



Universidad del Aconcagua
Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
Facultad de Psicología

Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

Licenciatura en Psicología

TESINA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

“El rol del psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal”

Tesinista: Nicolai, Sofía María

Legajo: 29973

Email: sofianicolai9@gmail.com

Director: Licenciado Casari, Leandro.

Co-Directora: Licenciada Waldheim de Arizu, Jennifer

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor Invitado:

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mi mamá y papá, por haberme dado la posibilidad de haber estudiado, por acompañarme a lo largo de toda la carrera y sostenerme hasta el último momento. Siendo ellos fuente de mi motivación para seguir adelante y cumplir mis ideales.

Quiero darle las gracias especialmente a mis dos directores Leandro y Jennifer por haberme aceptado con tanta bondad, gracias por su tiempo y dedicación, por haberme brindado sus conocimientos y enseñanzas. Sobre todo por haber confiado en mí.

Agradecer al resto de mi familia, hermanos y tíos, por confiar en mí y sostenerme. A mi abuela en especial que es una inspiración para mí.

Un gracias eterno a mi novio por su amor incondicional por permanecer y perseverar junto a mí durante toda la carrera y poder cerrar este ciclo y compartirlo juntos.

A mis amigas que con sus palabras de aliento nunca permitieron que decaiga, por escucharme y apoyarme que sin pedir nada a cambio estuvieron junto a mí.

INDICE

HOJA DE EVALUACIÓN	3
AGRADECIMIENTOS	4
INDICE	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
PRIMERA PARTE MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO I: Rol del psicólogo	12
1.1 Rol del psicólogo.....	14
1.2 Niveles de intervención del psicólogo.....	18
1.3 Sistema de Salud Público	19
CAPÍTULO II: Psicología perinatal	24
2.1 Concepto	25
2.2 Generalidades de la tarea en el ámbito perinatal	25
2.3 El espacio de la palabra en el ámbito perinatal	27
2.4 Escenarios perinatales	30
2.5 Embarazo – gestación y Nacimiento - parto	30
2.5.1 Embarazo.....	30
2.5.2 Estado psíquico de la madre durante el embarazo	31
2.5.3 Estado emocional del feto en la vida intrauterina	33
2.5.4 Parto	34
2.5.5 Estado psicológico de la madre durante el parto.....	35
2.5.6 Estado psicológico del bebé	36
2.5.7 Escenarios de trabajo del psicólogo.....	37
2.6 Puerperio y primeros meses de vida.....	30
2.6.1 Puerperio.....	39
2.6.2 Estado psicológico de la madre durante el puerperio	40
2.6.3 Vínculo primario y psiquismo temprano.....	42
2.6.4 Escenarios de trabajo del psicólogo en relación al puerperio.....	45
2.6.4.1 Lactancia.....	46
2.6.5 Escenarios de trabajo del psicólogo en relación a los primeros meses de vida.....	48
2.6.5.1 Neonatología.	49

2.6.5.2 Guardia psicológica	51
2.7 Salud sexual reproductiva y su escenario de trabajo	52
2.8 Fertilización asistida y su escenario de trabajo	54
2.9 Discapacidad como incumbencia de la psicología perinatal	55
3.1 Herramientas de trabajo	56
3.1.1 Entrevista	56
3.1.2 Observación	59
3.1.3 Otros dispositivos	62
3.2 Leyes que acompañan a la psicología perinatal	65
3.2.1 Maternidad Segura Centrada en la Familia	70
3.3 Trabajo interdisciplinario	72
3.4 Investigaciones actuales	74
SEGUNDA PARTE MARCO METODOLÓGICO	77
CAPÍTULO III: Método de investigación	78
3.5 Objetivos de investigación	78
3.6 Preguntas de investigación	78
3.7 Tipo de estudio	79
3.8 Diseño de investigación	79
3.9 Instrumentos	80
4.1 Descripción de la muestra	81
4.2 Procedimiento	81
4.3 Análisis de resultados	82
CAPÍTULO IV: Presentación y análisis de resultados	84
4.4 Presentación y análisis de resultados	84
CAPÍTULO V: Discusión de resultados y conclusión	98
4.5 Discusión de resultados	98
4.6 Conclusiones	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	117

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue explorar y profundizar el ejercicio profesional en el ámbito de la Psicología Perinatal en Hospitales materno infantiles de Mendoza.

Desde una perspectiva cualitativa, se utilizó una muestra casos-tipo, para obtener la profundidad y calidad de la información. El procedimiento para la selección de los participantes fue a través de muestras en cadenas o por redes (“bola de nieve”), es así que la muestra quedó conformada por siete psicólogos trabajando en áreas perinatales en Hospitales Públicos materno infantiles de la Provincia de Mendoza

El instrumento utilizado fue una Entrevista ad hoc, teniendo en cuenta conceptos y ejes de la temática para la indagación sobre la función del Psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal. Es así que el análisis de los datos se llevó a cabo a raíz de un análisis de contenido categorial.

Los resultados obtenidos, dan cuenta de una brecha entre la teoría y la práctica. En cuanto a la ausencia de capacitación formal, diferencias en los ámbitos de actuación del psicólogo y sus alcances, el aval de la ley, el lugar que ocupa la psicología perinatal en el sistema de salud público. Al mismo tiempo los profesionales se han ido llenando de experiencia en el andar, afrontando las dificultades del día a día. La investigación da cuenta de la significancia del rol del psicólogo en los ámbitos perinatales, considerando al embarazo, parto, puerperio y primeros meses de vida mucho más que un mero hecho biológico.

Palabras claves: psicología perinatal – rol del psicólogo – investigación cualitativa – salud pública

ABSTRACT

The objective of this research was to explore and deepen the practice in the field of maternal and child Perinatal Psychology Hospitals in Mendoza.

From a qualitative perspective, sample-type cases were used to get the depth and quality of information. The selection of participants was through samples in chains or networks ("snowball"). It means that the sample was composed of seven psychologists specialized in perinatal public hospitals in the city of Mendoza.

The instrument used was an ad hoc interview, having concepts and thematic axes got inquiry on the role of psychologists in the field of perinatal psychology. In this way, the analysis of the data was realized through categorical content analysis.

The results of this study show a gap between theory and practice, absence of formal training, differences in a psychologists' work area and scope, the endorsement of the law, and the place of perinatal psychology public system. At the same time psychologists have been gaining experience as they face the difficulties of their day to day. This research realizes the significance of the role of psychologists in perinatal pregnancy, childbirth, postpartum, and early months as much more than a mere biological fact

Key words: psychology perinatal - role of the psychologist - qualitative research - public health

INTRODUCCIÓN

La motivación personal en la elección de la temática, nace del interés por investigar cuál es el rol que ejerce el psicólogo en el ámbito perinatal. En la provincia de Mendoza, se tiene una deuda con la Psicología Perinatal, ya que es un área de la psicología que ha sido poco explorada y desarrollada, de hecho urge la necesidad de su estudio y aplicación.

Oiberman (2013) plantea:

Los cursos de la psicoprofilaxis obstétrica carecen, en general, del espacio adecuado para la contención emocional de las embarazadas, y no hay rituales que conjuren fantasmas y alejan los demonios que convoca la maternidad. El cuerpo de la mujer debe “obedecer” y abrirse de algún modo, con anestesias, cortes o como pueda, sin mediar palabras; y el cuerpo del bebé deberá sobrevivir a la odisea. Es por ello que, para el alma de la madre, la psicología perinatal recupera un espacio perdido en la noche de los tiempos: el de la palabra en el nacimiento... La psicología perinatal intenta devolver la identidad en el acto de parir. (p. 23)

Esta dificultad que estaría operando en el área de la Psicología Perinatal; en cuestiones Institucionales, hasta en la formación académica en relación a la temática, la cual está ausente en la Provincia. Está comprobado por varias teorías psicológicas como de la neurociencia, la necesidad de una colaboración entre las disciplinas para abordar el tema de la maternidad, puerperio, partos y primeros meses de vida; siendo crucial la función del psicólogo (Planella, 2009).

El tema surge para poder pensar y reflexionar cuál es dicha función, por lo que sería un gran aporte a la Psicología perinatal, que de a poco se va formando y avanzando. Además, sería un aporte para aquellos médicos, neonatólogos, obstetras, pediatras, enfermeros y a todo el cuerpo de salud para ir sensibilizándose, familiarizándose con la temática, para reforzar el

trabajo de equipos interdisciplinarios, siendo así la salud mental parte integral del cuerpo de salud.

La maternidad puede llegar a provocar angustias, temores y ansiedades, ya que conlleva a grandes cambios psicobiológicos; si los mismos no son acompañados, podrían llegar a influir en el vínculo con el bebé, vínculo que se va gestando desde el útero materno. Si el neonato nace prematuro o con alguna complicación, deberá internarse en el Servicio de Neonatología, donde se experimenta la separación inmediata del cuerpo de la madre, internaciones prolongadas, alteraciones en los ciclos día y noche, desorientación espacial, auditiva, retraso del contacto piel a piel con la mamá, además un alto grado de intervenciones técnicas invasivas y agresivas, las cuales le provocan dolor físico y psíquico.

Es por esto que el lugar del psicólogo mantiene una función crucial a la hora de intermediar entre padres y médicos, y promover el vínculo temprano en la díada mamá-bebé; dicho asienta factores protectores que disminuyen riesgos biológicos y psicosociales, permitiendo el desarrollo saludable e integral del neonato. Este proyecto se plantea indagar sobre qué ámbitos de actuación puede trabajar el psicólogo, para conocer el cómo se interviene y el quehacer de la Psicología Perinatal, para poder delimitar cuál es la función del psicólogo en tal ámbito.

A lo largo del trabajo se desarrollará en el Marco Teórico, dos capítulos; el primero en relación al rol del psicólogo, en líneas generales al rol en sí, y particularmente qué compone y es parte del rol perinatal. El segundo apartado, desarrollará todo lo perteneciente a lo psicoperinatal, las incumbencias perinatales y sus respectivos escenarios de trabajo, herramientas técnicas, las leyes que acompañan al ámbito perinatal, y las respectivas investigaciones actuales.

Tesina de la Licenciatura en Psicología

La segunda parte está integrada por la Parte Práctica, conformada por el apartado metodológico, donde se menciona la metodología utilizada en la investigación, luego la presentación y análisis de las siete entrevistas realizadas a profesionales trabajando en hospitales públicos materno infantiles, y su pertinente análisis y discusión de resultados. Por último, se encontrarán las conclusiones generales del trabajo. En éstas, se analiza su relación con respecto a los objetivos que guiaron el trabajo, y se propone la profundización de investigaciones futuras respecto de la temática.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ROL DEL PSICÓLOGO

1.1 Rol del psicólogo

En el pertinente apartado se avocará al desarrollo del rol del psicólogo en la Argentina; poder desentrañar el concepto del rol en la actualidad y sus respectivos avales legales.

Argentina es el país con mayor cantidad de psicólogos per cápita en el mundo (World Health Organization, 2005, citado en Casari, Espeche & Bustos, 2012), este dato da cuenta de una gran cantidad de recurso humano en el país en la materia, pero de cierta forma desaprovechado, ya que en la investigación realizada por Casari et al. (2012), el 70% se dedica a la clínica. Habría un exceso de competitividad, y falta de políticas sanitarias, el cual provoca un desfase entre posibilidad de empleo y disponibilidad.

Casari et al.(2012), citan a Saforcada (2008), quien plantea que la carrera de psicología en nuestro país, ha estado fuertemente influida por la hegemonía del psicoanálisis y el modelo médico-clínico, lo cual conlleva a un área de trabajo predeterminada, dejando de lado la psicología sanitaria o de la salud orientada a un enfoque comunitario y preventivo.

Para poder comprender mejor el rol del psicólogo, se comenzará reflexionando acerca de los comienzos de la psicología, y las implicancias del rol.

La configuración de la psicología como disciplina y profesión en la historia de los psicólogos en Argentina, comienza a finales de la década del cincuenta, con la creación de las carreras universitarias de Psicología y la consiguiente organización profesional, teniendo en cuenta la tensión del campo de la psicología con otros campos, en especial la medicina y el psicoanálisis. La psicología en tanto disciplina se incorpora a la enseñanza universitaria y un discurso psicológico que surge como medio para interpretar la realidad social y como saber, que al aplicarse puede resolver problemas de orden público (Compagnucci & Cardós, 2009).

La lucha por el ejercicio de la profesión por parte de los psicólogos se inicia en los años sesenta y se extiende hasta 1985 cuando se promulga la Ley de Ejercicio Profesional del Psicólogo. La interrupción de la vida democrática entre los años 1976 y 1983, afectó la formación de psicólogos debido a la suspensión de inscripciones y cierre de carreras. A partir de 1983, con el advenimiento de la democracia y la reapertura de las carreras, la búsqueda de

autonomía dentro de las universidades tendió a afianzar el perfil profesionalista en la formación sin dejar de lado la actividad científica. Las prácticas profesionales son consideradas como una de las formas de conocimiento intermedias entre el conocimiento cotidiano y científico (Compagnucci & Cardós, 2009).

Al momento de pensar en el rol del psicólogo, se considera pertinente el desarrollo de ciertos conceptos para poder pensar y reflexionar acerca del rol, estos mismos lo componen y hacen a la construcción del rol del psicólogo. Así como es relevante encuadrar a la psicología como ciencia, y en qué momento histórico se comenzó a replantear el ejercicio del rol profesional del psicólogo. Además poder desplegar la significancia de competencias, incumbencias y las resoluciones que le competen, niveles o ámbitos de intervención, el rol social que mantiene y el ámbito de la salud que incumbe al psicólogo; los cuales estarán a continuación.

Fernández Pérez (2001), citado en Compagnucci y Cardós (2009), define la profesión como una unidad estructural de la sociedad moderna que condensa elementos y procesos de la realidad social, política e ideológica en la que se circunscribe, la misma es formalmente establecida y legitimada por el sector que la constituyó como tal. El concepto de profesión se vincula directamente al de formación profesional en tanto “conjunto de procesos sociales de preparación y conformación del sujeto, referido a fines precisos para un posterior desempeño en el ámbito laboral”.

Klappenbach (2000), define la profesionalización como un proceso de formación y cambio en las maneras de ser y estar en la profesión; dicho proceso se estructura a partir del conocimiento práctico, se sustenta en el sentido-significado que se le asigna al trabajo y supone conocimientos que orientan a las futuras acciones e intervenciones. Este proceso de transformaciones a nivel profesional y personal incluyen también cambios a nivel social, institucional y cultural, es decir que se contextualiza la profesión.

La expresión incumbencias significa competencia, “obligación y cargo de hacer una cosa”; derivado de incumbir: “competer a uno algo, o “estar a su cargo alguna cosa”. Es decir, por incumbencias del título de psicólogo o de Licenciado en Psicología, se entienden las capacidades que el psicólogo ha desarrollado tras su formación universitaria, mediante las

cuales están en condiciones de llevar adelante determinadas acciones o actividades. Las incumbencias de un título, cumplen una función demarcativa; establecen los alcances y límites de una determinada formación universitaria, enmarcan el limitado dominio del conocimiento sobre el cual un determinado tipo de graduado ejerce autoridad y dominio (Klappenbach, 2000).

Se considera pertinente poder desarrollar la Resolución N°2447 del Ministerio de Educación y Cultura de la Nación, 20/9/85. Siendo ésta las Incumbencias de los Títulos de Psicólogo y Licenciado en Psicología: la misma enfoca que el profesional deberá estudiar los hechos psicológicos en las diferentes etapas evolutivas del sujeto, abarcando los aspectos normales y anormales. Realizar asesoramiento psicológico abocado a la promoción de la salud y la prevención de sus alteraciones; además de tareas de diagnóstico, pronóstico y seguimiento. En caso de tratamientos psicoterapéuticos, que sean de acuerdo a los diferentes modelos teóricos específicamente psicológicos.

La Resolución destaca que el psicólogo deberá construir y desarrollar métodos, técnicas e instrumentos psicológicos; paralelamente realizar investigaciones en distintos campos de la psicología. Otra de las incumbencias será orientar y esclarecer los conflictos interpersonales e intergrupales en el contexto de la estructura y dinámica de las instituciones; asesorar sobre motivaciones y actitudes en el medio social y comunitario; orientación vocacional y ocupacional. Además de diagnosticar, asistir, orientar y asesorar en todo lo concerniente a los aspectos psicológicos del quehacer educacional, la estructura y la dinámica de las instituciones educativas y el medio social en que este se desarrolla.

Otras de las incumbencias del psicólogo está orientado en relación al trabajo, es por esto que debe realizar evaluaciones para conocer las características psicológicas del sujeto a fin de selección, distribución, desarrollo, elaboración de perfiles para el análisis de puestos y tareas; realizar estudios y acciones de promoción y prevención tendientes a crear las condiciones más favorables para la adecuación recíproca trabajo–hombre. Lo llevarán al profesional a poder detectar causas psicológicas de accidentes de trabajo, por ende poder asesorar y realizar actividades preventivas de los mismos.

Por último, se resaltan las actividades de asesoramiento y asistencia psicológica en instituciones de derecho público, pericias, rehabilitación del penado y sus familiares. También asesoramiento en el ámbito del derecho privado, adopción, tenencia, discernimiento de tutelas, separaciones etc. El psicólogo realiza acciones que promueven la vigencia de los derechos humanos, para asesorar y operar cuando se violan los mismos. Participa en la elaboración de normas jurídicas relacionadas con áreas y campos de la psicología.

Al ir observando que varias de las conceptualizaciones van intrínsecamente de la mano, ahora se ampliará acerca de las competencias en sí mismas y su relación con el ámbito de la salud.

Castro Solano (2004), describe las competencias profesionales requeridas en el área de Salud. Entre las habilidades más necesitadas se encuentran las tareas de orientación psicológica y de tratamiento psicológico de adultos, adolescentes, niños y familias, las tareas de interconsulta y entrevistas de diagnóstico clínico, el conocimiento de modelos clásicos y la redacción de informes psicológicos. Otras competencias son las intervenciones en crisis y emergencias; el trabajo en grupos interdisciplinarios, con poblaciones de bajos recursos económicos, el manejo de entrevistas de diagnóstico, las tareas de interconsulta, la orientación psicológica a padres, el tratamiento de pacientes con trastornos psicológicos.

El perfil tradicional del psicólogo en nuestro país ha estado orientado predominantemente hacia el campo de la clínica y la temática general de la salud mental, con una tradición hegemónica del paradigma psicoanalítico, como se mencionó anteriormente. En los últimos años se ha producido una progresiva inclusión de nuevos paradigmas, que han enriquecido el rol profesional. Posiblemente, esta apertura estuvo motivada por las demandas del medio social, las oportunidades laborales y las posibilidades de respuesta de las universidades. Actualmente, los alumnos tienen más opciones teóricas y técnicas. En nuestro país reciben cada vez más atención áreas de la Psicología Social, Comunitaria, de la Salud, de las Organizaciones, Política, con una paulatina apertura a otros modelos teóricos (Benatuli & Laurito, 2009).

Pensado de esta forma, se comentarán las teorías de Bleger acerca del rol del psicólogo y su función social, teniendo apertura a otros paradigmas más allá del tradicional.

Bleger, (1966) plantea que la función social del psicólogo clínico no debe ser básicamente la terapia, sino la salud pública y dentro de ella, la higiene mental. El psicólogo debe intervenir intensamente en todos los aspectos y problemas concernientes a la psiquiatria y no esperar a que la gente enferme para recién poder intervenir. Es por ello que la higiene mental, es una rama de la salud pública y no pueden desvincularse entre sí. La higiene comprende el conjunto de conocimientos, métodos y técnicas para conservar y desarrollar la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1952 refiere que la higiene mental consiste en las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental.

Bleger (1966) desarrolla una clasificación de los tipos de situación o de problemática en los que el psicólogo debe intervenir: momentos o períodos de desarrollo o de la evolución normal: embarazo, parto, lactancia, niñez, pubertad, madurez, edad crítica, vejez; momentos de cambio o de crisis: inmigración o emigración, casamiento, viudez, servicio militar, etc.; situaciones de tensión normal o anormal en las relaciones humanas: familia, escuela, fábricas, etc.; organización y dinámica de instituciones sociales: escuelas, tribunales, clubes, etc.; problemas que crean ansiedad en momentos o períodos más específicos de la vida: sexualidad, orientación profesional, elección de trabajo; situaciones altamente significativas que requieren de información, educación o dirección: crianza de los niños, ocio en todas las edades, juegos, adopción, etc.. El psicólogo interviene en donde haya seres humanos.

1.2 Niveles de intervención del psicólogo

Siguiendo la línea de los ámbitos de actuación, se amplificarán los mismos y se nombrarán los niveles de intervención de todo psicólogo.

Se suele distinguir entre, prevención primaria, que es la intervención dirigida a evitar la aparición de problemas. Ésta debe diferenciarse de la promoción de la salud, en la cual la intervención se dirige a enseñar o potenciar repertorios saludables con el objetivo de mantener la salud y mejorar la calidad de vida. En cuanto a la prevención secundaria, se entiende por ella una intervención dirigida a identificar los problemas en la fase más temprana posible y actuar lo más pronto que se pueda sobre los mismos para que no se agraven (Bados López, 2011).

El autor desarrolla además al tratamiento, como una intervención sobre problemas ya consolidados. La prevención terciaria, es una intervención dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado o a evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos o mejorar la calidad de vida de las personas que los padecen; incluye el concepto clásico de rehabilitación.

Se han distinguido tres tipos de prevención: por un lado la universal; dirigida a la población en general sin que las personas hayan sido seleccionadas por tener algún factor de riesgo para el trastorno que se quiere prevenir. La selectiva; dirigida a personas que tienen un riesgo mayor que otras personas de desarrollar el trastorno; por último la indicada, dirigida a personas de alto riesgo que ya presentan manifestaciones subclínicas precursoras del trastorno o en las que se ha detectado algún marcador biológico que predisponga al mismo (Bados Lopez, 2011).

Klappenbach (2000) plantea que los debates acerca del rol del psicólogo, apuntan a clarificar las funciones del profesional, cada vez que la profesión del psicólogo no cuenta con una imagen clara, delineada y tradicional en tal sentido, la controversia recae sobre su legitimidad y condicione.

De tal manera, podría afirmarse que la cuestión del rol del psicólogo, constituye un problema siempre abierto que está en constante construcción. Es decir, luego de haber desarrollado varios conceptos que se considera que forman parte de la construcción del concepto “rol”, este mismo se plasma en función de las nuevas necesidades que vayan surgiendo, recibiendo modificaciones y reestructuraciones. Dependerá del momento histórico y su contexto de las nuevas demandas sociales y desde el lugar que esté ocupando el psicólogo es como éste se tendrá que ir acomodando y adaptando. Por eso concluyendo, el rol del psicólogo es un rol en transición (Klappenbach, 2000).

1.3 Sistema de Salud Público

Se abordará la temática del Sistema de Salud Público y el Sistema Total de Salud, ya que se considera sustancial su desarrollo para luego, poder pensar y reflexionar acerca del lugar de la psicología dentro del ámbito perinatal, su inclusión en los marcos legales y la posición que

ocupa en el Sistema de Salud Público. Sumando que la muestra con la que se trabajó son profesionales de Hospitales Públicos de Mendoza.

De Lellis (2003), plantea la concepción de la Salud Pública, como un sistema que permite delimitar el objeto de intervención de la Salud Pública, entendida ésta como un subsector específico comprendido dentro del aparato estatal. Como actividad estatal, el sector público se incluye dentro del llamado Sistema de Servicios de Salud, y que es definido como: el conjunto de las actividades de salud interrelacionadas, con objetivos comunes, que se organizan para proteger y fomentar la salud, proteger el ambiente ecológico social, curar la enfermedad y evitar la muerte prematura.

El concepto de Salud Pública, comprenderá la dotación de recursos, técnicos, materiales y financieros y las acciones reales o potenciales que pueden ser puestas en práctica por el Sistema Formal del Estado, a fin de intervenir sobre el proceso salud-enfermedad. La caracterización de la salud pública como sistema complejo que involucra las relaciones ecológico-sociales de los grupos humanos en distintas etapas históricas y la institucionalización de los servicios sociales diseñados para atender la problemática emergente, ha sido posible gracias al avance en el plano teórico-técnico de las diversas disciplinas de estudio (De Lellis, 2003).

Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, (2010), refieren que la aplicación de la Salud Pública por parte de los gobernantes fue desarrollada en función de concepciones y prácticas que tenían su postulado en el modelo causal-lineal de la enfermedad infecciosa, es decir agente-huésped. Por esto los autores describen los diferentes paradigmas en juego:

A partir de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, desde la década del 70 en adelante, la irrupción incontrolada de los intereses del complejo industrial-profesional de la enfermedad y fomentada por poderes locales en los países de nuestra región, cristalizó este paradigma de la salud pública, al punto que puede afirmarse que hasta hoy, salvo algunas excepciones, es la orientación principal de todos los Ministerios y Secretarías de Salud Pública de la Nación, Estado y Municipio; llamando a este modo de hacer salud pública “paradigma tradicional”.

El último paradigma nombrado se caracteriza por su base positivista, mantiene grandes reduccionismos en general biopatológicos o psicopatológicos que hacen que sea difícil mejorar las condiciones de salud de la población, y mide mucho a partir de la muerte y la enfermedad; cabe aclarar que es mono disciplinar.

El paradigma de la salud colectiva, es superior en relación al paradigma tradicional, pero no alcanza ya que en ambos el principal componente de sus programas de acción, es el equipo de salud. Implica avances en el área de la salud, pero es primordialmente de naturaleza médica, lo que quiere decir que al contactar con la realidad, el modelo las metaboliza médicamente.

Otro de los paradigmas que apareció es el de la salud comunitaria, el cual implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos sino de las comunidades y se hacen evidentes cuando los profesionales logran trabajar con la población adoptando una actitud de amplia apertura hacia la co-construcción de conocimientos. Tiene dos características principales, el componente principal es la comunidad, y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador. Además en este paradigma se gestiona la salud positiva, no se gestiona la enfermedad.

Se considera relevante poder definir el Sistema Total de Salud (STS), descrito por Saforcada (1999). Este concepto comprende todo lo que una sociedad genera, de sustancia material, ideacional, tangible, intangible, y pone en práctica en relación con los emergentes, positivos o negativos del proceso de salud-enfermedad de quienes la constituyen con el proceso mismo. El STS incluye fenómenos, acciones, conocimientos y prácticas que caen dentro de la responsabilidad y el área de incumbencia de las instituciones, los profesionales los técnicos de la salud avalados por leyes pertinentes.

Se describirán a continuación los componentes principales del STS, para poder comprender de una manera holística el planteamiento de Saforcada (1999), el cual está en íntima relación con el quehacer profesional del psicólogo perinatal, ya que la explicación y descripción, ayudará a comprender el lugar que ocupa la psicología perinatal en el Sistema de Salud en la Argentina, por ende de la Provincia de Mendoza:

- componente legislativo (Poder Legislativo): integrado por los cuerpos legislativos de las tres jurisdicciones (Nacional, Provincial y Municipal). Es aquí donde emanan leyes, reglamentaciones y ordenanzas que regulan los aspectos legales de la salud; ya sea el ejercicio profesional, las actividades de producción y comercialización de los medicamentos, el funcionamiento de las instituciones de salud, y el acceso de los ciudadanos a la atención de la salud.
- componente gubernamental (Poder Ejecutivo): está integrado por dos subcomponentes que están presentes ambos en las tres jurisdicciones administrativas públicas Nacional, Provincial y Municipal. por un lado los ministerios y secretarías que involucran directamente el área de la salud, en donde están las políticas del área, se toman decisiones por acción u omisión, la elaboración de presupuestos, la dinamización y control de la ejecución de estos presupuestos, la planificación y elaboración de normativas generales.

Por el otro lado los ministerios y secretarías que no involucran el área de la salud; donde se encuentran instancias de decisión en cuanto al trazado de políticas que inciden directamente en la salud de la población como son las relacionadas al trabajo, educación, vivienda, el bienestar y la seguridad social.

- componente judicial (Poder Judicial): está constituido por los Juzgados, Cámaras, Tribunales, Cortes Supremas, etc., que tienen competencia para juzgar las contravenciones a la legislación vinculada a las cuestiones atinentes a la salud o que en sus efectos inciden en ella.
- componente formal: se basa en el conjunto de instituciones, profesionales, técnicos legalmente avalados. Desde hospitales, consultorios, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.
- componente cuasi formal: integrado por el personal administrativo, de maestranza, de hotelería, de mantenimiento y vigilancia que forman parte de las instituciones.
- componente informal: se entiende por ésta la población en general.

- componente intersubjetivo general: se configura a partir de la red de interacciones que estructura y dinamiza el STS y está constituido por la carga afectiva y emocional de los emergentes psicosocioculturales de la interacción entre el componente informal, usuarios del sistema, y el formal o cuasi formal, efectores del sistema
- componente intersubjetivo sectorial: queda configurado a partir de la red de interacciones que se dan entre el componente formal y el cuasi formal.



CAPÍTULO II

PSICOLOGÍA PERINATAL



2. Psicología Perinatal

2.1 Concepto

La psicología perinatal, constituye un nuevo campo específico de la Psicología, el cual abarca aquellas temáticas que rodean el nacimiento, es decir, embarazo, gestación, parto, nacimiento, puerperio, primeros meses de vida. Insertándose el profesional en áreas de la salud materno infantil desde una perspectiva vincular (Santos & Oiberman, 2011).

El objetivo de la intervención psicológica es ayudar a la madre y el bebé en esta etapa de crisis y vulnerabilidad. Se considera que el proceso de la maternidad representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. La mujer superará esta crisis en función de su historial personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar (Oiberman et al., 2005).

2.2 Generalidades de la tarea en el ámbito perinatal

El ejercicio profesional del psicólogo ha ido expandiéndose hasta convertirse en una especialización, de esta manera se han ido delineando las características propias del área con sus herramientas específicas, planteando un marco teórico bio-psico-social. Algo que está claro en el campo psicoperinatal es que las intervenciones están enmarcadas en la atención en crisis, considerando a la maternidad como una crisis vital. También se puede intervenir desde un enfoque preventivo, para poder adelantarse a las situaciones de crisis, y actuar rápidamente cuando se desencadena, para evitar que se instale una patología. (Oiberman, et al., 2005)

La crisis es un estado de trastorno y desorganización, ocasionado por una exigencia vital que no logra tramitarse mediante los recursos personales acostumbrados. La asistencia psicológica en situaciones de alto riesgo debe estar disponible de modo inmediato y en una ubicación accesible para el paciente (Mercado, 2005).

