SALUD MENTAL PERINATAL: INVESTIGACIONES Y REFLEXIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DE DERECHOS.

COMPILADORA : SANDRA MARAÑÓN

Salud Mental Perinatal: investigaciones y reflexiones desde la perspectiva de género y de derechos.

Compiladora: Sandra Marañón

Autorxs

Sandra K. Marañón
Paulina Archimio
Constanza Lopez
Osornio
C. Macarena Di Nardo
Sofía Castorina
Flavia Vanesa Maernitz
Natasha Fernández Miranda
Paloma González
Sasha B. Aguilera
Stefanía iezzi
Fiorella Bruno
Candela Bilbao
Jorgelina De Boni
Lorena E. Toledo
Agustín Cardinali
Julieta Ortega
Julia Pieroni
María Cristina Zaragoza
Cintia Belen Vazquez
Agustina D. Bedjan
Alejandra E. Babez
Lourdes N. Farias
María Jesús Crededío Isla
Andrea Carissimo
Erica Macaya
Florencia López
María Paz
Cardozo
Micaela Centeno
Luana Morales

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Psicología - Secretaría de Extensión y Transferencia

Salud mental perinatal: investigaciones y reflexiones desde la perspectiva de género y de derechos / Compilación de Sandra Marañón. - 1a ed. - Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-811-248-0

1. Salud Mental. 2. Perspectiva de Género. 3. Medicina Perinatal. I. Marañón, Sandra, comp.

CDD 365.6672

Contenido

Prólogo 6

Introducción 8

Capítulo 1 13

Salud mental perinatal: complejidad de su abordaje 13

Capítulo 2 17

Desde la extensión a la investigación: ida y vuelta 17

Capítulo 3 22

Derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención en salud: grado de conocimiento y posibilidades en el acceso a la información de personas con capacidad de gestar. Aportes desde la Bioética y la Psicología perinatal 22

Capítulo 4 30

Abordaje del control prenatal en la Atención Primaria: entre la accesibilidad, los vacíos y las prácticas situadas. Aportes de la Psicología Perinatal 30

Capítulo 5 44

Cuidar a quienes cuidan: Aportes de la psicología perinatal a las prácticas de autocuidado que utiliza el equipo de salud perinatal ante situaciones críticas 44

Capítulo 6 51

¿Qué aporta la perspectiva de género y de interseccionalidad a la práctica perinatal? 51

Capítulo 7 58

"Maternidad y proyecto de vida profesional estudiados en jóvenes estudiantes de Psicología de la UNMDP" 58

Capítulo 8 67

"Paternidades y vivencias: Acompañando embarazos en tiempos de pandemia" 67

Capítulo 9 86

Ley de Parto Humanizado: conocer para decidir 86

Capítulo 10 105

Violencia obstétrica en la práctica de la cesárea: análisis desde el abordaje de la Psicología Perinatal 105

Capítulo 11 122

Ley de parto humanizado: ¿es la implementación un deseo posible? 122

Capítulo 12 142

Ley 26862. Ley de Reproducción Humana Médicamente Asistida. Preguntas. ¿Respuestas? 142

Capítulo 13 150

Parir en el Penal: impacto psicológico en personas que atravesaron su parto en contextos de encierro. Aportes de la Psicología Perinatal 150

Capítulo 14 158

Conocer para acceder: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley 27610 158

Capítulo 15 167

Abordaje y clínica de la pérdida gestacional y post neonatal- Aportes de la psicología perinatal a las intervenciones de los profesionales del área 167

Capítulo 16 185

"Abordaje del equipo de salud perinatal en la transmisión del diagnóstico de embarazo de riesgo: Consideraciones sobre el impacto en la salud mental y aportes de la psicología perinatal." 185

Capítulo 17 195

"Familias trans: repensando las configuraciones familiares" 195

Capítulo 18 206

Un lugar para duelar 206

Prólogo

Es para mí un verdadero gusto escribir estas palabras iniciales a partir de la generosa invitación de la Dra. Sandra Marañón, compiladora de este libro, a quien agradezco profundamente la confianza depositada y el compromiso sostenido en la construcción y consolidación de esta área temática en nuestra Facultad. Esta invitación me brinda la oportunidad de señalar algunos aspectos que considero relevantes, tanto de la presente publicación como del proceso de trabajo que la antecede y la sostiene, un recorrido del que he tenido la fortuna de ser testigo en distintos momentos de su desarrollo.

La primera articulación surgió con la invitación a participar de la convocatoria a proyectos de investigación financiado por nuestra facultad (PIAF) en el año 2023. Luego de varias charlas la Dra. Marañon presentó una propuesta que fue aprobada por la comisión evaluadora con una excelente valoración. Desde ese primer paso en la investigación a la actualidad, donde dirige dos proyectos aprobados y acreditados por la UNMDP y la Facultad de Psicología, ha pasado un tiempo y mucho trabajo. En particular el que a continuación se desarrolla es uno doble. El académico desde ya, pero también aquel que supone la construcción de un equipo de estudiantes y profesionales que decidieron investigar y escribir.

Producir conocimiento en la universidad pública no es únicamente un ejercicio académico, sino una responsabilidad política y ética. Las investigaciones y reflexiones aquí reunidas han sido realizadas en su mayoría por estudiantes de grado en el marco de sus trabajos de investigación finales (TIF) y por integrantes de proyectos acreditados de investigación y extensión. Dan cuenta de un modo de concebir la formación universitaria como producción situada de saber. El libro no sólo sistematiza resultados, sino que visibiliza trayectorias formativas, procesos de acompañamiento docente y la consolidación de un equipo que entiende la investigación como práctica colectiva.

De la lectura de los trabajos se desprende una forma de concebir la investigación universitaria no como práctica extractivita, sino como proceso de ida y vuelta con la comunidad y con la academia. En su escritura se ve un proceso que va desde experiencias de diferentes complejidades; a su formalización escrita permitiendo la comunicación de lo logrado. Integrando así la extensión crítica y la investigación, siendo una apuesta indispensable para nuestra universidad pública.

Además de su valor institucional y académico, nos interpela en otra dimensión. Pensar que la salud mental perinatal implica interrogar la forma en que una sociedad recibe la vida, acompaña los procesos de gestación, parto y crianza, y tramita sus pérdidas. Implica cuestionar el predominio de modelos biomédicos y preguntarnos qué lugar le damos a la experiencia subjetiva de quienes gestan y crían.

Hay en estas páginas una insistencia ética, sostener que la salud mental perinatal no puede pensarse al margen de las condiciones sociales que la producen. Las leyes existen, pero su

implementación requiere formación, sensibilización y compromiso profesional. Las normativas amplían derechos, pero su efectividad depende de prácticas concretas. La investigación, en este marco, es un instrumento privilegiado.

Este libro, entonces, no es únicamente una compilación académica. Es la evidencia de un trabajo colectivo que articula estudiantes, graduadxs, docentes e investigadorxs; es el resultado de animarse. Y también, una invitación a continuar pensando la salud mental perinatal como un campo de intervención interdisciplinario, situado, amoroso y comprometido con los derechos logrados y aquellos a conseguir.

Agradezco nuevamente a la Dra. Sandra Marañón por convocarme a escribir este prólogo y por la conducción sostenida, coherente, inquieta y cálida; en la construcción del espacio que da marco a este libro. Confío en que este trabajo contribuirá a la formación de profesionales que garanticen una atención perinatal integral, respetuosa y con perspectiva de género y de derechos.

Mauro Pino.

Secretario de Investigación, Posgrado y Relaciones Internacionales.

Facultad de Psicología.

UNMDP.

Febrero 2026.

Introducción

Sandra Marañón

"Para cambiar el mundo hay que cambiar la forma de nacer"

Michel O'dent

Desde el año 2018 la Facultad de Psicología desarrolló un área disciplinar incipiente, la psicología perinatal. A través de proyectos y cursos de extensión desarrollados desde la Cátedra Abierta de Salud Mental Perinatal, cursos de posgrado, organización de Jornadas y propuestas de PSC (Prácticas Socio Comunitarias) en la temática fue consolidándose un área de desarrollo en docencia, extensión e investigación. Fue así que en el año 2022, se creó el Programa de Salud Mental Perinatal, una estructura de extensión que propuso la articulación e integración de espacios de extensión, investigación y docencia en relación a la salud mental perinatal que se desarrollan en la nuestra facultad para, de este modo, fortalecer la formación estudiantes y graduados/as en el área.

Nacer entre palabras, el proyecto de extensión fue el inicio de un extenso desarrollo de actividades en la temática, también el campo desde el cual surgieron todas las preguntas que guiaron las investigaciones que se presentan en este libro y que fueron realizadas por estudiantes de grado de la carrera. El encuentro con la comunidad en diferentes espacios tanto dentro de las aulas como fuera de ellas permitió comenzar a interrogar la etapa perinatal y su complejidad desde la perspectiva de género y de derechos y promover actividades que deconstruyen, problematizan y desnaturalizan estereotipos, prejuicios y modelos de ejercer la maternidad, la paternidad y las crianzas.

La promoción de la salud y la prevención de problemáticas que pueden surgir durante esos procesos son una preocupación de la Salud Pública Nacional y como cito en la frase elegida para dar inicio a esta introducción, para cambiar el mundo hay que cambiar la forma de nacer a la que, humildemente, agrego la de nacer y la de criar. Debemos cuestionar formas estereotipadas de criar, debemos problematizar y preguntarnos quienes cuidan, sostienen, protegen y subjetivizan a las infancias de hoy para que de este modo, problematicemos la formación de futuros y futuras

profesionales para que sean promotores y promotoras de derechos y que se comprometan éticamente con este cuidado.

En este sentido se han promulgado varias normativas que atraviesan la práctica profesional en esta etapa vital. Por ejemplo: la Ley 25.929 de parto humanizado; Ley 27.611, de los 1000 días; y otras que se encuentran en relación directa como la Ley 26529 de derechos del paciente y la Ley 26485 para prevenir sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Es importante que los y las profesionales posean herramientas conceptuales y metodológicas basadas en un modelo de atención integral de la salud con perspectiva de género y derechos a fin de poder brindar un acompañamiento y atención adecuados, en el proceso de gestación, parto y crianza íntimamente relacionado con las diversas maneras de constituir familia.

La importancia de la investigación en salud mental perinatal

La salud mental perinatal es un tema de gran relevancia en la actualidad, ya que afecta a un gran número de familias en todo el mundo. Investigar en salud mental perinatal promueve detectar situaciones y problemáticas que impulsarán el diseño de políticas públicas que protejan los derechos de las personas con capacidad de gestar, de las personas gestantes y su familias .De este modo, entendemos a la investigación y a la investigación en ciencias sociales como una herramienta de transformación social fundamental para entender las complejas dinámicas que rodean la salud mental perinatal. Así, al estudiar las experiencias y percepciones de las personas gestantes y sus familias, podremos identificar las barreras y facilitadores para la atención y el apoyo y desarrollar intervenciones efectivas para mejorar la salud mental perinatal.

Las ciencias sociales nos permiten entender la salud mental perinatal como un fenómeno complejo que se ve influenciado por factores sociales, culturales, económicos y políticos. Al considerar la perspectiva de las ciencias sociales, podemos identificar las formas en que las estructuras y sistemas sociales pueden influir en la salud mental perinatal, y desarrollar estrategias para abordar estas desigualdades.

Objetivos y estructura del libro

Este libro presenta una colección de investigaciones y reflexiones sobre la salud mental perinatal desde la perspectiva de las ciencias sociales, es decir: integral, interdisciplinaria e intersectorial. Nuestro objetivo es contribuir a la comprensión de la salud mental perinatal como un tema complejo y multifacético, y destacar la importancia de la investigación y la acción para mejorar la atención y el apoyo a las mujeres y familias.

Todas las investigaciones compartidas fueron realizadas por estudiantes de la carrera de licenciatura en psicología que deben cumplimentar con un requisito curricular dentro de la formación que es el trabajo de investigación final y también por estudiantes y graduadas que han participado del proyecto de investigación ***Derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención en salud: grado de conocimiento y posibilidades en el acceso a la información de personas con capacidad de gestar. Aportes desde la Bioética y la Psicología perinatal*** en el marco de la convocatoria PIAF de la Facultad de Psicología de la UNMDP. Si bien acompañé como supervisora a las investigaciones antes mencionadas este trabajo fue compartido por otras colegas a quienes les agradezco este proceso, puedo mencionar a algunas de ellas como la Dra. María Marta Mainetti, la Dra. Julieta Echeverría entre otras así como también al cuerpo de evaluadores y evaluadoras que son parte de nuestra facultad.

El libro se divide en dieciocho capítulos, cada uno de los cuales presenta una investigación o reflexión sobre un aspecto específico de la salud mental perinatal. Los capítulos están organizados en cuatro secciones: una primera sección denominada Salud mental perinatal que incluye los primeros cinco capítulos que describen las preguntas que dieron origen a esta compilación, la relación entre la extensión y la investigación, los fundamentos de la investigación en derechos sexuales y reproductivos, una conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos y los objetivos del proyecto de investigación desarrollado durante dos años en la facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En esta misma sección encontrarán dos de las quince investigaciones que les compartimos, la primera que se interroga cómo es el abordaje de la salud mental perinatal en los controles prenatales en el primer nivel de atención en la ciudad de Mar del Plata y la siguiente, en el capítulo cinco que indaga los aportes de la psicología perinatal en el cuidado de los equipos de salud en situaciones críticas.

En la segunda sección problematizamos la necesidad de incorporar la perspectiva de género a los abordajes en salud mental perinatal y en la tercera sección planteamos el imperativo de transversalizar la perspectiva de derechos en todos las intervenciones e investigaciones en salud mental perinatal y finalmente en la cuarta y última sección profundizamos en temáticas invisibilizadas de la salud mental perinatal y que necesitan ser puestas en palabras: el duelo perinatal , las maternidades y paternidades trans y los embarazos de riesgo.

Esperamos que este libro sea de interés para investigadores/as, profesionales de la salud y cualquier persona interesada en la salud mental perinatal. Nuestro objetivo es contribuir a la conversación sobre este tema importante y a la creación de un futuro en el que todas las personas gestantes, personas con capacidad de gestar y sus familias tengan acceso a la atención y el apoyo que necesitan para una salud mental perinatal de calidad y con perspectiva de género y de derechos.

Las últimas palabras de esta introducción son de agradecimiento en particular y en especial para el Lic. Mauro Pino, secretario de investigación de nuestra facultad quien en todo este tiempo acompaño e impulsó con amabilidad, alegría, entusiasmo, generosidad y experticia todo el proceso.

Sección 1

Salud mental perinatal

Capítulo 1

Salud mental perinatal: complejidad de su abordaje

Sandra Marañón

La psicología perinatal se enfoca en los procesos afectivos y psicosociales que se desarrollan en ocasión del nacimiento de un/a hijo/a y hacen posible la anidación psíquica y la constitución de un vínculo temprano. Por esto, cuidar y proteger la salud de las personas gestantes y con capacidad de gestar es fundamental, porque de su bienestar y equilibrio emocional dependerá la salud física y emocional de las infancias. En muchos casos la atención en salud que recibe la persona gestante, parturienta o puérpera, suele estar vinculada a prácticas propias del modelo médico hegemónico, donde los aspectos de la salud física cobran mayor relevancia en detrimento de aspectos emocionales, psicosociales y culturales. Si bien cada vez más se advierte un cuestionamiento a dicho modelo y cambio hacia una atención más singularizada, no se ha generalizado la inclusión de otros aspectos como son: el respeto por la diversidad, por los derechos sexuales y reproductivos, la consideración por las experiencias vitales de cada persona, de los aspectos psicológicos, familiares y socio-culturales.

Cada comunidad tiene sus propios rituales, prácticas, creencias y normativas que es necesario que el sistema de salud conozca y respete. En Argentina, desde el 2004 existe la Ley nacional Nª25.929/2004 del Parto respetado. Este concepto hace referencia a la atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres/madres, niños y niñas en el momento del nacimiento; apunta a humanizar y dignificar la atención durante el embarazo y el nacimiento, haciendo hincapié en los derechos de la persona gestante y la importancia de respetar su voluntad en esa circunstancia.

Durante el año 2009, se sancionan otras dos leyes vinculadas con la temática: la Ley 26.529 de Derechos de los pacientes en su relación con instituciones y profesionales de la salud; y la Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. La Ley 26.529, reconoce los derechos de las personas en relación a la atención de su salud, tomando como pilar fundamental el respeto por la dignidad humana, la autonomía, intimidad y trato digno y respetuoso. Respecto a la Ley

26.485, regula situaciones y establece derechos específicamente determinados para las mujeres y disidencias. En el artículo 6 define las modalidades con las que puede ser ejercida la violencia contra ellas considerando los distintos ámbitos, incluyendo la ejercida contra la libertad reproductiva, la obstétrica.

En esta normativa se define a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. En función de lo expuesto, debe entenderse, que la VO se enmarca en la temática más general de la Violencia contra las mujeres haciendo necesario la adopción de la perspectiva de género para el abordaje integral de la misma. Por otra parte, si nos enfocamos en la persona por nacer y en los primeros años de vida se requiere de cuidados físicos y emocionales vitales para su desarrollo saludable. En este sentido, abordar la complejidad de los primeros 1000 días es una prioridad para quienes asisten en el ámbito de la salud perinatal.

Abordar los procesos emocionales que acompañan esta etapa fundante del psiquismo es prioritario, conocer la modalidad de abordaje también. La salud mental perinatal es un proceso condicionado por factores económicos, sociales, políticos, biológicos, culturales y emocionales y en este sentido es una etapa marcada por la complejidad tomando el concepto de Edgard Morin. El autor enfatiza la necesidad de abordar problemáticas complejas desde enfoques interdisciplinarios que los comprendan a través de la integración de múltiples enfoques y disciplinas como la sociología, la biología, la psicología, la filosofía, etc reconociendo que los fenómenos complejos no pueden ser comprendidos de manera reduccionista sino que requieren de un análisis integral que considere las múltiples relaciones entre las dimensiones del fenómeno, en este caso la complejidad de la salud mental perinatal. Edgard Morin explica que las características de los sistemas complejos no pueden ser explicadas por sus componentes individuales ya que las mismas surgen, precisamente, de las interacciones y relaciones entre las dimensiones del sistema. En el caso de la salud mental perinatal podemos mencionar las dimensiones biológicas, culturales, emocionales, históricas, económicas y políticas. Por lo expuesto anteriormente, ni el análisis ni las intervenciones deben ser reduccionistas, sino complejas, integrales, intersectoriales e interdisciplinarias. En este sentido este libro propone describir situaciones, escenarios y contextos en los que estas dimensiones se hacen presentes para describir la complejidad del campo perinatal.

Referencias bibliográficas

Morin, E. (1994). La noción de sujeto. En:Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad.
Buenos Aires.Paidós

Maldonado Durán, M (2011) La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal.© Organización Panamericana de la Salud, 2011 525 Twenty- third Street, N.W. Washington, D.C. 20037

Capítulo 2

Desde la extensión a la investigación: ida y vuelta

Sandra Marañòn

Elucidando nuestra tarea en extensión: pensar lo que hacemos y saber qué pensamos de la extensión

Las universidades tenemos la responsabilidad ética y política, como parte de las instituciones del Estado, de formar profesionales de la salud desde un enfoque integral, con perspectiva de género y de derechos. Enfoques que garantizan la atención integral en salud y que visibilizan las desigualdades y las inequidades para poder intervenir y transformar la vida de las personas. Dice nuestro estatuto que "la Universidad debe propiciar una formación de calidad y relevancia científica, social y cultural; desde la función de la investigación, a la exploración y producción de nuevo conocimiento principalmente vinculado con las diversas realidades de la sociedad contemporánea; desde la perspectiva de la extensión, a un fuerte compromiso social basado en el más estricto respeto a los derechos humanos, y bajo un protagonismo crítico necesario para reforzar y dinamizar los procesos de inclusión y democratización." Es así que cada egresado/a de nuestra facultad y de nuestra universidad realiza sus prácticas sabiendo que existen tres niveles de compromiso ético: como ciudadanos/as, como profesionales de la salud teniendo pleno conocimiento de las normativas que regulan nuestra práctica y como profesionales de la salud mental.

En el caso de la salud perinatal la ley de derechos del paciente, la ley de parto humanizado, la ley para sancionar, prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquier ámbito que desarrollen su vida y como profesionales de la salud mental garantizando el bienestar psíquico como derecho humano fundamental respetando los derechos y la dignidad de las personas, ejerciendo nuestro compromiso social y científico con competencia, integridad y responsabilidad social.

Docentes, extensionistas, investigadores y estudiantes somos quienes hacemos la facultad y la Universidad todos los días, en cada práctica, en todos los territorios que habitamos y tenemos la responsabilidad ética política de formar profesionales que intervengan ¿De qué manera? Adecuando los diseños curriculares a los contextos,

demandas y problemáticas actuales, transversalizando los contenidos con la perspectiva de género y de derechos, elaborando programas de formación y capacitación de profesionales de todas las disciplinas que abordan la salud.

En lo que respecta al área de docencia capacitando no solo a los/as estudiantes sino brindando herramientas a los profesionales del área; desde el área de extensión vinculando el conocimiento que se produce y circula en la universidad, con las necesidades de la comunidad; protagonistas ambas, de una misma realidad en un diálogo constante y bidireccional y desde el área de investigación propiciando líneas de investigación acción participación en la temática.

Es en esta ida y vuelta de la extensión a la investigación y viceversa es que propiciamos a través de la construcción colectiva del conocimiento, la modificación y mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad en los distintos aspectos: salud, educación, trabajo, producción, cultura etc. Es en este ida y vuelta que el objetivo primordial de formar profesionales que trabajen en forma interdisciplinaria, que sean instituyentes en cada espacio que habitan, que instalen preguntas y cuestionamientos que permitan deconstruir prácticas hegemónicas, reduccionistas, problematizando, descolonizando y despatriarcalizando las prácticas en salud se cumple.

La Universidad tiene que pensarse en su práctica y reflexionar sobre la formación para no reproducir modalidades que han alimentado la desigualdad , la exclusión y la vulneración de derechos y de este modo ser garantes de que los y las usuarias del sistema de salud sean sujetos de derechos, con pleno ejercicio y conocimiento y que nuestras prácticas como profesionales de la salud sean humanizadas y humanizantes que no asuman actitudes paternalistas para realizar intervenciones integrales que respeten la intimidad y autonomía de la otredad con la que nos vinculamos.

En este sentido, creemos que la mirada crítica de la extensión nos ofrece los recursos necesarios para interpelar nuestras prácticas de investigación y docencia para propiciar ese diálogo de saberes, esa co-construcción de diagnósticos e intervenciones .Podemos, en primer lugar, elucidar la práctica. Es decir, ese esfuerzo de analizar críticamente lo instituido, ese “trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que se piensa” (Castoriadis, 2007). La elucidación como esa interrogación reflexiva sobre lo que hacemos, lo que pensamos y lo que damos por sentado como un saber

"válido", "natural" o "establecido". Sin embargo, problematizar lo instituido desde una perspectiva de la extensión crítica, no implica únicamente un proceso continuo de reflexión crítica, sino de acción, no se trata sólo de cuestionar - las instituciones no están dadas de una vez y para siempre, por el contrario, son procesos en donde diversas prácticas y discursos ponen en juego fuerzas en tensión constante-, sino de trabajar hacia la construcción de alternativas y soluciones mediante una propuesta de vinculación territorial en la implementación de acciones transformadoras.

Otro autor que nos puede guiar en esta ida y vuelta entre la investigación y la extensión es Fals Borda (2015) quien introduce "el sentipensar", como categoría teórica y metodológica para reflexionar sobre las acciones que desplegamos en los territorios y que rescata de sus conversaciones con pescadores de San Martín de la Loba, quienes le hablan de "pensar con el corazón y sentir con la cabeza".

Asimismo, las categorías de extrañamiento (Lins Ribeiro, 1998) y el ejercicio de la deconstrucción (Derrida,1960) nos animan a explorar formas diversas de investigar, habilitando espacios para pensar y pensarse tanto en nuestra práctica como docentes, extensionistas e investigadoras dentro y fuera del aula. Este ejercicio de elucidación, extrañamiento, deconstrucción y sentipensar permitirá desnaturalizar las "verdades" de la academia, posibilitando salir de un lugar de poder que supone pertenecer a la universidad y en el mismo movimiento, reordenar y otorgar nuevos significados a la práctica docente-extensionista e investigadora.

Así podemos pensar el concepto de la extensión desde el paradigma de la extensión crítica que propone construir nuevas formas de vincularnos con la otredad, siendo parte de ella, casi en un ejercicio dialéctico de entrar y salir del campo para poder pensarnos y no reproducir prácticas que han fosilizado el rol de la universidad. Un encuentro con la otredad, siendo parte de ella. Es en ese encuentro con la otredad en el que surgen preguntas sobre la realidad con la que interactuamos e intervenimos y que posibilita cuestionar desde que posición investigaremos e intentaremos dar respuesta a esos interrogantes.

Desde el paradigma de la extensión crítica, uno de los principales desafíos de las universidades públicas es lograr la integralidad de sus funciones comprendiendo la extensión como una práctica pedagógica reflexiva, experiencial y situada como también

a la investigación y a la docencia En este sentido, implica un proceso transformador donde no existen roles estereotipados de educador y educando, donde todos aprenden y enseñan, además de potenciar un proceso de co-producción y co-creación del conocimiento que articula críticamente el saber académico con el saber popular. (Erreguerena, Nieto y Tomasino, 2020)

Retomando las palabras del Dr. Tommasino pensar la extensión como un ámbito de aprendizaje significativo, no neutro sino eminentemente político que problematice la ideología dominante permite pensar a la investigación como un ámbito con las mismas características, un ámbito no extractivista, un espacio donde se propicie el aprendizaje situado, ético y significativo.

Ir y venir, de la extensión a la investigación y de la investigación a la extensión es fundamental para que los y las estudiantes se involucren activamente, sean parte de su formación integral, y que además, los y las prepare para enfrentar los desafíos de un mundo real e incierto.

Este libro surge de todas esas idas y vueltas entre la extensión y la investigación, surge de todos los interrogantes que la comunidad compartió en esos encuentros desde el proyecto de extensión Nacer entre palabras, del encuentro con la otredad que en toda propuesta de vinculación territorial, implica explorar y deconstruir los propios prejuicios y privilegios con la finalidad de potenciar la capacidad de transformación de la realidad que habitamos.

Referencias bibliográficas

Castoriadis, C.2007. La institución imaginaria de la sociedad. Buenos Aires: Tusquets

Lins Ribeiro, 1999. Descotidianizar: extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica." En: Constructores de otredad. Eudeba. Guber, R. 2001 La etnografía, método, campo y reflexividad/Rosana Guber.- Bogotá: Grupo Editorial, Norma.

Castoriadis, C.(2007) La institución imaginaria de la sociedad (un volumen), Tusquets, Buenos Aires.

Derrida,J. (2004) ¿Qué es la deconstrucción? Le Monde, Martes 12 de Octubre 2004.

Erreguera, F.; Nieto, G. y Tommasino, H. (2020). Tradiciones y matrices, pasadas y presentes, que confluyen en la Extensión Crítica Latinoamericana y Caribeña. Cuadernos de Extensión en la UNLPam. 4, (4), 177-204.

Fals Borda, O (2015) Una sociología pensante para América Latina. Colección Antología del Pensamiento Social Latinoamericano y Caribeño. CLACSO Siglo XXI Editores. Buenos Aires

Freire, P (1988) Pedagogía do oprimido Paz e Terra S/A, Rio de Janeiro

Freire, P. (1973). ¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural. México: Siglo veintiuno editores. (1ª ed.1969).

Giddens, A (1984) The Constitution of Society, University of California Press, 1984.

Ribeiro, G. L. (1). Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica. *Cuadernos De antropología Social*, (3). https://doi.org/10.34096/cas.i3.4852

Tommasino, H. y Rodríguez, N. (2013): Tres tesis básicas sobre extensión y prácticas integrales en la Universidad de la República. En Arocena,R.; Tommasino, H.; Rodríguez, N; Sutz, J.; Alvárez Pedrosian, E. y Romano, A. (Eds). Cuadernos de Extensión Nº 1. Integralidad: tensiones y perspectivas, 19-39.

Tomassino, H. (2023) Clases ofrecidas en el marco del Seminario “Extensión desde perspectivas críticas” Diplomatura en Extensión Crítica, UNMDP, 14 y 15 de Abril.

Capítulo 3

Derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención en salud: grado de conocimiento y posibilidades en el acceso a la información de personas con capacidad de gestar. Aportes desde la Bioética y la Psicología perinatal.

Antes de desarrollar este capítulo queremos anticipar que el mismo es el resultado de un trabajo en equipo que desarrollamos graduadas y estudiantes de nuestra Universidad dentro de la Facultad de Psicología y que fue el resultado de la decisión de la gestión de la facultad, a través de la secretaría de investigación de impulsar proyectos de investigación con financiamiento propio. En ese marco es que surge este y otros proyectos que impulsaron líneas de investigación innovadoras, todas transversalizadas por la perspectiva de género y de derechos. Es de resaltar que este proyecto fue codirigido en una primera etapa por la Dra. Julieta Echeverría quien realizó valiosos aportes desde la Bioética, luego en su continuidad fue codirigido por la Lic. en terapia ocupacional Mónica Sgalia. En este caso y como investigadoras de la Universidad pública nos posicionamos desde un paradigma de derechos respetuoso de la autonomía y dignidad de las personas. Por este motivo no compartimos una posición extractivista hegemónica en investigación sino un paradigma que permite conocer para transformar la realidad social de las personas que participan del proceso.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos básicos, directamente relacionados con el derecho a la libertad, a la salud integral y a la vida. La libertad de decidir cuándo, cómo y con quien ejercer la sexualidad sin presiones ni violencias, a respetar la orientación sexual y la identidad de género sin sufrir discriminación, o riesgos innecesarios y poder acceder a la información sobre derechos y el cuidado integral de la salud sexual. En este sentido, el acceso a la información en salud es un derecho que posibilita el ejercicio pleno del derecho a la salud. Toda persona que cuenta con información clara, precisa y adecuada puede decidir autónomamente sobre su salud (intervenciones, tratamientos, etc.).

Promover el derecho a la salud mental perinatal implica garantizar el acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos garantizando la

implementación de políticas públicas de cuidado que eviten que las personas gestantes y/o personas con capacidad de gestar atraviesen situaciones que los vulneren. Entendemos que los cambios normativos no implican que los cambios subjetivos y cambios en las prácticas institucionales se produzcan simultáneamente. En este sentido, el ámbito del derecho a la información en salud, es una muestra de esta problemática, es decir, que existan normativas que protejan los derechos sexuales y reproductivos no asegura que la población las conozca y los ejerza. No poder decidir autónomamente afecta la salud mental de las personas gestantes y/o con capacidad de gestar y de este modo, se reproducen situaciones de desigualdad e inequidad y de vulneración que afectan la salud mental perinatal.

Es necesario recordar que los derechos sexuales y los derechos reproductivos están protegidos por la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos y por Leyes Nacionales. Asimismo, existen resoluciones y recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación y de cada jurisdicción que establecen cómo deben actuar los hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas para respetar los derechos de la población. En consecuencia, es responsabilidad de quienes integran los equipos de salud realizar acciones que garanticen el acceso a esa información ya que conocer cuáles son esos derechos y las normativas que los amparan propiciará que la población construya ciudadanía en esta dimensión de la salud.

En el proyecto de investigación que se implementó desde el año 2023 nos propusimos como objetivo general indagar el grado de información que poseen las y los usuarias/os, analizar cuáles son las fuentes de información y vías de acceso a la misma y describir cuales son las estrategias utilizadas por el personal de salud para brindar esa información en relación a varias normativas específicas que regulan las prácticas en salud sexual y reproductiva.

El proyecto de investigación se planificó en cuatro etapas:1) relevamiento y análisis documental de las normativas mencionadas 2) construcción de instrumentos a utilizar: grilla de observación y guion de la entrevista 3) administración de los instrumentos y 4) análisis de los datos. La muestra seleccionada estuvo compuesta por personas en edad fértil entre 18 y 35/40 años que concurren a atenderse en el primer nivel de atención en los centros de atención primaria de la salud. En este sentido, el muestreo fue de tipo

intencional y el tamaño de la muestra se definió por saturación teórica, teniendo un mínimo de 50 entrevistas.

Los ejes explorados fueron: información, grado y fuentes de información sobre derechos sexuales y reproductivos y prácticas institucionales en relación a la difusión de información. Se tomaron los derechos establecidos en las siguientes normativas: ley de parto humanizado 25.929, ley 26.485 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales, ley 26130 por el derecho a acceder a las prácticas de ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, Ley 27610 de Interrupción voluntaria del embarazo y la Ley 26862 de fertilización asistida 26.862.Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud y a la libertad, con los que están directamente relacionados.

Para poder decidir, para poder ejercer esta ciudadanía es necesario acceder a información clara, precisa y adecuada para poder decidir cuándo, cómo y con quién desarrollar y vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, para saber cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. Acceder a información clara, precisa y adecuada posibilita que las personas decidan en forma autónoma y sin discriminación la cantidad de hijos/as que se desea tener, con quién, y cada cuánto tiempo, además de recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido. La atención de la salud respetuosa y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto, así como en situaciones de post aborto, también están contempladas dentro de los derechos reproductivos. Siendo también un derecho el acceso a la información la interrupción legal y voluntaria del embarazo. Por lo explicado previamente consideramos fundamental el acceso a información clara, precisa y adecuada como se especifica en la ley 26529, Ley de protección a los derechos de los pacientes.

En el marco de una bioética basada en derechos y con perspectiva de género, y del enfoque de la psicología perinatal, el proyecto de investigación tuvo como objetivo explorar y analizar el grado de información que poseían las personas gestantes y con capacidad de gestar respecto de los derechos sobre la salud sexual y reproductiva, y explorar qué obstáculos y posibilidades existen en el acceso a esta información en el primer nivel de atención en salud.

Participantes de la investigación

La muestra de la investigación estuvo compuesta por personas en edad fértil entre 18-35/40 años y el muestreo fue de tipo intencional recabando 188 respuestas.

Instrumento

Los cuestionarios constaban de algunas preguntas principales: si lxs participantes habían escuchado hablar de derechos sexuales y reproductivos, en qué contextos tomó contacto con esa información, si conoce las normativas investigadas (Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley de Parto Humanizado, Ley de Ligadura tubaria y Vasectomía, Ley de Fertilización Asistida y la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales), los derechos y la población que abarca la ley puntual de cada formulario, si considera que hay obstáculos en el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y si conoce el concepto de salud mental perinatal.

En algunas ocasiones se realizaron preguntas ampliatorias donde lxs participantes pudieron desarrollar sus respuestas. En este trabajo tomamos tres ejes para realizar un análisis preliminar de los cuestionarios: acceso a la información, obstáculos y contextos de acceso a la información. Los contextos mayormente reconocidos como espacios donde ha circulado información o se han mencionado los derechos sexuales y reproductivos han sido la Universidad, amigxs, medios de comunicación y consultas médicas. Resulta notorio preguntarnos si hay una correlación entre ser parte de la Universidad y poder acceder a la información en materia de derechos sexuales y reproductivos, si se produce directa o indirectamente, si se replica posteriormente en los ámbitos propios de cada unx o si la información queda entre quienes habitan la Institución. En el desarrollo de este proceso surgieron otros interrogantes, por ejemplo en relación al rol de los medios de comunicación y su responsabilidad en la difusión de la información, si esta difusión contribuye a la presencia de sesgos y posicionamientos, qué intereses existen en esa distribución o no de la información y si esa difusión contribuye o no a visibilización y a la lucha por la cual la población puede acceder a ella.

Los datos globales muestran las siguientes conclusiones:

En relación a la información sobre derechos sexuales y reproductivos el resultado es que el 58,3 % no ha escuchado sobre la temática. Es decir de un total de 188 respuestas, solo 109 han escuchado hablar o han tenido acceso a información sobre la temática.

La normativa más conocida según los datos obtenidos es la ley 27610, la ley de interrupción voluntaria del embarazo; en segundo lugar se ubica la ley 26485 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollan sus relaciones interpersonales; en tercer lugar se conoce en mayor porcentaje la ley de parto humanizado, la ley 25929, en cuarto lugar la ley de fertilización asistida y en último lugar la ley de ligadura tubaria y vasectomía , ley 26130.

Así como es relevante conocer cómo se accede a la información también lo es notar cuáles son sus principales obstáculos y por qué su existencia impide que se garantice el ejercicio pleno de derechos de manera efectiva y segura. Con respecto a este eje indagado lxs participantes mencionan los siguientes: consideran que la sexualidad es un tema tabú y que existen muchas resistencias en la sociedad y en los equipos de salud, en segundo lugar refieren que la falta de implementación de la ESI ha obstaculizado el acceso información clara, precisa y adecuada, luego mencionan la inequidad en el acceso a la información fidedigna y adecuada.

Estos obstáculos constituyen barreras a la hora de pensar el acceso a la salud sexual y reproductiva, en tanto que tomar evidencia posibilita que se puedan visibilizar distintas situaciones y recurrencias entre las diversas normativas, y pensar el lugar que tienen los datos y la información en las legislaciones, a la hora de pensar su surgimiento e implementarlas. Es decir, si el acceso a la información falla o es limitado, o si no existe información en relación a los derechos, la pregunta es por qué. Los derechos efectivamente no son para todxs.

En cuanto a los datos generales en relación a las fuentes de acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos y las normativas analizadas refieren lo siguiente: en primer lugar las redes sociales y entre instagram, facebook y twitter,

instagram es la mayor fuente de información. Luego, en segundo lugar, los medios de comunicación, en tercer lugar los espacios educativos (escuela-universidad) y en cuarto lugar los equipos y centros de salud.

En lo que concierne al conocimiento sobre la salud mental perinatal la falta de conocimiento es del el 40% (77 respuestas) y en lo que respecta a las situaciones en las que fueron derivadxs a un dispositivo de salud mental perinatal predominan las siguientes: depresión posparto, puerperio y duelo gestacional o perinatal y en último lugar por consultas en tratamientos de fertilización asistida.

Analizando los datos referidos anteriormente resaltamos la necesidad de reforzar las políticas públicas que se implementan el relación a la información en salud, también nos preguntamos cuál es el rol de los equipos de salud y qué lugar ocupan las redes sociales y los medios de comunicación en relación a la responsabilidad inherente a los y las profesionales de la salud y la ausencia de información y conocimiento de normativas fundamentales en la prevención en salud sexual y reproductiva y salud mental perinatal.

Cómo fue referido al inicio del trabajo los cambios normativos no implican que los cambios subjetivos y cambios en las prácticas institucionales se produzcan simultáneamente. El ámbito del derecho a la información en salud es una muestra de esta problemática, es decir, que existan normativas que protejan los derechos sexuales y reproductivos no asegura que la población los conozca y los ejerza.

Compartimos con ustedes los links de acceso a los resultados de los datos obtenidos en cada normativa.

Resultados ley 25929https://docs.google.com/document/d/1M-iZ7fV7I1-lCyRR0Mw096OnrpyYe94g1Gd-WCRw1CI/edit?usp=sharing

Resultados Ley 26862 https://docs.google.com/document/d/1TYQcSWDtC5YMP2vxUIdBNKsDWSsLrW2urjOCNn5kV_0/edit?usp=sharing

Resultados Ley 26130 https://docs.google.com/document/d/1A4fa1lIOk7-ogOz1JciRCixm8hDgGwLb4DXBKoMzBo/edit?usp=sharing

Resultados Ley 26485 https://docs.google.com/document/d/1sEqf9NPFby4uQziCGBr2rjvfin6wYX28SKjeRSsGK5c/edit?usp=sharing

Resultados 27610 https://docs.google.com/document/d/1Pf_L54ab2aeYPWtcigBWAw

4aANvmXXOjt-_ZmxEjdHo/edit?usp=sharing

Referencias bibliográficas

Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica (26.130/2006)
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.ht

Ley Nacional de salud sexual y procreación responsable 25673
https://www.argentina.gov.ar/normativa/nacional/ley-25673-79831

Decreto reglamentario 1282/2003
http://www.saij.gob.ar/1282-nacional-reglamentacion-ley-25673-sobre-salud-sexual-procreacion-responsable-dn20030001282-2003-05-23/123456789-0abc-282-1000-3002soterced

Ley Nacional de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud 26529/2009
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm
Ley IVE 27610 Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Ley 26862 Acceso integral a los procedimientos y técnicas médica-asistenciales de reproducción médicamente asistida

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 26485/2009
http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm

Ley 25929 Ley de Parto humanizado 2020

Marañón, S. Salud sexual y reproductiva desde un paradigma de derechos: en clave necesario para pensar el género y salud desde la Antropología y la Psicología 235- 24 Antropología: problemáticas y debates ISBN 978-987-4948-86-1 Coordinadora: María Marta Mainetti Fundación La Hendija Gualeguaychú

Organización Panamericana de la Salud.
“Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington, D.C.: OPS, © 2008.

Capítulo 4

Abordaje del control prenatal en la Atención Primaria: entre la accesibilidad, los vacíos y las prácticas situadas. Aportes de la Psicología Perinatal

"...en el ser humano, el fenómeno de la maternidad excede el hecho biológico y tiene un significado, no solamente a nivel social y cultural sino, de manera importante en el nivel psicológico. La maternidad y paternidad son crisis vitales y evolutivas, que conllevan un cambio psíquico en la mujer y en el hombre que van a ser padres. La forma en que madres y padres atravesarán esta crisis depende de una multiplicidad de factores."

Proceso de la maternidad y maternaje: fundamentación teórica. Alicia Oiberman, 2018.

Sasha Aguilera-Lorena Toledo

Resumen:

Este trabajo de investigación indaga sobre la inclusión de la salud mental en el control prenatal en Mar del Plata, destacando el aporte de la psicología perinatal. Se busca reconstruir los sentidos en la práctica cotidiana, reflexionando sobre su inserción en una perspectiva integral del embarazo. La psicología perinatal, según Alicia Oiberman, aborda la complejidad del embarazo como una etapa de transformaciones subjetivas y culturales que requiere enfoques interdisciplinarios. A través de entrevistas a profesionales de la salud, se identifican prácticas exitosas y barreras en la atención. Se concluye que, aunque no hay protocolos sistematizados, la salud mental perinatal es una preocupación transversal, evidenciando la necesidad de garantizar accesibilidad y calidad en la atención, APS, lo que permitió identificar prácticas exitosas, obstáculos y reflexionar sobre los alcances y límites de la inclusión de la salud mental perinatal en el control prenatal desde una perspectiva integral de derechos.especialmente para quienes enfrentan vulnerabilidades sociales. La investigación abre interrogantes sobre cómo integrar efectivamente la salud mental en el control prenatal.

Introducción

La gestación constituye una etapa vital marcada por transformaciones fisiológicas, psíquicas, vinculares y culturales, que requieren un acompañamiento integral. La salud mental perinatal es, en este marco, una dimensión clave para comprender y sostener la complejidad del embarazo. No obstante, en la práctica cotidiana del primer nivel de atención, suele abordarse de manera fragmentada, centrada en riesgos o demandas explícitas, evidenciando tensiones entre lo ideal y lo posible.

El propósito de este capítulo es indagar cómo se incluye la salud mental en el control prenatal en la ciudad de Mar del Plata, destacando el aporte de la psicología perinatal. Desde la conceptualización propuesta por Alicia Oiberman, la gestación es entendida como un proceso de cambios subjetivos y culturales que requiere enfoques interdisciplinarios y sensibles. Este marco teórico se articula con antecedentes prácticos que señalan la ausencia de protocolos específicos, la heterogeneidad de las intervenciones e importancia de la accesibilidad como eje clínico y político en la atención primaria.

La investigación se basó en entrevistas semiestructuradas a profesionales de distintos

Desarrollo

Quienes Cuidan: Configuraciones del Equipo de Salud en el Primer Nivel de Atención

La composición de los equipos de salud en el primer nivel de atención es un eje clave para comprender e interpretar cómo se desarrolla el trabajo en el control prenatal en el ámbito público. Este análisis permite identificar las disciplinas involucradas, la distribución de tareas y la capacidad del equipo para abordar integralmente las diversas dimensiones de la salud de las personas gestantes, incluyendo la salud mental perinatal.

El Primer Nivel de Atención se encuentra bajo la dependencia de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. Sus acciones están dirigidas a la atención ambulatoria, es decir, a atender a pacientes no hospitalizados mediante consultas programadas o espontáneas (Aveni, S. M., 2023).

Los equipos que se encargan de la atención a personas gestantes en estos niveles, según las recomendaciones para la práctica preconcepcional, prenatal y puerperal (MSN, 2013, p. 13), están compuestos por licenciados en obstetricia, obstétricas/os, médicos/as, ginecólogos, médicos de familia, enfermeras, licenciados en nutrición,

psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales responsables del planeamiento y conducción de los servicios de maternidad.

Sin embargo, en los primeros niveles de atención, la conformación de los equipos de salud no es uniforme. Su estructura y funcionamiento dependen de las características sociodemográficas de la población de referencia, lo que genera formas de atención integrales que trascienden la atención específica de cada disciplina. Las entrevistas realizadas a las profesionales revelan que la atención perinatal está sistematizada como una trama heterogénea, flexible y territorializada.

No existe un único modelo de equipo ni una forma de intervención estándar. La organización del equipo varía según el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), la población, el contexto barrial, la demanda e incluso las relaciones entre profesionales. Esta plasticidad, que podría interpretarse como una debilidad estructural, se convierte en una fortaleza: permite que las prácticas se adapten y que surjan gestos, intuiciones y decisiones que no se encuentran en ninguna guía clínica. En este sentido, la experiencia situada de las profesionales se vuelve fundamental.

Asimismo, se observa que, aunque desde diferentes posiciones disciplinares, todas las entrevistadas coinciden en que la práctica en los CAPS es interdisciplinaria, variando según cada dispositivo, la cercanía territorial y el abordaje integral.

El modelo de Atención Primaria de la Salud, consolidado en la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), promueve una atención integral, accesible e interdisciplinaria que incluye también la dimensión psicosocial de la salud. En este marco, la Guía para el control preconcepcional, prenatal y puerperal establece que el control prenatal debe preparar física y psíquicamente a la embarazada, abordando sus necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales (MSN, 2013, pp. 29-31). Sin embargo, lo relevado en las entrevistas sugiere que la composición de los equipos en los CAPS no siempre refleja esta orientación. Las disciplinas, su disponibilidad horaria, y la modalidad de articulación varían notablemente según el centro, lo que genera diferencias en las posibilidades de atención integral.

Particularmente, la inclusión de profesionales del campo de la salud mental se presenta como una variable inestable, dependiendo de la demanda, la infraestructura, las decisiones institucionales y las políticas públicas. Esta falta de sistematicidad no solo

debilita la posibilidad de abordar la salud mental perinatal en los controles prenatales, sino que también reproduce una cierta lógica asistencial.

En este sentido, es pertinente referirse a lo planteado por Menéndez (1998) sobre el modelo médico hegemónico, que no se expresa únicamente a través de discursos biologicistas, sino también mediante formas institucionales que jerarquizan ciertos saberes y prácticas sobre otros. A pesar de que las profesionales entrevistadas muestran sensibilidad hacia la dimensión subjetiva del embarazo, la estructura de los equipos tiende a reproducir una lógica centrada en lo clínico, relegando el abordaje de la salud mental a decisiones individuales o a la disponibilidad circunstancial de los profesionales del área. Así, la composición de los equipos no solo refleja una realidad organizacional, sino que delimita qué dimensiones de la salud pueden ser abordadas de manera sostenida y cuáles permanecen desdibujadas.

Abordaje y Articulación Profesional en el Control Prenatal

El enfoque del control prenatal en el primer nivel de atención, indagado a partir de las entrevistas, se configura desde una perspectiva en la que la atención a la salud mental se articula con otras áreas como obstetricia, trabajo social, ginecología y nutrición.

Según las profesionales entrevistadas, la modalidad no se basa en una intervención protocolar o automática del área de salud mental, sino que generalmente se realiza una derivación cuando se identifican factores de riesgo psicosocial. Desde la psicología, se promueve una perspectiva integral y despatologizante del embarazo, considerándolo no como una situación clínica per se, sino como un momento vital que puede implicar vulnerabilidades. La continuidad del seguimiento, incluso en articulación con el Hospital Materno Infantil, refuerza una lógica de cuidado integral, tal como plantea el principio seis de la guía para el Control preconcepcional, prenatal y puerperal (DNMI, 2013), donde se establece que el control prenatal no debe centrarse solo en un cuidado biológico o físico, sino que debe ser integral, considerando las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las personas gestantes, sus hijos y sus familias (p. 31).

Por ejemplo, la licenciada en obstetricia entrevistada incorpora desde el primer control una evaluación integral que contempla indicadores clínicos y psicosociales. Se destaca la individualización de la atención, donde se toma en cuenta la historia clínica, el contexto familiar y los antecedentes psicológicos. Esto se alinea con el principio de

integralidad según la Control preconcepcional, prenatal y puerperal de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2013), que resalta la importancia de abordar dimensiones emocionales, sociales y psicológicas, especialmente en el contexto de la salud mental perinatal, considerando factores como el deseo de hijo y las condiciones sociales y familiares de la gestante (p. 31).

Esta modalidad resalta el valor de una escucha clínica atenta desde el inicio, donde el cuerpo no se presenta únicamente como objeto de evaluación biomédica. Al mismo tiempo, esta práctica puede ser leída a la luz del concepto de transparencia psíquica propuesto por Bydlowski (2007), quien sostiene que hacia el final del embarazo existe cierta permeabilidad al conflicto inconsciente inducida por un levantamiento relativo a la represión habitual. Esta "transparencia" transitoria permite que el conflicto en su devenir sea simbolizable (pp. 99-101). Así, el espacio íntimo de la consulta, propiciado por la obstétrica, podría facilitar la emergencia de dichos contenidos, permitiendo pensar la intervención no solo desde lo clínico, sino también desde una dimensión subjetiva.

Es posible que estas formas particulares de atención a la persona gestante permitan relevar aspectos clave de su entorno: redes de apoyo, planificación del embarazo, situación laboral y dinámica familiar. Estas instancias pueden considerarse también como oportunidades para alojar la dimensión psíquica de la gestación. En este sentido, Oiberman y Paolini (2024) sostienen que el embarazo implica un proceso de anidación psíquica, en el que se asume y se elabora la identidad parental (pp. 132-133).

Desde esta perspectiva, el trabajo social puede colaborar en habilitar ese proceso, especialmente en casos donde existen ambivalencias respecto del deseo o condiciones sociales adversas que dificultan este proceso.

En conjunto, se evidencia una modalidad de abordaje que tiende a la integralidad, aunque el acceso al área de salud mental no sería sistemático, sino condicionado a la detección de indicadores de riesgo para su posterior derivación. Esto podría interpretarse como una forma de evitar la medicalización y tecnologización del embarazo, así como una limitación para integrar una mirada en términos de prevención.

