



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

Análisis de los abordajes sobre los aspectos psicoemocionales del puerperio normal que proponen autores referentes en el tema y las políticas públicas vigentes en Uruguay.

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORA: Br. Melina Urruti

TUTORA: Prof. Adj. Lic. Ana María Mercedes Viera

Montevideo, Julio 2020

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres, -pilares fundamentales para poder lograr este objetivo- por su incondicional apoyo. También agradecer a cada uno de mis hermanos, mis cuñados y mis sobrinas, por brindarme su cariño y su ayuda día a día.

Agradecer a Sebastián, por brindarme su compañía, su apoyo y su amor cada día, especialmente por haber invertido tanto tiempo y esfuerzo apoyándome de forma incondicional durante la realización de este trabajo. También agradecer a su familia.

A mis amigas, por estar siempre acompañándome.

A Mercedes y Valeria, por haber aceptado guiarme en este proceso y brindarme sus conocimientos.

A toda la comunidad académica que conforma la Escuela de Parteras, por la formación brindada durante estos años.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGÍA.....	12
<hr/>	
MARCO TEÓRICO Y ANÁLISIS.....	13
<hr/>	
CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN SOCIAL E IDEALIZACIÓN DE LA MATERNIDAD.....	14
1.1 Otra mirada a la maternidad: Proyecto fotográfico Puérpera	19
1.2 Síntesis del capítulo.....	23
CAPÍTULO II: PROCESOS PSICOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO.....	24
2.1 Síntesis del capítulo.....	27
CAPÍTULO III: CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DEL PUERPERIO.....	28
3.1 ¿Qué es el puerperio?.....	29
3.2 Puerperio biológico.....	29
3.3 Puerperio biológico normal.....	30
3.4 Puerperio biológico patológico.....	31
3.5 Puerperio psicológico.....	33
3.6 Puerperio psicológico patológico.....	33
3.7 Síntesis del capítulo.....	36
3.8 Aclaración.....	37
CAPÍTULO IV: PROCESOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL PUERPERIO NORMAL.....	38
4.1 Los días de permanencia en la clínica.....	40
4.2 La llegada a casa.....	42
4.3 El primer mes.....	42
4.4 La reanudación de las relaciones sexuales.....	43

4.5 Desde el segundo al sexto mes postparto.....	44
4.6 Síntesis del capítulo.....	46
CAPÍTULO V: EVENTOS QUE OCURREN DURANTE EL PUERPERIO.....	47
5.1 Lactancia.....	48
5.2 Establecimiento del vínculo madre-hijo y teoría del apego.....	55
5.3 Síntesis del capítulo.....	63
CAPÍTULO VI: POLÍTICAS PÚBLICAS VIGENTES EN URUGUAY.....	64
6.1 ¿Qué sucede con la atención después del parto?.....	66
6.2 Controles puerperales y atención integral con énfasis en salud mental.....	69
6.3 Mecanismos de apoyo a la mujer y su familia.....	72
6.4 Mecanismos de apoyo no estatales.....	77
6.5 Síntesis del capítulo.....	81
CAPÍTULO VII: HERRAMIENTAS PARA DAR HERRAMIENTAS.....	82
7.1 Perfil y capacidades del equipo de salud con énfasis en el rol de la Obstetra - Partera.....	84
7.2 Recursos y recomendaciones: capacitaciones, guías y materiales.....	86
7.3 Relación equipo de salud - usuaria y familia.....	88
7.4 Empoderamiento de la mujer para una maternidad más sana.....	90
7.5 Síntesis del capítulo.....	92
<hr/>	
CONSIDERACIONES FINALES.....	93
<hr/>	
LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

RESUMEN

Este trabajo busca exponer los abordajes teóricos que existen en relación a los aspectos psicoemocionales del puerperio normal, con una mirada que pretende enfatizar en la importancia y la necesidad de atender la dimensión psicológica de esta etapa en conjunto con la biológica. En este sentido, se desarrollará cómo una atención integral y multidimensional contribuye a la vivencia de una maternidad más sana, tanto para la mujer como para su entorno.

Para ello se abordará la construcción social y la idealización que existe en torno a la maternidad, y qué consecuencias implica esa concepción cultural para la mujer que se convierte en madre.

Por otro lado, este trabajo también propone una mirada desde el marco normativo en el que se da la atención sanitaria a las puérperas. Por esa razón, se analizarán las distintas políticas públicas vigentes en Uruguay, además de las diferentes guías y recomendaciones internacionales de agentes competentes en el tema, como la Organización Mundial de la Salud. Siendo así, se buscará identificar aquellas herramientas con las que cuentan tanto el equipo de salud -en especial las parteras- como las mujeres, para abordar los aspectos psicoemocionales de la etapa puerperal. En tanto, la comparación entre lo adoptado en el país y lo que se propone desde la teoría y desde diferentes organismos nacionales e internacionales servirá para dejar de manifiesto qué otros mecanismos podrían desarrollarse para brindar a la mujer y su familia una atención integral que contemple sus necesidades no solo biológicas sino también psicológicas, emocionales y socioculturales.

A lo largo de este trabajo se expone la importancia de la preparación psicoprofiláctica para la maternidad, la necesidad de que se proponga una visión realista del ser madre y la importancia de un sostén afectivo y efectivo hacia la puérpera por parte de su entorno y del equipo de salud.

También se busca aportar al debate y la reflexión sobre la importancia de la salud mental, especialmente durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. De esta forma, esta monografía pretende ser un espacio de encuentro de diferentes miradas que propicie nuevos análisis a nivel académico en pos de investigar cómo las mujeres uruguayas viven su maternidad, algo que no solo podría contribuir al desarrollo de nuevas políticas que se adapten a la realidad sino también a una autocrítica en relación a la formación de los profesionales de la salud.

Palabras clave: salud mental - maternidad - puerperio - herramientas - políticas públicas

ABSTRACT

This work tries to show the theoretical approach that exists in relation to the psycho emotional aspects of the normal puerperium, with a look that makes emphasis in the importance and necessity of attending the psychological dimension in this stage together with the biological. In this sense, it will develop as a comprehensive development and multidimensional that contributes to a healthy maternity, for the women and her environment.

To this effect, we will deal with the social construction and the idealization that exists around maternity, what consequences implies this cultural understandings for the woman that is becoming a mother.

On the other hand, this work also shows another look from the normative framework in which, the attention is for the puerperals. For this reason, there will be an analysis of different public policies in Uruguay, also the different guides and international recommendations about this topic as the World Health Organization.

Therefore, looking for identifying tools for the health team, specially the midwives, as the women to deal with the psicoemocional of the puerperal stage. Meanwhile the comparison among the adapted by the country and what is proposed by the theoretical and different national and international organizations helps for showing that there are other mechanisms that can develop for giving women and their family an integral attention that takes into account not only the biological but also psychological, emocional and sociocultural needs.

Along this work, it is exposed the importance of the preparation for the maternity, the necessity of exposing a realistic vision of being a mother and the importance of affective and effective support for the new mother from her family and the health team.

Also, there is a seek for debate and reflection about the importance of mental health, during pregnancy, childbirth and puerperium. In this way, this monograph pretends to be a space to find different looks that promotes new analysis un academic level in favor of investigating how Uruguayan women live their maternity, something that not only can contribute to the development of new policies that adapt to reality, but also, to self-criticism in relation to the academic education of health professionals.

Key Words: mental health, maternity, puerperium, tools, public policies.

INTRODUCCIÓN

“¡Felicitaciones!”, “¡qué bendición!” o “te va a cambiar la vida” suelen ser las típicas primeras reacciones ante la noticia de que una mujer está embarazada. Y aunque ninguna sea malintencionada, cierto es que cualquiera de ellas se centran únicamente en aquellos aspectos de la maternidad que darán beneplácito o satisfacciones. Pero convertirse en madre no es solo halagos, triunfos o sonrisas: la cultura y sus medios -películas, libros y tantos otros- han reforzado esa idea tan lejana a la realidad. Ser madre implica un caos biológico y psicoemocional, en vivo y en directo, como pocas veces puede presentarse en la vida. Y, sin embargo, eso parece olvidarse.

El escritor danés Hans Christian Andersen se ocupó de popularizar en el siglo XIX la leyenda que dice que las cigüeñas son las encargadas de traer los bebés al mundo; pero la admiración por esa ave y sus vínculos con la maternidad datan incluso de la antigua Grecia, cuando se llegó a condenar su asesinato con pena de muerte por considerarlas protectoras de las almas y de la fertilidad. Ya desde ese entonces, la llegada de un bebé significó un regalo: la cigüeña carga en su pico un paquete blanco, lleno de risas, perfumado y cariñoso, que llega a la vida de sus padres para llenarlos de satisfacciones. Puede que en muchas oportunidades eso sea parte de la realidad, pero no deja de ser una porción de todo el cuadro, una verdad a medias, un aspecto de una historia mucho más compleja de lo que parece o lo que nos cuentan.

¿La elección de la cigüeña habrá sido al azar? No parece serlo. Se trata de una ave que representa lo más parecido a la idea que se tiene de una “madre ejemplar”: pasa toda su vida con la misma pareja, construye nidos que pueden durar por años y soportar condiciones inclementes, y cuida con total devoción y entrega a sus crías.

Entonces, ese relato propone que las “madres ejemplares” son las encargadas de traer “bebés perfectos” y dejarlos sobre la cama de mujeres que se enfrentan al desafío de ser madres, lo que implica una aventura que dista mucho de lo que dicen las novelas llenas de romanticismo. Y he ahí el primer objetivo de este trabajo monográfico: desmitificar la idea de que convertirse en madre es todo “color de rosas”.

La mujer, que viene de transcurrir un embarazo cargado de cambios, recibe en sus brazos una vida. Desde ese momento, esa vida depende de su vida. Y eso, lejos de ser algo que suene poético, se transforma en el desafío más grande de todos los desafíos. Claro que importan los controles médicos del recién nacido, que si se alimenta, que si respira bien, que si viene aumentando correctamente de peso, y claro que también importa si la madre encontró la forma adecuada de alimentar a su hijo, si la involución uterina ocurre dentro de los límites fisiológicos, y si los loquios se encuentran en cantidad y aspecto normal. Pero, ¿y la mujer que vive bajo la recién inaugurada piel de madre? ¿Qué pasa con todo lo que siente y piensa?

¿Alguien se ha detenido a preguntarle “cómo está”, más allá de estar exhausta, dolorida y mal dormida? ¿Acaso ha dejado de tener nombre y ahora solo se llama “madre”?

Ahí es donde este trabajo pretende poner la lupa: en todos aquellos procesos psicoemocionales que devienen con el nacimiento de un hijo y que se extienden a lo largo del puerperio. En aquellas cosas que la mujer batalla de forma interna y muchas veces en solitario, y que los equipos de salud y el contexto familiar suelen relegar por sobre las cuestiones biológicas y las relacionadas con el recién nacido.

En esa madre llena de exigencias, temores, inseguridades, desafíos y sentimientos que no pueden quedar tapados por un examen clínico que se centra en saber si ella o su hijo han tenido fiebre. En cómo las maternidades y el Estado podrían modificar sus abordajes para que el puerperio se viva de una forma más sana y que también contemple a la madre como una mujer que no deja de ser tal por haber dado a luz. En la importancia de saber y tener herramientas para poder actuar y prevenir patologías de salud mental: hay sentimientos o pensamientos que son totalmente normales y las mujeres tienen el derecho a saberlo, a sentirse comprendidas y a saber cómo ayudarse.

Para entender el puerperio y sus complejidades a nivel socio-psico-emocional, este trabajo dará un paso atrás y comenzará por abordar los diferentes procesos psicológicos que ya comienzan a darse durante el embarazo. Posteriormente, y para tener una deconstrucción más completa y fundamentada del tema, se hará una revisión sobre las características del puerperio: su duración, sus aspectos biológicos, sus aspectos psicoemocionales, sus condiciones normales y sus condiciones patológicas. Esas consideraciones básicas sobre el puerperio llevarán a un acercar la lupa y centrarnos en una dimensión específica: los procesos psicoemocionales asociados al puerperio normal. Ello nos permitirá explorar la construcción social y la idealización que existe en torno a la maternidad, un marco cultural que resulta clave para poder abordar las temáticas que pretende poner en debate este trabajo: las exigencias que recaen sobre la madre en base a un “deber ser” que se olvida de que la vida no es solo la maternidad y que ser madre es mucho más que amamantar en tiempo y forma. En ese contexto, se dan diversos procesos que también merecen ser analizados para comprender sus conexiones con las dinámicas psíquicas que se dan en la mujer: la lactancia y el establecimiento del vínculo materno.

Una vez entendida la importancia de atender los aspectos psicoemocionales del puerperio normal, recorreremos las políticas públicas vigentes en Uruguay y las diferentes recomendaciones internacionales sobre el tema para saber qué abordaje se propone en las maternidades uruguayas y qué cultura se promueve desde el Estado: ¿qué dicen las normas y cómo se llevan cabo en el día a día?, ¿qué señalan los organismos internacionales y cómo se adapta eso en nuestro país?

Finalmente, este trabajo no solo pretende dejar establecido el debate sobre el tema tratado sino también reseñar qué herramientas podrían tener las parteras -y los equipos de salud que ellas integran- y las mujeres para poder abordar de forma más

sana la maternidad y los procesos psicoemocionales que surgen durante el puerperio normal.

Capítulo a capítulo se presentará al lector el resultado de una lectura crítica que pretende exponer las diferentes visiones existentes sobre el tema, tanto de autores como de organismos internacionales y nacionales. Se contrastarán y complementarán las propuestas de diversos referentes teóricos y también se justificará la importancia de abordar la temática en sus complejas y diferentes dimensiones.

Asimismo, se buscará que el lector genere su propia opinión sobre el tema y que la compilación de visiones y normativas sirva como insumo para que el debate se traslade a la vida académica, a la práctica profesional diaria de parteras y otros profesionales de la salud, a las mujeres que se enfrentan al desafío de ser madres y a quienes constituyen su contexto socio-familiar.

OBJETIVOS

→ General:

Analizar los distintos abordajes en relación a los aspectos psicoemocionales del puerperio normal que plantean autores referentes en el tema y las propuestas de las políticas públicas adoptadas en Uruguay.

→ Específicos:

A- Conocer los procesos psicoemocionales que atraviesa la mujer durante el puerperio normal en base al estudio de los autores mencionados.

B- Exponer qué factores y recursos consideran los autores que contribuyen a que la mujer transite el puerperio como un período normal, y qué elementos mejorarían la atención sanitaria.

C- Resaltar la importancia que manifiestan los diferentes autores sobre atender los aspectos psicoemocionales normales.

D- Identificar si existen herramientas para el abordaje de los aspectos psicoemocionales del puerperio normal en las políticas sanitarias vigentes en Uruguay.

METODOLOGÍA

Este trabajo final de grado es de carácter monográfico. Consta de una revisión y compilación bibliográfica, que se basa en diferentes materiales: libros, artículos, normativas y guías nacionales e internacionales, obtenidos de la Biblioteca Nacional, la biblioteca de la Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (APPIA), y de diferentes bases de datos como PubMed, entre otros.

Una vez recopilada la información, se procedió al análisis de los distintos abordajes y a su agrupación en diversas temáticas. A su vez, la lectura crítica de las ideas recogidas aportaron a pasajes de reflexión sobre el tema.

Ya sobre el final del trabajo, se presenta un espacio de conclusiones donde convergen los distintos planteos expuestos a lo largo de la monografía.

MARCO TEÓRICO Y ANÁLISIS

Capítulo I

Construcción social e idealización de la maternidad

«El fenómeno de la maternidad se constituye así sobre una serie de sobreentendidos sin que haya una evaluación profunda de las consecuencias que esto conlleva. Asociar el ser mujer con el ser madre, definir la maternidad como el aspecto fundacional de la identidad femenina ha sido y sigue siendo una constante social.»

Marta Mojzuk (escritora)

Cada madre, como afirma Defey (1995), “lejos de convertirse en una réplica de un modelo universal de madre ideal y abstracta, es la mejor madre que ha podido ser, dada su historia personal, sus características, su entorno, y el bebé que le tocó en suerte” (p.45).

Alkolombre (2011) pone a consideración una visión de la maternidad que la presenta como un proceso biológico, psicológico y sociocultural, que se da a lo largo de toda la vida, pero que comienza a organizarse en la infancia, durante el vínculo con la propia madre. Este proceso abarca diversas etapas como el período pregestacional, el período gestacional, el parto, el puerperio inmediato, el inicio de la lactancia, el alta hospitalaria y el regreso al hogar, el reinicio de las relaciones sexuales, y la crianza en sí misma.

Tanto las mujeres como los hombres deben seguir “determinadas formas de conducta reguladas, impuestas, estereotipadas; es decir, deben ajustarse a ciertas pautas culturales, que, por lo general, tienden al mantenimiento de un tipo de sociedad y no a la satisfacción de sus necesidades como individuos” (Videla, 1997).

Si entendemos que toda mujer, por el hecho de ser mujer, nace con la potencialidad de ser madre (Defey, 1995), estamos diciendo que desde el momento de su nacimiento hasta que efectivamente tiene a su hijo en brazos, se van generando diversas expectativas e idealizaciones de lo que será ser madre. Las mujeres, en especial las madres primerizas, llegan al nacimiento de su hijo abrumadas por las exigencias que se les imponen para cumplir de determinada forma con un rol maternal. Esas exigencias, que vienen tanto del mundo que rodea a la mujer como de sus propias consideraciones internas, se relacionan más con el ideal de maternidad existente en la sociedad que con la realidad que conlleva ser madre: un gran desgaste físico y psíquico.

Tal como relata Defey (1994a), alcanza con observar cualquier revista, película o publicidad que exponga la maternidad para enfrentarse a su idealización:

La imagen es idílica: una embarazada joven, fresca, envuelta en el abrazo de un marido cariñoso y protector, con un hermoso vientre de segundo trimestre, expresión plácida y satisfecha, ubicados en un frondoso jardín. ¿Es esto la maternidad? Sin duda. ¿Es solamente esto la maternidad? Sin duda que no (p.104).

En este sentido, la autora plantea que hay ciertos aspectos intrínsecos a la maternidad, como lo son la usual falta de apoyo, la hinchazón, las estrías, la angustia sin causa aparente, entre otras, que suelen ser relegados, en especial por la sociedad.

El modelo de maternidad exigido por la cultura actual se contradice con la forma de vivir que tienen las mujeres en el presente: ya no existe esa figura materna absolutamente dedicada a la crianza que deja de lado los otros aspectos comunes a

la vida de cualquier individuo, como lo son el trabajar, estudiar, las actividades ociosas, entre otras.

Esta contradicción genera un conflicto en la mujer: siente que no puede desempeñarse plenamente en todos sus roles y también asoma en ella la posibilidad de fracasar en el intento de que su hijo se desarrolle de forma normal (Videla, 1997).

Esta frustración, que resulta de no poder cumplir con esos ideales, sumada al agotamiento que implica la crianza, son factores que podrían contribuir a que se desencadene algún trastorno psíquico durante el puerperio (Defey, 1994a).

Dentro de los procesos que conforman la idealización de la maternidad, se encuentra también la imagen que la madre va generando en torno a cómo será su hijo cuando nazca. La mujer, alentada por su entorno social y cultural, tiende a imaginar un bebé hermoso y perfecto, tranquilo, que duerme sin interrupciones, sin dificultades para aprender a succionar y que siempre huele bien: una suerte de bebé "Johnson & Johnson" (Defey, 1994a). En esta línea, la autora reflexiona:

Es usual que la madre lo imagine lleno de vitalidad, más grande con mayor peso y fortaleza, con su piel y cabellos limpios y secos (...) Esa fantasía está más cercana a lo que puede ser la descripción de un bebé de tres o cuatro meses (p.111).

Sin embargo, el choque con la realidad presenta a un bebé distinto al que se muestra en la imagen de los paquetes de pañales. Un recién nacido real transmite sensación de fragilidad, su piel está arrugada y mojada, su pelo es irregular (Defey, 1994a). Además, llora sin parar, tiene dificultades para prenderse al pecho, ensucia demasiados pañales, su tamaño no es el esperado (es muy largo o muy delgado), no interactúa o es muy inquieto, hasta puede que sea nena cuando se quería que fuese un varón, o viceversa. En definitiva, el *bebé real* no se parece al *bebé esperado* (Gutman, 2003).

Así, como lo resume Defey (1995), "se presenta la difícil tarea de renunciar al hijo fantaseado y aproximarse al hijo real, cuyo aspecto no siempre concuerda con las expectativas" (p.112).

La llegada del recién nacido multiplica la cantidad de consejos que recibe la madre. Y aunque a priori eso no parezca malo, sucede que muchos de esos consejos pueden contradecirse entre sí, dependiendo de la experiencia que haya tenido cada persona. Esto lleva a un estado de confusión y desorientación que hace que la mujer se aleje de tomar sus propias decisiones y se limite a seguir consejos por considerarlos apegados a lo que se entiende como correcto por parte de su entorno (Gutman, 2003).

En este sentido, la autora propone permitir y propiciar que cada mujer construya su manera personal de convertirse en madre. En esa línea, uno de los principales soportes que se le puede ofrecer a la mujer se vincularía con brindarle información variada y completa que la ayude a la hora de tomar decisiones sobre la crianza de su hijo.

Una mujer bien informada y con diversos recursos a su alcance será una mujer que evitará guiarse por el conocido “instinto maternal”. Tener un hijo implica saber que luego de parirlo se deben asumir responsabilidades vinculadas con la crianza, como ser: una correcta alimentación, una buena educación y la inmersión en la vida social. Por lo tanto, lejos de seguir un instinto, afrontar el desafío de criar un hijo requiere tomar decisiones racionales (Videla, 1997).

Aunque la idealización de la maternidad y de cómo será el recién nacido parece, a priori, una situación que genera conflictos internos en la madre, también surge como un mecanismo que compensa muchos de los altibajos inherentes al embarazo: tal como lo expone Defey (2010), “la negación de los riesgos y molestias, por un lado, y la idealización de la maternidad, por otro, se constituyen en verdaderos guardianes de nuestra supervivencia como especie” (p.23).

Sin embargo, la autora también señala la importancia de prestar especial atención a que la idealización no se convierta en magnificación. A pesar de servir para disminuir la angustia y la ansiedad, cuando una mujer idealiza en exceso puede llegar a no percibir situaciones de peligro reales que puedan estar sucediendo.