Los psicólogos perinatales, no usan el consultorio, ni un encuadre clásico, ni prácticas de derivación. A diferencia del enfoque clásico de la Salud Mental, proviene de aceptar la psicología perinatal como un campo esencialmente interdisciplinario ya que el bebé llega al mundo de la mano de un neonatólogo; el cuidado del embarazo está a cargo de un obstetra, en

consecuencia la labor psi pasa por trabajar junto a ellos, comprendiendo la propia ubicación dentro del campo de la salud materno infantil (Oiberman et al, 2005).

Es interesante plasmar algunos puntos importantes para el despliegue de capacidades técnicas en el ámbito perinatal por parte del psicólogo.

Para lograr el objetivo, el psicólogo perinatal debe contar con la flexibilidad teórica y práctica necesaria para abordar situaciones muy diversas y crear estrategias de intervención en cada momento. Los profesionales psi son un nexo útil entre la familia y el equipo médico, realizan tareas preventivas en salud mental, en el área materno–neonatal, son un agente de facilitación y cambio en el área de salud mental (Oiberman et al., 2005).

Continúan los autores citados especificando lo siguiente: Conocer el lenguaje específico tanto médico, de enfermería, como de la cultura del grupo familiar asistido. Concebir un debate crítico permanente con el equipo de trabajo sobre la tarea realizada. Reconocer los propios límites, y considerar el cuidado de los que cuidan; demás está decir, la necesidad de supervisiones y estar formados en aspectos éticos del rol del psicólogo

Edith Vega (2006), remarca los temas y saberes necesarios a saber para poder abordar la psicología perinatal, los cuales son: temas de embarazo parto y puerperio, la historia actualización y modos de intervención en psicología perinatal, las interacciones tempranas y el proceso de apego, las herramientas como la entrevista, la prematurez, su vulnerabilidad y riesgos.

Además tener conocimiento sobre bases teóricas de la psicología del lactante y su familia, el mundo interpersonal del bebé, maternaje y constelación maternal, fundamentos de la evaluación psicológica temprana, técnicas de observación del vínculo temprano, programas de masajes para bebés destinadas a las mamás, el rol del acompañante perinatal como estrategia de intervención temprana y el propio rol del psicólogo en el ámbito materno infantil, cómo impacta el estrés, muerte neonatal y las crisis de cuidado y hospitalismo (Vega, 2006).

2.3 El espacio de la palabra en el ámbito perinatal

El trabajo en el ámbito perinatal, implica una labor en conjunto con el equipo médico; Oiberman et al. (2005), definen ciertas características que son peculiares del campo, que han permitido comprobar que la palabra emerge a partir de que el psicólogo pone su propio cuerpo junto al de la madre, al del niño y al del equipo médico.

Es por esto que la palabra puede emerger cuando se ayuda a ordenar las emociones suscitadas por este proceso de maternaje (es el proceso psicoafectivo que acontece o no en la mujer cuando tiene al niño, desmitificando el conocido instinto maternal, la maternidad como hecho biológico, se aprende y significa, resultando así el proceso de maternaje.) reorganizando los sucesos vividos anteriormente y dando a la madre la posibilidad de reconstruirlos, ofreciendo un espacio para la puesta en marcha de dicho proceso. Con el psicólogo inmerso en el ámbito médico se introduce en el trabajo la dimensión emocional del nacimiento, y la revalorización del lugar de la palabra en las maternidades (Oiberman et al, 2005).

Las autoras exponen, que para que el psicólogo se pudiera adaptar a ese cuadro nuevo de trabajo, a diferencia de una práctica tradicional clásica de consultorio, se tuvieron en cuenta ciertos aspectos transformadores que hicieron posible el ejercicio profesional: la aceptación de encuadres diferentes, entender que la demanda proviene del servicio y no del paciente, responder al equipo médico a través del instrumento institucional clásico, la historia clínica, trabajar y compartir un espacio común con los médicos y enfermeras, transformar la entrevista psicológica en un instrumento de fácil lectura, con un diseño para ser incorporado a la historia clínica neonatal.

Vega (2006) refiere al término "en la trinchera" para caracterizar ese tipo de tarea en la situación misma, mientras transcurren los hechos. Significa que a diferencia del modo habitual de trabajo, con un encuadre situacional clínico y variables específicas, el rol de la "trinchera", es el desempeño del profesional en el aquí y ahora, "poniendo el propio cuerpo", en situación de crisis, en la resolución de la problemática actual; rompiendo con los esquemas tradicionales, es aquí donde se trabaja al lado de la cama, incubadora, en los pasillos etc.

Oberman (2013), resalta el desafío profesional del psicólogo perinatal: poder lograr escuchar, observar y devolver mediante la palabra como objetivo principal. Esto lleva a sujetar las palabras del paciente, sujetar el gesto del bebé, la inquietud del padre, la angustia de una familia; para esto se necesita el verdadero intercambio entre paciente y profesional.

La autora destaca que la forma para lograr un cambio en este ámbito, es devolver el espacio simbólico al acto del nacimiento, incluyendo el saber médico, las técnicas de las parteras e introduciendo la palabra, la que es capaz de elaborar la psicología actual para dar respuestas a una necesidad: la de una mujer y su familia de sentirse escuchada respetada, acompañada, sostenida ante esta crisis vital y el inicio de la vida.

La tarea del psicólogo en el ámbito perinatal, es amplia, con muchas variantes y diferentes directrices; es así que colabora en la detección de situaciones estresantes, ayuda a descubrir las estrategias de afrontamiento y los factores propios de protección respectivos de la madre y su familia. Esto favorece al normal desarrollo del embarazo, parto y puerperio (Oberman et al., 2005).

Los autores apuntan, que el seguimiento de las madres y bebés internados en las distintas áreas, implica un posicionamiento en el campo de la salud, ya que el fenómeno médico mira a los pacientes desde una mirada parcial desde lo técnicamente biológico; cuando la madre en crisis, ésta como tal, entra en conflicto con el discurso médico.

Por esta causa, la dimensión de lo psicosocial, dirigiendo la atención a las madres e introducir un protocolo específico de lo psicológico en las historias clínicas, implica una manera de aliviar la crisis en la relación médico paciente. Permite jerarquizar la palabra y transformarla en un puente entre el equipo de salud de la maternidad y las madres, humanizando aún más el proceso de nacimiento, brindando un espacio donde la madre y su familia expresen a través de las palabras sus emociones (Oberman et al., 2005).

Siguiendo con la misma línea (Mercado, 2013), describe este espacio para expresar emociones, en la cual la tarea del psicólogo será poder abrir un espacio en donde los padres puedan volcar sus inquietudes de tipo emocional y afectivo, poder detectar los recursos de la madre, pareja y familia para afrontar la situación.

Este punto es crucial ya que el psicólogo podrá transmitir a sus colegas la situación, los tiempos y las vulnerabilidades de la pareja parental. Esto es básico para cuidar de la familia en este difícil tránsito vital, que previene además conflictos vinculares posteriores. Sabemos que la internación neonatológica o cualquier situación que aleje a los bebés de sus padres y en particular de su madre representa un obstáculo para el vínculo en el presente y un posible conflicto en el vínculo futuro. Dependerá de diversos factores, de los recursos propios de los padres, la fortaleza que tengan para afrontar situaciones difíciles, las redes de sostén, la adecuada utilización de recursos materiales existentes.

Vega (2006) refiere que la información que posee el paciente acerca de su propia situación o la de su hijo, transmitida por el equipo médico, hace que el psicólogo mantenga un rol particular y trabaje sobre la circunstancia dada, centrándose en generar esperanza, examinar la situación en la dimensión personal, familiar, generar acciones grupales que promueven utilización de recursos y reconocimiento recíproco de capacidades, proveer información o promover la búsqueda.

Sucede que la comprensión que tenga la madre o su familia, no se relaciona con la capacidad intelectual sino con el estado emocional. Dicho esto, es preciso indagar acerca de la representación mental de la enfermedad; tan solo con la simple pregunta de ¿qué le dijo el médico?, se abre un panorama de intervención psicológica, es ahí donde el psicólogo no da información sino que verifica el grado de comprensión, evalúa el grado de ajuste o distorsión que existe entre la realidad y lo que la mamá logra descifrar (Mercado, 2013).

2.4 Escenarios Perinatales

La psicología perinatal, se incorpora al equipo interdisciplinario de asistencia y se inserta en diferentes áreas de atención perinatal, tales como: (Santos & Oiberman, 2011).

- Salas de internación obstétrica y guardia obstétrica
- Pre parto, parto y cesárea
- Salas de internación conjunta madre e hijo
- Consultorio de psicología de la primera infancia: consultorio pediátrico de niños sanos y de seguimiento de niños de alto riesgo.

Los escenarios recién nombrados, serán desarrollados a continuación, combinando diferentes autores los cuales completarán desde sus puntos de vista, ya que existen otros ámbitos de actuación que se añadirán. Además se desarrollará la incumbencia perinatal y el escenario pertinente donde el psicólogo actúa.

2.5 Embarazo-gestación y parto-nacimiento

2.5.1 Embarazo

El embarazo se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto; su duración aproximada es de doscientos ochenta días (cuarenta semanas, diez meses lunares o nueve meses del calendario solar). Durante el embarazo, la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas, la mayoría de las cuales revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia. Para que se produzca la fecundación, un espermatozoide debe unirse al óvulo y fecundarlo, es en este momento cuando empieza lo que llamamos embarazo (Acosta & Varela, 2013).

2.5.2 Estado psíquico de la mamá durante el embarazo

Los cambios psicológicos, mejor dicho las implicancias psíquicas que están en juego en el embarazo, van de la mano con la sintomatología física que las mujeres embarazadas expresan trimestre a trimestre. A continuación se expondrán ciertos conceptos y un punto de vista general sobre el proceso psíquico el cual la embarazada atraviesa, contando con varios autores. Y al final se mostrará el trabajo realizado por Raquel Soifer (1987) sobre las ansiedades y el embarazo.

En el embarazo existe un aumento de la sensibilidad emocional y una necesidad de comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido. Monique Bydlowski (2007), habla del término “transparencia psíquica” para describir el estado psíquico que se desarrolla gradualmente para alcanzar un grado de sensibilidad creciente durante el embarazo.

La transparencia psíquica, se caracteriza por un resurgir de recuerdos del pasado, que afloran del inconsciente a la consciencia; la cual permite que la embarazada pueda pasar tiempo fantaseando y recordando su propia niñez. Si la infancia fue grata este recuerdo permite imaginarse cómo será la infancia del bebé en camino.

Pero Bydlowski indica, que si la infancia fue traumática, marcada por el abandono emocional la fuerza de esas “angustias primitivas” puede incluso llevar a una interrupción del embarazo, o manifestarse por una angustia o una depresión. Así, la transparencia psíquica del embarazo conlleva, a una reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos y puede llevar a una reagudización de duelos anteriores pendientes; es decir la gestante necesita regresar a sus recuerdos infantiles para poder luego vincularse eficazmente con su futuro hijo. El embarazo es una crisis que revuelve identificaciones y conflictos no resueltos y ofrece una oportunidad para encontrar soluciones más adaptadas mediante una nueva organización de la personalidad.

Raquel Soifer (1987) refiere, que a partir de la observación clínica uno puede detectar movimientos específicos del incremento de la ansiedad durante el embarazo. Si posee un acceso de ansiedad, puede durar entre días, semanas o al punto de producirse sintomatología

física propia, o inclusive puede llegar a provocar el aborto o un parto prematuro. Las ansiedades se caracterizan por tener fantasías específicas, las cuales si el profesional las ubica y tiene conocimiento de las mismas, le proporciona información para poder intervenir y realizar la psicohigiene adecuada en prevención de una ulterior agravación.

Clasifica los momentos donde pueden surgir las ansiedades, las cuales se describirán a continuación: (Soifer, 1987).

- una situación psicológica en el comienzo de la gestación. Ante la primera sospecha de embarazo, comienzan ciertos síntomas como la hipersomnia, tiene una necesidad que la abunda y es la de dormir; al favorecer la negación de los estímulos, es provechoso constituir una defensa biológica adecuada que le da mayor reposo necesario. Se ha comprobado clínicamente la coincidencia de las náuseas y vómitos por lo general en las mañanas, con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca si el embarazo es real o no, además manifiesta temores por la etapa que esta por vivir. Con un adecuado esclarecimiento de los profesionales dichos síntomas pueden disminuir.
- el segundo y tercer mes, suelen ser los más delicados, ya que se está formando la placenta y hay riesgo de aborto natural en la embarazada. Esta situación provoca en las madres terrores, la autora lo llama proceso de placentación, ya que hay una percepción inconsciente del proceso y reactiva fantasías persecutorias de robo y vaciamiento, con una simple explicación disminuirá la ansiedad y se realiza una psicohigiene del aborto. Luego con el avance de las semanas aparecen los movimientos fetales, que provocan temor y ansiedad, la mujer primero realiza el reconocimiento y luego la posterior discriminación de los movimientos; estos son procesos mentales que se dan de forma gradual y lenta.

Varios de los síntomas orgánicos, desde la hipertensión, hiperemesis, constipación, aumento excesivo de peso etc., dan cuenta de todo un proceso interno en la psiquis de la mujer de ir aceptando estos cambios corporales, de enfrentarse a situaciones y movimientos nuevos, son defensas que utiliza. Con la llegada del noveno mes, y luego días previos antes del parto se

comparte durante este último mes ansiedades de otra índole, relacionadas al parto, a las fantasías de vaciamiento, a la posibilidad o imposibilidad de criar un hijo (Soifer, 1987).

2.5.3 Estado emocional del feto en la vida intrauterina

La madre durante todo el embarazo atraviesa por un proceso fisiológico y emocional y psicológico, como ya se describió anteriormente; así mismo, el feto, también atraviesa todo un proceso fisiológico, biológico de crecimiento mes a mes y al mismo tiempo emocional, es decir, el feto tiene una vida intrauterina, en el cual puede registrar los movimientos de su mamá, las caricias, lo que ésta consume, su estado de ánimo, tiene preferencias por voces y ruidos, aunque uno no lo crea, reconoce las emociones del adulto, reconoce lo conocido y lo extraño. Los movimientos y las variaciones del ritmo cardíaco son indicadores de la experiencia vital del feto, son indicadores de la existencia de un aprendizaje prenatal que está presente en el estadio fetal (Oiberman & Mercado, 2012).

Hoy en días son muchas las teorizaciones acerca de la vida psíquica intrauterina, que antecede a la vida posnatal. Solo se mencionará algunos aspectos a tener en cuenta, en relación a las tantas teorías y autores que lo desarrollan.

Wilheim (2011), refiere que todas las experiencias biológicas, desde la formación de cada una de las dos células básicas y componentes, sean estos el espermatozoide y el óvulo, hasta el momento del nacimiento, quedan inscriptas en una matriz básica, por medio de una “memoria celular”, proporcionando la materia prima para la producción de las “fantasías” inconscientes, es decir, son memorias emocionales, que corresponden a las representaciones psíquicas de nuestras impresiones sensoriales iniciales, que quedan almacenadas como materia prima para la producción de pensamientos, en los cuales se irán a transformar, más tarde, cuando un aparato mental suficientemente desarrollado esté disponible.

Cañete (2012) en sus escritos, cita a Bion (1978), planteando cómo el Dr. Bion presta mucha atención a las posibles experiencias de la vida prenatal. En “Memorias del Futuro”, refería que el feto llega a ser sensible en el medio acuoso, percibiendo emociones de alta intensidad; siendo víctima de una serie de experiencias que no son modificadas, como si el feto pudiera implementar mecanismos para desembarazarse de los sentidos.

Ambos autores, plantean la vida psíquica del feto, antes de la cesura del nacimiento, marcando huellas en el bebé desde una vida intrauterina.

2.5.4 Parto

Soifer (1987) plantea el significado biológico de este proceso, es la separación de dos organismos que hasta ese momento han vivido juntos, uno dentro del otro y a expensas de éste, en una relación total de dependencia y de íntimo contacto permanente. A partir de la expulsión, la criatura cobra vida propia, debiendo hacerse cargo de funciones fisiológicas que hasta el momento cumplía la madre, como la respiración alimentación evacuación etc.

Tres etapas del parto:

El trabajo de parto, mantiene tres etapas, ya que cuando el bebé está listo para nacer, la fuerza de gravedad y la presión de su peso hacen que el útero comience a trabajar. Las contracciones permiten que el cuello del útero, que durante los 9 meses de embarazo ha estado cerrado, empiece a abrirse hasta alcanzar una dilatación de 10 cm y así permitir la salida del bebé. Este proceso, que puede ser largo, y doloroso. La intensidad del dolor varía en cada mujer (Zamberlin & Portnoy, 2007).

El trabajo de parto se divide en tres etapas:

En primer lugar la dilatación, comienza con contracciones regulares, aproximadamente una cada hora, que duran pocos segundos. Su intensidad, va aumentando con las horas. Durante la contracción, la panza se pone dura. En algunos casos se rompe la bolsa de aguas y sale un líquido transparente semejante a una leche muy aguada y tibia. Lo primordial en ese momento es poder respirar profundamente, lenta y rítmicamente ayuda a relajar la presión del abdomen (Zamberlin & Portnoy, 2007).

En segundo lugar, llegó el momento del parto o nacimiento; el cual normalmente dura entre media hora y dos horas; comienza cuando la dilatación es completa y termina cuando el bebé ha nacido. Las contracciones son cada vez más intensas y frecuentes. Por lo general la bolsa de aguas se rompe y la mujer tiene deseos de pujar, orinar y defecar. En general, primero sale la cabeza, luego los hombros y el resto del cuerpo (Zamberlin & Portnoy, 2007). En esta etapa

ayuda mucho la respiración jadeante y la relajación corporal como forma de reducir los dolores.

Tercer y última etapa, la de alumbramiento, se llama así a la expulsión de la placenta. Puede durar desde unos pocos minutos hasta media hora. Después de que salió el bebé y se corta el cordón umbilical, se produce una contracción para expulsar la placenta. Para la mujer y bebé es muy importante tener un contacto estrecho. Se debe colocar al bebé sobre la mamá ni bien nace, siempre y cuando ella lo desee y el bebé esté sano. Este momento de parto, finalizaría de la mejor manera con el contacto madre-bebé y el inicio de la lactancia durante la primera hora de vida siendo esta beneficiosa para ambos (Zamberlin & Portnoy, 2007).

2.5.5 Estado psicológico de la mamá

La parturienta experimenta síntomas desde los primeros signos de que el bebé está por llegar, hasta la finalización del parto, donde están en juego ansiedades que antes no habían aparecido. La madre había incorporado a su esquema corporal al bebé y se había adaptado a un ritmo metabólico, fisiológico y hormonal, que ahora tendrá que retornar a su situación corriente y realizar de nuevo una adaptación. Las contracciones de dilatación, siendo las mismas fuertes, provocan angustia y ansiedad por lo que está por venir, reactivando fantasías y temores. La ansiedad de la parturienta es tan intensa que lo trasmite al ambiente (Soifer, 1987).

Luego con la internación en la clínica, cuando logra elaborar este acceso de ansiedad y que se puede avanzar hacia el parto, la mujer entra en un estado de tranquilidad y puede recuperar el control. Cuando el proceso de dilatación ya está culminando se producen sensaciones orgánicas que desatan sentimientos sorprendidos y temerosos frente a la situación. Ya en el momento expulsivo se experimenta otra crisis de ansiedad que sería una agudización del momento anterior manifestándose psíquica física y socialmente. Al ya producirse efectivamente el parto, existe en la mujer un estado confusional entre sentimiento de vaciamiento, sensaciones de extrañamiento, despersonalización y al mismo tiempo tranquilidad, alivio, lo que lleva a la mamá a implementar defensas (Soifer, 1987).

2.5.6 Estado psicológico del bebé

Además de poder pensar y reflexionar sobre el estado emocional y por las situaciones de ansiedad que atraviesa la madre, se reconoce como importante poder tener en cuenta el origen de ciertas teorías y conceptos acerca de los momentos por los que atraviesa el bebé al nacer.

Freud (1917) describe el acto del nacimiento desde un modelo teórico económico, como un hecho traumático, por ser una fuente de desbordamiento energético, para Freud el nacimiento es el origen y modelo de la angustia; lo considera un acto en el que se encuentran reunidas varias sensaciones de displacer, de descarga, sentimientos corporales, todos unidos devienen como el prototipo del efecto producido por un gran peligro que después uno ha sentido en muchas situaciones como estado de angustia.

Huberman de Chiappini & Rodríguez de Miyares (1997) refieren a la teoría de Bion acerca de la cesura del nacimiento. Éste plantea el concepto de relación continente-contenido: en donde las vivencias del bebé, son de naturaleza sensorial, proyectadas en el objeto por identificación proyectiva. Consiste en proyectar partes no deseadas de la personalidad en el objeto, este último, tiene la función de recepcionarlas y metabolizarlas para hacerlas asimilables por el pensamiento y devolverlas después de esta transformación al bebé. Por esta interacción con el objeto, el bebé introyecta los elementos proyectados interiorizando la función continente del objeto.

Bion toma una frase de Freud en *Introducción al psicoanálisis* (1916-1917) en la cual dice que existe mucha más continuidad entre la vida intrauterina y la primera infancia que la impresionante cesura del nacimiento nos lleva a creer; interpretando que hay vida mental antes del nacimiento, en donde el feto siente, piensa, percibe, y hasta utiliza mecanismos de defensa. Bion plantea que hay elementos de la vida psíquica antes de la cesura del nacimiento y que el útero materno tiene una función continente de evitar que sean muy violentos. Los elementos de excitación sensorial muy “vivos” se inscribirían en el psique-soma como elementos inasimilables por el aparato de pensar los pensamientos (Huberman de Chiappini & Rodríguez de Miyares, 1997).

2.5.7 Escenarios de trabajo

A partir de la descripción del embarazo y parto, en las cuales se da cuenta del aspecto psíquico de dichas etapas, demostrando que no son meramente un hecho biológico. El psicólogo puede actuar sobre éstos ámbitos:

Uno de ellos es en el Servicio de Obstetricia, esta área de la maternidad convoca ante la situación imprevista como, por ejemplo, la internación de la mujer durante el embarazo (podría estar relacionada con una condición de riesgo para el embarazo o por su interrupción). También existe una forma específicamente psicológica de encarar la psicoprofilaxis obstétrica (Mercado, 2013).

Galli (2013), amplía el trabajo realizado en Obstetricia, planteando tres situaciones vitales en las que las pacientes podrían ser entrevistadas y que según las intervenciones se requerirán distintas modalidades de abordaje:

Trabajar intervenciones preventivas durante el embarazo de riesgo: Ya sea la detección de estresores, poder identificar los factores psicosociales influyentes y trabajar el fortalecimiento de los recursos de afrontamiento de las madres. O trabajar el vínculo con el bebé desde la gestación, comenzando un trabajo de salud mental y trabajar psicológicamente el proceso de vinculación desde ese momento, sabiendo la importancia del vínculo temprano para el sano desarrollo del niño. Desde esta perspectiva, se desarrollan los dispositivos de detección temprana, las intervenciones y las estrategias de asistencia en salud mental materno infantil (Santos, 2013).

Sala de parto: se trabaja con el acompañamiento, al lado de la cama, el contacto físico como dar la mano en las situaciones de dolor o miedo, son bien recibidos. Si está acompañado por un familiar, el psicólogo se acompaña de sostener a quien sostiene. Mantener informado a la paciente y a sus familiares, fortalecer los recursos de ambos padres, para disminuir incertidumbres innecesarias. Elaborar con los padres las ansiedades y los fantasmas que los rodean, mientras que el equipo médico informara realidades concretas. Se tratarán miedos en relación al bebé o a su lactancia. Los temores de la parturienta con la anestesia.

El centro de trabajo del equipo de psicólogos es implementar un dispositivo de puente comunicacional que mantiene vinculada a la madre, mientras esta en parto o quirófano, con su bebé, para evitar vacíos de comunicación. Además se trabaja la reducción de factores estresantes del ambiente que puedan afectarla, se indagan sus circunstancias personales por las cuales está atravesando este parto, la tolerancia al dolor físico, partos anteriores, si es primeriza. Si tuvo situaciones de mucho dolor, como los enfrento.

El trabajo del psicólogo, es que pueda dejar de luchar contra el dolor como algo externo, apropiarse del dolor como parte del proceso de parir que le permitirá transformarlo en energía para poder lograr la apertura de su cuello uterino. El dolor se resignifica, recordando el “para qué” manteniendo así contacto con su bebé (Galli, 2013).

Sala de partos y quirófano: durante el parto se acompaña a la madre o a su acompañante (familiar). Salvo que haya mucho dolor o tensión, no se interviene, se está en silencio. Si existe tal desborde, se le dan frases en voz baja que den contraste con el ambiente estresante, el contacto físico hace que la ayude a reincorporarse. Los momentos inmediatos en los cuales la madre ya ha parido, el trabajo del psicólogo es facilitar el vínculo madre-bebé, asistiéndolos a ambos, favoreciendo el inicio de la lactancia. Según la experiencia se ha notado que luego del parto, las madres llevan a cabo una apertura psíquica “ganas de hablar”, lo que permite una intervención en el post parto sumamente operativo para prevenir traumas posteriores (Galli, 2013).

Además el psicólogo puede trabajar en Sala de internación conjunta: el ámbito permite que el profesional se acerque al paciente para atender las preguntas y circunstancias particulares que sufren ante la llegada del bebé y también un enfoque preventivo, que incluye dinámicas grupales en las que se trabajan con varias mamás en una sala acerca de los interrogantes compartidos ante la llegada del bebé (Mercado, 2013).

2.6 Puerperio y primeros meses de vida

2.6.1 Puerperio

Acosta y Varela (2013), realizan una descripción y clasificación del puerperio, la cual se describirá a continuación. En primer lugar define el puerperio como un periodo de transformaciones progresivas anatómicas y funcionales, durante el cual se produce en el organismo materno la total involución de las modificaciones gravídicas, a excepción de la glándula mamaria. La palabra puerperio, proviene del latín “puer”, que es niño, y “parere”, que significa parir.

Momentos del puerperio:

Las autoras lo clasificaron en cuatro momentos. En primer lugar el puerperio inmediato, remite a las primeras veinticuatro horas posparto. Luego de finalizado el trabajo de parto, la mujer experimenta una sensación de alivio y bienestar; pueden sobrevenir algunas molestias, ya sea sensación de ardor o quemazón a nivel de la vulva. Durante este periodo el esfuerzo orgánico está destinado a lograr la hemostasia uterina, es decir, el control de la hemorragia genital posparto.

Para que la hemostasia sea eficaz, están en juego dos mecanismos de las fibras musculares uterinas: la retracilidad, es un fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina, y la contractilidad, fenómeno intermitente y activo que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina. En conjunto provocan la compresión y oclusión vascular que se denominan “ligaduras vivientes de Pinard”. La asistencia de este periodo comprende la vigilancia durante las primeras dos horas, controlando la pérdida sanguínea, el pulso, la tensión arterial y la formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard.

Luego le sigue el puerperio mediato o propiamente dicho, que son los primeros diez días. Aquí es donde está la máxima involución de los órganos genitales, la altura uterina disminuye a razón de dos centímetros por día; los órganos genitales externos retoman su aspecto normal y recuperan tonicidad. Comienza un proceso de redistribución de los líquidos corporales.

Se experimentan los llamados entuertos, que son los dolores producidos por las contracciones uterinas durante el puerperio. Se producen en el momento en el que el recién nacido se prende al pecho, pero solo al comienzo de la succión; son intermitentes, y coinciden con el endurecimiento del útero. También en el tercer y quinto día se produce la “bajada de leche” en donde las mamas se vuelven turgentes, duras y dolorosas, la mamá puede estar molesta con malestar, pero este estado dura aproximadamente 48 horas (Acosta & Varela, 2013).

Después sobrevendría el puerperio alejado, en donde es hasta los 45 días y finaliza muchas veces con el regreso de la menstruación. Entre los diez y los catorce días, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo miometrial, quedando contenido dentro de la pelvis ósea. Entre los treinta y cuarenta y cinco días puede reaparecer la ovulación; las relaciones sexuales pueden reiniciarse cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales, y no puede generalizarse, dependerá de cada pareja y de su conducta sexual.

Por último describen el puerperio tardío, que es hasta los trescientos sesenta días. Y corresponde a la mujer que amamanta, hasta la culminación de este estado.

2.6.2 Estado psicológico de la mamá durante el puerperio

Soifer (1987), describe un estudio psicológico del puerperio; denominando a éste como la reacción consciente e inconsciente de la mujer, conocida hoy en día bajo la denominación de depresión puerperal. Luego de haber parido, y que su vida haya cambiado radicalmente, aparecen ciertas ansiedades que antes no habían existido y que preocupan a la mujer o le provocan cierto temor; las siguientes están relacionadas con las expectativas que tiene la mamá, y con los días que sobrevienen luego del parto. La situación de internación es un combo de un lugar extraño con gente desconocida, compartiendo o no la habitación con otras personas, lo cual provoca bastante ansiedad y prima la necesidad de protección y halago.

Se irán dando situaciones que dependerán de la expectativa de ésta mamá y cómo va contrastando con la realidad, eso le irá provocando o no ansiedades. Pueden surgir ansiedades en cuanto a la lactancia que serán las más fuertes en este momento, en relación a si la mamá tiene leche o no, si el bebé se queda dormido en la teta provocando frustración; en estas

situaciones la mamá tendrá que tolerarla e ir procesándola para que la lactancia se desarrolle dentro de los parámetros normales y la ansiedad de la mamá no la obstaculice (Soifer, 1987).

