vida difíciles o están embarazadas a disgusto pero decidieron igualmente continuar con la gestación.

En cuanto a **cómo abordar este tema desde el trabajo psicológico y social** con las mujeres y sus familias, pensamos que algunas pautas pueden resultar una orientación útil. En primer lugar, los talleres son espacios de enorme valor y, si bien no fueron pensados inicialmente en relación a una tarea de investigación, constituyen una valiosa oportunidad de **recoger información sobre las dificultades de las mujeres y de los sistemas de salud** en relación al control prenatal. Llevar un **registro escrito** de los elementos que aparezcan en forma espontánea en los talleres puede constituirse en un insumo invaluable para poder modificar los impedimentos para el control.

Si bien hemos sido sumamente críticos en relación al exceso en calidad y cantidad de información que se brinda a las embarazos, la importancia del control es un punto central a incluir, así como algunas **explicitaciones y aclaraciones** que pueden allanar el encuentro de la embarazada con el personal obstétrico (por ej. en relación a los exámenes genitales luego del primer control).

Otro aspecto a tener en cuenta es que, si bien los mensajes del personal asistencial como de los medios de comunicación insisten en el cuidado del embarazo como una responsabilidad de la madre, se trata, en realidad de una **responsabilidad compartida con el resto de la familia y las redes de apoyo** con las que cuente. Por lo tanto, es importante estar atentos e intentar modificar los **elementos externos que atentan contra el control prenatal** (desvalorización o directamente prohibición de asistir por parte de la pareja o la familia, impedimentos laborales, falta de toda ayuda para cuidar a los/las otros/as hijos/as durante esas horas, etc). Se han tomado algunas medidas para mejorar estas variables (al sacar número, indicar la hora aproximada del número de consulta, por ej.) y se ha manejado la idea de instaurar en los servicios sistemas de cuidado de los otros/as niños/as mientras la madre está en la consulta. Por otra parte, la **función de mediación** de explicar al resto de los técnicos las razones por las cuales determinada embarazada se ve imposibilitada a concurrir puede evitar una actitud crítica o condenatoria hacia ella, con el consiguiente rótulo de “negligente”.



Copyright Quino

También entendemos que hace parte del abordaje psicosocial con las mujeres y sus familias **explorar y profundizar en un clima de respeto sus ideas sobre el control**, a fin de comprenderlas en su verdadero significado, **validando algunas percepciones** que pueden resultar insumos que mejoren nuestra práctica y ayuden a modificar los servicios de salud a fin de hacerlos más amigables y eficientes. En otros casos, puede ser sumamente fructífero revisarlas junto con ellas y aportar informaciones que ayuden a que **revean algunas ideas y prácticas de cuidado**.

En una **visión panorámica**, diríamos que **el control del embarazo constituye quizá el punto donde más convergen y divergen el sistema de salud, por un lado, y las embarazadas, por otro, teniendo ambos en común la intención de cuidar el embarazo**. Convergen en la intención de cuidar el embarazo lo mejor posible; divergen en las visiones a veces antitéticas de cómo cuidarlo y en la posibilidad de escuchar los mensajes de uno y otro. La ausencia de autocritica por parte del sistema de salud sobre sus fallas en la calidad del control se complementan con una desconfianza a veces radical de las madres, sazónada por una mezcla de valiosos saberes populares que conviven con creencias y prácticas perjudiciales para la salud.

## Una Reflexión Final...

Si bien hemos desarrollado en las últimas páginas los múltiples inconvenientes y dificultades que surgen en los servicios entre el personal y las usuarias, es esperanzador y estimulante el texto que transcribimos a modo de cierre de este trabajo. La cita corresponde a una recomendación del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-SMR OPS/OMS), institución con sede en nuestro país que ha sido guía y rectora en las últimas décadas de las políticas de salud y docencia en la región en lo referente al cuidado de los procesos reproductivos.

“En cada encuentro se espera que el personal de salud se preocupe por el bienestar emocional de la madre y la ayuda que obtiene de su familia y los demás miembros de su comunidad para poder resolver los problemas diarios que tiene por su condición de madre.

Si la madre o la familia relatan que ella tiene cambios en el comportamiento habitual o el estado emocional, se propiciará la consulta con un profesional que la evalúe y la atienda.