La visión que la sociedad tiene sobre la maternidad suele colocarla como una situación instintiva e individual: en este sentido, Defey (1994b) apunta que se tiende a presuponer que toda mujer está capacitada para ser madre. En esa línea de pensamiento, desempeñar un rol para el que su condición biológica parecería predisponerla por excelencia no implicaría ningún mérito destacable. No obstante, la autora expone que existen revisiones de la cultura que han demostrado que “la maternidad es un hecho psicosocial y la mujer es emergente de un entorno que la habilita o inhabilita” (p.123).

En este sentido, una mirada que contemple a la mujer como un ser integral y que entienda que ser madre es solo uno de los tantos roles que ésta puede desempeñar a lo largo de su vida, no solo es necesaria sino que debería ir ligada a la idea de que la maternidad es un proceso con características propias, que se ve fuertemente influenciada por el contexto social y cultural, y que afecta a todos los otros aspectos de la vida.

Siguiendo esta línea argumental, “probablemente una mirada más dinámica y tolerante de la ambigüedad del ser humano, aún en los aspectos más fundamentales”, propone Defey (2010), permita “abordar la maternidad como un hecho complejo, cambiante y, en definitiva, psicosocial, en el cual la madre no es más que el emergente visible de una compleja situación psicosocial que sostiene (o no) la maternidad” (p.20).

A esta situación debería agregarse la importancia de tener presente que la sociedad desconoce profundamente la esencia del bebé humano. Los adultos observan a los bebés con desconcierto e intentan entenderlos desde su punto de vista, pretendiendo además que se adapten a cómo funciona el mundo de los mayores, plantea Gutman (2003). Sin embargo, las madres, entiende la autora, poseen la capacidad de “estar sintonizadas en la misma frecuencia que el bebé”. La distancia que se genera entre estas dos frecuencias suele fomentar la sensación de soledad e incompreensión en las madres recientes (Gutman, 2003).

Es un hecho que la mujer pasa a “mirar el mundo con ojos de bebé” desde el momento en el que tiene a su hijo en brazos, pero también es cierto que “muchas veces el placer de ser madre y ser hijo, se convierte en un vínculo impuesto, en una exigencia inmodificable, a cuyo mantenimiento la sociedad contribuye en todas su expresiones” (Videla, 1997).

Aunque el recién nacido dependa en forma casi total de su madre, y que esta relación conlleve la transmisión de una cultura y una ideología en la que la mujer está inmersa (Videla, 1997), ello no implica que el amor maternal deba ser incuestionado, ya que “depende en gran parte de factores afectivos y circunstanciales” (Defey, 1994a, p.107).

Es entendible que la mujer tienda a idealizar la maternidad, propiciada por el contexto en el que se encuentra, y que también se vea afectada por la imagen que la cultura y los medios le presentan de un bebé idealizado, pero tampoco debe perderse de vista que el convertirse en madre toca temas personales vinculados con la femineidad, la identidad y la autonomía. “Esto se ve atravesado por circunstancias históricas y sociales que hacen que muchas mujeres tengan un conflicto permanente entre su identidad como mujeres independientes y su identidad como madres”, reflexiona Defey (2010, pp. 46-47).

1.1 Otra mirada a la maternidad: proyecto fotográfico *Puérpera*

Hasta ahora hemos visto cómo la cultura y sus medios se han encargado de ensamblar a lo largo del tiempo una forma de ser madre y una idealización en torno a la maternidad y a los recién nacidos. Sin embargo, también existen otras miradas sobre lo que implica convertirse en madre, que buscan ser fidedignas con la realidad y alejarse de lo que pueden proponer modelos idílicos o publicitarios. En tal sentido se puede entender la propuesta de *Puérpera*, un proyecto fotográfico de Deborah Elenter.

A través de imágenes reales, de mujeres reales y de momentos reales, el ojo de Elenter busca fotografiar el momento del parto en pos de “devolverle el protagonismo a la mujer que muchas veces queda invisibilizada”, según las propias palabras de la autora.

Aunque la muestra retrata en su mayoría los momentos vinculados con el parto, *Puérpera* invita a ver a la mujer y su cuerpo con la intención de fomentar la reflexión acerca de “su vulnerabilidad y sus emociones durante el parto y los meses anteriores y posteriores”, según consigna la página web del proyecto. “La mujer en su contradicción. En su idilio y en su represión. En su ser primitivo, en igualdad con otras especies”, se agrega.

Con ese objetivo, la autora propone una serie de retratos de mujeres al momento del parto que se centran en las expresiones faciales demostrando así el contexto emocional de las madres y otorgándoles un lugar significativo. El trabajo fotográfico puede verse completo en la página web del proyecto, pero también en una exposición en el Espacio de Arte Contemporáneo (EAC), la excárcel de Miguelete (del 13 de marzo al 29 de junio de 2020).

El proyecto *Puérpera* fue parte de la muestra de LUGAR en 2016, finalista en el Festival de Fotografía Errante en 2017, premiado por la Dirección Nacional de Cultura en 2018 (fondos concursables para la cultura), apoyado por la Fundación Itaú Cultural en 2019 y finalmente invitado a participar de la 36a temporada del EAC.

“La muestra se llama *Puérpera* porque en algunos sanatorios están todos los datos de la paciente en una pizarra, que al momento del nacimiento se borran, y lo que queda es la palabra puérpera, y esa termina siendo la única identidad de la mujer”, reflexiona la autora en diálogo con el programa radial *De taquito a la mañana* (2020).

La exposición llega cinco años después de que todo empezara, cuando Deborah Elenter logró la aprobación de su participación en las salas de nacer del Centro Hospitalario Pereira Rossell para poder retratar con su cámara cómo las mujeres vivían el momento del parto.

“Hay situaciones a las que la mujer se enfrenta al momento del parto y que no sabía que le iban a suceder. Y no importa que haya ido a la mejor preparación”, señala Elenter. En este sentido, la fotógrafa entiende que “falta visibilizar la experiencia de cada mujer” y que “el personal de salud, la pareja y los acompañantes empaticen

con todo lo que le está pasando a la mujer”: “Hay que cuidar la vivencia de la madre a la que le están pasando cosas”.

La muestra de la fotografía de Elenter se desarrolla en un espacio interior del EAC y en un espacio exterior. En el exterior del centro cultural se exponen ocho rostros de las mujeres pariendo, en un formato de gigantografías, mientras que en lo interior se encuentran las fotografías que retratan momentos más íntimos, como el después del parto, el estado de la placenta, entre otros.

El parto, según entiende la autora en su página web, implica un momento en el que las mujeres se sienten vulnerables y no se encuentran en un estado mental totalmente consciente; por esa razón, el proyecto *Puérpera* “busca humanizarlas y confrontar al público a través de un diálogo cercano e íntimo” con las fotografías de mujeres reales, en momentos reales.

Proyecto *Puérpera*



Fuente: https://docs.wixstatic.com/ugd/a6a5f3_04637dedffc94c989db73f2ca8b3d103.pdf

Proyecto *Puérpera*



Fuente: <http://elcielodelmes.com.ar/index.php/2018/12/25/puerpera/>

1.2 Síntesis del capítulo

La maternidad no se da de un día para el otro ni en base a criterios aleatorios: implica un proceso de construcción social y cultural que acompaña a la mujer desde su nacimiento, dada su potencialidad biológica de convertirse en madre. Desde ese momento, comienza a forjarse en ella un deber ser como madre, basado en lo que entiende que su contexto esperará de ella. Pero se trata de una sociedad que desconoce la esencia del bebé y que tiende y contribuye a su idealización. Así, la mujer crea en su mente un bebé fantaseado que poco se parecerá al bebé real que tendrá finalmente en sus brazos. La sociedad y la cultura, entonces, aportan a la construcción de un ideal sobre la maternidad que enfrentan a la puérpera a una serie de exigencias que cada vez resultan menos sensatas e incompatibles con la vida actual. La clave parece estar en permitir que cada mujer cree su propia forma de ser madre y que tenga a su disposición la información necesaria para tomar decisiones.

CAPÍTULO II

Procesos psicológicos durante el embarazo

«No creo en las pautas a seguir. No me parece que las madres tengamos que esforzarnos más aún en hacer lo correcto. Pero sí merecemos comprendernos más, saber de dónde provenimos en términos emocionales y comprender por qué nos pasa lo que nos pasa, por qué actuamos como actuamos y por qué sentimos lo que sentimos.»

Laura Gutman (terapeuta especializada en maternidad)

Así como los procesos biológicos preparan al feto para la vida extrauterina, en la mujer se dan procesos psicológicos complejos que la van preparando para la demanda psicoemocional que conlleva la maternidad. Durante el primer y segundo trimestre, el embrión, y luego feto, es sentido por la madre como una parte de su propio cuerpo. Ya con el inicio de la percepción de los movimientos fetales, esto cambia y comienza a percibirlo como un ser distinto a ella. Es importante que esta transición, entiende Defey (1994a), se vaya dando de forma progresiva. En esta línea, la autora explica que se trata de un proceso que prepara a la mujer para poder diferenciarse de su hijo y entenderlo como un ser con necesidades propias, no necesariamente iguales a las suyas.

Durante esta etapa, denominada por la autora como *proceso de gestación psicológica*, la mujer imagina cómo será su hijo, cuál será su sexo, sus características físicas y de personalidad, dando así inicio al proceso de apego. Además, en el transcurso de este proceso, la mujer suele tener la fantasía de que sus pensamientos y su estado de ánimo afectan al feto: por ejemplo, si ella se siente angustiada siente que su hijo también está angustiado, también siente que esa angustia puede producirle un daño a su hijo o que este tiene sus mismos pensamientos (Defey, 1994a).

Las vivencias durante este proceso nos llevan a hablar sobre el concepto de *ambivalencia*, una idea que resulta central para mirar la maternidad desde el punto de vista psicológico. La ambivalencia implica que se generan sentimientos encontrados frente al hijo: se lo quiere y se lo cuida, pero también es una fuente de preocupaciones (Defey, 1994a).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Alkolombre (2011) considera que la ambivalencia es el sentimiento más intenso durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. La mujer puede querer proteger al feto, pero también se puede enfrentar a sentir rechazo por su embarazo, ya que, como explica Defey (1994a), no solo se genera ambivalencia frente al hijo sino también frente a la maternidad misma: “¿Es el fin de la vida de una mujer?, ¿cómo compatibilizarlo con otros intereses de estudio o laborales?, ¿cuántos hijos pueden criarse sin perderse en el esfuerzo, el agotamiento y la entrega?” (p.106).

Como si enfrentarse a todos esos sentimientos encontrados fuese poco, la mujer suele estar rodeada por un ambiente que la felicita constantemente, haciéndole sentir que ese hijo es lo mejor que le puede estar pasando y que, por esa razón, debe estar y sentirse “radiante”. Ante todos sus dilemas internos, la mujer sufre y se siente culpable por no solo experimentar la alegría que le exigen quienes la rodean. Lo mismo ocurrirá durante el puerperio, cuando muchos de esos sentimientos ambivalentes se llevan en silencio (Defey, 1994a).

El momento del parto constituye un conjunto de “vivencias, pensamientos, acciones, percepciones, fantasías y estímulos ambientales” (Defey, 1994a, p.114), que la mujer irá procesando de forma paulatina y de diferentes modos. Uno de ellos es a través del reiterado relato de su experiencia: cada vez que cuenta lo que vivió, asimila uno de los distintos sucesos atravesados. Por su parte, la pareja o el

acompañante que se encuentra presente durante el parto, generalmente suele aportar una “vivencia emocional” más clara en relación a cómo se sucedieron los hechos.

La rapidez con la que sucede el parto, remarca Defey (1994a), hace que difícilmente la mujer pueda disfrutarlo en el momento. Por lo general, la sensación más inmediata es la de un gran alivio, seguida por los sentimientos de distensión y felicidad que ocurren durante el puerperio inmediato.

Otro de los procesos psicológicos que tiene lugar en el puerperio, pero que comienza durante el embarazo, sobre todo en el tercer trimestre, es el que Winnicott (1989) describe como *preocupación materna primaria*. Se trata de un estado de ensimismamiento, en el que la madre adquiere una capacidad especial para identificarse con su hijo y saber cuáles son sus requerimientos en cada momento, lo que le permite atender sus necesidades básicas.

Sin embargo, y como vimos anteriormente, la mujer sabe que ella y su hijo son dos seres distintos y también es consciente de sus necesidades propias, especialmente de su necesidad de protección: pese a la dependencia del recién nacido, ella también se encuentra en un estado de suma vulnerabilidad. No obstante, sabe que será capaz de recuperarse de este estado al cabo de unos meses, cuando recobre el interés por sí misma -en la medida que su hijo vaya siendo capaz de tolerar la independencia materna-.

2.1 Síntesis del capítulo

Durante el embarazo tienen lugar varios procesos psicológicos que preparan a la mujer para la demanda psicoemocional que implica la maternidad. Por un lado, la mujer comienza a percibir que está ante la presencia de un ser distinto a ella, con necesidades propias y no necesariamente iguales a las suyas. Por otra parte, se da un *proceso de gestación psicológica*, mediante el que la mujer imagina cómo será su hijo, lo que da inicio al proceso de apego. También se da un proceso de *ambivalencia*, lo que implica que se generan sentimientos encontrados frente al hijo: se lo quiere y se lo cuida, pero también es una fuente de preocupaciones. Esa ambivalencia también se da frente a la maternidad misma: se debate si ser madre le permitirá seguir con los otros roles de su vida. Asimismo, comienza a desarrollarse la *preocupación materna primaria* (Winnicott, 1989), un proceso por el que la madre adquiere una capacidad especial para identificarse con su hijo y saber cuáles son sus necesidades básicas.

CAPÍTULO III

Consideraciones generales acerca del puerperio

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.»

Organización Mundial de la Salud

3.1 ¿Qué es el puerperio?

El puerperio puede definirse como un período en el que ocurren procesos biológicos y psicológicos, que comienza luego del alumbramiento y que, aunque no hay un único consenso en cuanto a su extensión, si se toman en cuenta todos los cambios que ocurren, la duración aproximada es de 365 días. De esta manera, la finalización del período puerperal implicaría que todos los cambios gravídicos ya alcanzaron su estado anterior a la gestación (a excepción de las mamas) y que el niño ya alcanzó cierta independencia (por ejemplo: empezar a caminar); por lo tanto, disminuyen en la madre los mecanismos a nivel psicológico que se pusieron en marcha luego del parto para adaptarse a su nuevo rol (Soifer, 1980; Gutman, 2004; Schwarcz, Fescina y Duverges, 2005).

Desde una mirada teórica, se suele dividir al puerperio para facilitar su estudio; de esta forma, se entiende que existe un **puerperio biológico** y un **puerperio psicológico**. Dentro de ellos se pueden dar procesos fisiológicos - correspondientes al puerperio normal- o procesos que se desvíen de los fisiológicos -puerperio patológico-.

3.2 Puerperio biológico

Tiene una duración de entre seis y ocho semanas, en las que se producen “transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional”; además, todas las modificaciones gravídicas regresan a su estado pregravídico -mediante un proceso de involución-, a excepción de la glándula mamaria, que alcanza su máximo desarrollo para responder a la lactancia (Schwarcz et al, 2005; Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011) .

El puerperio biológico puede subdividirse de la siguiente manera: puerperio inmediato (incluye las primeras 24 horas), puerperio mediato (abarca desde las 24 horas hasta los primeros 10 días postparto), puerperio alejado (abarca desde el día 11 al día 42 postparto, y es considerado clásicamente como la finalización del puerperio) y puerperio tardío (período que se extiende desde el día 42 hasta los 364 días cumplidos) (Schwarcz et al., 2005).

La atención del puerperio biológico incluye: evaluar las transformaciones progresivas que hacen regresar las modificaciones de la gravidez; evaluar el desarrollo de la glándula mamaria, instauración y mantenimiento de la lactancia; y la existencia de patologías, siendo los procesos hemorrágicos e infecciosos los más frecuentes; entre otros (Schwarcz et al., 2005).

3.3 Puerperio biológico normal

Tal como lo describen Schwarcz et al. (2005), durante el puerperio inmediato, es importante evaluar el estado general de la mujer -que debe ser bueno-, lo que incluye el estado de las facies, que debe ser tranquilo y normalmente hallarse coloreadas. También es importante valorar los signos vitales (temperatura, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria), que deben encontrarse dentro de los límites normales. Se debe evaluar la involución uterina: durante el primer día de puerperio, el útero se palpa a nivel de la cicatriz umbilical; al sexto día, se encuentra a mitad de distancia entre la cicatriz umbilical y el borde superior del pubis; en tanto, al decimosegundo día se hace intrapelviano.

Durante este período pueden aparecer contracciones uterinas denominadas entuertos, que son intermitentes y se producen sobre todo en el momento de la succión.

A nivel genital, la vulva está edematizada y los músculos del periné se encuentran flácidos. Se observa la salida, a través de la vulva, de sangre de la herida placentaria, excoriaciones del cuello uterino y vagina, fragmentos de caduca y células de descamación del tracto genital, lo que recibe el nombre de loquios, con una duración aproximada de 15 días; estos son sanguinolentos los primeros tres días de puerperio, luego son serosanguinolentos y a partir del séptimo día se convierten en serosos. Es importante valorar su cantidad, aspecto, composición y olor.

En la región anoperineovulvar puede observarse la presencia de un rodete hemorroidal.

Durante el puerperio inmediato tiene lugar un proceso importante y complejo: el inicio de la lactancia -un tema que se abordará en profundidad más adelante-. Se recomienda que se establezca dentro de la primera hora de vida del recién nacido.

En cuanto a la deambulación, se aconseja que sea de forma precoz; es decir, a las pocas horas del parto (entre seis a ocho horas), ya que ayuda a prevenir complicaciones venosas y en la restitución del tránsito urinario y motilidad intestinal (Schwarcz et al., 2005).

Durante el puerperio mediato se da la mayor involución de los órganos genitales. Es importante controlar los signos vitales, la involución uterina y las características de los loquios; cualquier alteración debe considerarse patológica.

En este período, generalmente a las 48 horas, se producirá el alta hospitalaria; por lo tanto, es importante realizar una evaluación general e informar a la madre sobre cuidados del recién nacido y métodos de planificación familiar. También se deberá informar a la mujer sobre el control puerperal más próximo: se debe dar entre los siete y diez días luego del parto, y se recomienda que coincida con la consulta pediátrica (Schwarcz et al. 2005).

En cuanto al puerperio alejado, la bibliografía consultada lo describe como el período de finalización de la involución genital y, en términos generales, se retorna al estado pregravídico. Tanto en las mujeres que amamantan como en las que no lo hacen, comienza a restablecerse la función ovárica (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

En el puerperio tardío desaparecen todos los cambios fisiológicos que se produjeron durante la gestación, que varían ampliamente de una mujer a otra.

En cuanto a los cambios endocrinos durante el puerperio, se destaca el descenso en los niveles plasmáticos de hormonas placentarias como el lactógeno placentario y la gonadotropina coriónica humana. También disminuyen los niveles de estrógeno y progesterona (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

A su vez, se producen cambios endocrinos para dar inicio a la lactancia mediante la acción de la prolactina y la oxitocina. La prolactina es sintetizada por las células lactotropas de la adenohipófisis; durante la gestación, su acción se encuentra inhibida por la progesterona, pero luego del alumbramiento, al disminuir los niveles de progesterona, aumenta la secreción de prolactina, la que regula la síntesis de leche materna. La oxitocina es liberada por la hipófisis posterior y su principal función es provocar la contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos, impulsando la leche hacia los conductos galactóforos, produciendo la eyección láctea (reflejo eyectolácteo) (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011; Bajo Arenas, Melchor Marcos y Mercé, 2007).

3.4 Puerperio biológico patológico

En la mayoría de los casos, el puerperio ocurre de forma fisiológica; sin embargo, puede alterarse, dando origen a complicaciones que comprometen la vida de la madre: a ello se le denomina como puerperio patológico. Las patologías más frecuentes son: hemorragias postparto (atonía uterina, desgarro del canal de parto, retención de restos placentarios, coagulopatías), infecciones (endometriosis, parametritis, pelviperitonitis, infección de la episiorrafia, infección del tracto urinario bajo, pielonefritis aguda, mastitis) y complicaciones a nivel psicológico (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

La **hemorragia postparto** se define como la pérdida hemática superior a 500 mL luego de un parto vaginal o superior a 1000 mL luego de un parto mediante cesárea. Ocurre dentro de las primeras 24 horas de puerperio (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

Entre las causas más frecuentes de la hemorragia postparto se encuentran: en el 90% de los casos, atonía uterina; desgarros del canal de parto en el 6%; y entre un 3% a 4% de los casos se debe a retención de restos placentarios.

Hay factores de riesgo que predisponen a sufrir una hemorragia postparto, entre ellos se destacan: sobredistensión uterina, trabajo de parto prolongado, antecedente

de hemorragia postparto, estados hipertensivos del embarazo e implantación anormal de la placenta (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

Las medidas generales a tomar ante la realización del diagnóstico de hemorragia postparto incluyen la monitorización de signos vitales; la infusión intravenosa de soluciones salinas, como, por ejemplo, suero Ringer Lactato, para una rápida reposición del volumen. Luego de estas medidas se deberá examinar el tracto genital para identificar la causa específica y actuar en consecuencia (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

La **infección puerperal** se define como “todo proceso séptico originado en el aparato genital femenino que se manifiesta clínicamente en el puerperio, asociado al parto, sea vaginal o cesárea” (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011, p.448). Su frecuencia es de un 2% y en la mayoría de los casos se da de forma leve. Sus síntomas se manifiestan durante el puerperio mediato, entre el tercer y quinto día (Schwarcz et al, 2005).

Su etiología se debe a un gran número de gérmenes patógenos tanto aerobios como anaerobios. Entre los aerobios se destacan: estreptococos hemolíticos alfa y beta, estafilococos (aureus, citrus y albus), el gonococo, colibacilos, enterococos como *Proteus* y *Klebsiella*. Entre los gérmenes anaerobios encontramos con mayor frecuencia: *Clostridium perfringens*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, peptococos, peptoestreptococos, bacteroides y fusobacterias.