Al llegar a la casa, podrán surgir pensamientos que suman a un estado de depresión, ya sea con cómo se encontrará la casa, podrá manejarla como antes, cómo se las arreglará de ahora en adelante para combinar tareas, éstas preocupaciones han surgido antes pero ahora cobran significado y más si es madre primeriza se le agrega la inexperiencia (Soifer, 1987).

Sastre Miras (2014), refiere a que las características de la personalidad de la mamá son la base que va a definir la forma de enfrentarse a este nuevo periodo que se arrimó y como va a transitar la maternidad y los cambios que implica. Éstas características están en relación al grado de autoestima y de confianza en sí misma, la estabilidad psicoafectiva, si tiene o no antecedentes psiquiátricos. Las perspectivas que enmarcan la predisposición con la que una mujer se va a enfrentar al proceso de la maternidad vienen definidas por la cultura, la sociedad y el momento histórico en el que se hayan educado. Siendo este un factor psicosocial que afecta directamente.

A partir de la descripción anterior, Sastre Miras (2014) describe las manifestaciones psicoemocionales por las que puede atravesar la mujer en el puerperio o postparto:

Estrés: el estrés materno prenatal puede provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas u otras causas; para afrontar estas situaciones el organismo despliega respuestas fisiológicas que hacen tener una sensación de tensión física y emocional. El parto prematuro es una causa que contempla el estrés materno. Pero puede acontecer que tengan vulnerabilidad genética al estrés, y son éstas las que están más predispuestas a desarrollar la depresión postparto.

Ansiedad: es una respuesta emocional ante un estímulo o amenaza no identificado, lleva a la inquietud, excitación e inseguridad; es el síntoma más frecuente en la embarazada. Pero si no ha sido tratada en el periodo prenatal, predice síntomas de ansiedad postparto. Este síntoma es el más relacionado con la depresión postparto. La ansiedad materna puerperal puede suponer problemas emocionales, del comportamiento y sobre el desarrollo cognitivo y social del niño.

Tristeza y melancolía: en inglés se lo conoce como Maternity Blues o Baby Blues. Se diferencia de la depresión ya que éstos síntomas tienen aparición temprana, son más leves y transitorios, aparecen en el segundo y cuarto día después del parto y desaparece de manera espontánea. Se caracteriza por el llanto fácil, irritabilidad, insomnio, labilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito, sentimiento de minusvalía, etc. Se considera como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación en la que se encuentra.

Depresión: el DSM-V introduce el concepto de “trastorno depresivo de inicio en el periparto”, denominando colectivamente a los episodios depresivos mayores que comienzan durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento de un hijo. Los síntomas más comunes son: pereza, tristeza, confusión, alteración sueño y apetito, pérdida de memoria, culpa, pérdida de libido, miedo de autolesionarse o dañar al bebé, irritabilidad con los demás, intolerancia al bebé, angustia intensa, miedo, mareo, pánico, temblor.

Psicosis puerperal: su aparición es de inicio brusco, mantiene la sintomatología de una psicosis (alucinaciones y delirios), generalmente le ocurre a mujeres con antecedentes de episodios psicóticos o antecedentes familiares.

2.6.3 Vínculo primario y psiquismo temprano

Principalmente este subtítulo correspondería a dar cuenta del estado psíquico y emocional del bebé en sus primeros meses de vida, al igual que se desarrolló el estado emocional de la madre durante el puerperio

Es de relevancia hacer hincapié, y dar cuenta de cómo se forma el psiquismo del bebé en los primeros meses de vida; el cual depende de los aspectos constitucionales del neonato, la calidad del vínculo temprano, que los cuidados maternos adopten la función materna (posibilitadora u obturadoras del desarrollo del bebé). Aspectos que son de necesario conocimiento para que el psicólogo pueda abordar su tarea y trabajar prevención, vínculo temprano y contención a la familia (Oberman et al., 2005).

El psicoanálisis presenta a un bebé pulsional, capaz de catectizar al objeto tempranamente y de distinguir entre placer y displacer. Autores post freudianos, como Melanie Klein, resalta las capacidades fantasmales del psiquismo precoz y otros como Winnicott y Bion, la

necesidad de un otro maduro para desarrollar dichas capacidades. La escuela francesa, reconoce en el bebé a un sujeto, rudimentario y en desarrollo, pero sano y con la potencialidad de evolucionar y madurar (Morici, 2016).

Desde diferentes marcos teóricos se puede consensuar que el psiquismo temprano requiere de otro para devenir y que desde el comienzo mismo de lo que se trata es de un sujeto que siente antes de saber que siente (Morici, 2011).

La autora continúa diciendo que el psicoanálisis le otorga al bebé, a pesar de su neotenia, estatuto de sujeto, que logra rescatarlo del lugar de objeto, de la incapacidad y de la ausencia de inteligencia, que lo caracterizó hasta el advenimiento de la modernidad.

Desde otra mirada, Mario Marrone (2001, citado en Morici, 2016) en su libro sobre “La teoría del Apego”, celebrará las investigaciones recientes provenientes de la neurobiología: Estos estudios tienen importancia también para el psicoanálisis ya que comprueban que la función y estructura cerebral depende de la interacción con otros cerebros. Tales interacciones interpersonales cumplen, desde la infancia y a lo largo del ciclo vital, una función crucial para la regulación de los estados emocionales.

Diferentes autores serán nombrados a continuación, ya que todos desde diferentes perspectivas dan cuenta del desarrollo de psiquismo temprano, del vínculo temprano y la importancia que tiene el conocimiento de dichas teorías para el rol del psicólogo.

El vínculo madre bebé ha sido uno de los ejes del pensamiento psicoanalítico. Freud (1905) alude al recién nacido en su condición de indefensión, dada su incapacidad de emprender una acción coordinada y eficaz por sí mismo. La situación del bebé se describe como desamparo (*Hilflosigkeit*) ya que necesita de otro para satisfacer sus necesidades, poner fin a la tensión interna, dando lugar a la acción específica, que lo podrá investir narcisísticamente. La dependencia total del niño con respecto a su madre implica que esta influye decisivamente en la estructuración del psiquismo de aquel.

Melanie Klein (1952), por su parte, planteó que el bebé desde el comienzo de la vida establece relaciones objetales. Cabe destacar que la primer relación objetal que el bebé establece es con el pecho de su madre. También refirió al lugar que ocupa la fantasía

(expresión mental de los instintos) en el individuo en épocas tempranas y a lo largo de su vida. Según Klein la fantasía llevaría al bebé a establecer relaciones objétales. Señaló que el bebé posee fantasías tanto eróticas como agresivas; las mismas son centradas en los pechos de la madre y gradualmente se van extendiendo al interior del cuerpo de la misma.

Lo descrito en el párrafo anterior, son los conceptos abordados por Klein de: Posición fundamentales en la evolución mental y emocional del niño. El concepto de posición implica para Klein una configuración específica de relaciones objétales, ansiedades y defensas, persistentes a lo largo Esquizoparanoide y Depresiva, refirió a ellos como dos etapas, dos fases del desarrollo de la vida. Dichas posiciones podrían considerarse subdivisiones de la etapa oral, ocupando la primera los tres o cuatro primeros meses, y siendo seguida por la última en la segunda mitad del primer año.

Por último, Winnicott (1981), plantea, esa cosa que llaman un bebé no existe, refiriendo que siempre que hay un bebé, hay cuidados maternos y que sin cuidados maternos, no existiría el bebé. Agrega que la forma en el que ese bebé existirá será a partir del gradiente de deseo de hijo y del grado de ambivalencia materna.

A partir de lo desarrollado se citará a Morici (2016), quien se explaya en el debate sobre la premisa instalada desde un paradigma médico, de la necesidad de intervenir precozmente en el primer año de vida, para prevenir patología severa del desarrollo. Es una idea, que de entrada por definición, prevenir significa intentar evitar que devenga lo patógeno. A partir de lo explicitado se apunta en contraposición a la intervención precoz en el primer año, donde éstas formas de intervención están delimitadas siempre por las teorías que se tenga sobre el desarrollo humano.

He aquí la diferencia, por ende la observación y la manera de comprender el objeto de estudio, sea el caso el advenimiento del sujeto, será teniendo en cuenta que el desarrollo en el infante humano, es un proceso poli factorial y complejo, que implica “el entrecruzamiento exacto entre factores endógenos (bagaje genético, biológico, psicológico, y cognitivo) y factores exógenos (su ambiente emocional, cultural, metabólico, alimentario, ecológico, etc.), más los efectos impredecibles del encuentro con el Otro cultural” (Morici, 2016).

La autora sostiene que en los primeros meses de vida el psicólogo debe llevar a cabo intervenciones subjetivantes, que son las que contemplan al niño en su dimensión sujeto deseante, inmerso en la cultura desde su múltiple condición de sujeto bio - psico - social. De esta manera promover la prevención vincular y por ende, previenen la salud mental del niño, habilitando el proceso de subjetivación.

2.6.4 Escenarios de trabajo del psicólogo en relación al puerperio

En el postparto o puerperio, el psicólogo puede intervenir en la Residencia de Madres, lugar en el cual se hospedan las mamás que tienen a sus hijos internados en neonatología. Además pueden ejercer su profesión con madres que tienen a sus bebés sanos sin complicaciones.

Edith Vega (2005), desarrolla el trabajo que se realiza en la Residencia de Madres: asistencialmente, se centra en el acompañamiento y elaboración de momentos críticos en la internación del neonato a partir de la red instalada en el dispositivo grupal. En cuanto a lo preventivo, se dan encuentros grupales para madres de bebés que están internados en Neo, donde se trata de dar y crear una red de sostén. Y comunitariamente se trabaja de la misma manera pero se suman otros profesionales, para que trabajando interdisciplinariamente y se sientan apoyadas y con información de distintos saberes, generando así tranquilidad. La residencia de madres es un espacio donde el psicólogo trabaja con las madres individualmente, o en grupo.

El trabajo con los padres según Fava vizziello, Zorci y Bottos (1992), destacan la necesidad de brindar un sostén psicológico a los padres de los bebés internados desde el nacimiento, llevando a cabo distintas modalidades diferenciadas durante y luego de la internación. El sostén que necesitan se basa en asumir que los padres sobrepasados por la rapidez con que se suceden los hechos a menudo desagradables, superan a los tiempos lógicos de la psiquis para procesarlos. La unidad de servicios de neonatología, mantiene una complejidad importante, en términos psicológicos, ya que salen a la luz dificultades relacionales y vinculares entre los padres y el bebé, sea por secuelas, defectos del bebé, caída de sus fantasías o expectativas.

Es aquí donde el psicólogo debe actuar favoreciendo el vínculo temprano: los padres están involucrados con el bebé desde el primer momento, entonces se les explica su condición y cuando ingresan se les permite tocarlo acariciarlo hablarle y si se puede nutrirlo aunque sean poniendo leche en la sonda, que lo realice. Se los asiste a los padres si es que tienen dificultades o si piden explicaciones para que las respuestas resulten tranquilizadoras (Fava Vizziello et al., 1992). Los padres necesitan certidumbres e informaciones claras, necesidad de cercanía al bebé necesidad de poder ayudar y ser ayudado.

El trabajo del psicólogo con el equipo médico, la autora describe el trabajo en el ámbito de internación, ya que hay figuras profesionales que se hacen cargo de los problemas psíquicos de los padres en primera persona; por esto se hace necesaria una comunicación continua con el personal del servicio para no crear posteriores dificultades a estos padres, ya tan cargados de mensajes contradictorios en relación al tratamiento de su hijo y difícil de comprender.

Las enfermeras cumplen un papel crucial en este ámbito de internación, ya que son ellas las que construyen momento a momento la historia del bebé, cuando come, duerme, llora, descansa, haciendo que de a poco se convierta en un ser humano de manera tal que salga del alucinante mundo de las computadoras y tecnología (Fava Vizziello et al., 1992).

Otra de las temáticas que puede trabajar el psicólogo con las madres y familia, es la lactancia; siendo la misma un tópico crucial en la prevención y en el vínculo de la diada.

2.6.4.1 Lactancia

Ciertas organizaciones a nivel mundial, como la OMS, UNICEF, Asociación Española de Pediatría etc., coinciden en que la lactancia natural o maternas la forma más adecuada para que una mamá de comer a su bebé. La mamá produce leche adaptándose a la madurez del niño y a los requerimientos del mismo, hasta el cuarto día prima el calostro, luego hasta el décimo día se le llama leche de transición, a partir del décimo el nombre que asume es de leche madura (Maldonado et al, 2008).

Pero puede pasar que la lactancia no sea natural y se le asigna el nombre de artificial, ya que se utilizan preparados y formulas elaborados industrialmente a partir de la leche de la vaca. Esto ocurre cuando la teta de la mamá no pueda brindarle el alimento al hijo, por lo cual

estará asesorada por el pediatra y le recomendará la fórmula precisa. Existen dos tipos de fórmula: la de iniciación, que cubre las necesidades del bebé hasta el sexto mes de vida, y la fórmula de continuación, hasta el primer año y luego según la recomendación del médico (Maldonado et al, 2008).

La Sociedad Argentina de Pediatría (2016), resalta que la lactancia ha demostrado beneficios y ventajas tanto para la madre como para el bebé:

En cuanto a la mamá: provoca menos riesgo de hemorragias post parto, menor incidencia de varios tipos de cáncer genital, disminución de osteoporosis en la post menopausia, u otros ejemplos como que ayuda a espaciar los embarazos dando tiempo a la recuperación de la mujer y mayor facilidad de recuperar su peso. Además prolonga la infertilidad después del parto, inhibiendo la menstruación y la ovulación.

En cuanto al bebé, la lactancia fomenta el desarrollo cerebral debido a los nutrientes que aporta la leche y a la interacción que mantiene con la madre. La leche materna los protege de enfermedades y estados alérgicos. Mejora la oclusión dental en etapas posteriores, provoca mejor agudeza y enfoque visual llevándolo a una mejor disposición al aprendizaje y lectura, entre otras (SAP, 2016).

La duración de la lactancia materna está muy condicionada por los hábitos familiares y culturales. La OMS recomienda mantener la lactancia materna con adecuada alimentación complementaria hasta los 2 años o más.

Amamantar es mucho más que dar de comer. La Lactancia natural contribuye a establecer un vínculo corporal y emocional madre- bebé, que resulta mutuamente gratificante. El vínculo con el hijo comienza a tejerse desde el embarazo y aún antes, desde la proyección y fantasía de ser padres y de desear tener un hijo. Luego múltiples factores determinan y enriquecen el vínculo: el tipo de embarazo, de parto, la historia de cada padre como hijo, y su propio vínculo. La acción de nutrirlo, las miradas recíprocas, las caricias y sonidos que el bebé comienza a devolver a su madre, y el intercambio múltiple: de contacto, movimientos, sostén, calor, olor, sabor, miradas, hacen de la lactancia un valor insustituible (SAP, 2016).

El estar cuerpo a cuerpo, en total intimidad, favorece al mismo. Y aún más, brindarle al hijo el mejor alimento que lo nutre totalmente y lo fortalece, garantizándole salud y buen desarrollo, es un elemento fundante en el vínculo. Esto no quiere decir que si la lactancia se viera interrumpida, por razones insuperables, la madre podría de todos modos lograr un muy buen vínculo con su hijo.

Con información clara y atención adecuada, la lactancia se extenderá por el tiempo necesario que la madre y el niño decidan, cubriendo así todas las necesidades de protección y nutritivas, además de fortalecer el vínculo y brindar placer a ambos. Es responsabilidad del equipo de Salud ofrecer el apoyo necesario a cada familia que allí se atiende, para lograr una lactancia exitosa (SAP, 2016).

2.6.5 Escenarios de trabajo del psicólogo en relación a los primeros meses de vida del bebé

Además de poder trabajar con la madre ciertos temas, el profesional puede trabajar con el bebé y la madre en los siguientes espacios:

Consultorios externos de pediatría y consultorios externos de psicología, donde se realiza el seguimiento del desarrollo psicomotor, evaluación de la inteligencia sensorio motriz e intervenciones clínicas que hacen foco en el vínculo que se establece entre los padres y el bebé (Mercado, 2013).

Consultorios externos atención al niño y su familia: desde lo asistencial: evaluación del vínculo, del desarrollo psicomotor y de la inteligencia del bebé, intervención oportuna y pautas de estimulación. Seguimiento del recién nacido de alto riesgo. Preventivamente, observación de la díada en los consultorios, detección de factores de riesgo, pautas de crianza y estimulación. Y comunitariamente, se identifican y trabajan los recursos de afrontamiento en la red social de sostén (Vega, 2005).

2.6.5.1 Neonatología

Otro de los escenarios donde puede actuar el psicólogo, es en Neonatología, en el cual el profesional trabaja con el bebé, con la madre y el vínculo entre ambos, además de trabajar con la familia del bebé internado en cuidados intensivos neonatológicos.

Requiere de un enfoque muchas veces relacionado con la situación de crisis que desencadena la patología perinatal. El profesional utiliza herramientas de emergentología para atenuar el impacto de la internación del bebé. El dispositivo de trabajo en neonatología se despliega ante situaciones críticas de nacimiento, es decir, en el momento del nacimiento y el vínculo temprano entre la mamá y su hijo recién nacido prematuro o que presenta alguna patología neonatal. Una de las características principales del dispositivo es que no trabaja con el paciente, ya sea el bebé o la mujer embarazada, sino que trabaja con la madre, el bebé y principalmente lo que acontece entre ellos, el vínculo. La perspectiva es vincular y de proceso, ya que el mismo se encuentra delicado y en construcción (Santos, 2013).

Según Nikodem (2003), específicamente del rol del psicólogo en neonatología, lo describe y plantea claramente; empezando porque los psicólogos han sido instruidos en la ciencia que los vincula con la esencia de lo humano y el comportamiento, por esto mismo se debe colaborar en la tarea de cuidar que la tecnificación no produzca la deshumanización de la pediatría, acompañando y cuidando el desarrollo de los niños que han sido internados en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) como así también de sus familias y las redes sociales en las que se irán insertando a lo largo de su crecimiento.

La psicología, según Nikodem (2003), permite posicionarse de un modo diferente respecto de la vida, el dolor, el sufrimiento y la muerte, en tanto que se considera que la persona no se reduce a una pura biología; ya que la dimensión psicológica se entiende por el carácter activo de la persona humana, pudiendo visualizar concretamente el grado de susceptibilidad o de resistencia de un recién nacido de alto riesgo ante la acción continua de agentes externos.

Uno de los objetivos del accionar en la UCIN es aliviar el sufrimiento rescatando precisamente el carácter “humano” del niño internado y de sus padres, dando a estos últimos la posibilidad de un espacio en el que puedan poner palabras a lo que les está pasando. Poder escuchar sus fantasías, temores y angustias es elemental, dado que marcan la manera en que

ellos tienen de observar y vincularse con el bebé internado. Además el bebé internado mantiene mecanismos fisiológicos, como la adaptación ambiental a la UCIN o el sueño y mecanismos conductuales como el llanto o movimiento de la mirada que les permiten responder a las modificaciones del ambiente que estas son permanentes y constantes en la internación (Nikodem, 2003).

Es por eso que estos mecanismos se transforman en señales del bebé que para poder responder a ellas es necesario que tanto sus padres como los profesionales sepan poder observarlas atentamente para poder conocer el estado de ánimo del bebé (Nikodem, 2003).

Nikodem (2003) plantea una modalidad de trabajo que implica la apertura de un espacio en el que intenta responder a las preguntas de los padres acerca de su hijo y los códigos establecidos en la UCIN; también crear un espacio para la comunicación, estableciendo una relación durante la internación lo que puede ayudar a afrontar favorablemente los momentos de dificultad interactiva que los padres encuentren; y por último en caso de que el bebé fallezca, acompañar a los padres dándole la oportunidad de expresar sus sentimientos, facilitando la apertura de un duelo normal por el hijo muerto.

El punto es poder colaborar en la creación de un pasado y en la construcción de un presente y un futuro, en la observación, contención y el apuntalamiento en cada uno de los pasos y momentos experimentados. Por otro lado es importante poder estar alertas para detectar padres potencialmente de riesgo y elaborar intervenciones tempranas a fin de detener o atenuar el impacto psico biológico negativo y/o afecciones profundas.

Los cuidados de las terapias intensivas de alta complejidad, no sustituyen a los cuidados maternos. El trabajo en neonatología requiere elaborar con los padres el duelo por el bebé fantaseado e imaginado (Levobici, 1989, citado en Vizziello, 1992) cuestiones de índole narcisista, sentimientos de culpa -temor de haber dañado al bebé- impotencia ante la sensación de no poder cuidarlo y dejar al hijo en manos del equipo médico, frustración y angustia.

El psicólogo tiene como herramienta fundamental el sentido común, la capacidad de asombro, es por esto que debe organizar las condiciones de vida satisfactorias, disminuyendo el sufrimiento y estando la posibilidad de que la internación no signifique solo el durar y

transcurrir de una entidad psico-biológica sino que esté allí una persona y se tajan las coordenadas bio-psico-socio-ambientales que permitan integrar la experiencia vivida en el entorno familiar dando origen a una nueva historia (Fava Vizziello et al., 1992).

Fava Viziello et al., (1992) desarrolla cómo el psicólogo puede trabajar estrategias de intervención con el bebé prematuro. La intervención debe ser lo más cuidadosamente posible y la estimulación que se lleve a cabo sea modulada según las señales que el bebé envía, tratando de no estresarlo.

El modelo sinactivo desarrollado por Als (1982), ayuda a comprender al pre término o al bebé en riesgo, brindando sugerencias para la prevención de algunas de las secuelas neuroevolutivas asociadas a la prematurez. La estimulación que se trabaja con el bebé pueden ser las siguientes, a modo de ejemplo de una de las cuantas que existen: (Fava Viziello et al., 1992).

Seleccionar estímulos que tengan un efecto tranquilizante, los cuales pueden ser útiles durante algún procedimiento invasivo que se le realice al neonato, o los estímulos excitantes, podrían ser más indicados para antes de las comidas.

La estimulación al bebé internado en neonatología, tendrá que respetar ciertas cuestiones: respetar las señales de disponibilidad del bebé, individualizar el momento en el que el niño está en condiciones de dar respuestas sociales, y por último entender cuando la respuesta está por convertirse en excesiva o estresante, o a la inversa, reconocer signos de homeostasis fisiológica que permiten progresar en la secuencia de estimulación (Fava Vizziello et al., 1992).

2.6.5.2 Guardia psicológica

Consiste en una guardia hospitalaria. Acompaña a la guardia neonatológica y colabora con los obstetras en un trabajo interdisciplinario. Implica un posicionamiento diferente al tradicional en el campo de la salud mental, por ende se debió transformar el abordaje que cuenta con ciertas características específicas:

Confluencia de saberes diferentes y trabajar conjuntamente con otros profesionales, neonatólogos, pediatras, obstetras, enfermeras y trabajadores sociales; aceptación de encuadres diferentes es decir in situ, donde la crisis toma lugar (frente a la incubadora o en la sala de pre parto) (Oberman, et al, 2008).

La demanda proviene del equipo médico; transformación de la entrevista psicológica en instrumento de trabajo clínico, revalorizar el lugar de la palabra en las maternidades; aceptación del psicólogo por parte del resto del equipo médico; flexibilización teórica y práctica para abordar situaciones muy diversas; creación de estrategias de intervención a cada instante; rol del psicólogo como de mediatizador entre la institución y el bebé en riesgo; conocimiento del lenguaje específico tanto médico y de las enfermeras como de la cultura del grupo familiar asistido; consideración del cuidado de los que cuidan; reconocimiento del carácter de urgencia de la emergencia(no se puede esperar los tiempos de la interconsulta) se debe intervenir en ese momento y lugar (Oberman, et al, 2008).

Otro de los escenarios donde puede actuar el psicólogo es en relación a lo académico; la docencia, poder enseñar psicología perinatal, involucrarse con la investigación que implica poder responder de manera sistemática a las preguntas cotidianas. Para finalizar, la autora plantea que el profesional debería hacer terapia, enfocando en este punto en cuanto a una cuestión ética y que sea parte de la permanente formación y capacitación del sujeto (Mercado, 2013).

2.7 Salud sexual reproductiva y su escenario de trabajo

De acuerdo con la situación que convoca, el psicólogo perinatal trabaja: (Mercado, 2013). En consultorio de salud reproductiva, prevención y psicoprofilaxis.

Para comprender mejor, se citará a Zamberlin y Portnoy (2007) quienes consideran relevante, poder definir los conceptos en cuestión, para poder profundizar así la salud sexual y reproductiva. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud, define a ésta última como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de

enfermedad". Paralelamente, la sexualidad es parte de la vida de los seres humanos; abarca un poco más que los genitales mismos, sino que incluye nuestro cuerpo, los sentimientos, las emociones y totalmente relacionada con la identidad propia del sujeto. La sexualidad es muy amplia y está influenciada por las costumbres.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Zamberlin & Portnoy, 2007).

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de planificación de la familia de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables, económicamente asequibles y que no estén legalmente prohibidos; y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual." (Zamberlin & Portnoy, 2007).

La OMS manifiesta que es esencial disponer de protocolos basados en evidencia sobre los cuidados puerperales para asegurar las buenas prácticas. Así, es necesario identificar los cuidados que toda mujer y su bebé deberían recibir en las primeras semanas después del parto, reconocer y tratar adecuadamente cualquier desviación de la normalidad y eliminar aquellas prácticas que no estén sustentadas por datos científicos o que se revelen como perjudiciales o innecesarias. Continuar la atención facilitando asesoramiento y cuidados, explorando sus necesidades, cambios emocionales y psicológicos, y situación del vínculo, la lactancia y el

apoyo de la pareja. Impulsar los aspectos que deben contemplarse de manera transversal en todo el proceso (Zamberlin & Portnoy, 2007).

El psicólogo perinatal también puede trabajar en Atención Primaria de la Salud (Centros de Salud), donde su trabajo tendrá una orientación diferente a lo que se viene planteando. En el mismo se plantean ciertos objetivos de trabajo: (Planella, 2009).

- Correr el eje de atención de la enfermedad hacia la atención y promoción de la salud integrando psico-socialmente a la biología humana en función de generar mejores condiciones de vida y salud mental de la población
- Constitución de equipos interdisciplinarios estables y rotativos de abordaje de la salud (física , psíquica y social)
- Generar participación autónoma y transformarla en participación integral.
- Aplicar acciones referidas a Salud Mental que promuevan un desarrollo psico-afectivo-intelectual de la comunidad.
- Realizar actividades de atención, prevención y promoción de la salud.

Los Centros de Salud, estarían más orientados a un trabajo con la mujer embarazada y acompañarla en ese proceso. Luego del nacimiento, los mismos son centros que logran la apertura y facilidad a la comunidad para que pueda la madre y su familia acceder a hacerle los controles pertinentes al bebé.

2.8 Fertilización asistida y su escenario de trabajo.

A continuación se destacarán los espacios de trabajo para el psicólogo, se considera relevante incluirlas como incumbencias perinatales, al igual que embarazo, parto, puerperio, primeros meses de vida y salud sexual y reproductiva.

Una de las temáticas es la Fertilización asistida la cual Papalia et al, (2011) la definen como el proceso por medio del cual el espermatozoide y el óvulo, los gametos o células sexuales masculinas y femeninas, se combinan para crear una sola célula llamada cigoto; que se duplica una y otra vez por división celular hasta convertirse en un bebé.

La infertilidad es la incapacidad para concebir un hijo luego de 12 meses de intentarlo. La fertilidad femenina comienza a declinar aproximadamente entre los 25 y 30 años, con un descenso sustancial entre los 30 y 40 años. La fertilidad masculina se ve menos afectada por la edad, pero declina de manera significativa entre los 35 y 40 años (Papalia et al., 2011).

La mujer que toma esta decisión tan importante, para una nueva vida y su entorno familiar, implica un costo emocional y gasto energético tanto corporal como de la psique; por esto durante la búsqueda de médicos, diagnósticos, opciones, tratamientos, hasta encontrar el indicado y llevarlo a cabo, actuó desgastando o agotando recursos de regulación de la persona, por lo que se suma el impacto hormonal del embarazo y luego del postparto (Chardón, 2013).

Entonces el rol del psicólogo en este momento particular es ayudar a la madre a diferenciar los momentos vividos y atravesados, pero integrando a su vez las vivencias en el plano de la experiencia, reorganizando su demanda y reducir la presión de las exigencias, tanto externas como internas, le permitirá comenzar a conectarse con su bebé y adaptarse a su nueva condición, en función de las necesidades del recién nacido. Ver la posibilidad de realizar junto a los padres una reconstrucción de lo vivido, integrándolo de este modo a la vivencia actual, puede traer alivio al organizar los hechos significativos que ellos identifiquen (Chardón, 2013).

La intervención del psicólogo perinatal se orienta a la normalización de la situación, la referencia a otros pares que tienen sensaciones semejantes dentro de la UCIN y a promover espacios de gratificación mutuos entre la madre y sus hijos, integrando al padre, figura determinante como sostén (Chardón, 2013).

2.9 Discapacidad como incumbencia de la psicología perinatal

Para finalizar, Santos (2005) cita a la Licenciada Alicia Fainblum (1999), quien presenta una propuesta de intervención en situaciones de discapacidad, teniendo en cuenta a que una mujer discapacitada tiene derecho por ley de poder tener hijos, hasta el bebé que tuvo que ser internado en Neonatología, y ha quedado con secuelas por ende, con futuras discapacidades. Lo expresa en los siguientes términos:

“Sujeto discapacitado versus sujeto con una discapacidad. Plantea que es posible intervenir disminuyendo la discapacidad, pero no es posible suprimir el déficit orgánico. Es imprescindible que se conozca el déficit orgánico y se pongan en juego los conocimientos teóricos y técnicos en el tratamiento respectivo, ya sea neurológico, kinesiológico, psicológicos, fonoaudiológico, de psicomotricidad, etc. Lo que cuestiona, por sus consecuencias iatrogénicas, es la atención exclusiva en aquellos que no funciona, enfrentando insistentemente a las personas con la imposibilidad. Es decir, cuestiona la reducción de la mirada a lo puramente orgánico”. (pp197)

3.1 Herramientas de trabajo

3.1.1 Entrevista

Bleger (1985) describe a la entrevista como un instrumento del método clínico, es por eso que es una técnica de investigación científica de la psicología. Es una instancia en la cual se aplica el conocimiento, se verifica pero al mismo tiempo se lo aplica.