Como señala Baró (2022), un abordaje preventivo en salud mental perinatal debe considerar no solo la presencia de patologías, sino también el malestar emocional, las dificultades vinculares o la falta de red de apoyo (p. 21). Las entrevistas reflejan que,

aunque el sistema no garantice esto como política sistemática, algunos equipos profesionales sostienen prácticas que van en esa dirección, funcionando como un factor protector psicosocial.

En consonancia con lo planteado por Baró, Oiberman sostiene que la salud mental perinatal implica considerar las transformaciones emocionales, vinculares y subjetivas que atraviesan las personas gestantes durante el embarazo (Oiberman, 2008; Paolini, 2024). A partir de las entrevistas realizadas, se puede entender que el modo de abordaje es integral y, aunque se ajusta a esta perspectiva en muchos casos, no está protocolizado ni garantizado desde la estructura misma del sistema, sino que depende de decisiones profesionales, relaciones interdisciplinares o disponibilidad institucional. Esta tensión puede analizarse a partir del concepto de Modelo Médico Hegemónico desarrollado por Menéndez (1988), quien señala que la biomedicina impone un saber legitimado por el Estado que subordina otras formas de atención. Aunque las entrevistas evidencian prácticas que habilitan miradas más integrales, el hecho de que el acceso a una consulta en salud mental perinatal dependa de derivaciones puntuales o de la disponibilidad de recursos muestra cómo persisten lógicas fragmentarias en la atención perinatal.

Entre la Especificidad y lo Cotidiano: Miradas sobre la Salud Mental Perinatal

Basándose en la noción de Psicología Perinatal propuesta por Alicia Oiberman, quien la define como un área de la Psicología de la primera infancia que abarca el embarazo, el parto, el puerperio y los primeros meses del niño, trabajando simultáneamente con la madre y el bebé (Oiberman et al., 2013, p. 37), se intentará comprender la perspectiva que cada entrevistada construye en torno a la salud mental perinatal.

La autora también señala que este campo permite abordar las situaciones críticas del nacimiento desde una perspectiva psicológica, aportando estrategias de intervención psicosocial al trabajo interdisciplinario (Oiberman, 2008, p. 79). Esta definición es útil para analizar las distintas representaciones, discursos y prácticas que emergen de los relatos de las profesionales entrevistadas, reconociendo posibles puntos de convergencia, tensiones o divergencias con dicha conceptualización.

Una de las psicólogas entrevistadas destaca el acompañamiento y la escucha activa sin patologizar los procesos de gestación; no obstante, expresa: “Nosotros somos generalistas de la psicología aquí; tengo que ver todo lo que venga y como venga. Imagínense si me tuviera que especializar en todo”. Este testimonio introduce un punto

importante respecto al trabajo en el primer nivel de atención: los límites estructurales y de recursos que muchas veces dificultan el abordaje específico de la salud mental perinatal.

En contraste, otra psicóloga entrevistada construye su noción de salud mental perinatal desde la práctica, a partir de las experiencias de acompañamiento en el primer nivel de atención. Para ella, esto implica trabajar sobre aspectos emocionales y subjetivos del embarazo, reconociendo ambivalencias, temores, imposibilidades y la necesidad de alojar la complejidad del deseo materno en contextos de alta vulnerabilidad.

Esta mirada se aproxima a la propuesta de Oiberman, ya que considera la importancia de habilitar espacios que no reduzcan la gestación a una función biológica, sino que acompañen los procesos de simbolización, inscripción subjetiva y elaboración psíquica que este momento convoca. En La palabra en las maternidades, Oiberman (2001) destaca cómo, a través del trabajo cotidiano en la maternidad, junto a pediatras y neonatólogos, la palabra emerge a partir del hecho de que el psicólogo "pone el cuerpo" junto al de la persona gestante y al equipo médico. La palabra contribuye a facilitar la dimensión emocional de la maternidad y a ubicar al bebé en el encadenamiento histórico familiar, posibilitando su "nacimiento psicológico" (Oiberman, 2001, p. 87).

A partir de las entrevistas realizadas a trabajadoras sociales, se desprende que la salud mental perinatal se asocia con el estado socioemocional de la persona gestante. Las trabajadoras sociales destacan que este periodo implica cambios significativos no solo físicos, sino también emocionales, vinculares, de perspectiva vital y de reorganización subjetiva. Este enfoque podría introducir una mirada relacional, centrada en el lazo primario y en el impacto que el bienestar emocional de la madre puede tener sobre el desarrollo psíquico del niño.

Esto permite pensar la salud mental perinatal más allá de lo individual, como una construcción intersubjetiva, situada históricamente y atravesada por las condiciones sociales que la hacen posible o la obstaculizan. En este sentido, Mercado (2013) señala que tanto la madre como el bebé atraviesan procesos psíquicos profundamente vinculados, y que la salud reproductiva está condicionada por factores biológicos, pero también por aspectos psicológicos y simbólicos que se inscriben en la historia familiar y social (p. 27).

A estas voces se suman las de otras disciplinas, como ginecología, obstetricia y nutrición, que aportan perspectivas que, aunque se sitúan fuera del campo psicológico, integran de forma significativa la dimensión emocional del embarazo. Esta forma de entender la gestación alude a una manera integral de abordar la salud perinatal, atravesada por la subjetividad, el cuerpo y los determinantes sociales. Esta mirada refuerza la necesidad de comprender lo perinatal desde una lógica integral, que no escinde lo biológico de lo emocional y que reconozca las complejidades contextuales que acompañan muchos embarazos. Esta perspectiva se alinea con lo establecido por la Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral durante el Embarazo y la Primera Infancia (27.611), que reconoce la importancia de integrar la dimensión emocional en la atención perinatal.

En conjunto, los discursos analizados muestran que la salud mental perinatal, aunque no siempre nombrada como tal, es reconocida como una dimensión central del trabajo en el primer nivel de atención. Sin embargo, su conceptualización se halla atravesada por tensiones entre lo ideal y lo posible, entre la especificidad del acompañamiento que la etapa requiere y las limitaciones institucionales, formativas y de recursos que muchas veces impiden su abordaje integral. Las distintas disciplinas coinciden, en mayor o menor medida, en destacar la importancia de acompañar los procesos emocionales del embarazo, reconociendo la complejidad subjetiva del inicio de la vida y la necesidad de abordajes sensibles, interdisciplinarios y situados.

Sobre lo Emocional y los Procesos Psicológicos Durante la Gestación

Durante el periodo gestacional, se producen diversos cambios en la persona gestante que no solo implican cambios fisiológicos, sino que, como lo define Paolini (2024), la gestación es un tiempo de crisis vital, evolutiva, de grandes cambios psíquicos y fisiológicos (p. 132). Este carácter de crisis también se refleja en el concepto de "preocupación maternal primaria" desarrollado por Winnicott (1956), quien describe un estado emocional específico que emerge en la gestación y el puerperio, caracterizado por una sensibilidad aumentada que puede favorecer el establecimiento del vínculo temprano con el recién nacido (p. 399).

Las entrevistadas, independientemente de su disciplina específica y de los controles de rutina que realizan, abordan esta etapa con criterios singulares. Se observa una actitud de escucha activa y experiencia en el acompañamiento de diversas problemáticas, lo que evidencia una disposición clínica centrada en la complejidad subjetiva de este

momento vital. Se reconoce que el embarazo es un momento de alta carga emocional, en el que la persona gestante puede experimentar emociones intensas y ambivalentes. Sin embargo, se remarca la necesidad de no patologizar estos procesos, sino de observar la existencia de redes de apoyo, la capacidad de afrontamiento y la presencia o ausencia de factores de riesgo psicosociales.

En consonancia con diversas concepciones teóricas, se puede considerar que la gestación es un proceso que implica movimientos singulares en cada persona gestante. Oiberman y Paolini destacan que procesos como la gestación psíquica y la anidación psíquica constituyen las bases sobre las cuales se desarrollará posteriormente el maternaje, entendido como el proceso psicoafectivo que acompaña a la maternidad biológica. A lo largo de este proceso, se producen una serie de transformaciones emocionales y cognitivas que permiten a la persona gestante asumir y elaborar su nueva identidad parental (Oiberman & Paolini, 2019, pp. 132-133).

En este marco, incluso disciplinas que tradicionalmente no abordan directamente lo emocional, como la nutrición, cumplen un rol importante en la detección temprana de malestares subjetivos y en la articulación con otros profesionales del equipo. La nutricionista entrevistada, aunque su intervención no se orienta específicamente al abordaje emocional, reconoce la importancia de estar atenta a señales de sufrimiento psíquico y de poner en marcha la derivación o la interconsulta. Su rol evidencia la relevancia de una mirada integral y del trabajo en red, donde cada disciplina puede contribuir a la detección y atención oportuna de situaciones de riesgo durante la gestación. Esta función se encuentra en línea con lo señalado en la Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios (MSMA, 2005, p. 32), donde se establece que la nutricionista debe ocuparse de todos los aspectos relacionados con el cuidado nutricional, a fin de sostener una alimentación completa y adecuada según las particularidades de cada situación.

Además, es fundamental mencionar la Ley Nacional 27.611, que destaca la necesidad de garantizar una atención centrada en el bienestar físico y emocional durante el embarazo y la primera infancia, reconociendo que la salud mental perinatal constituye un componente esencial del derecho a la salud integral. Sin embargo, a la luz del relevamiento realizado, garantizar derechos desde las leyes, aunque es fundamental, no implica necesariamente que se cuente con los recursos institucionales que acompañen de manera concreta la implementación de dichas garantías.

El discurso de las entrevistadas muestras que, incluso en contextos institucionales limitados, existen saberes situados y estrategias que permiten abordar la dimensión emocional del embarazo. Sin embargo, se observa, a partir de la información recabada, que persisten desafíos vinculados a los recursos disponibles y a las exigencias de la atención generalista, condiciones que interpelan al sistema sanitario y a las políticas públicas en su capacidad de garantizar un acompañamiento psíquico continuo, respetuoso y centrado en la singularidad de cada proceso gestacional.

Redes que Sostienen: Entre Factores de Riesgo y Factores Protectores

En las recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal, el enfoque de riesgo perinatal se centra en la identificación de personas gestantes con embarazos de bajo riesgo mediante la evaluación de factores de riesgo. Este enfoque reconoce que la probabilidad de daño no es igual para todas las personas gestantes; algunas tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo. Así, se busca optimizar el control prenatal y asegurar una atención adecuada según el nivel de riesgo de cada persona gestante durante el embarazo. Algunos de los factores considerados de riesgo son: condiciones sociodemográficas, antecedentes obstétricos y patologías del embarazo actual (MSN, 2013, pp. 32-34).

A estos factores clínico-biológicos se suman, cada vez con mayor reconocimiento, los riesgos psicosociales. En su estudio, Paolini (2024) encuentra que las dificultades en la anidación psíquica de las personas gestantes se asocian generalmente a problemas económicos, falta de sostén de la pareja, factores relacionados con la paternidad, apego a otro hijo, interpretaciones negativas hacia los cambios y sensaciones físicas del embarazo, enfermedades físicas durante el embarazo, duelos, multiparidad y gemelaridad, problemas familiares, desarraigo o migración, problemas con la filiación, deseo de hijo por parte del padre pero no de la madre, violencia institucional, violencia obstétrica o maltrato profesional (Paolini, 2024, op. cit. pp. 138-141).

Estas situaciones también emergen en los relatos de las entrevistadas. Sus discursos convergen en que se evidencian muchas situaciones de vulnerabilidad que no se manifiestan explícitamente en las primeras consultas y requieren dispositivos de escucha y articulación institucional para ser abordadas. La ginecóloga entrevistada, en línea con lo planteado por Paolini, menciona factores de riesgo psicosociales y biológicos, enfatizando el valor del deseo materno y el acompañamiento profesional y familiar como elementos clave para el desarrollo de una buena salud mental perinatal.

Este señalamiento del deseo como factor protector resuena con los aportes de Alicia Oiberman (2013), quien destaca que alojar el deseo materno y no suponerlo automáticamente es condición de posibilidad para un vínculo temprano.

Lo que se refleja aquí es cómo se refuerza una concepción relacional y contextual de la salud perinatal, que reconoce en las redes de apoyo un factor clave para el bienestar de la persona gestante. En articulación con esto, y en consonancia con lo desarrollado por Paolini respecto a la influencia de las condiciones económicas y vinculares, la nutricionista entrevistada también hace hincapié en estos aspectos como factores determinantes del bienestar gestacional.

Aunque su abordaje no se orienta directamente a lo emocional, identifica en la práctica cotidiana que el entorno material y afectivo incide en la manera en que la persona gestante transita su embarazo. La dimensión vincular aparece entonces como un componente fundamental en la salud mental perinatal.

Como sostienen Monterroso-Castro et al. (2024), el embarazo es un proceso atravesado por transformaciones psicológicas y sociales, en el que se construyen vínculos afectivos fundamentales para la identidad materna. La información del apego materno-fetal se fortalece mediante acciones cotidianas como hablarle al bebé, acariciar el vientre o imaginar su llegada (pp. 58-60).

Desde esta perspectiva, el acompañamiento familiar y comunitario no solo funcionaría como un factor protector psicosocial, sino que también promueve el desarrollo de vínculos tempranos que favorecen una transición saludable hacia la maternidad. Tal como mencionan las autoras, “la maternidad debiese ser un evento colectivo, con la presencia real del padre, donde la cooperación de múltiples cuidadores trascienda los conceptos del binomio madre-hijo” (Monterrosa-Castro et al., 2024, p. 58). Este enfoque amplía la mirada sobre el embarazo al integrar lo biomédico, lo psicológico y lo vincular, reconociendo la importancia del deseo, la red de apoyo y la subjetividad de la persona gestante.

En conjunto, los relatos de las entrevistadas sugieren que, más allá de la disciplina de origen, existe una concepción compartida frente a las situaciones de vulnerabilidad que interactúan entre una gestación saludable y un embarazo de riesgo. En este sentido, la noción de riesgo no se limitaría al diagnóstico clínico o a antecedentes obstétricos, sino que se amplía a factores estructurales como la precariedad económica, la ausencia de

redes, la violencia de género o institucional, entre otros. Del mismo modo, los factores protectores no se restringirían a la ausencia de enfermedad, sino que se vincularían con el deseo materno, el acompañamiento emocional, el acceso a redes de cuidado y la posibilidad de que se aloje la experiencia subjetiva y singular de cada embarazo.

Este abordaje integral del riesgo coincide con una lectura crítica del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo, el cual tiende a centrarse en la enfermedad y a desestimar lo psíquico, lo social y lo simbólico. Frente a ello, las prácticas en el primer nivel de atención muestran cómo los equipos reconstruyen sentidos y estrategias de cuidado sensibles al contexto y a la dimensión emocional de la gestación.

Conclusión

Esta investigación no solo deja interrogantes para futuras indagaciones, sino que también invita a pensar intervenciones nuevas que no partan de una lógica de derivación, sino de presencia y construcción de lazos, reconociendo la dimensión vincular en esta etapa y la salud mental perinatal como una cuestión central.

Esto resignifica el rol del equipo de salud en su conjunto: no como un conjunto de especialidades aisladas, sino como presencia articulada, sensible y comprometida con la singularidad de cada proceso. Aunque la salud mental perinatal no se encuentra sistemáticamente integrada en el control prenatal, sí aparece como preocupación en las prácticas cotidianas del equipo de salud, emergiendo formas de alojar el sufrimiento psíquico y acompañar la complejidad subjetiva del embarazo.

El recorrido realizado muestra que la salud mental perinatal, aun sin protocolos específicos, aparece como preocupación transversal en los equipos de atención primaria. La accesibilidad se revela como un eje clínico y político a la vez, capaz de sostener prácticas sensibles y situadas, pero también limitado por la falta de recursos, la y los vacíos de conceptualización.

Queda entonces planteado un desafío: ¿cómo integrar la salud mental perinatal en el control prenatal de manera sistemática sin perder la riqueza de las prácticas singulares? ¿Cómo traducir los marcos normativos y legales en condiciones reales que fortalezcan a los equipos de salud en su tarea cotidiana?

Más que respuestas cerradas, este trabajo abre preguntas que invitan a pensar la salud mental perinatal no como un añadido, sino como parte esencial de la atención integral, en la que la escucha, la accesibilidad y la construcción de lazos constituyen el verdadero núcleo del acompañamiento.

Bibliografía

- Asprea, I., García, O., Nigri, C., & Lipchak, D. (2013). Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e infancia. Ministerio de Salud de la Nación.
- Aveni, S, M. (junio 26, 2023). ¿Cómo se organiza el sistema público de salud en Mar del Plata y el Partido de General Pueyrredon? Rastreador. https://observatoriopolitico.com.ar/como-se-organiza-el-sistema-publico-desalud-en-mar-del-plata-y-el-partido-de-general-pueyrredon/
- Baró, S. M. (2022). Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales. Una revisión sistemática. Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales, (21), 19-33. https://doi.org/10.54789/rihumso.22.11.21.2
- Bydlowski, M. (2007). La deuda de la vida: itinerario psicoanalítico de la maternidad. Biblioteca Nueva.
- Camacaro Cuevas, Marbella. (2008), La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. Revista Ensayo y error, Año XVII, nº 35. Caracas, 2008, pp. 95-115. ISNN 1315-2149
- Carrillo-Mora, Paul, García-Franco, Alma, Soto-Lara, María, Rodríguez-Vásquez, Gonzalo, Pérez-Villalobos, Johendi, & Martínez-Torres, Daniela. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facultad de Medicina (México), 64(1), 39-48. Epub 06 de julio de 2021. https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07
- Mgter. Flores Maria Elena (2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. Educación médica y salud, 11(1), 3-25.

- Foucault, M. (1977). Historia de la Sexualidad Volumen 1. La Voluntad de Saber. México: Siglo XXI Editores
- 2) Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2005). Preparación integral para la maternidad. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Obstetricia/preparacion_integral_Maternidad.pdf. Ministerio De Salud. Resolución 924/2023. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/286268/2023051265
- Monterrosa-Castro, Á., Rincón-Teller, D., & Barbosa-Burgos, M. (2024). Apego materno-fetal y apego materno-neonatal en el contexto de una maternología humanizada. Revista AGOG, 6(2), 57-65.
- Municipio de General Pueyrredon. (s.f.). Centros de Atención Primaria de la Salud. Sitio Oficial del Municipio de General Pueyrredon. https://www.mardelplata.gob.ar/institucionalcentrosdesalud
- Oiberman, A. (2013). Nacer y acompañar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Oiberman, A (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal; Universidad de Palermo. Facultad de Ciencias Sociales; Psicodebate; 1; 1; 12-2001; 87-91
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata: Atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 5

Cuidar a quienes cuidan: Aportes de la psicología perinatal a las prácticas de autocuidado que utiliza el equipo de salud perinatal ante situaciones críticas.

> *"…a través de nuestro trabajo cotidiano en la maternidad, junto a pediatras y neonatólogos, hemos comprobado que la palabra emerge a partir de que el psicólogo mismo 'pone el cuerpo' junto a la madre, al niño y al equipo médico."*
>
> *La palabra en las maternidades. Alicia Oiberman, 2001*

Agustín Cardinali, Cintya Macarena Di Nardo

Partiendo de la pregunta *¿Cómo se cuidan quienes cuidan?*, nos propusimos indagar en las prácticas de autocuidado que desarrollan los y las profesionales de los equipos de salud perinatal de la ciudad de Mar del Plata ante aquellas situaciones críticas que pueden tener impacto en su salud mental. En particular, trabajamos con integrantes del Programa de Salud Mental Perinatal y del proyecto de extensión Nacer entre Palabras de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, ambos promueven el abordaje integral de la salud perinatal desde una perspectiva interdisciplinaria.

En principio realizamos un relevamiento bibliográfico en torno a la temática, y nos percatamos de que la mayoría de las producciones científicas y comunicacionales centran su atención en las experiencias subjetivas de quienes son usuarios del sistema de salud, omitiendo en gran medida las vivencias de los profesionales que acompañan y transitan, desde otro lugar, esas mismas situaciones. Consideramos que esta omisión invisibiliza el impacto emocional que conlleva el ejercicio del rol sanitario, especialmente en contextos de alta demanda afectiva como el ámbito perinatal. De igual manera, no encontramos marcos normativos específicos que contemplen el cuidado de la salud mental de quienes cuidan, dejando en evidencia una deuda estructural en términos de protección laboral y emocional. En este contexto, el trabajo en salud se configura como una práctica sometida a altos niveles de estrés sostenido, con riesgos de derivar en problemáticas como burnout, fatiga física y emocional, e incluso accidentes laborales, afectando tanto la calidad del servicio como el bienestar integral de los equipos.

Desde este enfoque, nos propusimos visibilizar las experiencias de los profesionales que acompañan los procesos perinatales (embarazo, parto, postparto, puerperio y primera infancia), reconociendo su implicancia afectiva, la exposición constante a escenarios de vulnerabilidad, y la necesidad de generar dispositivos que atiendan sus propias trayectorias emocionales dentro del sistema de salud. Consideramos que, en este ámbito, las prácticas de autocuidado son un elemento central para la preservación del bienestar físico, emocional y psicológico de los equipos. En este marco, la Psicología Perinatal ofrece múltiples recursos y estrategias que pueden ser incorporados en la labor cotidiana, favoreciendo así un ejercicio profesional más saludable y sostenible en el tiempo.

Nuestra investigación tuvo como objetivo central conocer y analizar tanto las estrategias de los miembros de los equipos de salud perinatal, como también los recursos institucionales disponibles frente a acontecimientos caracterizados por una gran intensidad e impacto emocional. En este sentido, nos enfocamos no sólo en las herramientas concretas utilizadas para afrontar dichas situaciones, sino también en los posibles aportes que puede realizar la Psicología Perinatal en el fortalecimiento de la salud emocional de los equipos, como parte del entramado que sostiene la atención perinatal.

Para alcanzar esta meta, procuramos describir la composición de los equipos de salud perinatal en los que se desempeñan los y las profesionales integrantes del proyecto de extensión Nacer entre Palabras y del Programa de Salud Mental Perinatal de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Asimismo, buscamos conocer las situaciones críticas a las que estos equipos se enfrentan en su práctica cotidiana, así como relevar la existencia —o ausencia— de prácticas institucionales de autocuidado orientadas a preservar su salud mental.

Conectando mundos: el encuentro entre la Psicología Laboral y la Psicología Perinatal

Este trabajo fue pensado en el entrecruce de dos campos de la Psicología: el laboral y el perinatal. La Psicología Perinatal “aborda aquello que rodea el nacimiento, es decir, embarazo/gestación, parto/nacimiento, puerperio/primeros años de vida del niño, insertándose consecuentemente en las diversas áreas de la salud materno infantil desde una perspectiva vincular” (Santos y Oiberman, 2011, p. 120). No se ciñe únicamente a la díada madre/bebé, sino que también se acompaña e interviene en situaciones que implican a los familiares y al equipo de salud (Savone, 2020). Por otro

lado, la Psicología Laboral es “una disciplina a la vez básica y aplicada, que procura describir, comprender, predecir, explicar e intervenir en el comportamiento laboral de individuos y grupos, así también en los procesos subjetivos subyacentes al mismo” (Alonzo, 2011, p. 30). Es así que cabe preguntarse cómo es posible establecer un vínculo entre dos disciplinas que parecen tan distantes. La respuesta está en el foco de nuestro estudio: el equipo de salud perinatal.

Precisamente, una de las características de este abordaje es la interdisciplina. Al momento de recolectar los datos y ahondar en la composición de los equipos de trabajo encontramos que cada entrevistado brindó información diferente, demostrando la variedad existente en la práctica. Esto refleja la riqueza de perspectivas y saberes, a la vez que permite un accionar integral y ajustado a las personas gestantes y sus familias. Aun así, se generan también tensiones derivadas de las diferencias en la formación, roles y marcos de acción de cada disciplina, por lo que la articulación puede representar un desafío.

Otra de las características de la psicología perinatal, vinculada con lo anterior, es la variedad de áreas de la salud materno-infantil en las que puede intervenir. Alicia Oiberman señala las siguientes: Obstetricia (embarazo, parto); salas de internación conjunta madre-hijo (madres y recién nacidos sanos); internación neonatal (bebés nacidos prematuros o con patología neonatal, que requieren internación en neonatología); pediatría (consultorios pediátricos de niños sanos o de alto riesgo, en relación al desarrollo cognitivo, psicomotor y emocional del niño menor de 3 años). Esta diversidad refuerza la importancia del diálogo entre los especialistas para lograr un intercambio fluido, ya que cada área interpreta los fenómenos desde marcos distintos.

En este espacio de encuentros y desencuentros, suceden todo tipo de situaciones. Un acontecimiento imprevisto, una situación crítica (duelo perinatal, patologías fetales, muerte materna, otros), tiene la potencialidad de “convertirse en un hecho traumático o no, dependiendo de la respuesta que se pueda formular ante él y del soporte que se pueda ofrecer a sus protagonistas” (Oiberman, 2013, p.31). Al referirnos a estos acontecimientos, hicimos hincapié en aquellos que, desde la vivencia subjetiva de los profesionales, se experimentan como altamente demandantes y generan un impacto emocional significativo en el desarrollo de sus tareas. Consideramos no solo los eventos clínicos complejos, sino también las condiciones estructurales, relacionales e institucionales que inciden en el malestar y que, en determinadas ocasiones, transforman el ejercicio profesional en una fuente de desgaste.

Estos hechos, así como gran parte de la vida de las personas, transcurren en el ámbito laboral, espacio central en la construcción de la salud integral. El ambiente y el clima laboral, atravesados por relaciones interpersonales y dinámicas institucionales, pueden convertirse tanto en factores protectores como en fuentes de malestar y tensión. En este punto cobran gran importancia las prácticas de autocuidado, que se vuelven indispensables para sostener la tarea de los equipos de atención perinatal.

El autocuidado es definido como "la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud" (Organización Mundial de la Salud, 2022, p. 3). Desde esta perspectiva, se torna esencial en la promoción de una cultura de prevención y seguridad en el trabajo, siendo el fundamento sobre el cual los individuos desarrollan conductas seguras en el entorno laboral. De esta forma, contribuyen a su cuidado, así como el de sus compañeros, independientemente de cuáles sean las condiciones laborales o de las acciones de otras personas dentro de la organización (Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional,2012).

En el ámbito laboral, la promoción de prácticas de autocuidado en el ambiente laboral es una estrategia indispensable para reducir la exposición a riesgos de accidentes, lesiones y enfermedades cotidianas derivadas de la actividad cotidiana (FISO, 2012). De igual modo, como se plantea desde ACNUR (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), las estrategias de autocuidado y de los equipos:

> [...] se orientan a paliar el malestar y el profundo impacto en la salud de las y los profesionales que generan las exigencias del trabajo [...] A veces, ese impacto no es perceptible de manera inmediata, pero el desgaste profesional ha sido algo ampliamente estudiado y demostrado por especialistas en salud mental, por lo que es importante no olvidarlo y proponer mecanismos para trabajarlo en diferentes niveles: personal (autocuidado), grupal (cuidado de equipos) e institucional (cuidado desde las relaciones y condiciones laborales). (s.f, p. 1)

En este marco, consideramos que el autocuidado no solo es crucial tanto para los individuos que requieren atención en el ámbito de la salud, como para los profesionales que la brindan, especialmente en el área perinatal, que es el universo de estudio de nuestro trabajo.

“Explorando voces y experiencias: el recorrido metodológico en la atención perinatal”

Basamos la investigación en un abordaje cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo, de esta manera tratamos de comprender y describir las experiencias y percepciones de los participantes en relación con el objeto de estudio. La población estuvo conformada por profesionales que integran equipos de atención perinatal en la ciudad de Mar del Plata, y la selección se realizó en función de criterios de pertinencia y disponibilidad, considerando aquellos profesionales que, por su trayectoria y desempeño, pudieran aportar información relevante para el estudio.

Para la recolección de datos confeccionamos una entrevista semiestructurada, que nos permitió explorar en profundidad las temáticas de interés, manteniendo la flexibilidad necesaria para indagar aspectos emergentes durante el diálogo. Luego, realizamos un análisis cualitativo, organizando y examinando la información obtenida en las entrevistas con el fin de identificar categorías, patrones y significados vinculados al fenómeno estudiado.

Bibliografía

- Alonzo, C. (2011). Roles, prácticas e intervenciones profesionales del Psicólogo del Trabajo. En C. Alonzo (Dir), Cuadernos de Psicología del Trabajo. Cátedra II. Buenos Aires: JCE Ediciones.

- Carballeda, A. (2001). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Margen, 23.

- Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional (s.f). ¿Qué es el Autocuidado en el Trabajo? Recuperado de https://fiso-web.org/articulos-profesionales/3749.pdf

- Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados. (s.f). Autocuidado, cuidado de los equipos y cuidado institucional. Sugerencias básicas para mitigar el impacto de la intervención en las y los profesionales del SAPIT. https://www.acnur.org/es-es/media/autocuidado-cuidado-de-los-equipos-y-cuidado-institucional

- Oiberman, A. (2013). Nacer y acompañar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 42.

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Santos, M y Oiberman, A (2011). Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Savone, L. (Diciembre, 2019) El rol del psicólogo en el ámbito perinatal. Poster presentado en el Séptimo Congreso Internacional de Investigación en Psicología. Alter-nativas. Aportes a la construcción de prácticas y saberes desde el Sur. La Plata, Buenos Aires.

- Stolkiner, A. (2005, octubre). Interdisciplina y salud mental. In Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental-I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy. Posadas (Vol. 5).

Sección 2

Perspectiva de género

Capítulo 6

¿Qué aporta la perspectiva de género y de interseccionalidad a la práctica perinatal?

Micaela Centeno-Luana Morales

> *"La trayectoria teórica feminista es singular pues es la historia de una estrecha relación entre un movimiento político de emancipación personal y colectivo y una labor teórica inspirada por el afán de identificar las raíces de la opresión y el trato desigual de las mujeres como herramientas de la lucha liberadora"*
>
> -Moore, 1996-

En este capítulo nos proponemos darle luz a la relevancia que tiene la perspectiva de género como herramienta para pensar y hacer en el ámbito perinatal. Es por eso que comenzaremos definiendo la categoría "género", aunque constituye una construcción social ha sido interpretado a través del lente de la biología. En nuestra sociedad, las representaciones sociales, las cuales son definidas por Moscovici (1979, como se citó en Casas, F.) como una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, un sistemas de conceptos y significados que los grupos producen para dar sentido a su realidad y orientar sus conductas, funcionan como guías que indican cómo debe ser una mujer o un hombre. Estas representaciones se montan sobre una lectura binaria del sexo asignado al nacer y se articulan dentro de expectativas, discursos y mandatos que se replican generación tras generación.

Desde esta lógica, se les adjudican a las mujeres características como la sensibilidad, la fragilidad, la docilidad y una supuesta capacidad "innata" para las tareas de cuidados. Por lo que el ámbito privado y las tareas domésticas se convierten en su espacio socialmente legitimado. En contraposición, a los varones se los asocia con la fortaleza, la racionalidad, la templanza ante las emociones y la responsabilidad de la provisión económica, ubicándolos en la esfera pública. Esta organización no solo determina funciones diferenciadas, sino que establece jerarquías: lo público, asociado a

los varones, se valora más que lo privado; el trabajo remunerado más que el trabajo de cuidado. De está manera, como plantea Faur (2008, como se citó en Marañón, S.)

> El género es una categoría construida, no natural, que atraviesa tanto la esfera individual como la social (...) influye de forma crítica en la división sexual del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías entre hombres y mujeres en cada sociedad.
>
> En suma, la construcción social y cultural de las identidades y relaciones sociales de género redunda en el modo diferencial en que hombres y mujeres pueden desarrollarse en el marco de las sociedades de pertenencia, a través de su participación en la esfera familiar, laboral, comunitaria y política. De este modo, la configuración de la organización social de relaciones de género incide sustantivamente en el ejercicio pleno de los derechos humanos de mujeres y varones.

Esto produce estereotipos que operan como filtros sobre el comportamiento y las posibilidades vitales de las personas. Los estereotipos de género condensan estas expectativas sociales, de esta manera las mujeres, al ser ubicadas casi exclusivamente dentro del ámbito doméstico, enfrentan barreras estructurales al intentar desarrollarse profesionalmente. Por lo que se ven obstaculizadas con lo que Marilyn Loden (1978) conceptualiza como el "techo de cristal" refiriéndose a esa barrera invisible que limita el ascenso profesional de las mujeres y otras minorías en las organizaciones, a pesar de su preparación y capacidades; o lo que conceptualiza Catherine Berheide (1992) como "pisos pegajosos" refiriéndose a aquellos mecanismos que mantienen a las mujeres en puestos jerárquicos bajos y medios, incluyendo estereotipos de género, segregación laboral por género, acoso social y psicológico, y la dificultad para conciliar la vida privada y pública. Estas barreras se sostienen en la idea de que la maternidad debe ser la prioridad absoluta y que cualquier proyecto personal que la complemente o corra de esa prioridad se convierte en un acto reprochable. De este modo, una mujer que decide estudiar, emprender o asumir responsabilidades laborales suele ser juzgada como una "mala madre" por no ajustarse al rol asignado por su género.

Los varones, no se encuentran exentos, también se ven condicionados por mandatos restrictivos donde deben ser proveedores, autosuficientes, fuertes, emocionalmente contenidos y ajenos a las tareas domésticas. Expresar vulnerabilidad o deseo de participar activamente en el cuidado suele ser deslegitimado socialmente.

Segato (2015, como se citó en Mainetti; Echeverría. 2020) advierte que estos mandatos de masculinidad no son meras prescripciones culturales, sino mecanismos de disciplinamiento que forjan un modelo restrictivo, generador de sufrimiento psíquico y que, en la práctica, limita su participación en la vida vincular y en la crianza.

Por lo que el género sella una impronta en la percepción de la vida de las personas, dentro de una lógica de poder, de dominación, que constituyó el fundamento de un sistema denominado "sexo-género" por diversas autoras feministas. Esto se origina en el "patriarcado es una relación de género basada en la desigualdad, es la estructura política más arcaica y permanente de la humanidad" (Segato, 2018, p. 17, como se citó en Mainetti; Echeverría. 2020)

La perspectiva de género es una herramienta necesaria e imprescindible. Como menciona Marañón (2020) "al definir la perspectiva de género tenemos que tener en cuenta que es una forma de observar los vínculos, lo cotidiano, la realidad que tendrá como eje a la visibilización de la desigualdad existente entre las personas por su género y su orientación sexual, producto de las relaciones de poder y los mandatos sociales que imponen modos de ser, estar y vivir la salud sexual".

Desde este enfoque, no se trata únicamente de visibilizar la desigualdad, sino de entender los mecanismos que la sostienen y los efectos que tiene en la vida de las personas. La perspectiva de género amplía la mirada problematizando los mandatos culturales, mostrando cómo las mujeres fueron históricamente confinadas al ámbito privado y cómo esa asignación tradicional genera desigualdades que persisten en el tiempo.

Está perspectiva permite visibilizar, parafraseando a Simon de Beauvoir que *"la biología no es destino"*, una reflexión contundente y profundamente vinculada al ámbito perinatal, ya que nos permite reconocer que la maternidad no es el único destino para las mujeres o personas con capacidad de gestar, que las tareas de cuidado no pertenecen a un sexo determinado por mera naturaleza sino que son prácticas sociales que pueden ser desempeñadas por diferentes personas, sin importar su género, sexo u orientación sexual, y deberían ser compartidas de manera corresponsable. La corresponsabilidad implica un reparto equilibrado de las tareas domésticas y las responsabilidades familiares entre quienes integran el hogar, pero además es necesaria

una transformación social más amplia desde la cual se promuevan políticas públicas orientadas a una distribución más justa del cuidado. Al cuestionar los estereotipos que vinculan automáticamente el cuidado con lo femenino, se habilita la posibilidad de una participación familiar activa de todo lo que corresponde a la crianza. Esto es necesario para problematizar la idea de maternidad como sacrificio absoluto generando condiciones más equitativas en relación a la distribución del tiempo, las emociones y las tareas de cuidado.

Se vuelve necesario tener en consideración la perspectiva de la interseccionalidad, entendida como la herramienta que permite analizar cómo diferentes ejes de desigualdad -como el género, la clase social, la etnia, la discapacidad, la edad u orientación sexual- se entrecruzan generando diversas vulnerabilidades. Luna (2008) explica que la vulnerabilidad es un fenómeno dinámico compuesto por diferentes "capas" que se superponen según las condiciones y los recursos que tenga cada sujeto. Poder reconocer estas capas es necesario ya que las personas gestantes pueden enfrentarse simultáneamente a diferentes vulnerabilidades como pueden ser biológicas, económicas, sociales y simbólicas las cuales inciden en su salud mental como en los vínculos tempranos

En el terreno de la Psicología Perinatal se vuelve necesario contemplar e incluir esta perspectiva, dado que los procesos de gestación, parto, puerperio y crianza están profundamente influidos por las representaciones culturales acerca de la maternidad y la paternidad. La psicología perinatal contemporánea, como señala Oiberman (2013), comprende la maternidad como un proceso psicológico que va mucho más allá del nacimiento biológico. Conceptos como el sostén emocional y la preocupación maternal primaria (Winnicott), o la idea de la maternidad como crisis vital y evolutiva (Racamier, 1984 como se citó en Oiberman 2013), muestran que el devenir madre es una construcción subjetiva que requiere tiempo, apoyo y condiciones sociales favorables.

Oiberman (2013) subraya que la función materna no surge de manera automática, sino que necesita acompañamiento, espacio psíquico y reconocimiento. La perspectiva de género se articula directamente con este enfoque, ya que si una mujer está atravesada por mandatos contradictorios, exigencias imposibles o culpas socialmente instaladas, estas vivencias influirán en la experiencia de la díada y en su posibilidad de ejercer el maternaje sin angustia o sobrecarga.

Un ideal materno rígido, como lo es el de la “madre perfecta”, puede intensificar sentimientos de culpa y afectar consecuentemente el vínculo temprano. Por eso, desde la Psicología Perinatal es fundamental problematizar y poner en tensión esos mitos, habilitar la ambivalencia, ofrecer un espacio de escucha y promover representaciones más flexibles y realistas. Así mismo, proponer la maternidad como un recorrido, un rol en permanente construcción y deconstrucción, a partir de evidenciar su carácter profundamente cultural y alejado de lo “innato” del “instinto” o lo “natural”.

Es necesario incorporar la perspectiva de género en la Psicología Perinatal, entendiendo que los vínculos tempranos se fundan en funciones y no en identidades fijas. De este modo, lo relevante no es el género de quien cuida, sino su capacidad de sostener emocionalmente, regular, alojar y habilitar un vínculo saludable y seguro. Esta perspectiva ha contribuido a revisar y ampliar las concepciones de familias y cuidadores que históricamente circulaban, renombrando algunas de las categorías conceptuales utilizadas por los discursos científicos, invitando así a un cambio en la construcción de teoría y en el ejercicio mismo de la función.

Reconocernos atravesadas por estos estereotipos, cuestionarlos y revisar nuestras propias representaciones resulta indispensable para evitar reproducir en el ejercicio profesional los mismos mandatos que generan sufrimiento. Esto se relaciona con el ejercicio que propone Castoriadis (2007 como se citó en Marañón. 2020) sobre la elucidación crítica “pensar lo que se hace y saber lo que se piensa, como condición necesaria para no reproducir prácticas discriminatorias, opresivas o excluyentes”. Y es en este punto que se vuelve indispensable pensar en las prácticas dentro del ámbito de la salud, como ámbito privilegiado de lo perinatal. El Modelo Médico Hegemónico tiene como principales rasgos según Menéndez (1899) biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico” (p.2)

Por lo que integrar dentro de la Psicología Perinatal las perspectivas que venimos desarrollando es necesario y fundamental. Ya que quienes asumen las

funciones de cuidado se encuentran atravesados por representaciones sociales que marcan un “deber ser” materno o paterno, bajo los modos de sentir actuar y vincularse. Estos mandatos están construidos y reforzados por estereotipos de género, los cuales pueden producir presiones subjetivas que deriven en vivencias de sobreexigencia, insuficiencia o desajuste de un ideal al cual resulta difícil alcanzar.

Así mismo, la interseccionalidad permite reconocer que las personas gestantes no atraviesan este proceso en condiciones similares, sino que se encuentran atravesadas por capas de vulnerabilidad (sociales, económicas, étnicas, corporales, simbólicas) las cuales se acentúan durante la gestación, parto y puerperio. Estas vulnerabilidades se pueden volver aún más visibles si las prácticas están inmersas dentro del paradigma del Modelo Médico Hegemónico, las que refuerzan las desigualdades. Por lo que, consideramos necesario humanizar las prácticas donde se reconozca a la persona gestante desde su singularidad la cual se encuentra atravesada por una historia y dentro de un contexto determinado.

Por tanto, una Psicología Perinatal que tenga en consideración la perspectiva de género e interseccionalidad denotará que los procesos reproductivos y de cuidado se encuentran atravesados por estereotipos culturales y sociales que los modelan. Donde la práctica humanizada permitirá construir intervenciones éticas, equitativas y respetuosas de las formas de gestar, nacer y acompañar.

Bibliografía

- Casas, F. (2006). *Infancia y representaciones sociales*. Instituto de Investigaciones sobre Calidad de Vida, Universidad de Girona.
- Luna, F. (2008). *Vulnerabilidad: La metáfora de las capas*. Revista Iberoamericana de Bioética, (2), 1–14.
- Mainetti, M. M., & Echeverría, J. (2020). *Antropología y estudios de género.* En M. M. Mainetti & J. Echeverría (Comps.), Antropología: problemáticas y debates (Cap. 14). Fundación La Hendija.
- Marañón, S. (2020). *Salud sexual y reproductiva desde un paradigma de derechos*. En M. M. Mainetti & J. Echeverría (Comps.), Antropología: problemáticas y debates (Cap. 15). Fundación La Hendija.
- Menéndez, E. L. (1988). *Modelo médico hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.

- Oiberman, A. (2013). *El espacio de la clínica perinatal.* En A. Oiberman (Comp.), Nacer y acompañar (Cap. 5). Lugar Editorial.
- Programa Nacional de Educación Sexual Integral. (2021). *Eje: Reconocer la perspectiva de género.* Programa Nacional de Educación Sexual Integral. https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/251959

Capítulo 7

"Maternidad y proyecto de vida profesional estudiados en jóvenes estudiantes de Psicología de la UNMDP"

Candela Bilbao-Sofía Castorina

"De la maternidad como único destino posible, a la maternidad como opción"

Castañeda Rentería (2019)

Resumen

Este capítulo tiene la intención de dar a conocer el trabajo de investigación final de grado de las Licenciadas en Psicología Candela Bilbao y Sofía Castorina. El mismo pretendió explorar cómo son las representaciones sociales de la maternidad en relación al proyecto de vida profesional de mujeres jóvenes estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la UNMDP.

Introducción

Esta investigación fue promovida por el interés sobre la Salud Mental Perinatal como un área de vacancia y ejercicio profesional dentro de la formación universitaria en la localidad.

Se consideró fundamental elaborar conocimiento en torno a la deconstrucción de concepciones que en definitiva contribuyen a nutrir la práctica profesional y la posición de profesionales de la Salud Mental como agentes de cambio social desde una perspectiva comprometida con la promoción de los Derechos Humanos.

En consonancia con ello, y teniendo en cuenta que los antecedentes encontrados en su mayoría hacen énfasis en una población de mujeres que maternan, el objetivo de la investigación fue explorar las representaciones sociales sobre la maternidad y su relación con el proyecto de vida profesional, en estudiantes avanzadas de la carrera de

Lic. en Psicología en la Universidad Nacional de Mar del Plata, con capacidad de gestar y sin hijxs, en edad fértil.

A tal fin, se buscó analizar y describir las representaciones sociales sobre la maternidad en relación al proyecto de vida profesional que predominan en las estudiantes. También se indagó acerca de las relaciones que se establecen entre las representaciones sociales de la maternidad de las jóvenes y su proyecto de vida profesional. Y, a su vez, otro objetivo fue describir y caracterizar las representaciones sociales sobre la maternidad como proceso biológico y el maternaje como proceso psicoafectivo.

Para ello se realizó un estudio de carácter descriptivo y exploratorio con diseño cualitativo y transversal. La información recabada se obtuvo a partir de un cuestionario de autollenado con preguntas abiertas permitiendo que en las respuestas se exprese la subjetividad de las participantes.

Maternidad y maternaje

La maternidad no es un hecho natural, se trata de una construcción social condicionada por innumerables variables y definida en un marco normativo que responde a las necesidades de cada sociedad en un lugar y tiempo histórico determinado y como constructo social, la maternidad está atravesada por condicionamientos de género que se materializan en discursos y prácticas (Badinter, 1981; Tubert, 1996; Palomar, 2007; Tarducci, 2008).

En los últimos años, bajo la posibilidad de modificar la perspectiva de ciertos paradigmas establecidos, la maternidad como noción y muchas veces mandato, fue puesta en juego en esta investigación a los fines de deconstruirla y cuestionarla.

Gracias a los movimientos sociales feministas y en pos de la lucha por los derechos de las mujeres, las nuevas generaciones se encuentran ante diversas posibilidades a la hora de desarrollar su vida y sus elecciones personales, como así también distintas formas de relacionarse con su cuerpo. Esto lleva a que existan nuevas formas de vivir historias dando paso a otros destinos y otras elecciones.

Muchos fueron los preceptos que favorecieron la concepción de la maternidad que hoy en día se busca deconstruir y reconceptualizar. Es por ello que fue considerado

lo investigado por Molina (2014) en torno al mito del instinto maternal quien lo cita a Palomar (2005) refiriendo:

> El mito del instinto maternal ha otorgado a las mujeres gran poder en la crianza de sus hijas e hijos, imponiendo al mismo tiempo una labor forzosa y sacrificada. El proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, produciendo, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos". (Molina, 2014 p.17)

El mito del instinto maternal sustenta los argumentos que permitieron formar una idea de mujer-madre insoslayable. Diferenciar maternidad como una sucesión de secuencias complejas: pubertad, fecundación, embarazo, parto, lactancia, crianza, educación y separación (proceso biológico), del maternaje como proceso psicoafectivo que puede ser ejercido independientemente de poseer o no las condiciones biológicas que posibilitan la maternidad, tal como plantea Oiberman (2005), permite comprender la complejidad del fenómeno, que excede lo biológico y se inscribe en dimensiones sociales, culturales, históricas y psicológicas.

Maternidad en la actualidad: interrogantes y disparadores

Si bien los mandatos tradicionales sobre la maternidad siguen vigentes, hoy conviven con nuevas presiones que fomentan su postergación, asociadas a la competencia profesional, la formación continua y las exigencias laborales (Zicavo, 2013). Las mujeres cuentan con más posibilidades de elección respecto a su vida y proyectos, pero también enfrentan mayores exigencias y tensiones. Actualmente nos encontramos en un contexto donde las posibilidades de elección que se abren a las mujeres respecto a sus destinos y opciones de vida, se ven atravesadas no sólo por nuevas alternativas de ser, sino también por distintas exigencias que plantea el contexto.

A diferencia de décadas pasadas, donde la decisión sobre maternar se tomaba en el ámbito familiar, actualmente intervienen múltiples factores que generan mayor

incertidumbre. En este escenario, las mujeres se han convertido en protagonistas de sus biografías e identidades de maternidad, aunque siguen condicionadas por estructuras económicas, sociales y políticas. (Castilla, 2008)

Esto invita a cuestionar las definiciones más tradicionales en torno a qué implica ser mujer, principalmente aquellas que lo equiparan con la experiencia de la maternidad, reduciéndolo incluso en un rasgo del ser, a nivel identitario.

"¿La mujer se dispone de forma natural a la maternidad aceptando y afrontando los cambios de significado en su experiencia, o, en algunas ocasiones responde de manera inconsciente a una imposición cultural?" (Agudelo Lodoño et al; 2016, p.312)

Esto motorizó el interés por conocer qué factores contemplan las jóvenes estudiantes a la hora de decidir emprender la experiencia de la maternidad.

Conceptualización de Proyecto de vida

Para definir este concepto se tomó en consideración lo expuesto por Suarez Barros (2018), quien lo considera como una forma de dar sentido a la vida, incluyendo aspectos vocacionales, económicos, sociales, entre otros, planteando metas que se añaden o complejizan unas a otras, con el fin de alcanzar bienestar y satisfacción en distintas etapas.

Sumado a esto, Zicavo (2013) expone:

> (...) En cierto modo el modelo de mujer continúa operando bajo la rémora del modelo de las generaciones inmediatamente anteriores, que podríamos denominar el modelo del "como si": que las mujeres vivan como si estudiar, lograr un buen trabajo y ser independientes fueran sus aspiraciones vitales (que se correspondían con el ideal de "mujer moderna") hasta que llegue el momento de consolidar un proyecto de pareja y familia que, con la llegada de los hijos, las relevase de dichas obligaciones, hasta entonces vividas (o puestas en escena) como sus máximas ambiciones. (p.79)

Esto impulsó a preguntar cómo el modelo del "como si" que plantea la autora se configura en la actualidad.

Las representaciones sociales

Las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas ya sea como imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver, teorías que permiten establecer hechos sobre ellos.

Mainetti (2019) plantea: ¿cómo se constituye una representación social?: a partir de vivencias, informaciones, conocimientos, formas de pensamiento, que acogemos y transmitimos a través de la tradición, la educación, y la comunicación social. Constituye un conocimiento socialmente elaborado y compartido.

Entender a la Maternidad como una Representación social, nos permite analizarla como una construcción. Como tal, es producto y respuesta a las necesidades sociales de cada época. A su vez, su carácter de construcción plantea la "vida" y fluidez del concepto, permitiéndole a este modificarse en función de lo que la época pide/exige/determina.

Análisis de datos obtenidos

Con la toma de antecedentes y en base a los objetivos planteados por la investigación, se administró un cuestionario de autoaplicación en una muestra de estudiantes avanzadas de la carrera de Lic. en Psicología, sin hijxs y con capacidad de gestar, en edad fértil.

La muestra estaba compuesta, en su mayoría por participantes entre 23 y 25 años, formando parte del 44,9% de la muestra. A su vez respecto al año de la carrera que cursaban, en su mayoría (42,9%) finalizaron su cursada.

Se analizaron 47 (cuarenta y siete) respuestas y se utilizó el criterio de saturación teórica para el tamaño de la muestra.

Los datos recabados fueron analizados de forma cualitativa con el fin de explorar las representaciones sociales en torno a la maternidad y el proyecto de vida profesional en jóvenes universitarias de la Facultad de Psicología de la UNMDP.

Conclusiones: De la maternidad como destino a la maternidad como opción

En primer lugar, en relación a los conocimientos de las participantes en torno a los conceptos de maternidad y maternaje como tales no fueron definidos. Sin embargo, atribuyen al sostenimiento psicoafectivo un valor y lo caracterizan como algo diferente y (no necesariamente incluido) dentro del proceso de gestación a nivel biológico.

En relación a las descripciones de las representaciones sociales sobre la maternidad en torno al proyecto de vida profesional, insistió un desplazamiento de la concepción de la maternidad como destino a la maternidad como opción coincidiendo con lo encontrado en los antecedentes. (Castañeda Rentería, 2019). Se puede dar cuenta que las participantes que consideran la maternidad dentro de su proyecto de vida prefieren cumplir otras metas personales antes de hacerlo. E incluyen ciertas "condiciones ideales" que permitirían llevar a cabo el proyecto de la maternidad como por ejemplo el acompañamiento del entorno familiar.