La mayoría de estos microorganismos se encuentran generalmente próximos al tracto genital femenino y existen factores que favorecen que activen su capacidad invasora: rotura prematura de membranas ovulares, trabajo de parto prolongado, distocias de la presentación fetal y las intervenciones que se realizan para solucionarlos, tactos vaginales a repetición, el descuido de las reglas de asepsia en cuanto a la atención del parto, entre otros (Schwarcz et al, 2005).

El tratamiento dependerá del tipo de infección y de dónde esté localizada, utilizando generalmente antibióticos o tratamientos locales con soluciones antisépticas (por ejemplo, si la infección se da a nivel de la vulva o el periné, en la zona donde se hayan producido desgarros) (Schwarcz et al, 2005).

3.5 Puerperio psicológico

El puerperio psicológico implica un período donde se viven distintas ansiedades que llevan a que cada mujer, según sus características personales, desarrolle mecanismos de defensa que le permitan afrontarlo. Se caracteriza por un estado alterado de conciencia, con cambios de percepción que abarcan todo el espectro sensorial, incluyendo emociones intensas, transformaciones en los procesos de pensamiento y la experimentación de sensaciones abrumadoras, pero sin perder el control de la realidad cotidiana (Soifer, 1980; Gutman, 2004).

Se trata de una etapa que implica procesos lentos y graduales que llevan muchos meses, e incluye tareas psicológicas, como lo expresa Defey (1995), que se extienden a lo largo de todo el primer año posterior al parto.

En términos generales, los autores consultados coinciden en que el puerperio psicológico termina cuando el niño logra cierta independencia, como empezar a caminar. Siendo así, no finaliza cuando el obstetra otorga el alta médica o a los cuarenta días después del parto: no se trata de la recuperación física luego del embarazo y el parto sino que tiene que ver con la emoción y la percepción del mundo luego de tener un bebé (Soifer, 1980; Defey, 1995; Gutman, 2004).

3.6 Puerperio psicológico patológico

Las características expuestas en el apartado anterior son las que suelen darse en condiciones normales, dependiendo de las características personales de cada mujer para poder afrontar los cambios psicoemocionales asociados al puerperio. Sin embargo, las exigencias externas e internas para cumplir con el rol maternal de forma adecuada, y las condiciones de agotamiento y desgaste que implica la crianza, pueden generar una descompensación psíquica que dé lugar a procesos psicopatológicos -la **depresión postparto** y la **psicosis puerperal** se encuentran entre los más frecuentes- (Defey, 1994b).

En términos generales, la **depresión postparto** se caracteriza por sentimientos intensos de culpa, vergüenza y desesperanza respecto a las funciones como madre y dificultad para disfrutar la crianza del hijo. Aparece en las semanas posteriores al parto y puede extenderse a lo largo del primer año. Según la OMS, se trata de un cuadro de alta prevalencia: de un 10% a un 15% (Corbo; Defey y D'Oliveira, 2011).

Como ejemplo, puede tomarse el caso del departamento de Montevideo. En la capital uruguaya, la depresión postparto llega al 16,5% de los casos, según los datos recogidos por una investigación realizada por Corbo, Defey y D'Oliveira, en el año 2011. La investigación consistió en realizar 306 entrevistas a madres de diferentes estratos sociales que se encontraban entre las seis semanas de puerperio y el

primer año, tomando como base la Escala de Edimburgo para evaluar la incidencia de depresión postparto.

A raíz de ese estudio, los autores también concluyeron que no sólo las dificultades que se asocian a la maternidad inciden en la existencia de depresión postparto sino que también existen otros factores que se relacionan con su desarrollo, como son: bajo nivel socioeconómico, dificultades en la relación de pareja, falta de apoyo por parte del entorno, exclusión social, desempleo, enfermedad o muerte de un familiar cercano, enfermedad grave o riesgo de muerte de ella misma, situaciones de humillación o pérdida de autoestima, entre otros.

La investigación también arrojó que las mujeres con síntomas de depresión postparto suelen caracterizar a sus hijos con cualidades estresantes como llorón, irritable, nervioso e inquieto. Este tipo de situaciones implican que la mujer tenga dificultades para satisfacer las necesidades de su hijo, además de que disminuyen las demostraciones afectivas y se da una pérdida de iniciativa que afecta la capacidad de respuesta ante las necesidades del hijo. Siendo así, la depresión postparto también conlleva consecuencias para el hijo: dificultades del desarrollo, hiperactividad y déficit atencional, entre otros.

Uno de los tratamientos posibles para la depresión puerperal es la realización de terapia cognitivo-conductual debido a que permitiría aumentar el ánimo y la sociabilidad de la puérpera (Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

Por otra parte, la **psicosis puerperal** es el trastorno más grave que puede ocurrir durante el puerperio, con una incidencia de uno a cuatro casos cada mil nacimientos (Schwarcz et al., 2005). Se define como un cuadro delirante agudo, que aparece entre dos a tres semanas después del parto, durante el puerperio alejado y significa riesgo de vida inminente tanto para la madre como para el hijo (Corbo et al., 2011).

Se caracteriza principalmente por un rechazo total por parte de la madre hacia su hijo. Además, implica la presencia de sentimientos de tristeza, apatía hacia el entorno, descuido de la imagen personal, ideas paranoides, pérdida de contacto con la realidad, agitación, confusión y comportamientos violentos. En casos excepcionales, se han visto asociados otros comportamientos como el suicidio o infanticidio (Soifer, 1980; Schwarcz et al., 2005).

Es importante tener presente que la psicosis puerperal requiere un tratamiento psiquiátrico específico (Corbo et al., 2011), además de poder asociarse con otros abordajes como ser terapias psicológicas.

Otra patología menos frecuente, pero que también puede darse durante el puerperio, es el **trastorno obsesivo compulsivo postparto**. Los cambios hormonales que ocurren en este período generan una alteración en los neurotransmisores, lo que hace que la aparición de este trastorno sea frecuente en el postparto, especialmente cuando se trata del primer embarazo. Ocurre entre las 12 a 26 semanas luego del parto, pero en algunas mujeres es de inicio rápido, por lo que puede presentarse durante el puerperio inmediato o mediato (Sharma y Sommerdyk, 2015).

Clínicamente se manifiesta mediante pensamientos que incluyen: causarle daño intencional o accidentalmente al recién nacido; temor a la muerte de su hijo, especialmente cuando duerme; preocupación por ser juzgada por cómo asume su rol de madre; entre otros. También implica la manifestación de comportamientos compulsivos repetitivos como ser el lavado de manos y la revisión del recién nacido para comprobar que no está dañado (Sharma y Sommerdyk, 2015)

Se considera de difícil diagnóstico ya que las mujeres que tienen estos pensamientos no los reconocen como anormales, o puede suceder que sí los reconozcan, pero que no lo manifieste ya que le genera vergüenza, culpa o temor a que la separen de su hijo.

Además, como señalan Sharma y Sommerdyk (2015), es importante que se diferencien de los pensamientos que se consideran normales en relación a la preocupación que genera el cuidado del hijo y que son útiles para protegerlo del daño y satisfacer sus necesidades. Los pensamientos normales o esperables no suelen interferir con las actividades de la vida cotidiana, mientras que, por el contrario, los pensamientos obsesivos permanecen a lo largo del tiempo, lo que causa angustia y un deterioro en las funciones maternas.

También debe diferenciarse de la psicosis puerperal: las mujeres que sufren el trastorno obsesivo-compulsivo postparto son conscientes de la irracionalidad de sus pensamientos, mientras que las que sufren psicosis puerperal no lo son.

Varios factores se consideran de riesgo para este tipo de trastorno: primíparas, complicaciones obstétricas durante el embarazo o parto, antecedentes personales de depresión, trastorno obsesivo-compulsivo previo, trastornos de personalidad, antecedentes de trastornos por consumo de sustancias y antecedentes familiares de primera línea de patologías psiquiátricas.

En cuanto al tratamiento, hay dos modalidades: tratamiento psicofarmacológico o psicoterapia cognitiva conductual. Pueden realizarse juntos o por separado, lo que dependerá de factores como: la gravedad de los pensamientos obsesivos, la existencia de otra psicopatología, si está amamantando, la disponibilidad de la psicoterapia cognitiva conductual, la existencia de otras afecciones médicas y la respuesta al tratamiento (Sharma y Sommerdyk, 2015).

3.7 Síntesis del capítulo

El puerperio comprende un período en el que ocurren procesos biológicos y psicológicos, que comienzan luego del alumbramiento y -pese a no existir un criterio único- se extienden hasta un año después, cuando se supone que todos los cambios gravídicos ya alcanzaron su estado anterior a la gestación (a excepción de las mamas) y que el niño ya logró cierta independencia. Desde una perspectiva teórica, puede dividirse en puerperio biológico y psicológico, dentro de los cuales pueden darse procesos fisiológicos -puerperio normal- o procesos que se desvíen de los fisiológicos -puerperio patológico-. El puerperio biológico dura entre seis y ocho semanas, cuando se producen varias transformaciones anatómicas y funcionales. El puerperio psicológico implica la vivencia de distintas ansiedades que llevan a que cada mujer, según sus características personales, desarrolle mecanismos de defensa que le permitan afrontar esta etapa: se caracteriza por un estado alterado de conciencia con cambios de percepción, incluyendo todo el espectro sensorial, emociones intensas, con transformaciones en los procesos de pensamientos que incluyen sensaciones abrumadoras.

3.8 Aclaración

La división teórica realizada anteriormente para describir al puerperio debería ser considerada solo a modo organizativo para el análisis ya que todos los procesos, tanto biológicos como psicológicos, deben tomarse como un todo, sin perder de vista que la puérpera puede experimentar estos aspectos en simultáneo (por ejemplo, puede cursar una infección puerperal y que los procesos psicoemocionales de esta etapa se den normalmente; mientras que, por ejemplo, puede encontrarse cursando el puerperio dentro de lo esperado biológicamente, pero presentar sintomatología acorde a un cuadro de depresión postparto).

Este trabajo abordará desde el punto de vista teórico el aspecto psicológico normal, pero no por considerarlo aislado en la experiencia puerperal de la mujer; por el contrario, se pretende dejar manifiesto todas las cuestiones que hacen a este enfoque y que deberían tenerse en cuenta en una atención integral, que aborde en conjunto tanto los aspectos biológicos como los psicológicos, lo que además propiciará la detección temprana de aquellas situaciones que se desvíen de los límites considerados como normales para ambos aspectos.

CAPÍTULO IV

Procesos psicológicos asociados al puerperio normal

«Es bueno practicar el perdón a una misma. Hay que ser compasiva con una misma como madre.»

Ina May Gaskin (partera)

Con el objetivo de abordar los procesos psicológicos asociados al puerperio normal, resulta interesante comenzar esta sección con una reflexión que realiza Defey (1994b) en torno a la maternidad:

Toda maternidad se acompaña de un cortejo de reacciones psicoafectivas ricas, en resonancias inconscientes, pero la primera experiencia como madre implica exigencias adaptativas especialmente fuertes. Esto aparece con mayor intensidad en culturas como la nuestra en la que la maternidad constituye un ideal colectivo elevado y las exigencias del entorno hacia la madre son marcadas y no exentas de una fácil condena a su supuesta incapacidad como madre. Esto tiene mayores repercusiones dada la hipersensibilidad y sugestionabilidad que normalmente se observan en la púerpera (p.122).

Soifer (1980) define al puerperio como un estado confusional, de “delimitación entre lo perdido -el embarazo- y lo adquirido -el niño-” (p.75). En la misma línea se expresa Defey (1994a), quien describe al puerperio como un período donde se atraviesan múltiples microduelos debido a la transición entre el embarazo y la adaptación al nuevo rol como madre.

Como vimos anteriormente, durante el puerperio la mujer experimenta distintos procesos que la llevan a desarrollar mecanismos de defensa para poder sobrellevar esa etapa. Uno de esos procesos (Defey (1994a) es el que se conoce como depresión puerperal menor o *baby blues*: se da en el 80% de las mujeres, entre el segundo y tercer día luego del parto, y se asocia a las modificaciones hormonales que ocurren durante el puerperio, además de a factores situacionales, descritos por Soifer (1980), como ser el retorno al hogar, la adaptación a la nueva situación y la exigencia generalmente elevada en cuanto al rol como madre.

Además de ser un período transitado con vivencias de alegría, entusiasmo y felicidad, es una etapa de máxima sugestionabilidad y sensibilidad, que suele superarse con el soporte afectivo que provee el entorno; sin embargo, para algunas mujeres, se tratará de un primer año de extrema dificultad (Defey, 2010).

Alkolombre (2011) describe a la maternidad como un “proceso biológico, psicológico y sociocultural” y, al igual que Soifer (1980), propone la división del puerperio en varias etapas.

Estos períodos o etapas que ambas autoras proponen para el estudio de los procesos psicoemocionales asociados al puerperio son: **a)** los días de permanencia

en la clínica; **b)** la llegada a casa; **c)** el primer mes; **d)** la reanudación de las relaciones sexuales; **e)** desde el segundo al sexto mes postparto.

A continuación, tomaremos cada una de esas etapas como referencia y marco para analizar el puerperio, pero también incluyendo visiones y conceptos de otros autores.

4.1 A) Los días de permanencia en la clínica

Tras el parto, suelen resolverse las ansiedades respecto a este, pero se desarrollan en la puérpera mecanismos de defensa maníacos caracterizados por euforia, preocupación por su aspecto externo, calidez frente a las visitas que tienen como objetivo lograr la aprobación y el halago por parte del entorno.

Por lo general, el entorno que rodea a la mujer capta la necesidad de aprobación y la satisface adecuadamente. Sin embargo, muchas veces sucede que acude tanta gente a la instancia de visita que la puérpera termina agotada, por lo que se debe proceder a suspender las visitas para que pueda descansar y evitar posibles alteraciones a nivel físico, como ser fiebre (Soifer, 1980; Defey, 1995).

En la contracara, cuando la situación de halago y festejo no se produce, se puede generar un estado depresivo intenso como mecanismo sustitutivo de los maníacos. Esto genera ensimismamiento, sentimientos de desmotivación, rumiación obsesiva, sentimientos agorafóbicos o ansiedad claustrofóbica, entre otros. De esta forma, la puérpera podría reclamar más días de internación ya que siente que es incapaz de cuidar al recién nacido en su hogar y no quiere perder la protección que se le brinda en el centro hospitalario. Por el contrario, también podría llegar a pensar que todo lo que hay en el hospital es malo y dañino, y que el único lugar seguro es el hogar.

Además, los días de permanencia en el centro hospitalario conllevan para la puérpera una serie de factores como el encontrarse en un medio desconocido y entre personas desconocidas (personal de salud y compañeras de sala/habitación); esa situación la va induciendo a un estado regresivo determinado por la necesidad de protección y halago, tal como sucede en la infancia (Soifer, 1980).

Una madre reciente, que tiene un bebé que solamente llora o duerme, se siente confusa y deprimida, y si a eso se le suma la expectativa en cuanto a la lactancia (si tendrá o no leche, si el bebé succionará bien o no), los nervios en relación a si su hijo presentará patologías o la ansiedad respecto a si tendrá un carácter difícil o cómo será su vínculo, parece sensato pensar que los días siguientes al parto no son nada fáciles.

Como situación general a todas las puérperas, se destaca que, luego del parto y tras los meses de gestación donde se realizaron fantasías e idealizaciones, la madre se encuentra con su hijo por primera vez. Este encuentro deriva en un proceso de reconocimiento que se va realizando de forma gradual y puede llevar un

largo tiempo, por lo que es recomendable que la mujer reciba la ayuda y el soporte de su entorno.

Esa primera etapa del reconocimiento está cargada de cierta frustración ya que “el bebé real dista mucho de ser el rozagante bebé traído de París por la cigüeña”, si se tiene en cuenta el clásico mito y las piezas publicitarias que, como hemos visto, propician una imagen que suele alejarse de lo complejo de la realidad (Soifer, 1980, p.81).

En esa misma línea se expresa Defey (1995), quien afirma que en la madre y en el padre (si lo hay) se da un proceso de duelo por el hijo fantaseado, donde se debe renunciar a las expectativas generadas durante el embarazo y aproximarse al hijo real, cuyo aspecto no suele cumplir con esas expectativas. También así lo afirma Gutman (2004) al decir que “el problema para la mamá reciente es que se encuentra con el bebé real, que llora, demanda, mama, se queja, no duerme” (p.27).

En este marco, varios de los autores hacen hincapié en lo fundamental y saludable que resulta la preparación emocional para la maternidad, además del apoyo y el acompañamiento a la mujer por parte de su entorno familiar y de quienes la asisten a nivel sanitario, tanto en el embarazo como durante el puerperio.

Soifer (1980) propone dos acciones que pueden disminuir el impacto del primer encuentro entre la madre y su bebé real. Por un lado, incluir dentro de las clases de preparación para la maternidad el conocimiento de recién nacidos, permitiendo a las embarazadas realizar tareas voluntarias en salas de puerperio. Por otro lado, otra posibilidad, también descrita por Defey (1995), es el alojamiento conjunto madre-hijo desde el parto hasta el alta hospitalaria. Este mecanismo ya se implementa en Uruguay, pero no se encontraron investigaciones al respecto y en relación a la disminución del impacto de este encuentro.

Durante el alojamiento conjunto, el personal de salud debe otorgar una atención personalizada, basada en el respeto, con una escucha activa a las necesidades individuales de los padres, haciéndolos participar activamente de los cuidados de su hijo, colaborando así en restituir esa imagen de bebé ideal, favoreciendo la formación del vínculo con el bebé real. Esto también lo reafirma Gutman (2004), quien entiende que los profesionales de la salud deben acompañar y ofrecer recursos a la madre y su pareja (si la hay) para que este encuentro se dé de la mejor manera posible.

Pese a los impactos de este primer encuentro, es importante aclarar que, como entiende Defey (1994a), esta primera reacción ante el hijo real no implica una alteración permanente en el vínculo y es de suma importancia que tanto el personal de la salud como la familia no la cataloguen como una actitud de rechazo.

4.2 B) La llegada a casa

La llegada a casa implica para la mujer una serie de preocupaciones, tal como lo explica Soifer (1980): “¿Cómo encontrará la casa?, ¿podrá manejarla como antes?, ¿cómo se arreglará para incluir dentro de sus tareas habituales la crianza del bebé? Además, si la madre es primeriza, se agrega la inexperiencia; y si ya hay otros hijos, el problema se complica” (p.86). Asimismo, en esta etapa disminuyen los festejos y halagos, y aumentan las responsabilidades.

Como lo describe Defey (1995), y siguiendo los lineamientos planteados por Soifer (1980), es muy común que durante el parto, el nacimiento y durante el puerperio inmediato y parte del mediato, los padres reciban atención y cuidados por parte del entorno; pero, luego, los sentimientos cambian, y los días solo alcanzan para satisfacer las necesidades básicas del bebé (alimentarlo, cambio de pañales) y las noches son interrumpidas por su llanto.

Todo esto, sumado a la pérdida de protección que significaba para la mujer estar en el establecimiento hospitalario, hace que el estado de depresión y sus ansiedades confusionales se agudicen (Soifer, 1980). Como expone Defey (1995), es común en todos los casos, sin llegar a un estado psicótico, que la puérpera sienta confusión, mareos, despersonalización, fatiga, episodios de llanto, sentimientos de minusvalía, deseo de apartarse así como también sensaciones persecutorias de agresión e incompreensión por parte de las personas que la rodean.

La sensación de que será incomprendida o reprendida por parte de su entorno muchas veces llevan a que la mujer prefiera callar las dificultades que enfrenta o siente, algo que también se ve alimentado por el sentimiento de culpa que surge de creer que no logra cumplir adecuadamente con las expectativas que existen alrededor de su nuevo rol.

En este sentido, Soifer (1980) destaca la importancia del apoyo familiar, lo que ayuda a que estas sensaciones se resuelvan de forma positiva y sea posible vivir con alegría la crianza del hijo.

4.3 C) El primer mes

El transcurrir de el primer mes comprende un período de gran importancia. A lo largo de esta etapa, y en condiciones psicológicas normales, va cediendo el estado depresivo y van desapareciendo los estados de confusión y despersonalización.

Sin embargo, hay ansiedades que siguen vigentes, como: la búsqueda de cariño y protección; la sensación de pérdida de una parte corporal debido a que el cuerpo tarda en recuperar sus características habituales y no se asemeja al embarazo ni al

período previo, lo que conduce a que la mujer tenga sentimientos de fealdad y sienta su cuerpo como poco atractivo; entre otros (Soifer, 1980).

Este período también abarca el reinicio de relaciones sexuales, que será abordado en el siguiente punto.

4.4 D) La reanudación de las relaciones sexuales

Es frecuente que tanto en la mujer como en su pareja se vuelvan a generar ansiedades, ahora vinculadas con el reinicio de la actividad sexual, un proceso que no es fácil y que se describe muchas veces como volver a la primera vez (Defey, 1994a).

Uno de los principales sentimientos que existe durante esta etapa es la ansiedad por la ausencia de la menstruación, un aspecto biológico que trae aparejado el miedo al retorno de las relaciones sexuales con penetración por temor a un nuevo embarazo. Este temor constituye el principal factor condicionante del retorno de la actividad sexual durante el postparto.

Además, los niveles bajos de estrógenos reducen la lubricación vaginal, lo que genera incomodidad en la mujer al momento del coito.

Otros temores que suelen presentarse son: el miedo de la mujer a estar dañada por dentro -temor que muchas veces también lo siente su pareja-; temor a sentir dolor en la región perineal, en las mamas o dolores musculares; interrumpir el descanso de su hijo; entre otros (Soifer, 1980; Enderle et al., 2013).

La comunicación en la pareja también puede verse dificultada por el estado depresivo en el que se encuentra la mujer -tanto en el caso de que la mujer haya desarrollado mecanismos de defensa maníacos como obsesivos o fóbicos-; por lo que, frente a esta situación, la otra parte puede sentirse excluida y a veces maltratada.

A medida que pasan los días, la falta de comunicación y de sexualidad se hacen más evidentes, a lo que se le suma la dispareunia. Esta situación puede ocasionar ya no sólo miedo sino también rechazo hacia las relaciones sexuales (Soifer, 1980).

La mayoría de las parejas, describe Videla (1997), deben adaptarse a esta nueva situación a través de la "búsqueda y el reconocimiento mutuo, tratando de recrear un acercamiento que poco a poco venza los temores que se producen en esta etapa" (p.81).