La entrevista puede ser abierta o cerrada. En ésta última, las preguntas ya están previstas, con un orden y una forma de plantearlas; es un cuestionario, que permite una mejor comparación sistemática de datos. En cambio la entrevista abierta, hay flexibilidad y libertad para la expresión o intervenciones, da la posibilidad que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular, posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad.

La entrevista psicología intenta el estudio y la utilización del comportamiento total del sujeto en todo el curso de la relación establecida con el técnico, durante el tiempo en que dicha relación se extienda. Se la puede definir, como una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas; lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol, y el otro necesita de una intervención técnica.

Para pensar el campo particular de la entrevista, se debe tener un encuadre fijo, que consiste en una transformación de ciertas variables en constantes; que incluye la actitud técnica y el rol del entrevistador, los objetivos el lugar y tiempo de la entrevista; sirve como estandarización de la situación. Pero si el encuadre no se da de manera fija y se modifica, esta modificación tiene que ser considerada como una variable sujeta a observación tanto como lo

es el mismo entrevistado. Cabe aclarar que el campo de la entrevista tampoco es fijo sino dinámico, queriendo significar con ello el hecho de que está sujeto a un permanente cambio y la observación se debe extender del campo específico existente en cada momento a la continuidad y sentido de estos cambios.

Oiberman et al. (2005) refieren, que a efectos de una mayor sistematización de la tarea realizada, se elaboró una entrevista que tomara en cuenta sucesos significativos de la vida, que pudieron influir en el embarazo y parto, a los efectos de incorporar la dimensión psicosocial de la madre en las maternidades.

En un primer momento se construyó un modelo de entrevista psicológica para ser aplicada durante el posparto inmediato; luego se extendió su aplicación a las salas de internación de embarazadas de alto riesgo, con el propósito de detectar factores de riesgo que puedan influir en el embarazo. Tuvo el propósito de incorporarla a la historia clínica, y que sea un instrumento de fácil interpretación para el equipo médico, logrando así la sistematización, información y comunicación. Es decir, la entrevista psicológica como tal, contiene datos confidenciales, es entonces que se elaboró este protocolo que pueda ser incluido en las historias clínicas (Oiberman et al, 2005).

En la entrevista adaptada como protocolo se tiene en cuenta lo siguiente: en primer lugar los datos de la madre, el bebé sus motivos de consulta y se observa y toma nota del contexto familiar. A partir de eso se indaga acerca de: el embarazo, cómo se sintió durante, física y emocionalmente; parto, lactancia, embarazos y partos anteriores. Sucesos significativos: diferenciando si fue durante el embarazo y en que trimestre, o en años anteriores; se pregunta por la pareja, muertes, su ámbito social, problemática actual, problemas con otros hijos; problemas maternos asociados al embarazo, físico, emocionales y psicológicos, conflictos infantiles, y ya finalizando, se pregunta el impacto ante este nacimiento/internación/situación, y por último la red que tiene esa mamá ya sea familiar y social si es amplia, escasa, fuerte o débil.

Viziello et al. (1992) describe las fases de la entrevista con los padres, en la situación de tener a sus bebés internados en Neonatología. Plantea que la entrevista mantiene como propósito una triple finalidad explicitada: en primer lugar, se centra en poder responder a las

preguntas que los padres se plantean respecto a su hijo; en segundo lugar, crear un espacio de palabra y establecer una relación que durante el follow-up ,pueda servir para afrontar mejor los eventuales momentos de dificultad interactiva que los padres puedan encontrar y tener, en tercer lugar, noticias sobre el desarrollo psíquico del niño y su mundo relacional, a fin de mejorar cada vez más el tipo de asistencia que se brinda.

Mercado (2005) describe las Entrevistas de Sesión Única. El objetivo de esta entrevista es recuperar los recursos de la paciente, evaluando la resolución de los conflictos del pasado y tal vez aportando nuevos puntos de vista ante la situación nueva. Este nombre responde a motivos diversos: las entrevistas tienen lugar a partir de situaciones de alto riesgo, planteadas por urgencias médicas o emergentes de conflictos psicosociales o vinculares, o ambos. Como el paciente es dado de alta y no vuelve al hospital es preciso tener en cuenta la posibilidad de que el proceso terapéutico se inicie y finalice en un solo encuentro, independientemente del marco teórico de referencia del terapeuta, es preciso elegir un abordaje ligado a la emergencia que manifiesta el paciente, a lo real que atraviesa este sujeto.

Rosenbaum (1994), citado en Mercado (2005) propone considerar la primera entrevista como un proceso terapéutico en sí mismo para ello propone un encuadre específico, la entrevista dura entre 90 y 120 minutos en lugar de los clásicos 50. Se debe explicar la intención del terapeuta de resolver la conflictiva del paciente en ese único encuentro y así como la posibilidad de tener otras entrevistas si este objetivo no fuera alcanzado. Proveen un encuadre terapéutico para el desarrollo de un vínculo sanador, en el que está implícito la esperanza y la posibilidad de emprender cambios significativos. La sola escucha del paciente es poderosa, el riesgo de intervenir en sesión única es la presión que siente el terapeuta de hacer algo rápido.

El concepto de sesión única alude a un profundo respeto por el potencial del paciente, desestimando la ilusión de que la terapia le va a ofrecer al paciente algo que le es ajeno. El objetivo de la terapia sería reforzar las capacidades que están temporalmente restringidas por una visión parcial del self o una situación de alto riesgo (Mercado, 2005).

3.1.2 Observación

La técnica de observación, es una técnica de recolección de datos. Para que la misma tenga validez, desde el punto de vista metodológico, debe tener rigurosidad, ser sistemática, controlada, intencionada ya que hay un objetivo, y también ilustrada porque detrás hay un marco teórico. Es un procedimiento de recogida de datos que se basa en lo percibido por los propios sentidos del investigador. Es un examen de fenómenos o acontecimientos actuales tal como son o tienen lugar en la realidad del momento presente y no sobre hechos o acontecimientos pasados (Huberman de Chiappini y Rodríguez de Miyares, 1997).

Según las autoras en cuestión diferencian diferentes modalidades de observación:

- Los medios utilizados para la sistematización de lo observado: puede ser no estructurado, asistemático o libre, el cual consiste en conocer y anotar hechos con guías poco estructuradas, se refiere al procedimiento de observación con escasa sistematización, ya que todo investigador con el solo hecho de tener contacto con la realidad plantear problemas y sugerir hipótesis está continuamente efectuando una observación no estructurada. Por otro lado la observación sistemática o estructurada, en donde posee procedimientos más formales para la recolección de datos, y un mayor grado de estructuración de las categorías de análisis. Es dirigida y utiliza cuestionarios.
- Según el papel del observador (su grado de participación y contacto con la realidad): puede ser una observación no participativa, es decir, se mantiene ajeno, cual espectador que actor, es una observación pasiva. O una observación participativa activa, consiste en la participación directa del observador, es decir que asume algún rol.
- Según el número de observadores: por un lado individual, o sea la realiza una sola persona, en este caso se corre el riesgo que la personalidad del individuo se proyecte sobre lo observado y haya distorsiones. Sino la observación en equipo o colectiva, acá todos observan lo mismo y se corrigen las distorsiones, y cada uno puede observar aspectos diferentes.

Tesina de la Licenciatura en Psicología

- Por último según el lugar donde se realiza la observación: la observación de campo, en donde los hechos se captan tal como se van presentando, o la observación de laboratorio, donde son artificiales y se crean situaciones sociales.

Normas para la observación científica: La capacidad de observación no es innata sino que se desarrolla, el observador debe tener la capacidad de observar y observarse observando. Las siguientes son las normas a tener en cuenta para una observación sistemática y controlada: (Huberman de Chiappini y Rodríguez de Miyares, 1997).

- El qué y el para qué: que exista un objetivo bien determinado
- Marco teórico referencial: sirve para orientar, no para forzar la observación.
- Guía: que sea flexible y abierta a varias direcciones para acomodarse al momento.
- Comprensión simpática: como actitud fundamental, la empatía.
- Neutralidad: incorporarse sin llamar la atención, evitando superioridad, consejos apruebos o desapruebos etc.
- Contrato: explicar lo que se va a hacer.
- Impresiones: capacidad de ver los pequeños detalles, ver indicios y percepciones para tener poder tener una impresión múltiple que nos lleve a la comprensión del todo.
- Notas: plasmarlo lo antes posible antes de las 12 horas para evitar el comercio asociativo personal.
- Control: asegurar los medios de control para su validez y fiabilidad

La observación de lactantes fue iniciada en la Argentina por Kamala Di Tella, entrenada en el método, en la Tavistock Clinic de Londres, Inglaterra. Esther Bick fue la creadora del método, en 1948, en la Tavistock Clinic, por un pedido del Dr. Bowlby, con el objetivo de favorecer la experiencia práctica en el primer año de la formación de psicoterapeutas. Uno de los iniciadores de la observación fue Freud, quien invitaba a sus discípulos a observar a los niños, específicamente la manifestación de la sexualidad (Huberman de Chiappini y Rodríguez de Miyares, 1997).

Las autores citan a Melanie Klein (1952) quien escribió “observando cuidadosamente los bebés nosotros podemos obtener un cierto de conocimiento intuitivo de su vida emocional, también ciertas indicaciones sobre el desarrollo psíquico posible”.

Huberman de Chiappini y Rodríguez de Miyares, (1997) plantean como Esther Bick explicita que se observa cuando se observa al lactante, desde su marco teórico psicoanalítico:

- La cohesión del self con sus propios recursos (continuum cuerpo-mente): observar los movimientos desorganizados no rítmicos, el arqueo de la columna, tensar el cuello y la espalda, acurrucarse, inmovilizarse. Para poder ver si utiliza mecanismos de descarga de lo desagradable o son movimientos incesantes en donde el bebé tiene todo unido
- Cualidad de los movimientos, ya sean rítmicos y suaves, rápidos, hiperactivos, temblores, movimientos anticipatorios, aferramiento a quien lo alza, para observar la contención que sienten o sensación de pedazos.
- Succión del pecho o de tetina puede ser de adherencia o aferramiento o una maniobra defensivo protectora.
- Llanto, diferenciar si es de dolor, cansancio, irritación, grito, soledad, desesperanzado.
- La mirada: si es suspendida normal, de exploración, de control, de evitación, periférica, vacía, suspendida fusionada, hiperpenetración.
- Puntos de concentración o unificación, puede ser a un sonido o a una luz.
- Sonrisa: como respuesta de interés al otro, o vacía.
- Piel: cambio decoloración, irritación, sarpullido, eczema, erupciones, hipersensibilidad. Ya que está conectada la piel con el sistema nervioso central y da cuenta de disturbios en la contención materna.
- Tono muscular: relajado, hipotonía, hipertónica, disarmonías.
- Motricidad: inmovilidad, sostén de la cabeza, posición de sentado, trípode, gateo, posición de pararse.

Por último el rol del observador es crucial, ya que éste recibe con su emocionalidad, sus fantasías y hasta con su propio cuerpo las vivencias profundas que el bebé le comunican.

Tiene que tener una visión binocular, ver qué pasa en el exterior y al mismo tiempo en su interior. En el momento de la observación, no toma notas con la idea de poder estar atento, terminada la hora puede anotar lo observado que algo del sentimiento del observador surgirá. Por lo que luego en el momento de la reflexión tendrá que supervisar, es usada para metabolizar psíquicamente todo lo vivenciado; siendo de esta manera metodológica y científica (Huberman de Chiappini y Rodríguez de Miyares, 1997).

Por otro lado está el dispositivo de intervención perinatal, la escala de observación para evaluar situaciones de vinculación en la internación en incubadora (Oiberman, 2015)).

La modalidad de abordaje se realiza desde una perspectiva vincular y de proceso, dado que el vínculo madre e hijo en estas primeras etapas durante la internación se encuentra en proceso de construcción. En este contexto particular de proceso de vinculación en contexto de internación, se desarrolló el instrumento de observación vincular a ser aplicado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales denominado N-EOV-INC.

Consta de 21 ítems de conductas observables divididos en seis funciones: función de acercamiento, la cual contempla la posición y distancia que adoptan ambos para la interacción.

Función de contacto con la incubadora, apuntando si la mamá, la abre o no cómo se posiciona; la función corporal, se refiere a lo táctil con el bebé; la función visual, es el contacto que realizan y la distancia que mantiene la madre para realizar dicho contacto. La función verbal, los sonidos comunicativos, si la mamá le habla y el bebé responde con balbuceos o movimiento; por último y función postural se refiere a la modificación de la postura corporal inicial adoptada en la interacción y las consecuentes modificaciones o no cuando interactúa con la mamá.

3.1.3 Otros dispositivos

Oiberman (2015), describe otro dispositivo de intervención perinatal es el Screening de registro materno (S.R.M) en sala de internación conjunta: se define al registro materno, como el constructo que implica la capacidad de empatía de la madre expresada en las conductas activas de cuidado, caracterizadas por un estado de alerta continuo. Los cuidados deben ser

acordes y oportunos según los requerimientos del recién nacido, sustentando la salud psicobiológica del hijo en la etapa de mayor vulnerabilidad.

La base teórica y de referencia es el constructo winnicottiano de preocupación maternal primaria (se desarrolla durante los últimos meses de embarazo y se extiende después del parto, e incumbe un estado exaltado de sensibilidad por parte de la madre) y de Bion a través de reverie materno (a la capacidad del objeto de recibir y responder creativamente a las experiencias concretas, de caos y confusión proyectadas por el bebé) permitiendo el reconocimiento de conductas maternas saludables y de riesgo con relación al recién nacido (Oberman, 2015).

La autora sigue describiendo que el S.M.R, fue construido por la Licenciada Misicen en el 2011. En un primer momento se consignan los datos y la observación se hace en dos momentos, al entrar a la sala y durante y luego de la revisión.

El campo de interacciones está compuesto por los modos y características del contacto, cómo se desarrolla la lactancia. Los recursos que se utilizan para calmar al bebé, la interacción de la triada (con los médicos) y observaciones que no estén consignados en los campos descriptos. Este instrumento junto a la entrevista psicológica perinatal, en base a lo registrado, promueve la creación de un vínculo más saludable (Oberman, 2015).

La evaluación psicológica temprana: se encuentra contextualizada dentro de la psicología del desarrollo y la psicología perinatal. Es fundamental porque acontece en el transcurso del inicio del proceso de desarrollo del niño, durante la infancia temprana y si se realizan el tipo de intervenciones que puedan realizarse con anterioridad a la manifestación de sintomatología evidente, adquiere carácter preventivo.

Los instrumentos utilizados: (citados en Echeverría 2013)

EAIS (Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz) Oberman, Mansilla, y Orellana (2002). A través de una escala que consta de 45 pruebas y 28 objetos y dura 20 minutos. Se puede evaluar a niños entre 6 y 24 meses, el desarrollo cognoscitivo y afectivo vincular del bebé. Evalúa procesos de como el bebé va resolviendo en función del uso de su inteligencia sensorio motriz y permite conocer en que estadio está el bebé.

Tesina de la Licenciatura en Psicología

EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor) Rodríguez, Arancibia y Undurraga (2001). Evalúa el desarrollo psicomotor entre los 0 y 24 meses, se obtiene la edad mental y cronológica, por lo que se puede calcular un coeficiente de desarrollo; dando datos sobre el perfil del desarrollo en cuatro áreas: social, lenguaje, coordinación y motricidad. Puede detectar perfil de riesgo o situación de retraso.

PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa) Lejarraga y equipo (2005). Evalúa la maduración del niño entre 0 y 6 meses, en función a cuatro áreas del desarrollo: personal-social, motor grueso, motor fino y lenguaje. En cada una se evalúa ciertas pautas, para ver si el desarrollo global pasa o fracasa la pesquisa y connotan si es sospechoso el desarrollo madurativo que el niño evidencia.

Aspres, Bouzas, Sepúlveda, (2016), desarrolla los tests utilizados con mayor frecuencia por los programas de seguimiento de alto riesgo de tamizaje:

CAT / CLAMS (Clinical Adaptive Test /Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale) De Estados Unidos de América, incluye de 1-36 meses. Otro es el TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor) oriundo de Chile. Además contemplan el TADI (Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil), también de Chile, el cual abarca de 3 meses-6 años.

Los Tests utilizados con mayor frecuencia por los programas de seguimiento de alto riesgo, diagnosticas: (Apres et al, 2016).

Bayley-III, de los Estados Unidos de América, el cual incluye desde los 0-42 meses. Por otro lado, el WPPSI-III (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence), también de Estados Unidos de América, abarcando desde los 4-7años. Por último, el WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children), de Estados Unidos de América, incluyendo desde los 6 a 16 años y 11 meses.

3.2 Leyes que acompañan a la Psicología Perinatal

Es importante destacar las leyes, resoluciones y reglamentaciones, que enmarcan a la psicología en el ámbito perinatal. Además para dar cuenta que tienen vigencia reglamentaciones en cuanto al ámbito médico y biológico perinatal, pero existe actualmente muy poco relacionado a la salud mental en dicho ámbito.

Además el psicólogo tiene que velar por los derechos del niño, madre y familia en el ámbito hospitalario, en la medida que este a su alcance y en relación al código de ética que rige al ejercicio profesional del psicólogo.

A continuación se nombraran leyes promulgadas por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Presidencia de la Nación: (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Leyes que acompañan a la psicología perinatal

LEY	DENOMINACIÓN	AÑO
Ley 22.431	Sistema de protección integral de discapacitados	1971
Ley 23.277	Ejercicio profesional de la Psicología	1985
Ley 5.045	Ejercicio profesional de la psicología en Mendoza	1985
Ley 23.849	Convención sobre los Derechos del Niño.	1989
Ley 24.417	Derechos del Niño Hospitalizado, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF	1994
Ley 24.901	Protección contra la violencia familiar.	1995
Ley 25.673	Discapacidad. Sistema de prestaciones básicas	1997
Ley 25.929	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación, De Parto Humanizado	2002
Ley 26.061	De Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes,	2004
Ley 26.130	Anticoncepción Quirúrgica (ligadura y vasectomía),	2005
Ley 26.150	Educación Sexual,	2006
Ley 26.233	Derechos del niño. Centros de desarrollo infantil	2006

Tesina de la Licenciatura en Psicología

Ley 26.279	Salud pública. Detección y tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido año.	2007
Ley 26.485	Protección integral a las mujeres.	2009
	Decálogo de Derechos del Prematuro, Semana del Prematuro UNICEF.	2010
Ley 26.657	Nacional de Salud Mental.	2010
	Maternidad Segura Centrada en la Familia	2010
Resolución 641	Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales.	2012
Ley 26.873	Promoción y Concientización Pública sobre la Lactancia Materna.	2013
Ley 26.862	Reproducción medicamente asistida	2013
Dirección nacional de maternidad e infancia	de Organización del seguimiento del recién nacido de alto riesgo	2016

A continuación se desarrollarán las siguientes ya que de alguna manera dan cuenta de la inclusión del psicólogo en el ámbito perinatal.

Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo (2016):

Desde presidencia de la Nación presentan la Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo (Apres et al. 2016), dentro de su amplia descripción, la parte destacada será el apartado de trabajo multidisciplinario, el cual explicita lo siguiente:

El equipo de seguimiento del recién nacido de alto riesgo, debe contar con psicólogo; quien dará soporte a las familias, deberá poseer experiencia en evaluaciones del desarrollo. Se plantea que las funciones de aprendizaje neurocognitivo, lenguaje, habilidades pre académicas y académicas, las cuales se abordaran con escalas como: Cat (Clinic adaptive test) Clams (Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale, EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de Rodríguez Arancibia), Tadi (Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil), Tepsi, (Test de Desarrollo Psicomotor) Bayley III, WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa) (Apres et al, 2016).

Por otro lado el área de salud mental también a cargo del psicólogo dentro del programa y organización de seguimiento, tendrá las funciones de abordar los trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de conducta, trastornos de espectro autista, desordenes de atención y alteraciones en el vínculo (Apres et al., 2016).

El papel del equipo de seguimiento en la UCIN, antes del alta, con el conocimiento del niño y su familia serán los comienzos del seguimiento. Se plantea al psicólogo, junto al pediatra o neonatólogo enfermero y trabajador social como básicos para el equipo de seguimiento (Apres et al., 2016).

Resolución 641/2012 Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales:

Caracterización de los servicios según su complejidad:

Nivel 2 Se corresponde con el las Maternidades de Nivel 2 que sólo brindan atención de bajo riesgo materno. Son aquellos servicios de neonatología que sólo brindarán cuidados para niños de término o casi término (>35 semanas y/o > 2500 g) que no requieran cuidados especiales. La resolución no hace referencia a la necesidad de psicólogos en esta instancia.

Nivel 3 Se corresponde con el nivel 3 dentro de la clasificación de maternidades. Desde el punto de vista neonatal se subdivide en 2 subniveles de acuerdo con la complejidad de la atención brindada.

Nivel 3A Son aquellos servicios de neonatología que pueden brindar atención para niños que requieren cuidados especiales de corto plazo, incluyendo oxígeno terapia, y que no tengan menos de 32 semanas de edad gestacional o menos de 1500 gramos de peso al nacer. El servicio de apoyo si incluye en este nivel al psicólogo como parte del equipo, pero no especifica su necesidad las 24 horas del día.

Nivel 3B Son aquellas unidades con capacidad de proveer todo tipo de cuidado neonatal, incluyendo los requeridos por niños extremadamente prematuro. El servicio de apoyo lo incluye al psicólogo como parte y además aclara que debe funcionar las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Además todas las unidades de nivel 3 deberán contar con un Consultorio de Seguimiento para el Recién Nacido de Riesgo egresado de la misma. El consultorio de riesgo deberá regirse por las recomendaciones vigentes en cuanto a instalaciones, personal, protocolos y registros.

3.2.1 Maternidades Seguras Centradas en la Familia

El modelo de maternidades centradas en la familia constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado a lo largo de los últimos 35 años por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda de Buenos Aires. Esta iniciativa está inspirada por el Hospital Amigo de la Madre y el Niño, creada por OMS-UNICEF en 1991, para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en Argentina desde 1994. Durante el 2010 y 2011 UNICEF junto a Gobiernos Provinciales y la Fundación Neonatológica y otras instituciones académicas iniciaron el proceso de actividades conjuntas para favorecer la transformación de maternidades públicas en Maternidades Seguras Centradas en la Familia (MSCF), Mendoza entre otras tantas se adhirieron a la iniciativa (Larguía et al., 2012).

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia junto al equipo de salud como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto, la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, fortaleciendo otras iniciativas como la que promueve fuertemente la lactancia materna.

El modelo posee una perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas para contribuir a un enfoque de derechos en el campo de la salud principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas.

El modelo se sustenta en 5 ejes conceptuales y 16 principios. A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

Para el logro del propósito se pretende que: las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo y lo tengan como prioridad; que el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten sobre sus derechos y los de sus hijos, mediante una comunicación efectiva y en su

lengua de origen, cuando fuera necesario; los padres y la familia tienen que asumir un papel protagónico en el cuidado del hijo es por esto que el equipo de salud tiene que generar los medios necesarios para que la madre permanezca junto a su hijo. Y por último que el equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de las que no mostraron efectividad o son riesgosas.

Primer eje conceptual se basa en la cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención. El cual incluye los siguientes principios:

1. Es coherente con el pensamiento universal vigente: medicina centrada en el o la paciente (y su familia) y su seguridad.
2. Es un cambio de paradigma. Se suma lo humanístico al progreso tecnológico.
3. Asume y comprende que el actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma
4. Tiene avales nacionales y de organismos internacionales

El segundo eje conceptual dice: protección de los derechos de la madre, el padre y de su hijo o hija. Y sus principios son:

5. No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos.
6. Se enfrenta a la inequidad y la discriminación.
7. Admite publicidad en el marco de la ética.

El tercer eje conceptual: promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio. Los siguientes son los principios involucrados:

8. Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.
9. Es gratificante para todos los agentes de salud.
10. Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.

El cuarto eje conceptual: uso de prácticas efectivas y seguras. Y sus principios son:

11. Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia
12. Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua
13. Busca promover intervenciones costo-efectivas, replicable y segura
14. Contribuye al cumplimiento de los objetivos del milenio(reducción de mortalidad materna y del neonato)
15. Sus resultados pueden ser cuantificados

Y el quinto y último eje conceptual se basa en el fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa HAMN (Hospital amigo de la madre y el niño)

16. Es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa.

3.3 Trabajo interdisciplinario

Mercado (2013) refiere que la interdisciplina intenta comprender algunos procesos que trasciende la especificidad de cada práctica en salud. Cada profesional hará un intento por describir el fenómeno desde su punto de vista, sin lograr descifrar lo que dice el otro e interpretando en dogma fallida diversos enunciados. Para lograr un dialogo enriquecedor, habrá que establecer el dialogo interdisciplinario.

Es interesante la teoría de conjuntos que plantea la autora; la interdisciplina como la intersección de conjuntos. Las disciplinas no tienen elementos en común, sin embargo tienen elementos que se relacionan entre sí, cuya presencia determina consecuencias recíprocas. Por ejemplo, considerando los conjuntos A y B, es posible incluir en A los conceptos de B y en B conceptos de A; en la intersección, se ubicarían los elementos de influencia recíproca. Por fuera del espacio de intersección, se desarrolla lo específico de cada práctica de salud, o al menos ese recorte de cada ciencia logra observar de cada persona. Lo importante es que ninguno de los conjuntos es “el sujeto”, la persona que padece y que no es necesario explicitar por completo el contenido de cada uno de los conjuntos para establecer un modelo de trabajo en común.

Stolkiner (1999) desarrolla lo fundamental para un trabajo interdisciplinario e incluye lo siguiente: Lo referente a lo subjetivo y lo grupal, quiere decir que las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Al ser un trabajo en grupo, debe ser pesando con la lógica que contemple lo subjetivo, lo cual es un saber disciplinario, siendo esta una forma de poder e intersubjetivo. En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica renunciaciones, la primera es la de considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema, es reconocer la incompletud. Es importante en este espacio poder abrir un espacio de reflexión y polémica sobre la temática.

Marta Schorn (1999) citada en Santos (2005), plantea la necesidad de equipos conformados por diversos especialistas, neonatólogos, psicólogos, trabajadores sociales, estimuladores tempranos etc., que en forma conjunta y cohesionada acompañen y trabajen preventivamente para orientar a las familias. Es necesario hablarles a esas madres y a esos padres de lo que ese niño podrá o no hacer. Se los debe ayudar a que tengan una participación activa a fin de que encuentren la actitud más adecuada para el despertar del niño. No se puede atender al niño sin ocuparse de los padres, sin escucharlos sin compartir sus vivencias.

Siguiendo la línea de Schorn (1999) la función del psicólogo en un equipo interdisciplinario, está orientada a viabilizar que los padres en el transcurso de los primeros meses puedan: develar las fantasías inconscientes que interfieren en la relación con ese hijo, acompañarlos a elaborar los sentimientos de culpabilidad por el daño que ellos consideran haber causado al hijo, si esto ocurriese, contribuir a que descubran sus reales capacidades como padres reconociendo a ese hijo con discapacidad (a través del trabajo de duelo). Es necesaria la intervención del psicólogo en ese momento porque se podría decir que se trataría de una intervención del orden de lo preventivo y de lo asistencia según el caso.

3.4 Investigaciones actuales

Se encontraron tres investigaciones similares a la desarrollada, a pesar de las diferencias en las metodologías, las cuales están a continuación.

Edith Vega (2006) realizó una investigación donde planteó el estilo del psicoterapeuta en Neonatología. Se considera relevante destacarlo ya que es la más cercana a la investigación que se está desarrollando. La investigación tuvo como objetivo describir el perfil del psicólogo que se desempeña satisfactoriamente como terapeuta en unidades de cuidados intensivos neonatales. La autora, propuso que la muestra seleccionada de los psicólogos que trabajaban en neonatología, mantuvieran dos criterios, que tengan más de diez años de experiencia, y que fueran sometidos a una evaluación satisfactoria de desempeño por jueces calificados.

Es entonces que la muestra de la investigación se conformó por psicólogos que trabajan en neonatología como terapeutas, fueron 30 sujetos. Esta muestra fue comparada con otra muestra de control, conformada por 159 terapeutas de diferentes orientaciones teóricas que se desempeñaban en distintas situaciones clínicas.

La primera comparación de la muestra fue por la orientación teórica si es que estaban en el área neonatológica o no. Habían: psicoanalistas no neo, 27.2%; psicoanalistas neo, 30%; integrativos no neo, 72.8%; integrativos neo, 70%.

Se les administró a los sujetos dos instrumentos. El Inventario auto descriptivo para la evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT) (Fernández-Álvarez y García, 1998; Fernández-Álvarez et al., 2003). Orientado a explorar las funciones propuestas en el constructo de EPT. El otro instrumento fue un cuestionario que describe las características de los terapeutas, edad, sexo, marco teórico al que adhieren y años de experiencia.

La investigación arrojó los siguientes resultados: la diferencia principal habita en el campo de aplicación; ya que en Neonatología la intervención psicológica no surge de una demanda por parte de los pacientes, ni se desarrolla en un ambiente físico clásico, ni mantiene los horarios y honorarios como el del consultorio.

En neonatología se manejan los profesionales con un encuadre más flexible, teniendo en el campo trabajando sujetos que adhieren tanto a la orientación teórica psicoanalítica como a la integrativa; es decir, el estudio corrobora la presencia de un EPT flexible en cuanto al encuadre.

La atención psicológica en estos servicios puede tomar diferentes cauces y orientaciones teóricas, los terapeutas pueden tener perfiles similares a los que trabajan en otras áreas, pero existe una restricción, se muestran más flexibles que la media de la muestra control. Es posible que los terapeutas que se dedican a trabajar en servicios asistenciales de similares características, requieran de un perfil similar al descrito. El hallazgo de la investigación, es que al conocer el perfil, el terapeuta puede realizar las adaptaciones y ajustes necesarios para mejorar su desarrollo profesional.