La preocupación de cumplir con los recursos económicos y afectivos para sostener a una persona, da cuenta de la responsabilidad de las participantes en torno a lo que implica maternar, y aportan a la idea de que sea una elección personal que parta desde el deseo, y no como una imposición social a cumplir por el hecho de ser mujer. Esto pudo verse relacionado con lo que plantea Molina (2014) cuando propone legitimar la "no maternidad" como elección y cuestionar los esencialismos de género para pensar a la maternidad como una experiencia voluntaria. En la investigación se pudo dar cuenta de ello, dado que algunas participantes manifestaron seguridad a la hora de desestimar a la maternidad dentro de su proyecto de vida.

En su mayoría las participantes conciben a la maternidad como algo que influiría necesariamente en el desarrollo de su proyecto de vida profesional. Una respuesta que se repitió fue: **la dificultad que implicaría compatibilizar sus proyectos a nivel personal y profesional con la maternidad y la responsabilidad que conlleva ejercer las tareas de cuidado.** Esto dio cuenta, de alguna manera, de una reproducción de la representación social en torno al rol de la mujer-madre como quien debe dedicarse al 100% de las tareas de cuidado, como un trabajo a tiempo completo, **como algo que requiere de una renuncia o sacrificio en las demás esferas de la vida en donde una mujer se desenvuelve.**

Se suma a esto, la importancia de la inserción, estabilidad o desarrollo en la esfera laboral como paso previo a emprender un proyecto de maternidad.

En relación a este asunto, las participantes aludieron a algo que en otros tiempos no era un destino socialmente legitimado para las mujeres: **la posibilidad de permitirse atravesar diversas experiencias personales, desarrollarse profesionalmente y encontrar la "felicidad" como alternativa a pensar en realizarse personalmente por "ser madre"**.

Al hacer foco en las representaciones sociales de las participantes, se intentó devolver la dimensión social a las diferentes nociones que fueron analizadas en la investigación. Aunque se enfatizó en los puntos de coincidencia de las respuestas, los proyectos de vida de cada participante se configuran de maneras diversas, y esto sucede también con la maternidad, entendiendo que podría ser oportuno hablar de **maternidades** en plural, centrándose en la diversidad y singularidad de las participantes y en los factores socioculturales actuales que configuran sus elecciones.

Las ideas instituidas en torno a la mujer-cuerpo gestante-madre aún hoy continúan formando parte de las representaciones sociales de la maternidad en jóvenes estudiantes, a pesar de contar con nuevos matices. En la mayoría de las respuestas obtenidas, insistieron correlaciones establecidas entre el cuidado de los hijxs y la mujer como aquella que cumple esa función de **forma incuestionable.** Si bien también se obtuvieron respuestas negativas en cuanto a considerar a la maternidad dentro del proyecto de vida de las mujeres, las respuestas afirmativas fueron mayoría. A pesar de priorizar su desarrollo personal/profesional o adquirir una estabilidad económica y emocional que les permita llevar a cabo ese proyecto, la mayoría de las encuestadas consideró dentro de su proyecto "ser" madre.

Se concluyó que de acuerdo a las respuestas de las participantes, **la maternidad y el maternaje son representados, de alguna manera, como si fueran parte de un mismo proceso**. En este sentido, resultó relevante haber brindado en la investigación un espacio para que las participantes puedan cuestionar esto y caracterizar la maternidad y el maternaje como diferentes.

Esto constituyó un paso inicial y necesario para comenzar a deconstruir las nocione s y constructos sociales en torno a maternar que se han reproducido a llolargo del tiempo. Por otra parte, podrían plantearse nuevas líneas de investigación en relación a la temática abordada y en base a ciertos interrogantes que surgen producto de este trabajo de investigación. Por ejemplo, la posibilidad de ampliar la muestra a jóvenes de otras carreras y comparar sus respuestas, por otro lado, pensado desde la perspectiva de género, considerar dentro de la muestra a personas no binarias y/o realizar una investigación similar abordando paternidades.

Para concluir, el trabajo de investigación permitió producir información novedosa y exponer la necesidad de hacer foco en las investigaciones de grado con

perspectiva de género, intentando enfatizar en la relevancia que esto tiene en la formación profesional. A su vez, la investigación situada permite la emancipación del conocimiento como así también la formación de saber específico y contextualizado apuntando a nutrir la práctica profesional, conformando estrategias de abordaje acordes a la comunidad en la cual se implementarán.

Referencias Bibliográficas

Agudelo Londoño, J., Bedoya García, J. y Osorio Tamayo, D. L. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. Revista Poiésis, 306-313.

Castañeda Rentería, L. I. (2019). Mujeres profesionistas sin hijos: la defensa del modelo tradicional de maternidad desde la no maternidad. *Desacatos. Revista De Ciencias Sociales*, (60), 134–149. https://doi.org/10.29340/60.2095

Castilla, M.V (2008) Modelos y Prácticas de Maternidad: Continuidades y Cambios en Dos generaciones de madres platenses. En: Rev Mad. N° 19, Septiembre de 2008. pp. 63-76

Jodelet, D. (1983) Representation Sociale: Phenomenes, Concept et Theorie. Papel de trabajo inédito.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. In S. Moscovici (Ed.), Psicología Social II : Pensamiento y vida social (pp. 469-494). Barcelona, Páidos.

Jodelet y Guerrero Tapia (2000): "Develando la Cultura. Estudios en representaciones sociales" UNAM.

Mainetti, M. (s/f). Representaciones Sociales. Ficha de cátedra. Psicología Comunitaria e Institucional. Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Molina Torterolo, S. (2014). El mito del instinto maternal y su relación con el control social de las mujeres. Trabajo final de grado. Montevideo : UR. FP. Recuperado a partir de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5336

Moscovici, S. (1976): La Psychanalyse son imege et son public, Paris, PUF.

Moscovici (1979) El psicoanálisis, su imagen y su público, Buenos Aires, Edic, Huemult.

Moscovici (1979) Representation Sociale. Comunicación presentada en el 1er. coloquio sobre representaciones sociales, París.

Oiberman, A. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, *5*, 115-130. https://doi.org/10.18682/pd.v5i0.456

Palomar Verea, Cristina (2004). «Malas madres»: la construcción social de la maternidad. Debate Feminista, 15(30), 12-34.

Sampieri Hernandez, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. McGraw Hill.

Zicavo, María Eugenia (2013). Dilemas de la maternidad en la actualidad: antiguos y nuevos mandatos en mujeres profesionales de la ciudad de Buenos Aires. Universidad de Guadalajara. Centro de Estudios de Género; La Ventana; IV; 38; 12-2013; 50-87 :http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n38/v4n38a4.pdf

Capítulo 8

"Paternidades y vivencias: Acompañando embarazos en tiempos de pandemia"

Cintia Vazquez-Cristian Zaragoza

Resumen

Este capítulo se basa en el trabajo de investigación realizado como tesis de pregrado para la Licenciatura en Psicología de la UNMDP que tuvo como objetivo principal describir las vivencias de los padres en el acompañamiento del embarazo durante la pandemia de COVID 19.

Se entrevistaron a varones para darle la palabra a quienes acompañaron las gestaciones de sus parejas en tiempos de pandemia. Fue un momento socio histórico con consecuencias dispares en las personas pero que a todos nos atravesó de algún modo. Las diversas experiencias implicaron una impronta en la subjetividad de la época.

El interés por profundizar en las vivencias de los varones en el acompañamiento del embarazo, que históricamente ha sido más asociada a la vivencia materna, junto a lo disruptivo del contexto de pandemia fueron algunos de los disparadores de la investigación realizada en la ciudad de Mar del Plata entre el 2020 y 2022.

El resultado de este trabajo permitió repensar el lugar de la salud mental paterna desde una perspectiva integral de salud y también profundizar en las implicancias que nuestra sociedad tiene en la construcciones de las masculinidades.

Introducción

Esta investigación se originó por la inquietud de profundizar en la temática de las paternidades dentro del ámbito de la Psicología Perinatal. El contexto disruptivo que generó la pandemia de COVID 19 aumentó el interés por conocer estas vivencias en un momento de cambio en las prácticas de salud. Históricamente las paternidades han sido poco investigadas y los discursos han estado más orientados a lo materno infantil. Se realizó una revisión histórica del término paternidad mostrando cómo es un producto de estructuras sociales y culturales según los modelos de cada época hasta la actualidad.

La metodología de abordaje fue de tipo cualitativo, siendo un estudio exploratorio-descriptivo. Se realizaron 10 entrevistas semi estructuradas a padres mayores de edad, marplatenses, convivientes con su pareja, cuyos hijos nacieron sanos durante el 2020/2021 para dar cuenta de sus vivencias acompañando el embarazo.

El objetivo general del trabajo fue describir las vivencias de los padres en el acompañamiento del embarazo durante la pandemia de Covid-19.

Los objetivos específicos fueron conocer las emociones en cada etapa del embarazo, explorar desde su percepción las limitaciones o beneficios del contexto de pandemia; indagar si las instituciones a las que acudieron los incluyeron en las prácticas de salud y conocer los sentimientos en relación al apoyo social familiar.

Los resultados podrían generar bases conceptuales para posibles intervenciones perinatales dirigidas a quienes ejercen la función paterna durante el desarrollo de la gestación.

Desarrollo

Paternidades

La paternidad es un concepto clave en este trabajo, se define como:

> "El proceso psicoafectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos, jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo, distinto al de la madre". (Oiberman, 1998, p. 21)

Cabe mencionar, que este concepto, no involucra solamente el aspecto biológico sino que también ocupan un rol determinante las dimensiones sociohistóricas, culturales, subjetivas y poder imaginar la propia descendencia.

En el presente trabajo se hace mención a las paternidades en plural. Al ser un proceso psicoafectivo condicionado por factores sociohistóricos que van cambiando a lo largo de la historia, hay diferentes formas de ejercer las paternidades y no solo un modo de paternar.

Además, al hablar de paternar nos referimos a una función psíquica, lo cual implica que no importa el género de la persona que la ejerza. Esta función puede ser

asumida por cualquier figura significativa que se involucre activamente en los procesos de cuidado, sostén y transmisión subjetiva.

Siguiendo los lineamientos de la Dra. Oiberman (2009) las paternidades se caracterizan por los siguientes factores:

- Compromiso de padre en el proceso de embarazo, parto y puerperio
- Satisfacción en la relación de pareja
- Influencia de las experiencias infantiles con su propio padre
- Un rol masculino no estereotipado, que le permita participar de los cuidados del bebé, sin entrar en conflicto con su virilidad.

Se entiende a la paternidad como un producto de estructuras sociales y culturales de cada momento histórico, es por ello que se realiza un recorrido del mismo hasta la actualidad.

Históricamente, el papel de los padres ha cambiado mucho. Antes, el padre solo enseñaba buenas costumbres, y luego se encargó principalmente de proveer económicamente, mientras que la madre se ocupaba de la crianza y el hogar. Durante la Segunda Guerra Mundial, las mujeres empezaron a trabajar fuera de casa, lo que comenzó a cambiar las expectativas sobre la paternidad. Desde los años 70, el rol del padre se ha transformado, pasando de ser solo un proveedor económico a ser también partícipe activo en la crianza de los hijos, teniendo en cuenta lo emocional, en un contexto donde se cuestiona el machismo y se buscan nuevos modelos de crianza.

En Argentina también se fueron dando cambios sociales y culturales que impulsaron nuevos modos de concebir las paternidades. Por ejemplo, la legalización del Divorcio en 1987 o la Ley de Matrimonio Igualitario en 2010. Por otra parte, los medios de comunicación como agentes de socialización fueron marcando la construcción social del rol del padre. En los años 70 en las revistas sobre crianza comenzaron a publicarse contenidos destinados a los padres.

Asimismo, dicha década trajo consigo el crecimiento del consumo, nuevas culturas laborales en sectores de la clase media, en donde se intentaba dar una identidad de “ejecutivos” a los empleados quienes debían cumplir con una jornada laboral más extensa que lo habitual. Esta situación se contraponía al nuevo modelo de paternidad que comenzaba a visibilizarse.

En relación a la “nueva paternidad”, como todas las construcciones sociales, está sujeta a modificaciones. Según Cosse (2009), se la puede caracterizar por un

involucramiento mayor de los padres en la crianza con sus hijos. Es decir, siendo responsables de satisfacer sus necesidades básicas materiales y necesidades afectivas como cariño, amor y compartir tiempo de calidad.

El concepto de "Nueva paternidad" irrumpe con el rol y el estereotipo que a lo largo de la historia estuvo más vinculado a la maternidad y al género femenino.

La relación entre las paternidades y los estereotipos de masculinidad se basa en entender que las paternidades son una construcción social más que un vínculo biológico. Según Ungaretti, Etchezahar y Simkin (2012), los estereotipos, que son cualidades percibidas sobre un grupo y que se transmiten a través de la socialización familiar, influyen en cómo se percibe y ejerce el rol de padre. Estos estereotipos afectan la identidad masculina y las expectativas sobre la paternidad. Aunque existen estereotipos predominantes sobre cómo debe ser un hombre y un padre, actualmente se reconoce que no hay un único prototipo de masculinidad, sino diversas formas de ser hombre y padre.

Vivencias

En el presente trabajo se describen las vivencias de las paternidades durante la gestación del embarazo en el contexto de pandemia por COVID 19. Según Vygotsky, la vivencia es una unidad de análisis importante en psicología, que entrelaza emoción y cognición, y refleja cómo el sujeto interpreta y da sentido a su realidad en un contexto sociocultural y personal. La vivencia no se limita a sentimientos o recuerdos, sino que incluye elementos cognitivos y emocionales, y depende tanto de la situación como de la percepción del individuo. Así, estudiar la vivencia implica entenderla desde la perspectiva del propio sujeto.

Emociones

En Psicología, existen diversas definiciones de emociones. Según Ekman (1984), hay seis emociones básicas: ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo, que combinadas forman emociones más complejas. Damasio (1999) señala que la cultura y el aprendizaje influyen en cómo se expresan y significan las emociones. Este concepto es relevante para entender si los padres que acompañan embarazos están cultural y socialmente validados para expresar sus emociones. Además, el contexto de la pandemia pudo haber afectado las vivencias emocionales. En Argentina, investigaciones sobre salud mental durante la pandemia revelaron un impacto notable en la salud mental, destacando miedo, incertidumbre y angustia, pero también un sentido de

responsabilidad y reflexión positiva sobre la dimensión social durante el aislamiento (Johnson, Saletti-Cuesta y Tumas, 2020).

Fases en el embarazo

Para entender las vivencias de los padres durante el embarazo, se analizarán las etapas y comportamientos descritos por distintos autores, enfocándose en las emociones de los padres durante la pandemia. Según May Ka (1982), los padres atraviesan tres fases:

- Primera fase: Desde el anuncio del embarazo, caracterizada por la reacción inicial del padre.
- Segunda fase: Entre las semanas 12 y 25 del embarazo, donde surgen sentimientos de ansiedad y conflictos internos sobre el rol de padre, a menudo con distanciamiento emocional.
- Tercera fase: Entre las semanas 25 y 30, donde los padres se preparan activamente para la paternidad, preocupándose por la salud del futuro hijo y buscando tranquilidad.

Apoyo social y familiar

En el trabajo se investigaron los sentimientos de los padres sobre el apoyo social familiar durante la pandemia. El apoyo social se define como el conjunto de ayudas, reales o percibidas, que provienen de la comunidad, redes sociales y amigos, y puede ser clave tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin, 1986). Se enfatiza el enfoque funcional del apoyo social, que estudia los aspectos perceptivos y subjetivos de este apoyo (Barrón, 1996).

Según Barrera (1986, p. 24, como se citó en Vega, O.M., Gonzalez Escobar , D. S. 2009), el apoyo social incluye conexiones significativas que brindan ayuda en tiempos de necesidad, mientras que Muñoz (2000) lo describe como intercambios afectivos y respaldos en situaciones de estrés. Herrera y Sánchez (2010) destacan que el apoyo social familiar, percibido por los miembros de la familia, puede ser interno o externo y varía con las etapas de la vida familiar.

La investigación de Nuckolls (1972) subraya la importancia del apoyo social para la salud psicológica y física durante el embarazo. Durante la pandemia, se observó que una menor percepción de apoyo social se asocia con mayor angustia y malestares físicos. Así, el apoyo social familiar es crucial para el bienestar y la salud mental, tanto en situaciones cotidianas como en crisis.

Instituciones y leyes

Uno de los objetivos específicos del estudio fue investigar cómo los padres perciben su inclusión en las instituciones de control del embarazo. Se buscó conocer si los padres pudieron estar presentes en los controles prenatales, si se sintieron incluidos en las comunicaciones de los profesionales de salud y si hubo espacios institucionales para su participación. Este análisis ayuda a entender cómo se construye el rol del padre durante el embarazo, considerando que estereotipos mediáticos y prácticas patriarcales pueden influir en esta percepción. El estudio se centró en las vivencias de los padres entrevistados y también examinó si las leyes vigentes en Argentina apoyan una participación más activa de los varones en áreas tradicionalmente femeninas.

Desde 1984, la OMS establece que el embarazo no es una enfermedad y debe ser abordado integralmente desde la salud. En Argentina, la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado, sancionada en 2004, menciona explícitamente los derechos de quienes acompañan el embarazo. El Artículo 4° garantiza acceso sin restricciones a los servicios de internación neonatal para los padres y permite el contacto físico con el recién nacido. Esta ley abarca todas las etapas del embarazo y busca humanizar las prácticas durante el parto, asegurando información clara, respeto a las decisiones, y la posibilidad de estar acompañada por una persona de confianza. La ley subraya la importancia del acompañamiento durante el embarazo, reconociendo el impacto emocional y la relevancia de una experiencia respetuosa y contenida.

Aunque la Ley N° 25.929 garantiza derechos para padres y recién nacidos en Argentina, el embarazo y el parto han sido cada vez más medicalizados. Históricamente, desde la Edad Media en Europa, los partos eran atendidos por matronas en el ámbito doméstico, con prácticas tradicionales y rudimentarias. La oposición de la religión católica a la medicina y el uso de medicamentos marcaba el contexto.

Con la institucionalización y medicalización del parto, se buscó reducir la mortalidad, lo que llevó al uso de hospitales y a la separación de madres e hijos tras el nacimiento. La medicina comenzó a tratar el parto como una enfermedad, y la tecnología se incorporó, convirtiendo prácticas excepcionales en rutinarias.

El Modelo Médico Hegemónico centró el control en el personal de salud y en aspectos físicos y biológicos del parto. Este trabajo propone una perspectiva integral de la Salud Perinatal, reconociendo que el nacimiento es un proceso biológico, psicosocial y cultural que afecta a toda la familia.

En contraste con el modelo de medicalización del parto, el modelo de Maternidades Centradas en la Familia, desarrollado en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires, promueve una atención perinatal integral. Según Larguía, González y Solana (2011), este enfoque se basa en varios ejes conceptuales: reconoce a los padres y la familia como protagonistas en la atención del recién nacido, junto al equipo de salud; prioriza la seguridad en la atención; estimula el respeto y protección de los derechos de la madre y el bebé; fomenta la participación del padre, la familia y la comunidad en el cuidado del embarazo y del recién nacido; e implementa prácticas seguras y efectivas. Este modelo busca una atención humanizada y activa, involucrando a los padres y la familia en el cuidado y contacto con el recién nacido, y promueve la colaboración de la comunidad en la salud perinatal.

En Argentina, al momento del presente trabajo, las políticas públicas relacionadas con el cuidado perinatal incluyen la Ley de Contrato de Trabajo N.º 20.744, que desde 1974 otorga a los padres solo dos días de licencia por paternidad remunerada, frente a los 90 días de licencia por maternidad para las mujeres. Esta diferencia ha llevado a la propuesta de un proyecto de ley, "Cuidar en Igualdad", lanzado el 2 de mayo de 2022 por el Ministerio de Mujer, Género y Diversidad.

Este proyecto busca ampliar las licencias por paternidad de manera progresiva, comenzando con 15 días y llegando a 90 días en ocho años, y pretende igualar el tiempo de licencia con el de maternidad. Además, promueve la corresponsabilidad en el cuidado, y considera la inclusión de licencias para futuros adoptantes. Al momento de la investigación, según UNICEF, las licencias de paternidad en Argentina son significativamente cortas en comparación con las de otros países, ubicándose en una categoría de menor protección junto a varios países de Latinoamérica.

Resultados

Los objetivos específicos se desprenden del general y permiten dar respuesta con mayor profundidad a la descripción de estas vivencias.

Todas las entrevistas comenzaron con una pregunta abierta sobre cómo había sido la vivencia de acompañar el embarazo en este contexto.

Algunas de estas respuestas generales fueron:

"El sentimiento era un poco contradictorio porque era un contexto que parecía bastante apocalíptico, sobre todo en esa etapa de la pandemia en un principio en que los cuidados eran muy extremos. Era muy contradictorio y se nos planteaba mucho esta cuestión un poco en chiste, un poco en serio de a qué mundo estamos trayendo una vida. Entonces estaba la incertidumbre en ese sentido". (E10)

Otra de las entrevistas comenzó con la siguiente respuesta:

"La vivencia fue con mucha incertidumbre de cuánto iba a durar la pandemia, uno siempre esperaba que se termine pronto todo este malestar. Algunos miedos empezaron a aparecer. Porque el tema de la pandemia que estaba empezando, en ese momento todavía no estaban las vacunas, se vivía en contexto de aislamiento, todo con los protocolos rígidos. Hubo cosas en relación a las dificultades propias por protocolos y demás que complicaban. Yo me acuerdo de la primera ecografía que es la que confirma el embarazo, me dejaron pasar, pero medio como de onda (...) Siempre estuvimos con mucha incertidumbre en el sentido de qué iba a pasar…" (E6)

Emociones en el embarazo

El primer objetivo específico de la investigación fue entender las emociones de los padres en cada etapa del embarazo durante la pandemia de COVID-19, según las fases descritas por May Ka.

- Primera fase (Noticia del embarazo):

Las respuestas revelaron una mezcla de alegría, miedo y sorpresa. Los padres expresaron felicidad por la noticia, aunque también experimentaron miedo e incertidumbre debido a la pandemia. Algunos se sintieron en shock o sorprendidos, y otros mencionaron la carga emocional del cambio que implica la paternidad.

Algunas de las respuestas relacionadas a la alegría y felicidad fueron: *"Extrema felicidad, desde el día que nos enteramos que íbamos a ser padres hasta hoy es un camino de mucha satisfacción"* (E1)

Otro de los entrevistados contó que habían perdido dos embarazos previos y que antes esta tercera oportunidad lo vivieron con mucha alegría.

"Esta tercera vez dijimos "la tercera es la vencida". Fue como que fluyó, fue distendido, muy distendido, hasta que hicimos la primera eco y estaba todo bien. Y ahí empezó esta caminata eterna, hermosa, así que muy relajados en ese momento y muy contentos" (E8)

En relación a los miedos otro de los varones expresó:

"Al principio fue como mucho miedo cuando nos enteramos fue una cuestión de que no teníamos completamente planeado que viniese la bebé. Estábamos buscando pero no que fuese tan rápido y justo en ese momento. Teníamos amigos que habían sido padres hace poco en pandemia y no la habían pasado tan bien en la situación del acompañamiento y del parto en sí." (E9)

Como se mencionó otra de las emociones que caracterizó esta fase fue la sorpresa, en este sentido una de las respuestas obtenidas fue la siguiente:

"La verdad que cuando me dijo yo no me lo esperaba, es la verdad, uno siempre lo piensa, pero no me lo imaginaba. Recuerdo que quedé así, como en shock, como que me sorprendió la noticia al principio y después reaccioné alegremente. Pero quedé un poco en shock a lo primero, como que se me trabaron las palabras y no podía decir nada, quedé ahí con la palabra en la boca por unos minutos". (E7)

- Segunda fase (Segundo trimestre):

En esta etapa, los padres comenzaron a reconocer la realidad del embarazo con el avance tecnológico en las ecografías. Se percibieron sentimientos de alegría y sorpresa, así como ansiedad respecto a la paternidad. La interacción con la panza y el acompañamiento en los controles prenatales se volvieron más significativos, junto con la ansiedad y la preparación operativa para la llegada del bebé.

En relación a lo mencionado anteriormente, algunas de las respuestas fueron: *"Es como que te termina de caer la ficha cuando empezás a ver el crecimiento en las ecografías, se puede ver el desarrollo del bebé en la panza, empezás a tomar noción de lo que estás viviendo como papá."* (E1)

En relación a los miedos e incertidumbres mencionadas en esta fase, otro de los entrevistados respondió: *"... te empezás a hacer más preguntas, ¿cómo vas a hacer con esto? y al mismo tiempo la pandemia y la incertidumbre volvía todo el tiempo… me preguntaba ¿por qué esto? qué pasa? ¿Es el fin del mundo?".* (E3)

“Empezamos mucho a leer sobre el tema, a prepararnos. Empezamos a comprar todo, empezamos a organizar el espacio”. (E9)

Otra respuesta similar de este tipo de padre en esta etapa fue: *“Me dio un afán por organizar ciertas cuestiones. Reformas en la casa antes de que nazca, es como que el nacimiento implica un hito, un antes y un después…”.* (E10)

- Tercera fase (Tercer trimestre y parto):

Los padres reportaron mayor interacción con la panza, emociones intensas de ansiedad y nervios por el parto. Muchos empezaron a prepararse para el rol de padre y a reflexionar sobre la paternidad y la figura de su propio padre. Se mencionaron sentimientos de inseguridad y dificultad para conectar emocionalmente al principio, pero también el deseo de estar presentes en el parto y el reconocimiento del impacto duradero de la paternidad.

Las entrevistas reflejaron cómo la pandemia amplió los desafíos emocionales y logísticos del embarazo, y cómo las experiencias personales y familiares influyeron en la vivencia de la paternidad.

En relación a la mayor interacción con la panza en esta etapa uno de los entrevistados respondió:

“... le pusimos música, le hablábamos a la panza, tratábamos de interactuar, ya desde casi finalización del segundo trimestre, desde el tercer trimestre empezamos a llevar adelante toda esa etapa de tratar de interactuar mucho más porque sabíamos que, si bien sienten o entienden desde el principio que están en la panza (...)Todas esas sensaciones que a uno lo movilizan, le generan mucha satisfacción, alegría.. Y sobre todo en ese tercer trimestre lo que empieza a jugar es la ansiedad por el nacimiento”. (E1)

En relación a las reacciones emocionales en esta etapa otro de los entrevistados expresó: *“Nervio, nervio, nervio. Mucha ansiedad y muchos nervios. Siempre felices pero con mucha ansiedad y muchos nervios. Terminó naciendo por cesárea. No nacía, pasaban los días y pendientes de las contracciones. Con mucha ansiedad se vive esa última época.”* (E2)

En esta fase varios contaron que comenzaron a hablar con sus parejas sobre la posibilidad de estar presentes en el parto. En este sentido, expresaron que fue una decisión tomada entre ambos.

"Si ella se sentía segura que yo esté, yo iba a estar".

(E4) Otra respuesta fue:

"Estuve ahí, acompañé, estuvo genial... uno como que está ahí, no puede hacer mucho digamos, pero ella también quería que esté. No quería saber nada con que no hubiera nadie. Bueno, pero hay que estar. Es un montón para lo que le pasa a un varón, tener que estar ahí... pudiendo no hacer y hacer al mismo tiempo, pienso…" (E6)

Este relato permite pensar cómo los varones minimizan el rol de acompañar durante las etapas del embarazo y particularmente en el parto. Como ya fue mencionado, la Ley de Parto Humanizado le da un lugar destacado a la persona no gestante que acompaña en ese momento.

En esta fase también los varones dieron respuestas relacionadas con su preparación para el rol de paternar.

"...me empecé a pensar en el rol de padre que fue, por ahí, ¿cómo voy actuar?, los miedos, las sensaciones, cómo agarrarlo... eh... porque, por más que, los hijos de mis amigos los tiene uno, pero bueno, justamente son de mis amigos. Pero si, lo empezás a pensar, de muchas cosas, viste, del momento en que nace, y cómo, no sé, a ver... cómo agarrarlo, cómo cambiarlo, los cuidados que tienen que tener... Nada, fue, el ver crecer la panza... el tratar de entender cómo una vida está dentro de la panza de mi mujer, es una cosa de locos, cómo va creciendo es terrible…" (E4)

Cabe mencionar que al momento de preguntarles sobre las vivencias y las emociones durante el embarazo muchos hicieron mención a cómo se les hizo presente la figura de su propio padre y su historia como hijos.

"Las emociones fueron muy fuertes, muy chocantes por momentos. Yo perdí a mi viejo hace 7 años y él siempre me hinchaba siempre que "cuando iba a ser padre", y siempre uno lo iba dilatando (...), por un lado estaba feliz de la vida, porque iba a ser padre. Y por otro lado, es como que ... un poco triste y enojado también un poco con la vida por el hecho de que yo perdí a mi viejo de 58 años" (E4)

Otra de las respuestas en relación a la propia figura paterna fue:

"Tenía el recuerdo de mi viejo cuando ya se estaba muriendo, viste, me dijo "che, ustedes tengan hijos, mirá que bueno que es sentirse así acompañado en este momento", no? que se yo... Emm... (pensativo) y, no sé, yo lo sentía, a esas palabras, viste como que, me acompañaron bastante " (E3)

En esta última fase también hubo respuestas que mostraron cierta dificultad en algunos varones, no en todos, para darle lugar a sus propias emociones.

"La madre va generando otro efecto desde el primer movimiento en la panza… desde cero casi… Se nota también la diferencia de esto, de ver la imagen de una ecografía y esas cosas que a mi particularmente me costó generar un vínculo hasta que nació e inclusive al tiempo. Al principio, lo voy a decir de una manera bastante cruda. Estaba yo con la recién nacida y éramos extraños! No nos conocíamos!!! (vuelve a reír). No tenía esa cuestión más innata, natural, no se me generaba la verdad… mucho menos con la panza, ni con las patadas… Sí me sorprendían del lado de qué increíble que esto esté ocurriendo… pero la emoción era exclusivamente de la madre, lo digo porque no está ella acá obviamente". (E10)

Este relato también resulta interesante porque al final menciona que al no estar la madre del bebé presente puede hablar de todo esto que le ocurrió, de no sentir vínculo ni emociones. Es decir, que tampoco tendría habilitada la posibilidad de expresarse.

<u>Limitaciones y beneficios por la pandemia</u>

Otros de los objetivos de la investigación fue explorar las limitaciones y beneficios percibidos por los padres en el acompañamiento del embarazo durante la pandemia.

En cuanto a las limitaciones los resultados obtenidos demostraron que hubieron obstáculos en: presencia de controles parentales, ya que muchos padres no pudieron estar presentes en los controles, lo cual generó frustración y angustia; estrés por cuidados sanitarios, en relación a los cuidados extremos y las preocupaciones sobre contagios; imposibilidad de ver a familiares y amigos redujo el apoyo emocional y social; y por último, problemas económicos, que la inestabilidad laboral durante la pandemia afectó a algunos padres generando inseguridad económica.

En relación a los beneficios los resultados obtenidos fueron: mayor tiempo en casa, ya que las restricciones laborales permitieron a muchos padres estar más presentes durante el embarazo, fortaleciendo el vínculo con sus parejas; adaptación laboral, la suspensión de actividades permitió una mayor participación en el embarazo; uso de la tecnología, lo cual facilitó la comunicación con seres queridos y la gestión de responsabilidades laborales; y privacidad e intimidad, la reducción de visitas en el hospital permitió disfrutar de una mayor intimidad durante la internación, el parto y el postparto.

En resumen, aunque la pandemia impuso limitaciones significativas, también brindó oportunidades para una mayor conexión familiar y un entorno más privado durante el embarazo y el nacimiento.

Instituciones de salud y paternidades

Otro objetivo de la investigación fue analizar si las instituciones de salud incluyeron a los padres en el control del embarazo desde su perspectiva. Las respuestas variaron según las experiencias individuales:

Algunos padres se sintieron incluidos y valoraron el acompañamiento del personal médico y la posibilidad de participar activamente. Expresaron satisfacción con la atención recibida y el sentido de ser parte del proceso.

Otros padres se sintieron excluidos, especialmente en situaciones de emergencia y restricciones sanitarias. Estas experiencias incluyeron largas esperas, falta de acompañamiento durante procedimientos críticos y una sensación de no ser parte integral del proceso.

Hubo quienes mostraron respuestas mixtas, indicando que la inclusión dependía del profesional y la institución. Reconocieron la dirección centrada en la madre, pero también notaron la posibilidad de participación en ciertos aspectos.

Algunos testimonios reflejan una visión tradicional del rol del padre como secundario, aceptando la exclusión sin cuestionar y percibiendo el embarazo como una experiencia predominantemente materna.

Apoyo social y familiar

En cuanto al apoyo social y familiar durante la pandemia, la mayoría de los padres destacaron la importancia del apoyo recibido de familiares y amigos, a pesar de las restricciones de contacto. Sin embargo, algunos enfrentaron la soledad debido a la distancia de sus familiares o por elección propia, lo que les hizo sentir un aislamiento adicional en el contexto del embarazo, parto y puerperio.

Durante las entrevistas semiestructuradas, surgieron temas no previstos inicialmente, pero relevantes para las experiencias de paternidad, como por ejemplo, la necesidad de extender las licencias por paternidad. Los entrevistados coincidieron en

que los dos días actuales son insuficientes y propusieron un marco legal más acorde, con licencias más largas e intercambiables.

La mayoría participó en cursos de preparto, generalmente online debido a la pandemia. Se destacó la necesidad de que estos cursos aborden aspectos emocionales, técnicos y de cuidado infantil, sugiriendo que deberían ser más integrales.

Se discutió la importancia del rol del padre durante el embarazo. Algunos padres expresaron que su rol es frecuentemente menospreciado, aunque reconocen su importancia en apoyar emocionalmente a la madre. También se observó que los padres a veces se sienten más como observadores que como participantes activos durante el parto, lo que puede generar una sensación de exclusión en el entorno clínico.

Las experiencias durante el parto varían, ya que algunos padres se sintieron como observadores debido a la falta de participación activa, mientras que otros encontraron momentos significativos de conexión, a pesar de la duración y las dificultades del proceso.

Conclusiones

Este trabajo permitió dar cuenta que hay tantos relatos y vivencias como subjetividades. En este sentido resulta pertinente ser prudente y no generalizar. Quedó demostrado que estamos transitando una época de cambio de paradigma en relación a las paternidades. Se están gestando nuevas formas de paternar.

Se había partido del supuesto que podrían haber ciertas dificultades en los varones para expresarse en relación a sus vivencias. Sin embargo, esto no ocurrió. Asimismo, cabe remarcar que ellos no están habituados a contar con espacios o dispositivos para expresarse emocionalmente. Lo cual lleva a problematizar la construcción de las masculinidades.

En esta línea se destaca la importancia de validar las emociones de los padres para pensar en la Salud Mental Paterna desde una perspectiva integral de Salud. A partir de los resultados de esta investigación y desde una mirada promo preventiva se desprende que contar con dispositivos que habiliten su expresión, favorecería a reducir el miedo, la ansiedad y ayudaría a brindar recursos sobre cómo acompañar a la persona

gestante que también atraviesa emociones cambiantes. Tener contacto y habilitar las emociones en los varones puede prevenir situaciones de violencia.

Este trabajo permitió repensar el lugar de las paternidades y las implicancias que nuestra sociedad aún tiene en la construcción de las masculinidades.El tiempo del embarazo es necesario para pensarse y prepararse en los respectivos roles, es un tiempo psíquico de cambio y no solo de la persona gestante.

Los aportes de esta investigación permitieron conocer con mayor profundidad las vivencias de estos varones en una etapa que socialmente ha estado más asociada al rol materno.Asimismo, surgieron interrogantes y disparadores conceptuales para futuras investigaciones. ¿La práctica de no siempre incluir la tríada madre - padre - bebé en todas las prácticas de salud prenatales fue exclusiva de la pandemia o está naturalizada en las instituciones? ¿Qué prejuicios aún existen en relación a la paternidad? ¿Cuáles son los estereotipos que la sociedad aún impone respecto de lo que se espera de un padre? ¿Cuánto influye el modelo tradicional y las representaciones que ellos tienen desde su propia crianza sobre el rol ejerciendo la paternidad? Nos preguntamos qué representaciones sociales cohabitan y qué lugar le dan al padre.

La Psicología Perinatal pone en primer lugar la Salud Mental perinatal en prácticas donde se sigue poniendo el eje en lo biológico. Desde los relatos que surgieron en esta investigación se percibió que en la pandemia este sesgo biológico en las prácticas de salud mental se incrementó en situaciones que podían necesitar un acompañamiento desde la Psicología.

Se pudieron conocer las vivencias de los padres desde una perspectiva que piense en una salud familiar y que acompañe el desarrollo emocional de todos sus integrantes. Se profundizó en el “lado B” de la maternidad/paternidad, lo que no se dice y se le dio palabra a quienes acompañan los procesos de gestación.

En un momento social de debate sobre la equidad de género se profundizó sobre las subjetividades de las nuevas masculinidades.

La siguiente frase surgió de uno de los entrevistados y refleja a modo de cierre este movimiento hacia las Nuevas Paternidades y la construcción constante de los vínculos en el ejercicio de las paternidades:

"... Un hijo es cambio constante, revolución, repensarse, ya no vivir por vos, vivir por otra persona. En el día a día, en el abrazo, en el construir desde el amor. Es un camino que se sigue transitando hasta el último segundo de vida" (E8).

Referencias bibliográficas

Barrón, A. (1996). *El apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Cosse, I. (2009). *La emergencia de un nuevo modelo de paternidad en Argentina (1950-1975).* Estudios demográficos y urbanos, 24(2), 429-462.

Erausquin C., Sulle A. y García Labandal L. (2016). *La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica.* Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Bs As. https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696009.pdf

Herrera Sánchez, Natividad Pinto Afanador, Lucy Barrera Ortiz. (2010). *Cuidado y Práctica de Enfermería.* Universidad Nacional de Colombia.

Johnson, C., Saletti Cuesta, L. y Tumas N. (2020) *Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina.* Universidad Nacional de Córdoba. https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2447-2456/es/#

Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In J. B. Lancaster, J. Altmann, A. S. Rossi, & L. R Sherrod (Eds.), New York: Aldine de Gruyter.

Larguía, M., González, M., & Solana, C. (2011). *Maternidad segura y centrada en la Familia*. UNICEF.

Ley 25.929. 2015. *Parto Humanizado.* 17 de Septiembre de 2004. Publicada en Boletín Oficial el 21 de Septiembre de 2004 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

Lin, N. (1986). *Conceptualizing social support.* En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Eds.), *Social Support, life events and depression* (pp. 17-30). New York: Academic Press.

May, K. A. (1982). *Three phases of father involvement in pregnancy.* Nursing Research, P. 337-342.

Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad (2022). *Proyecto de Ley "Cuidar en Igualdad" para la creación del Sistema Integral de Políticas De Cuidados de Argentina (SINCA)* [Archivo PDF]. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/06/cuidar_en_igualdad_-_sistema_integral_de_politicas_de_cuidados_de_argentina.pdf

Muñoz, M. J. M. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos.* Universitat Rovira i Virgili.

Nieri, L. (2012a) *Nueva mirada hacia la construcción de la paternidad.* Revista PsicologíaCientífica.com. 14(10) Disponible en: https://www.psicologiacientifica.com/paternidad-responsable/

Nieri, L. (2012b) *Paternidad y maternidad:aproximaciones psicológicas y socioculturales. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» N°23.* https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/341

Nieri, L. (2012c) *Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal.* Universidad de Palermo-CONICET Argentina.

Nieri, L. (2015) *Desarrollo de un estado de sensibilidad en el padre ante el nacimiento de su hijo*. Universidad Argentina de la Empresa- CONICET.

Nieri, L. (2017) Transición y construcción de la paternidad. *Scielo. Interdisciplinaria vol 34 N°2.* CABA http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272017000200011&lang=es

Nuckolls K, Cassel J, Kaplan B. (1972). *Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy*. Am J Epidemiol.

Oiberman, A. (1998). *Padre-bebé: inicio de una relación.* La Plata: Editorial Universidad Nacional de la Plata.

Oiberman, A. (2009). *La paternidad en Latinoamérica.* XXXII Congreso Interamericano de Psicología, Guatemala.

Tedros, Adhanom Ghebreyesus. (11 de marzo de 2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19*. [Declaración en internet] Organización Mundial de la salud. https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19 11-march-2020

Ungaretti, J., Etchezahar, E., & Simkin, H. (2012). *El estudio del prejuicio desde una perspectiva psicológica: cuatro períodos históricoconceptuales para la comprensión del fenómeno.* Calidad de vida y salud, 5(2).

Vega O.M., González Escobar, D.S. (2009) *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Colombia. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021

Sección 3
Perspectiva de derechos

Capítulo 9

Ley de Parto Humanizado: conocer para decidir

Bruno, Fiorella
Gonzalez,
Paloma
Iezzi, Stefanía Guadalupe

"La rebeldía de las mujeres es la esperanza de los pueblos."
— Nora Cortiñas
“Nada sobre nosotras sin nosotras."
— Dora Barrancos

Introducción

El presente trabajo se basa en la investigación “Acercamiento a la situación local de conocimiento de la Ley de Parto Humanizado: personas gestantes que participan del proyecto de extensión ‘Nacer entre palabras’”, realizada entre 2022 y 2025. La misma surgió de la necesidad de conocer qué saberes existían en torno a la Ley 25.929 entre personas gestantes usuarias del sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata, entendiendo que este conocimiento es clave para el ejercicio efectivo de los derechos que la ley contempla. Además, se indagó quiénes o cuáles eran las fuentes de información y qué obstáculos se identificaban en el acceso a esa información, o generaban su ausencia.

Desde esta perspectiva, se considera que los datos obtenidos pueden aportar a fundamentar el desarrollo de estrategias más efectivas para la aplicación de esta ley por parte de lxs profesionales de la salud, en tanto efectores de políticas públicas. Se apunta, desde una perspectiva histórica y de género, a recuperar el aspecto preventivo que implica la promoción de prácticas humanizadas en la atención de perinatal partiendo de que el abordaje integral de la salud depende del ejercicio de derechos.

Antecedentes y marco conceptual

Al comenzar, se intentó consultar con instituciones locales y regionales de salud y algunas organizaciones federales que trabajan en fomento de derechos sexuales y reproductivos, en búsqueda de información y estadísticas vinculadas con el problema de investigación. No se obtuvo respuesta.

Se hallaron estudios sobre el conocimiento de la Ley de Parto Humanizado en otras poblaciones, como profesionales de la salud, así como también otros que abordaban experiencias de violencia obstétrica. Entre ellos, se destacan el libro Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública (2011) de Canevari Bledel y los informes del Observatorio de Violencia Obstétrica "Las Casildas". También se encontraron trabajos que enmarcaban la violencia obstétrica como una violación a los Derechos Humanos.

El marco legislativo que establece derechos vinculados a la ley de Parto Humanizado, está conformado por las siguientes normativas: en principio, la Ley N° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, que incorpora por primera vez el concepto de *violencia obstétrica* como una forma de violencia hacia las mujeres, que se manifiesta en el trato deshumanizado, la medicalización excesiva y la patologización de procesos naturales.

Se piensa esta conceptualización desde una perspectiva que habla, no sólo de mujeres, sino de personas gestantes, dialogando con la Ley de Identidad de Género (N° 26.743). Por su parte, la Ley de Parto Humanizado establece derechos para personas gestantes, recién nacidxs y sus familias durante el embarazo, parto y nacimiento, promoviendo la autonomía, la toma de decisiones y una mirada despatologizante del parto.

Para entender las características que configuran la atención al parto en la actualidad, es importante ver su historia. Las autoras Oiberman (2019), Magnone Alemán (2013) y Belli (2013), explican que en el comienzo, el parto era "cosa de mujeres", la atención al parto era sostenida comunitariamente. Existían prácticas, rituales y amuletos que amortiguaban el peligro que implicaba para la vida de la mujer y su hijx el momento del parto. Esta contención emocional brindada en su mayoría por otras mujeres cercanas a la persona gestante, se empieza a interrumpir con los intentos de reducir la mortalidad materna y neonatal de la medicina moderna. Se va mutando progresivamente hacia el modelo de parto tecnocrático, marcado por el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990): un parto institucionalizado, que sostiene un paradigma patologizante del mismo, que

considera a todos los partos como potencialmente riesgosos, obstaculizando su desenlace natural, desvalorizando el poder de decisión de las personas gestantes y las formas diversas de atravesar este momento. Son lxs profesionales de la salud quienes toman el lugar de dirección de este momento, posicionándose en un lugar de saber-poder legitimado estatalmente.

Este modelo tecnocrático de atención al parto es sostenido, además, por el rol estereotipado que el patriarcado le ha asignado históricamente a las mujeres. El cuerpo de las mujeres ha sido definido a partir de su potencial capacidad de ser "madre", estructurando así el orden social, categorías, roles y relaciones de género. En este sentido es ilustrativa esta cita de la autora Bellón Sanchez (2015):

> "En nuestra sociedad, el parto y la maternidad han sido vistos durante siglos como la tarea principal de las mujeres y el aspecto esencial que define la feminidad. En contraposición el disfrute de su sexualidad es, en mayor o menor medida, un tabú y un motivo de marginación y control social de las mujeres en casi todo el mundo. En este contexto la visión tradicional de las mujeres como personas destinadas a ser madres, y a sacrificarse por ello, y la idea de que el placer sexual de las mujeres tiene que pagar un precio -como por ejemplo: un parto doloroso-, mantiene prácticas y actitudes que impactan negativamente en la salud de las mujeres, fetos y bebés durante el proceso de embarazo y parto" (p. 96).

Este trabajo de investigación se centra en cómo se construyen las condiciones para ejercer el derecho a la autonomía de la voluntad, uno de los principios fundamentales de la bioética, a través del conocimiento de la Ley de Parto humanizado. La Ley de los Derechos del Paciente (N° 26.529), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) son las normativas con las que se dialoga para pensar diferentes ejes: autonomía de la voluntad, consentimiento informado y vínculo médicx-paciente/persona gestante-equipo de salud.

En relación al ejercicio de la autonomía particularmente, surgen las siguientes preguntas: ¿cómo se ejercen los derechos en la realidad de las instituciones de salud?; ¿qué dificultades, resistencias y obstáculos encuentran lxs usuarixs?; ¿qué características presenta en la atención de la salud obstétrica?

Se construyen reflexiones en interrelación con el parto como momento vital de vulnerabilidad, la corresponsabilidad de lxs trabajadorxs de salud y las características específicas que tienen las instituciones de salud, teniendo en cuenta

su cultura organizacional, que configuran la manera en la que estas preguntas se responden en la práctica.

Por otra parte, el consentimiento informado (CI) es la contracara normativa de la autonomía de le usuarix. Es en las décadas del 70 y 80, que se comienza a reflexionar sobre las características que toma el CI en el ámbito obstétrico.

Un hito de problematización de cómo se abordan los procesos obstétricos en las instituciones de salud es la Declaración de Fortaleza (1985). Los Estados parte de la OMS establecen que "El embarazo y el parto no es una enfermedad", impulsando iniciativas para la despatologización de la atención perinatal. En nuestro país, esto se refleja en la Guía de Atención al Parto Normal en Maternidades Seguras Centradas en la Familia (2010), que sostiene un paradigma humanizado del parto, y establece estrategias para viabilizarlo. La guía destaca como necesaria una formación técnica, ética y humana para que lxs profesionales puedan asegurar que el proceso de consentimiento informado evite la sobre-intervención, medicalización y patologización del parto favoreciendo una co-construcción de la atención del proceso, que respete los tiempos y decisiones de las personas gestantes y sus familias. El consentimiento informado debe apoyarse en los vínculos construidos entre equipo de salud, usuarixs y su entorno afectivo.

Entonces nos preguntamos, *¿Cómo generar las condiciones para que las personas gestantes realmente ejerzan sus derechos a la hora de afrontar sus embarazos y partos? ¿Qué rol les cabe a lxs profesionales en este proceso?* Sauco Ber (2022) reflexiona sobre el rol del psicólogx en el parto humanizado y resalta la necesidad de que se atienda el parto de manera integral e interdisciplinaria, teniendo en cuenta que afecta diversas dimensiones de la vida de las personas gestantes y sus familias, así como la diversidad de contextos que pueden presentarse según la singularidad de cada situación. Desde esta perspectiva, las intervenciones de lxs psicólogxs perinatales, tendientes a dar lugar a los aspectos psico-sociales y afectivos que se juegan en este momento vital, tendrán que ver con hacer un puente entre los distintos saberes que interactúan, tanto profesionales como populares.

Humanizar las prácticas en salud tiene que ver con evitar la homogeneización de la atención, en este caso obstétrica y perinatal, buscando rescatar la singularidad y subjetividad de lxs usuarixs. La ley en este sentido indica intervenciones respetuosas de los tiempos "biológico y psicológico" de cada persona que pare, dándole lugar a su deseo y participación activa en el proceso.

Por último, es relevante mencionar que esta investigación surgió y fue desarrollada, como lo indica su título, en diálogo con el proyecto de extensión de la UNMdP “Nacer entre Palabras”, el cual trabaja en la temática en nuestra ciudad, buscando generar conocimiento relevante para la población que estudia. El presente trabajo fue pensado en relación a la integralidad de las funciones universitarias. Una propuesta que busca, entre otras cosas, que la producción de conocimiento sea coherente con las problemáticas sociales, poniendo en diálogo las funciones de las Universidades al servicio del territorio. La intención del trabajo desde la perspectiva de integralidad fue producir conocimiento relevante para ese segmento de la comunidad, que el mismo permita seguir pensando y desarrollando actividades y alternativas para la promoción de los derechos mencionados.

Metodología

En el trabajo de investigación se tomó como guía el objetivo general de indagar y analizar el conocimiento y las fuentes de información sobre la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado que tienen las personas en proceso de gestación, participantes de los talleres realizados en el marco del Proyecto de extensión Nacer entre Palabras identificando posibles obstáculos en el acceso a ella. El mismo tiene un diseño cualitativo, no experimental, exploratorio-descriptivo, al tratarse de una temática no abordada hasta el momento.

Lxs participantes fueron veintiocho (28) personas con capacidad de gestar, mayores de 18 años, ocho (8) de las cuales se encontraban cursando su primer embarazo y participaron de las entrevistas. El criterio de entrevistar personas que se encontraran cursando un primer embarazo fue una decisión de cuidado, para evitar abordar temáticas sensibles sobre las cuales no se podría realizar un acompañamiento o seguimiento adecuado, dadas las condiciones del trabajo de investigación final.