Otra situación que se da durante el proceso de reinicio de las relaciones sexuales tiene que ver con la culpa que genera en la madre el acto de amamantar. El contacto directo del bebé con el pezón produce sensaciones sexuales en la mujer que se asemejan a las que experimenta en el acto sexual, por lo que es común que

presente una pérdida incontrolable de leche durante la fase de excitación (Soifer, 1980; Videla, 1997).

Varias de las situaciones expuestas suelen ser la causa de que muchas veces se postergue la visita a la partera o ginecólogo una vez finalizada la cuarentena -tiempo biológico estipulado para el reinicio de las relaciones sexuales- debido a que muchas mujeres suponen que esa consulta es la “autorización” para reiniciar las relaciones sexuales.

Por esa razón, resulta de máxima importancia que el profesional de la salud brinde a la pareja una asistencia personalizada e integral, no sólo desde el punto de vista biológico sino también desde el punto de vista psicológico. Siendo así, es factible pensar en lo beneficioso de que que la partera o el ginecólogo, en lo posible, no sea quien rija el reinicio de las relaciones sexuales, sino que ese hecho recaiga en el criterio de la pareja (Soifer, 1980).

4.5 E) Desde el segundo al sexto mes postparto

Ya a partir del segundo mes, y en condiciones normales, la mujer comienza a sentirse más libre, menos dependiente y absorbida, aunque en algunos casos las vivencias depresivas continúan presentes pero en menor intensidad.

Si se trata de una madre primeriza, para este momento, la mujer ya ha ganado seguridad en cuanto al manejo del bebé. En caso de tener más hijos, para este momento las cosas ya se han amoldado y la mujer siente tener más control sobre la situación global del hogar. Además, el bebé ha mejorado la capacidad para mantener el descanso durante un lapso más prolongado en la noche, lo que implica un gran alivio. La reanudación de las relaciones sexuales mejora notablemente, y la sensación de poder cumplir con sus tareas genera tranquilidad en la mujer (Soifer, 1980).

Sin embargo, el retorno a la actividad laboral se presenta como un nuevo desafío. Este hecho genera cierta preocupación y ansiedad vinculada a lo que la mujer considera que pueda llegar a ocurrirle al hijo cuando ella no esté. Además, también experimenta un nuevo sentimiento de culpa debido al abandono -temporal- de su hijo, lo que puede provocar un incremento en el estado depresivo (Soifer, 1980).

Además, Defey (1995), Videla (1997) y Alkolombre (2011) entienden que el cuidado del bebé muchas veces es vivido por la mujer como una suerte de obstáculo: los cambios culturales que se han dado en la sociedad durante las últimas décadas, especialmente los vinculados a la autorrealización y autonomía de la mujer, la enfrentan a no solamente querer ser madre sino también a la necesidad de conocer la vida desde otros ángulos -como pueden ser los de estudiar o trabajar-.

En este sentido, Videla (1980) propone que la mujer ya no desea seguir el “modelo femenino” heredado por su abuela, pero, sin embargo, sigue cargando con el estigma y el peso de que la crianza del hijo es principalmente su función. Esto

genera perturbaciones en la eficacia de su rol como madre y en el desarrollo de sus potencialidades en otras áreas (Defey, 1995).

En esta línea, Alkolombre (2011) reflexiona:

La realidad de muchas madres en la actualidad las enfrenta a sufrir cambios y renunciaciones significativas en sus vidas, así como el tiempo de permanencia al lado de su bebé. Se tiende a generar un conflicto entre sus aspiraciones psicosociales y sus ideales como madre (p.85).

En este marco, parece sensato remarcar la importancia de que existan políticas públicas que amparen a las madres que deben retomar su actividad laboral, tratando de acoplar sus actividades con el proceso de la maternidad. Más adelante se dedicará un capítulo especial a las normativas que contemplan este tema en Uruguay.

Videla (1980) describe que también la pareja, al asumir su rol en la crianza, vive un proceso similar al de la mujer, ya que durante muchos años en la historia de la humanidad su función fue la de ser el sostén económico del hogar y no se ocupaba ni se involucraba en la crianza de los hijos. En la sociedad actual, sin embargo, aparece la necesidad del cambio, de que tenga un mayor acercamiento a sus hijos, que no le tema al contacto con el bebé, y que ya no sea sólo la pareja ansiosa esperando fuera de la sala de partos sino que acompañe a la mujer y reciba a su hijo, siendo consciente de su rol biológico y sociológico en la crianza de los hijos.

Otro hecho importante que se produce en este período, a partir del sexto mes, es la introducción del alimento sólido, un evento que en algunos casos puede generar sentimientos de depresión en la madre debido a que siente que la introducción del alimento es sinónimo de destete y eso lo experimenta como una prohibición al acto de amamantar.

Además, otro problema que trae aparejado la introducción del alimento sólido tiene que ver con los celos por parte de los hermanos mayores -si los hay-: este hecho da carácter de "persona" al bebé, que hasta ahora solo comía y dormía. Asimismo, esto es motivo de nuevas ansiedades en la madre debido a que teme por cómo será la convivencia entre sus hijos. Nuevamente, en este punto se destaca la importancia del apoyo por parte del entorno familiar y social, lo que hace que las condiciones sean más favorables y fáciles para todos los involucrados (Soifer, 1980).

No menos importante es volver a tener presente que Alkolombre (2011) propone que en la mujer que se inicia como madre se dan una serie de movimientos intrapsíquicos -ya descritos a lo largo del trabajo- que suponen la desmitificación de la maternidad y bajan a tierra las concepciones idealizadas, sobre todo aquellas ideas en las que se propone que la maternidad es ternura, abnegación y el mayor logro de realización femenina.

4.6 Síntesis del capítulo

La vivencia normal del puerperio implica atravesar múltiples microduelos que surgen de la transición entre el embarazo y la adaptación al nuevo rol de madre. En ese contexto se dan diversos procesos como, por ejemplo, lo que se conoce como depresión puerperal menor o *baby blues*. Además de ser una etapa con vivencias de alegría, entusiasmo y felicidad, implica altos grados de sugestionabilidad y sensibilidad, que suele superarse con el soporte afectivo que provee el entorno; sin embargo, para algunas mujeres, se tratará de un primer año de extrema dificultad.

El transcurrir normal del puerperio enfrenta a la mujer a varios desafíos psicoemocionales que suelen darse en distintos momentos: a) los días de permanencia en la clínica, b) la llegada a casa, c) el primer mes, d) la reanudación de las relaciones sexuales, e) desde el segundo al sexto mes postparto. En ese tiempo suelen darse psicodinámicas que van desde la euforia, ensimismamiento, sentimientos de desmotivación, confusión, estado regresivo, aumento paulatino de responsabilidades, nuevos cuidados básicos del recién nacido, despersonalización, sensaciones persecutorias de agresión e incompreensión por parte de las personas que la rodean, búsqueda de cariño y protección, temor a un nuevo embarazo, culpa, hasta nueva sensación de seguridad y confianza en sí misma, compatibilidad de crianza y cuidados personales y del hogar, el retorno a actividades sociales y laborales, entre otros.

CAPÍTULO V

Eventos que ocurren durante el puerperio: lactancia y establecimiento del vínculo madre-hijo

«Los bebés no crecen sólo por la cantidad de leche que ingieren, sino también –y sobre todo– por el contacto emocional con la mamá.»

Laura Gutman (terapeuta especializada en maternidad)

Además de los movimientos intrapsíquicos que ocurren en la mujer durante el puerperio, ya nombrados a lo largo del trabajo, hay dos hechos de especial importancia que se dan durante esta etapa y que tienen implicancias tanto biológicas como psicológicas: el establecimiento de la **lactancia** y la formación del **vínculo madre-hijo**.

5.1 Lactancia

→ Implicaciones biológicas de la lactancia

La lactancia materna se define como “la forma fisiológica de alimentar al recién nacido y al lactante” (Pérez - Sánchez y Donoso Siña, 2011, p. 1288).

La leche materna se produce en la glándula mamaria, la cual comienza a desarrollarse durante el período embrionario, entre las dieciocho y diecinueve semanas. Luego, durante la pubertad, al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción de progesterona que junto con los estrógenos inciden en el crecimiento de la glándula mamaria, formándose así los primeros alvéolos (Pérez - Sánchez y Donoso Siña, 2011).

Durante el embarazo, se elevan los niveles de progesterona, prolactina y lactógeno placentario, lo que genera una expansión de los lobulillos en forma de racimos. Entre la quinta y octava semana de embarazo, pueden apreciarse las modificaciones en la mama: aumentan de tamaño (por acción del lactógeno placentario), aumenta la sensibilidad, la pigmentación de la aréola y el pezón se intensifica y las venas superficiales se dilatan, por lo que puede apreciarse la red venosa de Haller (Pérez - Sánchez y Donoso Siña, 2011).

A partir de las veinte semanas de gestación, el epitelio alveolar cesa su proliferación y comienza la actividad secretora de las células. Los alvéolos están formados por una capa de células epiteliales cilíndricas, organizadas en acinos, las cuales tienen la capacidad de producir leche.

A la capacidad de la glándula mamaria de sintetizar los distintos componentes de la leche (lactosa, caseína, alfa lacto-albúmina) se le denomina lactogénesis I o diferenciación secretora de la mama (Pérez - Sánchez y Donoso Siña, 2011).

Durante el embarazo, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los estrógenos y la progesterona. Luego del alumbramiento, al disminuir los niveles de progesterona, comienza la activación secretora de la glándula mamaria; es decir, el proceso de secreción de leche.

La regulación hormonal de la lactancia depende de dos procesos: la secreción de leche y la eyección de la leche. La secreción láctea depende del control endócrino,

regulado por la prolactina y la oxitocina. La prolactina es sintetizada y liberada por las células lactotropas de la adenohipófisis: durante el trabajo de parto, aumenta significativamente; aunque desciende en las dos horas antes del parto, vuelve a aumentar en las dos horas siguientes y este nivel se mantiene por 24 horas, para luego aumentar nuevamente, dependiendo de la frecuencia de la succión. Los altos niveles de prolactina que ocurren durante el puerperio se expresan en producción de leche, luego del descenso de estrógenos y progesterona, alrededor del cuarto día postparto (Pérez - Sánchez y Donoso Siña, 2011).

Para que la leche fluya, los alvéolos son exprimidos por la contracción de las células mioepiteliales que los rodean: a este proceso se lo conoce como reflejo eyectolácteo y es producido por la oxitocina, hormona producida por la hipófisis posterior, indispensable para el vaciamiento de la mama (Pérez - Sánchez y Donoso Siña, 2011).

La liberación de oxitocina no solo depende de estímulos sensoriales o mecánicos del pezón, sino que también responde a estímulos visuales, auditivos y olfatorios, provocando en algunas mujeres que el reflejo eyectolácteo ocurra con la anticipación de amamantar o con el llanto del niño, antes de que ocurra la succión. A diferencia de la prolactina, la liberación de oxitocina puede ser bloqueada ante estímulos físicos y/o psicológicos repentinos, como dolor o estrés (por efecto de la adrenalina), lo cual inhibe temporalmente el reflejo eyectolácteo (Pérez-Sánchez y Donoso Siña, 2011).

La lactancia tiene efectos beneficiosos tanto para la madre como para el hijo. Desde el punto de vista de la madre, se destacan: menor riesgo de hemorragia postparto; reducción del riesgo de sufrir cáncer de mama, cáncer de ovario y diabetes tipo II; y ayuda a mejorar el autoestima, por lo que también reduce el riesgo de depresión postparto (Schawrcz et al., 2005; Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

A nivel del lactante, la leche materna tiene propiedades inmunológicas por lo que contribuye al desarrollo del sistema inmune y previene patologías como diarrea, infecciones de las vías respiratorias, otitis, enterocolitis necrotizante, meningitis, entre otras; también disminuye el riesgo de muerte durante los primeros seis meses de vida por alguna de estas causas. Asimismo, se asocia la lactancia materna con una disminución en la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes y alergias. Además, favorece el desarrollo psicosocial, cognitivo y motor (Schawrcz et. al, 2005; Pérez Sánchez y Donoso Siña, 2011).

La mayoría de las mujeres y los recién nacidos están en condiciones de amamantar y ser amamantados, respectivamente. Hay muy pocas causas que impiden amamantar, entre estas se encuentran: patologías maternas severas como VIH o psicosis, mujeres que reciben medicaciones potencialmente peligrosas como drogas citotóxicas o radioactivas. Desde el lado del recién nacido, en tanto, se destacan patologías congénitas del metabolismo como: galactosemia y fenilcetonuria. En ausencia de contraindicaciones, se recomienda iniciar la lactancia durante la primera hora luego del nacimiento (Schwarcz et al., 2005).

→ Implicaciones psicológicas de la lactancia

Antes de comenzar a describir las implicaciones psicológicas de la lactancia, es importante aclarar que desde el Ministerio de Salud Pública (2009) consideran que toda mujer tiene el derecho a decidir si amamantar o no; y es deber del personal de salud brindar la información adecuada, consejería sobre las ventajas y beneficios de amamantar, y orientación sobre los riesgos que implican otras alternativas de alimentación. Así, la mujer y su familia podrán tomar una decisión informada y responsable sobre prácticas de alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a.

La lactancia implica otra fuente de ansiedades que se suma a las ya nombradas anteriormente a lo largo del trabajo. En este sentido, por ejemplo, afloran temores como el de no tener leche o los vinculados a las distintas modalidades de la relación madre-hijo. Hay recién nacidos que se prenden al pecho con vigor, lo que puede generar en la madre una reacción de beneplácito o una reacción de incertidumbre. En el primer caso, la conducta del recién nacido es recibida por la madre con alegría, lo que favorece el establecimiento de la lactancia con mayor facilidad.

En el segundo caso, la madre puede asustarse frente a la reacción de su hijo, debido a que las sensaciones le resultan desconocidas y puede no sentirse preparada. En ese caso, el niño reacciona de forma alarmante (llanto, inquietud), lo que asusta aún más a la madre. Eso genera un círculo vicioso de angustia materna y ansiedad en el niño, lo que, incluso, puede traer repercusiones a nivel biológico como la umbilicación del pezón o agalactia (debido al mecanismo explicado anteriormente, de que factores como el estrés inhiben la oxitocina, encargada del reflejo eyectolácteo) (Soifer, 1980).

Otra situación que puede darse es la de los bebés “dormilones”: aquellos que al succionar se quedan inmediatamente dormidos. Esta situación provoca frustración en la madre que no ha sido advertida de esta posibilidad. En ese caso, la mujer se siente rechazada y cree que su pecho es inservible (Soifer, 1980).

Para que esta situación se revierta y la lactancia se vaya desarrollando, la madre debe lograr entender la situación y tolerarla, siendo paciente frente a un recién nacido que lentamente aprenderá a despabilarse y succionar (Soifer, 1980). En caso contrario, se generará un nuevo círculo vicioso, en el que la puerpera se encontrará angustiada y se alejará, dejando así que el neonato siga retraído; o lo forzará a despertarse, obteniendo la respuesta de rechazo expresada, tanto a través del llanto y posterior somnolencia como del rechazo materno. Estos conflictos hacen que el estado depresivo normal del puerperio se agudice, provocando sentimientos de autodesvalorización (Soifer, 1980).

Luego del parto, la mujer se enfrentará a una necesaria redistribución de la energía disponible entre trabajo, estudio, sexualidad, actividades sociales, tiempo libre, otros

hijos y la lactancia; en ese marco, la lactancia se presentará como una actividad que demandará especial energía. Eso hará que se pueda llegar a sentir incapaz de llevar adelante las otras tareas, lo que también alimenta la angustia y el temor a no producir leche. Por esa razón, muchos de los sentimientos en esta nueva etapa estarán también influenciados por la posibilidad de que la mujer sea capaz de realizar una sana distribución de su energía (Videla, 1997).

Como hemos visto, amamantar no sólo es importante a nivel biológico sino que también tiene un importante peso a nivel psicoemocional: los hechos que se producen durante el amamantamiento -miradas, caricias, arrullos- son insustituibles (Defey, 1995).

Aunque muchas veces puedan darse casos en los que las madres deban dejar de amamantar a sus hijos antes de los plazos recomendados, existen otras formas de intimidad física que pueden compartir madre e hijo; en este sentido, Winnicott (1989) recalca que la actividad de alimentar al bebé siempre resulta positiva y estimulante, sin importar la manera en la que se lleve a cabo. No obstante, la gratificación de amamantar presenta una experiencia única para la mujer que la vivencia.

→ Prácticas que apoyan el establecimiento de la lactancia

La separación de la madre y el recién nacido, el uso de sustitutos de la leche materna y la falta de apoyo a la madre durante el puerperio fueron observadas como algunas de las prácticas que implican un impacto negativo sobre la lactancia. Frente a esa situación, en 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef) desarrollaron los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”. El documento fue inmediatamente abarcado y promovido en conjunto por la “Iniciativa Hospital amigo del niño”, un programa desarrollado en 1991 por los mismos dos organismos con la intención de garantizar la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

A continuación, veremos qué proponen los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”.

- 1) Disponer de una política escrita relativa a la lactancia materna que en forma sistemática ponga en conocimiento de todo el personal del equipo de salud. Las prácticas que apoyan la lactancia no deben depender solo de la motivación de algunas personas; para que permanezcan en el tiempo, deben estar en conocimiento de todo el equipo de salud que atiende a la madre y al niño.
- 2) Capacitar a todo el personal de salud, de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política. Es importante que se les brinde a las madres información actualizada y consistente por parte de cada miembro del equipo de salud.
- 3) Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica. El postparto es un período difícil para recibir información nueva; por eso, lo ideal es que la información acerca de los beneficios, técnicas y otras competencias de la lactancia sean abordados durante la educación prenatal. Durante el puerperio se recomienda que solo se le recuerden conceptos como las posiciones para amamantar.
- 4) Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. Una vez ocurrido el parto, en el recién nacido sano, de término, pueden postergarse los procedimientos habituales de atención inmediata, colocándolo sobre el pecho de su madre, cubriéndolos con un campo, favoreciendo así el apego precoz y el contacto piel con piel. Si bien algunos recién nacidos logran succionar en minutos, en general requieren de un período de adaptación y

reconocimiento que dura aproximadamente 45 minutos. El recién nacido puede utilizar sus destrezas neuro-sensoriales y motoras para reptar instintivamente y alcanzar el pecho de su madre dentro de la primera hora de vida.

- 5) Mostrar a la madre cómo se debe dar de mamar y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos. Si el recién nacido logró succionar espontáneamente dentro de la primera hora luego del parto, en general no va a tener problemas para acoplarse al pezón y la aréola en la posición correcta. Si estuvieron separados durante este período, fue aspirado o recibió mamadera, puede presentar dificultades y se debe ofrecer ayuda durante las primeras mamadas.

Toda madre debe ser observada al amamantar durante su estadía en la maternidad y ayudada si presenta dificultad o dolor. También deben ser dadas de alta habiendo practicado la extracción manual de leche la cual les será de utilidad si necesita separarse de su hijo en algún momento o en caso de problemas asociados a la lactancia que requieren el vaciamiento frecuente como congestión mamaria y mastitis.

- 6) No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado. La leche materna es el alimento apropiado para el recién nacido. La decisión de usar fórmulas lácteas o sueros debe justificarse para los casos nombrados en la sección "Implicaciones biológicas de la lactancia".
- 7) Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 horas del día.
- 8) Fomentar la lactancia materna a demanda.

Los puntos **7)** y **8)** están directamente relacionados: la lactancia a libre demanda -es decir, todas las veces que el recién nacido lo requiera- no es posible si está separado de su madre. Para el establecimiento de la lactancia es necesario el contacto permanente entre madre y recién nacido.

- 9) No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales. La experiencia de succionar chupetes es distinta a la succión de la mama. Algunos recién nacidos tienen dificultad para succionar luego de usar chupetes, lo que interfiere en el establecimiento de la lactancia.
- 10) Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos al momento del alta hospitalaria. Es importante conectar a las madres, a través de grupos de apoyo, con otras mujeres que tengan o hayan tenido experiencias positivas de la lactancia. Al alta hospitalaria, se

debe citar a la mujer dentro de una semana para el control puerperal y el control del recién nacido, pero la puérpera debe saber dónde consultar antes en caso de ser necesario, ya que la mayoría de las dificultades con la lactancia se dan en este período y deben solucionarse de forma inmediata para evitar complicaciones y el fracaso de la lactancia.

Además de estos pasos, en Uruguay se cuenta con otras políticas públicas -que serán desarrolladas más adelante- que apoyan el establecimiento de la lactancia materna y procuran que esta se desarrolle desde el nacimiento, de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y luego con alimentación complementaria hasta los dos años, según las recomendaciones de la OMS (1998) e intentado que la vida laboral de la mujer no sea un obstáculo para el desarrollo de esta práctica.

5.2 Establecimiento del vínculo madre-hijo y teoría del apego

Como hemos visto anteriormente, durante la gestación, la madre experimentó sentimientos ambiguos: su hijo era parte de ella, pero también distinto a ella. Por esta razón, tras el parto, la mujer tenderá a sentir que su hijo no está completamente separado de ella, además de que al tenerlo a su lado llegará todavía a sentirlo como parte de su propio cuerpo (Díaz Rossello et al., 1991). Esta ambigüedad, como señalan Díaz Rossello et al. (1991), es propia del puerperio.

“Esta pérdida de una situación de fusión requiere un período de elaboración de duelo, y fundamentalmente, de una reorganización psicosomática”, agregan los autores. Esta aparente contradicción propicia la instalación de un canal comunicativo “predominantemente corporal, intuitivo, empático, donde [la madre] logra fácilmente descifrar los mensajes que emite su hijo” (Díaz Rossello et al., 1991, p.39).

Sin embargo, como recoge Defey (1995), “el 40% de las madres normales no se sienten profundamente involucradas emocionalmente con su bebé hasta la primera semana. Por lo tanto, es erróneo pensar que es un hecho dado que el vínculo y el encuentro ocurran o que se desarrollen inmediatamente” (p.74).

De esta manera, el comienzo del puerperio marca el inicio del vínculo real -ya no el fantaseado- entre la madre y su hijo. Como veremos a continuación, el establecimiento y desarrollo de este vínculo se verá influenciado por factores biológicos y psicológicos, externos e internos a la díada madre-hijo. Como lo afirma Defey (1995), “en la díada madre-bebé se establece una especial interacción, diferente a la que se da en todo otro vínculo” (p.39).