Kerikian (2011) realizó una investigación en Buenos Aires, la cual se titulaba “efectos de una práctica”: la psicología perinatal en la fundación hospitalaria. En donde tuvo como objetivo, analizar si la presencia de psicólogos perinatales en la institución produce un efecto de cambio en el trato con los pacientes y en el rol de los trabajadores. Se realizaron doce entrevistas semi estructuradas a diversos trabajadores, incluido personal médico, de enfermería, maestranza, administrativo y de seguridad para poder ampliar la mirada a los diferentes sectores de trabajo.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que la presencia de psicólogos perinatales (con modalidad de guardias psicológicas) provoca cambios significativos y visibles en los pacientes y trabajadores de la fundación hospitalaria. Basándose cuestiones como, el alivio en el rol especialmente de los enfermeros, el mayor grado de contención de los pacientes; la ampliación de la mirada, es decir, el trabajar interdisciplinariamente brinda una atención y una visión más humana del momento del nacimiento, ya que el trabajo de los psicólogos perinatales es contener, escuchar, acompañar, generar un espacio para la conexión con las emociones, así como, la detección de los propios recursos de afrontamiento frente a la crisis del nacimiento (Kerikian, 2011).

La tercer investigaciones realizada por Nieri (2012), llevó a cabo una investigación acerca de la intervención paliativa desde la psicología perinatal. El objetivo fue explicar qué son los

cuidados paliativos y cómo se aplican en el campo de la psicología perinatal y se creó una guía para ilustrar los pasos realizados en estas intervenciones.

Una de las modalidades de trabajo del psicólogo perinatal es acompañar la guardia de neonatología y obstetricia, es decir, que la modalidad de su trabajo es interdisciplinario. Es entonces, cuando el recién nacido ingresa a la UCIN, los padres se ven fuertemente golpeados. Para los padres es difícil aceptar que el primer hogar de su bebé es un sitio lleno de sondas, monitores, personas desconocidas, sonidos extraños, etc. Por esto, el objetivo del trabajo fue sistematizar una guía para poder actuar con naturalidad y saber cómo intervenir ante el sufrimiento de los padres y sus familiares (Nieri, 2012)

La autora llegó a la conclusión, que en relación a los padres se debe trabajar la culpa para que no sea un obstáculo en el vínculo con el bebé, indagar sobre las creencias personales de los padres y trabajar con ellas como un recurso de afrontamiento, respetar los silencios y los espacios, preguntarles a los padres si quieren cargar en brazos al bebé, esto ayuda al proceso de duelo y les devuelve el rol protagónico de padres, entre otros. En relación al equipo médico, el psicólogo debe acompañar a superar los sentimientos de impotencia y culpa, se debe fomentar, acompañar y respetar los rituales de despedida que realicen cada uno de los miembros del equipo, reforzar periódicamente conocimiento sobre duelo, entre otros.

Se encuentran muchas investigaciones actuales que abordan diferentes temáticas de psicología perinatal, las cuales acontecen al psicólogo. Por ejemplo, tópicos como duelo perinatal (Basantá et al., 2016); estrés prenatal, estrés y la ansiedad materna frente al bebé prematuro, (Vásquez Carbajal, 2016, & Torrecilla y Rodríguez Echandía, 2013). Otros temas relacionados también a la madre, como la depresión materna y el vínculo con el bebé (Romero Jiménez y Miranda Largo, 2015), vínculo temprano además, por Morici, (2015). Factores de riesgo psicosocial al momento crítico del nacimiento (Galindez y Oiberman, 2005)

Las investigaciones descritas son a modo de ejemplificación de que la temática actualmente se está profundizando en sus diferentes aristas.

SEGUNDA PARTE

MARCO

METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.5 Objetivos de la investigación

Objetivo General:

- Explorar y profundizar el ejercicio profesional en el ámbito de la Psicología Perinatal en Hospitales materno infantiles de Mendoza.

Objetivos Específicos:

- Indagar la formación profesional, la capacitación e investigación que sostienen los Psicólogos trabajando en el ámbito Perinatal.
- Explorar los distintos modos de intervención, herramientas, técnicas y población con la que un Psicólogo Perinatal trabaja.
- Describir las dificultades, fortalezas y satisfacciones con las que se enfrentan estos profesionales en su quehacer profesional.

3.6 Preguntas de investigación

¿Cuál es la formación, capacitación profesional que sostienen los psicólogos en el ámbito perinatal?

¿Cuáles son los modos de intervención y qué herramientas técnicas y teóricas utilizan?

¿Cuáles son los ámbitos de actuación del psicólogo en el ámbito perinatal?

¿Qué dificultades perciben en el campo de trabajo en el ámbito perinatal?

¿Cuáles serían las fortalezas del trabajo psicológico en el ámbito perinatal?

3.7 Tipo de estudio

La presente investigación es de **tipo cualitativa**. Precisamente debido a que en este tipo de investigación los escenarios no se reducen a variables, es inductiva, comprende a los sujetos desde su propio marco de referencia, el investigador suspende creencias y prejuicios. Los métodos utilizados son humanistas y es considerada un arte (Taylor y Bodgan, 1996). Siendo un estudio empírico, donde los datos empíricos originales son producidos por el autor y enmarcado dentro de la lógica epistemológica de tradición subjetivista, ya sea fenomenológica, interpretativa o crítica (Montero & León 2002).

Consistirá en un estudio **exploratorio** cuyo objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014). Es por esto que se efectuó además como una investigación de tipo descriptiva, buscando especificar ciertos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Hernández Sampieri et al, 2014).

3.8 Diseño de investigación

El diseño de la misma es fenomenológico; Rodríguez Gómez, Gil Flores & García Jiménez (1999) la definieron como aquella que procura comprender los significados que los individuos dan a su experiencia para describir y deducir el proceso de interpretación por el que las personas definen su mundo y actúan en consecuencia; es decir la fenomenología explica los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos.

De esta manera los protagonistas de la investigación, siendo los Psicólogos perinatales que trabajan en los Hospitales Públicos Materno Infantiles, darán los datos cruciales para poder comprender el quehacer psicológico del día a día de tal ámbito de la Psicología.

3.9 Instrumentos

Se confeccionó una Entrevista ad hoc, teniendo en cuenta conceptos y ejes de la temática para la indagación sobre la función del Psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal. Las preguntas apuntan a áreas fundamentales, agrupadas en categorías para su posterior análisis:

- Toma de contacto con el área.
- Paradigma de la Psicología Perinatal.
- Formación.
- Intervenciones.
- Técnicas.
- Población
- Debilidades.
- Fortalezas.
- Experiencia en el campo.
- Investigación.

Luego se realizó un análisis de la confiabilidad de la entrevista ad hoc, sometiendo las preguntas a un criterio inter jueces. Se confeccionó de este modo una grilla de evaluación donde profesionales expertos en la temática (siendo los mismos tres, dos autoras de libros y una profesional del área en Mendoza), brindaron su grado de acuerdo a la pertinencia y redacción de las preguntas, como también se incorporaron sus recomendaciones. Quedando así la entrevista definitiva, validada; constando la misma de 18 preguntas.

Las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas, no directivas ni estandarizadas. Se caracterizan por encuentros cara a cara entre el investigador e informante, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan, con sus propias palabras (Taylor & Bogdan, 1996)

La entrevista es semiestructurada, si bien existía una serie de temáticas a indagar, se mantuvo un diálogo abierto a lo largo de las entrevistas. Esto permite explorar la experiencia de manera tal que las entrevistadas se sientan libres de aportar elementos que sean considerados de interés para la temática y pueden no haber sido considerados al momento de confeccionar el cuestionario. En esta investigación la entrevista fue semi-dirigida, con el propósito de recabar datos acerca del quehacer y ejercicio profesional de los psicólogos en el ámbito perinatal en Hospitales públicos de Mendoza. Las mismas fueron administradas a 7

profesionales en su ámbito de acción. Este instrumento pretende obtener mayor riqueza, profundidad y calidad de información (Hernández Sampieri, et al., 2014).

4.1 Descripción de la muestra

Se utilizó la muestra casos-tipo, que se usan tanto en estudios cuantitativos exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. En estudios con perspectiva fenomenológica, donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social, el uso de muestras casos-tipo es frecuente (Hernández Sampieri et al, 2014).

El procedimiento para la selección de los participantes de la muestra fue a través de muestras en cadena o por redes ("bola de nieve"): se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar datos más amplios, y una vez obtenidos sus datos, se los incluye también. Unos profesionales fueron recomendando a otros generando así la "Bola de Nieve" (Hernández Sampieri et al, 2014). La muestra quedó conformada por siete psicólogos trabajando en áreas perinatales en Hospitales Públicos materno infantiles de la Provincia de Mendoza.

Un dato curioso, es el hecho de que al ser un ámbito muy joven, no existen numerosos profesionales psicólogos que lo apliquen en Mendoza, pero hay otros profesionales que se dedican en el ámbito hospitalario a esta interdisciplina, sin embargo, por cuestiones ajenas a quien escribe no se pudieron concretar las entrevistas.

4.2 Procedimiento

El primer contacto con los entrevistados se realizó vía telefónica en algunos casos y en los restantes vía email, en el cual le fueron explicados los objetivos de la investigación, además se les solicitó su consentimiento. Luego se aclaró el aspecto de confidencialidad de los datos proporcionados y el anonimato de la entrevista. Se concordó la fecha, hora y lugar de encuentro, para llevar a cabo la entrevista.

Las mismas se realizaron según la disponibilidad de cada Hospital al que se concurría, ya sea en consultorio externo, en administración, o en el pasillo del pabellón. Antes de comenzar se solicitó la autorización para grabar la entrevista, explicando que sería más fructífero para los fines de la investigación cualitativa. Las entrevistas duraron aproximadamente entre treinta y cinco y cuarenta minutos.

Para llevar a cabo las entrevistas, se tuvo que emprender el traslado hacia los Departamentos de: Lavalle, San Martín, Tunuyán, y el Gran Mendoza (que incluyó Godoy Cruz, Las Heras, Maipú y Capital).

4.3 Análisis de resultados.

Según Taylor y Bogdan (2000) las fases del análisis de datos están constituidas en primer lugar por el descubrimiento, luego sobreviene la codificación de datos, el refinamiento de la comprensión del tema de estudio y finalmente la relativización de los datos. Estas fases están conformadas por la categorización, la estructuración, contrastación, teorización, evaluación de las teorías formuladas y finalmente los procesos que refuerzan la validez y la confiabilidad. Siguiendo a estos autores se realizó un análisis cualitativo de contenido (Hernández Sampieri, et al., 2014).

El análisis de datos se llevó a cabo a raíz de un análisis de contenido categorial. El análisis de contenido es un procedimiento que se emplea para la categorización de datos verbales o de conducta con la finalidad de clasificarlos, resumirlos y tabularlos (Fox, 1981). Laurence Bardin (1986) hizo referencia a que en el proceso de análisis de contenido se pueden diferenciar tres fases fundamentales:

- Pre análisis: En esta etapa se llevan a cabo una serie de tareas de tipo organizativo, al mismo tiempo que se desarrolla el proceso de categorización elaborando el sistema de categorías a emplear.

- Explotación del material: En ella se ponen en práctica las decisiones tomadas anteriormente. Se lleva a cabo la codificación, descomposición o enumeración en función de consignas formuladas previamente.

Tesina de la Licenciatura en Psicología

- Tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos: Se da lugar al desarrollo de las diferentes operaciones estadísticas, síntesis y selección de resultados, inferencias e interpretación.

Luego de cada entrevista, se propuso un cuadro de categorías de análisis las cuales fueron discutidas con los directores de la Tesina, en función de la representatividad del significado de cada una de ellas. El procedimiento de análisis se repitió hasta alcanzar la saturación teórica. Para luego poder realizar la discusión de resultados y por ende las conclusiones de la investigación.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.4 Presentación y análisis de resultados

Visualizando los objetivos planteados en la investigación y en base a los datos obtenidos en las entrevistas, quedaron configuradas 12 categorías; en cada una de ellas se incluyeron aquellos aspectos que permiten definir subtemas sobre los cuales hablaron todos los psicólogos que trabajan en el ámbito perinatal. Finalmente, se configuraron las subcategorías, correspondiente a la expresión específica empleada por los sujetos en relación a una categoría. Es importante destacar que el proceso de categorización fue corroborado con el Director de Tesina.

Las conceptualizaciones, hacen referencia a todas aquellas construcciones conceptuales que los profesionales pueden aportar a la definición de lo que sería la Psicología perinatal. Las subcategorías que se armaron a partir de las respuestas más comunes y con más concurrencia fueron; que la psicología perinatal es una rama de la psicología de la primera infancia, otra que incluye los momentos del desarrollo del embarazo, parto, puerperio y primeros meses de vida, por otro lado y en contraposición a la anterior no separando momentos sino que es un continuo del desarrollo, y por último y más específica, que es un trabajo con el vínculo temprano y su construcción. (Ver Tabla 2)

Tabla 2

Categoría sobre las conceptualizaciones acerca de la psicología perinatal.

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	OBSERVABLES
Conceptualizaciones	-Rama de la psicología de la primera infancia	“La psicología perinatal sería como un derivante o una rama de la psicología de la primera infancia o parte de la misma, porque además de estar en los inicios de la vida trabajas con la madre, padre sus estados psíquicos sus problemas su entorno familiar...”
	- Embarazo , parto , puerperio y primeros meses de vida	“La psicología perinatal es una rama de la psicología de la primera infancia que abarca el embarazo parto y puerperio y los primeros meses de vida, y es una rama súper amplia...”
	-Un continuo ,inseparable	“..A mi entender ser un continuo entre lo previo el durante parto y posparto así continuo...”,...” yo no dividiría en momentos diferentes.”
	- Trabajo del vínculo temprano y su construcción	“La Psicología Perinatal, es básicamente el trabajo del vínculo temprano, primario”,...” todo lo que pasa en relación al embarazo como está esta mamá y cuando nace su bebé, cómo es la construcción de éste vínculo.”

Nota: Las diferencias en tamaño y formato de la fuente expresan el grado de representatividad de las categorías.

La segunda categoría hace referencia al acercamiento que tuvieron hacia este ámbito de la psicología, denominado, psicología perinatal; apuntando a la forma, el nexos, la vinculación, el lazo y la relación directa o indirecta con el área y cómo fue su introducción en la misma. Las respuestas fueron variadas según su experiencia, por un lado con convicción del área al que se querían dedicar en su carrera profesional y apuntando hacia ese objetivo, es decir, por elección propia; luego se dio una respuesta por pura casualidad o azar, no lo tenían en mente por un reemplazo o búsqueda laboral, consiguieron ese trabajo; como consecuencia de programas del gobierno, ya sea de maltrato infantil, o atención temprana; o por la tesis, como resultado del buen desempeño se quedaron trabajando en el lugar (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Categoría sobre el acercamiento que tuvieron los profesionales al ámbito perinatal.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	OBSERVABLES
Acercamiento a la disciplina	- Elección propia	“...Empecé por una elección propia yo quería dedicarme a este área y así lo hice toda la vida y me forme y me dedique a esto.”
	- Casualidad (Reemplazo, laboral) o azar búsqueda	“...fue de casualidad que necesitábamos trabajo y encontramos acá...”, “... yo entre acá porque una amiga mía laboraba acá y entro en licencia por maternidad y me llamo para que la reemplazara...”
	- Programas del gobierno	“Yo entre a trabajar al hospital en la parte de estimulación temprana...”, “...me acomodaron con el Programa de Maltrato Infantil...”
	- Por la tesis de grado	“Yo hice mi tesis acá en el 2009 en relación a la

narrativa de las mamás en situación crítica entorno al nacimiento...”

La tercera categoría, demuestra la formación profesional de los psicólogos, cuáles han sido sus estudios, el sostén teórico a la hora de llevar a la práctica en el ejercicio profesional; además informa el grado de conocimiento de los sujetos acerca de la temática, y desde que punto de vista se paran para afrontar la realidad que enfrentan en el trabajo. Las respuestas fueron variadas, desde psicoanálisis, escuela cognitiva y sistémica, un enfoque más específico como la psicoterapia focalizada de Fiorini y un enfoque que plantea UNICEF de las Maternidades Seguras Centradas en la Familia, siendo esta también más específica del campo. (Ver Tabla 4)

Tabla 4

Categoría sobre la formación profesional de los sujetos

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	OBSERVABLES
Formación profesional	- Psicoanálisis con niños.	“Si adhiero a la línea psicoanalítica, creo que es básica para este ámbito y más que nada el psicoanálisis de niños...”
	- orientación cognitiva	“...uso más conceptos cognitivos. Creo que a veces uno se queda muy arriba en las nubes con las teorías pero acá en neonatología es una atención en crisis permanente....”
	- Teorías sistémicas	“...adhiero a las teorías sistémicas y creo que son bastante útiles a la hora de aplicarlas en una Institución pública.”

<ul style="list-style-type: none"> - Maternidad segura centrada en la familia 	<p>“...trabajar en función de la maternidad segura y centrada en la familia. La idea al principio era acompañar ese programa y después nosotras articulamos bastante con el programa de adolescencia...”</p>
<hr/>	
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia breve focalizada de Fiorini 	<p>“...tenía que buscar, algo que me permitiera operar e hice el postgrado de Fiorini, psicoterapia breve focalizada...”</p>

La siguiente categoría hace referencia a los medios por los cuales continuaron sus estudios, cómo se adentraron a la temática, de qué manera profundizaron. (Ver Tabla 5)

Tabla 5

Categoría que enuncia los medios por los cuales se formaron los profesionales.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	OBSERVABLES
Medios por los cuales se formaron	Lectura propia	“..Empiezo a buscar bibliografía del tema y leo y profundizo la temática con varios autores...”; “...trato de leer permanentemente pero es una cuestión que va por mi cuenta...”
	Estudios fuera de Mendoza	“... he estudiado en Bs As, he estudiado online...”

La próxima categoría, herramientas teóricas, sostienen un punto crucial donde los Licenciados se apuntalan y basan su quehacer profesional, que cuestiones específicas utilizan de sus marcos teóricos. Algunos orientan su trabajo desde la prevención con conocimiento del psiquismo temprano y apuntando al vínculo temprano en sí; otros utilizan la relajación y técnicas para la angustia para sobrellevar el momento de crisis y por ultimo otra respuesta fue la redefinición de roles y aprendizaje. (Ver Tabla 6)

Tabla 6

Categoría sobre las herramientas teóricas que utilizan los profesionales.

CATEGORÍAS	SUB CATEGORÍAS	OBSERVABLES
Herramientas teóricas	- Prevención: temprano Conocimiento del psiquismo temprano	vínculo “...perinatal es prevención, entonces eso es lo hacemos los psicólogos tener los conocimientos y herramientas, sabiendo cómo se forma el psiquismo de un bebé y que cuando está en una situación tan crítica como neonatología...”, “...Es parte de la prevención y es fundante del psiquismo temprano, el vínculo con la mamá...”
	- Intervenciones en crisis.	“... de lo cognitivo si agarro algunas cosas para poder trabajar, más que nada la relajación, la respiración...”, “...uno tiene que accionar rápido calmar crisis angustias, orientar acompañar...”
	- Redefinición de roles y aprendizaje	“...utilizo los conceptos de redefinición de roles, y aprendizaje...” “... esto es un aprendizaje que van a salir airosas de esta situación

y con aprendizajes en su bolsillo.”

Herramientas técnicas, siendo así la sexta categoría, e íntimamente relacionada con las dos categorías anteriores, sostiene las vías o medios que utilizan los profesionales para materializar y bajar a la práctica la teoría. Qué herramientas utilizan para poder materializar dichos objetivos. Coincidieron la mayoría de los entrevistados en la entrevista, y cada uno con sus especificaciones, siendo esta abierta, o acomodada a la historia clínica, sin encuadre alguno, u orientara para dar sugerencias, indicaciones o agilizar la evolución. (Ver Tabla 7)

Tabla 7

Categoría sobre las herramientas técnicas que emplean los profesionales.

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	OBSERVABLES
Herramientas técnicas	<p>- Entrevista</p> <p>(abierta, historia clínica, sin encuadre, para dar ágil evolución, indicaciones y sugerencias)</p>	<p>“...tengo una entrevista abierta con ella para que se sienta cómoda y que sea desestructurado...”...” Si tenemos un modelo, para hacer la historia clínica, para hacerla más ágil el tema de la evolución.”...” Entrevista como madre de las herramientas para en la primer consulta generar una interpretación amplia, panorámica mejor dicho, y dar indicaciones, alguna sugerencia...”</p>
	<p>- Observación</p>	<p>“...trabajo la observación, es primordial, uno necesita observar científicamente para poder ver tips funcionales o disfuncionales...”</p>

La categoría de ámbitos de actuación, hace referencia a la población a la cual está dirigido el Trabajo del profesional. Demostrando así la amplitud del ámbito perinatal en psicología, el profesional puede trabajar en Neonatología, en el momento del embarazo, con maternidad y residencia de madres; con programas específicos como estimulación temprana, control del niño sano, canguro en neonatología, atención a embarazadas adolescentes; o en/ con la comunidad. (Ver Tabla 8)

Tabla 8

Categoría que muestra los ámbitos de actuación de los sujetos.

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	OBSERVABLES
	- Neonatología (dificultad de succión, estimulación y vínculo temprano)	“...trabajar con bebés con traumas de desarrollo en el paladar, es decir que no se les ha formado bien y eso repercute en la succión y el agarrar la teta que también deriva en problemas respiratorios...” “... en la neo trabajo en los pasillos al lado de la incubadora con la mamá con el bebé la acompaño en el proceso de acercarse al bebé de tocarlo de cambiar el primer pañal, la primera teta que le da...”
Ámbito de actuación	Embarazo, Maternidad y residencia de madres (lactancia, salud reproductiva, pautas de vínculo)	“... trabajar con embarazadas durante el parto dentro de lo que se puede llamar atención primaria, orientación, trabajar ansiedades etapa de gestación...”; “...hago talleres con las mamás donde vemos diferentes tópicos uno

por ejemplo es la lactancia, o el vínculo o los cuidados básicos...”...” trabajo es salud reproductiva, en otros casos mi foco es lactancia materna. Tengo talleres los lunes con las madres donde tratamos la lactancia...”

- Programas (tales como estimulación temprana, canguro en neo, control del niño sano en pediatría, atención a embarazadas adolescentes en obstetricia)

“...estoy en el programa de atención y estimulación temprana para los bebés de meses y primeros años de vida, en donde se trabaja muy interdisciplinariamente...”
”... el programa...se llama canguro, son los bebés que ya pueden salir de la neo pero no irse a su casa todavía, están en una habitación con todos los cuidados requeridos y la mamá le puede dar de mamar ahí las mamás se pueden sacar leche, alzarlos y hacer dormir a los bebés, hay mucho más contacto...”...”... hacíamos control del niño sano yo intervenía en una especie de anamnesis con la mamá sobre la familia con el hijo nacido...”...” a plantear la formulación de un programa de atención a adolescentes embarazadas...”

- *Comunidad*

“...surgió por algunas mamás promotoras de la comunidad para trabajar la prevención de enfermedad de transmisión sexual y el embarazo no deseado.”

La categoría de dificultades, hace referencias a aquellos obstáculos, retos, desafíos, trabas profesionales, institucionales, materiales, que tuvieron que enfrentar los sujetos para poder lograr sus objetivos en la tarea cotidiana. Específicamente se destacó, ciertas dificultades con el Servicio de Salud Mental de Adultos del Hospital en cuestión; conflictivas con el equipo médico, y al ser Hospitales Públicos surgió el problema de recursos materiales y espacio físico para la psicología. (Ver Tabla 9)

Tabla 9

Categoría sobre las dificultades que enfrentan los sujetos en el ámbito perinatal.

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	OBSERVABLES
Dificultades en el trabajo perinatal.	Servicio de salud mental adultos del hospital (Mala relación, Diferentes formas de trabajo)	“...es la mala relación con el servicio de salud mental aunque no lo creas...”, “...tenemos diferentes modos de abordar el trabajo y eso generó la diferencia, es una lástima que no se pueda trabajar en conjunto con ella.”
	Equipo médico (comunicación, pretensiones)	“...comunicación con los propios médicos, me ha resultado muy difícil que puedan entender la situación de las madres y su singularidad...”, “...El equipo médico.... quieren que nosotras veamos a todas las pacientes y uno no puede intervenir en todos los casos entonces uno lucha...”
	Recursos físicos y materiales	“Con los recursos materiales, ese es el gran problema, no hay espacio físico ni herramientas físicas para poder llevar a cabo el trabajo...”

Fortalezas, esta categoría incluye aquellos factores o elementos considerados como valiosos y positivos dentro de su trabajo profesional. Estuvieron relacionadas a la empatía de los sujetos con los pacientes, poder verlos salir del riesgo, ser operativos para con el otro, y que los acepten dentro del paradigma medico hegemónico. (Ver Tabla 10)

Tabla 10

Categoría acerca de los aspectos satisfactorios en el quehacer profesional.

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	OBSERVABLES
Aspectos satisfactorios en el quehacer profesional.	Ver al bebé salir del riesgo y notar avances	“...ver a los bebés salir de esa situación y de esos procedimientos invasivos sinceramente es hermoso.”, “...El lograr que agarren el pezón que puedan mamar...”
	- La apertura y aceptación de la psicología	“...el equipo médico, como mi jefa que es neonatóloga, médica con una cabeza hegemónica puede aceptar la psicología sin prejuicios...”
	- Ser operativos	“Creo que la información y la calidad de la información y que llegue bien esa información es importante.”, “... la forma operativa que tenemos de trabajar tanto interdisciplinariamente entre nosotros y transdisciplinariamente con otras instituciones dan mucha tranquilidad al paciente y también al equipo médico...”

La categoría de investigaciones, da cuenta de la orientación científica que tiene su carrera profesional, la indagación, lectura, y participación en la comunidad científica. Las respuestas fueron negativas, ya que ninguno de los profesionales había llevado a cabo una investigación sobre la temática psicología en el ámbito perinatal.

Esta categoría es particular, ya que al no haber realizado investigaciones científicas en su ámbito laboral o acerca de la temática, se confeccionó este espacio donde los sujetos sugirieron y propusieron temas y conceptos a investigar a partir de su experiencia laboral. Aparecieron temas como poder basarse en el equipo médico, madres adolescentes, estresores externos en neonatología, y poder hacer una réplica de la modalidad de trabajo. (Ver Tabla 11)

Tabla 11

Categoría que muestra las sugerencias sobre líneas de investigación en el ámbito perinatal.

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	OBSERVABLES
SUGERENCIAS CIENTIFICAS	- equipo médico (su dinámica, El duelo)	“...se podría investigar el equipo médico en si su dinámica su funcionamiento....porque ellos y me incluyo, se creen ajenos a las angustias a la muerte la vida que está dando vueltas permanentemente pero no están ahí atados a eso y se llevan los problemas a la casa...”, “...el duelo que realiza el equipo médico, las enfermeras que pasan tanto tiempo con el bebé...”
	Madre adolescente (drogas, rol de madre y adolescente.)	“La droga en mamás y cómo repercute psíquicamente en el bebé recién nacido...”, “Como va funcionando este rol de ser madre y de ser adolescente al mismo momento, como hace cuando son dos crisis en la vida...”
	- Estresores externos	“...me inquieta mucho a mí son los estresores externos que afectan al bebé en una neo, desde la luz los ruidos etc., y los procedimientos invasivos creo que tienen

	gran influencia en el estrés del bebé y en cómo influye en el desarrollo positivo en neo.”
- Replica de modelo de trabajo	“Este es nuestro modelo de trabajo que yo lo trasladaría a una investigación para poder ver los beneficios que se les da a los pacientes como opera positivamente y una investigación descriptiva...”

Trabajo interdisciplinario: esta última categoría intenta demostrar si el trabajo en hospitales públicos de Mendoza, en el área perinatal se trabaja de manera aislada o interdisciplinaria y de qué manera. (Ver Tabla 12)

Tabla 12

Categoría acerca del trabajo interdisciplinario en ámbitos perinatales.

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	OBSERVABLES
Trabajo Interdisciplinario	Aspectos Positivo (conexiones-CONSTRUCTIVO, interinstitucional)	redes, Intra e “No sé si lo definiría creo que es un concepto constructivo, se va construyendo paso a paso...”...”... generamos redes conexiones que se vayan a sus casas con tranquilidad...”...”poder trabajar interdisciplinariamente a otro nivel con otras instituciones que eran el reflejo de nuestra propia institución...”

Aspectos Negativo:
(Omnipotencia, NULO TRABAJO
CON OTROS PSICÓLOGOS
,Subestimación a la psicología)

“...no poder trabajar con los propios psicólogos del hospital.”, “... lo negativo son las personas, porque hay mucha omnipotencia...” , “... en un área médica es como que a la psicología se la subestima mucho...”

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

4.5 Discusión de resultados y conclusión

Los objetivos perseguidos por el presente trabajo de investigación fueron explorar y profundizar el ejercicio profesional en el ámbito de la Psicología Perinatal en Hospitales Públicos Materno Infantiles de la Provincia de Mendoza. De esta manera y para llegar a una conclusión, se debió indagar la formación, capacitación e investigación que sostienen los sujetos; además de explorar los distintos modos de intervención, qué herramientas utilizan y en qué población vuelcan sus conocimientos; por último poder describir las dificultades y satisfacciones con las que se enfrentan en el quehacer profesional día a día. De acuerdo con los resultados obtenidos en las entrevistas, y al indagar sobre el rol del psicólogo en el ámbito perinatal, se pueden discutir los siguientes resultados:

En primer lugar, al no haber un listado discriminado de profesionales por especialidad clínica en los registros oficiales de la provincia (Ministerio de Salud o Colegio de Psicólogos), no podemos afirmar que la cantidad de sujetos participantes de esta investigación, sea un número representativo en sentido cuantitativo de la población total de psicólogos que trabajan en áreas perinatales.