En cuanto a los instrumentos, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, donde se indagó el conocimiento de distintas dimensiones de la ley, sus fuentes y obstáculos en el acceso a la misma. Este era inicialmente el único instrumento a utilizar, ya que se había planificado entrevistar a asistentes a los talleres de Nacer entre Palabras desarrollados en distintos CAPS de la ciudad de Mar del Plata, municipio de General Pueyrredón. Sin embargo, durante el período de recolección de datos, durante el año 2024, surgieron dificultades producto de cambios de normativas municipales, que retrasó el comienzo de los talleres, e imposibilitó

encontrarse con lxs entrevistadxs de esa manera. Se generaron nuevas vías de búsqueda de participantes, sobre todo la difusión de flyers digitales, dando por resultado el encuentro con lxs ocho participantes mencionadxs.

Para completar la muestra, en contacto con "Nacer entre palabras", se co-construyó un cuestionario autoadministrable con el proyecto de investigación "Derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención en salud: grado de conocimiento y posibilidades en el acceso a la información de personas con capacidad de gestar. Aportes desde la Bioética y la Psicología Perinatal". De esta manera, se accedió a las respuestas de veinte personas más, que expresaron su conocimiento, fuentes y obstáculos al acceso de información sobre la Ley de Parto Humanizado y otras leyes que versan sobre derechos reproductivos y sexuales. Estxs participantes son personas con capacidad de gestar, usuarixs del sistema de salud y mayores de edad.

Resultados

¿Qué información tienen las personas gestantes de la ciudad de Mar del Plata sobre los derechos establecidos en la Ley n°25.929?

Con esta primera pregunta, que orienta el análisis de los resultados obtenidos sobre el conocimiento de la Ley analizada, se procura conocer si la información había sido comprensible, precisa y continua durante el proceso de acompañamiento a la gestación. La Ley está organizada en ocho artículos, que detallan derechos y garantías de la persona gestante, lx recién nacidx y su familia.

En términos generales, se puede afirmar que lxs participantes de la investigación indican conocer los derechos a:

- Ser informadx sobre las intervenciones médicas a realizarse sobre sí mismx y le recién nacidx;
- Elegir libremente entre opciones relacionadas a intervenciones, si las hubiera;
- Ser acompañadx durante el trabajo de parto y parto;
- Internación conjunta de recién nacidx-persona gestante;
- Promoción del vínculo temprano y corporal entre recién nacidx-persona gestante, al acompañamiento en el inicio de la lactancia.

Por el contrario, no se mencionan ni se afirman conocer los derechos a:

- Cobertura médica obligatoria de atención perinatal, aunque la ley establece que estas prestaciones están incluidas en el Programa Médico Obligatorio;
- Consentir informadamente en caso de participar en investigaciones;
- De lxs padres, o persona gestante de consentir informadamente en caso de la participación de lx recién nacidx en investigaciones;
- Derechos específicos en situaciones de riesgo de salud de la persona gestante y/o de lx recién nacidx;
- Familia como sujeto protegido por ley. Lxs participantes identifican principalmente la díada persona gestante-recién nacidx como sujeto protegido por la ley;
- Denunciar incumplimiento de ley por parte del equipo de salud interviniente, la ley establece que su incumplimiento involucra una falta grave a los fines sancionatorios.

A partir de lo recabado, se concluye que *existen limitaciones en el acceso a información clara, precisa y adecuada que permita una comprensión integral de la Ley de Parto Humanizado en lxs usuarixs participantes de la investigación.*

¿Qué fuentes de información fueron identificadas por lxs participantes?

A nivel general, es importante destacar la escasa aparición del sistema de salud como fuente de información, ya que seis de ocho entrevistadxs no recibieron información sobre la ley ni sus derechos en consultas médicas, e incluso quienes sí conocían algunos de ellos, sufrieron resistencias al pedir más información, que se detallarán en el apartado sobre los obstáculos. Entrevistadxs han afirmado cosas como *"Si cuento con la información que me dio el obstetra, es nula"*. De las fuentes que se relevaron, se puede distinguir entre **fuentes institucionales**, referidas al sistema de salud y entes responsables de divulgar esta información, y **fuentes informales,** que engloba otras fuentes que no son garantes de información confiable ni continua.

Entre las fuentes institucionales, se relevó que tres participantes recibieron información en el curso de Preparación para la Maternidad, sin embargo, describieron poca profundidad y reflexión sobre la misma, ya que la información fue transmitida cerca del momento del parto, o simplemente se les envió un PDF

con la Ley vía WhatsApp, dando pocas oportunidades a la apropiación de derechos para tenerlos en cuenta en sus procesos de decisiones. Unx de lxs entrevistadxs desarrolla sobre esto: *"No sé si se explayan tanto. De hecho explicaron un montón de cosas y yo hasta que no leí lo que me pasó el otro día del PDF no sabía que existía una ley de parto humanizado, la verdad. Te explican que sí, que podes decidir y todo pero no sé si profundizan tanto… lo de la ley no, nadie nunca la nombró".*

Por otra parte, quienes sí recibieron información en controles médicos, fue de parte de neonatólogos y enfermerxs, no en controles obstétricos, de manera excepcional, ocasional, parcial y no sistemática. En otras palabras, no como un paradigma de atención, sino mencionando algunos derechos contemplados por la normativa.

Por ende, la mayoría de lxs entrevistadxs y encuestadxs obtuvo información de fuentes informales. Entre ellas se encontraron familiares, amigxs, compañerxs de trabajo, conocidxs; por otra parte, en redes sociales, lo cual fue descrito como abrumador, generando confusión por informaciones contradictorias, lo que significa que parte de esa información era probablemente falsa, ya que la Ley no admite contradicciones. En ocasiones han comentado *"Hoy por ahí existe un boom de las redes que hace que haya un exceso de información, cada profesional con su libro, digamos, y bueno, sí, a veces es como que satura un poco la información",* o también *"De todo lo que vos tenías en mente, hay tres o cuatro ideas sobre qué se puede y qué no se puede, que se debería hacer y qué no. Y esto es bastante estresante".*

Por último, las fuentes informales comprenden las búsquedas autónomas de información de calidad como la lectura de libros de profesionales especialistas, o la lectura directa de la ley, a lo que expresan haber recurrido por falta de información de lxs profesionales intervinientes. En las palabras de unx entrevistadx: *"No, informarme no… ya para empezar en realidad no te informan nada respecto a, bueno: estos son tus derechos. Osea en todo caso* ***es uno el que tiene que investigar,*** *por lo menos donde yo estoy".*

¿Qué obstaculiza el acceso a la información sobre los derechos que ampara la Ley de Parto Humanizado?

Los obstáculos en el acceso a la información, desde la perspectiva de la que se entiende la humanización del parto, implican un obstáculo al ejercicio pleno de los derechos.

A partir de lo observado y en íntima vinculación con las fuentes de información, se sistematizaron dividiéndolos entre aquellos obstáculos vinculados al sistema de salud o fuentes formales, y aquellos obstáculos que surgen de fuentes externas a lxs actores institucionales, es decir, de fuentes informales. Los primeros refieren a aquellos que emergen de cómo se da la atención de la salud perinatal en la práctica.

Entre los obstáculos vinculados al sistema de salud, entendidos como resultado de la forma en que se da la atención de la salud perinatal en la práctica, se encuentran:

- Consultas breves, estandarizadas y centradas solo en lo clínico. Una entrevistada lo comenta acompañado de ser "despachada";
- Omisión o escasa información en consultas médicas;
- Rotación de profesionales que impide continuidad del vínculo;
- Vinculado a lo anterior, contradicciones entre profesionales;
- Estilo profesional rígido o distante, que no permite a las personas gestantes sentirse en confianza y seguridad de evacuar dudas;
- Precarización laboral y sobrecarga de profesionales de la salud;
- Resistencias profesionales: negativa a brindar información solicitada o ante propuestas como el Plan de Parto.

Sobre ésta última, es relevante el testimonio de unx entrevistadx:

> *"Después me acuerdo que a principios del séptimo mes le pregunté, si me llega a pasar alguna contracción, romper bolsa o algo… no sé, lo que sea, se adelantó. ¿Qué hago?.*
>
> *No, falta mucho para eso, me dijo. Y yo me fui a mi casa y a la semana tuve una contracción de las que son comunes, aisladas. No me acuerdo como se llama, tiene un nombre. Pero fueron dos minutos y listo, se pasó. Fue esa sola. Pero yo me recontra asusté, yo dije, listo, parto*

> *prematuro, ya estoy por tener, ya me hice toda la película. Y no, fue eso solo".*

Por otra parte, entre aquellos obstáculos vinculados a fuentes externas se menciona:

- Información excesiva y contradictoria en redes sociales:
- Falta de difusión oficial en medios de comunicación o instituciones formativas.

A lo enumerado se le suman los efectos subjetivos que tiene sobre las personas gestantes esta obstaculización en el acceso a la información, y las consecuencias en sus acciones: se han decidido por buscar otros profesionales, otras instituciones "especializadas en parto humanizado", en ocasiones han desistido de escribir planes de parto, y evitado hacer preguntas por miedo a resistencias o represalias. Estas experiencias fueron mencionadas sobre todo en las entrevistas.

El testimonio de unx entrevistadx condensa las consecuencias de estos obstaculos en las tramas vitales de las personas gestantes:

> *"Y me acuerdo que hace como un mes, le planteé si era necesario escribir un plan de parto. Y me preguntó por qué, me dice: "¿Vos qué querés pedir en ese plan de parto?" Yo le dije, "que sea respetado". Y me dijo, "todos los partos son respetados". "Bueno", dije yo, porque me inhibió (...) No le quise decir más nada… Entonces a la otra consulta fui con cosas más claras, me hice una listita y le dije: "Mirá, yo lo que quisiera pedir en ese Plan (de Parto) es que respeten el tiempo de pasado de sangre de la placenta al bebé. (...)*
> *Dije, bueno, debe estar cansado de que le planteen siempre lo mismo, que seguramente lo hacen, entonces dije, no voy a plantear más nada, y al final no lo hice, el plan de parto.*
> *Me sentí media inhibida con ese comentario de "todos los partos son respetados" (...) Así que no, no escribí el Plan de Parto, y no le consulté más nada".*

Lo descrito redunda en que toda la responsabilidad del conocimiento de sus derechos queda del lado de la persona gestante y sus acompañantes, lo cual está lejos de la promoción de derechos y ejercicio de autonomía que son necesarios a la hora de construir consentimientos informados.

Conclusiones

A modo de cierre, resulta relevante retomar el paradigma de Salud Mental Comunitaria que propone la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, el cual trasciende la atención centrada en padecimientos o patologías individuales. Este enfoque amplía la mirada situándose en un modelo integral de cuidado, que incluye estrategias de prevención y se vincula íntimamente con la promoción de los Derechos Humanos permitiéndonos abordar la temática de la presente investigación.

Al otorgar valor al atravesamiento subjetivo de las personas gestantes, la Ley de Parto Humanizado forma parte de las acciones posibles en pos de promover un paradigma amplio y complejo de salud mental comunitaria. Desde esta perspectiva, ya no se piensa al usuarix de salud mental de una forma separada del usuarix de salud en general. Se piensa al sujetx con derechos y capacidad de decidir, pasando a un lugar preponderante el derecho al ejercicio de autonomía.

La construcción de prácticas humanizantes de atención a la salud implica la integración de psicólogxs perinatales en los equipos de atención al embarazo, parto y puerperio, pero también es importante que las prácticas de lxs profesionales de salud en general se adecúen a la Ley.

A partir del análisis realizado se encontró que ciertas dificultades en torno al acceso a la información sobre los Derechos Humanos se vinculan con la tensión existente entre el acceso universal a la salud y la lógica mercantilista que domina el sector. En el contexto neoliberal actual, las personas tienden a percibir la salud como un privilegio vinculado a la capacidad económica, en lugar de un derecho fundamental que reconoce a lxs usuarios como sujetxs de derecho.

En este escenario las prácticas garantizadas por la ley trabajada, se convierten en una mercancía, y no en se visibiliza la responsabilidad del Estado de garantizar su bienestar como plantea el marco legislativo de nuestro país. El creciente desfinanciamiento de mecanismos encargados de asegurar un trato digno y respetuoso de personas gestantes, así como la reforma de las políticas relacionadas, evidencian desprotección y generan desigualdad en el acceso a derechos fundamentales.

La perspectiva mercantilista de la salud, focalizada en una supuesta optimización de recursos, da por resultado prácticas deshumanizadas y comercialización de la salud. En concreto, identificamos diferentes situaciones en las que algunxs de lxs entrevistadxs se vieron en la necesidad de pagar por prácticas médicas que no forman parte del “servicio estándar”, como por ejemplo la llamada “hora dorada”, o para asegurar la presencia de lx obstetra tratante en el momento del parto.

En la realidad, las personas pueden verse obligadas a pagar por estas prácticas como un servicio adicional, generando no sólo desigualdad en el acceso a una atención de calidad y respetuosa del parto, sino que también la perpetuación de la idea de que el parto humanizado es un tipo específico de parto al que solo se accede a través de la consulta con ciertos profesionales "especializados" en el tema, quienes ofrecen estos servicios. Se genera un ideal del parto, en lugar de entender el mismo como el único tipo de parto posible si pensamos las prácticas profesionales de salud desde una perspectiva humanizante, que respete los derechos de lx paciente.

En relación a lo observado y considerando el contexto actual de deslegitimación de las instituciones estatales, de pérdida de poder adquisitivo de lxs trabajadorxs en general y de quienes se desarrollan en este ámbito en particular,
¿qué prácticas de corresponsabilidad entre usuarixs y efectores de salud es factible construir?

Si bien se entiende a lxs usuarixs como sujetxs autónomxs capaces de tomar decisiones informadas sobre sus procesos de salud y enfermedad, también es importante reconocer que el vínculo con lxs profesionales está atravesado por una desigualdad de poder: las personas deben depositar su confianza en el saber profesional, asumiendo que ese saber se encuentra dentro de un marco ético y legal.

El proceso de consentimiento informado debe ser garantizado de manera que se priorice la comunicación efectiva y la autonomía de la persona. Sin embargo, resulta fundamental cuestionar cómo se lleva a cabo el mismo en situaciones donde las personas desconocen sus derechos, especialmente en un momento de vulnerabilidad como lo es el embarazo.

Para finalizar, es interesante retomar el informe construido por una organización feminista que se encuentra trabajando en la temática hace al menos 10 años, Las Casildas. Desde OVO Argentina generaron un relevamiento de quejas administrativas sobre el incumplimiento de la ley 25.929. Aportando a la importancia de construir corresponsabilidad en la promoción de la ley, en él se infiere que el conocimiento de la ley no asegura el cumplimiento de la misma ni la identificación de violencias atravesadas en la atención al parto. Por otro lado, este conocimiento tampoco lleva a denunciarlas, ya que se relevó que el 86,5% de las mujeres que conocían de la ley previamente al evento de violencia obstétrica, no iniciaron quejas administrativas. La situación resulta especialmente significativa teniendo en cuenta que la mitad de las quejas realizadas no obtuvo siquiera una respuesta y en ningún caso hubo sanción o reparación de ningún tipo por el incumplimiento de la ley.

En línea con lo relevado por Las Casildas, el informe Violencia Obstétrica: Análisis de los Registro de la Línea 144 (2022) señala una baja cantidad de comunicaciones a la línea por motivos de violencia obstétrica, en comparación con otras modalidades de violencia por motivos de género. Esto permite inferir que dicha forma de violencia se encuentra, en gran medida, naturalizada socialmente. Asimismo, el informe destaca que, debido al momento de especial vulnerabilidad en que ocurre, muchas personas postergan la denuncia o, en muchos casos, esta nunca llega a concretarse.

Este escenario exige, entonces, una revisión profunda de las políticas públicas y una defensa activa de los Derechos Humanos, para evitar que los avances logrados en materia de género y salud reproductiva sean revertidos por intereses contrarios al bienestar de las mayorías. Es responsabilidad de lxs trabajadorxs de la salud, entre quienes nos encontramos lxs Psicólogxs, humanizar la atención al parto. Ello no es ofrecer una experiencia estética o exclusiva: es cumplir con los derechos humanos básicos. Por eso es urgente que el consentimiento informado sea un proceso activo y ético, enmarcado en una mirada crítica y atenta sobre las estructuras que aún hoy sostienen múltiples formas de violencia obstétrica.

Referencias bibliográficas

- Araujo Cuaro, J. C. (2023) La salud ¿cómo derecho o mercancía? Mercantilización de la relación de médico-paciente y su correlación ética-bioética profesional. Gaceta Internacional de Ciencias Forenses, N°46 (enero-marzo)
- Arnao Bergero, M., Galván, V. L. & Rosso, F. (2018). Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. Revista de Psicología (UNLP), 17(2), 3-13.
- Belli, L. T. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos Revista Redbioética/UNESCO, año 4, 1(7): 25-34, enero-junio 2013.
- Bellón Sánchez, S. (2015) La violencia obstétrica desde losaportes de la crítica feminista yla biopolítica. Revista Dilemata, año 7, n° 18, 93-11.
- Canevari Bledel, C. (2011) Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública. Barco Edita, FHCSyS - UNSE
- Castrillo, B. (2016). Gobierno de embarazos y partos: las guías de procedimientos de los Ministerios de Salud nacional y provincial. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, 3, 4 y 5 de agosto de 2016, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8182/ev.8182.pdf
- Castrillo, B. (2016). De partos y derechos en el camino hacia la humanización. In VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace 27-29 de julio de 2016 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias Antropológicas. Sección de Antropología Social.
- CONSAVIG (2017-2020) Denuncias sobre Violencia Obstétrica. Estadísticas y Análisis. Argentina. Perla Prigoshin. Recuperado de: https://perlaprigoshin.com.ar/2018/09/26/denuncias-sobre-violencia-obstetrica-estadisticas-y-analisis/
- Decreto N° 476/2021 Adecuación de los documentos de identidad y los pasaportes de viaje para identidades no binarias de la Ley Nacional N° 26.743 sobre Identidad de Género.
- Decreto 492/1995. PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO - REDUCCIÓN DE APORTES. 22/09/1995. Boletín Nacional del 26 de Septiembre de 1995 (Poder ejecutivo Nacional, Argentina)

- Decreto 2035/2015. Ley N° 25.929. Reglamentación. Boletín Nacional del 1 de Octubre de 2015 (Poder Ejecutivo Nacional, Argentina)
- Elsegood, L., & Carivenc, N. (2020). Curricularizar la extensión universitaria. La integralidad de las funciones: investigación, docencia, extensión. Trayectorias Universitarias, 6(11), 030-030.
- Felitti, K., & Abdala, L. (2018). El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos. Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas, 95-121.
- Gallego, M. B. (2020). El plan de parto como documento de instrucciones previas. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, 5(1), 47-58.
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2022) Cuáles son las 10 claves de la Ley de Parto Respetado. Disponible en:
- https://www.gba.gob.ar/mujeres/noticias/cu%C3%A1les_son_las_10_claves_de_la_ley_de_parto_respetado
- Hernandez Sampieri, R. (2014) Metodología de la investigación. Sexta Edición. México, McGraw-Hill.
- Jesus Montes Muñoz, M. (2007) Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili] Tesis Doctorals en Xarxa.
- Ley Nacional N° 11.044 (1990) Investigaciones con seres humanos.
- Ley Nacional N° 24.632 (1996) Apruébase la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra La Mujer - "Convención de Belem do Pará".
- Ley Nacional N° 25.929 (2004) Protección del embarazo y del recién nacido.
- Ley Nacional N° 26.061 (2005) Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Ley Nacional N° 26.485 (2009) Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley Nacional N° 26.529 (2009) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- Ley Nacional N° 26.611 (2021) Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia
- Ley Nacional N° 26.657. (2010) Ley de Salud Mental.

- Ley Nacional N° 26.743 (2012) Derecho a la Identidad de Género.
- Magnone Alemán, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, vol. 5, núm. 12, pp.79-92.
- Mantilla M. J. & Di Marco M. H. (2020) Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires. Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana ISSN 1984-6487 / n. 35 - ago. 2020 - pp. 260-282.
- Medina, J. M & Tommasino, H (2018) Extensión crítica: Construcción de una universidad en contexto: sistematización de experiencias de gestión y territorio de la Universidad Nacional de Rosario. 1a ed. Rosario: UNR Editora. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario, 2018.
- Menéndez, E. (1990) Morir de Alcohol: saber y hegemonía médica. (ed. ampliada) Remedios de Escalada: EDUNLa Cooperativa- Universidad Nacional de Lanús, 2020.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. 4ta edición.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (s/f) Consenso. La primera hora de vida.
- Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género (2022) Violencia obstétrica: Análisis de los Registros de la Línea 144. Argentina: Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina (s/f). Informe sobre relevamiento de quejas administrativas por incumplimiento de la Ley 25.929. Disponible en: https://linktr.ee/OVOarg?fbclid=PAQ0xDSwKfKftleHRuA2FlbQIxMQABpwGLsBKlTTtkCUHybakCbdk2BQAERa3glSrlPC4_3vG9J9sSda13T-LbEm45_aem_6PAz0fp2gn8AcY1ozIR5RA
- Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina (2019). Informe sobre secuelas de la violencia obstétrica. Disponible en: https://linktr.ee/OVOarg?fbclid=PAQ0xDSwKfKftleHRuA2FlbQIxMQABpwGLsBKlTTtkCUHybakCbdk2BQAERa3glSrlPC4_3vG9J9sSda13T-LbEm45_aem_6PAz0fp2gn8AcY1ozIR5RA

- Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina (2015). Informe sobre la encuesta de atención al parto/cesárea. Disponible en: https://linktr.ee/OVOarg?fbclid=PAQ0xDSwKfKftleHRuA2FlbQIxMQABpwGLsBKlTTtkCUHybakCbdk2BQAERa3glSrlPC4_3vG9J9sSda13T-LbEm45_aem_6PAz0fp2gn8AcY1ozIR5RA
- OMS (1985) Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, Organización Mundial de la Salud, Lancet. 1985, 2: 436-7.
- OMS (2015) Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2017) Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086
- Oiberman, Alicia Juana; Mansilla, Mariela; Carballo, Rita; Elizondo, Celeste (2019) El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencias; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; Premio Facultad de Psicología; 2019; 11-2019; 49-71
- Oiberman, A. (2001) La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. Psicodebate; Lugar: Buenos Aires; Año: 2001 vol. 1 p. 87 - 93.
- OVO Las Casildas (2015) Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina. Recuperado de : www.lascasildas.com.ar
- Paricio del Castillo, R., Díaz de Neira Hernando, M., & Cano Linares, M. D. L. Á. (2024). Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 44(146), 19-41.
- Prado, G., & Torres, P. (2021). Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina.(G. Prado & P. Torres, Compilers).(2021). MT editores.
- Ramos, S.; Romero, M.; Ortiz, Z.; Brizuela, V. (2015) Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la Provincia de Buenos Aires. Archivos argentinos de pediatría, 113(6), 510-518.
- Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de

intervención en atención temprana. Escritos de psicología (Internet), 8(2), 14-23.

- Rufino, Jennifer (2020) ¿ES SUFICIENTE LA LEY DE PARTO RESPETADO? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organización de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Independent Study Project (ISP) Collection. 3305.
- Resolución N° 647/2003. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia.
- Sauco Ber, A. B. (2022). El rol del psicólogo en el parto humanizado. En III Congreso Internacional de Victimología (Ensenada, 28 al 30 de octubre de 2021).
- Santos, María Soledad y Oiberman, Alicia (2011). Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones criticas de nacimiento. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sanz Rubiales, A; Del Valle Rivero, M. L.; Fernández González, M; Ferreira Alonso, R. (2016) Teoría y práctica del consentimiento informado. Cuadernos de Bioética, vol. XXVII, núm. 1, 2016, pp. 69-78 Asociación Española de Bioética y Ética Médica Madrid, España
- Soto, F. C. G., Melgarejo, A. T. R., & Aquino, J. E. S. (2023). Parto humanizado: conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud. QuantUNAB, 2(1), e66-e66..
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. Revista Actualidad Psicológica, 26(293), 26-29.
- UNESCO (2005) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- Universidad Nacional de Mar del Plata (2023) Resolución Rectorado N° 340 / 2023. Boletín Universitario. Disponible en: http://digesto.mdp.edu.ar/vista/ver_norma.php?id_norma=68338
- Uranga, A., Urman, J., Lomuto, C., Martínez, I., Weisburd, M. J., García, O., ... & Queiruga, M. (2004). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Argentina: Ministerio de salud de la Nacion Argentina.

- Zanatta, M. A. (2008) “El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos” Revista Nexos.

Capítulo 10

Violencia obstétrica en la práctica de la cesárea: análisis desde el abordaje de la Psicología Perinatal

Constanza Lopez Osornio-Paulina Archimio

"Para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma de nacer"

Michel Odent

La cesárea: historia, incidencia y recomendaciones

La cesárea nació como una solución y actualmente por su elevada incidencia ha devenido en problema. Resulta entonces legítimo y es necesario indagar en el modo en que esta práctica se realiza y analizarla a la luz del marco legal vigente, para detectar si existen aspectos que se encuentran en tensión con los imperativos de las normas que rigen los partos en general.

En Argentina la primera cesárea fue realizada a fines del siglo XIX en Capital Federal. Más precisamente, el 29 de mayo de 1892 en la Maternidad del Hospital San Roque. La llevó a cabo el doctor Samuel Molina, con la asistencia del doctor Enrique Zarate, profesor y practicante del servicio, y la doctora Cecilia Grierson. Sobrevivieron la madre y el hijo. Además, las alumnas de la escuela de parteras presenciaron todo el procedimiento, como parte de su formación. La segunda cesárea fue realizada por Bozetti en 1894. (Llames Massini, 1915)

En las discusiones de esos años, la cesárea era descripta por los médicos como una práctica desafiante. En las publicaciones científicas, las historias clínicas de cada uno de estos "partos forzados", como se los nombra en la literatura de la época, se detallan y divulgan como uno de los grandes logros de la medicina, de la talla de una hazaña. Y las discusiones en torno a ella abarcan distintos aspectos técnicos y también éticos, por ejemplo, discuten si la cesárea puede ser una intervención optativa, ante la cual la mujer tiene la posibilidad de negarse aun a riesgo de la vida del feto. (Cantón, 1904)

El parto es una experiencia de gran intensidad física y emocional, y la cesárea es uno de los avances tecnológicos significativos en la atención del mismo. Es una de las cirugías de mayor permanencia en la historia de la Medicina y actualmente, es el

procedimiento quirúrgico más realizado en mujeres de todo el mundo y el aumento en la realización de la misma se ha convertido en objeto de análisis de diversos países. (Sarduy Nápoles, M. et al, 2023).

El objetivo de este trabajo de investigación, fue indagar sobre la relación que existe entre la práctica de una cesárea y los derechos contemplados en la Ley 25.929 (de Parto Humanizado), y particularmente sobre cuáles son los factores que pueden incidir en la existencia de Violencia Obstétrica en los partos por cesárea, de acuerdo a los aportes de la Psicología Perinatal.

La Ley n° 25.929 "de Parto Humanizado" tiene como objetivo principal promover y garantizar el respeto de derechos durante el proceso de parto. Fue sancionada en 2004 y busca establecer principios y normas para asegurar que el parto sea tratado como un hecho natural y fisiológico, procurando evitar prácticas médicas invasivas, innecesarias o deshumanizadas; promoviendo prácticas que faciliten el establecimiento del vínculo afectivo entre la persona que pare y lx recién nacidx y muy especialmente, prohibiendo la realización de prácticas de violencia obstétrica, entendida como aquella que menoscaba la integridad física y psicológica de la persona gestante durante el embarazo, el parto y el posparto.

Esta situación resalta la importancia de establecer protocolos basados en evidencias que permitan homogeneizar el juicio clínico en cada tipo de nacimiento en base a sus riesgos y beneficios particulares. En virtud de ello, en el año 1985 la Organización Mundial de la Salud realizó una declaración conocida como "La declaración de Fortaleza" estableciendo recomendaciones con respecto al uso y abuso de las cesáreas. En ella se destaca el siguiente texto:

> *"Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %. No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.*"(OMS, 1985)

Los reportes del Sistema Informático Perinatal (SIP) del año 2018 informaban que en Argentina, el 98% de los partos tienen lugar en efectores de salud y, aproximadamente, el 60% se atienden en el sector público, mientras que el resto recibe atención en hospitales privados y de obras sociales. Indicaban una tasa nacional de

cesárea del 35.7%. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). En el año 2019, el SIP registró un total de 277.330 nacimientos en todas las jurisdicciones del país, de las cuales el 37% terminaron en una cesárea, incrementando el porcentaje con relación al año anterior. El reporte correspondiente al año 2022, indicó que dicha tasa ascendió a 43,6%, con un total de 99.232 cesáreas en el territorio nacional.

Cabe aclarar que dicha información caracteriza únicamente la situación perinatal concerniente al sistema público de salud, en particular, la ocurrida en 287 hospitales públicos de la República Argentina y que representa el 66,5% del total de nacimientos del país.

Respecto de la Provincia de Buenos Aires, el informe del SIP del año 2022, arrojó una tasa de cesárea del 43,6%.

Por su parte, en lo que respecta al subsector privado, para el territorio de la Provincia de Buenos Aires, un estudio realizado por Librandi JM (2021) evaluó todos los partos cubiertos por el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), que es la Obra Social de la Provincia, durante cinco años (del 2017 al 2021).

A los fines de justificar la posibilidad de realizar inferencias sobre la población general, a partir de la muestra seleccionada, los autores señalan que:

> *La provincia de Buenos Aires es la más poblada de Argentina, donde habitan 17.875,743 personas de quienes alrededor del 65% cuenta con Obra Social. El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) es la obra social de la provincia de Buenos Aires y se enmarca en el sistema de seguridad social. El objetivo de este estudio fue: evaluar las tasas de cesárea en la finalización de embarazos registrados en el sector privado de la Obra Social de la provincia de Buenos Aires (Instituto de Obra Médico Asistencial) entre los años 2017 a 2021.*

Para la realización del estudio se omitieron los partos múltiples. Fueron registrados un total de 75.244 partos únicos.

Las conclusiones que arroja la investigación son ciertamente alarmantes. El estudio permitió constatar que en el año 2017, de 18.258 partos, 12.600 fueron cesáreas, lo que representa una tasa de 69%. El porcentaje de cesáreas superó el 60% del total de partos en todos los años y regiones sanitarias estudiadas.

Del modelo médico hegemónico y los principios de la bioética

El siglo XX, en Argentina y gran parte de América, se caracterizó por la obligación de dar a luz en instituciones con parteras profesionales, bajo la supervisión de un obstetra. Este cambio responde a la profundización de la exclusión del saber local, producto del crecimiento del dominio colonial del poder y del saber, que conduce a la implementación de diversas intervenciones encaminadas al control social para el fortalecimiento del poder del modelo médico hegemónico. (Lehner, 2012)

El sistema biomédico moderno ha logrado un lugar de poder, por encima de otras alternativas de atención, como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones. En los procesos reproductivos de las mujeres puede verse este avance con claridad: "El parto como escenario de familia pasó a ser entonces un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación". (Fornes, 2011)

El modelo médico hegemónico en la actualidad se caracteriza por centrarse principalmente en los aspectos biológicos y fisiológicos de la enfermedad. En este modelo, se concede un papel preeminente a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Existe una jerarquía clara en la que los profesionales médicos son vistos como las autoridades en materia de salud. En este contexto, la Psicología Perinatal que se refiere al estudio de los aspectos psicológicos relacionados con el período que rodea el embarazo, el parto y la transición a la maternidad o paternidad, centrándose en las experiencias emocionales, cognitivas y sociales de los individuos durante el periodo perinatal, se ofrece como un valiosísimo prisma desde donde analizar las cesáreas que se practican actualmente en nuestro entorno.

La operación cesárea, en la práctica, ha dejado de ser una cirugía reservada únicamente a casos en los que el parto por vía vaginal es riesgoso, para constituirse como una alternativa que en ocasiones el personal médico o las personas gestantes eligen, por motivos que exceden a este trabajo. En vista de los riesgos inherentes al parto por cesárea, esta posibilidad entra en cierta medida en contradicción con el principio de beneficencia.

Algunos factores que contribuyen a la tasa de cesáreas incluyen las características de la institución, como la afluencia de pacientes, si es público o privado, y si cuenta con personal capacitado o no. Además, el uso cada vez más frecuente de la ultrasonografía y la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal puede llevar a un sobrediagnóstico de complicaciones fetales, especialmente cuando los profesionales no

están adecuadamente capacitados en estas tecnologías. Las preferencias del obstetra o del servicio obstétrico también pueden influir en la tasa de cesáreas. En el sistema público, las cesáreas son menos frecuentes que en el medio privado, ya que los médicos están más orientados al cumplimiento de metas programáticas y tienen menos presión por la responsabilidad personal sobre un paciente. (Villanueva E. L. A, 2004)

De esta manera, los principios de bioética nos permiten hacer una valoración del ejercicio médico, poniendo especial atención en la decisión de elegir de manera racional una operación cesárea sobre el parto por vía vaginal. En las últimas décadas, se ha observado que la elección de realizar una cesárea se deja a criterio de la madre en muchas ocasiones y muchos obstetras avalan esta opción, argumentando que la madre tiene el derecho de decidir como una manifestación del respeto a su autonomía. Sin embargo, surge la pregunta de si esta decisión realmente beneficia a la futura madre y al neonato, o si puede tener repercusiones negativas.

Vázquez Parra, J. C. (2015) explica que:

> *Uno de los desafíos principales relacionados con el Principio de Beneficencia es el paternalismo que a menudo surge entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Esto se debe a que la beneficencia destaca la autoridad del profesional al ejercer su actividad, lo cual puede entrar en conflicto con la responsabilidad de respetar la autonomía de los pacientes.*

Por otra parte, el significativo aumento que se observa a nivel mundial en las tasas de cesárea, no se explica exclusivamente por el aumento de la elección de las mismas por parte de los pacientes, si no que existen numerosos estudios que indican que distintos factores inciden en la realización de cesáreas no justificadas desde la perspectiva del principio de beneficencia, relacionadas con necesidades económicas y administrativas de las instituciones y el personal del salud (Beltrán-Barrios et al, 2020).

La realización de la operación cesárea electiva, sin indicación médica, es una práctica muy controversial en la actualidad, sobre todo, desde la perspectiva del principio profesional de la beneficencia. Ya que, si bien es obligación del médico respetar la autonomía de sus pacientes, también es su deber el orientarlos sobre los beneficios y riesgos de cualquiera de sus decisiones.

El parto intervenido, medicalizado, es sólo un aspecto de la nueva concepción fuertemente biologisista de la reproducción humana y de la salud humana en general. Y son las instituciones de la salud los espacios en los cuales estos procesos encuentran su

lugar. No es casual que sea entonces cuando la obstetricia -campo en el cual necesariamente resulta más evidente la subordinación de las mujeres al saber médico- surge como especialidad, desarrollando un conjunto de prácticas y saberes tendientes a regular y controlar la experiencia de la maternidad. (Belli, 2013)

Violencia obstétrica, marco normativo y la psicología perinatal

Como plantea Foucault (1976), la experiencia de la maternidad conforma uno de los espacios de dominio de la biopolítica. Negar los beneficios de las prácticas y conocimientos tradicionales sobre el parto deja a los profesionales médicos como los únicos facultados para intervenir en el cuerpo femenino. Así, la asimetría entre el médico y el paciente tiene sus raíces en las prácticas sociales. A su vez, la institucionalización de los procesos reproductivos aleja a la mujer de un rol dominante en su propio embarazo, en el momento del parto e incluso en el puerperio, lugar ocupado por la autoridad del saber profesional.

La relación asimétrica que existe entre las mujeres y lxs profesionales de la salud revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer. La patologización del parto de bajo riesgo constituye de por sí un proceso en el que se ejerce la violencia simbólica y epistémica y se ocultan pluralidad de voces. (Belli, 2013)

En Argentina, el Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género (OVyDRG) del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación elaboró un informe (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades, 2022) con el objetivo de explorar las situaciones de violencia obstétrica identificadas y reportadas a la Línea 144, que es un dispositivo anónimo, gratuito y nacional, para la atención telefónica especializada a mujeres víctimas de violencia de género durante las 24 horas, los 365 días del año.

Entre las prácticas, situaciones y/o condiciones de atención que incurren en violencia obstétrica, durante 2021, 39 (75%) de las denuncias recibidas estuvieron vinculadas con el trato deshumanizado; 27 (52%) con el no respeto de la decisión de la mujer; 23 (44%) con la negación de acompañante; 23 (44%) se relacionan con la falta de información; 9 (17%) episodios de violación a la privacidad e intimidad; 9 (17%) por patologización/medicalización de los procesos reproductivos de las mujeres y otras personas gestantes; 4 (8%) con obstáculos o limitaciones en el contacto con lxs hijxs y 3 (6%) denuncias vinculadas a prácticas de cesárea injustificada.

De este mismo informe surge que si se comparan los datos anuales de los últimos cinco años (de 2017 a 2021) en los que hay información, se observa que el trato deshumanizado es la principal causa de denuncia, representando el 81%, 88%, 100%, 80% y 75%, respectivamente. En segundo lugar se ubican las denuncias que evidencian falta de información, y en tercer lugar, el no respeto por la decisión de las mujeres y otras personas gestantes. En relación al tipo de violencia, la psicológica es la más frecuente, representando el 79% de todos los casos de violencia denunciada desde la puesta en funcionamiento de la Línea 144. En casi la mitad de las comunicaciones se identifica violencia simbólica, mientras que la violencia física alcanza un 40%. El 14,7% de las personas que se contactaron informaron violencia sexual.

Los marcos del derecho a la salud, de Derechos Sexuales y Reproductivos, de salud materna, parto respetado y de violencia de género marcan algo elemental: los problemas en salud reproductiva así como los tratos indignos o violentos recibidos por las mujeres durante el embarazo y el parto no son desventajas biológicas, mala suerte ni episodios aislados, sino injusticias fomentadas por la denigración de todo lo asociado a lo femenino, la cultura paternalista y autoritaria médica, la privatización de la relación entre médicxs y pacientes, la saturación de los sistema de salud, la naturalización de patrones discriminatorios reinantes tanto en prácticas como en reglas informales o incluso formales. (Ramón Michel & Allori, 2017)

Más concretamente, el marco normativo en torno a garantizar partos respetados, y prevenir y desandar los abusos, maltratos y violencias experimentadas por las mujeres en ese contexto, busca llevar la relación del profesional y la mujer fuera de la "privacidad médico-paciente", la rendición de cuentas respecto a las fallas de los servicios y al sistema de salud, y explorar las conexiones de las experiencias de las mujeres en el parto con la violencia de género, convirtiendo a estos asuntos en algo público, de salud pública y de derechos humanos.

Asi, la Psicología Perinatal intenta acompañar y dar respuesta a un sinfín de problemáticas y necesidades que presentan las familias durante el atravesamiento de estas etapas vitales. Se trabaja entonces para favorecer el protagonismo y empoderamiento de quienes atraviesan dichos procesos, dando lugar a las vivencias subjetivas, posibilitando la puesta en palabras, habilitando sentires y pensares ambivalentes o que no condicen con “lo esperado”, propiciando la búsqueda de recursos internos, la creación o reactivación de redes de sostén, entre otros aspectos. Por lo tanto,

la labor del psicologx perinatal no es solo una cuestión de acompañamiento profesional y humano, sino también ético y político. (Savone, 2019)

Conclusiones

A los fines de problematizar la Violencia Obstétrica en la práctica de la cesárea desde la óptica de la Psicología Perinatal, se analizaron los relatos de 10 personas que tuvieron parto por cesárea en el período comprendido entre el decreto de la Ley 25.929 (2015) y el inicio de la Pandemia (2021). El objetivo fue identificar qué factores resultan promotores de situaciones de violencia obstétrica y cuáles en cambio garantizan el respeto de los derechos de las personas gestantes, los bebés por nacer y sus familias.

Con el objetivo de sistematizar la información recabada, se organizaron los hallazgos en tres dimensiones: Información, Humanización y Prácticas Invasivas.

El análisis de los relatos permitió arrojar luz sobre una serie de patrones y tendencias que proporcionan una comprensión más profunda de cómo determinadas prácticas implican un apartamiento respecto del conjunto de normas que regulan el parto por cesárea en Argentina. Estos hallazgos ofrecen aportes para la teoría y la práctica en el campo de la Psicología Perinatal.

En este sentido, en relación a la dimensión Información, entendida esta como el asesoramiento que la persona gestante recibió respecto del parto (las diferentes vías, las características del proceso, sus riesgos y beneficios, en general y en su caso concreto) y la lactancia, se concluye que existe una relación de influencia recíproca entre información, consentimiento y autonomía de la voluntad del paciente.

Algunos testimonios evidenciaron que las pacientes no recibieron la información suficiente para decidir sobre la vía de parto, o que no fueron ellas quienes tomaron la decisión y desconocen los motivos por los que el médico indicó que el parto se realice vía cesárea.

Resulta indispensable que la persona gestante cuente con información clara y precisa sobre las opciones de vía de parto para que pueda arribar a una decisión informada. Para ello es necesario que el personal de salud de la institución le brinde información sobre los beneficios y riesgos de cada una, en general y en su caso particular. Finalmente, es preciso que una vez que forme su decisión, la misma sea respetada.

Se plantea a modo de hipótesis la afirmación de que hay un saber-hacer en

relación a la información que es un factor que evita la violencia obstétrica que puede denominarse “saber-informar” que consistiría en dar la información adecuada, en el momento y de la manera adecuada, para que la persona gestante pueda tomar decisiones informadas y comprender los procesos así como también los riesgos en lo que está ocurriendo y las intervenciones que se están realizando en su cuerpo. Serían contrarios a este saber-informar tanto brindar una información excesiva, como negarse a suministrar información que la persona gestante o su acompañante solicitan. También es contrario a este saber-informar asumir la actitud de simplemente ponerse a disposición de ellos para responder a sus preguntas.

Saber-Informar, entonces, sería una habilidad que implica un hacer, una actividad sistemática y consciente por parte del personal de salud, que debe articularse en función de la singularidad de la persona gestante en cuestión.

En los casos en que hubo información percibida como suficiente y oportuna, la experiencia es asociada a estados de tranquilidad y disfrute. Mientras que la desinformación, el no entender lo que está ocurriendo, se asocia con sentimientos de deshumanización y malestar.

En particular, tratándose el parto de una experiencia en sí misma dolorosa, la desinformación influye en la posibilidad de experimentar este dolor como tolerable, o por el contrario, que este resulte insoportable e inhabilitante, dificultando tanto el proceso de parir como la lactancia y los cuidados del recién nacidx.

En relación a la posibilidad de elección de la vía de parto, si bien la mayoría de las personas entrevistadas consideraron que su decisión había sido respetada, se observa que la forma en la que se arriba a esa decisión se encuentra fuertemente influida por la relación asimétrica que existe entre el médico y el paciente, sostenida por el modelo médico hegemónico. Son excepcionales los testimonios en los que se describe un proceso de toma de decisión que se encuentre en sintonía con los derechos garantizados por la Ley de Derechos del Paciente, donde el principio de beneficencia y la autonomía de la voluntad son los elementos centrales del consentimiento informado.

Particularmente, lo que se evidencia en los testimonios analizados es que la información que las personas tenían en el momento que tomaron la decisión era información que habían obtenido de sus familiares o de internet, y que no había mediado una transmisión por parte del personal de salud respecto de los riesgos y beneficios de la elección de una u otra vía de parto en su caso particular.

Esto constituye violencia obstétrica toda vez que no es posible brindar un auténtico consentimiento informado, tomar una decisión autónoma, si sólo se cuenta como información con el consejo del médico que sugiere una vía por sobre la otra sin explicitar las razones que lo condujeron a esa posición.

Es oportuno rescatar que la información para la deliberación sobre la vía de parto, así como la que refiere a los motivos del obstetra, en la mayoría de los casos no fue valorada como suficiente por la persona gestante; en otros, la decisión respecto de la vía de parto fue tomada exclusivamente por el personal médico en respuesta a una situación de urgencia, donde habilitar un proceso de deliberación por parte de la persona gestante hubiera sido contrario al principio de beneficencia.

Algunos testimonios evidencian que la toma de decisión por parte de la persona gestante se funda en la vivencia de un dolor juzgado como insoportable. Es decir, es el dolor y no la información sobre los riesgos y beneficios de las distintas vías de parto lo que aparece como la causa del pedido expreso de la cesárea por parte de la persona gestante. Ya sea porque la persona imagina o supone el dolor que sentirá en el trabajo de parto, o porque, habiendo optado originariamente por parir por vía vaginal, durante el trabajo de parto, cambia de opinión. En estos casos, la violencia obstétrica se asocia con la imposibilidad del personal de salud de escuchar lo que la persona gestante manifiesta y respetar su decisión.

Algo que insiste en diferentes testimonios es la idea de que a la información “hay pedirla para tenerla”. Esta concepción es un factor que promueve situaciones de violencia obstétrica, toda vez que la obligación del personal de salud de abstenerse de realizar prácticas médicas sin contar con el consentimiento informado de los pacientes importa que son los primeros los que se encuentran obligados a informar. Lo contrario implica culpabilizar al paciente por su ignorancia, en lugar de responsabilizar al personal de salud por su saber y su práctica profesional.

Para que los pacientes puedan tomar adecuadamente sus propias decisiones es preciso que reciban la información suficiente y adecuada y que sean respetados en su autonomía, no siendo sometidos a procedimientos médicos que no consintieron.

En lo que respecta a la lactancia, se observa la importancia de la asistencia material y práctica, así como de un contexto favorecedor. Los testimonios evidenciaron que muchas de las personas entrevistadas no recibieron asistencia por parte del personal de salud, y en cambio, fueron asistidas por sus familiares o se apoyaron en experiencias

anteriores. Algunas de las entrevistadas manifestaron que recibieron asistencia por voluntarixs de la Liga de la Leche que recibieron información en el Curso de Preparto.

Otro hallazgo de relevancia es la correlación encontrada entre información y protagonismo. En varios de los testimonios analizados se evidenció que las personas gestantes que recibieron información percibida como insuficiente manifestaron emociones negativas y de falta de control. Por el contrario, aquellas que manifestaron contar con información percibida como adecuada, expresaron que la vivencia, aún si se trató de una experiencia de dolor, se volvió más tolerable.

Por otra parte, la percepción de falta de información se relaciona en algunos testimonios, con sensación de "frialdad", deshumanización, ajenidad. En este sentido, uno de los desafíos de la operación cesárea es (en sentido metafórico) "dar calor en un contexto frío". Es decir, posibilitar que prepondere la dimensión humana y social en una práctica quirúrgica, médica y controlada. Para esto, es indispensable, por un lado, recrear en todo lo que sea posible las condiciones del parto vaginal y por otro, recubrir con palabras los actos médicos, para que la persona que está pariendo pueda significarlos en términos de atención y cuidado y no como meras operaciones que tienen a su cuerpo como objeto.

En relación a la lactancia, los testimonios permitieron evidenciar que la mera transmisión de información no resulta suficiente para garantizar que esta práctica sea posible. En este sentido, las personas entrevistadas resaltaron la importancia de contar con alguien que las asista y acompañe en las primeras tomas de leche. Asimismo, resultan factores de relevancia para poder iniciarse en la lactancia contar con las variables contextuales adecuadas, tales como estar descansadas, aliviadas en cierta medida del dolor, no ser molestadas o interrumpidas y haber transitado el parto con cierto bienestar.

Respecto de la dimensión Humanización, entendida como la impresión subjetiva de la persona gestante de que su subjetividad fue tomada en cuenta, procurando rescatar los aspectos idiosincráticos que promovieran que sintiera que el parto se inscribiera en su biografía como un hecho de felicidad y realización personal. Se incluye en esta sección aquellos factores que influyen en que la cesárea fuera experimentada como un momento único e irrepetible, donde la persona gestante, su acompañante y el bebé tuvieron la oportunidad de encontrarse por primera vez.

En el relato de las personas entrevistadas se hallan indicadores que permiten afirmar que, para que la experiencia del parto sea experimentada en los términos descriptos en el párrafo anterior, resulta central que la persona gestante se sienta sostenida, acogida y segura. Distintos testimonios dan cuenta de cómo ciertos gestos de las Instituciones de Salud proveen de esa sensación. Puede tratarse de un gesto simple del personal, que da a la persona gestante la impresión de que quienes la atienden "ponen lo humano de ellos". Aquí se describen actitudes tales como "dar el número de teléfono", quedarse para atender el parto en forma personal (no delegándolo en otro profesional) o incomodarse en la realización de una práctica para garantizar el máximo de comodidad para la persona en trabajo de parto.

En relación a que sea el mismo obstetra quien lleva el embarazo y el parto, además de las valoraciones positivas señaladas, aparecen 4 casos en los que no importó que no las haya atendido su médico de cabecera. Surgen, alrededor de esta cuestión, diversas razones: justificaciones respecto a la cantidad de cesáreas que realiza el obstetra, ausencias por vacaciones, urgencias y los diversos médicos que ocupan las guardias.

Para algunas de las personas entrevistadas, profesionales de la salud distintos al medicx obstetra fueron señalados como empáticos y hasta fundamentales, tanto en la intervención, como en el post-intervención. Se mencionó particularmente a los anestesistas y las enfermeras. Sin embargo, aparece en algunos casos, que fue justamente el anestesista quien propició retos o maltratos hacia las personas gestantes, (por ejemplo, por no haber hecho pis o por comerse un caramelo)

Respecto al ambiente percibido como cálido y ameno, aparece relacionado a la personalidad de los diferentes profesionales de la salud. Se refieren actitudes empáticas en cuanto a las charlas y chistes en los que la persona gestante se siente partícipe, a diferencia de cuando se habla "cualquier cosa". Además, también son tenidas en cuenta algunas comodidades y preferencias por las gestantes como la posición luego de la intervención, la elección de la música, la presencia del acompañante, el uso de celulares y cámaras, entre otras.

Asimismo, en distintos indicadores del discurso de las personas entrevistadas hallamos que si el personal de salud no acompaña las intervenciones y las decisiones con palabras y gestos que recuperen la dimensión humana y vincular del acto médico, se presentifica para la persona su condición de cuerpo-objeto, representado por los ruidos extraños, los olores desagradables, la conciencia de la existencia de las vísceras.

Podría concluirse que para que parir sea una experiencia integrada, y no solo una experiencia en el cuerpo, es necesario que algo del acto médico sea velado por el lazo social, las palabras, lo que en los testimonios se designa como “la mirada macanuda”, “el clima natural”. O en la expresión “respeto y buen trato hicieron la diferencia.”

“El ambiente”, en el sentido del clima relacional y vincular imperante en el quirófano, es otro factor que aparece enfatizado como importante para que la experiencia sea vivida como humana y cálida o por el contrario fría y ajena. En este sentido, la cordialidad en el trato entre los distintos profesionales, el humor distendido, y hasta la presencia de música fueron valorados por las personas entrevistadas como factores que incidieron significativamente en la calidad de su experiencia, tanto para bien, cuando estos fueron positivos, como para mal, cuando no lo fueron.

Es que así como existen gestos que sostienen, en los relatos de parto se mencionan otros que, por el contrario, son referidos en relación a una sensación de extrañamiento y desilusión respecto de la idea que la persona gestante tenía de cómo hubiera deseado que fuera su parto. Que los profesionales hablen de cualquier cosa, que impere entre ellos un clima hostil o de indiferencia, impactaron fuertemente en la experiencia negativa de algunas entrevistadas.