En la formación de este vínculo, las características que presente el bebé tenderán a influir sobre los comportamientos de la madre, así como también las condiciones innatas de la puérpera pueden afectar las conductas del bebé: no obstante, el aporte de la madre resulta mucho más complejo porque no solo implica sus características congénitas sino también su vasta experiencia en relaciones interpersonales con su familia de origen y otras personas, además de la larga incorporación de los valores y prácticas inherentes a la cultura en la que está inmersa (Bowlby, 1976).

En esta línea, Defey (1995) reflexiona:

La llegada del bebé prové a los padres la oportunidad inigualada de escribir ahora ellos el guión, reescribiendo su historia como les hubiera gustado que ocurriera cuando ellos eran pequeños. Esto puede ser la base para una relación distorsionada en la que el bebé es rehén de la historia familiar, pero también (...) para poder aprovechar la propia experiencia, para lograr una mayor

empatía con el bebé, pudiendo percibir y satisfacer sus necesidades. En este sentido, una relación gratificante con su bebé puede resultar terapéutica para los padres (pp.29-30).

Para comprender cómo afecta a la puérpera la formación y el establecimiento de este vínculo, y cómo influyen su condición psicológica y su entorno social, primero es importante abordar la naturaleza de ese vínculo, sus implicancias y sus complejidades. No debemos perder de vista que este trabajo busca analizar los procesos psicológicos normales que se dan en la mujer durante el puerperio: en ese sentido, el desarrollo del vínculo constituye uno de esos procesos.

La llegada del bebé implica una redistribución de la energía disponible en la vida habitual de la madre y en su capacidad afectiva: “Mucha de la energía y los afectos dirigidos a sí y al mundo (...), que se despliegan hasta ese entonces dentro de su espacio intrapsíquico, se redistribuyen ahora en el espacio interpersonal de la relación con el niño” (Defey, 1995, p.32).

Bowlby (1976) entiende que el vínculo afectivo todavía no se ha forjado al momento de nacer y que este se puede observar después de los seis meses de vida. No obstante, considera que existen una serie de pautas de conducta características y en parte preprogramadas que propician su desarrollo. Esto implica que, según entiende el autor, “en el curso normal de los acontecimientos, el progenitor de un bebé experimenta la intensa necesidad de comportarse de determinada manera típica” (Bowlby, 1989, p.100): eso incluye, por ejemplo, acunar al bebé, alimentarlo, consolarlo cuando llora, mantenerlo abrigado, entre otros.

Esta preprogramación, sin embargo, no implica que estos comportamientos en relación al bebé se den desde el comienzo ni tampoco en su totalidad. Además, entiende Bowlby (1989), la especificidad y los detalles de esas conductas típicas se adquieren durante previas interacciones con bebés y niños, sobre todo en la observación de la manera en la que actúan otros padres -empezando por la infancia de esa persona que se convertirá en madre o padre y el modo en el que sus padres lo trataron a él y a sus hermanos-.

De esta forma, el vínculo que une al niño con su madre es “producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta en los cuales la proximidad con la madre es una consecuencia previsible” (Bowlby, 1976, p.205).

El niño posee necesidades fisiológicas, como alimentarse o estar abrigado, que deben satisfacerse: que el bebé se interese por una figura humana, sobre todo en su madre, con la que se crea un vínculo de afecto, se explica en principio porque es esta la que satisface esas necesidades; a su debido tiempo, el niño aprende que la madre constituye la fuente de su gratificación (Bowlby, 1976).

En esa línea, Bowlby (1976) propone un ejemplo: “En los infantes existe una propensión innata a entrar en contacto con el pecho humano, succionarlo y poseerlo

oralmente. A su debido tiempo, el bebé aprende que ese pecho pertenece a la madre, por lo cual se apega a ella” (p.204).

Como hemos visto, durante el transcurso de varios meses, la proximidad del hijo y la madre se ve asegurada por las acciones de ella -que luego aportarán al mantenimiento de la proximidad ya establecida-.

Pero, ya con el pasar del tiempo, las pautas de conducta que propician el establecimiento del vínculo de afecto pasarán a enmarcarse dentro de dos categorías: conductas de señales -llevan a la madre hacia el hijo- y conductas de acercamiento -llevan al hijo hacia la madre-. El llanto, la sonrisa o el balbuceo, enmarcadas en sus respectivas circunstancias, implican conductas de señales. La búsqueda y el seguimiento -con los medios de locomoción que el niño tenga disponibles-, e incluso la succión no alimenticia o el aferramiento al pezón, constituyen conductas de acercamiento (Bowlby, 1976).

La proximidad entre la madre y el bebé, como se expuso anteriormente, se da tanto a nivel físico como psicológico: ellos se entienden casi que mejor que nadie y encuentran los mecanismos para comunicarse y satisfacer las necesidades del otro -ya sea fisiológicas o afectivas-. En el marco de este vínculo, “la conducta de **apego** constituye cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 1989, p.40).

El apego, como recoge Defey (1995) en base a los postulados de Bowlby, Klaus y Kennell, implica un fenómeno de gran importancia en las interacciones madre-hijo: se inicia durante el embarazo, a través de conductas como hablarle a la panza, elegir un nombre, preparar el futuro dormitorio, y luego del nacimiento continúa con caricias, besos y las largas miradas de cariño.

Para el bebé, la madre constituye la principal figura de apego: saber que es sensible y accesible a sus necesidades le otorga un fuerte sentimiento de seguridad, lo que alienta a fortalecer y valorar la relación entre ambos (Bowlby, 1989). Antes de entender las implicancias psicológicas para la madre de ocupar ese lugar de referencia, es importante comprender la distinción entre apego y conducta de apego.

Así lo explica Bowlby (1989):

Decir de un niño que está apegado o que tiene apego a alguien significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con este individuo, y a hacerlo sobre todo en ciertas circunstancias específicas. La disposición para comportarse de esta manera es un atributo de la persona apegada, un atributo persistente que cambia lentamente con el correr del tiempo y que no

se ve afectado por la situación del momento. En contraste, la conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que la persona adopta de vez en cuando para tener y/o mantener una proximidad deseada (p.42).

Por un lado, como vimos anteriormente, la madre experimenta el impulso de comportarse de determinada manera. En este sentido, Bowlby (1989) enumera cinco acciones que provocan una respuesta por parte de la mujer: el llanto, la sonrisa, el seguimiento, el acto de aferrarse a la madre y el llamamiento como ser gritos agudos o llamar a la madre por su condición de tal. Esto solo implica una parte de la relación de apego. Por el otro, el niño debe desarrollar “la capacidad cognitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente” -algo que se da durante los primeros seis meses de vida- (Bowlby, 1989, p.144).

Siguiendo esta línea de pensamiento, y en base a los comportamientos de la madre en respuesta a las conductas del niño, podemos diferenciar tres pautas o tipos de apego: apego seguro, el apego ansioso resistente y el apego ansioso elusivo (Bowlby, 1989).

Cuando la madre se muestra accesible a las señales de su hijo y éste confía en que ella será accesible y colaboradora ante sus conductas, estamos ante un apego seguro. Si la madre se muestra sensible en algunas oportunidades y en otras no, y el niño se siente inseguro respecto a si su madre lo ayudará cuando lo necesite, estamos en presencia de un apego ansioso resistente. Si la madre presenta un constante rechazo cuando el hijo se acerca en busca de contención, y si el niño no confía en que cuando necesite cuidados recibirá una respuesta servicial, hablamos de un apego ansioso elusivo.

Frente a esta división teórica, parece sensato pensar que el desarrollo de una pauta de apego seguro es beneficioso tanto para el niño como para la madre: con el pasar del tiempo, una pauta de apego seguro contribuirá a que el hijo tenga una “base segura” para explorar el mundo y a que la madre tenga la confianza suficiente para paulatinamente ir aumentando la distancia con su hijo, lo que propiciará que ella recupere el interés por sí misma y que el niño sea capaz de tolerarlo (Bowlby, 1989; Winnicott, 1989).

La diversidad de procesos complejos que implican el establecimiento del vínculo y la relación de apego dejan en evidencia los desafíos a los que se enfrenta la madre desde el momento en que nace su hijo. Por esta razón, intentaremos desentramar los factores psicológicos, sociales y contextuales que entran en juego durante el puerperio en relación a la interacción madre-hijo.

Cuidar a un bebé, como expone Bowlby (1989), implica una tarea especializada, ardua y agotadora, incluso para la mujer que recibe el apoyo de su entorno -pareja, madre, amigos- y que vivió una infancia sin mayores inconvenientes. Alcanza con

reparar las funciones maternas que expone Winnicott (1984) para entender lo exigente de ser madre: sostenimiento o “holding” (la forma en la que toma en sus brazos al bebé), manipulación (contribuir a que se desarrolle en el niño una asociación psicosomática que le permita percibir lo real de lo irreal) y mostración de objetos (promover la capacidad del niño para relacionarse con objetos).

Debemos tener en cuenta, además, que la madre no sólo es madre sino también un ser humano que incurre en otras actividades. “Una conducta que, hasta cierto punto compite con los cuidados del niño, es la referente a todas las tareas hogareñas”, señala Bowlby (1976) y agrega: “Empero, la mayoría de estas actividades puede interrumpirse ante el menor signo de alarma, por lo cual ellas resultan compatibles con los cuidados maternos” (p.268).

No obstante, otras actividades son más difíciles de conjugar; como, por ejemplo, las exigencias de otros miembros de la familia -en especial de la pareja y, en el caso de existir, de otros hijos pequeños-. Por esta razón, “es inevitable que la madre experimente el conflicto desencadenado, lo cual puede ir en detrimento de los cuidados que brinda al bebé” (Bowlby, 1976, p.268).

Es cierto que, como vimos anteriormente, la existencia de la “preocupación materna primaria”, predispone a la madre a “despojarse de todos sus intereses personales y a concentrarlos en el bebé” (Winnicott, 1984, p.29). Sin embargo, ello no implica que esta situación pueda vivirse durante las primeras etapas de forma intensa, de manera tal que implique “una coartación total de la propia autonomía en todos los niveles” (Defey, 1995, p.34).

En este entramado de procesos y desafíos, el contexto en el que están inmersos madre e hijo juega un papel importante. “Desde el momento del nacimiento, la atención se vuelca sobre el bebé” (Bowlby, 1989, p.19), pero las exigencias siguen recayendo sobre la madre. Parece sensato pensar que, para que la mujer se comporte de la manera esperada -las conductas típicas ya tratadas-, son necesarios “un tiempo adecuado y una atmósfera relajada”, especialmente en el caso de la madre que, por lo general, soporta la mayor parte de la crianza, por lo que necesita toda la ayuda posible” (Bowlby, 1989, p.26).

Además, la conducta que muestra la madre hacia el bebé también estará influida por sus anteriores experiencias personales (Bowlby, 1989, p.28). En este sentido, por ejemplo, el autor señala que las madres que se muestran insensibles a las señales de sus hijos tal vez así lo están porque están preocupadas y afectadas por otras cuestiones (Bowlby, 1989).

Si tomamos como válido que, como plantea Winnicott, (1989) el observar a un bebé es también observar el medio que lo rodea y a su madre, resulta razonable pensar que para que la madre pueda desarrollar su rol de forma más sana y eficaz para el bebé, tenga también que sentirse segura y amada por parte de su entorno, además de ser aceptada en los círculos más amplios que constituyen la sociedad (Winnicott, 1984).

Así lo entiende también Defey (1995):

El maternaje está condicionado también por el sistema de apoyo actual que está recibiendo una madre, sea de su pareja, de su propia madre, de parientes o amigos. Una madre con una buena relación de pareja, con un buen sostén de su medio, está en mejores condiciones de entregarse a su bebé y percibir lo que este necesita. Por el contrario, una madre sin un sistema de apoyo al que recurrir y en el que confiar, no estará apta para brindar un adecuado holding a su bebé, ni atender las necesidades que pueda manifestar el pequeño (p.128).

Está claro que el recién nacido necesita fundamentalmente de su madre y que los cuidados que ella le pueda ofrecer le brindan la sensación de que el mundo no es tan amenazante. Siendo así, debe tenerse en cuenta que “cada díada madre-hijo debe encontrar un terreno de entendimiento, en el que se respeten las sensibilidades de cada uno” (Defey, 1995, p.65). Por esta razón, es importante tener presente que, como propone Bowlby (1989), los bebés están preprogramados para desarrollarse de manera cooperativa -que lo hagan o no lo hagan, depende en gran parte de cómo sean tratados-.

A los procesos psicológicos que vivencia la mujer durante el puerperio en relación a su hijo y al entorno -lo que incluye exigencias y comportamientos esperados- se le suman los cambios que experimenta en relación a su propia psiquis, lo que abarca desde su forma de comportarse hasta su manera de pensar el mundo.

La mujer no sólo se despoja de intereses y actividades que pudiera haber tenido sino que, además, experimenta una regresión en sus conductas habituales -la cual comienza en el embarazo-. Estos cambios le permitirán conectar en mayor grado con su hijo: modifica sus expresiones faciales (se vuelve más teatral), habla de forma más aniñada y su mirada suele centrarse en el bebé (Díaz Rossello et al., 1991).

Además, cuando está con su bebé, la madre actúa de un modo distinto a cómo se relacionaría con otro adulto o un niño mayor en circunstancias habituales. Estas conductas se enmarcan dentro de los denominados comportamientos maternos que forman parte del proceso de regresión.

Otro proceso que se da durante esta etapa regresiva tiene que ver con la “magnificación” de los comportamientos del hijo: “La simple emisión de un ruido parece tener para la madre un significado trascendente, que la estimula a iniciar una intensa interacción (...) [La madre] aprehende sutilmente gestos del bebé que para otra persona ajena a la díada podrían pasar desapercibidos” (Díaz Rossello et al., 1991, p.83).

En esta misma línea, la mirada materna enfocada constantemente sobre su hijo -por ejemplo, es frecuente que observe su cara durante el 70% de la lactada- se vincula con la “función de control vital”, así denominada por Díaz Rossello et al. (1991): algo que desde afuera parecería ser de disfrute y cariño, como lo es estar mirándose, también implica un estado de alerta para la madre, que “necesita que el bebé se mantenga despierto, respire, esté activo, para comprobar que está vivo y sano” (p.26).

Con el pasar de los meses, la mirada y la sonrisa del hijo en relación al entorno pasan a ser tomados por la madre como una señal de que la integración del niño en el mundo se está dando de forma adecuada: percibir que su hijo es un ser humano distinto a ella, le permite entablar la diferenciación con él e ir, paulatinamente, dejando atrás el estado de regresión en el que estaba inmersa (Díaz Rossello et al., 1991).

Al consolidarse esta diferenciación entre madre e hijo, se propicia el pasaje de una relación proximal hacia una más distal. Como consecuencia de ello, en este período el mundo exterior comienza a cobrar mayor importancia para la madre, lo que la lleva a retomar actividades previas al embarazo (Díaz Rossello et al., 1991).

Más allá de que la distancia entre ellos sea cada vez mayor y cada uno encuentre su manera de estar en el mundo, no debe perderse de vista que nunca dejarán de ser madre e hijo: desde el lado de la madre, “siempre permanece latente su tendencia a recobrar al hijo, por lo que suele vigilarlo y prestar atención a sus gritos, lista para actuar ante la más mínima señal de alarma” (Bowlby, 1976, p.67).

Desde el lado del hijo, esta separación también favorece el aumento de su desarrollo psicoafectivo. Así lo señala Defey (1994a):

Sin duda el hijo precisa el amor maternal, pero también el “odio” maternal. Para crecer, un niño precisará de presencia y afecto, protección y dedicación, pero también de cierto grado de ausencia que le permita anhelar la presencia y crear así el recuerdo y la capacidad de recordar y amar, cierta indiferencia que le permita buscar en otros la mirada cargada de interés y ampliar así el mundo de sus vínculos y sus afectos (...) Una madre que solo lo odiara, sin duda, destruiría al niño, pero una madre que solo lo amara lo asfixiaría y no lo dejaría crecer, dejándolo preso como posesión y parte propia (p.109).

Hemos visto cómo durante el proceso de interacción madre-hijo se suceden una variada y compleja cantidad de procesos psicológicos que afectan las respuestas

maternas, sus sentimientos y su forma de vincularse con el entorno. Parece razonable creer entonces que la maternidad no debería quedar solamente regida por las exigencias que habitualmente recaen sobre ella.

La madre, como consideran Díaz Rossello et al. (1991), para “poder recepcionar, comprender y calmar las necesidades del bebé, ella misma debiera ser comprendida y apoyada antes y durante esta experiencia” (p.55).

5.3 Síntesis del capítulo

Además de los movimientos intrapsíquicos que ocurren en la mujer durante el puerperio, hay dos procesos que también tienen lugar durante esa etapa y que conllevan importantes implicancias psicoemocionales: el establecimiento de la lactancia -con implicaciones también biológicas- y la formación del vínculo madre-hijo. La lactancia materna abarca la forma fisiológica de alimentar al recién nacido y tiene efectos beneficiosos tanto para la madre como para el hijo. La mayoría de mujeres y recién nacidos están en condiciones de amamantar y ser amamantados. Amamantar no sólo es importante a nivel biológico, sino que también tiene importancia a nivel psicoemocional, los hechos que se producen durante el amamantamiento -miradas, caricias, arrullos-, son insustituibles. Pero la lactancia implica otra fuente de ansiedades para la mujer, que se relacionan con el temor a no tener leche y a las distintas reacciones que pueda tener el hijo frente al pecho, entre otras. Por esta razón, la energía que debe invertir la mujer en la lactancia es mucha. Por otro lado, el comienzo del puerperio marca el inicio del vínculo real -ya no el fantaseado- entre la madre y su hijo. El establecimiento y desarrollo de ese vínculo se verá influenciado por factores biológicos y psicológicos, externos e internos a la díada madre-hijo. La proximidad entre la madre y el bebé se da tanto a nivel físico como psicológico: ellos se entienden casi que mejor que nadie y encuentran los mecanismos para comunicarse y satisfacer las necesidades del otro -ya sea fisiológicas o afectivas-. En el marco de ese vínculo, se da la conducta de apego, que constituye cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad. La diversidad de procesos complejos que implican el establecimiento del vínculo y la relación de apego dejan en evidencia los desafíos a los que se enfrenta la madre desde el momento en que nace su hijo.

CAPÍTULO VI

Políticas públicas vigentes en Uruguay

«Las frases hechas o paternalistas no humanizan el trato a los pacientes. Las respuestas que ayudan surgen cuando te sumerges en el sufrimiento de los pacientes.»

José Luis Jurado (enfermero ganador del Premio Humanizar en Barcelona)

La Constitución de Uruguay establece en su artículo siete que “los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad”.

Si consideramos a la maternidad como un aspecto que forma parte del ciclo vital de la mujer, podríamos entender que las diferentes normas vigentes en el orden jurídico uruguayo deberían procurar atender también esta dimensión desde lugares y acciones competentes.

De esta manera, podría pensarse que “las condiciones en las que se producen los embarazos, la estructuras familiares para la crianza y salud física y mental de las familias, no queden rezagados exclusivamente a las familias sino que son parte de la responsabilidad social y de las políticas públicas” (Corbo et al., 2011, p.23).

En este capítulo se buscará exponer las políticas públicas que ha desarrollado el Estado uruguayo, ya sea en base a normas y guías internacionales como a legislación propia, que inciden en la maternidad, especialmente en lo relacionado con el abordaje de los aspectos psicoemocionales normales del puerperio.

6.1 ¿Qué sucede con la atención después del parto?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) -organismo de las Naciones Unidas a cuyos lineamientos Uruguay se adapta y los incorpora- plantea una serie de pautas relacionadas con la atención postparto a madres y recién nacidos que, entre otras cosas, hacen hincapié en “promover una atención de la madre que sea respetuosa y centrada en la mujer, tratándola con amabilidad, dignidad y respeto” (OMS, 2013, p.3).

En este sentido, se entiende que “la atención respetuosa durante la maternidad es parte fundamental de la atención postnatal, en especial en los establecimientos sanitarios”. Estas ideas parten de la base de valorar al puerperio como “una fase crítica en las vidas de las madres y los recién nacidos” (OMS, 2013, p.1).

La misma noción es destacada por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014), desde donde se señala que el puerperio “se trata de un período de gran exigencia para la mujer desde el punto de vista biológico, psicológico y social”, en el que pueden presentarse complicaciones como cambios y trastornos psicológicos (p.101).

Esta idea también se refuerza en las *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional* (MSP, 2018), donde se entiende que el puerperio puede “plantear un escenario estresante en el que el apoyo emocional, la contención y empatía, brindada por los acompañantes y el equipo de salud, son de vital importancia para todo el núcleo familiar” (p.28).

A partir del nacimiento, comienza una nueva etapa en la vida la mujer. En este sentido, por ejemplo, en las recomendaciones que la OMS (2013) hace relacionadas con el cuidado de las madres y los recién nacidos, se estipula el brindar atención en las primeras 24 horas luego del parto, independientemente del lugar donde acontezca. Esto incluye un primer examen clínico completo aproximadamente una hora después al parto. El MSP (2014), en tanto, establece que este control se realice a las primeras dos horas siguientes al parto.

“Es en nuestras maternidades donde asistimos de forma privilegiada a un acontecimiento social y vital, único, intransferible para nuestros niños, niñas, mujeres, parejas, y sus familias”, valoran desde la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2019, p.9). No sólo se trata de garantizar la cobertura formal, agregan, sino que también se busca garantizar “calidad, derechos y un trato cercano y humano” (ASSE, 2019, p.10). Esta idea se resume en el concepto de un **cuidado humanizado**, algo que se intenta promover en todas las maternidades del Uruguay.

Un modelo de humanización del cuidado de la salud “propone ubicar al individuo en consulta en el centro del proceso de atención, valorando sus opiniones, su singularidad, sus preferencias y necesidades como aspectos trascendentes en la toma de decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas” (ASSE, 2019, p.22).

De esta forma, desde ASSE promueven “intervenir menos, observar, acompañar y escuchar más”. En esta misma línea, por ejemplo, la OMS (2013) remarca que el equipo de salud debe darle la oportunidad a la mujer de hablar sobre su experiencia en el parto mientras todavía está internada en el centro hospitalario.