Las madres y las familias deberán ser siempre tratadas con cariño, respeto y dignidad. Sus puntos de vista, creencias y valores en relación al autocuidado y el cuidado del niño deberán ser contemplados y, salvo en aquellas ocasiones en que puedan resultar nocivos, se negociará en forma respetuosa con ella y su familia el cambio necesario en base a información veraz y oportuna. Se espera que las madres puedan tomar siempre sus propias decisiones sobre su propio cuidado o tratamiento necesarios. La buena comunicación es esencial. Los cuidados y la información considerarán el idioma apropiado y las prácticas culturales de la madre. (34)

## Anexo: Siglas

AC – Amniocentesis	IRS – Inicio relaciones sexuales
AC – Antecedentes conyugales	LA – Líquido amniótico
ACO – Anticonceptivos orales	LG – Linfoganglionar
AEG – Adecuado para la edad gestacional	MI – Motivo de ingreso
AF – Antecedentes familiares	NST – Monitoreo
AFP – Alfa feto proteína	OI – orificio interno
AG – Antecedentes ginecológicos	PA – Presión arterial
AI – Antecedentes inmunológicos	PARO – Policlínica de alto riesgo obstétrico
AO – Antecedentes obstétricos	PEG – Pequeño para la edad gestacional
AP – Antecedentes personales	PF – Planificación familiar
APP – Amenaza de parto prematuro	PV – Parto vaginal
ARM – Asistencia respiratoria mecánica	P y M – Piel y mucosas
ARO – Alto riesgo obstétrico	RA – Reproducción asistida
AS – Antecedentes sexuales	RAM – Ruptura artificial de membranas
ASEC – Antecedentes socio-económicos	REM – Ruptura espontánea de membranas
AU – Altura uterina	RN – Recién nacido
BF – Bucofaringe	SDR – Síndrome de distress respiratorio
BPN – Bajo peso al nacer	SF – Sufrimiento fetal
BVC – Biopsia vellosidad corial	SFA – Sufrimiento fetal agudo
Ca – Cáncer	SFC – Sufrimiento fetal crónico
CUD – Contracciones uterinas dolorosas	s/p – Sin particularidades
DC – Defecto congénito	T de P – Trabajo de parto
DG – Diabetes gestacional	TV – Tacto vaginal
DPN – Diagnóstico prenatal	VAT – Vacuna antitetánica
DPPNI – Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	
EA – Embarazo actual	
EE – Embarazo ectópico	
EX – Examen físico	
FCF – Frecuencia cardíaca fetal	
FI – Fecha de ingreso	
FPP – Fecha probable de parto	
FUM – Fecha de última menstruación	
GTC – Gonadotropina coriónica	
HMR – Huevo muerto y retenido	

## Referencias Bibliográficas

- 1 – Deustch, H. La Psicología de la Mujer. Buenos Aires: Losada. 1951
- 2 – Soifer, R. Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Buenos aires: Kargieman. 1977
- 3 – Langer, M. Maternidad y sexo . Buenos Aires: Paidós. 1974
- 4 – Schore, A.N. Contributions from the Decade of the Brain to Infant Mental Health. Infant Mental Health 22 pp1-2 2001
- 5 – Main, M .Behavior and the Development of Representational Models of Arttachment: five methods of assessment. Cambridge: Cambridge University Press. 1995
- 6 – Bernardi, R. Neurociencias y Psicoterapia. Montevideo: Jornada Centro Ágora. 2008
- 7 – Videla, M. Maternidad: Mito y Realidad. Buenos Aires: Peña Lillo 1984
- 8 – Giberti, A. Maternidad e Ideología Obstétrica. Buenos Aires: Centro de Estudios de la Mujer (ficha). 1981
- 9 – Lombardi, A. y Graschinsky El Ideal Maternal. En Lombardi. Entre Madres e Hijas. Buenos Aires: Paidós 1990
- 10 – Brazelton, B. y Cramer, B. La Relación más Temprana . Barcelona: Paidós 1993
- 11 – Lebovici, S. y Weil-Halpern, F. La Psychopathologie du Bébé. París: Presses Universitaires de France. 1989
- 12 – Cramer, B. y Palacio-Espasa, F. Técnicas psicoterápicas Mae-Bebé. Estudos Clínicos e Terapêuticos. Porto Alegre: Artes Médicas 1993
- 13 – Zeanah, C. – Representational intervention and assessment in abusing families. Presentado en el VI Congreso Mundial de la World Association for Infant Mental Health WAIMH. Tampere, Finlandia 1996
- 14 – Bernardi, R; Tenenbaum, T. y Defey, D. El Mundo Representacional de la Madre ante las Acciones Espontáneas del Hijo. Presentado en el Encuentro Internacional de WAIPAD. Buenos Aires 1991
- 15 – Ammaniti, M. (coord.) Parental Representations, Assessment and Early Intervention. Mesa Redonda en el VI Congreso Mundial de WAIMH. Tampere, Finlandia, 1996
- 16 – Zeanah, C. Adaptation Following Perinatal Loss: a Critical Review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 28,3: pp467-480
- 17 – Quadrelli, R.; Quadrelli, A.; Mechoso, B.; Laufer, M; Jamandreu, C. y Vaglio, A. Prenatal decisión to abort or continue a pregnancy with a diagnosis of chromosomal abnormality in a setting where termination of pregnancy is not legally permitted. Prenatal Diagnosis 27, 3: pp 228-32.2007
- 18 – Correas, P. y Defey, D. El hijo...¿Perseguidor o Víctima? Anticipos en el Teatro de la Mente. En Freire de Garbarino, M. (comp.) Jornadas sobre Interacción Temprana. Montevideo: Roca Viva. 1993
- 19 – Hockman, C.H. Prenatal induced stress in the rat: its effects on emotional reactions in the offspring. Journal of comparative and Physiological Psychology 54: pp679-684. 1961
- 20 – Cerutti, S. Tesis Doctoral. Universidad Paris VII. Paris 1998
- 21 – Pines, D. The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. International Journal of Psychoanalysis 63. 1982
- 22 – Winnicott, D. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Laia 1958
- 23 – Marciano, O. Le Père, l'Homme et le Masculin en Perinatalité. Paris: Spirale 1999
- 24 – Schwartz, R. Comunicación Personal . 2002