Otro factor que resulta clave en los testimonios en relación a que la experiencia sea humana y transite por canales que se relacionan con el bienestar, el placer, la felicidad, o sea vivenciado de forma deshumanizada, fría, descontextuada se relaciona con la centralidad que el personal de salud y las lógicas institucionales otorguen al binomio persona gestante-acompañante.

En casi todos los testimonios se relata la escena del papá esperando sin saber si está en el lugar correcto, mientras la persona gestante está en el quirófano y la cesárea está por comenzar o ya comenzó. Otra constante que se observa es que se posterga o relega al mínimo la participación del acompañante de la persona gestante en la intervención cesárea.

En relación a lo que se conoce como Contacto Piel a Piel (CoPaP), a ninguna de las personas entrevistadas se le ofreció lx recién nacidx nacido en brazos inmediatamente después del parto. Y todas coinciden en estimar que desde el parto hasta que tuvieron al bebé en brazos transcurrieron aproximadamente 40 minutos. En todos los relatos analizados, el contacto del bebe con la persona que dio a luz es mínimo durante la primera hora de vida. Es que en todos los testimonios, la secuencia relatada

es idéntica: una vez finalizada la intervención, lx bebé es acercado a la cara de la parturienta, el equipo médico realiza los exámenes y las intervenciones sobre lx recién nacidx nacido. Luego lo ofrece en brazos al acompañante (si es que se encuentra en el lugar estipulado para ello) que se lo lleva a la habitación.

Para algunas personas esta separación no es vivenciada en forma negativa cuando queda con el acompañante elegido, y esto puede aparecer hasta naturalizado, pero para otras, la separación es vivenciada con ansiedad y angustia.

Es importante destacar que se encuentra ampliamente estudiado y demostrado científicamente que el Contacto Piel a Piel es sumamente beneficioso tanto para la persona que dio a luz como para lx recién nacidx nacido. Por ello, existe un amplio consenso entre los organismos internacionales especializados en la materia en recomendar que el CoPaP entre la persona que gestó ylx recién nacidx nacido sea priorizado, incluso postergando y subsimiento a este todas las demás intervenciones médicas de rutina. La recomendación de estos organismos implica que sólo se ofrezca que el CoPaP sea realizado por el acompañante en caso de que la persona gestante no se encuentre en condiciones de hacerlo, o decida voluntariamente (habiendo recibido toda la información correspondiente) delegarlo.

Los testimonios dan cuenta de que la puérpera queda en soledad, lo que además de violar su derecho a estar acompañada, supone una actitud cuanto menos indiferente al momento de vulnerabilidad que conlleva el parto en sí mismo y el puerperio.

Algunos de los testimonios refieren que los médicos toman decisiones que a las personas gestantes les resultan enigmáticas. Lo único que queda es el poder médico en el que se espera que la parturienta confíe ciegamente. Una relación que hallamos es que esto se asocia con una vivencia de deshumanización de la experiencia de parto. En este sentido, algunas de las personas entrevistadas indican que vivenciaron esas intervenciones con desconcierto, sin entender la razón, y sin tener la certeza de que realmente fueran necesarias. Por ello, si bien no tenemos la certeza de que se trate de prácticas innecesarias o excesivas, las incluimos en este apartado.

Asimismo, algunas entrevistadas señalan que sufrieron prácticas realizadas de forma violenta o agresiva, o que vivieron situaciones en la que la falta de ternura contrastó con su expectativa de calidez humana.

En un porcentaje no menor de los testimonios encontramos que los tiempos subjetivos de cada persona gestante no fueron percibidos por las mismas como respetados, sino más bien que fueron vulnerados o no tenidos en cuenta.

Los resultados obtenidos en este estudio tienen implicaciones tanto para la práctica profesional como para el desarrollo teórico en Psicología Perinatal. Resulta indispensable que el personal de salud conozca el marco normativo que regula la práctica y que enmarca la relación médico paciente, y que reciba formación en relación a las implicancias subjetivas de dicha relación.

En lo que a las Instituciones de Salud importa, se observa que en todos los casos la persona que acababa de parir fue separada tanto del recién nacidx como de su acompañante, evidenciando que esto constituye una práctica habitual que se aparta de los ideales receptados por la Legislación vigente y las Guías relativas a la materia.

Es fundamental que se protocolicen estas prácticas, aparte del reforzamiento en la formación ética sobre el ejercicio profesional, con el objetivo de prevenir y evitar todas las prácticas que afectan de forma directa la experiencia de la persona gestante y su familia.

Bibliografía

1. Llames Massini, Juan Carlos (1915). La Partera de Buenos Aires y la Escuela de Parteras. Buenos Aires: Imp. Flaiban y Camilloni.

2. CANTÓN, Eliseo (1904). “Operación cesárea conservadora y Radiopelvimetría”. Maternidad del H. San Roque. La Semana Médica, año XI. Buenos Aires. 193 Véase: GACHE, Samuel (1901b). “Obstetricia. Dos nuevas operaciones cesáreas. Curación. Maternidad del Hospital Rawson”. La Semana Médica, año VIII, Buenos Aires. 194 Véase: GACHE, Samuel (1905). “Obstetricia. Tres nuevas operaciones cesáreas”. La Semana Médica, año XII, Buenos Aires.

3. Sarduy Nápoles, M. R., Molina Peñate, L. L., Tapia Llody, G., Medina Arencibia, C., & Chiong Hernández, D. de la C. (2023). La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas . *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, *44*(2), e339. Recuperado a partir de https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/173

4. Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento (1985) Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437.

5. Ministerio de Salud de la Nación (2018). Reporte del SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL para la Gestión (SIP-G) Indicadores básicos. República Argentina 2018. http://www.sadamweb.com.ar/news/2019_10Octubre/Anuario-SIP-G-2018.pdf

6. Librandi, JM, Fasano, MV, Malzone P, et al. Tendencia de cesáreas en entidades privadas de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2017-2021). Ginecol Obstet Mex. 2023; 91(04):249-255.

7. Lehner, María Paula. Partos en la primera mitad del siglo XX. De las redes informales a la medicalización. En Salud, sociedad y derechos: investigaciones y debates interdisciplinarios. Compilado por Ana Lía Kornblit; Ana Clara Camarotti ; Gabriela Wald. - 1a ed. - Buenos Aires: Teseo, 2012 (Salud pública).

8. Fornes, Valeria (2011) Parirás con poder (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En: Felitti, K. (coord.) Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina. Ed. CICCUS, Buenos Aires, pp: 133- 154.

9. Villanueva Egan, Luis Alberto (2004) Operación cesárea: una perspectiva integral- . Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.6 Noviembre-Diciembre, 2004

10. Vázquez Parra, J. C. (2015). Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Revista Latinoamericana de Bioética, 16(1), 60-71.

11. Quintana-Guardo F, Monterrosa-Castro A, Beltrán-Barrios T. Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. Iatreia. 2020 Ene-Mar;33(1):5-16. DOI 10.17533/udea.iatreia.31.

12. Belli, Laura F. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. Revista Red bioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013 ISSN 2077-9445 Obstetric violence: another form of Human Rights violation

13. Foucault, Michele (1976). La voluntad del saber. Historia de la sexualidad. Siglo XXI editores, Madrid.

14. Ramón Michel, Agustina, & Allori, Agostina. (2017). El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina. Mora (Buenos Aires), 23(1), 144-153. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2017000100010&lng=es&tlng=es

15. Savone, Lucia (2019) El rol del psicólogo en el ámbito perinatal. Facultad de Psicologia UNLP, VII Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de la Plata http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/139670

16. Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451464.

Capítulo 11

Ley de parto humanizado: ¿es la implementación un deseo posible?

Lourdes Farías-Flavia Maertniz

"…hemos tenido entre manos otra tarea. Sin ella, esos mares estarían sin navegar y esas tierras serían un páramo. Hemos concebido y criado y lavado y enseñado, tal vez hasta los seis o siete años, los mil seiscientos veintitrés millones de seres humanos que ahora pueblan el mundo, según el atlas, y eso también toma su tiempo"
Un cuarto propio. Woolf, Virginia. 1929

La Ley Nacional N° 25929 de "Derechos de los padres y de la persona recién nacida", también conocida como "Ley de Parto Humanizado" o "Ley de parto respetado", se promulgó y sancionó en 2004 en Argentina. En el año 2020 la provincia de Buenos Aires se adhirió por medio de la sanción de la Ley Provincial 15188. Fue así que en el año 2023 se presentó este trabajo de investigación final para graduarse como psicólogas que desde la ciudad de Mar del Plata dos estudiantes de la licenciatura de Psicología de la Universidad Nacional se preguntaron qué se había modificado en todos estos años, desde la posibilidad de pensar con perspectiva de género en un momento de cambio de paradigmas. ¿Era posible pasar desde el modelo médico hegemónico hacia un modelo centrado en los derechos de la persona gestante, dejando atrás la perspectiva de patologización del parto y los nacimientos, y ubicándolo en el eje de la salud, recuperando la soberanía de las personas con capacidad de gestar sobre sus cuerpos?

Los objetivos de ese trabajo titulado ''Ley de parto humanizado: obstáculos y posibilidades de implementación. Rol de la Psicología Perinatal" estuvieron vinculados a explorar, describir y analizar los obstáculos y posibilidades de implementación de la ley de parto humanizado y para ello se entrevistaron profesionales de la salud del sector de obstetricia, tanto del ámbito público como privado. Casualmente o no tanto, fueron todas mujeres las personas formadas en tareas de cuidado las que prestaron su tiempo para la situación de aprendizaje que implicaron las entrevistas semiestructuradas. Poder entrevistar profesionales tuvo que ver con el aspecto bioético de no tener una actitud extractivista hacia personas que habían tenido algún evento obstétrico en los últimos

años sin poder contener o hacer alguna devolución o intervención de forma legal, y además con acercarse a dialogar con un discurso con el cual peleamos en lo teórico. Si la violencia obstétrica es la ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales y es debido al modelo médico hegemónico que llegamos hasta esta situación, entonces resulta un desafío ir a buscar a enfermeras, obstétricas, parteras, neonatólogas, etc. Adelantando el final, la experiencia fue muy rica, pudiendo ver un cambio intergeneracional.

La ley sanciona la intención de volver a poner el parto en el lugar de un acto íntimo, sexual, familiar o comunitario y devolver la confianza en las personas con capacidad de gestar, entendiendo que el parto está atravesado por la cultura. A su vez es de aplicación en todo el territorio nacional, en ámbito público y privado, en obras sociales y prepagas por estar incorporada al Programa Médico Obligatorio. Ahí es donde las preguntas són válidas para cada localidad del país: los recursos, la cultura y la legislación local no son homogéneas.

Ya en el artículo 2º se pueden encontrar las palabras claves que sirven de guía para este estudio: toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto tiene derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante esos procesos para poder optar libremente cuando existieren alternativas. Derecho al respeto de su intimidad y sus pautas culturales de modo individual y personalizado. Derecho a ser considerada respecto del proceso del nacimiento como una persona sana para que se facilite el protagonismo de su propio parto. Derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud. Derecho a estar acompañada en todo momento por una persona de confianza y de su elección. Derecho a tener siempre a su lado a su hija o hijo, a menos que la persona recién nacida requiera cuidados especiales. Y por último derecho a ser informada sobre la evolución del parto, el estado de su hija o hijo, los beneficios de la lactancia materna y cuidados de ella y la niña o el niño.

El texto continúa remarcando que padre, madre y persona recién nacida tienen derecho al trato digno y respetuoso, a permanecer juntas en la misma sala durante la internación, a la identidad, a la lactancia y al asesoramiento y la información para tomar

decisiones. La reglamentación del año 2015 toma en cuenta todas estas consideraciones y amplía algunos artículos volviendo a resaltar la libertad de elección de la persona que será acompañante, sin requisitos, sin cobrar arancel por la misma, en cualquier vía de parto y respetando el derecho de la persona gestante a no querer ser acompañada; anteponiendo el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación siempre que el estado de salud de la madre y la persona por nacer lo ameriten; se refuerza el derecho al vínculo corporal entre madre y persona recién nacida, todo en conformidad con la Organización Mundial de la Salud y la Convención de los Derechos del Niño. En la reglamentación del artículo 2º se nombra al puerperio por primera vez como un proceso, y las formas en que la persona puede elegir transitar su trabajo de parto (lugar, deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) además de la vía de nacimiento. En caso de un parto vaginal, las y los profesionales intervinientes deberán evitar prácticas invasivas, que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. Se deberá favorecer el vínculo precoz con la madre y acompañantes, y brindar espacios adecuados para la lactancia, cursos de preparación integral para la maternidad incluidos en el PMO e información, inclusive en los casos en que esté contraindicada la lactancia. También se deberá informar sobre crianza, salud sexual y reproductiva y el consumo de sustancias.

Numerosas legislaciones y políticas públicas anteceden y complementan a esta ley, lo cual da cuenta del modelo de país y de intervención estatal respecto al respeto y la ampliación de Derechos Humanos y la participación de niños, niñas, adolescentes, mujeres y diversidades en estos espacios de decisión. Algunos antecedentes claves son la Convención Interamericana Belem do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de (1994), en el que se visibiliza la violencia obstetrica; al igual que en Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales de 2009.

Es importante mencionar el rol de la Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (Ley 26061 de 2005), en la que el interés superior de niños, niñas y adolescentes y todos sus derechos, como la salud, la identidad, la dignidad y la integridad personal rigen de forma obligatoria desde el momento del nacimiento.

Por otro lado, el Programa nacional de educación sexual integral (Ley 26150 de 2006), que visibiliza el parto humanizado, la salud reproductiva, las interrupciones voluntarias y legales de los embarazos, y la violencia obstétrica como contenidos a tener en cuenta para trabajar en la educación sexual integral a través de contenidos científicos, laicos, confiables, actualizados y con perspectiva de género que puedan fortalecer la autonomía, conociendo desde todos los establecimientos de educación obligatoria las leyes que garantizan sus derechos en estos aspectos.

En la Ley 26529 de 2009 de ‘‘Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud’’ se profundiza en los derechos de las y los pacientes, como el trato digno, la autonomía de la voluntad, la intimidad y la confidencialidad, priorizando la asistencia a niños, niñas y adolescentes.

Es necesario mencionar también la ley Identidad de género de 2012 que reconoce la identidad de género de todas las personas, habilitando legalmente los distintos tipos de familias y de mapaternidades, insistiendo en el trato digno y la no discriminación. Al igual que la ley de matrimonio igualitario y la ley de fertilización asistida que habilitan a pensar la noción de “familias” en plural. Lo cual nos lleva de forma directa a problematizar el nombre de la ley en cuestión, recordemos que se habla de los derechos de “los padres” con todo lo que eso significa. Las formas de nacer no están presentes en el título y en la actualidad podemos cuestionarnos el uso del masculino genérico ‘‘padres’’ para referirse a las personas que ocupan los roles de crianza en la familia. Todas estas leyes mencionadas anteriormente resguardan los derechos que promueve la Ley de derechos de los padres y de las personas recién nacidas.

El parto normal se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. 13 Cuando nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño o la niña están en buenas condiciones. La definición continúa afirmando que en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural. Dicho esto, el trabajo de parto comienza de forma espontánea y es controlado por la persona gestante y su familia o acompañantes elegidos. Para esto es importante que la persona embarazada haya recibido toda la información que le permita leer sus signos y síntomas, y establecer una buena relación entre ellos, sus acompañantes y las y los agentes de salud de la institución que realizará la internación, que deberá respetar su privacidad y decisiones.

¿Reciben información los y las profesionales de salud para la adecuada implementación de la ley?

En base a la información obtenida, se encontró que los profesionales que ya se encontraban en actividad, no recibieron ninguna información o capacitación específica respecto a la sanción de la ley por parte de la Institución donde trabajaban. Por lo que se indago durante esta investigacion , se da cuenta de que el conocer esta Ley en detalle quedó sujeto al interés personal de cada profesional. Ya que como comentaron, desde los colegios de profesionales que les regulan, se encuentran publicadas las normativas y cada uno puede acceder en el momento que desea.
En cuanto a las profesionales que se formaron en la implementación y vigencia de este cambio de normativa, pudieron dar cuenta de un cambio en la transmisión de material académico, desde una perspectiva de derechos que acompañó su formación, pero no en cuanto a las normativas en específico.

¿Qué factores actúan como posibilitadores y cuales como obstáculos ante la implementación de ley en base a la información obtenida?

La información obtenida en las entrevistas fue organizada en dos ejes centrales: **intimidad y autonomía**. Estos conceptos representan ampliamente el espíritu de la ley y por ello permiten indagar acerca de numerosas variables que hacen a un parto "respetado", para luego poder dar cuenta de los obstáculos o posibilitadores encontrados en el cumplimiento eficiente de esta ley.

¿Es la intimidad algo posible de sostener?

"...te voy a revisar, vos me permitis? Sisisi dijo la señora, estaba como loca y gritaba como que pujaba entonces pensaron que estaba pujando para parir y no queríamos que hiciera el parto en la cama. Me pongo los guantes, le digo bueno a ver, le pongo la chata, te voy a revisar, permiso, abre las piernas, yo me pongo así para revisar y la señora con la pata me hace así y me pega una patada acá en la teta que me dolió, mal… me puso tan loca que me saqué el guante y le dije, cuando estés pariendo llamame, y me fui como loca y después me puse a llorar como una loca porque me di

cuenta que me sacó... A los 10 minutos estaba llamándome la doctora para que vuelva.(...) después nos pusimos a hablar y era que ella recibía violencia en su casa, tenía un problema, que era lo que pasaba, porque era un cuerpo que gritaba que tenía un problema grave. Era un grito de un problema grave, yo dije el otro día ahí en la facultad que cuando uno mira un parto se da cuenta que el cuerpo canta y muestra todos los problemas que tiene. La forma de parir te habla de cómo fue gestado ese bebé."
Partera, ámbito público.

Se pensó la **intimidad** en relación a que la persona gestante se sienta respetada y en confianza para poder simbolizar y expresar los sentimientos privados en relación a su nuevo rol. La intimidad está contemplada en la ley en cuanto intenta garantizar el trato respetuoso y de modo individual y personalizado, de forma tal que le garantice intimidad durante todo el proceso asistencial. También, al momento de garantizar que la persona gestante esté acompañada por quien elija y al momento de contemplar que la diada tiene derecho a internación conjunta en la misma sala si lo requiriera la situación.

Resulta clave para poder pensar la intimidad el comprender como todos los procesos que se van desenlazando a partir del momento en que se decide iniciar la búsqueda de un embarazo o al momento de un resultado positivo, se comienzan a generar las bases para el psiquismo de la persona por nacer. La identidad maternal o paternal es una construcción, no es algo innato y estas identificaciones pueden ser vivenciadas como una crisis o como una transición, es teniendo en cuenta estos factores se prioriza la intimidad de la persona gestante y la familia, ya que cada etapa del proceso es clave para la constitución de estos psiquismos y de estos vínculos que va a marcar el desarrollo futuro de la familia.

Pensando en este vínculo que se gesta desde mucho antes de la noticia del embarazo y pensando en el deseo de maternar/ paternar y todas las fantasías que van en relación a ese proyecto, la intimidad cobra protagonismo para que puedan desarrollarse todas estas emociones y sentimientos que posibilitan el encuentro entre dos. Ejercer el derecho a la intimidad durante todos estos procesos permite que la persona gestante se sienta respetada y con la confianza necesaria para expresar y poder simbolizar los sentimientos privados en relación a su nuevo rol.

Por ejemplo, en el embarazo, existen momentos claves que están relacionados a la noticia y la aceptación de ese embarazo; cuando un/a profesional informa esta noticia, no siempre está al corriente si fue un embarazo deseado, planificado, si desea continuarlo o no, etc: garantizar la intimidad da mayor margen a que la persona pueda decidir en confianza, sin influencias del sistema médico y la moral que lo encubre.El poder hablar en intimidad, de todas las sensaciones y emociones que se van despertar durante el proceso es clave para simbolizar y construir los nuevos roles, pero también para detectar riesgos en la salud mental materna.

La palabra intimidad proviene del latín, del adverbio intus, que es equivalente a "dentro" (Pérez Porto, J., Merino, M. 2010). Como una zona abstracta en la que una persona reserva para un grupo acotado de gente, es decir que alude de cierta forma a la confianza y a la seguridad que permite compartir con determinadas personas cosas privadas.
Al momento de detectar obstáculos y facilitadores en cuanto a la noción de intimidad, fue necesario discriminar en principio si la institución en la que trabajan era pública o privada y por otro lado, cuál era su rol en todo el proceso. En el ámbito privado existe la posibilidad de que la persona gestante realice su seguimiento del embarazo con los médicos y médicas obstetras que decidan. Son quienes realizan estudios de rutinas, ecografías y controles mensuales. Por lo que la creación del vínculo con el profesional durante los meses de embarazo se ve como algo posible.

En cuanto a las licenciadas y los licenciados en obstetricia, cobran protagonismo y comienzan a desarrollar relación con las usuarias a partir del último mes de gestación, en donde comienzan con los monitoreos semanales, también están a cargo de los cursos de preparto, y primordialmente acompañan en el trabajo de preparto.

Al momento del parto, en el sistema privado de salud, según la información recabada, se encuentran distintas formas de asistencia: la usuaria puede optar por un servicio personalizado, en el que la obstetra que acompañó toda su gestación, asiste su parto, esté o no de guardia, siendo un resultado de un arancel aparte del que es abonado por la obra social, representando un servicio "premium". O bien, la persona puede llegar a la clínica y puede ser asistida por cualquier obstetra de la institución que esté de guardia en ese momento.

Por otro lado, en el sistema de salud pública de la ciudad, los controles y monitoreos son realizados por las licenciadas en obstetricia, quienes prestan servicios en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS). En lo que respecta a los controles prenatales, se realizan idealmente cada veintiocho días y siempre se intenta que comiencen los controles antes de la semana trece con la finalidad de detectar posibles anomalías o dificultades y poder derivar a tiempo. Los controles deben ser periódicos y completos; se realiza una ecografía por trimestre, y los estudios específicos de cada trimestre. En el caso de que sea un embarazo de riesgo, se deriva a la usuaria o el usuario directamente a un profesional en obstetricia que preste servicios en el Hospital Materno Infantil de la ciudad.

Si el curso del embarazo es saludable y normal, el último mes se deriva a la persona al Materno infantil para realizar los controles con las médicas obstetras del mismo. Es decir, que los y las profesionales obstetras con las y los usuarios, pueden generar un vínculo, pero
va a ser menos sólido ya que si los tiempos de gestación se cumplen tienen un mes para conocer a todos los obstetras que trabajan en la institución.Una vez dada el alta de la usuaria y su bebé, se retoman los controles con las parteras en el CAPS, para realizar el control del puerperio y asesoramiento de lactancia. Por lo tanto, en el sistema público es más posible la creación de vínculo de confianza e intimidad con las parteras a cargo de acompañar la gestación.

En cuanto a las y los profesionales en neonatología, coincide que usuarias o usuarios y profesionales se conocen unos minutos antes del nacimiento, y por lo general debido a las ansiedades, miedos, o dolores del trabajo de parto, no pueden generar un vínculo más allá de una presentación rápida.Con respecto a las y los profesionales en enfermería, comienzan a construir un vínculo en el momento de internación, en ambos sectores. Más allá de prestar servicios de atención y cuidado también transmiten información sobre lactancia.

En el caso de que la persona recién nacida deba quedar internada en neonatología, por la cotidianidad de los encuentros se puede llegar a generar un vínculo tanto con las neonatólogas como con las enfermeras de neonatología.El hablar de la construcción de

vínculos entre profesionales y usuarias muestra cómo estos profesionales abordan la dimensión emocional de las usuarias en esa situación de vulnerabilidad psíquica.

A raíz de esto, se ubican diversos discursos, y cómo esto queda a criterio de la personalidad de cada profesional. En los relatos de las experiencias generales se encuentra la recurrencia de que las profesionales aluden a que cada uno tiene una forma de ser distinta, y que eso va a repercutir en el trato con las usuarias, más allá de que todos se hayan formado ‘‘con los mismos manuales’’.

Por otro lado, en el sector de neonatología su tarea depende del riesgo. Muchas veces tienen que actuar desde la urgencia y les resulta difícil sostener y contener a las madres y los padres todo el tiempo.Entonces, se podría decir que la contención emocional está íntimamente relacionada al vínculo que se crea de ambos lados, ya que parte del conocimiento y la empatía, y de conocer la realidad de las otras personas. El acompañar y sostener no es algo que esté dentro de las incumbencias de las áreas profesionales, pero se puede observar que igualmente desempeñan un papel fundamental en el acompañar a las personas gestantes y sus familias, ayudándoles a tomar conciencia de lo que está pasando.

Como otros factores que influyen en el nivel de la intimidad durante el proceso, se ubica la existencia de salas de preparto y de parto diferentes. Lo que se encontró a través de la indagación fue que tanto en el ámbito privado como en el público hay habitaciones de preparto distintas al quirófano donde se realiza el parto en sí. Las habitaciones por lo general permiten mantener la intimidad de la usuaria y su acompañante. Hay excepciones en el ámbito público dependiendo la cantidad de partos que haya en ese momento. En relación a esto, se pudo evidenciar uno de los principales cambios mencionados por las entrevistadas es en relación a la infraestructura edilicia de las instituciones, ya que anteriormente en el ámbito público las salas de preparto tenían una mayor cantidad de camas y no era posible ni cómodo para las otras personas gestantes que estén todas acompañadas.

En lo que respecta a la cantidad de personas dentro de la sala de parto, esto va a ser muy variable, ya que depende cuantos residentes de cada área haya presentes. Por lo el quirófano en el sector privado están presentes obstetra, enfermera, partera y anestesiólogo; en la sala de al lado para recibir al bebé aguardan el neonatólogo y

enfermera. Aquí, como en el ámbito público, podemos encontrar residentes de las diferentes especialidades.

¿ De qué se trata la autonomía? ¿Sería posible dar protagonismo a la persona gestante en la toma de decisiones?

"yo mientras la mamá y el bebé estén bien, por mí que se cuelguen de una ventana, que se bañen, que se paren, que se acuesten, no me importa. Yo hago partos parada, me he tirado en el piso boca abajo a agarrar el bebé, después me duele la espalda dos semanas, pero no importa. Si quiere parir parada, yo me tiro al piso, no hay problema. Ahora, si ya está en riesgo el bebé o la mamá, la democracia se terminó y va a empezar a pesar más lo que digo yo, pero por una cuestión de que yo estoy a cargo de la salud del binomio "

Obstetra, ámbito privado.

La Ley de parto humanizado establece la **autonomía** de la persona gestante afirmando que debe ser considerada como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto, y que la madre y el padre tienen derecho a recibir información comprensible.

Las profesiones que tienen más posibilidades de realizar este trabajo preventivo son las que acompañan el preparto: obstetras en instituciones privadas, obstétricas en las públicas y doulas de forma particular. A medida que va avanzando la gestación y se suceden los distintos controles físicos, estas trabajadoras pueden ir adelantando y explicando los sucesos y procedimientos. Si bien las entrevistadas expresaron que informan y explican todo a las pacientes, se introduce una diferencia con las profesiones vinculadas a lo neonatal que hacen su ingreso una vez iniciado el trabajo de parto, cuando la comunicación se hace más difícil, o cuando existe un riesgo y hay que actuar con la velocidad de la urgencia. Por lo que la autonomía se ve dificultada por la urgencia.

Este aspecto sobre la cantidad de información también se vincula a algunas personas gestantes que no sólo ingresan a la institución con un plan de parto sino con la intervención de abogados o escribanos. Estas usuarias y usuarios obtienen su autonomía a través del capital cultural y económico que les permite informarse y asesorarse

legalmente. Algunas entrevistadas mencionaron la industria del juicio de mala praxis, principalmente en el sistema privado, y han resaltado lo difícil que resulta hacer obstetricia en Argentina hoy, por
la brecha existente entre la militancia de los derechos vinculados al parto humanizado, la información que se brinda mediáticamente, la formación de las y los profesionales, y la infraestructura y directivas de las instituciones que hacen que no todo sea posible.

Otro aspecto no directamente vinculado a la información que afecta la autonomía es el tipo de cobertura de salud tenga la usuaria y la posibilidad de elegir instituciones y profesionales. No todas las obras sociales cubren analgesia, por lo tanto hay personas que no pueden optar por tener un parto con analgesia que podría darle más posibilidades a continuar por la vía vaginal. Tampoco todas las instituciones tienen una o un anestesista de guardia en la institución para realizar partos vaginales a una usuaria que tuvo una cesárea previa. Esto contribuye a la escalada de cesáreas innecesarias, porque si bien haber tenido una cesárea previa no es indicador de una nueva cesárea, al no poder garantizar las condiciones en caso de riesgo hay instituciones que no realizan esta práctica. Por otro lado, la libertad de las usuarias de optar por la forma de los nacimientos aumentó la cantidad de cesáreas no indicadas médicamente. Las entrevistadas afirmaron que tanto en instituciones de salud públicas como privadas el índice de cesáreas supera el 60% y 70%.

Un rasgo que se puede resaltar en relación a lo humanizado de los nacimientos es que más allá de que en general no se pueda respetar la hora de oro por razones de infraestructura como la falta de profesionales que supervisen ese momento o de calefacción adecuada en la sala, entre otras, hay un esfuerzo para presentar a la persona recién nacida a la madre antes de llevársela para realizar intervenciones de rutina como las vacunas y que después puedan seguir juntas, o incluso si el bebé se está dirigiendo a internación neonatal.

“Es conveniente que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada por una persona elegida por ella: pareja, familiar, amiga. La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y por lo tanto nacen niños en mejores condiciones.” (Guía para la implementación de parto normal en maternidades centradas

en la familia, página 25, 2010). Esta cita de la guía puede utilizarse para pensar en la presencia de psicólogas y psicólogos perinatales en los nacimientos. Pero a su vez se puede pensar que algunos roles de contención y acompañamiento se vienen realizando por doulas en la actualidad. En diversas publicaciones se analiza el concepto de la participación de "doulas" (persona no profesional, entrenada para tal fin), todas con resultados similares. Las características socio culturales de nuestra población parecieran responder mejor a la presencia de la persona elegida por la misma embarazada. No obstante, esta podría ser una estrategia a tener en cuenta por los servicios para aquellas mujeres que no cuentan con la presencia de un familiar o amigo.

Las psicólogas y los psicólogos perinatales pueden trabajar desde los deseos subjetivos y la transmisión de información clara para fomentar la autonomía que permita tomar decisiones. Por ejemplo, acompañando y asesorando en la confección de planes de parto. En resumen, la autonomía de las usuarias y los usuarios, pensada como capacidad de tomar decisiones y brindar consentimiento en un momento puntualmente vulnerable de la vida, se ve afectada por la cantidad y calidad de información recibida, el tipo de cobertura y la infraestructura de la institución, tanto edilicia como de personal.

En relación al intervencionismo las entrevistadas informaron que las y los profesionales más jóvenes y quienes tuvieron un paso por instituciones de otras ciudades con otras experiencias con el paradigma de Maternidades Centradas en la Familia, son más pro parto vaginal y a su vez que las formas de nacer fueron cambiando para que la persona gestante sea protagonista de ese momento vital. Salvo indicación de riesgo, las personas gestantes no están cursando una enfermedad y pueden elegir aspectos como la posición en la que se sienten más cómodas.

En la actualidad usuarias y usuarios del sistema de salud cuestionan y preguntan a las y los profesionales mucho más que antes. Una de las entrevistadas afirmó, que cuando informa y explica a las personas gestantes de las intervenciones que tiene que realizar en ella y en el bebé, las madres en general aceptan más intervenciones invasivas sobre ellas que sobre la persona recién nacida. Hay determinadas intervenciones que no son optativas cómo la vacunación y otras que sí o se pueden demorar, pero que van a depender de la voluntad de los distintos profesionales. Éstos no necesariamente están de acuerdo y coordinados, y no sienten la misma seguridad frente a situaciones que generen una sensación de riesgo o la posibilidad de una demanda legal.

Con respecto al parto domiciliario ninguna de las médicas entrevistadas lo recomienda o lo practica, si bien informaron que existe un equipo que lo realiza en la ciudad, no así la posibilidad de parir en el agua. Por otro lado, la recomendación oficial es el nacimiento en maternidades que puedan garantizar las condiciones de seguridad.

A la hora de pensar la autonomía es importante mencionar características del contexto y la influencia de los medios de comunicación tradicionales o virtuales. Como representación de lo que se quiere comunicar, parece pertinente cuestionar el modo en que los medios de comunicación transmiten información sobre lo que es un parto respetado a través de la experiencia de personas famosas, de la farándula, o influencers de las redes sociales.

Todas esas mujeres se terminan convirtiendo en voceras de un "parto respetado" que genera confusión y la distribución de información que no representa la realidad del sistema. Estas activistas tienen llegada a millones de personas gestantes y se puede observar cómo se confunde el privilegio de clase, una decisión o el respeto con el espíritu de la ley. Se podrían citar varios titulares de personas famosas en los que se da una información escueta y muy distante de lo que es un nacimiento humanizado. Según estas noticias un parto respetado sería parir en la comodidad del hogar, sin médicos, sin anestesia, sin oxitocina, sin episiotomía, sin epidural, en la bañera y luciendo en perfecto estado luego de parir para la foto. Esta divulgación de información masifica una idea fundamentalista, alejada de la realidad de nuestro país. Esto no representa un ataque a las mujeres que comparten su experiencia, pero sí sería interesante problematizar cuáles son las otras voces que informan sobre derechos.

Dicho esto, se encuentra que los fanatismos y extremismos pueden llegan a operar como un primer obstáculo, en el que la persona gestante, puede llegar al sistema de atención de salud, con expectativas o ideas que en la Argentina no están reguladas y si se realizan son de riesgo porque el sistema no está preparado aún para determinadas formas de nacer. Esto puede generar frustración y desconfianza con respecto al equipo médico que las va a acompañar en la búsqueda de un nacimiento saludable.

Se resalta que todas las profesionales entrevistadas, al momento de hablar de la ley, se refirieron principalmente a la posibilidad de las personas de ser acompañadas, como

aspecto principal del espíritu de la ley. Así como también, en todos los casos expresaron la confusión de las usuarias y los usuarios en la diferenciación entre parto vaginal/ respetado/ domiciliario, dando lugar a resaltar que como profesionales ellas siempre fueron respetuosas justificándose ante el uso defensivo de esta representación social.

¿Qué puede aportar la Psicología perinatal en la implementación de la ley de parto humanizado?

Una posible respuesta sería devolver la confianza a las personas con capacidad de gestar; ampliando el contexto del parto como algo cultural, íntimo, sexual, familiar y comunitario; desde una perspectiva de derechos, protegiendo los derechos de las personas que cumplen la función materna y paterna, facilitando el acceso a los derechos de las y los usuarios del sistema de salud durante el embarazo, parto y puerperio; acercando información de la manera más clara posible para que todas las familias puedan acceder a su comprensión; actuando como puente entre las diferentes profesiones intervinientes y las familias y de forma interdisciplinaria en los equipos; libre de prejuicios y juicios morales en cuanto al deseo.

Desde la Psicología perinatal la incumbencia principal es promocionar la salud mental perinatal de acuerdo con lo establecido por la OMS, teniendo en cuenta el grado de adaptación de la persona a su condición de gestante, el funcionamiento armónico de su actividad psíquica y su correspondiente integración tanto individual como social, lo que lleva a un estado de bienestar personal y capacita para la futura maternidad. Tomando el embarazo como hecho trascendental en la vida, en la que se generan cambios a niveles fisiológicos, psicológicos y sociales, dando posibilidad a una posición de mayor vulnerabilidad.

Por otro lado, una labor flexible de la Psicología perinatal implica un encuadre multisectorial e interdisciplinario, ya que toma en cuenta a las personas en sus diversos contextos: sociales, económicos, biológicos y psíquicos. Este trabajo se realiza en las salas de preparto, de parto, salas de internación conjunta, terapia intensiva neonatal, consultorios externos, etc., acompañando, amortiguando y conteniendo a las familias durante estos períodos llenos de dudas, miedos y cambios, cumpliendo una función en la constitución del vínculo y de la subjetividad de esa persona por nacer, así como también en la construcción de la función materna o paterna.

Un párrafo aparte merece el acceso a la salud mental en general, algunas personas llegan a los controles médicos por embarazo con síntomas o diagnósticos previos al embarazo, con angustia o miedos propios de la situación vital, sumado a los cambios físicos y la situación familiar o social. Muchos equipos no cuentan con unx profesional de la Psicología y aunque realicen órdenes de interconsulta, entre las demoras por la cobertura de las obras sociales y las dificultades para conseguir un turno se llega al nacimiento sin haber hecho la consulta. Con un adecuado acompañamiento desde lo psicológico se puede planificar la forma más adecuada de llegar al nacimiento teniendo en cuenta las particularidades de cada persona gestante, esto va a depender de la existencia y el vínculo con las áreas de salud mental y de trabajo social de la institución.

Por otro lado, siguiendo con el eje institucional, sería pertinente generar un espacio de reflexión en cada institución , ya que al trabajar a la par con distintos profesionales, la psicóloga o el psicólogo perinatal puede realizar intervenciones con el mismo equipo de salud; una forma sería generando preguntas en ellos, para que se dé lugar a la deconstrucción y desnaturalización de lo instituido, intentando que cada acción que se realice con las usuarias y los usuarios sea de forma consciente y respetuosa, no en modo automático y preestablecido por las generaciones anteriores sin tomar dimensión de lo que generan en otras y otros.

Fue clave para dar cuenta de la importancia y la necesidad de presencia de la psicología perinatal en los equipos de salud cuando se les Preguntó a las entrevistadas ¿que es para vos la salud mental perinatal?, todas las respuestas comenzaban con una expresión de asombro, de desconocimiento, de duda. Acompañado por frases “ que pregunta…”, “ que complejo responderlo”, “ es bastante profundo no?...”

Cabe aclarar que no hay presencia de Profesionales en psicología perinatal en los equipos tanto de ámbitos públicos como privados.

Se puede entrever que la salud mental perinatal sasa a segundo plano a la hora de la gestación, parto y puerperio Porque de cierta forma, aun en la actualidad, se desconoce la importancia de cuidar la salud mental del binomio y la familia, sus efectos constitutivos sobre el psiquismo por parte del equipo de salud. Con las técnicas propias de la Psicología perinatal se podrían detectar factores de riesgo y evitar mayores riesgos para esas personas, una derivación a tiempo puede salvar la vida y la integridad de la familia.

Como menciona Oiberman “Es imprescindible incluir al Psicólogo Perinatal como un profesional necesario en toda guardia neonatológica, del mismo modo que son necesarios técnicos radiológicos, de laboratorio, enfermeras, obstétricas y obstetras” (Oiberman, 2011, pg. 28).

Algunas reflexiones: propuesta a seguir construyendo y re preguntando.

No podemos concluir sin preguntarnos antes *¿humanizado para quién?*. Nos debemos cuestionar qué tan humanizado es el trabajo diario de estos trabajadores, repensar las guardias por 24 horas con infraestructuras que no acompañan, sin la cantidad de personal necesario para atender a tantas personas, no siendo lo suficientemente valorado y reconocido como debería. Una obstétrica recuerda de su trabajo: ‘‘tenía, 15, 20 partos por día y trabajaba cama caliente y trabajaba como una loca y estaba yo sola, no tenía otra obstétrica que me acompañara y siempre tenía tres pacientes en trabajo de parto. Yo siempre fui una persona de buen humor pero a las tres de la mañana el humor no es el mismo. Yo le ponía onda, pero a veces una estaba cansada también y no era igual. O uno trata de que sean más rápidos los partos porque me llegaba otra y la sentaba en una silla y yo necesitaba desocupar una cama y ahí era donde yo tenía esa sala de partos con la mesadita en el medio. Y a veces no dábamos a basto, entonces en esa forma de trabajar que te exige el sistema, donde hay solo dos médicos y una partera para hacer 20 partos en 24 horas y revisar 50 personas en la guardia, no te da, no te da el cuero. Porque no es humano.

La Argentina debe ser el único país que tiene guardias de 24 horas. Ya no es humano, el agotamiento te lo cobra, entonces bueno, eso tiene mucho que ver, es un sistema macabro.’’Sumado a esto, el esfuerzo y dedicación del personal de salud, se puede ver desgastado ante un trato querellante de los usuarios por un lado, y las exigencias de la institución por el otro. Es clave que como profesionales de la Psicología perinatal se tengan en cuenta ambas partes, generando un puente entre diferentes lógicas y discursos, dando lugar a respetar las decisiones y las necesidades que la singularidad de cada usuaria requiere. Incluso haciendo de puente entre las diferentes especialidades que

acompañan un embarazo, parto y puerperio, dando lugar a una misma dinámica y un equipo unido.

Para concluir, es necesario expresar el nivel de implicación y vocación que encontramos en las profesionales entrevistadas. El poder conocer la perspectiva de miembros de equipos de profesionales de la salud de la ciudad habilita a observar desde otro lado la implementación de la ley, ya que da cuenta del esfuerzo individual de cada profesional, con los, en ocasiones insuficientes recursos económicos, de infraestructura, de personal, en este contexto de precarización laboral, vulnerabilidad económica y social.

En las últimas décadas fuimos testigos de la sanción de la ley nacional de parto humanizado, la ampliación de derechos en relación a infancias, mujeres y diversidades, distintos procesos de militancia de los feminismos, la puesta en agenda en los distintos medios de comunicación de estas temáticas, la adhesión bonaerense a la ley que motivó este trabajo, la resistencia y el desarme de algunas políticas públicas. Por todo esto sigue siendo importante hacer la pregunta por las formas de nacer, cómo éstas fueron cambiando, a la par de las instituciones y la sociedad toda. Preguntarnos por la planificación de embarazos, el acceso al sistema de salud, las edades de las personas gestantes, la composición de las familias, su relación con el trabajo y los ingresos, la salud mental, la ESI, los abusos, las violencias, las discriminaciones, los consumos, el puerperio, la lactancia, la estimulación, las miradas y las palabras. Seguir hablando porque el tema no se agota y cada nacimiento reactualiza las preguntas.

“existe mucho el juicio de mala praxis y demás y hemos tenido juicios tanto por hacer cesáreas en momento donde había que hacer una cesárea porque el bebé se moría, juicio por hacer una cesárea, y al revés, se ha esperado a una madre que después el resultado del parto no fue el esperado y demás y después la madre juicio por otra cosa …” Obstetra, ámbito privado.

Bibliografía

Bydlowski, M., Marinas Rodríguez, P. y Marinas Rodríguez, I. (2007). La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad. Editorial Biblioteca Nueva.

Ceriani Cernadas JM. La epidemia de cesáreas no justificadas, ¿podremos revertirla? Arch Argent Pediatr 2019;117(2):66-67.

Dirección Nacional de Maternidades e Infancia, Ministerio de Salud. (2010). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Recuperado de

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.gui
a atencion-parto-normal.pdf

Fernández y Fernández-Arroyo (2013). Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132 12962013000100009

Freud, S. (1913-1914). Tótem y tabú, y otras obras. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIII. Bs. As. Amorrortu Editores.

Kerikian, C. (2011). “Efectos de una práctica”: la psicología perinatal en la fundación hospitalaria. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

Las Casildas. Observatorio de Violencia Obstétrica OVO (ARG). (2015). Informe final. Recuperado de https://lascasildas.com.ar/proyectos.html

Ley de los derechos de los padres y la persona recién nacida No. 25.929; Nacional (2004) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 21-sep-2004 No. 30489.

Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. No. 26.061; Nacional (2005) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 26-oct-2005 No. 30767.

Ley Programa nacional de educación sexual integral. No. 26.150; Nacional (2006) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 24-oct-2006 No 31017.

Ley de Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. No.26.130; Nacional (2006) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 29-ago-2006 No. 30978.

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. No. 26485; Nacional (2009) Argentina. Publicada en Boletín Oficial del 14-abr-2009 No. 31632. 61

Ley de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. No. 26.529; Nacional (2009) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 20-nov-2009 No. 31785.

Ley de Matrimonio civil. No. 26.618; Nacional (2010) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 22-jul-2010. No 31949.

Ley del Derecho a la Protección de la Salud Mental. No. 26.657; Nacional (2010) Argentina, Publicada en Boletín Oficial del 03-dic-2010 No. 32041.

Ley de la Identidad de género. No 26.743; Nacional (2012) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 24-may-2012 No. 32404.

Ley de Reproducción médicamente asistida. No. 26.862; Nacional (2013) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 26-jun-2013. No. 32667.

Ley de Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. No. 26.873; Nacional (2013) Argentina. Publicación: Boletín Oficial del 07-ago-2013 No. 32696.

Ley Micaela de capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del estado. No. 27499; Nacional (2019) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 10-ene-2019 No. 34031.

Ley Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional 25.929 "Ley de Parto Humanizado". No. 15.188; Provincial (2020) La Plata. Boletín Oficial, 7-Oct-2020.

Ley del Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. No. 27610; Nacional (2021) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 15-ene-2021 No. 34562.

Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. No. 27611; Nacional (2021) Argentina. Publicada en el Boletín Oficial del 15- ene-2021. No. 34562.

Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. CONICET/FLACSO.

Montes Muñoz, M. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Universitat Rovira I Virgili: Tarragona

Menéndez, Eduardo L.. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. (2020) https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2615/es/

Oiberman A. (2013). Nacer y Acompañar. Abordajes Clínicos de la Psicología Perinatal. Bs.As.: Lugar Editorial.

Oiberman A. (Ed.) (2005). Nacer y después… Aportes a la Psicología Perinatal. Bs.As.: JCE Ediciones. 62 OMS-UNICEF (2010).

Maternidad Segura y Centrada en la Familia, con enfoque intercultural. Segunda edición.

Capítulo 12

Ley 26862. Ley de Reproducción Humana Médicamente Asistida. Preguntas. ¿Respuestas?

Jorgelina De Boni-Alejandra Babez

"La Utopía está en el horizonte…Caminamos dos pasos, ella se aleja dos pasos, ¿entonces para qué sirve la utopía? para eso, sirve para caminar.

Eduardo Galeano

"La fertilización asistida convierte lo lejano en un camino posible"

Interrogantes para iniciar este camino

¿De qué se trata? ¿Qué es la reproducción médicamente asistida? ¿Quiénes tienen acceso a estos tratamientos? ¿Hay límites de edad para acceder a los tratamientos? ¿Hay límite en el número de procedimientos para lograr un embarazo? Sin pareja, ¿es posible acceder a los tratamientos?, ¿Es posible acceder a la donación de gametos? ¿En qué consisten las técnicas de baja y alta complejidad? ¿Se considera relevante la salud mental en los tratamientos de fertilización asistida? ¿Se implementa esta Ley en todo el territorio Nacional? ¿Quién cubre económicamente las prácticas? ¿Dónde se solicita información?

¿Qué significa infertilidad?

La infertilidad posee dos dimensiones. Desde el punto de vista físico alude a la imposibilidad de concebir a un hijo; desde el lado psicológico, la imposibilidad del deseo de concretar un embarazo exitoso. Desde los comienzos de la civilización, la infertilidad fue considerada una amenaza para la supervivencia constituyendo un

problema médico y social.

Durante la edad media, los médicos desarrollaron técnicas para detectar la causa de la infertilidad, siempre atribuida a las mujeres ya sea por obesidad o desproporción en el tamaño de sus genitales. El Renacimiento dio un gran progreso científico en el área. En 1884 en Filadelfia se produjo el primer caso confirmado de inseminación artificial con semen donado. Recién en la segunda y tercer década del siglo XX empezó a desarrollarse la endocrinología reproductiva. En la actualidad se sabe que tanto hombres como mujeres pueden presentar problemas de infertilidad y al haberse ampliado las posibilidades a partir de las técnicas de reproducción humana asistida hay mayor referencia a los términos dificultades reproductivas que infertilidad.

La fertilización asistida va más allá de la demanda por infertilidad. Las personas finalmente logran de algún modo construir esas nuevas familias, y llegan al mundo los nacidos por técnicas de reproducción, entonces nos encontramos dentro del campo perinatal (Oiberman, 2002, citado en Chardon, 2022).

Paradigma de derechos

La Constitución Nacional de nuestro país, así como Tratados Internacionales y diversas leyes, reconoce como parte de los derechos humanos el derecho a toda persona a formar una familia y a la atención en salud sexual y reproductiva.

Según la guía para los equipos de salud en el primer nivel de atención publicada en 2023, por el ministerio de Salud, la salud sexual implica que las personas puedan disfrutar de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni discriminación y con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades. La salud reproductiva está relacionada con la posibilidad de decidir de forma autónoma si tener o no tener hijos/as, el momento, que cantidad tener, con quien y el espaciamiento entre sus nacimientos.

A partir de la reforma Constitucional en Argentina en 1994, el sistema internacional de Derechos Humanos incorpora 11 instrumentos internacionales de derechos, esto marca un importante salto cualitativo en materia legal.

En relación al ámbito de Salud, hay un cambio de paradigma desde un modelo médico hegemónico, centrado en la protección del paciente, con una idea de sujeto pasivo a una mirada ponderante de los DDHH con un paradigma centrado en la promoción y protección de los Derechos Humanos donde el paciente se transforma en sujeto activo y

autónomo de sus elecciones.

Con este cambio de paradigma comienzan a sancionarse distintas leyes de protección de derechos como las de Niños, Niñas y adolescentes (26601) considerados como sujetos de derechos, con autonomía progresiva y derecho a ser oídos en asuntos que los incluyan. La Ley de discapacidad (Ley 26378) otorga plena capacidad jurídica a la persona con discapacidad. La ley de Derechos del paciente (Ley 26529) permite el acceso a la historia clínica, a expresar directivas médicas anticipadas y al consentimiento informado. La Ley de Salud Mental, (Ley 26657) que expresa como último recurso la internación de la persona, el abordaje es interdisciplinario y pondera el derecho a la autonomía y la preservación de los vínculos sociales. Otras leyes sancionadas son: La Ley de Matrimonio igualitario, en donde el matrimonio tiene los mismos requisitos y efectos, independientemente de que los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo (Ley 26.618). Ley de Identidad de género, la cual declara el libre desarrollo de la persona conforme a su identidad de género, siendo tratada e identificada en los instrumentos que acreditan identidad en consonancia con la misma (Ley 26.743).

Ley de parto humanizado, la cual refiere a el respeto de los tiempos biológicos y psicológicos evitando prácticas invasivas y suministro de medicación injustificada, recibir información de las diferentes intervenciones médicas y prestar consentimiento. La Ley de anticoncepción quirúrgica, donde la ligadura tubaria y la vasectomía como métodos permanentes de anticoncepción puede solicitarlos toda persona capaz y mayor de edad siendo requisito infaltable brindar consentimiento informado.

Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales y la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postaborto de todas las personas con capacidad de gestar.

<u>Ley de Reproducción medicamente Asistida, su objetivo</u>

La Ley 26862 de reproducción médicamente asistida fue sancionada por el Congreso de la Nación el 5 de junio de 2013, promulgada de hecho el 25 de junio del mismo año y el Poder Ejecutivo fijó el decreto de reglamentación 956/13 el 19 de julio de dicho año. Su objetivo es garantizar el acceso pleno a procedimientos médico asistenciales de

reproducción con asistencia médica, sin importar la cobertura médica que tenga la persona. Tanto los servicios de salud de ámbitos públicos como privados y de seguridad social deben proveer las prestaciones necesarias.