Por otra parte, otro aspecto señalado como importante por la OMS (2013) tiene que ver con la permanencia en el centro hospitalario: se promueve garantizar que las mujeres y los recién nacidos permanezcan internados durante 24 horas como mínimo, evitando que sean dados de alta de manera temprana.

En consonancia con esa recomendación, se fomenta que el Estado determine si es necesario mejorar la infraestructura de las maternidades en cuanto a aspectos como, por ejemplo, la cantidad de camas y el personal de salud en las salas de puerperio, con el objetivo de que las mujeres se sientan cómodas y reciban atención respetuosa. En este sentido, desde el MSP (2009) promueven que los establecimientos de salud deben implementar el alojamiento conjunto del recién nacido y su madre desde el nacimiento hasta el momento del alta.

Además, el ministerio también señala la importancia de que en las salas de internación se priorice la intimidad de la usuaria y se piense la existencia de un espacio donde el acompañante que la mujer elija pueda instalarse y permanecer junto a ella (MSP, 2018). En este marco, desde la Confederación Internacional de Matronas (2018) se señala que es precisamente en esos contextos donde las parteras deben “proporcionar un ambiente cálido y seguro para iniciar la lactancia materna y el apego en la primera hora de vida” (p.19).

Desde ASSE (2019) incorporan la idea de que el nacimiento es un evento social y cultural y no solamente un fenómeno biológico. En este sentido, entienden como una buena práctica el promover el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio, además del contacto piel a piel entre la mujer y el recién nacido.

El decreto número 67/006, que regula la Ley N° 17386 del 23/08/2001 (Acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento), y el decreto número 293/010, que regula la Ley N° 18426 del 01/12/2008 (Sobre Salud Sexual y Reproductiva), establecen promover la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio. En la misma línea se expresa la Confederación Internacional de Matronas (2018), que promueve el involucrar a la pareja o a las personas que la mujer haya elegido en compartir la responsabilidad de los cuidados del recién nacido.

Ya sobre el momento del alta hospitalaria, que según el MSP (2014) debe indicarse entre las 48 y 72 horas, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) establece en su *Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS* (2011) que son varias las cuestiones a indicar con precisión: la forma en que la mujer puede y debe seguir en contacto con el sistema de salud; las nuevas necesidades de soporte y apoyo ante los desafíos de la maternidad, y los recursos existentes en la comunidad y el sistema a los que puede acudir; y pautas

que la orienten hacia una posible consulta en caso de que aparezcan elementos de alarma.

Además, desde el MSP (2014) señalan que es importante por parte del equipo de salud asegurarse de que existe un entorno familiar continente . En el caso de no existir, se deben tomar las medidas necesarias para un seguimiento intensivo; sin embargo, no se especifican acciones a tomar ante la presencia de esta situación.

Aunque el *Manual para la atención a la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio* (MSP, 2014) remarca la importancia de establecer un cronograma de consultas puerperales, no se detalla con precisión la periodicidad de los controles. No obstante, desde el CLAP (2011) y la OMS (2015) señalan que el primer contacto después del alta debe darse entre los siete y catorce días posteriores al nacimiento. Igualmente, el MSP (2014) aconseja hacer coincidir los controles puerperales con los del recién nacido, de forma de alterar lo menos posible la nueva dinámica familiar.

El siguiente control puerperal debería darse a las seis semanas posteriores al parto, según el CLAP (2011) y la OMS (2013; 2015). Esta instancia suele ser la última de intercambio entre la mujer y el equipo de salud, por lo que estos organismos recomiendan efectuar un examen clínico completo. Esto incluye aspectos como: evaluar la evolución de la lactancia, investigar síntomas de depresión, prestar atención a situaciones de desamparo y violencia doméstica, el reinicio de las relaciones sexuales, analizar los planes de reinicio de las actividades laborales y educativas, entre otros.

Además de los controles en los centros asistenciales, la OMS (2013) propone fortalecer la atención puerperal mediante la incursión en visitas domiciliarias. En esta línea, el organismo internacional incita a que el Estado determine la mejor manera de integrar las visitas domiciliarias en lo referido a la responsabilidad y formación de las parteras, además de otros profesionales de la comunidad de la salud. También propone investigar estrategias de prestación de asistencia médica a través de dispositivos móviles. En el caso de Uruguay, podemos abordar dos estrategias relacionadas con estas propuestas: Programa Aduana y Línea MAMÁ.

El Programa Aduana funciona bajo la órbita de ASSE y sus comienzos se remontan a la década del setenta. Consiste en mejorar la salud de los recién nacidos y lactantes hasta los dos años de vida, identificándolos en las maternidades al momento del nacimiento, derivando al primer nivel de atención y realizando un seguimiento si faltan a la consulta, en base a instrumentos como la visita domiciliaria. No obstante, este plan se enfoca en la salud del niño y no en los aspectos vinculados a la mujer.

Por otro lado, la Línea MAMÁ fue parte de un convenio realizado entre el MSP, la empresa de telefonía móvil Movistar y la emergencia médica SUAT, por el que se ofrecía una línea telefónica (095 64 62 62) gratuita a la que se podía llamar para evacuar dudas acerca de la lactancia materna, así como también para viabilizar la intención de mujeres que quisieran donar leche materna. Este servicio, según se

constató con un representante de la emergencia médica SUAT, estuvo activo desde mayo de 2008 y dejó de funcionar en agosto de 2019 (comunicación personal con representante de emergencia médica SUAT el 27/01/2020).

6.2 Controles puerperales y atención integral con énfasis en salud mental

En el apartado anterior vimos cómo el Estado uruguayo y los organismos internacionales por los que se rige velan por los cuidados de la mujer durante el puerperio. Ahora analizaremos cómo las directrices de las políticas públicas miran a la salud mental y a la atención integral de la mujer durante la etapa puerperal.

La OMS (2004) propone que la salud mental es una parte integral de la salud, por lo que es más que la ausencia de enfermedad y está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta: “Es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.14).

El Estado uruguayo, por su parte, desarrolló en el 2017 la Ley N°19529 sobre Salud Mental. Esta norma busca garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país. En esta línea, señala que la protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Además, la ley propone reconocer a las personas de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.

En ese sentido, desde ASSE (2019) se propone que en las maternidades se desarrolle un abordaje multidimensional de las mujeres, lo que implica pensar al individuo “a lo largo de su ciclo vital, en las distintas esferas de su desarrollo (biológico, psicológico y social)” (p.26).

En uno de sus manuales para la promoción de la salud mental, la OMS (2004) destaca que existe evidencia sobre la efectividad de los programas y políticas públicas vinculadas a la promoción de la salud mental: los resultados muestran que se trata de una opción realista dentro de los lineamientos de la salud pública en entornos tales como la atención perinatal, entre otros. En este sentido, el organismo internacional remarca que las intervenciones para mejorar la salud de la madre mejorarán las relaciones madre-hijo y darán herramientas para el empoderamiento materno.

En el *Manual para la atención de la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio* (MSP, 2014) se incluye un apartado especial donde se habla de la valoración del estado emocional de la puérpera.

En este sentido, expresa:

La mujer durante el puerperio pasa, normalmente, por una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados, entre otras cosas, con el cansancio físico, el nuevo rol de mujer-madre, las expectativas que tenía con respecto a este rol, preocupación por su capacidad como madre y por el bienestar del recién nacido y molestias puerperales (p.124).

Además de los aspectos fisiológicos, se espera que el profesional de salud se preocupe por el bienestar emocional de la madre. Desde el MSP (2018) se enfatiza en el hecho de que el puerperio implica la recuperación de un evento fisiológico: por esta razón, un buen descanso, una correcta alimentación y un marco de contención emocional conforman los pilares de la atención esperada durante este período.

Siendo así, el equipo de salud debe también preguntarle a la mujer por la ayuda que obtiene por parte de su entorno para poder resolver las situaciones diarias intrínsecas a la maternidad y no sólo por aspectos que hacen a las cuestiones biológicas (CLAP, 2011).

En esta línea, la OMS (2013) promueve que en cada contacto de atención puerperal se les pregunte a las mujeres acerca de sus emociones. Además, se señala que todas las mujeres deben recibir información relacionada con el proceso psicológico de recuperación postparto y se hace hincapié en la necesidad de indicar que algunos problemas de salud son frecuentes. También entiende que, entre los diez y catorce días posteriores al parto, se debe interrogar a las mujeres respecto a si ya no sienten síntomas de “baby blues” -depresión postparto leve y transitoria-.

Entre las preguntas que se le deben realizar a la mujer en las consultas, se encuentran: ¿cómo te has sentido recientemente?, ¿has estado de mal humor?, ¿has podido disfrutar de las cosas que usualmente disfrutas?, ¿has tenido tu nivel habitual de energía o has tenido sensación de cansancio?. Por otro lado, la OMS (2015) también recomienda interrogar sobre alguno de los siguientes sentimientos o comportamientos: culpa inapropiada o negativa, estado de ánimo triste o ansioso, irritabilidad, dificultades para realizar las tareas habituales (actividades domésticas o sociales), desesperanza sobre ella misma o su recién nacido, entre otros.

En el caso de que los síntomas persistan más allá de los catorce días posteriores al parto, el profesional deberá realizar la derivación correspondiente. Siendo así, el Estado debe asegurar que en los centros de salud se den las conexiones necesarias entre los diferentes servicios (obstetricia y salud mental) (OMS, 2013).

La Ley N° 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva establece que cada prestador de salud debe contar con un equipo de referencia multidisciplinario, cuya integración

mínima deberá ser con: ginecólogo, obstetra-partera y psicólogo, además de aquellos profesionales que sean necesarios a la hora de abordar las diferentes situaciones. Ese equipo de referencia deberá asegurar la integralidad de los servicios.

En esta línea, desde el CLAP (2011) se considera que el personal de salud deberá siempre tratar a las madres y a sus familias de forma respetuosa, digna y cariñosa. Además, se tendrán que respetar los diversos puntos de vista, las creencias y valores vinculados con el autocuidado y el del niño, siempre y cuando estos no pongan en riesgo de la salud de ambos. Un elemento común a todas las interacciones es la buena comunicación.

En consonancia con esas ideas, la Ley sobre Salud Mental (2017) mandata al Ministerio de Salud Pública a desarrollar instancias de formación en salud mental dirigidas a los profesionales de las distintas disciplinas que participan en la atención integral de la salud. Esta acción concuerda con lo estipulado por la OMS (2004), que entiende que lo amplio del concepto de salud mental también significa que no es sólo incumbencia exclusiva de los profesionales de la salud mental.

6.3 Mecanismos de apoyo a la mujer y su familia

Mediante la Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva (2008), el Estado uruguayo se compromete a garantizar las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población; para ello, se compromete a promover políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, además de diseñar programas y mandar a los diferentes servicios para que los desarrollen. Siendo así, buscará la coordinación interinstitucional y la participación de las redes sociales y de usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

A continuación, veremos algunos de los mecanismos concretos de apoyo a la maternidad que el Estado uruguayo ha desarrollado a través de sus diferentes áreas y niveles de atención.

→ Clases de preparación para el nacimiento y la crianza

El Ministerio de Salud Pública (2015) fijó diversos objetivos sanitarios para el año 2020. Entre ellos se encuentra el mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida; en pos de la humanización de los partos y las cesáreas, se plantea una propuesta de intervención relacionada con la educación para la salud: esto incluye la obligatoriedad de brindar clases gratuitas de educación para el embarazo, parto y crianza.

En este marco, para promover que los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud cumplan con el dictado de estas clases, el ministerio presentó una pauta para la implementación de los cursos: *Metas Asistenciales* (2019). En esta guía se establece cómo deben ser las actividades educativas referidas a los cambios que afrontan las mujeres y sus parejas durante el embarazo, parto y puerperio, con el objetivo de que la maternidad y paternidad se disfruten haciendo un ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

El curso, según se establece, deberá contar con un mínimo de siete encuentros en modalidad presencial o virtual, los cuales deberán darse antes del nacimiento. En este sentido, se entiende que deberán dictarse en horarios razonables, amplios y flexibles, y tendrá que registrarse la asistencia. La institución deberá asegurar la disponibilidad de recursos humanos capacitados, recursos materiales y un ambiente adecuado. Asimismo, el equipo de preparación para el nacimiento será coordinado por una obstetra-partera y se integrará el conocimiento de otros profesionales (por ejemplo, psicólogo, trabajador social, nutricionista, entre otros).

Entre los contenidos prioritarios del curso se señalan: importancia del control obstétrico y neonatal, derechos de la mujer y su pareja como licencia maternal y paternal; cuidados, estimulación y desarrollo del recién nacido; cambios, cuidados y motivos de consulta en el puerperio; lactancia materna; fomentar el vínculo madre-hijo-padre; entre otros.

→ **Licencias por maternidad y paternidad**

Las licencias por maternidad y por paternidad forman parte de los derechos de de las trabajadoras y los trabajadores, tanto privados (Ley N° 19.161) como públicos (Ley N° 19.121).

La licencia por maternidad en el ámbito privado es de catorce semanas e implica el pago del 100% del salario para el cuidado del recién nacido. Se trata de un derecho que corresponde a todas las trabajadoras dependientes, las no dependientes que desarrollen tareas amparadas por Banco de Previsión Social (BPS) sin más de un trabajador a cargo, y a las titulares de empresas monotributistas.

Debe comenzar seis semanas antes de la fecha del parto y extenderse hasta ocho semanas después. En caso de contar con la autorización médica correspondiente, la fecha de comienzo de la licencia puede aproximarse el parto. En todos los casos, no podrá ser menor a catorce semanas.

Una vez finalizada la licencia por maternidad, tanto trabajadores como trabajadoras de la actividad privada tienen derecho a una licencia para cuidados del recién nacido. En el ámbito privado, el subsidio de cuidados parentales consiste en la reducción de la jornada laboral (medio horario), y puede tomarlo la madre o el padre (alternadamente) hasta los seis meses del bebé. El BPS cubre el 100% del pago de las horas reducidas.

En el caso del ámbito público, la licencia por maternidad para las trabajadoras implica un subsidio de trece semanas por el 100% del salario para el cuidado del recién nacido. Reglamentariamente, la licencia debe comenzar una semana antes del parto y extenderse hasta doce semanas después, pero podrá adelantarse hasta seis semanas antes de la fecha del parto.

Una vez finalizada la licencia por maternidad, las funcionarios públicas tienen derecho a reducir a la mitad la jornada laboral por lactancia hasta un máximo de nueve meses. El BPS cubre el 100% del pago de las horas reducidas. En caso de nacimientos múltiples, pretérminos o en caso de que el bebé tenga alguna discapacidad, la licencia por maternidad será de dieciocho semanas.

La licencia por paternidad para los trabajadores del ámbito privado amparados por el BPS es de trece días. En el caso de la Administración Central implica diez días continuos. En todos los casos se trata de licencia con goce de sueldo.

→ Programa Uruguay Crece Contigo

Uruguay Crece Contigo (UCC) es una política pública de cobertura nacional que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Pretende brindar cuidados y protección adecuados a mujeres embarazadas y a niños y niñas menores de cuatro años.

Este programa funciona a través de la articulación y el fortalecimiento que el Estado desarrolla mediante diversas acciones. Participan instituciones como: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), MSP, ASSE, Ministerio de Educación y Cultura (MEC), BPS, entre otros.

Uruguay Crece Contigo se propone: desarrollar acciones socioeducativas para promover buenas prácticas en las familias; disminuir la incidencia de los factores de riesgo socio-sanitarios; orientar sobre pautas de crianza y estimulación del desarrollo infantil; fomentar la participación activa del padre en la crianza; entre otros.

Entre las acciones concretas que este programa lleva adelante, se encuentran: entrega de un “set de bienvenida” a los recién nacidos, tanto del sector público como privado, que contiene materiales didácticos para promover buenas prácticas de crianza; campañas de sensibilización sobre la importancia de la primera infancia, tanto en los medios masivos de comunicación como en la vía pública y a través de mensajes de texto; actividades de trabajo vinculadas con el acompañamiento familiar directamente en los hogares.

→ Programa de Atención Integral a la Mujer

El Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM) funciona en la órbita de la Intendencia de Montevideo en coordinación con su División de Salud. Presta atención ginecológica a mujeres en las policlínicas municipales y por convenio.

El PAIM está dirigido a mujeres de sectores populares excluidos (sectores medios bajos y empobrecidos de la capital) y vecinas de los barrios de influencia de las policlínicas municipales.

Este programa se basa en el desarrollo de tres subprogramas: maternidad informada y voluntaria; prevención y control del cáncer genito-mamario; atención integral al embarazo, parto y puerperio.

Actualmente funciona en dieciocho policlínicas municipales y en seis policlínicas comunitarias.

→ Norma Nacional de Lactancia Materna e implementación de salas de lactancia

En el marco del Programa Nacional de Salud de la Niñez, el Ministerio de Salud Pública elaboró en el año 2009 la denominada *Norma Nacional de Lactancia Materna*. Allí se establecen los lineamientos para la implementación y desarrollo de acciones que promuevan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años.

Esta norma establece que toda mujer y su pareja tienen el derecho a recibir la información y los consejos necesarios sobre los beneficios del amamantamiento, por parte del personal de salud.

Por otro lado, también se señala que todo el personal que trabaja en los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud, en los que se prestan servicios de atención a la mujer embarazada, deberán estar capacitados en las “Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño” -anteriormente explicadas-, con el objetivo de fomentar el amamantamiento. Entre las acciones a desarrollar se encuentra el reforzar la confianza y autoestima de la madre en su capacidad de amamantar.

Asimismo, se establecen los requisitos y condiciones para la creación y funcionamiento de los Bancos de Leche Humana, así como los criterios para su utilización.

En tanto, en el año 2017, el Parlamento uruguayo sancionó la Ley N°19530 sobre la Aprobación de la instalación de las Salas de Lactancia Materna. Esta norma establece la definición y características de las salas de lactancia: se trata de un área exclusiva y acondicionada para las mujeres con el fin de amamantar, realizar la extracción de leche, además de su almacenamiento y conservación.

La normativa señala que las salas deberán estar ubicadas en los edificios o locales públicos y privados en los que trabajen o estudien veinte o más mujeres o trabajen cincuenta o más empleados. En estos espacios se debe garantizar la privacidad, la seguridad, la comodidad, la higiene y el fácil acceso.

Los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social fueron designados mediante esa ley como los encargados de llevar adelante campañas de sensibilización sobre la importancia de la lactancia materna y de las salas de lactancia materna.

En el decreto N° 234/018 (promulgado el 30/07/2018), que regula esta ley, se establece que las salas de lactancia comprenden a las mujeres en la franja etaria de 15 a 49 años. También allí se establecen las especificidades sobre cómo deben ser las salas y con qué equipamiento deben contar.

Además, estipula que la trabajadora que amamante a su hijo estará autorizada a interrumpir sus tareas laborales durante dos períodos de media hora cada uno o un período de una hora, a elección de la trabajadora, dentro de su jornada diaria. Esos lapsos de tiempo serán computados como trabajo efectivo. El médico de referencia de la funcionaria, será el encargado de fijar la duración el período de lactancia.

6.4 Mecanismos de apoyo no estatales

En este capítulo hemos descrito cómo el Estado uruguayo a través de distintos mecanismos brinda apoyo a la mujer y su familia para poder transitar el proceso de embarazo, parto y puerperio. No obstante, también la sociedad civil se ha organizado de diferentes maneras para generar espacios de contención en busca de mejorar la experiencia de las mujeres y sus familias durante estos períodos. A continuación, expondremos dos ejemplos: *Club de Mamis* y *Raíces Maternales*.

→ *Club de mami*s

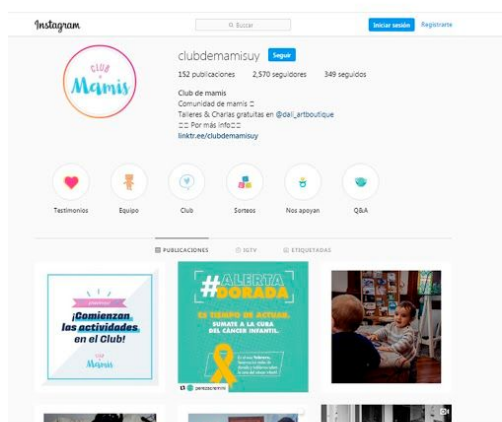
*Club de mami*s es una propuesta dirigida a embarazadas y madres recientes, que pretende brindar una guía para sobrellevar los procesos involucrados durante el embarazo, parto y puerperio: "Para compartir todo lo que trae la maternidad", según explicaron las fundadoras del club en diálogo con *Montevideo Portal* (2018).

Las creadoras son Ivana Azcué -directora de Dalí Art Boutique, espacio donde se realizan los talleres- y Alejandra Frutos -licenciada en Comunicación-. Luego de analizar sus propias experiencias respecto a la maternidad, ambas decidieron crear un proyecto para que la interacción entre las madres y el hecho de compartir las vivencias personales de cada una generase un fortalecimiento en la autoconfianza de las mujeres y en los vínculos con sus hijos.

Los talleres son gratuitos, en grupos reducidos, con el objetivo de que las embarazadas y madres recientes puedan intercambiar sus experiencias y a la vez recibir información por parte de un equipo de especialistas.

Aquellas mujeres que desean participar deben inscribirse previamente y sin costo a través de un correo electrónico (clubdemamisuy@gmail.com), pudiendo acceder a charlas exclusivas para embarazadas y talleres a los que nombran "experiencias vivenciales" dirigidos a púerperas recientes o a madres con hijos de hasta un año de edad.

Estos son algunos ejemplos del trabajo de *Club de mami* en redes sociales:



Fuentes: <https://www.facebook.com/clubdemamisuy/>; Instagram: @clubdemamisuy.

→ *Raíces Maternales*

Raíces Maternales es un grupo de mujeres con diferente formación que brindan información, apoyo y asesoramiento en el proceso de embarazo, parto, puerperio, tal como explican en su página de Facebook. Fue fundado por la licenciada en Psicología y doula Mercedes Pérez Rueda.

Realizan talleres grupales de preparación para el nacimiento, no sólo enfocados en la mujer sino que también hacen énfasis en la preparación de su acompañante, brindando información con el fin de que se respeten los tiempos de las mujeres y de que el nacimiento se dé en un ambiente seguro y confortable.