Además de este punto, estaría la consideración acerca de la idoneidad profesional ¿trabajar en el área perinatal significa que el profesional es un representante modelo de la misma? Una limitación de esta investigación, es que no se recurrió a un criterio de selección más exhaustivo para determinar si cada psicólogo poseía un desempeño satisfactorio en la tarea, a diferencia de la investigación realizada por Vega (2006) donde se consideraron dos criterios para la inclusión de la muestra de su investigación, por un lado que tuvieran al menos un año de experiencia en la tarea, y el segundo criterio, que los sujetos estuvieran sometidos a una evaluación satisfactoria de desempeño por jueces calificados.

Además los profesionales, arribaron al trabajo actual que desempeñan de manera fortuita, no existió algún nombramiento de concurso para poder asumir un cargo. De esta manera

coincide con sus medios de formación de post grados, aludiendo a una manera autodidacta de llevarla a cabo y adentrarse en el tópico.

Vega (2006) refiere al término “en la trinchera” para caracterizar ese tipo de tarea en la situación misma, mientras transcurren los hechos; ya que además de que el rol en la trinchera, sea característico del ámbito perinatal para poder trabajar, se visualiza que estos profesionales que se adentraron de manera fortuita, con una lectura y estudio propio, se han dejado llevar por dicho encuadre , no tradicional, y se han amoldado a la tarea cotidiana y con el plus característico del Hospital Público de “ hacer lo que se puede , día a día”. Al mismo tiempo dan cuenta los psicólogos, que se han ido formando en el hacer mismo, en la práctica, en la experiencia misma.

Más allá del acercamiento no formal al ámbito perinatal, las concepciones acerca de la psicología perinatal, son acordes a los conceptos clásicos coincidentes a las descritas por Oiberman y Santos (2011).

Los diferentes enfoques de trabajo o marcos teóricos referenciales, se orientaron al psicoanálisis con niños, de la mano con el trabajo de la prevención y vínculo temprano. Cabe aclarar que no hubo un enfoque que reclamara hegemonía por sobre los demás, es decir, les sirve a los sujetos como rótulo, para encuadrarse, dentro de un ambiente de trabajo muy diferente al tradicional de la clínica.

En relación al párrafo anterior los sujetos utilizan herramientas teóricas de sus escuelas psicológicas para trabajar en el ámbito perinatal, ya que no existe un encuadre, coincidencia teórica, tampoco unanimidad en la práctica. Debido a la ausencia de formación de post grado en la Provincia Mendoza.

Por más que no exista una especialización particular de psicología perinatal, en Mendoza, sí se realizan Congresos, Jornadas. Para nombrar algunos por ejemplo:

- *Jornadas de actualización en Psicología.* La investigación en la formación profesional del Psicólogo .UCA Mendoza. 14 noviembre 2014.

Tesina de la Licenciatura en Psicología

- *XXIV Jornadas Hospitalarias y III Jornadas Provinciales de Pediatría Hospital DR Humberto Notti.* Mendoza 14-17 abril 2015.
- Miembro Comité Organizador; *Consejería en Lactancia Materna. Semana del Prematuro y del Recién Nacido de Alto Riesgo.* Hospital Dr. Humberto Notti. 1-4 octubre de 2013.
- Conferencia, *Estudio de Parámetros Vinculares y Clínicos de Madres de Recién Nacidos de Alto Riesgo internados en UCIN.*
- Congreso Internacional de Psicología FIUC. Buenos Aires. 10-12 abril de 2013.
- *La Entrevista Psicológica Perinatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.* Dr. Cavagnaro, H; Lic. Miranda, E; Waldheim de Arizu, J; Yerfino, O; Allende, M. XXII Jornadas Hospitalarias Dr. Humberto Notti. Abril 2012. Etc.

Además, Unicef y la Organización Mundial de la Salud en 1991 desarrollaron un paradigma de atención perinatal llamado Modelo de las Maternidades Seguras Centradas en la Familia, creada para promover la lactancia materna en las maternidades, en principio (Larguía et al, 2012); implementado en Argentina a partir de 1994. Este enfoque, ha sido marco para muchos de los psicólogos entrevistados, que les ha servido de guía para poder resolver las demandas cotidianas, ante la ausencia de marco conceptual de referencia.

En cuanto a la práctica al contrario, se encontró mayor consenso entre los profesionales, dando así a la entrevista como herramienta principal y eje de su trabajo, algunas Ad Hoc, otras adaptando entrevistas de autores (Oiberman et al., 2005) para que se adecue y sea funcional a su contexto y entorno.

Al hacer una mirada macro de cómo está ubicada la psicología perinatal en la provincia de Mendoza, se puede pensar que no está incluida explícitamente dentro del de Sistema de Salud Público.

Para poder describir esta no inclusión de la psicología en el ámbito perinatal como práctica necesaria en el Sistema de Salud Público, se hará referencia al Sistema Total de Salud de Saforcada (1999), en el que se describirán algunos de sus componentes:

El componente legislativo, en el cual se hace referencia, ya que no se ha emanado Ley alguna que regule los aspectos legales de la Salud Mental en el área perinatal, ya sea en el ejercicio profesional, funcionamiento de la Institución de salud respecto al área Perinatal o el acceso de los ciudadanos a la atención en este punto, ya que no todos los Hospitales de Mendoza cuentan con psicólogos en estos espacios, por lo que no se le brinda a los ciudadanos el acompañamiento en momentos de crisis, considerando a la maternidad una crisis en sí misma. En la Resolución 641 (2012) y la Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo (2016), el psicólogo como agente de salud, aparece como necesario en el trabajo en equipo interdisciplinario. Se nombraron dichos marcos legales ya que avalarían el lugar del psicólogo dentro del equipo médico.

Otro de los componentes mencionados por el autor, es el gubernamental haciendo hincapié en el poder ejecutivo, sea éste el caso, por el momento no habrían instancias de decisión en cuanto al trazado de políticas que incidan directamente en la salud de la población en el ámbito psicoperinatal garantizando los derechos de los ciudadanos.

En otra de las categorías, se pone en juego nuevamente el concepto de idoneidad de los profesionales, ya que la respuesta hegemónica ante los ámbitos de actuación, fue trabajar en Neonatología: un servicio de crisis, de atención permanente e intenso, trabajando la estimulación del bebé, el vínculo temprano madre e hijo, trabajando las angustias de la progenitora y el resto de la familia, haciendo ingresos de hermanitos y abuelos a la terapia intensiva, mediando entre el equipo médico y las familias favoreciendo la calidad de la información para lograr tranquilidad en los parientes.

Este Servicio va de la mano con la maternidad, en particular con la Residencia de Madres, la cual coincidió con 6 de los 7 entrevistados, en tal lugar se trabaja de manera preventiva cuestiones como lactancia, pautas de vínculo temprano necesarias para el desarrollo funcional del bebé, salud sexual y reproductiva, etc.

Fueron algunos los casos que trabajaban con otras temáticas, pero siempre relacionadas estrechamente con Neonatología y Residencia de Madres, ya sea con el Programa Canguro (el cual es un seguimiento más de cerca de la madre y la evolución del bebé), o Atención Temprana, (para bebés que han quedado con secuelas luego de salir de neonatología), (Unicef, 2011). Uno de los sujetos entrevistados manifestó trabajar de manera preventiva con madres adolescentes en riesgo, y enfocar el trabajo en ciertos puntos tratando de detectar posibles y futuro factores de riesgo para cuando llegue el momento del parto.

Los sujetos restantes, manifestaron no trabajar con embarazadas en riesgo o embarazadas desde un enfoque preventivo, pero si todos lo tenían en cuenta, con proyectos en camino para poder presentar en las respectivas Direcciones de los Hospitales para su futura aprobación y aplicación.

Existen baches en relación a la teoría, en cuanto a ciertos ámbitos de actuación que no fueron mencionados por los participantes, como Guardia psicológica que consiste en una guardia hospitalaria, en donde se acompaña a la guardia neonatológica y se colabora con los obstetras en un trabajo interdisciplinario (Oiberman et al ,2008); o en Sala de parto que se trabaja con el acompañamiento, al lado de la cama, el contacto físico como dar la mano en las situaciones de dolor o miedo, son bien recibidos. Por último, Sala de partos y quirófano: durante el parto se acompaña a la madre o a su acompañante (familiar) (Santos, 2013).

Se puede pensar cómo la inclusión del psicólogo perinatal al equipo de salud ayuda, a que a la hora de tener en cuenta la significancia del embarazo, el parto, puerperio y primeros meses, no se puede pensar solo desde el acto médico sino que lo familiar, social, la pareja , son significantes de alto impacto ante la situación vital. Además la mayoría de los últimos escenarios descriptos no son trabajados en su totalidad en Mendoza.

Otro ámbito de actuación importante para la profesión, que los autores lo nombran (Mercado, 2013) y la muestra seleccionada no la representó, es la investigación científica. Los profesionales expresaron no tener conocimiento de investigaciones en la Provincia y que no habían llevado a cabo ninguna investigación. Por lo cual el tipo de sugerencias hacia futuras líneas de investigación en el ámbito perinatal, reflejan escaso conocimiento en los desarrollos actuales (Galindez & Oiberman, 2005; Oiberman, 2015; Vega, 2006; Torrecilla & Echeverría,

2013; Morici, 2015; Olhaberry Huber, Romero Jiménez & Miranda Largo, 2015, etc.). Por ejemplo ser madre adolescente y las drogas (Ramos Gutiérrez, Barriga Marín, Pérez Molina, 2009) duelo en el equipo médico, (Kamei, Torres & Kimelman, 2013) o el psicólogo en el equipo médico y su dinámica (Williams & Marder, 1999).

En cuanto a las dificultades, con mayor consenso, se destacaron las dificultades edilicias, al no contar con los espacios y materiales necesarios para abordar la tarea. Es llamativo que los sujetos no hayan destacado la ausencia de oferta de capacitación cuando su “formación” ha sido de forma autodidacta.

En contraposición, las fortalezas y satisfacciones que se resaltaron, fue que el trabajo interdisciplinario es primordial para poder trabajar con las demás disciplinas y áreas que conforman el área de maternidad del hospital, y al mismo tiempo la gran dificultad para con la misma disciplina, es decir, la psicología. Existiría mejor relación del psicólogo al interior del equipo de salud, conectándolo con que se encuentra como positivo y satisfactorio que se acepte a la psicología como parte del equipo.

Para finalizar es interesante destacar lo que refiere Oiberman (2005), ya que refleja lo desarrollado en la investigación:

Se observa orfandad en los equipos médicos y obstétricos ante las urgencias que tienen que asumir en ciertos casos, ya que las urgencias no respetan los horarios estipulado de los servicios de salud mental, la angustia no espera, se desencadena cuando el neonatólogo le comunica a la madre la situación riesgosa de su hijo, el aparato psíquico tiene otros tiempos y no resuelve nada con ofrecerle una consulta psicológica para la mañana siguiente, la crisis es en ese momento y no espera (pp 25).

4.6 Conclusiones

A partir de la presentación y discusión de resultados, se puede concluir que la investigación cumplió con sus objetivos.

- Explorar y profundizar el ejercicio profesional en el ámbito de la Psicología Perinatal en Hospitales materno infantil de Mendoza.
- Indagar la formación profesional, la capacitación e investigación que sostienen los Psicólogos trabajando en el ámbito Perinatal.
- Explorar los distintos modos de intervención, herramientas, técnicas y población con la que un Psicólogo Perinatal trabaja.
- Describir las dificultades, fortalezas y satisfacciones con las que se enfrentan estos profesionales en su quehacer profesional.

Al no haber un listado formal en el cual esté especificado la cantidad de psicólogos trabajando en el área perinatal; se intentó tomar contacto con la totalidad de los Hospitales Públicos de Mendoza que contaran con áreas materno infantiles, y se logró la colaboración de siete de ellos. Se considera que hubo un gran esfuerzo por acercarse a los profesionales.

Una de las fortalezas de la investigación es que en el proceso de confección del instrumento para recabar datos, sea este el caso de la entrevista ad hoc, se creó una grilla y se la sometió a inter jueces expertos en la temática. Dos de ellos fueron autores de libros importantes en la temática, los cuales se resguardarán sus nombres.

La tesina también contó con limitaciones, en cuanto a lo ya nombrado de la idoneidad y representatividad de la muestra, ya que no se puede asegurar el desempeño satisfactorio de los profesionales en el área, como sí lo hizo Edith Vega en su investigación (2006). Por otro lado, todos refirieron trabajar en los Servicios de Neonatología restringiendo otras áreas que incluyen el rol perinatal.

La investigación implicaba un gran campo de la psicología a desarrollar, se trató de incluir lo primordial y eje de la teoría, pero quedaron afuera temas cruciales que se consideran

relevantes a tener en cuenta para el desempeño del psicólogo en lo perinatal. Por ejemplo la bioética, pues sería importante que un profesional psicólogo ayude a pensar los dilemas en relación al inicio de la vida. Habría que reflexionar sobre los nuevos planteos que se presentan con el avance de la tecnología en los cuidados del recién nacido de riesgo, la sobre vida en relación a la comorbilidad y la calidad de vida.

Como se mencionó anteriormente, el rol del trabajo perinatal en la trinchera implica ir aprendiendo en función de la experiencia en el campo (Vega, 2006). Pero deberíamos preguntarnos si la experiencia es siempre sinónimo de calidad en el servicio prestado, porque existen diferentes acepciones de lo que puede entenderse por ese término: a) la intensidad y la especialización del entrenamiento profesional del terapeuta; b) la experiencia acumulada en relación a cantidad y tipo de pacientes tratados; c) el número de años de experiencia profesional, más allá de la calidad de la misma (Castañeiras et al., 2006).

Entonces, el aporte de esta investigación consiste en intentar contrastar la información disponible en la teoría con aquella que se obtiene a partir de los relatos de los profesionales implicados en el área, en algunos puntos es coincidente y en otros se observa cierta brecha. La relación entre la teoría y la praxis es dialéctica, por lo que también se puede modificar a la primera en función de la práctica y así ir re definiendo permanente cuál es el rol del psicólogo perinatal, tal como fue sugerido (Klappenbach, 2000). Para ello se necesitaría más investigación y difusión de experiencias clínicas, de parte de los actores implicados.

Es por esto que para finalizar, en respuesta al objetivo general de la investigación, se plantea una pregunta, y apuntando a la reflexión, ¿Son los profesionales de la muestra un reflejo ideal de lo que sería un psicólogo perinatal?”. Más allá de la respuesta, la investigación ha reflejado la importancia del desarrollo de la especialidad, la relevancia y necesidad de que el psicólogo desenvuelva su rol en el ámbito perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, E. & Varela, C. (2013) El embarazo cambios en las mujeres embarazadas, su repercusión psicológica. En A. Oiberman (Comp.) *Nacer y acompañar, abordajes clínicos de la psicología perinatal*. (pp. 373-394) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Apres, N; Bouzas, L. & Sepulveda, T. (2016) *Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia*. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000842cnt-organizacion-seguimiento-prematuros.pdf>.
- Bados López, A. (2008) *La intervención psicológica: Características y modelos*. Barcelona: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Basanta, S; Fernández, M; Vázquez, C; García, P; Suarez, C. & Carvajal, C. (2016) Aproximación a la realidad del duelo perinatal. *Investigación cualitativa en salud*. 2, 200-210. Recuperado de: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/753/740>
- Benatuil, D. & Laurito, J. (2009) El perfil laboral y educativo de los jóvenes psicólogos. *Suma Psicológica UST*, 6(2) 55-68. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113448>
- Bleger, J. (1966) *Psicohigiene y psicología Institucional*. Bs As: Paidós Ibérica SA. Recuperado de: <http://clea.edu.mx/biblioteca/Bleger%20Jose%20%20Psicohigiene%20Y%20Psicología%20Institucional.pdf>

- Bleger, J. (1985) *La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación*. En temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión. Recuperado de: <http://www.cholonautas.edu.pe/2012/wp-content/uploads/2012/04/Bleger.pdf>
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid: Biblioteca Nueva. Recuperado de: <http://datos.bne.es/edicion/Mimo0002256954>.
- Cañete, G. (octubre, 2012) *De cómo llegar a ser uno mismo*. Trabajo presentado en la Sociedad Psicoanalítica de Mendoza. Mendoza.
- Casari, L; Espeche, V. & Bustos, M, G. (2012) Inserción laboral en una muestra de egresados recientes de la carrera de psicología en Argentina. *Revista DiáLogos*. 2, (2), 69-86.
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., & Fernández-Álvarez, H. (2006 a). Modulating effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist. *Psychotherapy Research*, 16, 595-603. doi: 10.1080/10503300600802867
- Castro Solano, A. (2004) Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21 (2). Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272004000200001
- Chardón, E. (2013) Fertilización asistida en el campo de la psicología perinatal. En A, Oiberman, *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. (pp. 335-345.) Buenos Aires: Ed Lugar.
- Compagnucci, E. R. & Cardós, P. D. (2009) El desarrollo del conocimiento profesional del psicólogo: estudio de graduados de la U.N.L.P., su inserción en el campo educativo. *Orientación y Sociedad*, 9, 1-9. Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3967/pr.3967.pdf
- De Lellis, M. (2003) Modelos, teorías y practicas psicosociales en el campo de la salud pública. En E, Saforcada (comp). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. (pp 29-45) Buenos Aires: Proa XXI.

- Echeverría, M.L. (2013) Aportes de la clínica perinatal a la calidad de vida. En A. Oiberman (comp) *Nacer y acompañar, abordajes clínicos de la psicología perinatal*. (pp 403-426) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fava Vizziello, G; Zorzi, C. & Bottos, M. (1992) *Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fox, D. (1981) *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Freud, S. (1905) “*Tres Ensayos para una Teoría Sexual*”. En: Obras Completas, Tomo VII. Bs.As. Ed. Amorrortu.
- Galindez, E. & Oiberman, A. (2005) Factores de riesgo psicosocial en momentos críticos del nacimiento. En A.Oiberman (comp) *Nacer y después, aportes a la psicología perinatal*. (pp. 139-158). Buenos Aires: JCE.
- Galli, M. (2013). El abordaje psicoperinatal en obstetricia. En A. Oiberman (Comp.) *Nacer y acompañar*. (pp 241-268). Bs As: Lugar
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Huberman de Chiappini, C. & Rodríguez de Miyares, A. (1997) *Observación de lactantes. Signos de alarma en el primer año de vida. Autismo precoz. Detección y tratamiento*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Kamei,L; Torres, C. & Kimelman, M. (2013) Duelo en una unidad de neonatología: descripción de un taller grupal para una intervención adecuada. *En Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*. 24 (2). Recuperado de: <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202013-2.pdf#page=39>
- Kerikian, C. (2011) *Efectos de una práctica: la psicología perinatal en la fundación hospitalaria*. III congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología XVII jornadas de investigación séptimo encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.academica.org/000-052/96>

- Klappenbach, H. (2000) El psicoanálisis en los debates sobre el rol del psicólogo. Argentina, 1960-1975. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2. 191-227. Recuperado de: http://www.cepsifotocopiadora.com.ar/archivos/folios/32322_2015826.pdf
- Klappenbach, H. (2000) El título profesional de psicólogo en argentina antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (3). 419-446. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80532301.pdf>
- Klein, M. (1952) “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé”. Desarrollos en Psicoanálisis. Bs.As: Ed. Hormé 1967.
- Larguia, M; Gonzales, M.A; Solana, C; Basualdo, M.N; Di Pietrantonio, E; Bianculli, P; Ortiz, Z; Cuyul, A. & Esandi, M.E. (2012) *Maternidad Segura y Centrada en la Familia* (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualizaciones e implementación del modelo. Buenos Aires: UNICEF
- Ley 22431 (1981) Sistema de protección integral de discapacitados. Poder ejecutivo Nacional. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112
- Ley 5045 (1985) Ejercicio de la profesión de Psicología en la provincia de Mendoza. Ministerio de Salud. En Colegio de Profesionales Psicólogos de Mendoza. Recuperado de: <http://www.colegiopsimza.org.ar/index.php/legales/28-ley-de-ejercicio-de-la-profesion-de-psicologia>
- Ley 23277 (1985) Ejercicio profesional de la Psicología. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112
- Ley 23.849 (1990) Convención sobre los derechos del niño. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112
- Ley 24417 (1995) Protección contra la violencia familiar. Honorable Congreso de la Nación. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112

Ley 24901 (1997) Sistema de prestaciones Básicas. Discapacidad. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112

Ley 25673 (2002) Programa Nacional de salud sexual. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=79831>

Ley 25929 (2004) Protección del embarazo y del recién nacido. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112

Ley 26.061 (2005) protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=110778>

Ley 26.130 (2006) Régimen para la intervención de contra concepción quirúrgica. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=119260>

Ley 26.150 (2006) Programa Nacional de educación sexual integral. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=121222>

Ley 26233 (2007) Derechos del niño. Centros de desarrollo infantil. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112

Ley 26.279 Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido. (2007). Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. En Información legislativa, recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/131902/norma.htm>

Ley 26485 (2009) Protección integral a las mujeres. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112

Ley 26485 (2009) Protección integral a las mujeres. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=112

Ley 26657. Derecho a la protección de la Salud Mental. (2010) Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley 26.862 (2013) Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico asistenciales de reproducción medicamente asistida. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>

Ley 26873 (2013) Lactancia materna, promoción y concientización pública. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En información legislativa, recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=218212>

Maldonado, J; Gómez Papi, A; Hernández Aguilar, M.T; Lasarte Velillas, J.J; Lozano de la Torre, M.J. & Pallas Alonso, C.R (2008) *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=Ulxj72VZD0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=oms+lactancia+materna+y+artificial&ots=jqjR7xsTw1&sig=dnn1yCpjICa7W6Cr344gDuEgZwg#v=onepage&q=oms%20lactancia%20materna%20y%20artificial&f=false>

Mercado, A. (2013). Diálogo interdisciplinario: el nacimiento o los nacimientos. En A. Oiberman (Comp.) *Nacer y acompañar*. (pp.26-36). Bs As: Lugar

Mercado, A. (2005) Terapias de sesión única. En A. Oiberman (comp) *Nacer y después, aportes a la psicología perinatal*. (pp. 129-132) Buenos Aires: JCE.

Montero, L. & León, O .G (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2(3), 509-508. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf

Morici, S. (2011) Primeros vínculos y sus efectos en el desarrollo temprano, en *Revista Novedades Educativas: "Patologización de la infancia"*. 31 (223) Recuperado de:

<https://www.yumpu.com/es/document/view/44406146/ael-origen-de-las-inscripciones-psaquicas-o-las-uces/15>

- Morici, S. (2016) Abordajes interdisciplinarios en infancia. Detección temprana e intervenciones subjetivantes vs objetivantes. Patología grave e interdisciplina. En Colegio Profesional de Psicólogos de Mendoza. Recuperado de: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=forums&srcid=MTAyMTgwNDIyODczMjA2MDI3MDEBMDkyMDAxODc3MzYyMTU4MjAwNDEBS2dfaHQ1YUpCd0FKATAuMgEBdJI>
- Morici, S. (2015). *Aportes psicoanalíticos para la comprensión del vínculo temprano mamá y bebé*. Tesis doctoral para la Especialización en Psicoanálisis con Niños. Buenos Aires. Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2684>
- Nieri, L. (2012) Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 31(1) 18-21. Buenos Aires: Conicet recuperado de: <file:///C:/Users/ROLANDO/Desktop/18-21%20Interv%20Paliativa.pdf>
- Nikodem, M.R. (2003) Unidad de cuidados intensivos neonatal. Intervenciones en una situación de alto riesgo. En Saforcada, E. *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. (323-328) Buenos Aires: Proa XXI.
- Oiberman, A. (2005) Introducción: Historia del nacimiento de un equipo y de una práctica. En A, Oiberman (comp). *Nacer y después, aportes a la psicología perinatal*. (pp 19-35). Buenos Aires: JCE.
- Oiberman, A. (2012) *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Bs As: Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (2013) De la matrona a la psicología perinatal. En A. Oiberman (comp). *Nacer y acompañar, abordajes clínicos de la psicología perinatal*. (pp 17-24) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (2013) Introducción. En A. Oiberman (comp). *Nacer y acompañar, abordajes clínicos de la psicología perinatal*. (pp 13-14) Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Oiberman, A. (2015) ¿Qué nos cuentan los bebés? Dispositivos de intervención perinatal. En E, Vega. (comp) *Clínica de niños y adolescentes. ¿Qué hay de nuevo?* (pp 57-87). Buenos Aires: Lugar editorial.
- Oiberman, A; Galíndez, E; Mansilla, M; Santos, M; Cantello, M; Dehollainz, I; Mercado, A; Lucero, A. & Echeverría, M. (2008) *Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología*”, por el trabajo “*Nuevos dispositivos en Salud Mental: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal*”. Bs As. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=institucional/premio/2008/premios_otorgados/oiberman.php
- Oiberman, A. & Mercado, A (2012) *Nacer, jugar y pensar. Guía para acompañar a los bebés*. Bs As: Lugar Editorial.
- Oiberman, A; Vega, E; Galíndez, E; Mercado, A; Schoham, C; Mansilla, M. & Grisoía, E. (2005) La dimensión psicosocial de la madre en las maternidades y el psicoterapeuta de trinchera. En A. Oiberman (Comp.), *Nacer y después. Aportes a la psicología perinatal* (pp 103-115). Buenos Aires: JCE.
- Olhaberry Huber, M; Romero Jimenez, M. & Miranda Largo, A (2015) Depresión materna perinatal y vínculo madres bebé: consideraciones clínicas. *SUMMA psicología UST. 12 (1) 77-87*. Recuperado de: <file:///C:/Users/ROLANDO/Desktop/Dialnet-DepresionMaternaPerinatalYVínculoMadrebebébebé-5147360.pdf>
- Organización del Seguimiento del recién nacido de alto riesgo. (2016) Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000842cnt-organizacion-seguimiento-prematuros.pdf>
- Ortiz, Z. (2011) *Semana del prematuro. Unicef*. Recuperado de: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_Dcho9.pdf
- Papalia, D.E; Feldman, R.D. & Martorell, G. (2012) *Desarrollo humano*. Duodécima edición. México Distrito Federal: McGraw-Hill.

- Planella, A.M. (2009). *La Salud Mental en la Argentina aportes de la Psicología en el Sistema de Salud*. Bs. As.: RV Ediciones.
- Ramos Gutierrez, R.Y; Barriga Marín, J.A. & Pérez Molina, J. (2009) Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *En Revista Ginecol Obstet.77 (7)* . Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom097b.pdf>
- Resolución 2447. (1985) Incumbencias de los títulos de psicólogo y licenciado en psicología. Ministerio de educación y cultura. Recuperado de: <http://www.psyche.unc.edu.ar/wp-content/uploads/6-Res.-2447-1985-ME-Incumbencia-de-los-T%C3%ADtulos-de-Psic%C3%B3logo-y-Lic-en-Psicolog%C3%ADa.pdf>
- Resolución 641. (2012) Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales. Ministerio de Salud. En información legislativa, recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197943/norma.htm>
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe. Recuperado de: http://metodosdeinvestigacioninterdisciplinaria.bligoo.com.co/media/users/10/528344/files/53953/INVESTIGACION_CUALITATIVA_Rodriguez_et_al.pdf
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E; De Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2010) *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Santos, M. S. & Oiberman, A (2011). *Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires: Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-052/378>
- Santos, S. (2005) Cuando nace un niño con discapacidad. En A. Oiberman (Comp.) *Nacer y después, aportes a la psicología perinatal*. (pp. 193-200) Buenos Aires: JCE Ediciones.

- Santos, S. (2013). El abordaje clínico psiconeonatal de los nacimientos prematuros. En A. Oiberman (Comp.) *Nacer y acompañar*. (pp. 225-239). Bs As: Lugar Editorial.
- Sastre Miras, I. (2014) *Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio*. (Tesis de grado). Recuperada de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11938/1/TFG-H292.pdf>
- Sociedad Argentina de Pediatría (2016). *Lactancia materna generalidades*. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/index.php/comunidad/detalle/id/98/Lactancia-Materna:-Generalidades->
- Sociedad Argentina de Pediatría (2016). *Lactancia materna: ventajas*. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/index.php/comunidad/detalle/id/96/Lactancia-Materna:-Ventajas>
- Stolkiner, A. (1999) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo PSI, Revista de Información Especializada*. 3 (10) Recuperado de: <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2011/jornadas-gratuitas-de-capacitacion-201csalud-colectiva-y-epidemiologia-comunitaria201d/interdisciplina.epistemologia.practicas.pdf>
- Taylor, S. J. & Bodgan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, S. J. & Bodgan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (3º Ed.) Barcelona: Paidós.
- Torrecilla, M. & Rodriguez Echandía, E. (2013) Aportes al estudio del estrés y la ansiedad materna frente al nacimiento de un hijo prematuro. En A. Oiberman (Comp.), *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. (pp.353-366). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Vásquez Carbajal, F.I, (2016) *Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Programa Cibertesis. Lima: recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4748>
- Vega, E. (2005) La unidad de cuidados intensivos neonatales como lugar de inicio, desarrollo y resolución de crisis, un abordaje cognitivo. En A. Oiberman (Comp.), *Nacer y después, aportes a la psicología perinatal*. (pp. 116-122). Buenos Aires: JCE Ediciones.

Vega, E.Y. (2006) *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Williams, N.V. & Marder, S.E (1999) Evaluación y seguimiento del desarrollo psicológico. La inserción del psicólogo en el equipo médico. *En Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 85-95. Recuperado de: http://www.aidep.org/03_ridep/R07/R076.pdf

Winnicott, D. (1981) *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia

Zamberlin, N. & Portnoy, F. (2007). *Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: UNFPA. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/pdf/unfpa-baja.pdf>

ANEXOS

Entrevistada n° 1

1° ¿Qué es para usted la Psicología Perinatal?

Uy que pregunta te podría definir a tantos autores en este momento que te volvería loca, pero desde mi larga experiencia primero te diría es un ámbito divino. La psicología es hermosa pero estar trabajando para los inicios de la vida te llena el alma. La psicología perinatal sería como un derivante o una rama de la psicología de la primera infancia o parte de la misma, porque además de estar en los inicios de la vida trabajas con la madre, padre sus estados psíquicos sus problemas su entorno familiar, con el equipo médico también, y con otras disciplinas, la psicología perinatal es una disciplina interdisciplinaria sin lugar a dudas. Sino no existiría, se necesita saber de ética, de neurología de medicina de familia de sistemas de instituciones de psiquismo temprano de angustias de conflictos, puedes reducir hasta toda la psicología en lo perinatal. Lo perinatal es prevención pura si es bien aplicada.