Técnicas de baja y alta complejidad. Ministerio de Salud. Resoluciones

Se incluyen técnicas de baja y alta complejidad y donación de gametos /embriones si fuese necesario. Las técnicas de baja complejidad consisten en la unión de óvulo y espermatozoide en el interior del aparato reproductor de la persona gestante a través de distintas técnicas: inducción de ovulación, inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal. En los tratamientos de alta complejidad la unión de gametos tiene lugar por fuera del aparato reproductor como la fecundación in vitro, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, la criopreservación de ovocitos y embriones y la vitrificación de tejidos reproductivos.

Como antecedente directo a esta Ley se encuentra la Ley de Prácticas médicas de fecundación asistida comprobada en seres humanos (Ley 11028) sancionada y promulgada en 1990, sin embargo, esta ley no fue reglamentada. En la provincia de Buenos Aires recién en el año 2010 se vuelve a normar algo en relación a la temática con la denominada Ley de fertilización asistida de la provincia de Buenos Aires (Ley 14208) reconociendo a la infertilidad humana como “enfermedad” de acuerdo a los criterios internacionales sustentados por la OMS. La Ley 14611 realiza algunas modificaciones y se sanciona en 2014.

El Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud son los órganos encargados de la aplicación de esta Ley. Sus funciones incluyen arbitrar los medios necesarios para asegurar el acceso igualitario a todas las personas; publicar la nómina de centros habilitados públicos y privados del territorio Nacional para facilitar el acceso; difundir información para promover los cuidados de la fertilidad a través de campañas y propiciar la capacitación continua de recursos humanos especializados en la implementación de técnicas y procedimientos de reproducción médicamente asistida.

En 2018, el Ministerio de Salud pública la resolución 1044 la cual fija un límite de edad para la aplicación de los tratamientos que describe la Ley. Todo tratamiento se realizará hasta los 44 años si es con óvulos propios y hasta los 51 años si es con donación. Esto se debe al hallazgo de evidencia científica de la baja tasa de éxito en la consecución de un embarazo en personas mayores y a la aparición de posibles problemas genéticos. La

Resolución 1045 también del año 2018 establece que la cobertura de los medicamentos necesarios para los tratamientos descriptos en la Ley es del 100%.

Dada la extensión de nuestro país, y las características poblacionales, rurales y urbanas existe un protocolo de derivación enmarcada en una red federal de atención para la reproducción médicamente asistida que comprende tres niveles.

Niveles de atención en relación a la salud sexual y reproductiva. Funciones

En el primer nivel de atención se realizan tareas de prevención de factores asociados a problemas de infertilidad, consejería en relación a búsqueda de embarazos y asesoramiento preconcepcional. También se realiza la derivación de aquellas personas que requieren por diferentes circunstancias tratamientos de reproducción medicamente asistida, por ejemplo, en proyectos monoparentales, personas del mismo sexo, trans, personas con discapacidad, entre otras. En este nivel también se realizan estudios básicos de infertilidad. La atención interdisciplinaria es clave para lograr el éxito en los diferentes tratamientos.

En el segundo nivel de atención, en los centros de referencia provinciales, se completan los estudios básicos y de baja complejidad. Cuando se requieren tratamientos de alta complejidad la persona es derivada al tercer nivel de atención, del que forman parte los centros regionales de atención especializados. Los cuales se encuentran distribuidos estratégicamente a nivel nacional con el objetivo de facilitar las derivaciones pertinentes.

Voluntad procreacional y consentimiento informado

La filiación puede tener lugar por naturaleza, por adopción o a través de las técnicas de reproducción médicamente asistida. Esta nueva filiación queda determinada por la voluntad procreacional de las personas expresada a través del consentimiento informado. En el artículo 558 del Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación está contemplado lo descripto anteriormente. Así, los padres de un niño nacido a través de estas técnicas independientemente de haber aportado o no su material genético serán los que expresan su voluntad de acceder a los tratamientos. El consentimiento informado es el proceso a través del cual la persona luego de haber recibido la información clara,

pertinente y sencilla, conociendo riesgos y posibilidades, toma las decisiones con libertad. No se pueden fijar requisitos o limitaciones que impliquen discriminación o exclusión en relación a género, orientación sexual, discapacidad o estado civil. Este puede revocarse en cualquier parte del proceso durante las técnicas de baja complejidad y hasta antes de la transferencia del embrión en las técnicas de alta complejidad y formará parte de la historia clínica del paciente.

¿Y la Salud mental durante las TRHA?

Muchos autores coinciden en llamar al proceso de búsqueda de un hijo a través de las técnicas de reproducción asistida como una "montaña rusa emocional", lo cual intenta reflejar el dinamismo y la variedad de los afectos involucrados en la búsqueda de un hijo (Chardon, 2022, p.338).

Estela Chardon habla de diferentes emociones que aparecen alternativamente o superpuestas como tristeza, enojo, irritabilidad, miedo, desesperanza, alegría, envidia, entre otras. Además, los consejos y la presión familiar y social del entorno solo logran complicar la situación.

La ley 26.862 en relación a la salud mental solo hace referencia a terapias de apoyo como parte de las prestaciones obligatorias en el art. 8, surge el interrogante ¿Se le otorga importancia a la salud mental durante estos procedimientos?

Más preguntas

¿Los profesionales de la salud conocen la ley 26.862, principalmente los profesionales que atienden las consultas sobre salud sexual y reproductiva? ¿Hay respuestas a las demandas de la comunidad? ¿Las personas que acuden a los centros de salud conocen esta Ley?

Comenzamos el capítulo con interrogantes y lo finalizamos de la misma manera pensando a la interrogación como fuente de motivación para generar nuevos conocimientos y continuar investigando, explorando para construir respuestas en conjunto, respuestas que oficien de herramientas para ampliar la posibilidad de las personas a hacer uso de sus derechos.

Bibliografía

Chardon, E. (2022) Fertilización asistida en el campo de la psicología perinatal. En:Oiberman, A(Ed.) Nacer y acompañar. Editorial Lugar

Congreso de la Nación de la República Argentina. (2014, 7 de octubre). Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. [CCCN] Art. 558,560,561,562. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm

Congreso de la provincia de Buenos Aires. (2010, 2 de diciembre). Ley 14208. Por la cual se reconoce a la infertilidad humana como enfermedad y la cobertura médico asistencial integral de las técnicas de fertilización asistida. DO N°2738. https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2010/14208/11587

Congreso de la provincia de Buenos Aires. (2014, 3 de septiembre). Ley 14611. Realiza modificaciones en la Ley 14208. DO N°704. https://normas.gba.gob.ar/documentos/VrAmyuGB.pdf

Congreso de la Nación de la República Argentina. (2013, 25 de junio). Ley 26.862. Garantiza el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700

Giordano, V. (2015). La reforma del Código Civil: pasado y presente desde una perspectiva de género. Mora Buenos Aires, 21(1). Versión on line ISSN 1853- 001X. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2015000100006

Hilen Corte, T.; Martin, M. V. (2015). Nuevas familias: fertilización asistida y el contexto legal. EN: Memorias del V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12389/ev.12389.pdf

Hernández, A. M., (2006). Valoración de la reforma constitucional de 1994 en su décimo aniversario. Cuestiones Constitucionales, (14), 155-175. Universidad Autónoma de México. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88501406

Krasnow, A. (2016). Filiación por Técnicas de reproducción humana asistida, gestación por sustitución y consentimiento informado en Argentina. Aportes y cambios introducidos por el Código Civil y Comercial. Revista de Bioética y Derecho,

(37).khttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872016000200006

Lafferriere, J. N. (2013). La 26862 y el decreto 956/2013 sobre acceso integral a la reproducción médicamente asistida: cuestiones no resueltas. Erreius. https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8833

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2015). Guía sobre fertilidad para equipos de Atención Primaria de la Salud. https://iah.salud.gob.ar/doc/Documento107.pdf

Moreno Rosset, C., Antequera Jurado, R. , Jenaro Rio, C., Gómez Sánchez, Y., (2009). Psicología de la reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud, 20*(1), 79-90. https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n1/v20n1a07.pdf

Morgavi, V. (2018) Rol del psicólogo en el acompañamiento de las parejas infértiles que atraviesan tratamientos con las técnicas de reproducción asistida. Tesis de grado.http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/710

Oiberman, A. (2000). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. Psicodebate, *1*(1), 87-91. https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/379

Pesce, R. I., Perman, G., (2013). Ley Nacional de Fertilización Asistida: avances y desafíos. Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria, 16(2). https://doi.org/10.51987/evidencia.v16i2.6197

Capítulo 13

Parir en el Penal: impacto psicológico en personas que atravesaron su parto en contextos de encierro. Aportes de la Psicología Perinatal.

Andrea Romina Carissimo, María Jesús Crededio Isla

"No hay mayor violencia que aquella
que se decide sobre la vida y
el cuerpo de otra persona."
(Butler, J., 1990, Gender Trouble, p. 25)

Parir en el penal: impacto psicológico y continuidades represivas

Parir en un contexto de encierro constituye una experiencia atravesada por la violencia institucional y la vulneración sistemática de derechos. Este capítulo presenta los principales hallazgos de nuestra investigación en curso sobre el impacto psicológico en personas gestantes que atravesaron el preparto, parto y postparto privadas de libertad en cárceles de la Provincia de Buenos Aires. Situamos esta experiencia en la intersección entre género, derechos humanos y salud perinatal, partiendo de la premisa de que el parto es un acontecimiento vital que exige cuidados integrales, acompañamiento y respeto a la dignidad, condiciones que suelen ser negadas en el ámbito penitenciario.

Aunque marcos normativos como la Ley 25.929 de Parto Respetado, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y la Guía de Implementación del Parto Respetado en Contextos de Encierro reconocen derechos fundamentales, información, consentimiento informado, acompañamiento y contacto inmediato con el recién nacido, en la práctica estos principios se ven vulnerados. La distancia entre lo normativo y lo vivido se

evidencia en testimonios recuperados de documentos, materiales audiovisuales y relatos que muestran cómo el parto en prisión se convierte en un dispositivo de control y disciplinamiento.

Un poco de historia: del disciplinamiento religioso al control estatal

Desde la etapa colonial y hasta bien entrado el siglo XX, el sistema penal argentino funcionó como un dispositivo de control social dirigido principalmente hacia mujeres pobres, indígenas y sectores subalternos. Aunque en el siglo XIX se abolió formalmente la tortura, las prácticas de castigo continuaron reproduciendo sesgos de clase, género y etnia. Instituciones religiosas como el Buen Pastor dominaron el encierro femenino, imponiendo una moral católica que subordinaba a las mujeres bajo el pretexto de corrección y trabajo. Los intentos de reforma impulsados por el Patronato de Recluidas y Liberadas en las décadas de 1930 y 1940 resultaron insuficientes frente al poder de estas congregaciones y la falta de compromiso estatal, consolidando un modelo penitenciario centrado en el disciplinamiento y la exclusión social. (Di Corleto, 2016; Maritano, 2020)

Con la última dictadura militar (1976-1983), estas prácticas se intensificaron bajo un nuevo protagonismo estatal. Las Fuerzas Armadas, junto con las fuerzas policiales y el Servicio Penitenciario, articularon un sistema de persecución política que incluyó detenciones ilegales, torturas, violencia sexual y desapariciones forzadas en centros clandestinos de detención, muchos de ellos vinculados a dependencias penitenciarias. El disciplinamiento de los cuerpos femeninos transitó así de una lógica religiosa-moral a un dispositivo estatal represivo, sin romper con las raíces patriarcales que históricamente estructuraron el castigo en Argentina. (Álvarez, 2018; García, 2020; D'Antonio, 2018).

Aunque la dictadura finalizó en 1983, numerosas prácticas represivas gestadas en ese período persisten bajo nuevas formas. Los centros clandestinos y las cárceles políticas no sólo operaron como espacios de exterminio físico y simbólico, sino que también instauraron un modelo de gestión del encierro que fue retomado por las instituciones penitenciarias en democracia. Hoy, las condiciones inhumanas de detención, las requisas degradantes, el aislamiento prolongado y dispositivos como los "chanchos" (celdas de castigo) o las "calesitas" (traslados constantes como hostigamiento)

evidencian la continuidad de lógicas de control y disciplinamiento.

Análisis de los casos seleccionados

En el proceso de recolección de información, seleccionamos tres casos documentados en el libro “Parí como una condenada”. Experiencias de violencia obstétrica de mujeres privadas de la libertad” Procuración Penitenciaria de la Nación. 2019. Asimismo, se integró un testimonio narrado en primera persona mediante un recurso audiovisual, junto con dos casos difundidos en la prensa. Los resultados preliminares visibilizan cómo, a pesar de las leyes que garantizan derechos, en este ámbito penitenciario persisten violencias obstétricas y prácticas de disciplinamiento sobre los cuerpos gestantes: falta de información, consentimiento informado, restricciones en el acompañamiento, condiciones inadecuadas en los traslados y partos bajo coerción, como el uso de esposas o grilletes. Vemos cómo estas experiencias generan marcas psicológicas significativas en las personas gestantes que incluyen sentimientos de soledad, cosificación, pérdida de autonomía, estigmatización y duelos complejos vinculados a la separación temprana con el recién nacido.

Además, se profundiza la estigmatización social y subjetiva, reforzando la idea de “mala madre” que suele recaer sobre este tipo de mujeres, con efectos en la construcción de su maternidad y en su subjetividad.

En general, cuando se habla de violencia hacia las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva, se pueden distinguir cuatro categorías:

La primera, hace referencia a la violencia emocional o física, se puede ver expresado en el abandono de la persona gestante, la ausencia de información sobre el desarrollo del parto o el estado del recién nacido. También la vulneración de la intimidad y el lenguaje inapropiado, la discriminación, humillación y el maltrato.

La segunda de las manifestaciones de violencia obstétrica se vincula con la aplicación de tratamientos médicos excesivos o innecesarios durante el trabajo de parto y el nacimiento, llamado “medicalización del parto”. En esta categoría se incluyen prácticas que carecen de justificación clínica, como el rasurado del vello púbico, la administración de enemas como rutinario, la realización sistémica de episiotomías o la inducción o aceleración farmacológica del parto sin criterios médicos claros. En Buenos

Aires, según datos del SIP (Sistema informático Perinatal) más de la mitad de las mujeres que inician espontáneamente su trabajo de parto, son medicadas con oxitocina para acelerar las contracciones. También se debe nombrar que se consideran formas de maltrato la restricción de movilidad durante el proceso de parto, la imposición de la posición horizontal como única alternativa y la prohibición de contar con acompañamiento en el trabajo de parto y nacimiento.

La tercera categoría se trata de la violencia estructural, que se manifiesta en la carencia de recursos y en la deficiente calidad de numerosos servicios de salud. Entre sus expresiones más frecuentes se encuentran la ausencia de espacios que garanticen la intimidad durante el trabajo de parto y el nacimiento, así como las condiciones inadecuadas de iluminación, silencio y temperatura en el área de internación.

La cuarta de ellas, se vincula con la participación del personal médico en prácticas que vulneran gravemente los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Entre ellas se encuentran la mutilación genital femenina, la esterilización realizada de manera forzada o bajo coerción, así como las denominadas inspecciones de la virginidad motivadas por razones sociales o culturales. Estas intervenciones, carentes de justificación médica y contrarias a los principios de autonomía y dignidad, constituyen expresiones extremas de control sobre el cuerpo femenino.

Ahora bien, estas categorías no permanecen en el plano abstracto: a partir de los testimonios recopilados en cárceles de la Provincia de Buenos Aires, se identifican múltiples formas de vulneración que reproducen, en distintos grados, las violencias aquí descritas. Los relatos de mujeres privadas de libertad muestran cómo el abandono, la medicalización excesiva, la falta de recursos y la negación de acompañamiento se inscriben en un continuum de prácticas que, aunque varían en intensidad, comparten una misma lógica de disciplinamiento y control sobre la maternidad en contextos de encierro.

El 15 de mayo de 2015, **V.T.** comenzó a tener contracciones dentro de la Unidad Penitenciaria Bonaerense N° 33 de Los Hornos y fue trasladada al Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín de La Plata, acompañada por personal penitenciario. Al llegar al hospital, la esposaron y encadenaron a la camilla mientras hacía el trabajo de parto. [1]

El 31 de agosto de 2014, **W.Y.** fue trasladada desde la Unidad Nº 31 al Hospital

Eurnekian de Ezeiza para dar a luz. El niño nació a las 12.55 hs. de ese mismo día. La médica se lo mostró sin que ella pudiera tener contacto con el bebé y lo retiró de la sala. Durante las 5 horas posteriores, W.Y. solicitó desesperadamente que le informen el estado de su hijo, recibiendo como única respuesta que estaba en neonatología y que se iba a acercar el médico para explicarle lo sucedido. Recién alrededor de las 18 hs., W.Y. fue llevada a neonatología donde, por primera vez, pudo estar con él.

A pesar de la existencia de un marco normativo robusto, que incluye la Ley 25.929 de Parto Humanizado, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, la Ley 26.657 de Salud Mental, la Guía de Implementación del Parto Respetado en Contextos de Encierro de la Provincia de Buenos Aires y las Reglas de Bangkok de Naciones Unidas, las prácticas institucionales observadas se alejan sistemáticamente de los principios allí establecidos.

La modalidad del parto también revela una tendencia preocupante: la alta frecuencia de cesáreas, muchas de ellas sin justificación clínica clara. En algunos casos, la cesárea aparece como una práctica rutinaria, asociada a la lógica de control institucional más que a una necesidad médica. Incluso muchas mujeres son sometidas a cesáreas para evitar los “gritos del parto”. Estas situaciones vulneran tanto la Ley 25.929 como la Ley 26.529, que establece el derecho a decidir sobre los procedimientos médicos y a recibir información clara y suficiente para ejercer dicha autonomía.

Otro eje central es la interrupción del vínculo madre-hijo/a inmediatamente después del nacimiento. En todos los casos analizados, el contacto fue negado, interrumpido o severamente restringido, afectando el inicio de la lactancia y el establecimiento del lazo afectivo. La Ley 25.929, en sus artículos 3 y 4, garantiza el derecho a permanecer junto al recién nacido, salvo contraindicación médica debidamente fundada. Sin embargo, en la práctica, las decisiones institucionales, muchas veces tomadas sin intervención judicial ni evaluación profesional, priorizan la seguridad penitenciaria por sobre el bienestar emocional y físico de la díada. La separación temprana, la imposibilidad de amamantar y la falta de información sobre el estado de salud del bebé, constituyen formas de violencia obstétrica e institucional.

El lugar de la Psicología Perinatal

El trabajo de la Psicología Perinatal en contextos de encierro es complejo y profundamente ético, porque se sitúa en la intersección entre salud mental, derechos

humanos y maternidad. Entre sus funciones principales podemos reconocer el acompañamiento emocional, la prevención y detección de riesgos, el fortalecimiento del vínculo con el recién nacido, la resignificación de la experiencia, como así también la defensa de los derechos y la intervención institucional. (Stebani Almaza, 2025; PROCUVIN, 2022; Ortale et al., 2017).

Consideramos también que este trabajo sólo puede desplegarse plenamente si existe un Estado activo y políticas públicas comprometidas que acompañen, financien y supervisen estas prácticas. De lo contrario, el riesgo es que el acompañamiento quede fragmentado y las vulneraciones se perpetúen.

Nuestro trabajo de investigación plantea la urgencia de garantizar la aplicación efectiva de los marcos normativos vistos, de diseñar políticas públicas que atiendan a la dignidad de las personas gestantes privadas de su libertad y de reconocer el parto respetado como un derecho humano, incluso en contextos de encierro.

Conclusiones y reflexiones

Las experiencias recogidas en nuestra investigación nos llevaron a formular una serie de preguntas que orientan el análisis: ¿Qué nos revelan los testimonios sobre la distancia entre los marcos normativos y la práctica cotidiana en cárceles y hospitales?

¿De qué manera las violencias obstétricas actuales reproducen lógicas de disciplinamiento que hunden sus raíces en la dictadura militar? ¿Cómo impactan estas experiencias en la subjetividad de las mujeres, reforzando estigmas como el de “mala madre” y generando duelos complejos vinculados a la separación temprana con el recién nacido? ¿Qué rol juega el Estado argentino: garante de derechos o reproductor de prácticas que invisibilizan y cosifican a las personas gestantes privadas de libertad?

¿Qué lugar ocupa la Psicología Perinatal en este escenario: acompañamiento clínico o práctica ética y política que denuncia y transforma estas condiciones?

Los testimonios y casos analizados muestran que el parto en prisión no es solo un evento médico, sino un espacio donde se condensan las continuidades históricas de la violencia institucional en Argentina. La utilización de esposas durante el trabajo de parto, la separación temprana del recién nacido, la medicalización excesiva y la negación del acompañamiento son prácticas que transforman la maternidad en un

terreno de control y castigo. La Psicología Perinatal nos permite visibilizar las consecuencias de parir en estas condiciones y aporta herramientas conceptuales para comprender cómo las instituciones penitenciarias reproducen mecanismos de disciplinamiento sobre los cuerpos gestantes.

Esto nos lleva a preguntarnos ¿Estamos dispuestos, como sociedad, a reconocer la maternidad en contextos de encierro como un derecho humano que exige cuidados y dignidad, o seguiremos permitiendo que se viva como una condena más dentro del dispositivo penitenciario?

Bibliografía:

Di Corleto, J. (2016). *Las visitadoras de las presas. El Patronato de Recluidas y Liberadas de la Capital Federal (1933-1950)*. Universidad de San Andrés. Publicado en **Revista Pensamiento Penal**.

Maritano, O. (2020). *El encierro de mujeres en la Cárcel del Buen Pastor. Transgresiones a ideales modélicos y proyecto correccional femenino, Córdoba, 1892-1912*. Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), CONICET – Universidad Nacional de Córdoba.

Álvarez, V. (2018). *Género y violencia: memorias de la represión sobre los cuerpos de las mujeres durante la última dictadura militar argentina*. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de SEDICI UNLP.

García, M. (2020). *La violencia sexual en la dictadura militar argentina: entre ser mujer y ciudadana. Del silencio al testimonio*. RedAPPE. Recuperado de RedAPPE.

D'Antonio, D. (2018). *La represión de los cuerpos: una mirada de género sobre la dictadura*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Recuperado de CONICET Noticias.

Cavalleri, María. El parto a través de la historia. Colectivo de mujeres de Matagalpa. Disponible en: partohistoria.pdf

Stebani Almaza, L. A. (2025). *Gestar, parir y criar tras las rejas: Experiencias de psicología perinatal en contextos de encierro*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

Procuración Penitenciaria de la Nación – PROCUVIN. (2022). *Mujeres embarazadas, madres y niños/as en cárceles*. Buenos Aires: Ministerio Público Fiscal.

Ortale, S., Aimetta, C., Cardozo, G., & Weingast, M. (2017). *Experiencias de maternidad en la Unidad Penitenciaria Nº 33 de La Plata*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Giberti, Eva (1999). Escuela para padres: los chicos del tercer milenio. Buenos Aires, Página 12. Fascículo 3: "Parir y Nacer".

Ley de Parto Respetado N°25.929 (2004)

Organización Panamericana de la Salud (2007). Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños.

-Organización Panamericana de la Salud/OMS (2018) Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia positiva. Disponible en: 9789275321027_spa.pdf

Procuración Penitenciaria de la Nación (2019). "Parí como una condenada. Experiencias de violencia obstétrica de mujeres privadas de la libertad".

Ministerio de Salud. Buenos Aires Provincia (2017). Violencia Obstétrica. Un problema estructural y actitudinal. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva- PBA SSR Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas.

Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2021) Guía de implementación del parto respetado en contextos de encierro en la Provincia de Buenos Aires. En el marco de la Ley Nacional N° 25.929.

Montes Muñoz, María Jesús (2007). Tesis: Las culturas del Nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos.

Capítulo 14

Conocer para acceder: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley 27610

Fernández Miranda Natasha, Morales Luana

"Era imposible determinar si el aborto estaba prohibido porque estaba mal, o si estaba mal porque estaba prohibido." Annie Ernaux - El acontecimiento

Introducción

El presente capítulo se enmarca en el Proyecto de Investigación "Derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención en salud: grado de conocimiento y posibilidades en el acceso a la información de personas con capacidad de gestar", desarrollado desde la Facultad de Psicología. En este trabajo se abordarán los resultados preliminares correspondientes a las etapas de aplicación de instrumentos y análisis de datos, con el fin de examinar las posibilidades y limitaciones en el acceso a la información sobre la Ley 27.610, así como los obstáculos que aún persisten en su implementación efectiva.
Para esto comenzaremos con una breve descripción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y su relevancia en el ámbito de la salud mental perinatal.

La Ley 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo fue sancionada el 30 de diciembre de 2020. Ha sido un punto de partida y a tres años de su promulgación implicó el reconocimiento y conquista de mujeres y personas con capacidad de gestar en relación a poder decidir sobre su propio cuerpo, recibir atención e información de calidad y el acceso a una práctica segura.

Que hoy exista la Ley es resultado de un extenso debate en lo público y lo político y a la lucha de diversos colectivos que se visibilizaron principalmente en torno a la "Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, Seguro y Gratuito". Sin embargo, que exista no garantiza el ejercicio pleno de derechos. Como bien es sabido, se respalda con un

Estado presente, políticas públicas que sostengan y acompañen la adecuada implementación.

El siguiente recorrido dará cuenta de los resultados preliminares de la tercera y cuarta parte de la planificación del proyecto de investigación en relación a la Ley 27.610, del cual formamos parte, principalmente en relación a las posibilidades en el acceso a la información, obstáculos existentes y contextos en los que se habilita a hablar de este derecho.

¿Por qué hablamos de la interrupción voluntaria del embarazo en salud perinatal?

La interrupción voluntaria del embarazo constituye en sí misma una problemática compleja e integral. Lleva a la pregunta por la vida reproductiva, el deseo, la planificación, la educación sexual integral junto a los propios atravesamientos que pueden incidir en la salud mental. Es parte de los derechos sexuales y reproductivos, por lo que implica un reconocimiento al derecho a la salud, a la salud sexual y reproductiva. En territorios donde el aborto es sancionado, atravesar un embarazo no deseado no sólo traería consecuencias a nivel físico sino también a nivel psíquico. Esto se agrava evidenciando que las condiciones de igualdad y seguridad no siempre son las mismas para todxs y que incluso aún hoy la figura de la mujer en muchos casos queda relegada entre lo público y lo privado. De esta forma, decidir sobre el propio cuerpo, la reproducción y el proyecto de vida futuro resulta fundamental para garantizar la autonomía personal, la salud integral y el bienestar emocional de las personas gestantes. Hablar de aborto dentro de la legalidad implica que las prácticas sean seguras y de calidad, resguardadas por la privacidad y confidencialidad y atravesadas por un trato respetuoso y digno. No solo implica la autonomía a la hora de decidir, sino achicar las brechas existentes en lo social y económico posibilitando que exista una puerta de entrada a los servicios de salud. A su vez, que tenga lugar una consulta posibilita en situaciones de vulnerabilización no sólo poder acceder a información sobre métodos anticonceptivos o a estos mismos finalmente, sino que puedan escucharse y alojarse situaciones de violencia donde la presencia de un otrx es necesaria y significativa entendiendo así que es una práctica integral.

Es importante destacar en esta línea, que desde su sanción ha sido notorio el descenso en muertes por abortos inseguros, dejando de lado practicas inseguras y clandestinas, se ha reducido la tasa de embarazos adolescentes no intencionales y asimismo permitió al

cobrar protagonismo en el debate público y en las calles que se reconozcan, visibilicen y se pongan en discurso los derechos sexuales y reproductivos.

¿Qué implica la Ley?

Se trata de una normativa de alcance nacional que despenaliza y legaliza el aborto voluntario hasta la semana 14 de gestación. Esto significa que no es requisito que las provincias adhieran, y que las personas con capacidad de gestar pueden decidir con autonomía, sin tener que dar motivo mediante un consentimiento informado. Asimismo, esta práctica no tendrá plazos cuando el embarazo sea producto de violación o ponga en riesgo la salud de la persona.

Se establecen además los plazos para realizar la práctica junto a las responsabilidades y ejercicios de las instituciones y el personal que allí trabaja. Existe una objeción, aplicable al personal (no a las instituciones) tanto en el ámbito público como privado, donde la persona puede decidir no realizar su práctica pero tiene la responsabilidad de realizar una derivación. La información brindada debe ser clara, comprensible y accesible garantizando que la persona pueda decidir de forma autónoma sobre su cuerpo y proyecto futuro. Por otro lado, la atención debe brindarse no solo al momento de la interrupción sino también posteriormente, asegurando una práctica respetuosa y de calidad.

En consecuencia, se han elaborado distintas guías y protocolos, para instituciones y personal de la salud, que refleja la transición del aborto no punible a la interrupción voluntaria del embarazo. Este cambio en la denominación acompaña y pondera el derecho a decidir de acuerdo a la propia voluntad relegando la Justicia.

Posibilidades en el acceso a la información

¿Dónde se habla de IVE?

Los medios de comunicación resultan el contexto donde más se ha escuchado hablar de este derecho. Estos adquieren un rol central en los procesos de transformación social, actuando como catalizadores del cambio o por el contrario obstaculizando y demorándolo, según los discursos que reproduzcan y las agendas que pongan en primer lugar.

En nuestro país, surgió la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Tuvo un impacto y una continuidad en los medios, donde comenzaron simultáneamente a tener mayor injerencia periodistas mujeres hablando de aborto.

A tres años de la aprobación del aborto legal en Argentina ¿Cuáles son las dificultades para el pleno ejercicio del derecho?

El pleno ejercicio de este derecho (junto a otros) se ve dificultado por desigualdades estructurales en los sistemas de salud y barreras simbólicas, económicas, políticas.
¿Cuáles son las prácticas de lxs profesionales de salud que aún hoy son una barrera para el pleno ejercicio del derecho a la IVE?
Desde su implementación se han observado dificultades acerca de la existencia de desigualdades territoriales, no solo en lo concerniente a la existencia de recursos y acceso sino también en lo vinculado al derecho a la confidencialidad y al respeto por la privacidad.
Asimismo, ha existido un abuso en lo que se conoce como objeción conciencia, donde los profesionales no solo han denegado la práctica sino que han negado el derecho a ser derivados, lo que genera no solo una demora en la atención y en la práctica en sí misma sino también efectos subjetivos sobre quien está recibiendo esa violencia.
Los obstáculos más mencionados en nuestra investigación han sido: el tabú de la sociedad para hablar de temas vinculados a la sexualidad, cuidados y derechos; desinformación o información errónea en redes sociales y medios de comunicación; falta de transmisión por parte de lxs profesionales de salud; falta de políticas públicas y decisiones estatales para hacer llegar la información a la comunidad.

Actualmente nos encontramos atravesados por un desfinanciamiento de las políticas públicas vigentes, falta de provisión de medicamentos que posibilitan que esta Ley junto a otras normativas en torno a la salud sexual y reproductiva peligren. Esto se acrecienta a partir de los discursos conservadores y representaciones sociales que circulan, convirtiéndose en narrativas que cobran cada vez mayor peso. Paralelamente se hace cada vez más notoria la exclusión de otras identidades de género con su consecuente patologización y penalización, comenzando a segregar las posibilidades de acceso, junto a una mayor estigmatización y ejercicio de violencia simbólica.

Cabe la pregunta de si es necesario hacer caer la ley para debilitarla, o si podría bastar con el debilitamiento de las condiciones materiales y simbólicas que garantizan su existencia, o que da lugar nuevamente a una batalla que había sido ganada.

Algunos de estos interrogantes han impulsado el desarrollo e implementación de un proyecto de investigación desde la Facultad de Psicología, enmarcado desde la perspectiva de género, derechos y la psicología perinatal. A continuación presentaremos los objetivos, etapas de implementación y resultados preliminares en torno a la indagación sobre la Ley
27.610

Proyecto de Investigación: objetivos, implementación y resultados preliminares

En el marco del Proyecto de Investigación "Derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención en salud: grado de conocimiento y posibilidades en el acceso a la información de personas con capacidad de gestar" propusimos como objetivo general indagar el grado de información que poseen lxs usuarixs, analizar cuáles son las fuentes de información y vías de acceso a la misma y describir cuales son las estrategias utilizadas por el personal de salud para brindar esa información serán los objetivos de este proyecto.

El proyecto de investigación está planificado en cuatro etapas :1)relevamiento y análisis documental de las normativas mencionadas 2) construcción de instrumentos a utilizar: grilla de observación y guión de la entrevista 3) administración de los instrumentos y 4) análisis de los datos.

Específicamente en torno a la Ley de interrupción voluntaria del embarazo (27.610) presentaremos los resultados preliminares de la tercera y cuarta etapa de la planificación del proyecto.

La muestra estuvo compuesta por personas en edad fértil entre 18- 35/40 años y el muestreo fue de tipo intencional recabando hasta el momento 38 participantes.

Se contrastan los resultados obtenidos en lo que refiere a las posibilidades en el acceso a la información, los obstáculos existentes en dicho acceso, cuáles son los contextos y prácticas institucionales en los que se habilita a hablar de este derecho.

De lxs 38 participantes, 30 aseguran haber escuchado alguna vez sobre los derechos sexuales y reproductivos y 8 personas dicen no haber escuchado hablar sobre la

temática. Quienes sí han escuchado hablar sobre derechos sexuales y reproductivos, indican que la información recibida principalmente se basa en: métodos anticonceptivos y en normativas o leyes nacionales que regulan estos derechos.

En torno a los derechos que promueve y protege la Ley IVE la mayor respuesta fue "toma de decisiones y trato digno" y luego "autonomía, acceso a la información y confidencialidad" en último lugar "intimidad"

Al momento de preguntar dónde se puede acceder a información sobre IVE el 94.7% respondió "en cualquier centro de salud con cualquier profesional con el que se tenga contacto"

El 100% respondió que se puede acceder a la práctica de interrupción voluntaria del embarazo a pesar de la voluntad de lxs profesionales, debiéndose realizar una derivación.

Al momento de preguntar dónde accedieron a información sobre la Ley 27.610 los principales resultados fueron redes sociales y medios de comunicación. Sin embargo, el 78.9% indicó no conocer la línea telefónica para acceder a la información sobre la interrupción legal del embarazo.

Al momento de preguntar si consideran tener dificultades en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva el 78.9% respondió que "si", brindando como principales explicaciones:

- El tabú de la sociedad para hablar de temas vinculados a la sexualidad, cuidados y derechos.
- Desinformación o información errónea en redes sociales y medios de comunicación.
- Falta de transmisión por parte de lxs profesionales de la salud.
- Falta de políticas públicas y decisiones estatales para hacer llegar la información a la comunidad.

La investigación como herramienta de transformación: la integralidad de las funciones en la Universidad Pública

Las Prácticas Socio Comunitarias dentro de la facultad de Psicología se orientan a la búsqueda de intersecciones entre la docencia, extensión e investigación dando lugar a una integralidad de las funciones. Se constituyen como un compromiso entre la Universidad y el espacio del cual forma parte en vinculación con la comunidad. Tal es

así que participamos de la PSC: “Salud mental Perinatal: la información en salud sexual y reproductiva como derecho fundamental para la protección de la autonomía y la dignidad “ en articulación con el proyecto de investigación formamos parte.
Al tomar como punto de partida que la investigación constituye una herramienta de transformación social pensamos en el encuentro con un otrx como una oportunidad para que se produzcan transformaciones a nivel subjetivo y no meramente como una actividad extractivista. En este sentido, constituyó un espacio de co-construcción, sensibilización y reflexión crítica tanto en el marco de los encuentros en la Facultad como en la Escuela.

En dichas instituciones se produjo un espacio de diálogo y problematización en relación a los derechos sexuales y reproductivos, como a las normativas y políticas públicas que los protegen. Dentro de la Universidad, se ha evidenciado una escasa incorporación de los derechos sexuales y reproductivos como de la salud mental perinatal dentro de la formación como futuros psicologxs. En la gran mayoría, el acceso a la información partía de otros espacios como grupos de amigxs o desde un interés propio.

En este recorrido, la ley 27.610 fue una de las normativas más mencionadas por los estudiantes de la escuela secundaria. Nos preguntamos si esto se corresponde a su presencia en medios de comunicación y redes sociales o si se corresponde a una cercanía temporal con su promulgación e incidencia del debate público. Su implementación y divulgación continúan siendo temas relevantes socialmente, lo que podría explicar en parte su percepción y conocimiento acerca de la legislación. De igual forma, si bien existe el acceso a información, ésta no se presenta de forma completa. Es decir, el discurso se corresponde con el derecho a decidir pero no en profundidad.

En correspondencia con las actividades que desarrollamos en la escuela, nos pareció pertinente dar lugar a que lxs estudiantxs puedan plantear sus interrogantes e intereses para propiciar posteriormente talleres o actividades en función de eso. Algunas de esas preguntas han sido ¿Qué es la diversidad? ¿Qué derechos tenemos? ¿Hay derechos distintos dependiendo de la persona? ¿Cómo se hace el aborto?

Conclusiones e interrogantes

Las buenas prácticas en salud están asociadas a la calidad de la atención. Esto implica que debe ser eficaz, accesible, respetuosa, equitativa y segura.Debe tener en cuenta las distintas necesidades de la población y optimizar los recursos para que se lleven a cabo. En este punto, resulta imprescindible que sea accesible. Así, el acceso a la información constituye un primer eslabón en relación al proceso de atención en salud.

De acuerdo a los datos recabados es notoria la preponderancia del papel de las redes sociales y los medios de comunicación en la difusión de la Ley IVE, nos preguntamos si el tratamiento mediático que ha recibido esta Ley favorece o perjudica el acceso a información clara precisa y confiable para la comunidad.

Desde un paradigma de derechos, nos preguntamos si efectivamente estos son para todxs o si estos están sujetos a la posibilidad de obtener información acerca de los mismos. Al fin y al cabo, si los derechos existen pero no se conocen ¿realmente existen? Asimismo, planteamos los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las prácticas de lxs profesionales de salud que aún hoy son una barrera para el pleno ejercicio del derecho a la ive? ¿Qué lugar tienen sus creencias e ideologías?

¿Cuáles son las prácticas institucionales que favorecen el acceso a la información?

A tres años de la aprobación del aborto legal en Argentina, ¿cuáles son las dificultades para el pleno ejercicio del derecho?

Bibliografía

- Ley N 27.610 - Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
- Romero, Mariana; Ramos, Silvina; Ramón Michel, María Agustina; Keefe Oates, Brianna; Rizzalli, Emilia; Proyecto mirar: A un año de la ley de aborto en Argentina; Centro de Estudios de Estado y Sociedgad; Ibis Reproductive Health; 2021; 50

Sección 4

Experiencias en salud mental perinatal

Capítulo 15

Abordaje y clínica de la pérdida gestacional y post neonatal- Aportes de la psicología perinatal a las intervenciones de los profesionales del área

Agustina Bedjan - Julia Pieroni

"Nombrar lo innombrable, poner palabras allí donde sólo hay dolor, es el primer paso para acompañar a quienes transitan pérdidas perinatales."

"Las pérdidas gestacionales y post-neonatales con sus respectivos duelos suceden y por lo tanto se pretende un compromiso por parte de todos los profesionales intervinientes, ya que desde la psicología perinatal se buscará trabajar promoviendo la salud mental perinatal tomando un rol activo y crítico respecto a lo que la sociedad silencia"

Resumen

El presente capítulo tiene como propósito compartir el trabajo de investigación final de grado de las Licenciadas en Psicología Bedjan Agustina, Pieroni Julia, Solovioff Valentina presentado en el año 2022. El mismo indaga la modalidad de abordaje de los/las profesionales del área perinatal (obstetras, enfermera de neonatología, partera, pediatra, doula y lic. en psicología) en relación a la pérdida gestacional y post neonatal, para luego analizar el rol de los/as psicólogos/as perinatales en equipos de salud de perinatología en casos de duelo.

Introducción

¿Qué es la muerte perinatal? ¿Qué es el duelo perinatal? ¿Qué lo distingue de otros duelos?
¿Cómo abordan los profesionales del área perinatal los casos de muerte perinatal?
¿Qué aportes puede brindar la psicología perinatal a los profesionales del área?

Para dar respuesta a estos interrogantes se llevó a cabo entre los años 2020-2022 un estudio exploratorio, el cual consistió en diferentes entrevistas a profesionales de la salud que trabajaban en el área perinatal pertenecientes al ámbito público de la ciudad de Mar del Plata (médicos obstetras, enfermeras de neonatología, parteras, doula, médica pediatra, licenciada en psicología). Por tal motivo, el siguiente escrito tiene como propósito plasmar la modalidad de abordaje de los profesionales del área perinatal, para así poder dar a conocer las intervenciones y posibles aportes de los/as psicólogos/as perinatales ante situaciones de duelo perinatal. El mismo parte de querer visibilizar la necesidad e importancia de humanizar las prácticas de los profesionales de salud ante dichas situaciones, mediante la contención a las familias y brindando el derecho al duelo, desde una perspectiva interdisciplinaria y preventiva, para atenuar los efectos traumáticos de este momento y así despatologizar al mismo. A su vez, es una oportunidad para promover que dicha temática pueda ser incluida en los espacios de formación académica, reforzando el trabajo de equipos interdisciplinarios y desarrollando tareas preventivas en Salud Mental Perinatal.

Duelo perinatal: ¿un duelo silenciado?

Para pensar la complejidad del duelo perinatal, es pertinente recuperar lo planteado por Freud en *Duelo y melancolía* (1917). Allí define la experiencia de duelo como una reacción frente a la pérdida de una persona amada, subrayando que no debe considerarse un estado patológico, sino un proceso normal que, con el tiempo, tiende a elaborarse.

Es común escuchar sobre cuánto tiempo dura el duelo, lo que la persona experimenta o suele atravesar, pero en realidad el duelo es un proceso único, dinámico y cambiante. Siendo por lo tanto variable de una persona a otra, entre familias y culturas. Por lo tanto, se puede decir que hay tantos duelos como personas en el mundo (Yáñez Otero, 2015). Desde esta perspectiva, cada duelo es irrepetible, y el duelo perinatal presenta particularidades que lo vuelven especialmente complejo.

Ahora bien, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de duelo gestacional o perinatal? Aludimos a aquellos que ocurren luego de una muerte perinatal. Los mismos pueden clasificarse según la Organización Mundial de la Salud (2017) en el momento en que ocurren como: prenatales (antes del trabajo de parto) o neonatales tempranos (dentro de los primeros

7 días) o neonatales tardíos (hasta los 28 días), también según las causas probables o las condiciones maternas que contribuyen.

Cuando ocurre una muerte perinatal, esta es vivenciada como un torbellino tanto para la familias que junto a su bebe tenían proyectos y una identidad construida, como para los que rodean ese momento. Donde se esperaba una vida, se presenta una muerte siendo muertes imprevistas. Dado que se trata de un acontecimiento del orden de lo traumático, abruma no solo a quienes lo vivencian directamente, sino también a quienes los rodean. Por tal motivo, al ser percibido como un hecho perturbador, termina convirtiéndose en una temática ignorada, con escasas posibilidades de ser expresado, lo que intensifica y prolonga el proceso de duelo. ¿Cómo es posible que las familias atraviesen el dolor si ni siquiera pueden nombrarlo? El poder nombrar tiene un lugar de gran importancia en el duelo. Mientras existen términos para otras pérdidas, viudo para quien pierde a su pareja, huérfano para quien pierde a sus padres, aún no hay una palabra que designe a quien pierde un hijo. Esta ausencia simbólica refleja y refuerza la complejidad del duelo perinatal. Sumado a que con frecuencia son duelos silenciados, que no reciben el correspondiente permiso para sentirlo y expresarlo, incluso hay familias que no cuentan con nada que avale la existencia del bebe fallecido. Esta falta de validación simbólica y de sostén social puede intensificar el dolor, dificultar su elaboración y aumentar el riesgo de duelos disfuncionales.

Cuando el embarazo no llega a término o el bebé fallece en el período perinatal, esta trama de ilusiones y significados se ve abruptamente interrumpida. La madre y su familia enfrentan no sólo la pérdida de un hijo, sino también la frustración de la maternidad y de las expectativas depositadas. Tal como indica Oviedo-Soto (2009), el duelo se complejiza por la ausencia de recuerdos compartidos con el bebé, lo que puede incrementar la sensación de irrealidad y afectar la autoestima materna. La familia, en consecuencia, atraviesa reacciones cognitivas, afectivas y conductuales propias del proceso de duelo, que requieren ser reconocidas y acompañadas.

Abordajes de los profesionales del área perinatal ante situaciones de muerte perinatal

Para comprender cómo los profesionales del área abordan las situaciones de muerte perinatal, se indagó, a través de entrevistas, distintos aspectos vinculados con su práctica. Por un lado, se exploró su modo de accionar, es decir, qué hacen los profesionales. Luego, la manera en que intervienen y, finalmente, la dimensión comunicacional, entendida como

quién y qué comunican al anunciar una pérdida gestacional o postneonatal. A partir de estas categorías y del posterior análisis de los resultados, se evidencia una marcada falta de formación específica en la temática, tanto en el ámbito académico como en el laboral. Esto repercute en un vacío respecto del modo de abordar la muerte en el período gestacional y postneonatal dentro de la institución en la que se desempeñan cotidianamente, generando en los profesionales sentimientos de frustración, impotencia y una importante carga emocional. Esta situación impacta no solo en su desempeño laboral, sino también en su vida personal. Es frecuente que los profesionales manifiestan angustia frente a una muerte perinatal sin poder tramitarla, lo cual pone de relieve la concepción de salud que subyace en sus formaciones académicas, una concepción que tiende a relegar el aspecto psicológico.

Esto conduce a otro punto en el cual los profesionales entrevistados coincidieron en su mayoría: la ausencia de un protocolo ante casos de muerte perinatal. Debido a la falta de protocolos de actuación, los profesionales se encuentran sin herramientas, lo que los lleva a actuar de manera imprevista y según sus propios criterios. A su vez el ritmo hospitalario lleva a los profesionales a un automatismo que no deja expresar sus emociones y compartir sus experiencias para poder enriquecerse y obtener contención. Por ello consideramos importante preguntarse ¿qué sucede con el cuidado de las personas que son encargadas de cuidar a otros? “Cuidar a los que cuidan” es importante ya que los mismos quedan afectados emocionalmente, con sentimientos de frustración y angustia, repercutiendo luego en su vida personal como laboral

.

En lo que respecta a la comunicación de la noticia de una pérdida perinatal, se observó que, por lo general, es el médico quien asume esta tarea, mientras que otros profesionales prefieren evitarla. Asimismo, cuando se realiza la comunicación, suele ser fría y centrada únicamente en aspectos médicos, dejando de lado la dimensión emocional, lo que refleja nuevamente la concepción de salud predominante en su formación académica. Este abordaje evidencia la importancia de una comunicación adecuada, ya que resulta fundamental para favorecer el proceso de duelo.

Otro de los aspectos observados a partir de las entrevistas realizadas, respecta a las condiciones edilicias de la institución hospitalaria, las cuales inciden en el modo en que los equipos de salud pueden acompañar las situaciones de pérdida gestacional y postneonatal. En particular, se evidencia una marcada sobrepoblación de pacientes, al ser el principal centro de referencia de la zona, que no solo repercute en la dinámica general del trabajo profesional,

generando prácticas automatizadas, sino que además limita la disponibilidad de espacios adecuados para el acompañamiento de las familias en momentos de duelo. Si bien por parte de los profesionales aparece la intención de encontrar un espacio físico adecuado, en la práctica, la ausencia de los mismos impide que las familias puedan atravesar ese momento con privacidad y contención, aspectos fundamentales en el inicio del proceso de duelo. Cabe destacar que disponer de un espacio propicio en estos momentos, posibilita el acompañamiento respetuoso en la última fase de la vida y actúa como sostén emocional en las primeras etapas del duelo. Estas condiciones externas, lejos de ser detalles menores, tienen un impacto en el proceso de duelo, lo cual podría verse dificultado. Surge entonces preguntarse: si no hay un espacio físico donde alojar ese dolor, ¿es posible habilitar un espacio psíquico para transitar dicho proceso?

Siguiendo lo mencionado, es pertinente interrogar qué sucede en estos momentos con los derechos de la persona gestante, las familias y el bebé fallecido. Se observó que, en la mayoría de los casos, las decisiones relacionadas con la atención perinatal recaen exclusivamente en el equipo médico, dejando de lado a las familias, privandolos de autonomía y autodeterminación en momentos profundamente significativos. La importancia de estos conceptos radica en el derecho que tiene toda persona a tomar decisiones sobre su propio cuerpo, sus vínculos y su modo de transitar el duelo. Este principio está respaldado legalmente desde la sanción de la Ley 26.529 en el año 2009, conocida como la "Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado". Esta normativa regula el accionar de los profesionales de la salud con el objetivo de garantizar los derechos fundamentales de los pacientes, asegurando un trato digno, acceso a información clara y completa, respeto a la intimidad y confidencialidad, y la posibilidad de otorgar su consentimiento informado ante cualquier intervención médica.

Los valores que sustentan estos derechos (dignidad, libertad y autonomía) son esenciales para comprender el impacto de las prácticas actuales. En casos de pérdidas perinatales, estos derechos cobran relevancia ya que las familias deberían tener derecho a decidir cómo despedirse de su hijo o hija, a establecer rituales que les permitan integrar esa experiencia en su historia, a generar recuerdos que puedan ayudar en la elaboración del duelo. Para ello, sería beneficioso realizar acciones como poder ver al bebé, vestirlo, sacarle una fotografía, elegir con quién compartir ese momento. Sin embargo, muchas veces esto no ocurre, se observa la imposibilidad de las familias de despedirse de su hijo o hija en condiciones de intimidad y respeto, tal como mencionamos anteriormente.

Asimismo, se observa una falta de acceso a información clara y suficiente, lo cual limita la capacidad de las familias para participar activamente en decisiones fundamentales, como la elección sobre la lactancia, ya sea la posibilidad de inhibirlar farmacológicamente, donarla o extraerla con fines simbólicos o solidarios, así como en aspectos administrativos o legales y en los procedimientos en torno al parto. Del mismo modo, durante la internación neonatal, en la cual los bebés se encuentran internados y el ingreso de las familias suele depender de la voluntad individual del personal de guardia, lo que implica una arbitrariedad que desconoce el valor del contacto físico y emocional en los primeros días de vida del recién nacido. En este sentido, la atención de la salud reproduce un modelo biomédico centrado en el binomio médico-paciente, donde las decisiones son asumidas unilateralmente por el equipo de salud y la voluntad de la familia queda desplazada.