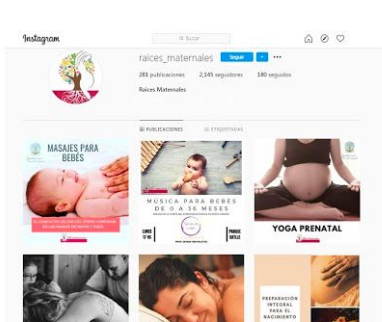
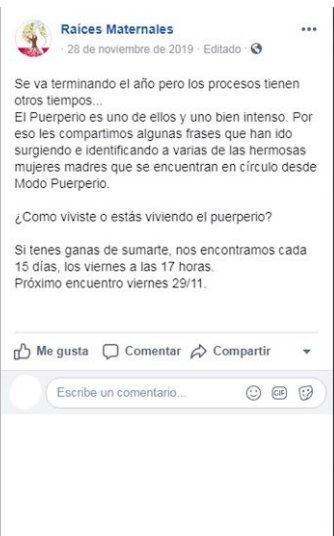
También brindan apoyo para el puerperio acercándose a temas como lactancia, cuidados del recién nacido y crianza respetuosa. Para ello, generan un espacio de intercambio reflexivo donde la mujer y su familia puedan evacuar sus dudas y encontrar apoyo tanto físico como emocional, promoviendo la toma de decisiones informadas, considerando la información como herramienta básica.

Desde octubre del 2019 funciona en el marco de *Raíces Maternales* un espacio denominado *Modo Puerperio*. Se lleva adelante los viernes cada quince días y tiene como objetivo generar un ambiente de intercambio y encuentro entre las mujeres que atraviesan este período, con todos los cambios a nivel físico y emocional que este implica, donde la presencia de un grupo de apoyo parece ser parte esencial para transitar este proceso para poder sentirse seguras, sostenidas y acompañadas. Las madres que concurren pueden hacerlo con o sin sus hijos, según cómo lo sientan.

En ese espacio, las madres son invitadas a plasmar en una frase qué es para ellas el puerperio. Estas son algunas de sus respuestas -extraídas de la página de *Raíces Maternales* en la red social Facebook-: “Solitario por momentos”; “idealizado y duro”; “terremoto emocional”; “increíblemente transformador”; “hoy no es siempre”; “soltar el control”.

El contacto con el grupo puede hacerse vía correo electrónico (raicesmaternales@gmail.com) o mediante sus redes sociales.

Trabajo de Raíces Maternales en redes sociales:



Fuentes: www.facebook.com/raicesmaternales/; Instagram: @raices_maternales

6.5 Síntesis del capítulo

Las condiciones en las que se producen los embarazos y la crianza también son parte de la responsabilidad del Estado y de las acciones que lleva adelante a través de políticas públicas. El Estado uruguayo se rige por guías y recomendaciones elaboradas con criterio propio y también por las establecidas por instituciones como la Organización Mundial de la Salud, entre otros. El Ministerio de Salud Pública entiende que el puerperio plantea un escenario estresante en el que el apoyo emocional, la contención y empatía, brindada por los acompañantes y el equipo de salud, son de vital importancia para todo el núcleo familiar. Por esa razón, se han desarrollado diferentes instrumentos en pos de garantizar calidad, derechos y un trato cercano y humano. Eso abarca diversas exigencias promovidas tanto por el Estado como por organismos internacionales, tales como: la permanencia en el centro hospitalario de las mujeres y los recién nacidos; mejorar la infraestructura de las maternidades; salas de internación donde se priorice la intimidad de la usuaria y su familia; la información disponible vinculada a cómo se debe seguir en contacto con el sistema de salud, las nuevas necesidades de soporte y apoyo ante los desafíos de la maternidad, y los recursos existentes en la comunidad y el sistema a los que puede acudir; un cronograma de controles puerperales, tanto en los centros de salud como domiciliarios -en el caso de Uruguay se mencionan el Programa Aduana y la Línea MAMÁ-. Además, se entiende que las puérperas merecen un abordaje integral de su salud y que los controles puerperales deben contemplar la salud mental. Siendo así, desde el Estado uruguayo se proponen diversos mecanismos de apoyo a la mujer y su familia: Clases de preparación para el nacimiento y la crianza; licencias por maternidad y paternidad; Programa Uruguay Crece Contigo; Programa de atención integral a la mujer; Norma Nacional e implementación de Salas de Lactancia Materna; entre otros.

CAPÍTULO VII

Herramientas para dar herramientas

«La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.»

Sigmund Freud (neurólogo y psicoanalista)

Aunque suene reiterativo, parece sensato pensar que para poder aconsejar a alguien sobre algo, primero se debe haber vivido determinadas experiencias o tener conocimientos teóricos relacionados con ese tema; siendo así, para que una persona pueda dar herramientas para enfrentar una situación, primero debe haber generado o adquirido sus propias herramientas, que no solo le permitan tener un conocimiento para transmitir sino que también lo capaciten en cómo transmitirlo de manera clara, comprensible y útil. Es decir, es necesario tener herramientas para poder dar herramientas.

En este capítulo buscaremos abordar el perfil y las capacidades que tiene y debería tener el equipo de salud -con énfasis en la obstetra-partera- que atiende a la puérpera en todos los niveles de atención.

Asimismo, identificaremos los recursos existentes y también aquellos que los especialistas indican que deberían generarse tanto desde el punto de vista de la capacitación de los recursos humanos como de la infraestructura disponible.

Por otro lado, expondremos cómo suele darse la relación entre el equipo de salud y la puérpera y qué aspectos podrían mejorarse en base a los criterios de los autores que teorizan sobre el tema en pos de brindar una atención integral.

Por último, señalaremos aquellos factores que contribuyen a la vivencia de una maternidad más sana con base en el empoderamiento de la mujer.

7.1 Perfil y capacidades del equipo de salud con énfasis en el rol de la Obstetra - Partera

En el documento que reúne el perfil y las competencias de la obstetra-partera, en el marco del plan de estudios de la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, ya se advierte que son varias las dimensiones que hacen al deber ser de la partera y que, por esa razón, solo es posible “aislarlas metodológicamente con el propósito de una mayor especificación de cada una de ellas”. Siendo así, abordaremos aquellas dimensiones vinculadas a la atención integral y al tratamiento de los aspectos psicoemocionales, dando por entendida la dimensión estrictamente técnica vinculada a los aspectos biológicos.

La obstetra-partera o el técnico que atienda a la mujer es quien, a criterio de Soifer (1980), puede “evaluar la situación física y mental de la puérpera e indicar y sugerir las medidas físicas y psicológicas necesarias” (p.86).

No obstante, la habilidad de la partera basada en el conocimiento técnico de los aspectos físicos y biológicos es lo que propicia que las mujeres confíen en ella, entiende Winnicott (1984). “Si no posee esa idoneidad básica en el terreno físico, será inútil que estudie psicología, ya que su comprensión psicológica nunca podrá indicarle qué debe hacer cuando una placenta previa complica el proceso del parto” (Winnicott, 1984, p.137).

En esta línea, el perfil que propone la Escuela de Parteras entiende que la partera es responsable de proporcionar una atención integral; es decir, con un abordaje bio-psico-social. Para ello, utilizará su conocimiento profesional basado en evidencia científica para el mayor beneficio de la mujer y su familia, en la diversidad de culturas existentes y teniendo en cuenta las necesidades psicológicas, emocionales y socio-ambientales, y no solo las biológicas. En este sentido, se considera que la partera también desarrolla tareas de asesoramiento y educación relacionadas con las diferentes etapas del ciclo reproductivo.

Desde una mirada menos local, desde el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP, 2011) entienden que todo el personal de salud relacionado con la atención de la puérpera y su recién nacido debe presentar competencias vinculadas con un abordaje psicológico. Esto incluye apoyar el inicio y mantenimiento de la lactancia, reconocer signos y síntomas de problemas de salud mental en la madre e identificar los recursos disponibles para que la mujer obtenga el sostén necesario.

Asimismo, una revisión crítica de la visión de la Confederación Internacional de Matronas (por sus siglas en inglés, ICM), expresada en el documento *Competencias esenciales para la práctica de la partería* (2019), permite observar cómo se le da la misma importancia tanto a atender los aspectos psicológicos como a los biológicos.

Allí se detallan herramientas, habilidades y acciones vinculadas a la formación y capacitación de las parteras que le permiten llevar a cabo la integralidad en la atención.

En la contracara, en el *Manual para la atención de la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio* del Ministerio de Salud Pública (2014) se menciona la importancia de identificar el estado emocional de la mujer, pero no se especifican los mecanismos para realizar esa evaluación ni tampoco se dan herramientas para que la partera pueda actuar en primera instancia para no sólo tener que derivar a otro profesional.

Desde la ICM (2019) consideran que la partera debe tener conocimientos vinculados a los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales normales del proceso reproductivo, además de tener un pensamiento crítico y razonamiento clínico fundamentado en evidencia científica a la hora de promover la salud y el bienestar de la mujer. En esta línea, el papel de las parteras incluye ofrecer apoyo psicológico, brindar información sobre los derechos de la salud sexual y reproductiva y alentar a las mujeres para que sean ellas mismas las que tomen las principales decisiones sobre sus cuidados.

Entre otros conocimientos, la partera debe saber sobre leyes y códigos que protejan los derechos humanos, prácticas culturales relacionadas con la sexualidad y la crianza, métodos eficaces para transmitir información, disponibilidad de los recursos en los distintos entornos, y las capacidades de otros profesionales para derivaciones oportunas. En un enfoque que debería tenerse muy en cuenta, la ICM (2019) plantea la importancia de que estos conocimientos, competencias y habilidades se contemplen en los planes de estudio que involucran la formación académica de la partera.

Como ejemplos todavía más concretos de acciones que deberían llevar adelante las parteras y el resto del equipo de salud, podemos citar algunas situaciones que plantea Defey (1995). “En las primeras visitas, la madre y su niño vienen, habitualmente, acompañados. La falta de compañía debería ser una señal de alerta” (p. 139), apunta la autora, y agrega que siempre se debe saludar y hacer parte a todas las personas que acudan a la consulta. También en esas instancias se debe observar las actitudes de los acompañantes y su lenguaje gestual, ya que a veces brindan tanta o más información que las respuestas dadas a través del habla.

Parte de la responsabilidad del equipo salud se relaciona con llevar adelante un plan de atención que fomente el autocuidado y contemple las transformaciones psicosociales que probablemente ocurran durante el puerperio, según lo reseñan Oliveira et al. (2019). En este sentido, Gutman (2003) entiende que se debe ofrecer siempre información realista, sobre todo en relación a “las sorpresas que depara el puerperio” (p.84).

La mayoría de los integrantes del equipo de salud suelen considerar que, como señala Winnicott (1989), “son muy necesarios cuando las cosas no marchan bien en el aspecto físico y que no son especialistas en aquellas cuestiones de intimidad que tienen importancia vital tanto para la madre como para el bebé” (p.45). Sin embargo, la partera y los otros profesionales médicos pueden mejorar su atención si logran dimensionar a la mujer como un ser humano integral (Winnicott, 1984).

En pos de mantener vigente una mirada interdimensional, desde la Escuela de Parteras entienden necesario que siempre se debe “propender al desarrollo del crecimiento personal, profesional, científico y académico, a través de la capacitación y actualización”.

7.2 Recursos y recomendaciones: capacitaciones, guías y materiales

Como vimos en el apartado anterior, parte de la responsabilidad de los integrantes del equipo de salud se vincula con apostar a una permanente actualización de sus conocimientos y a capacitarse en nuevos métodos y prácticas que, basados en evidencia científica, apunten a una mejor calidad de su trabajo asistencial.

Así también se entiende desde ASSE (2019); por ejemplo, en el proyecto que busca fomentar las buenas prácticas de atención en las maternidades se hace hincapié en la capacitación permanente de los funcionarios y profesionales “como una estrategia para el desarrollo del talento humano y la mejora continua de la calidad de atención” (p. 9). En la misma línea se expresa la OMS (2013), que entiende que se debe actualizar a los profesionales que trabajan en todos los centros asistenciales para promover las mejores prácticas en la atención postparto, siempre basándose en las guías y evidencias más recientes.

La normativa vigente en Uruguay, y que forma parte de las políticas públicas sanitarias, también aboga por la capacitación de los recursos humanos de la salud; en este sentido, por ejemplo, la Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva especifica en su artículo dos que los programas desarrollados por el Estado deberán incluir la formación no sólo en aspectos técnicos y de información sino también en habilidades comunicacionales y el trato con los usuarios. Además, se señala que el Ministerio de Salud Pública deberá planificar actividades de sensibilización tanto de los profesionales como de la comunidad.

Por su parte, la Ley de Salud Mental entiende que, tanto en las instituciones públicas como privadas que atienden la salud, se deberán explicitar diferentes recomendaciones sobre la atención de la salud mental dirigidas a todo el personal sanitario y no sólo a los profesionales de esta área específica.

Parece sensato pensar que no sólo es necesaria la capacitación de los recursos humanos, en especial de las parteras, para que puedan mejorar la calidad de la atención que se le brinda a la puérpera, sino también para que desde la instituciones sanitarias surjan actividades que sensibilicen y comprometan a la comunidad en temas como el puerperio: este tipo de intervenciones pueden resultar de gran utilidad para que, como entienden Corbo et al. (2011), todos puedan actuar como una red de sostén, detección y atención.

Para que tanto la formación de los recursos humanos, la mejora en la atención a la mujer y las intervenciones en la comunidad puedan darse, es necesaria la existencia de guías, recomendaciones y protocolos que orienten el trabajo desde y para las

instituciones sanitarias (Corbo et al., 2011). Por lo tanto, el equipo de salud emerge como base para la prevención de complicaciones, la prestación de cuidados físicos y emocionales, y el aporte de información a las mujeres para su autocuidado y el del recién nacido, siempre teniendo como sustento las directrices y conocimientos aprehendidos desde las guías y cursos de formación (Oliveira et al., 2019).

El desafío parece estar en conjugar una atención integral a la puérpera con involucrar en la corresponsabilidad de la crianza a la familia y a todo el contexto. Por eso, plantean Corbo et al. (2011), es importante conocer la estructura y composición de las familias y desarrollar herramientas para que el equipo de salud se acerque al hogar y a la comunidad.

Por otro lado, un recurso material que también se presenta como importante es una historia clínica detallada sobre el proceso del embarazo e información sobre los antecedentes personales y familiares -especialmente los vinculados a la salud mental-. Siguiendo esta línea, Corbo et al. (2011) reflexionan:

Contar con información continua y relacionada sobre el embarazo, puerperio y desarrollo del niño es un paso fundamental no sólo para atender la depresión sino para trabajar en forma integral la reproducción y el cuidado de la salud de la familia y de la primera infancia (p.91).

Si las propuestas en la comunidad logran comprometer a las diferentes partes y si las puérperas reciben en los hechos una atención integral que valore por igual su dimensión biológica y su dimensión psicosocial, puede suponerse que, como entiende Gutman (2004), se fortalecerá la idea de que el puerperio debe tener una atención especializada y, por lo tanto, espacios de identidad propios.

Tales espacios podrían ser los que la autora denomina como *grupos de crianza*: un lugar cercano al que la mujer pueda acudir en busca de apoyo, solidaridad, y comprensión por parte de otras iguales a ella y de técnicos formados específicamente para eso. Para que esto suceda, será cada vez más necesario que parteras y otros profesionales se especialicen en la atención a las puérperas y otros temas como lactancia, crianza y dinámicas familiares.

7.3 Relación equipo de salud - usuaria y familia

En cualquiera de las etapas del puerperio, es esperable que las interacciones entre el equipo de salud y la puérpera estén marcadas por la presencia de cuatro partes: cuatro personas y cuatro puntos de vista diferentes, según plantea Winnicott (1984).

Por un lado está la mujer que, como ya hemos visto, se encuentra viviendo una situación muy particular; por otro lado, el padre o la persona que acompañe a la mujer, que también está afectado por la llegada del recién nacido y que se sentirá desamparado si se lo excluye en la interacción; también está el recién nacido, que ya es una persona desde el momento del nacimiento y comienza a desarrollar sus particularidades; y está la partera u otro profesional del equipo de salud, que además de ser un técnico es un ser humano con sentimientos y pensamientos propios.

La nueva situación de la maternidad, como ya hemos visto, coloca a la mujer en un estado de vulnerabilidad y dependencia. Frente a estas circunstancias, además, las expectativas que la puérpera y su familia tienen respecto al equipo de salud suelen verse afectadas por las experiencias vividas anteriormente con otras figuras encargadas de brindar cuidados: se esperará encontrar en el técnico un padre o una madre idealizada y que quizás nunca se tuvo, que brinde contención y consejo; pero las frustraciones que puedan haberse vivido en el pasado en ámbitos hospitalarios o familiares bajo los cuidados de otra persona, harán que el vínculo con el personal de salud comience con cierta desconfianza (Defey, 1995).

Por ejemplo, ya desde el momento del nacimiento resulta muy importante y determinante el tipo de actitud que adopte el personal de salud y la relación que se establezca con la mujer y su familia. “Se trata de un momento muy especial para la madre y donde tal vez, más que nunca, se necesite de un apoyo facilitador del entorno”, apunta Defey (1995) y agrega: “Lo que a veces se comenta vanalmente o se responde como al pasar es recepcionado por la madre como una verdad absoluta” (p.129).

La confianza, entonces, asoma como un elemento clave y que debe ser cultivado especialmente por el equipo de salud. Por esa razón, parece sensato pensar que el personal no sólo debe poner en juego sus conocimientos técnicos sino también su disponibilidad emocional.

En ese sentido, Defey (1995) reflexiona: “Un simple comentario informal que valide el agotamiento materno o dé como normal y no reprobable los sentimientos encontrados respecto a la maternidad y el bebé mismo, pueden adquirir una dimensión de alivio y apoyo insospechados” (p.36).

En este vínculo se valoriza y tiene especial peso cada palabra, cada gesto y cada interacción. La mujer necesita asistencia y compañía, además de una persona que, como entiende Gutman (2003), no abuse de su autoridad ni se entrometa con juicios propios, pero que esté presente y asesore en lo que pueda. Además, parecería

sumamente importante tener en cuenta -y siempre presente- que, como señala Defey (1995), la barrera generada por el lenguaje técnico empleado por el equipo de salud propicia la incertidumbre en los padres por el miedo a lo desconocido.

La madre puede estar dolorida, confundida y agotada, pero todas esas circunstancias deben ser abordadas con comprensión y dedicación de tiempo por parte del equipo de salud (Defey, 1995). En este sentido, por ejemplo, la explicación de que esos conflictos son normales puede resultar como un elemento que genere tranquilidad a la puérpera (Defey, 2010). En la misma línea, una actitud de censura o reprobación a una madre que, por ejemplo, tiene problemas para amamantar, duerme poco y que cursa el período de baby blues, lo único que propiciará es una ruptura de la relación mujer-equipo de salud (Defey, 1995).

Como entienden diferentes autores, incluida Defey (1995) y también diversas normativas anteriormente vistas, hay una marcada tendencia a descuidar a la madre y a sobrevalorar al recién nacido; por esta razón, el equipo de salud tiende a asociar como educación y consejos solo el corregir lo que ellos consideran equivocado del comportamiento materno. En este sentido, la autora propone que debería escucharse más a la madre, respetar sus costumbres y sus experiencias. La atención, como señalan Oliveira et al. (2019), tiene que ser integral: tener en cuenta el contexto socio-cultural de cada puérpera, enmarcar sus creencias y entablar prácticas sobre autocuidado.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos y las características innatas a cualquier ser humano -como las tienen la puérpera y el equipo de salud-, Defey (1995) propone que se deben privilegiar tres conceptos para el fortalecimiento de este vínculo: la confianza (esencial para que las partes se escuchen y valoren sus intercambios afectivos o informativos), el respeto mutuo de saberes, y la coherencia en los mensajes que se transmiten (clave para el autoconocimiento de la madre y la situación del recién nacido).

7.4 Empoderamiento de la mujer para una maternidad más sana

Hemos visto cómo existe cierta necesidad por parte de la puérpera y su familia de poner al equipo de salud en un pedestal; es decir, basarse en sus conocimientos técnicos para obtener de ellos seguridad y certeza. La mujer necesita creer, como considera Defey (1995), que el técnico todo lo puede y todo lo sabe.

Sin embargo, tal como expresa la autora, debe deconstruirse esa idea de que todo lo pueden y todo lo saben en pos de ayudar a la mujer a entender que ella también conoce a su hijo. Por lo tanto, el equipo de salud debe ayudar a encontrar un camino propio y no imponer un único modelo de ser madre.

De esta manera, parecería que durante el puerperio también vale eso de que la información es poder. Tal como entiende Winnicott (1984), la puérpera es quien más necesita explicaciones para aprovechar esa información: la madre, aunque esté agotada y dependa en muchos aspectos del personal sanitario, no deja de ser la persona que le presenta el mundo al recién nacido; sin embargo, aunque sepa cómo hacerlo, le será mucho más difícil si está asustada y no sabe cómo ayudarse a sí misma. Siendo así, se tiene por un lado a una madre que es sumamente dependiente y, al mismo tiempo, a una experta que necesita información para sentirse segura consigo misma y con respecto a su hijo.

Parecería que en lugar de consejos y correcciones, la madre necesita aumentar la confianza en sí misma. En este sentido, por ejemplo, el equipo de salud debe mostrarle a la madre las capacidades de su recién nacido: si esas habilidades ya habían sido descubiertas antes por ella misma, indicar su existencia reafirma lo asertivo de ese descubrimiento; en tanto, mostrar cosas aún no descubiertas estimula a generar nuevas formas de relacionamiento con su hijo (Defey, 1995).

Luego del nacimiento, las mujeres están física y emocionalmente vulnerables -como ya se ha tratado anteriormente-. Por ese motivo, se considera que informar y orientar sobre los cambios emocionales, entre otras cosas, constituye un elemento de extrema importancia a la hora de empoderar a las mujeres para que puedan hacer frente a los nuevos desafíos y posibles complicaciones.

Reforzar los conocimientos previos y brindar una atención lo más personalizada posible, promueven la autonomía de la mujer tanto para cuidar de sí misma como de su recién nacido (Oliveira et al., 2019).