2° ¿Cómo tomó contacto con la Psicología Perinatal?

Hace años que estoy en el servicio, muchos años, y empecé por una elección propia yo quería dedicarme a esta área y así lo hice toda la vida y me formé y me dediqué a esto.

3° ¿Tiene estudios de post grado?

Si claro, acá en Mendoza no hay estudios de formación así que fui haciendo mi propio camino, he estudiado en Bs As he estudiado hoy en día online, hasta el día de hoy me sigo formando. Desde Winnicott, Aberastury Larguía, el mismo Freud y muchos más.

4° ¿Adhiere a algún enfoque teórico dentro de la psicología? ¿Cuál?

Si adhiero a la línea psicoanalítica, creo que es básica para este ámbito y más que nada el psicoanálisis de niños, muchos lo subestiman pero son teorías que si uno no sabe la formación y estructuración del psiquismo temprano estamos fritos, porque lo digo? Porque como te dije lo perinatal es prevención, entonces eso es lo hacemos los psicólogos tener los conocimientos y herramientas, sabiendo cómo se forma el psiquismo de un bebé y que cuando está en una

situación tan crítica como neonatología que el día de mañana quedarán huellas mnémicas quedaran marcas y hasta secuelas que pueden determinar su desarrollo posterior, entonces uno sabe cómo intervenir para poder prevenir. La escucha el poder escuchar y dejar que el otro se escuche a sí mismo y vaya reconociendo sus angustias va a ayudar a que este más entero para poder acompañar a su bebé. Y no solo en neo sino también en mamá con embarazos de alto riesgo. Además otro punto clave y donde yo estoy más especializada es en el vínculo temprano. Es parte de la prevención y es fundante del psiquismo temprano, el vínculo con la mamá con quien lo sostiene y le da amor, le da de mamar y le da la confianza básica. Porque sin confianza uno no se puede desarrollar necesita tener la confianza y seguridad para que la autoestima y el yo se vayan desarrollando.

5° Los conocimientos y técnicas estudiadas por dicho enfoque ¿Le han sido útiles para desempeñarse en el ámbito de la psicología perinatal?

Lo contesto arriba

6° Si la respuesta es sí... ¿En qué aspectos?

Ídem

7° ¿Con que herramientas /técnicas trabaja en el ámbito de la Psicología Perinatal?

La entrevista es la madre de todas las herramientas, pero en este lugar de trabajo la observación es primordial, uno necesita observar científicamente para poder ver tips funcionales o disfuncionales, desde el dolor en el bebébebé signos estresores, angustia en la mamá que a veces en una entrevista pueden pasar por alto.

8° ¿Podría contar una situación en donde aplica dichas herramientas/técnicas?

Yo permanentemente estoy observando, creo que es parte de nuestra tarea el observar y escuchar es nuestro eje. Y luego las entrevistas para conocer a la persona.

9° ¿En qué lugar desempeña su práctica en el campo de la psicología perinatal?

Desgraciadamente dependo del servicio de salud mental general del hospital con quien mantengo una muy mala relación y me han negado el pase muchísimas veces, porque la otra

chica que trabaja conmigo depende de la jefa de neo que es un amor y sería lo correcto pero la mujer a cargo tiene serios problemas conmigo y no me deja ir, te estoy hablando de una lucha de hace años y años, la gente le tiene miedo entonces no hay nada que pueda hacer hasta el día que ella se jubile que con la omnipotencia que tiene vaya uno a saber cuándo llegue ese día. Pero más allá de eso trate de siempre mirar para adelante y hacer mi trabajo .pero al depender de ella tengo que rendirle cuenta entonces todas las mañanas tengo que ir a revista con su grupo. Hace muchos años que ya estoy no tengo un trabajo en específico se trata de ir resolviendo lo que se puede. Además estoy en el servicio con fonoaudiólogas y psicomotricistas para trabajar con bebés con traumas de desarrollo en el paladar, es decir que no se les ha formado bien y eso repercute en la succión y el agarrar la teta que también deriva en problemas respiratorios. Entonces he tratado de ir haciendo mi camino

10° ¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?

Que más te puedo decir de esta mujer y su servicio? Lo peor de todo es que son psicólogas y están peleadas con todos los otros servicios, tanto el de gineco como el de oncología o el de quemados es pesada la situación y eso me ha angustiado muchos años.

11° Desde su experiencia, ¿Ha visualizado resultados en el ejercicio profesional?

Si claramente he visto todo lo que te puedas imaginar, para mí es un placer este trabajo y ver como el estudio arduo de uno se ven los resultados en las personas. El lograr que agarren el pezón que puedan mamar de la teta de la mamá y no de una mamadera

12° ¿Cuáles son los aspectos más satisfactorios de su quehacer profesional en el ámbito de la Psicología perinatal?

Todo es satisfactorio porque amo en lo que trabajo y con eso me basta. Y más que nada que yo no me voy a jubilar hasta que en Mendoza este instalada la psicología perinatal, soy una de las pioneras en Mendoza del área antes no había nadie más que cuestiones aisladas. En Mendoza tiene que haber formación tiene que haber una ley tiene que estar instalada la importancia de lo perinatal como prevención para futuras patologías si uno arranca desde la infancia el día de mañana se verán resultados. De a poco va llegando esta idea y política a la argentina lo he visto por todo el mundo como los profesionales cada vez más se dan cuenta de

Tesina de la Licenciatura en Psicología

la relevancia del tema y yo quiero luchar por eso en Mendoza. El haber transitado tantos años y seguir estudiando hasta el día de hoy, corto y conciso.

13° ¿Conoce investigaciones de la Psicología perinatal en Mendoza?

Si conozco mucha gente que está interesada en el tema desde tesistas, hasta una psicóloga que se encarga especialmente de la investigación de lo perinatal que trabaja en la Uda. Conozco más investigaciones de Buenos Aires como Oiberman, pero hay que tener ojo porque ella es compiladora, tiene a todos su equipo trabajando y después ella lo s junta y hace un libro así que ojo con eso.

14° ¿Ha llevado a cabo alguna investigación?

No investigación no, pero una forma de estar en contacto con la ciencia permanente además de estudiar, he dado muchas charlas acá en Mendoza pero también internacionales como en México en Chile en Colombia y eso me enriquece un montón porque recibo la devolución del otro lado, y aprendo muchísimo mas

15° Desde su opinión, ¿Qué líneas podrían seguirse en futuras investigaciones para el desarrollo de la Psicología Perinatal?

Uy que pregunta de todo, desde trabajar con el equipo médico que les pasa con la vida y la muerte, el duelo en las enfermeras que son quienes más están con ellos. El dolor en el bebé, profundizar el vínculo temprano. La droga en mamás y cómo repercute psíquicamente en el bebé recién nacido.

16° ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria en Psicología Perinatal?

Si sino no se puede es un hospital general en donde el psicólogo es integrado como parte del equipo junto a fonoaudiólogos nutricionistas enfermeros desde clínicos pediatras obstétricos neurólogos neonatólogos anestesistas todo trabajadores sociales todos necesitamos trabajar juntos.

17° Si la respuesta es sí, ¿Cómo describiría dicho trabajo interdisciplinario?

Indispensable

18 ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?

Y lo negativo como ya te comente no te quiero cansar con el tema es no poder trabajar con los propios psicólogos del hospital.

Entrevistada n° 2

1° ¿Qué es para usted la Psicología Perinatal?

Es una rama de la psicología que se encarga de estudiar una etapa del desarrollo del ser humano, desde que el bebé está en la panza hasta que nace y todo lo que ocurre en esos momentos tan críticos ya sea a la mamá al bebé o a la familia y su contexto. Y el psicólogo acompaña esta situación vital de crisis.

2° ¿Cómo tomó contacto con la Psicología Perinatal?

En verdad yo entre acá porque una amiga mía laboraba acá y entro en licencia por maternidad y me llamó para que la reemplazara yo no había trabajado en el área y mucho menos se me había cruzado por la cabeza. Y cuando se terminaron los tres meses ella no quiso volver así que me quedé yo como fija. Somos dos psicólogas trabajando en neonatología pero la diferencia es que yo dependo directamente de la jefa de neonatología, y la otra psicóloga depende del servicio de salud mental de adultos del hospital en donde las cosas no están muy bien así que es medio complicado.

3° ¿Tiene estudios de post grado?

No, como te digo nunca me imaginé terminar trabajando en neo, que ahora me encanta pero no he estudiado nada sobre el tema, he leído algunos libros, algo de Larguía y su guía para padres, o he leído como trabajan un poco en los hospitales de Buenos Aires pero no más que eso

4° ¿Adhiere a algún enfoque teórico dentro de la psicología? ¿Cuál?

No no adhiero a ninguno, si tengo que elegir me quedo con lo cognitivo

5° Los conocimientos y técnicas estudiadas por dicho enfoque ¿Le han sido útiles para

desempeñarse en el ámbito de la psicología perinatal?

Como te digo no trabajo desde ninguna línea, creo que el psicoanálisis acá no va, y viste en lo cognitivo si agarro algunas cosas para poder trabajar, más que nada la relajación, la respiración y algunas técnicas que les doy a las mamás que se van a sus casas para la angustia pero nada en especial.

6° Si la respuesta es sí... ¿En qué aspectos?

7° ¿Con que herramientas /técnicas trabaja en el ámbito de la Psicología Perinatal?

Además de la relajación y eso que te conté, con la entrevista, toda mamá que entra yo la entrevisto y hago su historia clínica, a veces se complica un poco porque como no hay muy buena relación con el otro servicio a veces tienen que derivar a una mamá acá y no lo hacen por el hecho de que no hay buena onda. Medio anti ético pero bueno viste como es. Pero nada yo uso la entrevista hago las historias clínicas y se va viendo caso por caso como encararlo según su situación familiar económica social etc.

8° ¿Podría contar una situación en donde aplica dichas herramientas/técnicas?

9° ¿En qué lugar desempeña su práctica en el campo de la psicología perinatal?

Yo como te conté depende de neo así que estoy acá. Hay otra área en donde trabaja una psicóloga con las mamás del alto riesgo, pero es más como psicopatológico y trabaja con interconsulta no atiende a todas la psicóloga. Yo acá por más que sea difícil porque hay muchísimas mamás y van vienen entran salen trato de que todas pasen por mí y las acompaño las oriento las ayudo a que entiendan la información, pero hasta el punto de repetirle 5 o 6 veces que significan las cosas médicas con palabras comunes porque la mayoría son mamás sin educación así que cuesta. Me han tocado mamás con deficiencia mental y había tenido un bebé con Síndrome de Down y yo le explicaba y nunca nunca lo había escuchado al síndrome entonces no entendía que estaba pasando y ella pensaba que ella tenía la culpa de haber hecho algo mal porque su bebé había salido así. Así que se viven situaciones realmente difíciles. Además está la residencia de madres que también las mamás se quedan y yo las visito, hacemos el ingreso de hermanitos y de abuelos. A veces se complica pero trato de hacer lo posible para trabajar con los familiares también. Además hago talleres con las mamás donde

vemos diferentes tópicos uno por ejemplo es la lactancia, o el vínculo o los cuidados básicos y así vamos variando.

10° ¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?

Y hay varios puntos, el primero como te conté es la mala relación con el servicio de salud mental aunque no lo creas, por otro lado creo que nuestro rol también tiene que ver con un trabajo de comunicación con los propios médicos, me ha resultado muy difícil que puedan entender la situación de las madres y su singularidad. Por ejemplo una mamá que pasaron muchas semanas y no vino a ver a su bebé y el vocabulario de los médicos es duro como es una mala madre que se joda que ni se aparezca. Y yo trato de explicarles que es duro para la mamá también que es su proceso que ya lo va a similar, pero subestiman mucho a la psicología por momentos entonces me cuesta a veces. Ahora se han ablandado bastante pero costo.

11° Desde su experiencia, ¿Ha visualizado resultados en el ejercicio profesional?

Sí, yo lo veo más que nada en que el rol es como mediador en cuanto a la comunicación, podemos traducirles a las mamás y familiares lo que los médicos dicen y podemos traducirles a los médicos las situaciones de angustia y otras cuestiones al equipo médico. Y se nota. Creo que la información y la calidad de la información y que llegue bien esa información es importante.

12° ¿Cuáles son los aspectos más satisfactorios de su quehacer profesional en el ámbito de la Psicología perinatal?

Con todo lo que te he contado debes pensar que es un trabajo horrible pero no. Es difícil porque es un hospital muy grande el más importante en neo de Mendoza, hay un poder médico hegemónico muy instalado y cuesta avanzar. Pero ver a los bebés salir de esa situación y de esos procedimientos invasivos sinceramente es hermoso.

13° ¿Conoce investigaciones de la Psicología perinatal en Mendoza?

No sabes que no conozco ninguna.

14° ¿Ha llevado a cabo alguna investigación?

Tesina de la Licenciatura en Psicología

No, me da vergüenza pero no.

15° Desde su opinión, ¿Qué líneas podrían seguirse en futuras investigaciones para el desarrollo de la Psicología Perinatal?

lo perinatal abarca tantas cosas que se puede hacer un mundo de investigaciones pero desde el lugar que yo estoy se podría investigar el equipo médico en si su dinámica su funcionamiento. Porque ellos y me incluyo, se creen ajenos a las angustias a la muerte la vida que está dando vueltas permanentemente pero no están ahí atados a eso y se llevan los problemas a la casa, o se desquitan con el subordinado y yo lo veo y me pasa entonces algo de dinámica grupal que se yo

16° ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria en Psicología Perinatal?

Si acá si sino sería imposible trabajar hay tantos casos sociales que sin el trabajo en conjunto con las trabajadoras sociales sería un caos, todo el tiempo de la mano, generamos redes conexiones que se vayan a sus casas con tranquilidad, con contactos con información con lo necesario para no tener que volver al hospital.

17° Si la respuesta es sí, ¿Cómo describiría dicho trabajo interdisciplinario?

El concepto es muy rico lo negativo son las personas, porque hay mucha omnipotencia no sé qué otra palabra ¿poder? ¿Narcisismo? Que no permite que todos trabajemos en equipo y que paradójico que sea justo psicología el que está aislado de este trabajo y que no se una, entonces es todo un tema .se necesita, del trabajo inter si lo que se busca es la mejor calidad de vida física y psíquica de las personas pero bueno.

18 ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?

Contestada arriba

Entrevistada n° 3:

1° ¿Qué es para usted la Psicología Perinatal?

Para mí la Psicología Perinatal, es básicamente el trabajo del vínculo temprano, primario y la detección de factores de riesgos, sociales y por sobre todo vinculares. Esto tiene mucha relación con el estado psicológico que posee la madre; porque acá vas a ver que hay mucha patología es más te digo con casi seguridad que el 85% de los embarazos no son buscados, no digo deseados porque después aparece el amor y casi el 90% de las pacientes tiene la primaria incompleta. Entonces ese combo de factores es explosivo. Y según el caso el psicólogo tiene que estar ahí para orientar.

2° ¿Cómo tomó contacto con la Psicología Perinatal?

Yo trabaja en un Centro de Salud, hasta que renuncié, y en vez de dejar el cargo me reacomodaron con el Programa de Maltrato Infantil que la Sede era acá en el Hospital en Maternidad. Y acá arranque con el ámbito, en el cual no estaba preparada, pero me encantó, me fascino y estoy muy contenta con mi labor.

3° ¿Tiene estudios de post grado?

No no tengo post grados. A partir de que comienzo a trabajar acá en Neo y maternidad, empiezo a buscar bibliografía del tema yleo y profundizo la temática con varios autores, sea con Oiberman, Edith Vega, Fava Vizziello, Catherine Matheline y varios más. Fue un trabajo mío de a poco de ir encontrándome con la tarea, me abrí yo a la experiencia.

4° ¿Adhiere a algún enfoque teórico dentro de la psicología? ¿Cuál?

Yo hice mi Tesis de Grado en el vínculo temprano en bebés con síndrome de Down, mucha coincidencia que sin pensarlo termine trabajando en el área. La base del Marco teórico que realicé fue en Melanie Klein, y yo sigo adhiriendo a la teoría psicoanalítica inglesa. Porque la madre y el bebé son uno, por más que yo trabaje con la madre particularmente pero con ella y a través de ella trabajo el vínculo temprano.

5° Los conocimientos y técnicas estudiadas por dicho enfoque ¿Le han sido útiles para

desempeñarse en el ámbito de la psicología perinatal?

Si por supuesto, y más aún que Klein desarrolla en su teoría el desarrollo del psiquismo temprano, fundamental para poder entender el vínculo primario. Pero además la gestión pasada nos brindó un material muy útil, de Unicef que se llama, “Maternidad, segura y centrada en la familia” con un enfoque intercultural. Donde plantea todo un modelo del cual lo he estudiado y yo trabajo prácticamente con eso, ya que me da un marco también.

6° Si la respuesta es sí... ¿En qué aspectos?

7° ¿Con que herramientas /técnicas trabaja en el ámbito de la Psicología Perinatal?

Yo trabajo con la entrevista, que para mí es el instrumento más rico de la psicología, se aplica de manera muy diferentes a lo que es la clínica psicológica, ya que yo llevo a cabo la técnica al lado de la cama, mientras al lado tengo una madre que está dilatando o gritando, o al lado de la incubadora o en el pasillo mismo. Es una entrevista abierta, y que además utilizo esos datos para la historia clínica. Un tema acá en el Hospital es el del secreto profesional, cuesta mucho resguardarlo. Además de la entrevista como te comente recién que mi punto principal es el trabajo del vínculo, lo que yo hago y es mi principal objetivo es poder trabajar conceptos básicos con las madres porque como te dije hay un nivel de pobreza y falta de educación muy grande, y aunque uno piensa que capaz son cosas de sentido común acá no, acá tratas con otra realidad, entonces mi objetivo de trabajo y lo principal es que las madres se vayan con una idea general, trato de darles calidad, que el mensaje sea corto claro y conciso. Por ejemplo, seguimos hablando de vínculo sí?, trat de decirles que se enfoquen en la mirada con sus bebés, la importancia de la mirada cuando les están dando de mamar, que traten de no charlar mientras dan la teta o mirar la televisión, que se conecten que es un momento único, el contacto piel a piel. Parecen cosas básicas y comunes pero ellas no tienen ni idea, y yo trato de que se vayan con esas palabras.

8° ¿Podría contar una situación en donde aplica dichas herramientas/técnicas?

9° ¿En qué lugar desempeña su práctica en el campo de la psicología perinatal?

Yo llego acá como te conté por el programa de maltrato, que realmente nada de eso hago. Directamente soy la psicóloga de neonatología, mi jefa es la neonatóloga del servicio del

hospital, pero además de trabajar con las mamás de neo, trabajo con maternidad conjuntamente, es decir, yo estoy con las madres que están en internación conjunta en donde lo primero que hago es entrevistarlas, trato de hacerlo con todas, primero con las que tienen el alta porque se van en el día, y después con las no altas. Además tenemos la residencia de madres, donde prácticamente las mamás viven ahí. Sinceramente yo poco hago de prevención, hago asistencia, porque como te digo es otra realidad entonces tengo que hacer atención en crisis permanentemente, madres de 18 años que llegan con su tercer hijo y madres que es lo más común ahora de 13 y 15 años con su primer hijo, entonces trabajo mucho los temores angustias que estar a flor de piel. En cuestión de prevención trabajo con el vínculo temprano para poder prevenir y promover ausencia de déficit cuando salgan del hospital, es decir trato de que tengan pautas del vínculo.

Pero acá el psicólogo en este ámbito es realmente multifunción, porque si vos me preguntas cual es el rol? Yo te digo según el caso, ya que cada caso es un mundo. Por ejemplo, hay una nena de 13 años y lo que trabajo con ella claramente es salud reproductiva, en otros casos mi foco es lactancia materna. Tengo talleres los lunes con las madres donde tratamos la lactancia, los miércoles hago ingresos de hermanitos de los bebés internados en neo, esta tarea está totalmente relacionada con lo que te conté de maternidad segura y centrada en la familia.

¿Los familiares tienen paso irrestricto a neo?

Si totalmente fue una lucha muy grande pero lo logramos.

Por otro lado yo misma hago campañas de prevención por las redes sociales, y hago campañas de donación para ayudar a estas madres y bebés que llegan con lo puesto, entonces mira ese armario está lleno de ropa y eso ayuda a que podamos hacer de sostén para que vuelvan a sus rutinas. Por otro lado como se ve tanta tanta patología en las madres yo puede hacer alguna intervención, no es mi área ni lo que me corresponde, pero he tenido casos en donde una mamá a punto de dar a luz tuvo un brote psicótico y bueno hay que actuar frente a la crisis.

Por eso el rol es ver en el momento cual es el caso conocerlo, que hago que sugiero como intervengo, derivó o no derivó.

10° ¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?

Tesina de la Licenciatura en Psicología

Es muy complicado el tema de recursos materiales, pero por eso te digo que yo hago campañas y desde mis propias amigas y entorno hasta mucha otra gente me ayuda y con eso lo podemos resolver. Y en cuanto a recurso humano es muy complicado poder trabajar con el Servicio de Salud Mental del Hospital, ya que ellos se autoproclaman como que no trabajan con infante juvenil y es muy paradójico porque nuestra demanda son nenas de 13 a 18 años, te digo que las abuelas tienen 27 años la mayoría. Entonces cuesta mucho poder trabajar en red o que le hagan un seguimiento.

11° Desde su experiencia, ¿Ha visualizado resultados en el ejercicio profesional?

Totalmente, todos los años en octubre para la semana del prematuro, vienen todos los bebés prematuros de hasta hace 3 años, el año pasado vinieron 150 prematuros y es una fiesta no sabes, hay comida juegos le hacemos regalos a cada uno de manera personalizada, todo con ayuda de donaciones. Pero es todo una organización imagínate tenemos que ver de cero a dos meses cuantos bebés vienen y regalos para esas edades de uno y dos años cuantos vienen y así. Y te puedes dar cuenta de la alegría de los bebés de cómo pudieron salir adelante con la ayuda de las mamás y la familia. Yo veo resultados, o que por lo menos di mi granito de arena

12° ¿Cuáles son los aspectos más satisfactorios de su quehacer profesional en el ámbito de la Psicología perinatal?

Lo más satisfactorio es el clima laboral en el que trabajo ya que mi ámbito de trabajo son los pasillos las camas e incubadoras y me siento cómoda para poder desenvolverme. Y además me da mucha satisfacción como ya te conté el tema de ir a lo básico con las madres. Yo me siento satisfecha si las madres logran captar las pautas de vínculo temprano.

13° ¿Conoce investigaciones de la Psicología perinatal en Mendoza?

No en Mendoza la verdad es que no conozco, es más sabes lo que paso últimamente es como que he estado trabajando de manera aislada, ahora nos hemos contactado con otras psicólogas perinatales, porque antes no se había convocado, el otro día fuimos a una reunión a salud mental con todas las psicólogas que trabajan en maternidades y estuvo muy bueno, porque ahí me conecte y me enteré por ejemplo de varios post grados. Fue interesante.

14° ¿Ha llevado a cabo alguna investigación?

Tesina de la Licenciatura en Psicología

No más que la tesis de grado no.

15° Desde su opinión, ¿Qué líneas podrían seguirse en futuras investigaciones para el desarrollo de la Psicología Perinatal?

Para mí el vínculo temprano es central. Pero también una investigación con madres adolescentes, con tantos hijos como repercute en la familia o en su propio psiquismo sería interesante.

16° ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria en Psicología Perinatal?

Si totalmente es fundamental, más que nada trabajo con trabajo social. Por la pobreza extrema y la falta de educación, falta de recursos. Tratando de manera conjunta armarles redes a las mamás. Obviamente trabajo de manera conjunta con más enfermeras que es todo un tema, las neonatólogas y obstetras.

17° Si la respuesta es sí, ¿Cómo describiría dicho trabajo interdisciplinario?

Para mi generar alianzas es básico, es necesario para que el trabajo sea más rico y productivo, es una lástima que con los demás psicólogos no se puede llevar a cabo.

18 ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?

A ver puede ser complicado porque en un área médica es como que a la psicología se la subestima mucho y hay que ganarse el lugar es toda una lucha. Por ejemplo con las enfermeras es todo un tema porque ellas al estar las 24 horas con los bebés se adueñan si se quiere y sienten que invadís su espacio, pero por suerte hay muy buen clima. Y bueno el tema de la relación con salud mental general del hospital. Es decir no se puede trabajar interdisciplinariamente con la misma disciplina.

Entrevistada n° 4:

1° ¿Qué es para usted la Psicología Perinatal?

La Psicología perinatal es un área que abarca esto desde la maternidad hasta la primera infancia, y va a enfocar en acompañar a la mamá hasta que el bebé nace y después hasta los

cinco años que se considera lo perinatal. A ver todo lo que pasa en relación al embarazo como está mamá y cuando nace su bebé, como es la construcción de este vínculo. Cuando el bebé no cumple con las expectativas que la mamá imaginada, entonces uno ayuda a redefinir y acompaña en esta situación de duelo.

2° ¿Cómo tomó contacto con la Psicología Perinatal?

Yo hice mi tesis acá en el 2009 en relación a la narrativa de las mamás en situación crítica entorno al nacimiento. Entonces trabajé mucho con su discurso. Cuando yo llegué presente este proyecto en neo y al principio fue como, ¿para qué va a haber una psicóloga? No no hay necesidad, en ese momento había un grupo de médicos, gracias a dios mi jefa actual en ese momento me abrió las puertas y empecé a trabajar mi proyecto de tesis y después me pidieron que me quedara, porque ahí fue que se vio la necesidad, la utilidad de un psicólogo en el servicio. Al principio fue sumamente difícil, porque cuestionaban que hacia una psicóloga acá. ¿Acaso vos vas a venir a hablar con los bebés?. Y después se dieron cuenta, y empecé con unas horitas. Yo mostré la necesidad. Vos pensa nadie está preparado para un nacimiento y menos para un nacimiento inesperado, de un prematuro, entonces con todas las mañanas que ingresan al servicio yo voy las acompaño, las entrevisto, las asesoro .después toda una parte preventiva con los enfermeros, toda una parte de herramientas comunicacionales que por ahí darle la parte más humanística esta mamá que entraba que no era un número vas que iba a estar acompañada. La etapa del puerperio que no iba a estar sola, lo importante que era la palabra para esta mamá. Así empezamos a trabajar, y acá se trabaja con muchos casos sociales, entonces se trabaja mucho con generar red. Yo comencé acá con prestaciones, con 10 horitas con 12 horitas, con 18 hs y así hasta que después me nombraron. Mi demanda es interna. Los médicos se dieron cuenta de que mío punto de vista era muy importante a la hora de dar el alta; entonces para ver donde se iba con quien se iba de qué manera se iba, que había que reforzar, quien la contenía y así. Osea hace dos años me incorporaron al pase de alta. Entonces en el pase de revista me involucran y aporto la parte emocional. Yo creo que cree la necesidad y después se corroboró que era útil.

3° ¿Tiene estudios de post grado?

Tesina de la Licenciatura en Psicología

No sé si se puede llamar estudios de post grado, porque no hay una formación en sí acá en Mendoza. Lo que sí hice fue tomar un curso con la Licenciada Oiberman una vez que vino acá a Mendoza específicamente sobre perinatal, la verdad es que me sirvió muchísimo. Yo trato de leer permanentemente pero es una cuestión que va por mi cuenta.

4° ¿Adhiere a algún enfoque teórico dentro de la psicología? ¿Cuál?

Si, adhiero a las teorías sistémicas y creo que son bastante útiles a la hora de aplicarlas en una Institución pública.

5° Los conocimientos y técnicas estudiadas por dicho enfoque ¿Le han sido útiles para desempeñarse en el ámbito de la psicología perinatal?

Si como te decía recién me re sirven, más que nada yo utilizo los conceptos de redefinición de roles, y aprendizaje, es decir, acá vienen muchas mamás con un nivel de educación muy bajo con muy pocos recursos, y a veces tener a su bebé en neo y tener que quedarse en la residencia de madres es bastante traumático, entonces la idea es poder acompañarlas y hacerles ver a las mamás que esto es un aprendizaje que van a salir airosas de esta situación y con aprendizajes en su bolsillo. Que tienen que estar bien ellas para poder acompañar y darle amor a su bebé. El tema de ir redefiniendo los roles permanentemente porque la mayoría son menores de edad o súper jovencitas 18 y 19 años que algunas tiene hasta casi su tercer hijo, entonces poder ir redefiniendo roles hace que ellas se sientan más seguras.

6° Si la respuesta es sí... ¿En qué aspectos?

7° ¿Con que herramientas /técnicas trabaja en el ámbito de la Psicología Perinatal?

Yo lo que más utilizo es una entrevista perinatal, que tome como modelo la que creo Alicia Oiberman cuando vino a dar el curso acá que yo lo tomé. Pero me pareció lógico y pertinente hacer ciertas modificaciones, ya que la población es distinta el contexto es distinto la institución es distinta, así que la adapté para que pueda ser funcional al sistema y me pueda dar los datos que se necesitan para conocer a las mamás y abordar con las futuras intervenciones. Toda mamá que entra a neo yo la entiendo, pasa por mí. Luego yo las visito siempre en la residencia de madres y el trabajo continua ahí.

8° *¿Podría contar una situación en donde aplica dichas herramientas/técnicas?*

9° *¿En qué lugar desempeña su práctica en el campo de la psicología perinatal?*

Yo trabajo en el servicio de neonatología. En psicología perinatal hay psicólogos que trabajan en la parte de obstetricia solamente otras con obstetricia y maternidad y así. Yo acá pertenezco al servicio de neo, pero como acá hay maternidad trabajo en conjunto.

Con neo trabajo así todos los días en pase de sala, y todas las mamás que entran a neo están entrevistadas por mí. Y trabajo de manera individual y de manera grupal, osea el grupo de mamás es totalmente heterogéneo se va renovando todo el tiempo entran salen, entonces cuando hay un ingreso la entrevisto y la guío y le muestro dónde se va a quedar cómo son las pautas del servicio, como nos manejamos, es tanta información que se desbordan entonces las organizo por ese lado. Hago talleres con ellas, siempre estamos viendo la lactancia el vínculo el tenerlo internado, y problemáticas personales que puedan surgir.