Por otro lado, a lo largo de la investigación fueron surgiendo nuevos interrogantes: ¿qué sucede en los casos de pérdidas gestacionales en las que el feto pesa menos de 500 gramos? ¿Es reconocido e inscripto ese bebé, independientemente del tiempo de gestación? ¿Qué sucede con su cuerpo? ¿Existe la posibilidad de nombrarlo y despedirlo? Para dar respuesta a estos interrogantes, mencionaremos la Ley 24.540, sancionada en 1995 bajo el nombre "Régimen de Identificación del Recién Nacido", la cual establece en su artículo 1 que todo niño nacido, con vida o sin ella, y su madre, deben ser identificados. Esto implica que el reconocimiento a través de un nombre y una inscripción oficial puede ser un primer paso hacia la validación simbólica de la existencia de ese bebé. Cuando esto no sucede, cuando no se inscribe ni se nombra, se silencia una pérdida que, lejos de desaparecer, impacta profundamente en la subjetividad de las familias.

No obstante, y pese a la existencia de este marco legal, en la práctica muchas de estas muertes siguen siendo desautorizadas o minimizadas, silenciando el sufrimiento de las familias. A partir del análisis de las entrevistas se pudo dar cuenta que, en varios casos, cuando el peso del feto es inferior a 500 gramos, es considerado "residuo patológico", y se lo desecha sin permitir que la familia pueda inscribirlo en el regimen de identificacion del recien nacido, decidir cómo despedirse o darle un lugar en la trama familiar, invalidando y negando su existencia. Por todo esto, es imprescindible resaltar que los bebés nacidos muertos existieron, dejando una marca en quienes esperaban su llegada, y tienen derecho a un nombre, a ser reconocidos, a ser despedidos con respeto y dignidad.

Para finalizar, la investigación arrojó el hecho de que las/los psicólogas/os desempeñan su rol desde un dispositivo de interconsulta en donde no se fomenta la interdisciplina. En este sentido, la intervención del psicólogo queda supeditada a la evaluación y demanda del profesional médico. A esto se suma la modalidad de guardias pasivas en el servicio de psicología, lo que implica una disponibilidad limitada y, por ende, la imposibilidad de poder dar respuesta ante situaciones de crisis que requieren atención inmediata. Frente a este escenario, cabe problematizar y preguntarse: ¿cómo es posible sostener un enfoque biopsicosocial? ¿Qué sucede en estos momentos, donde no está presente un profesional especializado en dicha temática que intervenga de manera pertinente?

A partir de estos, se podría reflexionar críticamente el lugar que institucionalmente ocupa la psicología perinatal, ya que, desde dicha especialidad se piensa que la demanda se construye, haciendo de puente entre le médico y la familia. Para que el médico convoque a los psicólogos/as tiene que conocer los aportes que los mismos podrían brindar desde su especialidad. A su vez, para que esto sea posible es necesario un trabajo interdisciplinario entre los psicológos/as perinatales y los médicos, tomando un rol proactivo y no la simple espera de ser convocados. Ya que, si solo intervienen una vez que son demandados por los médicos, los cuáles como se mencionó antes no están capacitados ni formados en muerte y duelo perinatal, entonces ¿Cómo será posible una oportuna detección y derivación realizada por los mismos?

Aportes de la Psicología Perinatal

Este recorrido permite evidenciar que no solo las familias se ven afectadas ante una situación de muerte perinatal, sino también los profesionales que las acompañan. Por ello, se subraya la relevancia de cuidar a quienes cuidan, a través de la psicología perinatal, promoviendo prácticas humanizadas que favorezcan el proceso de duelo y prevengan la aparición de duelos patológicos o disfuncionales. En este sentido, visibilizar la importancia de la salud mental perinatal entre los profesionales de la salud resulta fundamental. Los aportes que pueden ofrecerse a estos profesionales son diversos y enriquecedores, tanto por su impacto en el bienestar del equipo sanitario como por su efecto positivo en la atención brindada a las familias.

En primer lugar, para una adecuada atención perinatal es necesario la inclusión del

psicólogo perinatal al equipo de trabajo de perinatología, para promover una visión e intervención interdisciplinar y preventiva, que contemple tanto los aspectos físicos como los psicológicos. En este sentido, es relevante la presencia de un psicólogo/a perinatal que pueda brindar un acompañamiento biopsicosocial y sea puente entre la familia y los profesionales del área perinatal, desde el primer momento y no sólo ante situaciones de crisis o muerte perinatal.

Uno de los aportes posibles podría ser que El psicólogo perinatal *incluya* podrá incluir la administración de la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) a las personas gestantes, ésta se caracteriza por ser de sesión única y tener la particularidad de ser incluida en la historia clínica del paciente, fomentando de esta manera, el trabajo interdisciplinario. La EPP a través de sus preguntas buscará detectar aspectos significativos de la vida personal y familiar de la persona gestante que podrían influir en su embarazo y posterior vínculo con su bebe.

En momentos de crisis, el rol del/la psicólogo/a perinatal cobra especial importancia, brindando un acompañamiento sensible y una contención emocional desde una escucha atenta y respetuosa, donde se habilite la palabra y la posibilidad de que las familias puedan comenzar a simbolizar el significado de la pérdida, favoreciendo el proceso de duelo, como así también reconocer y respetar los silencios.

Por ende no se trata de olvidar y seguir adelante, por el contrario, el psicólogo perinatal podrá ayudarlos a integrar dicha pérdida en su vida, intentando eliminar el sentimiento de culpa que podría surgir. Una de las herramientas para ello sería no negar la existencia de su hijo/a ya que lo será por siempre. Es así que se lo llamara por su nombre y en caso de que aún no tenga uno, animarlos a que puedan elegirlo. También, ofrecer si desean ver al bebé y explicarles que esto puede ser beneficioso para transitar el duelo, siendo los recuerdos claves para el mismo. (S. Marañon, comunicación personal, s.f.)

Es fundamental que la atención sea humanizada, basada en la empatía y en la capacidad de sostener emocionalmente, considerando no solo a la persona gestante, sino también su historia, su contexto y su subjetividad. Entendiendo en este sentido que cada proceso es único, y por tanto, el abordaje terapéutico debe ser flexible y adaptado a las necesidades particulares de cada caso. Asimismo, al trabajar de manera interdisciplinar, podrá coordinar con otros servicios de salud y redes de apoyo permitiendo garantizar un seguimiento integral necesario durante esta etapa.

Otro punto a destacar es la incumbencia del psicólogo perinatal como promotor de derechos. Esto supone un rol activo por parte del equipo de psicología perinatal, en donde

pretende abrir espacios de reflexión, escucha e interrogar lo instituido, promoviendo cambios que favorezcan el proceso de duelo, la intimidad y autonomía de la familia.

A su vez, el psicólogo perinatal desde un rol activo podría detectar necesidades y falencias en el equipo y brindar herramientas centradas en el autocuidado y la psicoeducación. En este sentido, el profesional de la psicología perinatal desde un enfoque preventivo, puede brindar formación en los equipos de salud a través de capacitaciones donde se fortalecerán habilidades teóricas y prácticas específicas para el abordaje integral de la pérdida gestacional o postneonatal. En las mismas, se dará luz sobre la importancia de brindar a las familias un espacio íntimo para despedirse y la importancia de crear un "circuito de duelo", donde se respete la intimidad de éstas y se le otorgue la libertad de ejercer sus propios rituales culturales y religiosos.

En la guía para La Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal escrita por las Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro (s.f) describieron como podría ser la habitación de despedida. Sería conveniente que la misma esté ubicada en una zona poco transitada, evitando que comparta habitación con otra familia y su bebe recién nacido. Es importante que la habitación esté identificada por fuera, con un nombre o símbolo, para que todo el personal sanitario tenga conocimiento de la situación que dicha familia atraviesa.

Asimismo, es fundamental que el equipo interviniente de salud reconozca la importancia de facilitar a las familias el contacto físico con sus hijos/as durante la internación en neonatología, ya que el vínculo en los primeros tiempos ayuda a la formación de recuerdos, y en caso de que acontezca la muerte del bebe, ello favorecerá el proceso de duelo. Del mismo modo, es de relevancia que el psicólogo/a de a conocer dentro del equipo de perinatología, lo beneficioso que puede ser brindar una adecuada comunicación de las noticias. Para ello será útil trabajar con guías que recomienden que frases utilizar y cuáles no en dichos momentos. Debido a la ausencia de guías en Argentina, se podrá tomar como referencia a las realizadas en España. Una de ellas es la denominada Guía para la Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal (s.f.), la cual sugiere frases que enfaticen la importancia de favorecer el proceso de duelo validando las emociones y sentimientos de las familias en un momento tan complejo. Asimismo, recomienda evitar expresiones que tiendan a minimizar o justificar lo sucedido, ya que estas pueden obstaculizar la elaboración del duelo y aumentar el sufrimiento emocional. También, es pertinente visibilizar lo que sucede con la lactancia de las personas gestantes cuando se presenta una muerte perinatal, ya que según lo analizado en las

entrevistas, es un aspecto dejado de lado en la atención. Desde la psicología perinatal se podrá asesorar a los profesionales implicados para que faciliten la información sobre las posibilidades y alternativa existentes, como así también la solicitud de una puericultora.

Otra intervención que puede ofrecer el psicólogo perinatal es la creación de espacios de reflexión grupal destinados a los equipos de salud. Tal como se ha mencionado, estas situaciones generan un alto impacto emocional en los profesionales, afectando tanto su desempeño laboral como su bienestar personal. En este sentido, propiciar encuentros coordinados por un profesional de la salud mental donde se habilite la expresión emocional, la circulación de la palabra, el intercambio de experiencias y la puesta en común de los propios recursos, constituye una estrategia para fortalecer y mejorar la calidad de vida personal y laboral de los profesionales. Estos grupos, mediante el intercambio de experiencias, afectaciones personales e implicancias subjetivas, no sólo permiten elaborar colectivamente las vivencias, sino que también favorecen una comprensión más profunda y transformadora de lo ocurrido.

Reflexiones finales

A partir del recorrido realizado, damos cuenta que la atención perinatal brindada a personas gestantes y sus bebés, que abarca el embarazo, parto y el puerperio, ha estado históricamente centrada mayormente en los aspectos físicos y biológicos, dejando en un segundo plano las dimensiones psicológicas y emocionales involucradas en esta etapa vital, limitando así una comprensión integral del proceso de maternidad.

En los últimos años, ha comenzado a reconocerse la relevancia de la salud mental perinatal para llevar a cabo una atención integral de la persona gestante y su entorno familiar. Este enfoque permite visibilizar factores psicosociales, los cuales deben ser considerados para comprender la complejidad emocional que atraviesan las personas gestantes y sus familias, como así también, garantizar un acompañamiento integral, especialmente frente a situaciones de pérdida.

Siguiendo lo mencionado, los duelos perinatales se caracterizan por ser desautorizados dejando a las familias con la dificultad de dar lugar a un proceso de duelo, silenciado su sufrimiento. El hecho de que las familias no sientan derecho a duelar podría ser producto de las exigencias de una sociedad que anula la capacidad de sentir y conectar con su dolor, considerando que tendrá una pronta recuperación y por lo tanto, silenciando dicha temática.

En estas situaciones donde se esperaba el nacimiento de una vida, y en cambio, irrumpe la muerte, nombrarla y referirse a ella suele ser difícil y perturbador, por lo que en la mayoría de los casos, termina siendo un tema ignorado donde es invisibilizado el dolor. En definitiva, hablar de la muerte perinatal y sus implicancias emocionales es una tarea aún pendiente, tanto en el ámbito sanitario como en el social. Avanzar hacia una atención más sensible y comprensiva requiere cuestionar y transformar las concepciones establecidas, habilitando espacios para el dolor, la palabra y la elaboración simbólica de una pérdida que, aunque invisible para muchos, deja huellas profundas. En este sentido, es necesario humanizar las prácticas en relación al abordaje de la muerte perinatal, donde se reconozca la singularidad de cada proceso y se acompañe de forma respetuosa y empática, visibilizando su sufrimiento.

Ahora bien, ¿es una tarea sencilla?, ¿cómo podría lograrse? Es un camino a construir entre todos los profesionales del área, comenzando con la visibilización e inclusión del psicólogo perinatal dentro del equipo de perinatología para que trabaje codo a codo con ellos de manera interdisciplinaria. Evidenciando que de esta forma se podrá dejar de invisibilizar y desautorizar el duelo perinatal, dándole entidad, ya que desde su especificidad podrá interrogar e instalar preguntas, sensibilizando y reflexionando sobre el lugar que hoy en dia se le da a la muerte perinatal y que así ésta sea reconocida y validada, respetando las creencias y religiones de cada familia.

A su vez, sería muy importante contar con un protocolo claro y accesible para todos los profesionales que trabajan en este ámbito para que les sirva como una guía práctica. Su objetivo principal será orientar el trabajo en equipo, facilitando la comunicación y la intervención adecuada, para acompañar a las familias en estas situaciones. Este protocolo deberá incluir tanto los aspectos médicos, como también considerar su dimensión biopsicosocial. De esta manera, se podrá ofrecer un acompañamiento más integral y acorde con las necesidades de cada familia.

Se considera un gran avance en nuestro país la promulgación en el año 2023 de la Ley 27.733: *Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal*. La misma fue impulsada por Johanna Piferrer, quien fue víctima de la inapropiada atención, comunicación y vulneración de sus derechos, los de su familia y su hijo fallecido en la semana 33 de gestación. Con dicha ley se espera que el sistema de salud garantice la atención integral de las personas que atraviesan por esta

problemática, como también, en el debido acompañamiento de la gestión de duelos sanos. Al mismo tiempo, se resalta la importancia de incluir dicha temática en las instancias formativas y educativas de los profesionales de la salud para que les permita adquirir herramientas para una atención adecuada de la persona y su familia.

A modo de cierre, resulta fundamental asumir un compromiso por parte de todos los profesionales de salud involucrados, trabajando de manera interdisciplinaria desde la prevención. Desde la perspectiva de la salud mental perinatal, este enfoque permite brindar una atención e intervención adecuadas, que acompañen el proceso de duelo de las familias y reduzcan el riesgo de duelos patológicos o disfuncionales, y al mismo tiempo, contemplar el impacto emocional de los profesionales implicados, cuidando a los que cuidan. (García Medina, 2019). En definitiva, al comenzar a poner en palabras, cuestionar y visibilizar acerca de dichas temáticas, se vuelve imposible ignorar su existencia. La pérdida gestacional y post-neonatal con sus respectivos duelos ocurren y por lo tanto, es importante que como profesionales y como personas se tome un rol activo y crítico respecto a lo que la sociedad silencia.

Anexo

Extractos de las entrevistas:

"La formación médica tradicional no te prepara, no tenemos formación en psicología para acompañar situaciones tan delicadas como estas, cada quien hace lo que puede con la herramientas que tiene"(Obstetra).

"Yo durante mi formación no recibí formación al respecto de nada, de nada nada"(Médica neonatóloga)

"No es algo de que se hable si no que sucede y sobre la marcha de esa situación se resuelve". Agrega*: "Al no estar preparados o sea uno lo que le brinda es lo que tiene en el momento y quizás ni siquiera está. No te formas, no te forman, no se habla del tema con especialistas en estas situaciones. [...] Nosotras al no saber capaz respondemos desde nuestra personalidad o de lo que hemos vivido que quizás nunca nos pasó entonces para mi no podemos darle algo que quizás le pueda servir en algun punto, te quedas así sin una herramienta [...] no se abordan estas temáticas y no se las trata como principales"*

(Enfermera de recién nacidos)

"No hay protocolo a seguir. o sea hay determinadas cosas del sentido común pero no porque esté protocolizado. No hay un protocolo escrito que dice bueno ante la muerte de un niño, esta mujer tiene que ir a tal lado se le va a colocar la mariposa azul para saber… No, no está escrito lamentablemente". (Médica neonatóloga)

"Vos te vas con toda esa angustia , me ha pasado de dar esa noticia y después irme a llorar, si bien uno tiene que mantenerse hablando correctamente, le llega todo". (Jefa del servicio de neonatología)

"Tengo compañeras que le afecta mucho la muerte del bebé que lloran, que están mal. Viste que no todo el mundo le afecta de la misma manera". (Enfermera de neonatología)

"Mira la verdad es que nunca escuché que alguna compañera ni yo recibiera alguna contención de nada. O sea cada una se arregla como puede y maneja sus problemas laborales como puede". "Sería bueno que quizás se haga una vez por mes un encuentro para ver qué es lo que necesita, o contar su experiencia o hablar de lo que paso y si ves que alguien está manejando mal una situación, charlarlo y poder decir che mira esto se podria hacer asi. (Enfermeras de neonatología)

"Nosotros tenemos un médico que es el que siempre las da porque es el que más llega a las familias, el que vemos que tiene una personalidad especial para todo esto". (Jefa de neonatología)

"Es una cuestión que más de 500 gramos se anota y menos de 500 gramos no se anota". (Jefe de Obstetricia)

"Nosotros como servicio somos interconsultores… ahí está la clave del proceder nuestro… nosotros somos convocados a través del dispositivo de interconsulta, para que haya interconsulta, el médico tiene que haber visualizado alguna situación, en la anamnesis, en la entrevista con las pacientes y demás, alguna situación que requiera ya sea, un acompañamiento, un abordaje, una evaluación de psicología. Porque la sala no es nuestra, nosotros no tenemos digamos.. la sala es de obstetricia" (Psicóloga perinatal)

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariès, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Acantilado.

Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro. (2009). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/

Bedjan, A. D., Pieroni, J., Solovioff, V. (2022). A*bordaje y clínica de la pérdida gestacional y post neonatal: Aportes de la psicología perinatal a las intervenciones de los profesionales del área.* Informe Final Trabajo de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Belloc, C., Pérez, S., & Verón, A. L. (2021). *Reflexiones en torno a la constitución de una antropología de la salud/enfermedad*. Cátedra de Antropología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Bowlby, J. (2009). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.

Cabariti, S. (s.f.). *En nombre de mi historia*. Intersecciones PSI. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=336:en-nombre-de-mi-historia&catid=10:vigencia&Itemid=1

Dirección de Investigación de Salud. (s.f.). *Pautas generales para la obtención del consentimiento informado para participar de una investigación*. Ministerio de Salud de Argentina.

El Prado Psicólogos. (s.f.). *Psicología perinatal: ¿Qué es y qué funciones realiza?* Psicología y Mente. https://psicologiaymente.com/desarrollo/psicologia-perinatal

Fernández, A. M. (1993). De lo imaginario social a lo imaginario grupal. En J. C. De Brassi (Ed.), *Tiempo histórico y campo grupal*. Nueva Visión.

Freud, S. (1993). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 235–255). Amorrortu Editores.

Galli, M. (2013). El abordaje psicoperinatal en obstetricia. En A. Oiberman (Ed.), *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal* (1.ª ed., pp. 241–268). Lugar Editorial.

García Medina, M. A. (2019, 19 de octubre). *La negación del derecho a sentir… Es tiempo de sanar*. https://mariaandreagarciamedina.com/2019/10/19/la-negacion-del-derecho-a-sentir/

García Medina, M. A. (2020, 9 de enero). *¿Por qué algunos abordajes en duelo perinatal fracasan? Es tiempo de sanar*.ttps://mariaandreagarciamedina.com/2020/01/09/por-que-algunos-acompanamientos-en-duelo-perinatal-fracasan/

González, C., Escobar, C., Marinone, A., Guinda, M., Vallejo, M., Di Virgilio, N., Giménez, M., & Díaz, P. (2019). *Perinatal: Historia de la Psicología Perinatal en Argentina* (1), 1–30. https://www.psicologosdistritox.org/wp-content/uploads/2019/12/Revista-Perinatal-N1.pdf

Grandoso, M. (2012). *Psicología perinatal: "Trabajar con el inicio de la vida es muy apasionante"*. *Intersecciones PSI*, (2), párr. 5. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=101:trabajar-con-el-inicio-de-la-vida-es-muy-apasionante&catid=17:investigaciones&Itemid=30

Guinda, M. B. (2019). *Un acercamiento histórico al duelo perinatal y gestacional*. *Perinatal: Historia de la Psicología Perinatal en Argentina*, (1), 20–21. https://www.psicologosdistritox.org/wp-content/uploads/2019/12/Revista-Perinatal-N1.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Olza Fernández, I., Palanca Maresca, I., González-Villalobos Rincón, I., Malalana Martínez, A. M., & Contreras Sales, A. (2014). *La salud mental del recién nacido hospitalizado: Psiquiatría infantil en neonatología*. *Revista Iberoamericana de Psicosomática*, (109), 45–52.

Kerikian, C. (2011). *"Efectos de una práctica": La psicología perinatal en la Fundación Hospitalaria*. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 1–12). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-052/96.pdf

Kersner, D. (2011). Abordaje grupal en emergencias sociales. En L. Edelman & D. Kordon (Comps.), *Trabajando en y con grupos: Vínculo y herramientas*. Psicolibro Ediciones.

Ley 24.549 de 1995. *Régimen de identificación de los recién nacidos*. (septiembre de 1995).

Ley 26.529 de 2009. *Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado*. (24 de mayo de 2012).

Ley 26.657 de 2010. *Derecho a la protección de la salud mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914*. (2 de diciembre de 2010).

Ley 27.733 de 2023. *Procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal*. Boletín Oficial.

López, J. E. (2016). *Guía para la atención a la muerte perinatal* [Trabajo de grado no publicado]. Universidad Pública de Navarra.

López García de Madinabeitia, A. P. (2010). *Duelo perinatal: Un secreto dentro del misterio*. http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf

López, S. E. (2020). *Duelo perinatal: Un análisis de las competencias de los profesionales de la salud de un hospital del Gran Buenos Aires en la actualidad (2019–2020)* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Maldonado-Durán, J. M. (2011). *Salud mental perinatal*. Organización Panamericana de la Salud.

Marañón, S. (2019). *Proyecto de extensión: Nacer entre palabras. Psicología perinatal, intervenciones en comunidades en situación de vulnerabilidad*. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Meques, F. J. (2020, diciembre). *La experiencia de construir y gestionar una red de salud mental perinatal federal*. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. http://www.enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?idt=121&idtt=85

Ministerio de Salud. (s.f.). *Hechos vitales en Mar del Plata - Batán 2013–2016*. Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Morales, L. J., & Rusca, I. F. (2021). *Dar malas noticias: La muerte cuando se espera la vida. Una mirada sistémica sobre el duelo gestacional y perinatal y el proceso de comunicación de la muerte por parte del equipo sanitario*. *Sistemas Familiares y Otros Sistemas Humanos*, (1), 35–45.

Nicolai, S. (s.f.). *El rol del psicólogo en el ámbito de la psicología perinatal* [Tesis de grado, Universidad del Aconcagua]. Biblioteca Digital Universidad del Aconcagua.

Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: Una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate*, *1*, 87–91. https://doi.org/10.18682/pd.v1i0.525

Oiberman, A. (Ed.). (2013). *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Lugar Editorial.

Oiberman, A., & Galíndez, E. (2005). Psicología perinatal: Aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, *24*(3), 100–109. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91224302

Oiberman, A., Santos, M. S., & Misic, M. I. (2011). *Dispositivos de internación perinatales (DIP): Instrumentos en salud mental perinatal*. Universidad de Buenos Aires.

Olaverry Rodríguez, R. (2018). *El rol del psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal* [Tesis de grado, Universidad de la República]. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_mariana_olaverry_version_final_.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Para que cada bebé cuente: Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales* [Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths]. Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución.* https://www.who.int/es/about/governance/constitution

Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M., & Marquina-Volcanes, M. (2009, septiembre-octubre). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría, 76*(5). https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf

Pastor, P. (2021, abril). *Herramientas para afrontar el duelo: Las despedidas simbólicas.* Ayuda en Duelo. https://www.fundacionmlc.org/las-despedidas-simbolicas/

Pastor, S., Romero, J., Hueso, C., Lillo, M., Vacas, A., & Rodríguez, M. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(6). https://www.scielo.br/j/rlae/a/8sxFFgPXFfJBKrCPSbXK5VS/?format=pdf&lang=es

Perdomo, T. (2019). *Muerte perinatal: Una muerte silenciosa.* NeuroClass. https://neuro-class.com/muerte-perinatal-una-perdida-silenciosa/

Proyecto de Ley. (2019, 28 de marzo). *Establecer procedimientos médico-asistenciales para la atención de la persona gestante frente a la muerte perinatal.* Diputados Argentina. https://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=1240-D-2019

Pautallaz, P. R. (2015). *Algunas reflexiones sobre los aportes de la Psicología Perinatal: Una mirada desde lo psicosocial en las salas de maternidad* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Palermo.

Rabow, M., & McPhee, S. (1999). Beyond breaking bad news: How to help patients who suffer [Más allá de dar malas noticias: Cómo ayudar a los pacientes que sufren]. *The Western Journal of Medicine.*

Roncallo, P. (2018). Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal: Estrategias de autocuidado y apoyo mutuo. *Muerte y Duelo Perinatal,* (4). https://www.umamanita.es/los-profesionales-sanitarios-ante-la-muerte-perinatal-estrategias-de-autocuidado-y-apoyo-mutuo/

Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención.* Promociones y Publicaciones Universitarias.

Santos, M. S., & Oiberman, A. (2011). Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. http://www.aacademica.org/000-052/378

Stern, D. (1998). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre.* Paidós.

Subcomisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires – Distrito X. (2019). Psicología Perinatal: Definiendo un ámbito de inserción laboral. *Perinatal: Historia de la Psicología Perinatal en la Argentina,* (1), 4–5. https://www.psicologosdistritox.org/wp-content/uploads/2019/12/Revista-Perinatal-N1.pdf

Villa González, I. C., Giraldo Vásquez, I. C., Ramírez Velásquez, M. A., Orozco Henao, G., & Blanco Carmona, L. M. (2016). Vínculo prenatal: La importancia de los estilos vinculares en el cuidado gestacional. *Katharsis,* (22), 267–303. https://doi.org/10.25057/25005731.822

Yáñez Otero, A. (2015). *El duelo: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad.* Servicio Extremeño de Salud.

Capítulo 16

"Abordaje del equipo de salud perinatal en la transmisión del diagnóstico de embarazo de riesgo: Consideraciones sobre el impacto en la salud mental y aportes de la psicología perinatal."

Eugenia De Santis-Sofia Pérez

El presente trabajo tiene como propósito conocer la modalidad de abordaje del equipo de salud perinatal (Obstetras, Enfermeras de Neonatología, Licenciadas/os en Obstetricia, Neonatólogos/as) en relación a la transmisión del diagnóstico en los embarazos de riesgo teniendo en cuenta el impacto que dicho diagnóstico puede tener en la salud mental de las personas gestantes. De esta manera, es el Psicólogo Perinatal quien puede ejercer su profesión en distintos ámbitos y momentos del proceso diagnóstico, consideramos relevante poder conocer sus intervenciones, posibles modos de abordajes y si existe o no demanda por parte del equipo médico ante estas situaciones.

Una vez realizada la revisión de fuentes primarias sobre nuestro objetivo de investigación, hemos observado que hay un mayor desarrollo en Latinoamérica de factores asociados al contexto social, cultural, emocional, diferenciándose de las investigaciones de los factores de riesgo puramente biológicos. Por lo que se considera relevante en esta investigación incorporar con mayor peso las dimensiones psicológicas, emocionales, afectivas y sociales.

Desde la Psicología Perinatal, rama de la Psicología que aborda la dimensión psicológica en relación a la gestación, embarazo, nacimiento y puerperio de la persona gestante y su bebé, se aborda el embarazo como una crisis vital evolutiva. Además, tiene en cuenta todos aquellos cambios que se precipitan como tal, dándole relevancia a los cambios psíquicos que ocurren en la persona que ejerza la función materna o paterna.

De esta manera, la Psicología Perinatal, como venimos diciendo, abarca el tratamiento de la persona gestante desde el embarazo, parto y puerperio. Aborda el vínculo entre la madre y el bebé, junto al papel del padre en este proceso.

Para que el trabajo de la Psicología Perinatal sea efectivo es necesario un enfoque multidisciplinar, un enfoque que recoja y comparta los conocimientos y la práctica de otras

ramas profesionales como medicina de atención primaria, Ginecología, Pediatría, Enfermería, Doulas, trabajo y educación social.

Por lo tanto, nuestros objetivos para el desarrollo de esta investigación se centraron en:

Objetivo General:

- Conocer la modalidad de abordaje del equipo de salud perinatal en la transmisión del diagnóstico de embarazo de riesgo, e indagar la percepción del equipo en relación al impacto en la salud mental de la persona gestante al recibir el diagnóstico.

Objetivos Específicos:

1. Conocer la modalidad de abordaje del equipo de salud perinatal ante la trasmisión del diagnóstico de embarazo de riesgo.
2. Indagar el conocimiento que posee el equipo de salud en relación a la Psicología Perinatal y sus posibles intervenciones.
3. Describir los aportes de la Psicología Perinatal en el abordaje de los casos de embarazo de riesgo.

Diagnostico perinatal:

El diagnóstico perinatal agrupa todas aquellas acciones diagnósticas encaminadas a descubrir durante el embarazo toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente. Tiene como finalidad diagnosticar con la mayor precocidad posible, todo ello contribuye a reducir la ansiedad de la persona gestante durante el resto de la gestación.

El diagnóstico perinatal refiere específicamente al conjunto de pruebas y evaluaciones médicas que se realizan durante el período perinatal, que abarca desde la 22ª semana de gestación hasta las 4 semanas después del parto, con el objetivo de identificar posibles problemas de salud en el bebé o la madre. Estas pruebas pueden ayudar a detectar, por ejemplo, defectos congénitos, enfermedades genéticas, o problemas de salud en la madre que podrían afectar al desarrollo del bebé.

El objetivo del diagnóstico perinatal es:

- Identificar posibles defectos congénitos o anomalías en el feto.
- Detectar factores de riesgo maternos que puedan afectar al embarazo.

● Planificar el manejo del parto y el cuidado neonatal, si es necesario.

● Prevenir complicaciones en la madre y el bebé.

La relación madre-bebe tiene una historia donde se destacan varios hitos: decide ser madre, advierte su embarazo, percibe los cambios físicos, etc. Rápidamente las defensas psíquicas (con mayor o menor eficacia), establecen lazos. La vulnerabilidad favorece el acercamiento y es ahí donde la intervención psicológica, desde la Psicología Perinatal, comienza a cuidar el vínculo.

En este contexto, la Psicología Perinatal ofrece una visión que permite realizar un aporte valioso. Se refiere al estudio de los aspectos psicológicos relacionados con el período que rodea el embarazo, el parto y la transición a la maternidad o paternidad. Este campo aborda una amplia gama de temas, centrándose en las experiencias emocionales, cognitivas y sociales de los individuos durante el periodo perinatal.

La Psicología Perinatal busca comprender y abordar los aspectos emocionales y psicológicos para promover la salud mental y el bienestar tanto de las madres como de los padres durante este período crítico.

Así para el desarrollo de nuestro trabajo hemos decidido trabajar con profesionales de la salud de cada área interviniente en el diagnóstico de embarazos de riesgo. A saber, Ginecólogos/a, Obstetras, Enfermeros/a Neonatal, Parteras y Psicólogos Perinatales (3 de cada disciplina) tanto del ámbito público como privado de la ciudad de Mar del Plata.

Se tomó una muestra intencional del total de participantes en el área. La elección de la misma fue seleccionada ya que permite abarcar el problema a investigar en sus múltiples dimensiones, siendo una muestra representativa del fenómeno.

Resultados:

Luego de entrevistar a la totalidad de los profesionales seleccionados para la muestra, se observó que en relación a cada dimensión nos encontramos con resultados muy diferentes, que probablemente estén sujetos a las diferencias entre instituciones públicas o privadas, la clase social de las personas que se acercan a cada institución, el grado de emergencia de las gestas y su red de contención.

En primer lugar, en cuanto a la modalidad de abordaje dan cuenta los testimonios, sobre la carencia de protocolos específicos, pasos a seguir o criterios establecidos con anterioridad. Este es el motivo por el que la mayoría de los profesionales argumentan obtener experiencia en sus labores con el correr del tiempo, al observar a sus colegas que llevan más tiempo trabajando en el área, o motivados por su propia curiosidad y lograr investigar por fuera de la institución.

En relación a la transmisión del diagnóstico, es importante destacar la profesión del médico obstetra quien se podría considerar la persona responsable de dar el diagnóstico en primer lugar; y por otro lado el resto de los profesionales, que no solo han resaltado esta particularidad, sino que comentan cómo es trabajar con el después. Se mencionaba entonces que, en primer lugar, el médico obstetra es el principal comunicador hacia la persona gestante y a su familia, si es la ocasión el diagnóstico. Se encuentra aquí un punto importante, se puede discriminar en los testimonios de manera sobresaliente, a asegurar, no solo un lugar acorde, sino que las personas que vayan a escuchar esas determinaciones, logren comprender, consultar y en la manera de lo posible asimilar lo que se les está diciendo.

Continuando con la tercera dimensión, se puede asegurar que es la única en la que se observa una absoluta concordancia en los relatos. Se afirma que dichos diagnósticos afectan la salud mental de la persona gestante, y todos se adscriben a efectos tanto observables como emocionales y psicológicos.

Por último, y afirmando el trabajo de visibilización que se realizó, no todos están anoticiados del rol del psicólogo perinatal. Es en este punto donde se puede destacar las diferencias en los servicios de instituciones públicas y privadas, la relación entre el desarrollo de los profesionales y el impacto de la ausencia de protocolos, en la búsqueda de estrategias en dirección hacia propuestas efectivas de salud mental, el lugar que se la da en una y otra a lo importante y a lo urgente.

Los beneficios de haber utilizado una entrevista semiestructurada fueron varios. Se logró una descripción con relatos cargados de aspectos emocionales. Se pudo indagar también en aspectos cognitivos en relación a los pensamientos de los profesionales y se pudo percibir el modo de interpretar desde ellos el contexto que rodea el momento de abordaje y transmisión de un embarazo de riesgo. Esta técnica permitió repreguntar, desde un eje temático abordando los objetivos de la investigación, pero también profundizando en momentos de la entrevista sobre experiencias significativas que surgían de los mismos relatos. También se

pudieron percibir aspectos de la comunicación no verbal como expresiones faciales, gestos, silencios que ofrecieron una descripción más precisa de las vivencias.

Una vez analizadas cada una de las entrevistas a los distintos profesionales de la salud, se desprende de ellas información relevante y potencialmente constructiva para pensar en función de los objetivos planteados en este trabajo de investigación.

La primer variable relevante que se encontró a partir del análisis de datos tiene que ver con la concepción misma de lo que es un embarazo de riesgo, donde la mayoría de los profesionales, sobre todo aquellos más cercanos al momento de dar el diagnóstico, aluden al mismo desde una perspectiva biologicista; algo de lo que fue desarrollado en apartados anteriores y que coincide con la visión de los profesionales al momento de preguntarles por situaciones en donde el embarazo implica un riesgo, y esté, sesgado por una condición física que le da la definición como tal, donde muy pocos podían pensarlo también en relación al contexto social o emocional que rodea ese embarazo y poder dimensionar de forma más amplia qué implica un embarazo de riesgo.

De esta variable se desprende otro punto interesante en donde si se reduce el embarazo de riesgo a una condición física, por ende, a una visión biologicista. Fue esperable denotar que el tener que informar a la persona gestante de un diagnóstico de embarazo de riesgo se vería afectado por esta mirada más cercana al modelo médico hegemónico. El diagnóstico médico a veces suele sostenerse en el hecho de que “el lenguaje médico dará cuenta de la enfermedad”. Este discurso que se ocupa de la enfermedad, de un diagnóstico, a veces suele olvidar el propio discurso de la persona gestante en tanto sufrimiento. Por ello puede suceder, y se vislumbró en algunos relatos, que este diagnóstico, que involucra la correlación de un significado como un signo ya instituido, implica un proceso que excluye a la persona, en tanto se puede encontrar gobernado por la aspiración científica.

A pesar de este panorama, en el análisis de las entrevistas muchos profesionales expresaron ciertas dificultades en torno a poder acompañar estas situaciones, notar que cada vez más se presentaba con un momento difícil y en donde su formación no alcanzaba.

Esto lleva a pensar en otra variable interesante y que se pudo denotar su prevalencia en los testimonios de los profesionales que dan cuenta de la necesidad del acompañamiento de un especialista de la salud mental, el cual cuenta con las herramientas necesarias y acordes al momento de dar un diagnóstico de riesgo a la persona gestante, en donde el obstetra, aquel

que en la mayoría de los casos es quien primero informa de la situación, se encuentra algo vulnerable para poder brindar el sostén necesario que requiere la persona gestante.

En los últimos años la salud mental perinatal ha adquirido mayor relevancia, aunque todavía es un ámbito en crecimiento. Siguiendo estos lineamientos teóricos se promueve un Modelo de Salud Integral que incluya también la importancia de la Salud Mental en la atención perinatal.

La Psicología Perinatal entiende al embarazo como una crisis vital en la vida de la mujer y también en la del padre y la familia que rodea a la persona gestante. El profesional de la Salud Mental Perinatal ejerce un rol fundamental ayudando a resignificar, acompañar y contener estos procesos psicológicos y emocionales en el camino de convertirse en padres.

Los equipos de salud que trabajan en estas situaciones de embarazo de riesgo, se ven afectados, lo cual fue muy claro en las distintas entrevistas brindadas. Se encuentran con estas realidades donde impera la angustia, el desconocimiento y a veces el desamparo. Sensaciones que son frecuentes tanto en la persona gestante como en el profesional que al igual que ella, tiene que tolerar con la frustración, y a veces puede dificultar la transición del proceso para ambas partes.

Como dice Gerez Ambertin: “La subjetividad sufre una estocada traumática, queda frágil (en el acting), o deshecha (en el pasaje al acto), pero a veces es posible recuperarse si el sujeto recibe contención, el ofrecimiento de los marcos simbólicos que perdió, o tuvo que perder en esos movimientos”. Allí es donde la figura y la palabra del psicólogo perinatal ofrece una presencia estable que permite ordenar el psiquismo y las emociones.

En este sentido y pensando en los momentos en los que se debe informar sobre un diagnóstico que puede implicar un riesgo, el comienzo de un largo proceso; el camino terapéutico haga posible el poner palabras allí donde antes no había. Palabras que en la resignificación terapéutica implican una especie de parches psíquicos, que pueden permitir convertir ese sufrimiento en algo que no invada las emociones de la persona gestante, pero también del equipo que acompaña, de cada uno de los profesionales que lo conforman. Que surjan nuevos mecanismos, donde la creación de nuevas realidades sea posible, donde asuman un rol activo frente a su realidad y sus emociones.

Se torna así necesario un trabajo interdisciplinario, que opere como sostén de la angustia, de lo imprevisto, de lo inimaginable. El trabajo en equipo puede promover hacer circular la

angustia, haciéndola más tolerable. El debate interdisciplinario hace que se pueda lograr un equilibrio entre lo real, lo ideal y lo posible del acompañamiento en el diagnóstico de embarazo de riesgo.

Ningún campo de conocimiento puede dar cuenta de todo, tampoco la interdisciplina. Lo que, si puede asegurar esta última, es el encuentro de diversos discursos que, en su interacción, suscite una posición subjetiva e inconclusa del saber propio de cada espacio de conocimiento, interacción de discursos, pero también experiencias y el conocimiento como producto de ellas. De este entramado puede surgir una discusión enriquecedora que tienda a evitar el sufrimiento y alojar tanto a la persona gestante como a los profesionales.

En este sentido, el psicólogo/ga perinatal debe trabajar desde una perspectiva interdisciplinar, en prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico e intervención, debe estar focalizado en la promoción de la salud mental en la concepción, embarazo, parto, puerperio y crianza y en la prevención de patologías en salud mental (Sánchez, 2013). Por ende, intervendrá en distintas cuestiones que abarquen todo el proceso que precede el nacimiento del bebé y luego del mismo.

Aquí hablamos de prevención terciaria ya que se refiere a intentar aminorar la gravedad de los padecimientos en función del diagnóstico de embarazo de riesgo, una vez que se ha presentado; disminuir la incapacidad que puede acarrear a quienes los sufren, es decir, alojar. Se trata de una persona gestante quien necesita ayuda para aliviar su sufrimiento o incapacidad. Es así, que se puede decir que una de las principales funciones desde nuestro rol ante dicho acontecimiento, serán acompañar el proceso y las necesidades en relación a escuchar, validar el impacto, reforzar la red de apoyo y derivar en función del riesgo percibido.

Referencias bibliográficas

- Cabariti, S. (s.f.) En nombre de mi historia. Intersecciones PSI. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=336:enno m bre-de-mi-historia&catid=10:vigencia&Itemid=1

- Cavarra, María Jimena; Rizzo, Romina Laura; Jones, Lizzie Hope (2023). Atención Primaria de la Salud (APS) con abordaje inclusivo, intercultural y situado. Derecho a la Salud y Sistema de Salud en la Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Comunitaria.

● El Prado Psicologos (s.f.) Psicología perinatal: ¿qué es y qué funciones realiza?. Psicología y Mente. https://psicologiaymente.com/desarrollo/psicologia-perinatal

● Fernández et. al. (2014) La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología.

● Galli, M. (2013). El Abordaje Psicoperinatal en Obstetricia. En A. Oiberman (Ed.), Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal (1a ed., pp. 241-268). Lugar Editorial.

● Geréz Ambertin, M (compiladora) (2004). Culpa, responsabilidad y castigo en el discurso jurídico y psicoanalítico. 1era. Ed. Buenos Aires. Letra viva.

● Grandoso, M. (2012). Psicología Perinatal: "Trabajar con el inicio de la vida es muy apasionante". Intersecciones PSI, (2), párr. 5. 57 http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=101:trabajarcon-el-inicio-de-la-vida-es-muy-apasionante&catid=17:investigaciones&Itemid=30

● Lebovici, S y Weil-Halpern, F. La Psicopatología Del Bebé. (1995).Editorial, Siglo XXI Editores México.

● Ley N° 25.929 Derechos del paciente

● Ley 26.529 de 2009. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. 24 de mayo de 2012.

● Ley 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22. 914. Diciembre 2 de 2010

● Maldonado-Duran, J. M. (2011). Salud Mental Perinatal. Organización Panamericana de la Salud.

● Marañon, S. (2019). Proyecto de Extensión. Nacer entre Palabras: Psicología perinatal, intervenciones en comunidades en situación de vulnerabilidad. Universidad Nacional de Mar del Plata.

● Nicolai, S. (sf). El rol de Psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal [Tesis de Grado, Universidad del Aconcagua]. Biblioteca Digital Universidad del Aconcagua.

● Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. Psicodebate, 1, 87-91. https://doi.org/10.18682/pd.v1i0.525

- Oiberman, A., Galíndez, E. (2005). Psicología perinatal: Aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 24 (3),100-109. [fecha de consulta 14 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1514-9838. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91224302

- Oiberman, A., Santos, M. S., Misic, M. I. (2011). Dispositivos de internación perinatales (DIP): Instrumentos en salud mental perinatal. Universidad de Buenos Aires. 58

- Oiberman, Alicia Juana; Mercado, Andrea (2012) Nacer, jugar y pensar: guía para acompañar el desarrollo del bebé desde su gestación hasta los 3 años; LugaR; 2012; 143.

- Oiberman, A. (Ed.) (2013). Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal. Editorial Lugar.

- Olaverry Rodríguez, R. (2018). El rol del psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal. [Tesis de grado, Universidad de la República]. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_mariana_olaverry_version_final_.pdf.

- Oviedo-Soto S., Urdaneta-Carruyo E., Parra-Falcón F. M., Marquina-Volcanes M. (2009, Septiembre Octubre). Duelo Materno por Muerte Perinatal. Revista Mexicana de Pediatría, Vol 76 (5). https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf 99

- Organización Mundial de la Salud (s.f). La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. https://www.who.int/es/about/governance/constitution.

- Rabow, M., McPhee, S. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer [Más allá de dar malas noticias: como ayudar a los pacientes que sufren]. The Western Journal of Medicine.

- Santos, M. S. y Oiberman, A. (2011). Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 59 http://www.aacademica.org/000-052/378

- Sanchez Vidal, A. (1991). Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención. Promociones y Publicaciones Universitarias.

- Stern, D. (1998) El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre. Paidós

- Villa González, I. C., Giraldo Vásquez, I. C., Ramírez Velásquez, M. A., Orozco Henao, G.,& Blanco Carmona, L. M. (2016). Vínculo prenatal: la importancia de los estilos 67 vinculares en el cuidado gestacional. Katharsis, (22), 267–303. https://doi.org/10.25057/25005731.822

Capítulo 17

"Familias trans: repensando las configuraciones familiares"

Natasha Fernandez Miranda-Julieta Ortega

"Todo puede ser tan hermoso, todo puede ser tan fértil, tan imprevisible, cuesta creer que sea obra de algún dios. El lenguaje es mío. Es mi derecho, me corresponde una parte de él. Vino a mí, yo no lo busqué, por lo tanto, es mío. Me lo heredó mi madre, lo despilfarró mi padre. Voy a destruirlo, a enfermarlo, a confundirlo, a incomodarlo, voy a desplazarlo y a hacerlo renacer tantas veces como sean necesarias, un renacimiento por cada cosa bien hecha en este mundo."

— ***Camila Sosa Villada, "Las malas"***

Resumen

El presente capítulo se propone llevar a cabo una revisión del estado del arte en torno a las producciones académicas y sociales que han abordado las experiencias del colectivo trans, con un énfasis particular en las denominadas *familias trans*. Estas últimas son comprendidas como aquellas configuraciones familiares en las que uno o varios de sus integrantes han atravesado un proceso de transición de género, lo que introduce transformaciones significativas en las dinámicas vinculares, en las formas de reconocimiento social y en la construcción de identidades colectivas.

Durante las últimas décadas, y de manera más acentuada en los últimos años, se ha registrado un crecimiento sostenido de investigaciones vinculadas a estas temáticas, provenientes de distintos campos de conocimiento. Desde los estudios de género y sexualidad, autoras como Judith Butler (1990, 2004) han problematizado la naturalización de las identidades sexuales y de género, cuestionando el carácter normativo de la matriz heterosexual. A su vez, trabajos como los de Susan Stryker (2008) y Sandy Stone (1991) han contribuido a consolidar los *trans studies* como un campo autónomo de producción crítica, visibilizando las experiencias trans y sus múltiples formas de agencia.

Estos marcos teóricos han tenido un fuerte impacto a nivel internacional, promoviendo un desplazamiento de las concepciones patologizantes de la transexualidad y el

transgénero, hacia enfoques que priorizan la despatologización, el reconocimiento de derechos y la pluralidad de experiencias vitales. Sin embargo, a nivel local, los estudios disponibles todavía son escasos, lo que genera la necesidad de recuperar, sistematizar y problematizar los aportes existentes.

Frente a este panorama, resulta pertinente y necesario realizar un recorrido crítico e histórico que recupere tanto las producciones académicas como las narrativas sociales y culturales que han configurado los debates en torno a la transexualidad, el transgénero y las familias trans. Este ejercicio no solo permitirá dar cuenta de las transformaciones conceptuales y políticas que han atravesado estas categorías, sino también visibilizar los vacíos y silencios que persisten en determinados contextos.

Introducción

¿Hasta dónde llega la heteronormatividad? ¿Existen normativas que acompañen el deseo de ser madres y padres en todas las personas? ¿Qué sucede con el deseo cuando se trata de una persona trans? ¿Por qué se habla de personas con capacidad de gestar? ¿Hay obstáculos? ¿Por qué hablamos de transparentalides? ¿Por qué familias diversas y no familias?. Estas preguntas han servido de brújula para comenzar a escribir el siguiente trabajo.

Debido a la dificultad que hemos encontrado al emprender la revisión bibliográfica relacionada con las familias trans, dentro de nuestras latitudes y dentro de nuestra Provincia particularmente, hemos querido hablar sobre estas realidades, que no han tenido voz durante muchos años y aún hoy siguen sin tener una visibilización.

La importancia de hablar de familias trans, permite visibilizar e instaurar nuevas realidades que permitan pensar no solo la diversidad en las subjetividades sino en las configuraciones familiares. Nombrar a las familias trans, concede la posibilidad de romper con la clásica idea de familia nuclear, cambiar el orden de lo establecido y permitir que se instituya un nuevo orden de significados. Siguiendo los conceptos de Ana María Fernandez (2007) en “Los imaginarios sociales y la producción de sentido”, el instituyente o el imaginario social efectivo es “aquel conjunto de significaciones que consolidan lo establecido, los universos de significaciones operan como organizadores de sentido

estableciendo líneas de demarcación de lo lícito y lo ilícito, consecuentemente mantiene a la sociedad unida". Teniendo en cuenta esto, las configuraciones familiares con mapaternidades trans rompe con la idea tradicional de familia, la cual clásicamente estaba conformada por madre, padre e hijos hetero cis, comportandose acorde a sus roles asignados socialmente, a partir de su sexo y su género otorgado al nacer.

En función de lo dicho anteriormente por Ana Maria Fernandez, consideramos pertinente entender que la tarea de deconstrucción comienza tanto a nivel familia como institución, como a nivel social, permitiendo una ruptura de lo socialmente establecido y de los imaginarios instaurados en la sociedad, en pos de habilitar y acompañar una vivencia genuina y un deseo de construir una familia, sin importar la identidad de género, orientación sexual o expresión de género.

Y al pensar en deconstrucción o ruptura de las representaciones sociales instauradas, ¿Cómo entendemos hoy en día al género?. Actualmente el género cuestiona lo permanente, lo instituido y se ha comenzado a concebir como un constante, donde la persona es quien percibe su propio género. Judith Butler (2006) define el género como "el mecanismo a través del cual se producen y se naturalizan las nociones de lo masculino y lo femenino, pero el género bien podría ser el aparato a través del cual dichos términos se deconstruyen y se desnaturalizan"

La Asociación Americana de Psicología (2002) indica: "El género hace referencia a los atributos, las actividades, las conductas y los roles establecidos socialmente que una sociedad en particular considera apropiados para niños y hombres, o niñas y mujeres. Estos influyen en la manera en que las personas actúan, interactúan y en cómo se sienten sobre sí mismas."

Podemos afirmar que el género es una construcción social, cultural y psicológica, propia de un momento sociohistórico determinado e inscrito bajo ciertas lógicas de poder y dominación que crean y reproducen subjetividades a la vez que se distribuyen inequitativamente los recursos entre ambos géneros.

En el caso de las personas trans, se han ejercido históricamente diversos mecanismos de control y prácticas basados en discursos religiosos, médicos y legales. La APA expresa: "El término transgénero incluye muchas identidades. La palabra transexual hace referencia a las personas cuya identidad de género es diferente de su sexo asignado".

Dentro de la medicina, durante mucho tiempo se consideró lo transgénero como una enfermedad, un trastorno dentro de la categorización del CIE y DSM, lo que llevaba a tomarlo como algo a modificar y curar. Estos discursos hegemónicos tal como menciona Foucault (2007) son propios de una lógica de poder en movimiento, que circula, como algo que se ejerce y que se replica bajo ciertos dispositivos que sostienen estigmas y violencias homofóbicas y transfóbicas hacia el colectivo a partir de su identidad de género, originando riesgos psicosociales, sufrimiento, violación de derechos humanos, obstáculos en el acceso a la educación, la salud y el trabajo, generando así un impacto negativo en la salud mental de las personas y en su calidad de vida quedando marginadxs e incluso teniendo efectos en su expectativa de vida, que ronda los 40 años aproximadamente. Así, mediante los discursos de dominación, se ha provocado que los cuerpos transgénero y transexuales queden desterrados de lo humano al no responder al orden binario que busca aniquilar las disidencias de género (Butler, 2006).