Favorecer la autoconfianza implica que el equipo de salud deba rever su conducta intervencionista y, como plantea Defey (1995) atenerse más a las necesidades familiares: “La agresión y la exigencia a los padres nuevos no contempla el tiempo necesario para llegar realmente a asumir ese rol” (p.155). Además, se debe tener en cuenta que la madre no estará siempre en presencia del personal sanitario, por lo que, paulatinamente, tiene que aprender a desenvolverse sin los apuntes de los técnicos.

Por esta razón, Defey (1995) propone que el equipo asistencial debe propiciar que los padres “sean padres a su manera”, tomando sus propias decisiones a raíz de su experiencia y la información recibida.

Para ayudarse en la construcción de su propio camino, la puérpera debería tener a su alcance diferentes redes de apoyo como: grupos de crianza, grupos de apoyo a la lactancia, grupos de escucha para madres, grupos de encuentro entre puérperas, entre otros.

Además, también es importante que, durante el proceso de embarazo, la mujer se involucre en grupos de preparación psicoprofiláctica para la maternidad que incluyan una perspectiva realista sobre cómo será el puerperio en todos sus aspectos (Defey, 1995; Gutman, 2004).

Más allá de la autonomía y el empoderamiento, parece claro que, como entiende Gutman (2003), “toda mujer puérpera necesita la presencia de un sostén efectivo, y esto es una prioridad y no un lujo” (p.85).

7.5 Síntesis del capítulo

La Obstetra-Partera o el técnico que atienda a la mujer es quien debe evaluar la situación física y mental de la puérpera e indicar y sugerir las medidas físicas y psicológicas necesarias. Siendo así, desde el perfil que propone la Escuela de Parteras entiende que la partera es responsable de proporcionar una atención integral; es decir, con un abordaje bio-psico-social. Para ello, utilizará su conocimiento profesional basado en evidencia científica para el mayor beneficio de la mujer y su familia, en la diversidad de culturas existentes y teniendo en cuenta las necesidades psicológicas, emocionales y socio-ambientales, y no solo las biológicas. En esta línea, el papel de las parteras incluye ofrecer apoyo emocional, brindar información sobre los derechos de la salud sexual y reproductiva y alentar a las mujeres para que sean ellas mismas las que tomen las principales decisiones sobre sus cuidados. Por esa razón, la partera y los otros profesionales pueden mejorar su atención si logran dimensionar a la mujer como un ser humano integral. Es así que desde la OMS se entiende que se debe actualizar a los profesionales que trabajan en todos los centros asistenciales para promover las mejores prácticas en la atención postparto, siempre basándose en las guías y evidencias más recientes. Además, desde el Estado se deberá incluir la formación no sólo en aspectos técnicos y de información sino también en habilidades comunicacionales y el trato con los usuarios, lo que incluye planificar actividades de sensibilización tanto de otros profesionales como de la comunidad. El desafío parece estar en conjugar una atención integral a la puérpera con involucrar en la corresponsabilidad de la crianza a la familia y a todo el contexto. Además, desde el momento del nacimiento resulta muy importante y determinante el tipo de actitud que adopte el personal de salud y la relación que se establezca con la mujer y su familia: se debe privilegiar la confianza, el respeto mutuo de saberes y la coherencia en los mensajes que se transmiten. Por lo tanto, el equipo de salud debe ayudar a encontrar un camino propio y no imponer un único modelo de ser madre. Parecería que en lugar de consejos y correcciones, la madre necesita aumentar la confianza en sí misma. Fortalecer la idea de que el puerperio debe tener una atención especializada y, por lo tanto, espacios de identidad propios, como podrían ser los *grupos de crianza*, que reúnan a las puérperas y sus inquietudes.

CONSIDERACIONES FINALES

Este trabajo ha intentado exponer la importancia y la necesidad de atender por igual los aspectos biológicos y psicoemocionales del puerperio normal. Esa idea se ha basado en dos pilares: la promoción de una atención integral a nivel de las diferentes dimensiones de la persona y el hincapié en un enfoque interdisciplinario por parte del equipo de salud.

En este sentido, no sólo hemos visto diferentes argumentos que reivindican estos pilares sino que también observamos cómo el sistema tiende a relegar lo psicológico por sobre lo biológico: eso habla de una mirada que se enfoca mucho más en aquellas cosas que se ven (aspectos biológicos) que en las que no se ven (aspectos psicoemocionales).

“La calidad de los cuidados durante el puerperio continúa influenciada por la formación profesional apoyada en el modelo biomédico”, señalan Oliveira et al (2019, p.621), lo que implica que la atención se centra solo en los aspectos biológicos y no en la mujer como un ser humano multidimensional.

La atención, como remarcan Oliveira et al. (2019) y se ha visto a lo largo del trabajo, debería basarse en un abordaje integral, lo que implica contemplar también los aspectos emocionales, psicológicos, culturales, sociales, económicos, entre otros.

Esto incluye, como ya vimos que propone Winnicott (1984), comprender a las personas como seres humanos integrales: los distintos aspectos no pueden tratarse por separado sino de forma interrelacionada.

En el proceso de entender por qué los aspectos biológicos y los psicoemocionales deben ser tratados con igual importancia, buscamos dejar de manifiesto la relevancia de la dimensión psíquica humana y la complejidad de los procesos psicológicos normales que se dan durante el puerperio.

En ese sentido, por ejemplo, Soifer (1980) deja claro que los meses siguientes al nacimiento tienen gran influencia en la salud mental de la mujer, lo que tenderá a definir su relación tanto con su hijo como con el resto de su contexto.

Sea en las circunstancias que sea, como entiende Alkolombre (2011), ser madre constituye una experiencia con grandes implicancias psicológicas y emocionales. Esto quiere decir que para algunas mujeres la maternidad puede significar grandes renunciaciones en otros aspectos de su vida, además de ser una situación de extrema vulnerabilidad en la que se da un mayor grado de dependencia en relación a su entorno (equipo de salud, pareja, familiares, etc.). Para otras, en cambio, convertirse en madre pasa a ser el mayor logro en su vida, lo que no deja de presentar nuevos retos emocionales: entran en juego sus aspiraciones, sus proyecciones, sus expectativas, pero también las de su contexto y la cultura en la que está inmersa.

La maternidad, entonces, se establece como “una fuente básica de salud mental” (Soifer, 1980, p.89): parece sensato pensar que una madre que no se siente realizada como tal porque considera que ha fracasado en su tarea y que, además, no ha logrado establecer una buena relación con sus hijos, tienda a experimentar

sentimientos de culpa y angustia. En la misma línea se expresa Alkolombre (2011) al afirmar que el estado emocional de la puérpera no solo determina la calidad en el vínculo madre-hijo sino que también tiene una gran influencia en la salud mental de este. Estas dos posturas tienden a reforzar la idea de que es importante atender los aspectos psicoemocionales de la mujer durante el puerperio.

Las diferentes visiones expuestas parecen haber dejado claro que el estado psicoemocional de la mujer regula -en ciertos aspectos- sus comportamientos maternos; lo que, además de incidir en ella, también incide en su hijo. Por esta razón, apostar a contemplar la salud mental de la puérpera en el proceso de atención no sólo implica pensar en su salud sino también en la de su familia. La madre, como entiende Winnicott (1984), sedimenta las bases de la salud mental de su hijo.

Parte del trabajo del equipo de salud en relación a la atención de la salud mental de la puérpera debe enfocarse en conseguir que la mujer se sienta comprendida y en brindarle herramientas para que se entienda a sí misma.

Como vimos, tanto el embarazo como el puerperio son etapas en las que no sólo se producen cambios biológicos sino también psicoemocionales; en cualquiera de los dos casos, varios de ellos son normales y esperables. Siendo así, tanto las mujeres como los profesionales de la salud, deben tener claro que los sentimientos ambivalentes que se experimentan durante este período no suponen una contradicción: por ejemplo, que una mujer sienta miedos e inseguridades por cómo criar a su hijo no implica que no pueda sentirse feliz por su nacimiento. En este sentido, Soifer (1980) expresa:

Las dudas sobre crianza y la inseguridad en la relación con el hijo están siempre presentes. Cada bebé es un ser distinto de los demás y la madre lo va conociendo de a poco, a medida que la criatura va expresándose en sus diversas manifestaciones (p.114).

Los sentimientos de ambivalencia durante la maternidad, como hemos visto que expresa Defey (1994a), son inevitables y totalmente normales, incluso en aquellos embarazos planificados, aceptados y debidamente controlados. Las ambigüedades en el plano afectivo, emocional y psíquico deben ser validadas por el equipo de salud: no se debe culpabilizar a la mujer por sentirse angustiada y preocupada. Una escucha activa y consejos pragmáticos son fundamentales para que la maternidad se vivencie de forma más sana y disfrutable.

Dos elementos parecen claves para que las dinámicas psíquicas implicadas en el puerperio transcurran de forma normal: el sostén afectivo alrededor de la mujer y la información que ella tenga disponible. En esta línea, a lo largo del trabajo hemos visto cómo el equipo de salud, la familia y la comunidad juegan un papel

fundamental en esta etapa. Asimismo, la educación para la salud aporta al establecimiento de una mejor calidad de vida.

La necesidad del sostén afectivo no es infundada: el cuidado de un recién nacido, como entiende Bowlby (1989) y como hemos explicado en los capítulos anteriores, no es tarea para una sola persona. La madre necesita de mucha ayuda, y su origen puede variar: aunque suele ser por parte de su pareja, también puede provenir de otras figuras como hermanos, abuelos y amigos, entre otros.

En el mismo sentido, la educación sanitaria parece indispensable para favorecer la autonomía y el empoderamiento de las mujeres: una mujer bien informada mejora su capacidad para cuidarse a sí misma y a su hijo. Sin embargo, también hemos visto cómo es necesario que la familia y la comunidad se involucren.

La OMS (2013), por ejemplo, hace especial hincapié en que todas las mujeres deben recibir información sobre “el proceso psicológico de recuperación postparto” (p.6). En la misma línea se expresa el MSP (2019) al proponer entre sus metas asistenciales la priorización de la educación prenatal: entiende que contribuye a la preparación física y psicológica para afrontar el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza.

Las visiones teóricas expuestas parecen concordar en que la preparación para la maternidad disminuye el riesgo de trastornos psicológicos durante el puerperio, al fortalecer la confianza y la toma de decisiones ante las situaciones que se presentan.

El embarazo, el parto y todo lo que sucede durante el puerperio implican experiencias avasallantes, como lo define Gutman (2004); por esta razón la mujer requiere de preparación emocional, comprensión, acompañamiento y apoyo por parte de quienes la rodean.

Si se pretende que la mujer y su entorno reciban educación y herramientas, es necesario formar recursos humanos en temas vinculados a la salud mental durante el puerperio. La capacitación y las intervenciones en la comunidad parecen caminos necesarios para que la mujer reciba una atención integral.

En ese sentido, como entiende Winnicott (1989), la sociedad necesita de técnicos con formación en cuidados clínicos, pero que también contemplen la forma en la que las personas viven, sienten y piensan, siempre teniendo en cuenta que estamos tratando con personas y no con máquinas. La necesidad de estos enfoques en la formación debería interpelar a la comunidad académica en pos de que sean incluidos en la preparación universitaria y no sólo en instancias de capacitaciones a nivel de la práctica laboral.

Disponer de recursos humanos mejor capacitados y con un abanico de conocimientos más amplio permitirá fortalecer y mejorar las herramientas ya existentes, como las clases de preparación para el nacimiento, y propiciará la creación de nuevas herramientas. Por ejemplo, se podría llegar a la conformación a nivel institucional de grupos de acompañamiento a púerperas que, como propone

Soifer (1980), serían espacios en los que las mujeres puedan plantear sus problemas y preocupaciones, además de informarse y conocer las experiencias de otras mujeres en su misma situación.

Otra acción que podría llevarse a cabo sería la definición de un cronograma de controles puerperales más regulares, que, como propone la OMS (2013), incluya visitas domiciliarias. Y es importante que este tipo de planes se centren en las necesidades de la puérpera; como vimos, en Uruguay existen programas similares -como Plan Aduana y Uruguay Crece Contigo-, pero cuyo énfasis está en el recién nacido y la primera infancia.

Un sistema de comunicación directo, que brinde atención personalizada, como puede ser una línea telefónica o un chat a través de Internet, también podría aportar al acompañamiento de la mujer y su familia y a ofrecer un canal de información disponible de manera accesible y en cualquier momento.

Un antecedente de un sistema con esas características en Uruguay es el de la Línea MAMÁ -ya explicado anteriormente-. En ese caso, en ninguno de los canales oficiales de comunicación de los agentes vinculados al proyecto se dio a conocer la noticia de que este servicio había sido dado de baja; siendo así, conocer los resultados de su trabajo durante más de una década y las razones por las que se decidió que no continuara adelante podrían ser de utilidad para repensar un instrumento de este tipo.

Tanto la Ley sobre Salud Mental como la Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva instan a la investigación en sus respectivas áreas como un instrumento para la toma de decisiones políticas y técnicas. Siendo así, parece necesario que, basándose en cualquiera de estos dos marcos normativos, instituciones como la academia y el Ministerio de Salud Pública apuesten por indagar en cómo transitan las mujeres uruguayas el período puerperal en relación a los aspectos psicoemocionales normales. Esta acción permitirá tomar medidas concretas para realidad uruguaya, y no solo basarse en recomendaciones teóricas e internacionales.

Este trabajo ha intentado dejar de manifiesto que el puerperio es uno solo; aunque en un nivel teórico y con fines organizativos pueda abordarse por separado, y aunque, como hemos visto, en la práctica profesional también se los tienda a relegar el uno sobre el otro, debería ser de interés para las parteras y para todo el equipo de salud pensar y abordar el puerperio de manera integral.

El puerperio, entonces, implica un estadio de extrema vulnerabilidad en el que tienen lugar procesos complejos asociados a nuevas dinámicas psíquicas. Por esta razón, atender los aspectos psicoemocionales del puerperio normal contribuiría a la vivencia de una maternidad más sana, que contemple la salud integral de la mujer y su condición de tal más allá de ser madre.

Entendemos, además, que el perfil de trabajo de la obstetra-partera incluye brindar una atención con enfoque biopsicosocial a las mujeres y sus familias. Siendo así, fortalecer las herramientas para abordar los aspectos psicoemocionales serviría

para dar mejor respuesta a las necesidades biológicas y psicológicas de la mujer, además de propiciar su permanencia y la de su familia en la órbita del sistema de salud.

Listado de referencias bibliográficas

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2019). *Buenas prácticas de atención en las maternidades de ASSE*. Montevideo. Recuperado el 23/01/2020 desde:
<http://www.asse.com.uy/contenido/Catalogo-Buenas-Practicas-de-Atencion-en-las-Maternidades-de-ASSE-11512>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado. (s.f.). *Implementación Nacional de Programa Aduana*. Recuperado el 02/02/2020 desde:
https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_09_-_programa_aduana_implementacion_nacional.pdf
- Alkolombre, P. (2011). *Travesías del cuerpo femenino: un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Bajo Arenas, JM.; Melchor Marcos, JC. y Mercé, LT. (2007). *Fundamentos de Obstetricia. Tomo I*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. (1° edición). Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. (1° edición). Buenos Aires: Paidós.
- Confederación Internacional de Matronas (2018). *Competencias esenciales para la práctica de la partería*. Recuperado el: 18/01/2020 desde:
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencias-es-screens-2.pdf>
- Corbo, G; Defey, D.; D'Oliveira, N. (2011). *De - presiones maternas. Depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia*. Montevideo. Recuperado el 12/04/2019 desde:
<http://meses.com.uy/admin/documents/46>
- Defey, D. (1994a). *Mujer y maternidad. Tomo I*. Montevideo: Roca Viva.
- Defey, D. (1994b). *Mujer y maternidad: aportes a su abordaje desde la psicología médica. Tomo II*. Montevideo: Roca Viva.

Defey, D. (1995). *Mujer y maternidad. Tomo III*. Montevideo: Roca Viva.

Defey, D. (2010). *El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud*. Montevideo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado el 15/01/2020 desde:
<https://www.plancaif.org.uy/documentos/equipos-de-trabajo/item/30-el-trabajo-psicologico-y-social-con-mujeres-embarazadas-y-sus-familias-en-los-centros-de-salud>.

Díaz Rosello, J.L.; Bernardi, R.; Guerra, V.; Strauch, M.; Rodríguez, C. y Palacio, F. (1991). *La madre y su bebé: primeras interacciones*. (1° edición). Montevideo: Roca Viva.

El "Club de mami", un proyecto que brinda talleres y charlas gratuitas para embarazadas. (2018, mayo 21). *Montevideo Portal*. Recuperado el 07/03/2020 desde:
<https://www.montevideo.com.uy/Noticias/El-Club-de-mamis--un-proyecto-que-brinda-talleres-y-charlas-gratuitas-para-embarazadas-uc683728>

Enderle, C.; Pereira, N.; Lerch, V.; Magroski, C.; Mattos, L. y Fonseca, E. (2013). *Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio*. Revista Latinoamericana de Enfermagem: Rio Grande. Volumen 21, número 3, pp. 7-19. ISSN: 1518-8345. Recuperado el: 23/02/2020 desde:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0719.pdf

Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, Universidad de la República. (s.f.). *Perfil y Competencias de la/del Obstetra - Partera/o*. Recuperado el 15/01/2020 desde:
<http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>

Fescina, R.; De Mucio, B.; Martínez, G.; Serruya, S.; Durán, P. (2011). *Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. (Tercera edición). Publicación científica N° 1577. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología.

Gutman, L. (2003). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. (1° edición). Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.

Gutman, L. (2004). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. (1° edición). Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.

Imperio, G. (Directora). (2020, marzo, 4). *“Puérpera”, una muestra de fotografía que revela la crudeza y realidad del parto*. [Emisión de radio]. Viñoles, E. y Mosle, J. (Productoras), *De taquito a la mañana*. Montevideo: Radio Universal.

Intendencia Municipal de Montevideo. (2014). *Programa de Atención Integral a la Mujer*. Montevideo. Recuperado el 02/02/202 desde:
<https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/salud/policlinicas/programa-de-atencion-integral-a-la-mujer-paim>

Ministerio de Salud Pública (2008). *Línea MAMÁ*. Recuperado el 02/02/2020 desde:
http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2008/05/2008050811.htm

Ministerio de Salud Pública (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública; Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2015). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Montevideo: Departamento de Comunicación y Salud. Recuperado el 13/10/2019 desde:
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&aliases=531-objetivossanitarios-web2017&category_slug=publicaciones-comunicacion&Itemid=307

Ministerio de Salud Pública (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (2019). *Metas Asistenciales*. Montevideo: Departamento de Comunicación y Salud. Recuperado el 18/01/2020 desde:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Pauta%20para%20la%20implementacion%20de%20Cursos%20Abril%202019.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1998). *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 30/10/2019 desde:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_CHD_98.9/es/

Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el: 20/01/2020 desde: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *Postnatal care of the mother and new born*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el: 25/01/2020 desde: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/

Organización Mundial de la Salud (2015). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. (3° edición). Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 18/01/2020 desde: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/

Oliveira, T.; Rocha, K.; Escobar, A.P.; Matos, G.; Cecagno, S. y Soares, M. (2019). *Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato*. Revista online de Pesquisa y cuidados fundamentales. Volumen 11, número 3, pp. 620-626. Pelotas. ID: biblio-994787. Recuperado el 18/11/2019 desde: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-994787>

Pérez Sánchez, A.; Donoso Siña, E. (2011). *Obstetricia*. (4° edición). Santiago de Chile: Mediterráneo.

Raíces Maternales. (s.f.). Raíces Maternales. [Página de Facebook]. Recuperado 07 marzo, 2020, de https://www.facebook.com/pg/raicesmaternales/about/?ref=page_internal

Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. (6° edición). Buenos Aires: El Ateneo.

Sharma, V.; Sommerdyk, C. (2015). *Obsessive-compulsive disorder in the postpartum diagnosis, differential diagnosis and management*. Womens Health: Londres. Volumen 11, número 4, pp.543-552. PMID: 26246310. Recuperado el: 28/01/2020 desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26246310-obsessive-compulsive-disorder-in->

[the-postpartum-period-diagnosis-differential-diagnosis-and-management/?from_term=Sharma+V&from_cauthor_id=26246310&from_pos=1](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61058/licencias-por-maternidad-paternidad-adopcion-y-cuidados-en-la-actividad-publica-y-privada)

Sistema de Cuidados (2018). *Licencias por maternidad, paternidad, adopción y cuidados en la actividad pública y privada*. Recuperado el 02/02/2020 desde: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61058/licencias-por-maternidad-paternidad-adopcion-y-cuidados-en-la-actividad-publica-y-privada>

Soifer, R. (1980). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. (5° edición). Buenos Aires: Kargieman.

Uruguay. (1967). *Constitución de la República Oriental del Uruguay. Artículo 7*. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967/7>

Uruguay. Decreto N° 67/006 Reglamentación a la Ley de Acompañamiento de la mujer en el parto, parto y nacimiento (2006, 10 de marzo). Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/67-2006>

Uruguay. Ley N° 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva (2008, 10 de diciembre). Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Uruguay. Ordenanza Ministerial N°217/09: Normal Nacional de Lactancia Materna (2009, 21 de abril). Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Disponible en: https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=61862

Uruguay. Decreto N°293/010 Reglamentación de la Ley N° 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva (2010, 17 de octubre). Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2010>

Uruguay. Ley N° 19.529 sobre Salud Mental (2017, 19 de agosto). Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay. Ley N° 19530 sobre la Aprobación de la instalación de la Salas de Lactancia Materna (2017, 11 de setiembre). Montevideo: Dirección Nacional

de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19530-2017>

Uruguay. Decreto N° 234/018 Reglamentación de la Ley N° 19530, relativa a la Instalación de las Salas de Lactancia Materna (2018, 03 de agosto).
Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.
Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/234-2018/10>

Uruguay Crece Contigo. (s.f.). *¿Qué es Uruguay Crece Contigo?*. Recuperado el 02/02/2020 desde: http://crececontigo.opp.gub.uy/Inicio/Quienes_Somos/

Videla, M. (1997). *Maternidad: mito y realidad*. (2° edición). Buenos Aires: Nueva Visión.

Winnicott, D.W. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. (3° edición). Buenos Aires: Hormés.

Winnicott, D.W. (1989). *Los bebés y sus madres*. (1° edición). Buenos Aires: Paidós.