A mí me gusta mucho trabajar desde la prevención, que se lleven herramientas, pero siempre en la internación redefinirla como una situación de aprendizaje, que van salir fortalecidas.

Yo miércoles y viernes hago talleres y martes y jueves me sumo al equipo de estimulación que las chicas ven la parte motriz, porque son las mamás que han estado internadas en el servicio, en verdad los martes son turnos de seguimiento médico, y yo me sumo pero no está registrado así que ahora estoy luchando por eso. La idea ahora es empezar a trabajar con la embarazo, osea sumarme en obstetricia, poder detectar embarazos de riesgo e ir acompañando desde el embarazo. Lo estamos armando y depende de la disponibilidad de los espacios.

10° *¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?*

Con los recursos materiales, ese es el gran problema, no hay espacio físico ni herramientas físicas para poder llevar a cabo el trabajo a veces, o como ahora que estamos haciendo la entrevista en el pasillo. También es complicado a veces porque lo que hay se lo roban, por eso ahora la residencia de madres está cerrada con candado porque vienen los familiares de las madres o las mismas madres y se roban las sabanas las pertenencias útiles de todo entonces esa situación es bastante complicada.

11° Desde su experiencia, ¿Ha visualizado resultados en el ejercicio profesional?

Si totalmente, más allá de las caras felices que veo cuando se van las mamás de neo, veo los resultados en el equipo médico, como mi jefa que es neonatóloga, médica con una cabeza hegemónica puede aceptar la psicología sin prejuicios, como gracias a ella abrió la puerta a esta ciencia y que todos se den cuenta de lo útil que es. Ahora directamente me llaman me piden me necesitan, y yo también ayudo al equipo médico. Costó que me aceptaran como te comenté, pero la apertura mental con el choque de ciencias es el mayor resultado para mí.

12° ¿Cuáles son los aspectos más satisfactorios de su quehacer profesional en el ámbito de la Psicología perinatal?

Cuando el bebé vive. Cuando sale del riesgo. Porque si no es angustia para la madre sufrimiento para el bebé y también para todo el equipo médico, entonces cuando sale de la parte intensiva o se mejora según la problemática que tenga eso me da mucha satisfacción .

13° ¿Conoce investigaciones de la Psicología perinatal en Mendoza?

No lamentablemente.

14° ¿Ha llevado a cabo alguna investigación?

Tampoco, me encantaría igual. Hay mucho material para trabajar e investigar.

15° Desde su opinión, ¿Qué líneas podrían seguirse en futuras investigaciones para el desarrollo de la Psicología Perinatal.?

Y como te decía hay mucho material, creo que sería muy interesante poder investigar y trabajar el tema del duelo, cuando fallece un bebé, además del duelo de la madre el duelo que realiza el equipo médico, las enfermeras que pasan tanto tiempo con el bebé. Creo que sería interesante.

16° ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria en Psicología Perinatal?

Si yo trabajo con el médico con la trabajadora social, con el grupo de estimulación con las fonoaudiólogas, con los enfermeros. Con el que trabajo un montón es con planificación

familiar, porque yo veo mamás de 13, 15,16 y de 19 con el tercer hijo. Entonces informamos, y por ejemplo que desde la internación se vayan con un diu. El hospital tiene un servicio de salud mental general, y por suerte tenemos muy buena comunicación nos llevamos muy bien, entonces sea cual sea el caso si tiene que derivarme a alguien o yo a ellos generamos la red y lo logramos, ya que el objetivo es el bienestar de la persona.

17° Si la respuesta es sí, ¿Cómo describiría dicho trabajo interdisciplinario?

No sé si lo definiría creo que es un concepto constructivo, se va construyendo paso a paso y se modifica se desarma y se vuelve a construir permanentemente, pero sin el sería imposible el trabajo y más en un hospital.

18 ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?

Entrevistado n° 5:

1° ¿Qué es para usted la Psicología Perinatal?

La psicología perinatal es una rama de la psicología de la primera infancia que abarca el embarazo parto y puerperio y los primeros meses de vida, y es una rama súper amplia en donde se puede hacer de todo y conocer de todo, desde muchos ámbitos de aplicación e intervención, muchas teorías están en juego.

2° ¿Cómo tomó contacto con la Psicología Perinatal?

Yo entre a trabajar al hospital en la parte de estimulación temprana, ¿qué quiere decir? Que los bebés que han estado en neo y han salido, luego de eso tienen seguimiento en atención temprana ya que la mayoría quedan con algunas secuelas entonces trabajamos mucho y muy intensivamente con esos bebés. Y ya había acá una psicóloga en el área, que después por cuestiones de clima laboral a ella la designan en el área de ginecología y yo me quedo a cargo de neonatología, y maternidad que es la residencia de madres y el programa de canguros.

3° ¿Tiene estudios de post grado?

No no hay estudios de post grado en Mendoza. Yo he leído algunos libros por mi parte pero de mi propio interés y para donde yo he querido ir llevando este hermoso trabajo.

4° ¿Adhiere a algún enfoque teórico dentro de la psicología? ¿Cuál?

Y mira, a mí el psicoanálisis me encanta me parece que la dinámica del inconsciente es súper interesante y estaría horas leyendo, pero creo que para este trabajo no es lo mejor, el psicoanálisis me sirve a mí para jugar en mi cabeza y poder entenderlo yo, pero para intervenir no. Uso más conceptos cognitivos. Creo que a veces uno se queda muy arriba en las nubes con las teorías pero acá en neonatología es una atención en crisis permanente y uno tiene que accionar rápido calmar crisis angustias, orientar acompañar. Y el psicoanálisis no está hecho para eso, queda muy abstracto para un ámbito público

5° Los conocimientos y técnicas estudiadas por dicho enfoque ¿Le han sido útiles para desempeñarse en el ámbito de la psicología perinatal?

6° Si la respuesta es sí... ¿En qué aspectos?

7° ¿Con que herramientas /técnicas trabaja en el ámbito de la Psicología Perinatal?

La entrevista es la madre de las herramientas es súper rica. Yo tengo un modelo de entrevista en donde tengo varios puntitos pero no voy a la madre y le hago un cuestionario, tengo una entrevista abierta con ella para que se sienta cómoda y que sea desestructurado, y después yo vengo al escritorio y lleno los datos necesarios para la historia clínica que necesita el protocolo del hospital. Pero más que eso creo que la psicología perinatal y el rol del psicólogo es el acompañamiento. Son situaciones para las que uno no está preparado no se imagina la situación, va transitándola momento a momento, y el psicólogo tiene que tener un rol y una postura de ir acompañando este proceso y ayudar a ir procesando todos los momentos.

8° ¿Podría contar una situación en donde aplica dichas herramientas/técnicas?

9° ¿En qué lugar desempeña su práctica en el campo de la psicología perinatal?

El trabajo es variado y muy rico. Son distintos los ámbitos de aplicación pero todos relacionados entre sí. Por ejemplo yo en verdad estoy en el programa de atención y estimulación temprana para los bebés de meses y primeros años de vida, en donde se trabaja muy interdisciplinadamente ya que ahí trabajo con trabajadoras sociales fonoaudiólogas, agentes de motricidad, además estoy en la propia neo entonces generalmente los bebés que

veo de grandes los he atendido en la neo y conozco la historia y el proceso. En la neo trabajo en los pasillos al lado de la incubadora con la mamá con el bebé la acompaño en el proceso de acercarse al bebé de tocarlo de cambiar el primer pañal, la primera teta que le da. Es un trabajo de hormiga trabajar el vínculo porque el vínculo se construye, hay muchas mamás que apenas ven a su bebé en neo tienen culpa o mucho rechazo y no se quieren acercar, no cumple con sus expectativas se rompe la fantasía. Entonces es todo un trabajo vincularlas que conozca a su bebé, trabajar la culpa. El duelo por esa fantasía muerta. Se trabaja mucho el vínculo temprano. Hay un caso muy lindo que me encantaría que conozcas a la mamá porque rompió todos los records, una mamá de 21 años que la semana que viene le dan el alta la bebé estuvo 5 meses acá. Y ella una madraza no se fue nunca ni un día de la residencia de madres, e imagínate todo lo que habremos trabajado al principio el miedo el no querer verla la culpa, después ir conociéndola de apoco a su propia hija y hoy en día con la ansiedad desesperada que tiene por irse y los cuidados que va a tener que tener en su casa la atosigan pero por eso también se trabajó. Si vieras el vínculo como ella puede poner en palabras absolutamente todo lo que le pasa a Mía, le pregunta que le pasa cuando llora si tiene dolor de pancita, le cuenta que la va a cambiar que si la va a tocar o no, como se miran como agarra la teta y apoya la mano en los pechos de la mamá es increíble. Y el otro programa que esta mamá que te cuento está ahí, se llama canguro son los bebés que ya pueden salir de la neo pero no irse a su casa todavía, están en una habitación con todos los cuidados requeridos y la mamá le puede dar de mamar ahí las mamás se pueden sacar leche, alzarlos y hacer dormir a los bebés, hay mucho más contacto, es una habitación súper silenciosa y ya no están más los estresores de las luces los ruidos los botones. Y al mismo tiempo la residencia de madres en donde las mamás viven ahí mientras su bebé está internado yo las visito todas las mañana, las entrevisto a todas y cada una de ellas. Se hacen muchas cosas pero en general eso es. Este es un trabajo muy diferente a otros o lo que te enseñan en la facu, acá estas al lado de la incubadora, en atención en crisis permanente, porque también te llega la mamá con sus problemas psiquiátricos o no y hay que manejar dichas situaciones, acá se rompen los encuadres y hasta las cuestiones físicas yo he llorado con las mamás y las he abrazado cuando lo han necesitado.

10° ¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?

Y es medio complicado y traba un poco el trabajo con la otra psicóloga que te comenté que está en la parte de gineco, es decir, ella trabaja con los embarazos de alto riesgo, y trabaja con inter consulta, cosa que yo no. Porque creo que si estas en una situación de internación de neonatología, todas necesitan ser atendidas escuchadas y acompañadas entonces tenemos diferentes modos de abordar el trabajo y eso generó la diferencia, es una lástima que no se pueda trabajar en conjunto con ella.

11° Desde su experiencia, ¿Ha visualizado resultados en el ejercicio profesional?

Si claramente veo los resultados, y más con este caso que te conté que dentro de mi carrera y mi estadía en este trabajo en el Hospital cumplió todos los records de tiempo y es increíble como ésta mamá de la depresión angustia y rechazo que tenía se va con un vínculo hermoso positivo con su bebé, ella se va segura con todos los conocimientos que en eso también la he acompañado porque toda la información médica y cuestiones técnicas después las charlábamos y trabajábamos. Los talleres de lactancia ver como prendió a la teta da cuenta de que un buen vínculo de amor y sostén lo hace todo.

12° ¿Cuáles son los aspectos más satisfactorios de su quehacer profesional en el ámbito de la Psicología perinatal?

Es el trabajo más hermoso que he tenido en mi vida, me llena de alegría todo lo que hago todo absolutamente todo, me siento feliz. Aunque es un trabajo súper arduo que se trabaja con la vida y la muerte constantemente es hermoso. Porque acá se festeja enserio que la mamá haya sido mamá, porque viste que cuando tu bebé va a neo es más un pésame que un te felicito sos mamá!!. Bueno acá es un festejo el primer agarre con la teta o la primera vez que lo alza enserio te digo. Todos hacemos una ronda y vemos y apreciamos el momento, médicos enfermeras jefes todos. Como también cuando hay duelo por la muerte nos despedimos todos del bebé que se fue, y ahí tengo que ser fuerte de no quebrarme delante de todos luego me vengo acá (consultorio) y lloro y me desahogo. Pero es hermoso ser parte de esto

13° ¿Conoce investigaciones de la Psicología perinatal en Mendoza?

No sabes que no conozco acá en Mendoza, más que alguna que otra tesis nada más. Sabes que ahora hay un proyecto del ministerio para ir reconectándonos todas las que trabajamos en

perinatal y está buenísimo porque vamos a poder intercambiar ideas y formas y además estar conectadas porque a veces se derivan casos.

14° ¿Ha llevado a cabo alguna investigación?

No , más que mi tesis no.

15° Desde su opinión, ¿Qué líneas podrían seguirse en futuras investigaciones para el desarrollo de la Psicología Perinatal?

ay que pregunta, tanto se podría investigar. Una cosa que me inquieta mucho a mí son los estresores externos que afectan al bebé en una neo, desde la luz los ruidos etc, y los procedimientos invasivos creo que tienen gran influencia en el estrés del bebé y en cómo influye en el desarrollo positivo en neo.

16° ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria en Psicología Perinatal?

Absolutamente, obviamente con el equipo médico a full, pero sabes lo lindo es que yo trabajo mucho con las trabajadoras sociales, ellas son tres y yo la única psicóloga, y está buenísimo porque yo les cuento los casos y antes de hacer alguna intervención o alguna devolución lo comento con ellas y ellas me marcan el error o me dicen che mira fíjate porque la situación de esta mamá es tal, casi siempre abordamos todo juntas pero gracias a ella yo puede hacer una especie de supervisión.

17° Si la respuesta es sí, ¿Cómo describiría dicho trabajo interdisciplinario?

Muy necesario y más en una institución pública. Me da lástima que con la misma disciplina no pueda trabajar conjuntamente será un tema de omnipotencia? Anda a saber, pero lo creo básico, porque no es multi sino nter y es más rico aun porque es en conjunto y sirve para todos.

18 ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?

No creo que tenga nada de negativo, solo los que no quieren incluirse y los que no creen en el trabajo en equipo pero nada más.

Entrevistado n° 6:

1° ¿Qué es para usted la Psicología Perinatal?

Es una rama de la psicología de la primera infancia, es súper amplio este saber ya que incluye una versión de la mamá y una versión del bebé y ambos juntos.

2° ¿Cómo tomó contacto con la Psicología Perinatal?

Lo nuestro empezó de forma improvisada, empezamos juntas, fue de casualidad que necesitábamos trabajo y encontramos acá. Y fuimos haciendo carrera

3° ¿Tiene estudios de post grado?

No, solo lectura psicoanalítica pero no lo aplico.

4° ¿Adhiere a algún enfoque teórico dentro de la psicología? ¿Cuál?

Las dos tenemos más que nada una escuela psicoanalítica pero no es que haya un marco teórico, la cosa es más improvisada y se ve día a día según el caso. Además no es que trabajemos aisladamente, trabajamos con los trabajadores sociales, los psiquiatras. Y más en un institución pública sino no se podría.

Hubo un tiempo en donde nosotras queríamos legalizar el equipo de manera legal., bien formalizado. No se pudo llevar a cabo. Pero hemos tratado de ponerle otro nombre porque viste la trasmisión de las enfermeras era bueno ahora te va a ver la psicóloga entonces la gente ya tiene mala disposición entonces es ir trabajando con el equipo.

Al equipo le hemos puesto equipo de orientación porque más que nada este tipo de población, para poder bajar un poco la resistencia. Pero no tenemos un marco si eso es lo que vos quieres saber no no hay nada

5° Los conocimientos y técnicas estudiadas por dicho enfoque ¿Le han sido útiles para desempeñarse en el ámbito de la psicología perinatal?

6° Si la respuesta es sí... ¿En qué aspectos?

7° ¿Con que herramientas /técnicas trabaja en el ámbito de la Psicología Perinatal?

Si tenemos un modelo, para hacer la historia clínica, para hacer más ágil el tema de la evolución.

8° ¿Podría contar una situación en donde aplica dichas herramientas/técnicas?

9° ¿En qué lugar desempeña su práctica en el campo de la psicología perinatal?

Nos manejamos con interconsulta, que nos derivan gineco obstetricia y maternidad, la idea más que nada es trabajar en función de la maternidad segura y centrada en la familia. La idea al principio era acompañar ese programa y después nosotras articulamos bastante con el programa de adolescencia, más que nada es atender a las mamás que son adolescentes, se le hace una entrevista de salud y orientación de los controles que se tiene que hacer, para el niño sano, los controles ginecológicos, utilización de métodos anticonceptivos y por supuesto también intervenir en los casos que necesiten pero la idea más que nada es abarcar al grupo adolescente.

Es como que la entrevista tiene una idea preventiva así como de salud pero digamos sondeando a ver si aparecen algunos factores de riesgo de esa mamá, que por lo general encontramos y ahí vamos viendo cómo se contiene según el caso. Acá no hay seguimiento ni tratamiento. Solo atendemos adultos entonces es más que nada intervención en crisis.

Ahora también la idea había sido implementar talleres, además del trabajo que hacemos con las mamás, concentrarlas a todas en un día en un taller y que ellas también pueden ver la riqueza de la parte grupal.

10° ¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?

Al principio fue el lugar, era primero trabajar en las habitaciones, y no había intimidad y las mamás no querían hablar delante de las demás, después nos instalamos en la cocina. Estuvimos mucho tiempo ahí. Después queríamos buscar un espacio más íntimo que es el que estamos ahora. Este año lo logramos. Otra dificultad es con el personal médico en donde ellos quieren que nosotras veamos a todas las pacientes y uno no puede intervenir en todos los casos entonces uno lucha por ahí con ellos en donde nos dicen que por ser adolescentes nosotras

tenemos que intervenir, y en realidad que sea mamá adolescente no es un factor de riesgo, hay otras cosas que se ponen en juego. Nos parece una pérdida de personal atender a mamás que son adolescentes cuando no porque tiene que estar mal. Con las pacientes no hemos tenido dificultades. La mamá nunca se ha resistido tienen muy buena respuesta. Un poco de resistencia a los médicos cuando hemos querido modificar los criterios en cuanto a las interconsultas.

11° Desde su experiencia, ¿Ha visualizado resultados en el ejercicio profesional?

En cómo hemos ido logrando nuestro espacio en el hospital año tras año y que se dan cuenta de que la psicología es una arista más del equipo médico.

12° ¿Cuáles son los aspectos más satisfactorios de su quehacer profesional en el ámbito de la Psicología perinatal?

Que tenemos mucho apoyo de los otros profesionales nos ayudan a darnos cuenta y que ellos se den cuenta y la institución de que nuestra palabra vale y mucho, es un trabajo hermoso no tiene solo cosas feas.

13° ¿Conoce investigaciones de la Psicología perinatal en Mendoza?

No ninguna. En Buenos Aires, acá no.

14° ¿Ha llevado a cabo alguna investigación?

Tampoco

15° Desde su opinión, ¿Qué líneas podrían seguirse en futuras investigaciones para el desarrollo de la Psicología Perinatal?

Como va funcionando este rol de ser madre y de ser adolescente al mismo momento, como hace cando son dos crisis en la vida. Como se vinculan ambas. Desde una línea más psicoanalítica, poder ver qué pasa con el deseo inconsciente que también quizás haya un factor común que a modo general estén buscando. Porque las chicas saben cómo cuidarse tienen acceso a eso y no lo hacen, entonces ver también alguna impronta cultural, por ahí en esto de

Tesina de la Licenciatura en Psicología

sentirse muy sola y se pone en juego esto de bueno voy a ser mamá para sentirme acompañada. Ver por ahí qué significado tiene en común el embarazo.

16° ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria en Psicología Perinatal?

Si, Ya que la psicología este dentro de un hospital público y ser parte del equipo médico da cuenta que el hospital está trabajando interdisciplinariamente.

17° Si la respuesta es sí, ¿Cómo describiría dicho trabajo interdisciplinario?

Indispensable?

Constructivo, indispensable, en el ámbito público mucho más, pero es hasta científico trabajar conjugando todas las miradas.

18 ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?

No.

Entrevistado N° 7

1° ¿Qué es para usted la Psicología Perinatal?

Yo creo que es un antes un durante y un después, con el trabajo con la embarazada y la relación que se establece, o el vínculo entre esa mamá y ese niño y la estructura familiar que va a receptor a esa mamá y a ese bebé. Ver el sistema de salud si se los hace accesible o no. Creo que sería a mi entender ser un continuo entre lo previo el durante parto y posparto así continuo, osea para mí no hay un antes un durante o un después donde hay que estar con las mamás. Todo está totalmente interrelacionado, yo no dividiría, en momentos diferentes. Lograr un espacio de contención para esos tres momentos

2° ¿Cómo tomó contacto con la Psicología Perinatal?

La historia mía en relación al rol fue en tanto tarea n el hospital público fue variando. Es más yo empiezo en el hospital de Lavalle en el año 86 con un programa de estimulación temprana y con un material que en ese momento llegaba de España sobre estimulación y presento al hospital un proyecto para trabajar con embarazadas durante el parto dentro de lo que se puede

llamar atención primaria, orientación , trabajar ansiedades etapa de gestación y después seguir con el pediatra en ese momento hacíamos consultorio de forma conjunta , hacíamos control del niño sano yo intervenía en una especie de anamnesis con la mamá sobre la familia con el hijo nacido. Tratando de establecer una pequeña historia clínica que incluíamos dentro de lo que sería el control del niño sano

3° ¿Tiene estudios de post grado?

Mira yo en ese momento cuando entre al hospital me vi muy desprotegido en cuanto a la herramientas que había obtenido de la faculta, era un espacio totalmente diferente , incluso hasta en mi vida cotidiana, venir a trabajar al campo, ser el único psicólogo de la zona. Me traslade siempre. Implico salir a buscar herramientas operativas para la intervención en el consultorio. Porque el modelo medico es muy fuerte y el paciente que va a un hospital quiere salir con algo el paciente que va y consulta el clínico sale por lo menos con una indicación de análisis o indicación de medicamentos. Y eso era una de las fallas que yo veía en mis consultas entonces que tenía que buscar, algo que me permitiera operar e hice el postgrado de Fiorini, psicoterapia breve focalizada, eso cuando recién se empezaba en la asociación de psicólogos la formación en el 86 87. Entonces encontré herramientas como para operar desde la primera entrevista.

4° ¿Adhiere a algún enfoque teórico dentro de la psicología? ¿Cuál?

Responde en la anterior conjuntamente.

5° Los conocimientos y técnicas estudiadas por dicho enfoque ¿Le han sido útiles para desempeñarse en el ámbito de la psicología perinatal?

6° Si la respuesta es sí... ¿En qué aspectos?

7° ¿Con que herramientas /técnicas trabaja en el ámbito de la Psicología Perinatal?

Entrevista como madre de las herramientas para en la primera consulta generar una interpretación amplia, panorámica mejor dicho, y dar indicaciones, alguna sugerencia. Esa fue una herramienta que a mí me sirvió mucho en la intervención en la primer entrevista para después seguir operando en las otras entrevistas si es que el paciente iba, ya de una manera

más cognitiva conductual, usando algunas cosas que tenían que ver con dinámica familiar, conflictos crisis bueno. Y en este momento trabajo desde ese modelo viendo que el paciente puede ir una única vez por lo pronto tiene que haber algo que se lleve. Como para que vuelva si es que vuelve y ver que se puede hacer desde la alianza terapéutica establecida.

8° ¿Podría contar una situación en donde aplica dichas herramientas/técnicas?

9° ¿En qué lugar desempeña su práctica en el campo de la psicología perinatal?

Después la atención paso a ser un tanto más de atención de clínica general ya que era el único psicólogo, atendía adultos adolescentes y padres de niños. Después en el año 88 por un tema de relación con la ginecóloga empezamos a plantear la formulación de un programa de atención a adolescentes embarazadas. Lo cual nos llevó a constituir un equipo interdisciplinario en ese momento con la nutricionista, la odontóloga la obstetra la enfermera la ginecóloga y yo. Se hizo una historia individual de cada adolescente embarazada se ponía en un archivo separado de las historias clínicas generales se hacía un control ginecológico se establecía un día de control en la cual el equipo solo hacia eso y bueno se trabajó sobre la atención la prevención y la asistencia al parto. Ese programa surgió por algunas mamás promotoras de la comunidad para trabajar la prevención de enfermedad de transmisión sexual y el embarazo no deseado. Que en general no eran deseados.

Ese programa pasó después a nivel gubernamental, formulamos un programa provincial con un equipo de gente del Noti del Lago de la OAL en ese momento. Este programa se transformó en un programa de atención integral donde estaba incluida la embarazada.

Yo pase un tiempo coordinando el programa después vuelvo al hospital en el 95 después me llaman en el 96 de nuevo del ministerio para trabajar en el consejo provincial de niños y adolescentes como secretario técnico cuando sale la 6354 que es la ley de adolescentes. Ahí paso un tiempo que trabajo de técnico administrativo como secretario técnico después pasó a la final como gerente y después vuelvo al hospital solo con adultos. Clínica interconsulta en sala.

10° ¿Con que dificultades se ha encontrado en el campo profesional?

No ninguno porque incluso en mi experiencia cuando yo llego al hospital le presento al director el proyecto lo cual no existía, es decir yo tuve la facilidad de ingresar al hospital y no existía nada en relación al ámbito de la psicología eso fue como un obstáculo pero al mismo tiempo fue encontrar un camino para hacer lo que se me ocurriera, tenía la libertad, estaba todo por hacerse, dependía de las puertas que iba tocando. Además a mí el tema comunitario siempre me intereso por una cuestión de militancia política, esta me puso en un espacio donde había mucho por hacer que era lo social, y en la salud con una profesión que era la psicología entonces mi llegada allá no fue por casualidad por una compañera militante en ese momento que trabajaba en una escuela especial y me presentó al director y así arranque.

Fue un espacio donde se podía hacer todo lo que quisiera pero también me costó porque no habían consultorios, a veces entrevistaba a la gente en el pasillo del hospital, a veces los abordaba en el vacunatorio otras veces en la sala de rayos x, osea en el área perinatal yo no tuve problemas para ingresar, osea en la sala de maternidad, y sala de parto, no hay neonatología, después de 30 años que no pudo avanzar en ese aspecto, nunca logro ser un hospital de cabecera. Hay gineco obstétrica, hay guardia pediátrica. No se ha complejizado

Hay muchos casos que se derivan al lago.

11° Desde su experiencia, ¿Ha visualizado resultados en el ejercicio profesional?

Yo veo que la forma operativa que tenemos de trabajar tanto interdisciplinariamente entre nosotros y transdisciplinariamente con otras instituciones dan mucha tranquilidad al paciente y también al equipo médico, pero es una modalidad de trabajo que disminuye ansiedades y fantasmas en cuanto al hospital público.

12° ¿Cuáles son los aspectos más satisfactorios de su quehacer profesional en el ámbito de la Psicología perinatal?

Para mí en trabajo en si es una satisfacción, porque dignifica, porque puedo aplicar mi ideología política porque puedo hacer prevención, comunitaria, clínica, asistencialismo puedo hacer lo que yo quiero, eso es lo hermoso de la psicología, yo busque trabajar en lo perinatal arme proyecto y me arme la carrera.

13° ¿Conoce investigaciones de la Psicología perinatal en Mendoza?

No no conozco.

14° ¿Ha llevado a cabo alguna investigación?

No ninguna.

15° Desde su opinión, ¿Qué líneas podrían seguirse en futuras investigaciones para el desarrollo de la Psicología Perinatal?

Desde la primer consulta en donde en esa consulta la mujer no refería un embarazo sino un no periodo menstrual por lo cual consultaba, pero esa falta tenía que ver con un embarazo, para nosotros en ese momento se empiezan a planificar 4 controles, en el embarazo como mínimo, incluíamos y tratábamos de incluir a algún referente o fuera el novio el padre, la madre de la mujer o a la tía, etc. Como un elemento de contención y de trabajar lo que iba sucediendo. Llegado el momento del parto intentábamos estar con lo que habíamos hecho en la preparación para el parto y el conocimiento de las chicas con las diferentes obstetras que estaban en el hospital que estaban en ese momento de guardia lo cual facilitó mucho la comunicación porque las obstetras ya tenían alguna referencia de lo que se había trabajado durante los meses que la adolescente había ido. Introducíamos a la adolescente en un sistema de salud que los expulsa a los adolescentes no se les hace accesible. La idea es que después del parto la adolescente volviera a referenciarse con nosotros y ya como mamá esa adolescente incorporarla a los demás profesionales del sistema de salud que iban a atenderla a ella y a su bebé. Por eso te repito lo continuo, y acercar a la adolescente a la adolescente a un sistema al que no lo consulta. Entonces hacerle accesible una propuesta hospitalaria donde encuentre un espacio en el cual referenciarse para lo que viene después los controles de ella y de su bebé y eso después quedaba la historia colectiva en el hospital de esta mamá para que el hospital luego no fuera algo desconocido cada vez que entrara. Este es nuestro modelo de trabajo que yo lo trasladaría a una investigación para poder ver los beneficios que se les da a los pacientes como opera positivamente y una investigación descriptiva por decir de porque los otros hospitales no trabajan así qué está pasando? Son políticas? Es dinero? Es falta de interés?. Replicar nuestro modelo de trabajo.

16° ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria en Psicología Perinatal?

Entonces elaboramos con el Hospital Lagomaggiore una historia que nos permitía hacer referencia y contra referencia desde los Hospitales, sabiendo que quizás muchos de los bebés de acá eran derivados hacia allá, entonces generamos una comunicación muy fluida con la gente de otros hospitales. Entonces cuando llegaba una chica de Lavalle a la ciudad era diferente a cuando llegaba la chica de san Carlos ponele. Porque la de Lavalle venía referenciada, todo esto se ocupaba la asistente social con la ayuda de todos los demás profesionales, y ella se referenciaba a la otra trabajadora social. Y se encargara de esto, para hacer el seguimiento o controles o vacunación, o dar leche, etc. Nos resultó muy positivo poder trabajar interdisciplinariamente a otro nivel con otras instituciones que eran el reflejo de nuestra propia institución. Con el Notti también estaba por si.... Es decir si la paciente salía del hospital llegaba con un apellido, que era Lavalle gracias al trabajo interinstitucional.

17° Si la respuesta es sí, ¿Cómo describiría dicho trabajo interdisciplinario?

Indispensable?

18 ¿Cuáles serían los aspectos positivos y negativos de trabajar interdisciplinariamente?

Lo negativo sería si hay ausencia de trabajo interdisciplinario porque es productivo y nunca contrarresta al trabajo.