- 25 – Audras de la Bastie. Recherche de facteurs psychologiques dans l'étiologie de la prématurité. Revue Psychoanalyse de la Université, 9
- 26 – PNUD – Proyecto Desarrolla – Panorama Internacional y viabilidad de políticas de licencias y servicios de cuidado infantil en Uruguay. Montevideo 2009
- 27 – Defey,D.; Díaz Rossello, J.L.; Friedler, R.; Núñez, M. y Terra, C. Duelo por un Niño que Muere antes de Nacer. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana 2002
- 28 – Magri R.; Miguez, H.; Parodi, V; Hutson, J.; Suárez, H.; Menéndez, A. Koren, G.; Bustos, R. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Archivos de Pediatría del Uruguay Vol 78, Nº 2 2007
- 29 – Andrade, L. y Boronat,E. Consumo de pasta base en el embarazo. Abandono o disminución en el uso: factores que inciden. Monografía de Egreso. Escuela de Parteras, Facultad de Medicina UdelaR. 2009
- 30 – Corbo, G.; D'Oliveira, N.; Defey, D. Investigación sobre Prevalencia de la Depresión Materna en el Primer Año Post-Parto. PNUD Proyecto Desarrolla. 2009-2010 (Investigación en curso)
- 31 – Defey, D. y Friedler, R. Psicólogos en el Hospital. Revista Relaciones Nº 44-45 . 1991
- 32 – Terra, C. Factores psicosociales en las dificultades de acceso al control prenatal y pediátrico Presentado en la Jornada Anual del Capítulo de Ginecología Psicosomática de la Sociedad de Ginecología del Uruguay. Montevideo, noviembre 2001
- 33 – Rosario Lores . Comunicación personal . 2008
- 34 – Fescina, R.; De Mucio,B.; Díaz Rossello, J. Martínez,G.; Abreu,M.; Camacho,V.; Schawcz,R. Atención Integral Centrada en el Madre y el Niño después del Nacimiento. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS. CLAP/SMR-OMS – Publicación Científica Nº 1562 – 2008 pp 219-220

## Bibliografía de Lectura Recomendada

- Brazelton, B. y Cramer, B.** La relación más temprana. Barcelona: Paidós. 1993
- Cramer, B.** De profesión bebé . Buenos Aires: Urano. 1990
- De Ben, S. y Tomasina, A.** Riesgo Reproductivo en el Ambiente de Trabajo . Montevideo: Cátedra de Toxicología-CSIC. 2001
- Defey,D.** (comp.) Mujer y Maternidad: Aportes para su Comprensión desde la Psicología Médica. Tomo I, II, III y IV . Montevideo: Roca Viva 1994-6 (Capítulos seleccionados re-editados en fascículos de la serie Temas, Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana. 1992)
- Giberti, E.** Maternidad e Ideología Obstétrica. Buenos Aires: Centro de Estudios de la Mujer (ficha) 1984
- Helsing, E. y Savage King, F.** Guía práctica para una buena lactancia. México: Pax. 1983 (disponible en serie PALTEX de OPS)
- Klaus, M. y Kennel, J.** La relación madre-hijo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1982
- PNUD Proyecto Desarrolla.** Investigación sobre depresión materna en el primer año postparto. Revisión crítica de la literatura. Montevideo. 2009. [www.desarrolla.undp.org.uy](http://www.desarrolla.undp.org.uy)
- Purves, L.** Cómo no ser una madre perfecta. Buenos Aires: Paidós 1990
- Stern, D.** El Nacimiento de una Madre . Barcelona: Paidós 1999
- Videla, M.** Maternidad: Mito y Realidad. Buenos Aires: 1984
- Videla, M. y Grieco, A.** Parir y Nacer en el Hospital. Buenos Aires: Nueva Visión 1993