Paralelamente, se ha consolidado un colectivo dentro de la comunidad LGTBQ+ que ha sido signo de resistencia y lucha para acceder al ejercicio pleno de su ciudadanía, poniendo en discusión y debate distintos temas no solo en la agenda del Estado sino también socialmente, conquistando derechos que se han cristalizado posteriormente en políticas públicas, tal es el caso de la Ley de Identidad de Género (Ley 27.643) y la Ley de Matrimonio Igualitario (26.618).

La afirmación de género es el proceso a través del cual la identidad y expresión de género son socialmente reconocidas y afirmadas. En términos generales, las personas trans intentan adecuar su apariencia y su cuerpo a la identidad de género percibida. Se puede hablar en términos de transición social en relación a su nombre, vestimenta, formas de hablar y física, en relación a modificar su aspecto físico por medio de cirugías, procesos de hormonización, en muchos casos recurriendo a intervenciones sin supervisión debido al acceso limitado y falta de recursos y capacitación médica donde el trato no siempre es amigable.

¿Qué está sucediendo hoy en día con las familias y las configuraciones familiares?

La familia constituye una institución presente en todas las sociedades y se encuentra anclada en las diversas transformaciones económicas, sociales y culturales por las cuales se ve atravesada. Las familias son complejas y diversas, no existe una única forma legítima de

constituirlas ni de abordarlas. Esta diversidad exige enfoques inclusivos y flexibles por parte de las disciplinas y de las instituciones, que consideren las múltiples configuraciones familiares y los distintos modos de ejercicio de las parentalidades.

En los últimos años estos atravesamientos incluyen la división entre lo público y lo privado, cambios en las relaciones de parentesco, el patriarcado, nuevas formas de pensar las corporalidades, las prácticas sexuales, y la heteronormatividad puesta en jaque a partir de los diversos movimientos sociales y nuevas formas identitarias.

Existen diversas formas de ser y ejercer la maternidad y la paternidad. En los últimos años, ha emergido el concepto de funciones parentales, ya no hablamos de funciones materna y paterna sino de interdicción y sostén (Untoiglich, 2013), desvinculadas de los estereotipos de género, haciendo hincapié en el valor constitutivo de esos otrxs para el armado del psiquismo, el desarrollo y los procesos de subjetivación.

Asimismo, existe un pasaje de la familia tipo a diversos tipos de familia, donde el grupo familiar es heterogéneo, atravesado por múltiples coyunturas. Así, se reconoce que diferentes configuraciones responden a contextos específicos y a una diversidad de experiencias y necesidades.

Los procesos de transición de género atraviesan a la familia como institución. Estos nuevos emergentes pueden dar lugar a rupturas y continuidades en los modos de pensar las funciones y los parentescos. Existen numerosas formas de ser madre o padre, de ejercer las funciones. A esas formas de maternar o paternar, se suman los diversos procesos y trayectorias de cada persona. El deseo se encuentra tanto en personas transgénero como cisgénero.

En el caso de personas trans, puede tratarse de personas que luego de haber sido padres decidieron transicionar o personas que ya habiendo transicionado deciden materializar su deseo de ser madres y padres. Su derecho y elección de conformar una familia incluye la gestación y adopción desde su identidad de género, lográndose como conquistas a partir del deseo.

Así, el colectivo LGBTTIQ+ está contribuyendo activamente a la trans-formación del modelo heteronormativo, a través de la visibilización y la demanda de legitimación de ciertas realidades que, si bien existían previamente, permanecían ocultas. Si ya se habían dado los cambios sociales que permitieron desvincular la sexualidad de la reproducción y la reproducción de la sexualidad, la mayoría de las personas del colectivo LGBTTIQ+ han

profundizado esta ruptura al acceder a la parentalidad por vías alternativas al coito heterosexual. Se incide así en la idea de que ni la sexualidad ni la reproducción van a ser ni exclusivamente coitales ni heterosexuales.

En nuestro país, existen Redes de mapaternidades trans, que tienen por objetivos visibilizar sus experiencias y existencias. Estas organizaciones también desempeñan un rol activo en virtud de conquistar y ampliar derechos, por ejemplo en lo que concierne a las licencias por paternidad.

¿Qué normativas y políticas públicas en Argentina protegen los derechos de dichas familias?

Al pensar en el colectivo trans caben las preguntas ¿qué derechos lxs amparan? ¿Cuáles son vulnerados? Desde una mirada bioética, podemos plantear que no es lo mismo hablar de derechos a que estos derechos se pongan en práctica.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, lo que nos lleva a pensar si estos derechos son de libre ejercicio para las personas trans, si las condiciones para su ejercicio se encuentran facilitadas o hasta qué punto las legislaciones vigentes lxs incluyen. Históricamente, las personas trans han quedado excluidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Si en lo cotidiano observamos discursos y relatos en relación al embarazo, la gestación y el parto, no se incluye a las personas trans.

En la República Argentina, en las últimas décadas se han promulgado una serie de normativas que consideramos que interpelan a las identidades trans en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos, como también su bienestar físico, psicológico y emocional. Sostenemos que desarrollar políticas públicas que aseguren el ejercicio pleno de sus derechos y libertades en condiciones de igualdad es sumamente importante ya que forma parte de los derechos humanos.

Dentro de las normativas, podemos mencionar a nivel mundial los Principios de Yogyakarta que establecieron un conjunto de estándares mínimos fundamentales para que los Estados garanticen el cumplimiento de los derechos humanos de las personas LGTBIQ+. De igual forma, podemos considerar relevantes la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010), la Ley de derechos del paciente N° 26.529 (2012), la Ley de Reproducción Asistida N° 26.862 (2013). A su vez, podemos mencionar el Código Civil y Comercial.

Tanto la Ley de Matrimonio Igualitario, como la Ley de Identidad de Género y la Ley de Fertilización Asistida, permiten la visibilidad y normalización de nuevas configuraciones familiares, la posibilidad de que una persona pueda ser madre o padre de manera individual, es decir, formar una familia monoparental. Siguiendo a Claudio Godoy, "se reivindica el derecho a tener hijos prescindiendo del modelo patriarcal heterosexual" (2024, p.63).

La Ley N° 26.862 de Acceso Integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida establece que si una persona es mayor de edad tiene derecho a acceder de manera gratuita a diversos tratamientos para lograr un embarazo, independientemente de cuál sea su orientación sexual, identidad, expresión de género o estado civil.

Asimismo, la Ley de identidad de género no vincula necesariamente la identidad de género a una modificación corporal, lo que determina que esto sea una decisión caso a caso y que no implique una renuncia a sus capacidades reproductivas. En consecuencia, las personas que no se inscriben dentro de la lógica binaria de género también poseen capacidades reproductivas y corresponde al Estado garantizar políticas públicas de cuidado que reconozcan y contemplen sus necesidades, evitando su invisibilización y tomando su deseo como motor para nuevas posibilidades.

En vinculación con la Ley Nº 26.862 de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida, se establece que tienen derecho a las prestaciones de reproducción médicamente asistida todas las personas, mayores de edad, sin discriminación o exclusión de acuerdo a su orientación sexual o estado civil. Y estas prácticas se incorporarán como prestaciones obligatorias por el sector público de la salud, las obras sociales y otras entidades de la seguridad social. Siguiendo las palabras de María Magdalena Novatti (2023), "Ya sea sirviéndose de tratamientos de baja o alta complejidad, con gametos propios o donados, en el entrecruzamiento entre las dimensiones médica, jurídica y subjetiva, propiciado por las biotecnologías, se encuentran las coordenadas que dan lugar al nacimiento de nuevos sujetos en el marco de las (no tan) nuevas configuraciones familiares"

El deseo de maternar, paternar o gestar no pertenece exclusivamente a identidades cisgénero, todas las personas tienen derecho a decidir sobre su proyecto de vida, incluyendo la posibilidad de tener hijxs.

¿Qué pasa con el acceso al sistema de salud de las identidades trans en Argentina?

Posicionándonos desde una perspectiva de salud integral, todas las personas tienen derecho a una atención de calidad en relación a sus necesidades físicas y mentales. Esta atención debe procurar la autonomía, tanto en la toma de decisiones como en las distintas prácticas que se lleven a cabo. Para que puedan decidir autónomamente es menester que cuenten con toda la información, de forma clara, explícita y adecuada a sus particularidades. Sin embargo, a pesar de los avances en materia de derechos, en muchas ocasiones éstos no garantizan que se vean reflejados a nivel institucional o en el ejercicio profesional. Tal es el caso en variadas oportunidades del colectivo LGBTTIQ+.

El sistema sanitario se ha enmarcado en una lógica hegemónica, patriarcal y binaria dónde la escasa formación de profesionales produce efectos de vulnerabilidad y precariedad junto a prácticas y discursos que ocasionan barreras en el acceso de salud y pleno ejercicio de derechos. Históricamente el acceso a la salud se ha visto obstaculizado por discursos y prácticas estigmatizantes y discriminantes, los que no solo han limitado el acceso a servicios médicos adecuados, sino que también han contribuido a la exclusión social del colectivo.

Si pensamos asimismo dentro del sistema de salud en la gestación y en el proceso de embarazo, es importante comenzar a repensar y transformar el lenguaje. Socialmente y dentro de la atención médica se habla de “maternidad”, un término politizado y estereotipado ¿Qué sucede si quien está gestando no es una mujer? ¿Es otro tipo de embarazo? ¿Hay un nacimiento distinto?

En realidad, el embarazo (como tantos otros procesos) está atravesado por el género y sería relevante separarlo de la feminidad desde una lógica no heteronormativa, no solo desde un cuerpo de mujer. Esto posibilitaria que las personas que están atravesando un embarazo sean alojadas dentro de las prácticas e instituciones médicas. Es por esto que en muchas oportunidades se las nombra “personas con capacidad de gestar”, “personas gestantes”.

¿Por qué es importante visibilizar estas vivencias?

Históricamente la población trans ha sido centro de discriminación y marginalización, han sido llamadas perversas, con instinto sexual contrario (Krafft-Ebing, 1965), intermedios sexuales, hermafroditas, entre otros. La patologización fue y sigue siendo la herramienta de control social por excelencia que utilizan los profesionales de la salud para apoyar la exclusión social (Fernández, 2004), no solo de dichas identidades, sino de sus familias

también. La exclusión social intencionalmente dirigida a estas familias, produce daños irreparables en las vidas de estas personas, porque se ven impedimentos en el ejercicio de sus derechos, se les obstaculiza o niega el derecho a la salud, a la educación, a un trato digno, a un trabajo, a una vivienda digna. Y ¿en qué desembocan estos rechazos al acceso a sus derechos? En condiciones de vida indignas, en estigmatización, en trabajos informales, en prostitución, y en una esperanza de vida que no supera los 35 años.

Las categorías en relación al género y a lo concerniente a la vida familiar han sido construidas desde una lógica cisgenero, dando lugar a diferentes tensiones entre lo instituido y lo instituyente. Aquello que quedaba por fuera era apartado y patologizado, desde el lenguaje hasta la exclusión de ciertas prácticas y espacios.

Se inició hace unos años sin embargo, debido al movimiento y lucha del colectivo, un proceso y pedido de reparación histórica por los daños durante la dictadura militar y los primeros años de democracia. En estos periodos se evidenció violencia policial, sexual, institucional. Organizaciones tales como Amnistia Internacional, Asociación Mundo Igualitario (AMI), Fundación Huesped, Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), la Federación Argentina LGBT (FALGBT), la Comunidad Homosexual Argentina (CHA), la Escuela Secundaria La Mocha Celis, entre otras, son las instituciones que actualmente visibilizan la lucha.

Desde la psicología, reconocer diferentes configuraciones y modos de construir una familia resulta relevante para poder acercarnos a las subjetividades propias de esta época. Sostenemos que la salud mental perinatal debe incluir un enfoque respetuoso y ético hacia las diversas identidades de género, orientaciones sexuales y formas de familias. Es nuestro deber como profesionales de la salud, asumir esta dimensión política, tanto del campo de la investigación como de la práctica profesional, entender lo político como el campo de lucha en el que se expresan los conflictos de clase (Chantal Mouffe, 2007). A su vez, entender que cuidar es político, como dicen Marañon y Cirizia (2024) “cuidar es político porque también implica una lucha por la justicia y la equidad”.

A modo de conclusión

Creemos necesario que las prácticas en salud se construyan desde un enfoque que abogue por la diversidad y promoción de derechos, el trato digno y el respeto por todas las identidades, evitando acciones y discursos que tiendan a la patologización y exclusión de los

distintos colectivos. Paralelamente se requiere que los profesionales y trabajadores de la salud estén formados para dar cuenta de las particularidades e implicancias del colectivo. El acceso efectivo a información y derechos debe ser una obligación del Estado y del sistema de salud.

Resulta importante adoptar una mirada interseccional, que ponga en diálogo los múltiples factores que se entrelazan, como el género, la salud, la cultura, lo económico y político en el acceso a la salud. Es imprescindible además que todo proceso respete la confidencialidad y la autonomía de las personas, tomándolas como protagonistas y como participantes activos, reconociendo y valorando sus saberes, experiencias y sentires.

Asimismo, resulta imprescindible que cada proceso de atención y acompañamiento se fundamente en el respeto por la autonomía y la confidencialidad de las personas, reconociéndolas como sujetos activos de derechos, con saberes y experiencias propias que deben ser valorados en la práctica clínica y en la definición de políticas públicas. En particular, en los procesos de transición de género, las decisiones vinculadas al acceso a tratamientos hormonales o quirúrgicos deben sustentarse en la provisión de información clara, completa y accesible, contemplando no sólo los aspectos médicos, sino también los proyectos de vida, los deseos y expectativas de cada persona (Butler, 2006). La construcción de una familia, por ejemplo, constituye un derecho que debe ser acompañado y garantizado, asegurando que los procesos de atención se desarrollen en condiciones dignas y con el mayor respaldo institucional posible.

En síntesis, garantizar una atención en salud que respete la diversidad, promueva los derechos humanos y acompañe los proyectos de vida de las personas trans y sus familias no constituye únicamente una cuestión ética o de buena práctica profesional: se trata de una obligación institucional, política y social. En tanto derecho humano fundamental, el acceso a la salud requiere del compromiso sostenido de los Estados, de los sistemas sanitarios y de la sociedad en su conjunto, a fin de consolidar prácticas inclusivas, libres de discriminación y orientadas al reconocimiento pleno de las identidades y a la promoción del bienestar integral de todas las personas.

Bibliografía

1. Butler, J. (2006). El género en disputa y la cuestión de la supervivencia. En P. Soley-Beltrán (Trad.), *Deshacer el género* (pp. 293-310). Paidós.

2. Mouffe, C. (2007). En torno a lo político. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
3. Fernández, A. M. (2007). Los imaginarios sociales y la producción de sentido. En Los imaginarios sociales: poderes, temporalidades y deseos (Cap. 2).
4. Fernández, J (2004). Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género. Buenos Aires: Edhasa.
5. Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)* (M. Á. Rendueles, Trad.). Akal.
6. Gaitán, L. (2006). La nueva sociología de la infancia: Aportaciones de una mirada distinta. Política y Sociedad ,Vol. 43, Núm. 1, p. 9-26.
7. Godoy, C. (2018). Montajes familiares: síntoma, ficción y real. Compilado, "Cuerpos y familias transformados por las técnicas de reproducción asistida", (1) p. 61-64. Letra Viva.
8. Krafft-Ebing, R. von. (1965). *Psychopathia sexualis* (F. J. Rebman, Trans.). Bloch Publishing. (Trabajo original publicado en 1886).
9. Ley de derechos del paciente, Ley N°26.529 (2009).
10. Ley de Reproducción Asistida, Ley N° 26.862 (2013).
11. Ley de Identidad de Género, Ley N° 26.743 (2010).
12. Ley de Matrimonio Igualitario N° 26.618 (2010).
13. Ley de Salud Mental, Ley N° 26.657 (2010).
14. Marañon, S; Cirizia, L. (2024). Transmaternar: Un amor respetado. Revista Preparándote a nacer entre palabras "Cuidar es político", (4), p. 1.
15. Novatti, Magdalena María (2023). La comunidad trans y las TRHA o la paradoja de los mercados reproductivos. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
16. Untoiglich,G. (2013) Una escuela que aloje la diversidad. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación, p. 213-232. Bs As: NOVEDUC.

Capítulo 18

Un lugar para duelar

Florencia Lopez -María Paz Cardoso-Erica Macaya

"La psicología perinatal recupera un espacio perdido: el de la palabra en el nacimiento" (Oiberman, 2023)

Resumen

Este capítulo se basa en la tesis de pregrado para la licenciatura en psicología de la UNMDP realizada por Erica Macaya, Florencia López y María Paz Cardozo, cuyo objetivo fué analizar las vivencias de los varones-padres en el duelo perinatal, explorando significados atribuídos, redes de apoyo, estereotipos de género y dispositivos de acompañamiento. La investigación realizada es cualitativa con un diseño narrativo. Incluye entrevistas a 3 varones de la provincia de Buenos Aires. El interrogante que abre a la investigación refiere a la existencia o no de un lugar donde el varón padre pueda duelar; se indaga respecto a cómo los estereotipos de género podrían influir en el atravesamiento del duelo del varón-padre y cómo es su abordaje desde los dispositivos de salud. Por último, se destaca la importancia de integrar cuidados paliativos perinatales y fomentar la formación profesional para un abordaje respetuoso e integral del duelo perinatal.

Introducción

¿Existe un lugar para duelar orientado al varón-padre en el duelo perinatal? Este interrogante dió inicio a la investigación, enmarcada en el Trabajo de investigación final de pregrado de la licenciatura de psicología de la UNMDP. El mismo tuvo como objetivo general analizar las vivencias transitadas por varones-padres ante un duelo perinatal/gestacional. Intentar dar respuesta a este interrogante resulta complejo, debido a que interpela de forma estructural los modos en que la cultura, el sistema de salud y los

dispositivos de cuidado han invisibilizado la experiencia emocional del varón ante una pérdida perinatal.

La metodología que orientó este estudio se basa en un enfoque cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. Para ello se llevaron a cabo entrevistas en profundidad, bajo el formato de "historia de vida", a varones-padres que han atravesado una pérdida perinatal en los últimos 10 años, con el propósito de dar cuenta de sus vivencias. Se indagó acerca de los significados atribuidos, se reconocieron las redes de apoyo que sostuvieron su atravesamiento, se exploró de qué manera los estereotipos de género influyeron en su experiencia y se examinó si contaron (o no) con acompañamiento desde los dispositivos de salud.

Este estudio pretende a partir de sus resultados problematizar el lugar otorgado al varón en el duelo perinatal, abriendo la posibilidad de pensar en el desarrollo de dispositivos que lo integren como un protagonista más en su atravesamiento.

Desarrollo

El duelo perinatal en el varón-padre ¿Un duelo invisibilizado?

Para poder dar cuenta del lugar que se le otorga al varón-padre ante un duelo perinatal, se vuelve necesario recurrir a ciertos conceptos claves que enmarcan este análisis, entre ellos: duelo, duelo perinatal, paternidad y paternaje, estereotipos de género y vivencias.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Freud (1917) en "Duelo y melancolía" define al *duelo* como "la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.", el autor considera que ese proceso, que supone una pérdida de interés hacia el mundo exterior, no puede considerarse como patológico, sino que es un proceso necesario para poder aceptar y adaptarse a dicha pérdida.

Otro autor que se inscribe dentro del modelo psicodinámico, y que ha tomado como punto de partida el ensayo de Freud sobre Duelo y Melancolía es Bowlby (1993), quien define el duelo como "todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado".

Este modelo hace énfasis en el mundo intrapsíquico de quien atraviesa el duelo, haciendo hincapié en la percepción subjetiva de la persona, dependiendo el proceso de duelo de las interpretaciones que el sujeto realice de la situación.

Por su parte, Lacan, en el Seminario 6 El deseo y su interpretación (1958-1959) introduce el concepto de función del duelo, dirá que hay que pasar por la vía del duelo para situarse con relación al objeto del deseo, articulando así, duelo y deseo. Dicho autor postula que "el duelo produce un agujero en lo real, que desordena el orden simbólico, produciendo un quiebre en la estructura del sujeto".

Otros autores hacen hincapié en la dimensión sociocultural como factor condicionante del proceso del duelo, comentan que "la universalidad de la pérdida no impide que las vivencias sean únicas a nivel personal, intersubjetivo e intercultural". Además, agregan que "el duelo representa una experiencia única, que cada persona afrontará de forma particular con sus propios recursos y que produce un sufrimiento psicológico. Se asienta en una biografía y personalidad previas y se produce en unas circunstancias determinadas y en un momento social y cultural que condicionan el proceso y su expresión ". Lopez Fuentetaja, A y Villaverde, O. 2018).

En cuanto al *duelo perinatal,* la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define cómo aquel que se produce entre la semana número veintidós de gestación y los primeros siete días de vida después del nacimiento. Sin embargo, otras definiciones amplían este período. Como se menciona en "Un secreto dentro de un misterio" (2011), el duelo perinatal abarca el período desde la concepción hasta el primer año de vida, por lo que se consideran pérdidas perinatales situaciones como un embarazo ectópico, un aborto espontáneo o provocado, un feto fallecido antes o durante el parto, la muerte de un bebé prematuro o de un recién nacido, así como también los nacimientos con malformaciones congénitas y los hijos entregados en adopción.

En este sentido, el concepto de pérdida gestacional supera el propuesto por la OMS para la pérdida perinatal. Esta definición, que parte de un enfoque biomédico, deja por fuera deseos, expectativas, proyecciones que otorgan a ese hijo un lugar simbólico, incluso mucho antes de ser concebido.

Como postula Brier, N. (2008), el duelo perinatal se distingue de otros por la proximidad entre el nacimiento y la muerte y lo inesperado del suceso. A su vez, se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en expectativas, necesidades y deseos de las personas gestantes. Es por esto que el duelo perinatal se enmarca dentro de la categoría de duelo desautorizado, al tratarse de una pérdida que no es reconocida ni validada socialmente, en muchos casos es vivida en soledad. Sin embargo, tal como se menciona en "Sobre el dolor y el duelo que no tiene nombre" (Coria, M. 2023) "la vivencia de pérdida de un hijo no requiere tiempo de gestación, para ser validado. Siempre se siente devastador".

Tal como plantean Pasquali y Marañón (2022), el duelo perinatal se trata de un duelo repentino, difícil de comprender, inadmisible e incluso injustificado, la pérdida de un feto afecta de manera intensa a la subjetividad por la coexistencia de la vida y la muerte, donde lo que estaba destinado a nacer, finalmente fallece.

En el caso del duelo perinatal en el varón-padre, algo que se destaca dentro de la bibliografía latinoamericana hallada es la escasez de investigaciones y artículos referida al duelo perinatal en el varón. Entre los estudios recabados podemos mencionar el artículo "*Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio*" de López García de Madinabeitia, A. (2010) con relación a cómo afecta la muerte perinatal al varón-padre, menciona que:

> "El padre se pregunta por el motivo de lo ocurrido, cómo consolar a su pareja y si podrán tener otro hijo en el futuro. Su reacción viene dictada por las responsabilidades que debe asumir. Se espera que apoye a la madre física y emocionalmente, al tiempo que es quien debe informar de lo sucedido a familia y amigos y preparar el entierro del bebé. En el varón es común un sentimiento de desbordamiento por la pena de su esposa, que se impone a la expresión del duelo propio. Más enfadado que culpabilizado, dirige su rabia hacia el personal sanitario, se vuelca en su trabajo, en la hiperactividad y en los cambios en sus rutinas, y siente su pena en secreto y en solitario. Cuando se repara en él es para preguntarle por su pareja, como si fuera un mero acompañante. Se siente incómodo cuando se le pregunta por sus sentimientos y evita confrontaciones que evidencien sus emociones. No busca ayuda aunque la necesite y sepa que debe confiar su pena a alguien, preferiblemente otro varón"

Otro artículo, denominado *"El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica"* (Cecilia Mota González, et al, 2018), refiere a cómo en la actualidad, debido a cambios en las configuraciones familiares y en los modelos de comportamiento paterno relacionado con el embarazo, parto y crianza, la muerte de un hijo en la etapa perinatal constituye para el varón-padre un evento traumático, con grandes consecuencias psicosociales, siendo, sin embargo, vivido en silencio por la mayoría de los hombres que lo experimentan.

En *"Una mirada ecosistémica sobre el proceso de duelo perinatal en varones"* (Lima Pinasco F; Farías Rodríguez, M. 2024) se plantea que la muerte perinatal, a pesar de ser muy

frecuente y del gran impacto que conlleva para la familia, no suele ser reconocida como "la muerte de un bebé", siendo una pérdida que se duela en soledad. En el caso del varón-padre, se observa una falta de empatía en cuanto al dolor que conlleva para éste la pérdida, ya que, desde la cultura patriarcal, el concepto de paternidad ha estado asociado históricamente a la capacidad de embarazar y proveer económicamente a su familia. Es por ello que, frente a la pérdida, el varón asume el rol de contener a la mujer quedando relegada su propia experiencia corporal y emocional, no permitiéndose transitar este proceso y vivir su duelo.

Si bien este tipo de pérdida es poco reconocida socialmente, aún lo es más en el caso de los varones padres, que en palabras de Mota González (2023) generalmente la viven en silencio. Otro concepto que nos permiten una mejor comprensión del atravesamiento del duelo perinatal en el varón- padre son el de paternidad y paternaje, aunque ambos conceptos suelen usarse como sinónimos, se vuelve necesario distinguirlos. En primera instancia cabe mencionar que el concepto de *paternidad*, se ha ido modificando a través del tiempo y con él, los modos en que los varones participan del embarazo, parto y crianza. Según Alicia Oiberman (2022) el rol del padre ha ido transformándose históricamente. Tradicionalmente la figura paterna se circunscribe alrededor de una tarea social y económica, relegando las tareas de cuidado, crianza y educación a la madre, pero la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y los consecuentes cambios en las configuraciones familiares, fueron produciendo un deslizamiento de la figura del padre como participante activo del proceso de gestación. Es por esto y otras vicisitudes que la paternidad fue modificándose según el contexto histórico, cultural, económico, los imaginarios sociales, y las propias experiencias de los varones como padres y como hijos. En cuanto al término *paternaje* Alicia Oiberman (2022), hace referencia a aquellos procesos psicoafectivos que se despliegan con la llegada de un hijo, estos pueden reflejarse en las acciones tendientes a la protección nutrición y crianza de los hijos, por parte de los adultos que asumen esta función. De este modo, el concepto de paternaje "conjuga la idea de ser padre con el despliegue de una adecuada actitud de crianza" (Oiberman & Mercado, 2007).

Retomando la noción de paternidad, se refleja que los modos de ejercerla se encuentran atravesados por estereotipos de género, por lo que se vuelve necesario tener presentes algunas aproximaciones conceptuales para comprender los cambios que se fueron gestando en las paternidades a lo largo de los años.Moya y De Lemus (2004) definen género como creencias de los roles y responsabilidades apropiadas para varones y mujeres y la relación que se establece entre ellos. Estas creencias, responsabilidades asignadas para cada género son el resultado de construcciones sociohistóricas que responden a valores e ideales de una época

determinada. La ley 26150 (2006) establece que "se entiende por estereotipo de género a esas representaciones simplificadas, incompletas y generalizadas que se realizan teniendo como base el sexo biológico".

Alrededor de estas características o etiquetas, que se utilizan para designar los diferentes roles de género, se generan ciertas expectativas que actúan como normas prescribiendo los comportamientos esperables para cada sexo (Deux & La France, 1998). En este sentido, puede pensarse que las vivencias de los varones padres se encuentran atravesadas y condicionadas por estereotipos de género, con las expectativas que se desprenden de éstos, lo que de una u otra manera parece complejizar su atravesamiento.

Por último, para poder dar cuenta de las vivencias de duelo en los entrevistados, se ha tomado la categoría de *vivencia* que aporta Vygotsky. La misma permite integrar emociones, percepciones y pensamientos en una nueva unidad de análisis, vinculando al sujeto con la situación, la historia y el contexto. En esta línea, la vivencia debe ser estudiada desde la perspectiva del propio protagonista, siendo la percepción del mismo la que le confiere significado y sentido.

Esta categoría permite analizar las experiencias de duelo perinatal de los varones-padres considerando que cada uno, refracta a manera de un *prisma* "sus sentires y pensares" configurando un modo singular de atravesar dicha vivencia.

Investigaciones sobre el tema, (Badenhorst 2007) muestran que los hombres durante el proceso de duelo tienden a controlar la expresión de sus emociones intelectualizando su duelo, lo que los lleva a involucrarse rápidamente en actividades que los mantengan fuera de casa (actividades laborales, reuniones con amigos e incluso conductas adictivas). Sin embargo, en el ámbito privado es común que experimenten sentimientos de preocupación por la pena de su pareja, la cual se impone a la expresión del duelo propio.

Como lo menciona López García (2011) al igual que para sus parejas, para estos hombres la tarea de criar a su hijo queda incompleta dejando en ellos la sensación de fracaso y culpa en su papel de padres.

En otros estudios encontrados, como los de Benedek (1983), se señala que madres y padres elaboran representaciones tempranas del hijo desde el inicio del embarazo, integrando percepciones, fantasías y experiencias de apego. Todo esto invita a revisar la pregunta por el lugar del padre en contextos contemporáneos caracterizados por nuevas configuraciones familiares y roles menos rígidos.

Por tanto, ampliar el conocimiento de la vivencia del duelo perinatal en los varones, se vuelve necesario para una mayor comprensión de este evento y sobre todo en función de pensar en posibles líneas de intervención que integren al varón como otro protagonista del duelo, apuntando a un abordaje equitativo y humanizado.

Lo nombrado y lo silenciado: tramas en el duelo perinatal del varón-padre

Para abordar las conclusiones se vuelve necesario retomar los objetivos que guiaron la investigación. Los cuales remiten a analizar las vivencias que han transitado los varones-padres ante un duelo perinatal/gestacional y recuperar el interrogante del que se desprende dicho objetivo *¿Existe un lugar para duelar para el varón -padre en el duelo perinatal?*.

El análisis del material obtenido, a partir de las entrevistas realizadas y en articulación con el material bibliográfico consultado, permite arribar a una serie de conclusiones, que se organizan en función de los objetivos específicos del TIF. Cabe mencionar que, si bien la muestra no es significativa en términos de representatividad poblacional, el abordaje permitió identificar regularidades y matices relevantes dentro del grupo estudiado.

El primer objetivo de esta investigación intenta indagar los significados atribuidos a las vivencias del duelo perinatal del varón-padre. Para esto partimos de las conceptualizaciones de Vigotsky (1996) sobre la categoría de vivencia, la cual posibilita integrar emociones, percepciones y pensamientos en una nueva unidad de análisis, vinculando al sujeto con la situación, la historia y el contexto desde la perspectiva del propio protagonista. En este sentido, el análisis se realiza desde el sujeto mismo, abarcando tanto elementos cognitivos como emocionales, siendo la percepción de los propios sujetos la que confiere significado y da sentido. Partiendo de la información recabada en las entrevistas realizadas a los tres participantes, se encuentra que relatan su vivencia de duelo como una situación sumamente disruptiva en su trayectoria vital, donde se entrecruzan el nacimiento y el fallecimiento, la belleza de un hijo y el dolor de la muerte, la ilusión de la llegada de un hijo y la tristeza de la pérdida.

En los dichos de los entrevistados pudo verse reflejada la incidencia de lo traumático en el duelo perinatal y cómo este hecho no deseado ni esperado, impactó de manera desestructurante en los protagonistas en sus proyectos, aspiraciones, deseos, que hasta entonces se mantenían en curso. Siguiendo estos lineamientos se observa como la muerte perinatal se presenta como un acontecer que irrumpe inesperadamente generando un devenir de emociones con efectos en la subjetividad de quienes lo atraviesan, como irrupción de un

real que no encuentra amarre simbólico donde tramitar semejante catástrofe. Algunas de las palabras utilizadas para describir su vivencia fueron “tragedia” “catástrofe” “horror”.

A su vez, dicho acontecimiento podría relacionarse con el concepto propuesto por Carballeda de *ruptura biográfica* que hace alusión a aquellos eventos que interrumpen bruscamente la trayectoria vital, provocando una crisis en la identidad, proyectos y sentido de la vida, dichas situaciones pueden llevar a una profunda transformación personal ya que implican reevaluar su identidad, creencias, valores, y encontrar nuevos sentidos. Estos eventos, pueden implicar un profundo dolor, sensaciones de incertidumbre y confusión. Pero también pueden ser oportunidades para transformarse de manera profunda y significativa (Carballeda, A. 2023). Los entrevistados refieren haber vivido un antes y un después en sus trayectorias vitales, y transformaciones profundas en diversas dimensiones de su vida, reflejando las huellas de un antes y un después en sus vidas, provocando crisis en la identidad, transformaciones personales, y construcción de nuevos sentidos.

Uno de los interrogantes que plantea Perdomo, T (2019) ¿Se es padre/madre cuando se trata de un bebé que no completó su nacimiento y desarrollo?, esto puede pensarse desde el concepto de “gestación psíquica”, el cual hace referencia a un proceso donde el niño comienza a ser imaginado y simbolizado por sus padres incluso antes de nacer. Esto se ve reflejado en los discursos de los entrevistados que manifiestan que el embarazo era parte de un proyecto, del deseo de formar una familia, vivenciando el embarazo como co-gestante. Dando cuenta de que la gestación va más allá de una cuestión biológica.

En palabras de Maldonado-Durán (2011) “Durante el período de gestación los futuros padres tienen el trabajo psicológico de “volverse” padres y tendrán que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida”. Este proceso que transitan las personas gestantes conlleva el registro psíquico de la presencia del bebé. Esto puede enlazarse a la noción de *paternaje* propuesta por Oiberman & Mercado (2007) el cual refiere a aquellos procesos psicoafectivos que, con la llegada de un niño a la familia, pueden producirse. Estos pueden reflejarse en todas las acciones tendientes a la protección, nutrición y crianza de los hijos, por parte de los adultos que asumen esta función. De este modo, el concepto de paternaje, conjuga la idea de ser padre con el despliegue de una adecuada actitud de crianza. En este sentido, la paternalización se entiende como “el proceso psicoafectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a

concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos, jugando un importante y único rol en el desarrollo, distinto del de la madre" (Oiberman, A. 1998). El análisis de las vivencias compartidas por los entrevistados permite dar cuenta de experiencias de duelo profundamente atravesadas por lo disruptivo, lo silenciado y lo traumático que irrumpe de manera inesperada en la trayectoria vital, generando una ruptura biográfica marcada por un antes y un después. La coexistencia de vida y muerte en un mismo acontecimiento produce una desestructuración subjetiva que afecta proyectos, expectativas e identidad, lo cual dificulta la posibilidad de hallar un sostén simbólico para tramitar la pérdida. No obstante, esta vivencia, además de situarse como acontecimiento catastrófico, habilita procesos de transformación y resignificación que atraviesan dimensiones personales, sociales y espirituales, configurándose como oportunidades de reelaboración identitaria. Los relatos muestran que, aun en la ausencia física del hijo, la paternidad se constituye en el plano psíquico a través de la gestación simbólica y los procesos de paternalización, confirmando que el ser padre se inicia antes del nacimiento y se sostiene en la implicación afectiva y en el deseo de los progenitores.

Otro de los objetivos de esta investigación tuvo como propósito describir las redes de apoyo disponibles durante el duelo perinatal en el varón-padre. En sus relatos los entrevistados dieron cuenta de que contaron con una red de apoyo, aunque divergen en cómo estas estuvieron conformadas (familia, amigos,compañeros de trabajo,etc.)

Otras de las recurrencias que puede destacarse es que los tres entrevistados encuentran otros recursos alternativos de sostén para sobrellevar su duelo, si bien hay coincidencia en la búsqueda de otros recursos, divergen en cuáles fueron (escritura, acompañamiento psicológico, religión, trabajo, psicofármacos, etc). Se encuentra a su vez, otra recurrencia respecto a la búsqueda de ayuda profesional y la dificultad en el acompañamiento de los vínculos cercanos como la familia y los amigos. Asimismo, el recurso de fármacos de manera inmediata es algo que se destaca en los tres entrevistados.

Otro punto de coincidencia entre los tres entrevistados, es que en ninguno de los casos han recibido información clara sobre los procedimientos médicos y administrativos, tampoco las respuestas profesionales intervinientes reflejan haber sido las adecuadas ante la situación, por lo tanto, los tres concuerdan en no haberse sentidos acompañados por las instituciones de salud, visualizandose de este modo la ausencia de protocolos ante una pérdida pérdida perinatal. Los tres relatos previamente mencionados dan cuenta de la ausencia de una

respuesta profesional pertinente para la situación, de este modo convergen en un mismo sentido, a saber, la violencia institucional. La misma, en el ámbito de la salud, refiere a determinadas acciones u omisiones que vulneran los derechos humanos, dañando la salud física, mental o social de las personas. (Busso, M. 2022). Dentro del marco legal que regula el ejercicio de los profesionales en la salud, se encuentra la Ley de derechos del paciente 26529/09 que establece que los profesionales de la salud son los sujetos obligados a respetar, a hacer respetar y promocionar los derechos del paciente, entre estos, el derecho a la autonomía, a la asistencia médica, al trato digno y respetuoso, confidencialidad, información sanitaria. En los tres casos, se ve reflejado que no han recibido la información sanitaria necesaria para la toma de decisiones autónoma, en corresponsabilidad con los médicos tratantes.

De modo concurrente, en los tres casos se evidencia la ausencia de acompañamiento institucional por parte de los equipos de salud, lo que en primera instancia dificulta el proceso de duelo de quienes son sus protagonistas, produciendo una vulneración de derechos básicos, como el derecho a recibir un trato digno y humanizado, derecho a la autonomía y al acceso de información sanitaria, entre otros. Lo antedicho, pone de manifiesto la insistencia y vigencia de prácticas propias del modelo médico hegemónico, donde predomina la mirada biologicista, individualista, pragmatista, diluyendo así la corresponsabilidad en la atención en el trinomio profesional-paciente-familia. En consonancia con esto, resulta necesario tener presente estas cuestiones, con miras al fortalecimiento de la formación profesional de los efectores de salud para poder garantizar de ese modo, un abordaje integral, interdisciplinario, respetuoso y humanizado que reconozca al varón-padre como sujeto de derecho y protagonista de su vivencia del duelo perinatal.

Otro eje de análisis de la investigación tuvo como objetivo explorar cómo inciden los estereotipos de género en el atravesamiento del duelo perinatal en el varón padre. En los relatos de los entrevistados, pudo verse reflejado como las expectativas sociales que se desprenden de los estereotipos de género condicionaron de alguna manera sus vivencias de duelo, señalando lo que se esperaba de ellos en ese momento, ubicándolos en un rol de cuidadores, de sostén, de soporte, dejando al margen su experiencia emocional y transitando su duelo muchas en silencio y en soledad.

En esta misma línea, los tres entrevistados coinciden en el costo subjetivo que implica no poder cumplir con dichas expectativas sociales, por ejemplo a la hora de tener que dejar de lado sus emociones, relegando su duelo por no hallar un lugar que habite su proceso.
Si bien este tipo de pérdida es poco reconocida socialmente, parece serlo aún menos en el caso de los varones padres, que en palabras de Mota González (2023) generalmente la viven en silencio, un proceso de duelo atravesado por normas sociales implícitas que determinan, por ejemplo, quién puede y debe hacer el duelo, cómo lo debe hacer y durante cuánto tiempo. Aunque la muestra utilizada en las entrevistas no es representativa, el análisis realizado permite pensar que los estereotipos de género condicionan de manera significativa el atravesamiento del duelo perinatal en los varones padres, imponiéndoles mandatos que invisibilizan su propio dolor.

En consonancia con lo anterior, el último objetivo permite averiguar si existen dispositivos de acompañamiento para varones padres en duelo perinatal. En las entrevistas, se refleja que no se les ofrecieron, ni fueron informados de dispositivos de acompañamiento dirigidos a personas gestantes, y menos aún dirigidos a varones padres en situación de duelo perinatal dentro del ámbito clínico. Los tres entrevistados coinciden en señalar la ausencia de información, orientación y contención por parte de los médicos, así como la falta de referencia a grupos o programas específicos que contemplen su participación. Estos relatos manifiestan cierto desamparo institucional, lo que refleja una forma de invisibilización de los sentires del varón padre en el proceso del duelo. En consecuencia, se vislumbra una limitación en la respuesta del sistema de salud frente a las necesidades emocionales y vinculares de los varones padres, lo que plantea la necesidad de revisar y ampliar las estrategias de acompañamiento en este contexto.

Desde el marco legal, hacia fines del 2023, y luego de muchos años de lucha, fué sancionada y publicada la ley 27733 que establece los procedimientos médico asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal, la misma contempla el sufrimiento muchas veces subestimando e invisibilizando que vivencian las familias que atraviesan una pérdida de éstas características, ubicando al Estado como garante de la puesta en marcha de los procedimientos y protocolos que apunten al cuidado y acompañamiento de dichas familias. Si bien esta Ley de procedimientos ha sido sancionada el 28 de septiembre del año 2023 y publicada en el boletín nacional el 12 de octubre de ese mismo año, al día de hoy no cuenta con su reglamentación, lo que implica la ausencia de recursos y protocolos

estandarizados, dificultando su aplicación; sin embargo, esto no impediría poner en práctica protocolos que garanticen los derechos que la ley establece.

Si bien las leyes mencionadas reflejan avances en los derechos de las personas gestantes, aún queda una brecha marcada entre la legislación y legitimidad de las prácticas efectivas. En función de lo anterior, es pertinente mencionar la importancia que los cuidados paliativos tienen en casos de duelo perinatal. En palabras de Aguilar, E et al. (2019) estos cuidados implican un enfoque integral dirigido a la atención y el apoyo durante la vida fetal y/o neonatal y final de la vida de los recién nacidos. A su vez considera el acompañamiento emocional, social y espiritual de los usuarios y sus familias, durante la vida, el proceso de muerte y duelo. Según Herranz Lespagnol, E. (2018) sería propicio que en estos abordajes participaran equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de obstetricia y neonatología, enfermería, psicología, trabajo social y otros especialistas, sumando a este equipo la participación de la pareja parental, para lo que se vuelve fundamental la orientación e información sanitaria que proporcionan los profesionales de la salud a los progenitores, dándoles a estos la posibilidad de ejercer el derecho a la autonomía en la toma de decisiones acerca de las maneras posibles para preparar la bienvenida y despedida del bebé. Esto posibilita brindar a padres y bebés, los cuidados y apoyos necesarios para ayudar a elaborar el duelo perinatal.

Conclusiones

Esta investigación plantea la necesidad de problematizar críticamente los imaginarios sociales y estereotipos de género que siguen configurando las prácticas de paternidad, a fin de abrir caminos hacia formas más equitativas y humanizadas de acompañar las pérdidas perinatales, promoviendo de este modo el reconocimiento del varón como sujeto doliente, capaz de transitar su duelo de manera legítima, acompañada y singular.

Frente a la ausencia de dispositivos de abordaje integral y humanizado, parece oportuno y absolutamente necesario la adopción de prácticas basadas en los cuidados paliativos perinatales como la respuesta más adecuada y humana, garantizando un acompañamiento respetuoso e integral que reconozca y aborde el duelo perinatal, situando a la familia en el centro del cuidado, validando el dolor de todos sus miembros.

A su vez manifiesta la importancia de la formación de los profesionales de la salud para contar con las herramientas necesarias con las cuales abordar los casos de duelo perinatal. De este modo podría comenzar por saldarse la deuda que el sistema de salud tiene con estas familias, garantizando el derecho de las personas gestantes.

A partir de la información obtenida, se desprenden posibles líneas de investigación a futuro dentro del marco de la Psicología Perinatal, por ejemplo, los efectos en la crianza de futuros hijos tras un duelo perinatal; efectos en la subjetividad de las personas gestantes tras un duelo invisibilizado, formación y capacitación en el ámbito de salud mental perinatal, planificación de protocolos, configuración de dispositivos de abordaje perinatal, entre otros temas. Teniendo en cuenta todo el análisis realizado, la reflexión nos conduce inevitablemente a retomar la pregunta que inicia este recorrido: ¿Existe un lugar para duelar para el varón-padre en el duelo perinatal? Tal vez el trabajo de investigación llevado a cabo constituya, al menos en parte, un espacio de elaboración, un lugar donde poner en palabras lo que suele quedar silenciado, y desde allí habilitar la posibilidad de pensar, reelaborar y resignificar nuevamente la experiencia. En torno a esto, más que ofrecer una conclusión cerrada, se abre un camino para seguir interrogando y construyendo sentidos en torno a las vivencias del varón-padre en el duelo perinatal.

Bibliografía

- Aguilar Corrales A, Araya Padilla D, Cruz Solano A. (2019) Cuidados paliativos perinatales, una necesidad real de los servicios de ginecoobstetricia y neonatología. Rev. Ter. [Internet]. [consultado 20feb.2021]; (2):8-23. Disponible: https://www.revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/78
- Badenhorst W., Riches S., Turton P. & Hughes P. (2007). “Perinatal death and fathers”. Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology. 28(4), 193-198.
- Benedek, T (1983). “Paternidad y providencia”. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Bowlby, J (1993). “La pérdida afectiva”. Paidós, Barcelona
- Brier, N. (2008). “Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature”. Journal of Women´s Health, 17, 451-464.
- Busso, M. (2022) “¿Qué entendemos por violencia institucional? Hacia una definición jurídica de violencia institucional”. Revista de abogacía. Año VI Nº11.

- Carballeda, A. (2023) “La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales” 3era ed. Editorial Margen.Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Coria, M (2023). “Sobre el dolor y el duelo que no tiene nombre”: Intervenciones en Duelo perinatal, visibilización, acompañamiento y elaboración de buenas prácticas interdisciplinarias”. Tesis Lic. Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.
- Deux, K. La France, M. (1998). Gender. En D.T, Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey, “Handbook of Social Psychology". En: Zubieta, E; Beramendi, M, Sosa, F & Torres, A (2010). Sexismo ambivalente, estereotipos y valores en el ámbito militar. Artículo enviado a la revista de Psicología. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Educación sexual integral N. 26.150 (2006). Honorable congreso de la Nación Argentina.
- Freud, S. (1914-1916). “Duelo y melancolía. Conferencia XIV”. Amorrortu editores. Buenos Aires, Madrid.
- Herranz Lespagnol, E (2018). “Cuidados paliativos centrados en las familias: Entrevista con Claudia Alonso y Norma Grau de la Asociación CUPANE”. Rev Muerte y Duelo perinatal Noticias, 5 junio 2018, Nº4. Disponible en: https://www.umamanita.es/cuidados-paliativos-centrados-en-las-familias-entre vista cupane/.
- Lacan, J (1958-1959). “El deseo y su interpretación”. Seminario VI. Paidós, Buenos Aires.
- Ley 26.529 (2009). “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. Honorable Congreso de la Nación Argentina.
- Ley 26.529 (2009). “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. Honorable Congreso de la Nación Argentina.
- Ley 27733 (2023). “Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes”. Honorable Congreso de la Nación Argentina.
- Lima Pinasco, F. Farias Rodriguez, M. C (2024): “Una mirada ecosistémica sobre el proceso de duelo perinatal en varones. El duelo silenciado: Infertilidad y pérdida perinatal”. Vol. 9 Núm. 1
- López Fuentetaja, A., Villaverde, O. (2018) . “Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres”. Revista Clínica Contemporánea e25, 1-24 https://doi .org/10 .5093/ cc2018a21.

- López García, AP. (2011). “Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio”. Rev. Asoc. Esp. Neutopsiq., 31 (109), 53-70 .
- Maldonado Duran, J. M. (2011). Salud Mental Perinatal. Organización Panamericana de la Salud.
- Marañón, S (2023) “Salud mental perinatal: Aportes del trabajo social en las intervenciones con personas gestantes y sus familias en la ciudad de Mar del Plata en el primer nivel de atención en salud que promuevan el abordaje integral y promo-preventivo en la etapa perinatal” Doctorado en trabajo social. Universidad Nacional de Rosario.
- Mato Lopez, I. Sánchez Asado, M. Guades Arbelo, Ch. (2016) “Duelo por muerte perinatal. Un duelo desautorizado”. Revista Española de comunicación en salud.
- Mota González, C. et al (2018). “La percepción del hombre hacia la paternidad y el duelo perinatal”. Revista: Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Volumen 62-2 Buenos Aires- junio 2016. (PDF) La percepción del hombre hacia la paternidad y el duelo perinatal.
- Moya, M. De Lemus, S (2004). “Superando barreras: creencias y aspectos motivacionales relacionados con el ascenso de las mujeres a puestos de poder”. En: Zubieta, E; Beramendi, M, Sosa, F & Torres, A (2010). Sexismo ambivalente , estereotipos y valores en el ámbito militar. Artículo enviado a la revista de Psicología. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Oiberman, A (2022). “Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal”. Lugar editorial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2da reimpresión.
- Oiberman, A. & Mercado, A. (2007). “Nacer, jugar y pensar: guía para acompañar a los bebés”. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman, A. (1998). “Padre bebé: inicios de una relación”. La Plata: Editorial
- Pasquali, E, Marañón, S. (2022). “El adiós más difícil de decir: Pérdida gestacional”. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte 18:43-48. 74.
- Perdomo, T. (2019). “Muerte perinatal: Una muerte silenciosa”. Neuro class. Recuperados
- Vygotski, L. (1996). Obras Escogidas, Tomo IV. Madrid: Visor. Vygotsky, L. (1927). The Historical Meaning of the Crisis in Psychology: A Methodological Investigation. New York: Plenum Press.

COMPILADORA : SANDRA MARAÑÓN

AUTORES:
SASHA B. AGUILERA | PAULINA ARCHIMIO | ALEJANDRA E. BABEZ | AGUSTINA D. BEDJAN | CANDELA BILBAO | FIORELLA BRUNO | SOFÍA CASTORINA | AGUSTÍN CARDINALI | MARÍA PAZ CARDOZO | ANDREA CARISSIMO | MARIELA CORONEL | MARIA JESÚS CREDEDÍO ISLA | JORGELINA DE BONI | C. MACARENA DI NARDO | LOURDES N. FARIAS | NATASHA FERNÁNDEZ MIRANDA | PALOMA GONZÁLEZ | STEFANÍA IEZZI | CONSTANZA LOPEZ OSORNIO | FLORENCIA LÓPEZ | ERICA MACAYA | FLAVIA VANESA MAERNITZ | SANDRA K. MARAÑÓN | LUANA MORALES | JULIETA ORTEGA | JULIA PIERONI | LORENA E. TOLEDO | CINTIA BELEN VAZQUEZ | MARÍA CRISTINA ZARAGOZA

UNIVERSIDAD NACIONAL de MAR DEL PLATA
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata
CISIC
CENTRO DE INVESTIGACIÓN SOBRE SUJETO, INSTITUCIÓN Y CULTURA
SECRETARÍA de EXTENSIÓN y TRANSFERENCIA