



**UNR** Universidad  
Nacional de Rosario

## Maestría en Pensamiento Sistémico

# **Maternidad, Intervenciones y Prácticas: Cuando el Vínculo Temprano Comienza en Neonatología**

Autor: Lic. Adrián Gerardo Iacobellis  
Directora: Dra. Edith Ylalí Vega  
Co-directora: Dra. Laura Elena Paris

Julio 2024

## Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	6
Contexto Histórico en Argentina y Antecedentes.....	17
Planteamiento y justificación del Problema.....	26
Marco Teórico.....	28
1. Maternidad y derechos de los padres/madres cuando su recién nacido se encuentra hospitalizado .....	29
2. Entrevista Psicológica Perinatal (EPP).....	32
3. Guardia medica interdisciplinaria. Abordaje integral en salud mental perinatal.....	33
Estrategia metodológica.....	36
Objetivo General y Específicos.....	36
Análisis de los datos.....	43
1. Concepciones y criterios sobre la interconsulta.....	44
2. Maternidad Centrada en la Familia desde diferentes enfoques.....	53
3. Aspectos institucionales y comunicacionales.....	61
4. Parto Respetado.....	67
5. Abordaje interdisciplinario.....	73
6. Rol del Psicólogo Perinatal en Hospitales.....	77
7. Impacto del diagnóstico.....	82
8. Dimensión psicosocial de la familia en neonatología.....	86
9. Duelo Perinatal.....	88
10. Cuidando a quienes cuidan.....	91
11. Deterioro de las prácticas clínicas.....	93

12. Planificación y Mejoras de los servicios a la dirección del hospital.....	96
Conclusiones.....	98
Propuestas de intervención.....	105
Referencias bibliográficas.....	110
Anexos I.....	116
Anexos II.....	119

## **Resumen**

El nacimiento de un hijo se encuentra legalmente amparado por la ley N° 25.929 de Parto Respetado, sancionada en Argentina en 2004 y reglamentada en 2015. Este modelo trasciende los aspectos biológicos del nacimiento, poniendo el acento en las necesidades emocionales y psicosociales de la mujer gestante, su familia y el bebé. Así el rol del psicólogo perinatal asume particular importancia en el acompañamiento de prácticas integrales de atención de la salud. Cuando un nacimiento por causa de prematuridad o patologías requiere los cuidados de los servicios de neonatología, se configura un cuadro de situación complejo para la construcción del vínculo temprano, vital en la diada o triada. En Argentina muchos efectores de salud, a pesar de la ley antes mencionada continúan sus prácticas desde el viejo paradigma. Por lo antedicho este trabajo se orienta a describir las concepciones, intervenciones y prácticas asistenciales que se desarrollan en un hospital de la ciudad de Rosario, cuando un recién nacido se encuentra internado y emergen aspectos psicosociales y psicoemocionales en la diada, triada o adulto significativo (cuidador del niño). Para tal fin se diseña un estudio descriptivo, de fuentes primarias, a partir de observaciones y entrevistas a los diversos servicios que integran una maternidad rosarina. El análisis de los datos que emergen de estas técnicas se analizan desde una perspectiva sistémica, poniendo el acento en la dinámica entre los servicios, sus agentes y la particular relación con salud mental. Los equipos de salud muestran flexibilidad y empatía, sin embargo no tienen la formación específica y requieren instrumentar los medios necesarios para facilitar la presencia de profesionales de la salud mental entrenados y capacitados en psicología perinatal. Como resultado de este estudio se presentan propuestas de mejora de los circuitos institucionales desde un abordaje interdisciplinario, fomentando prácticas

integrales para facilitar el vínculo temprano cuando el mismo comienza (extra útero) en neonatología.

**Palabras clave:** psicología perinatal, maternidad segura y centrada en la familia, vínculo temprano.

## **Introducción**

La siguiente investigación tiene como objetivo describir las intervenciones, concepciones y prácticas asistenciales que realizan los servicios de Neonatología, Obstetricia y Enfermería en un maternidad que se encuentra dentro de un hospital de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe Argentina, para asistir a la diada, tríada y entorno familiar del recién nacido cuando el niño/a por problemas de prematuridad o patología neonatal es separado de su madre y es derivado a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). Relevando qué importancia la institución les otorga a los factores psicosociales y psicoemocionales a las familias.

La maternidad en estudio es pionera en sumar prácticas inéditas a la salud pública siendo referente en prácticas de parto respetado. UNICEF (2011), ordena una serie de premisas que la salud pública y privada deben considerar a la hora del nacimiento: evitar prácticas invasivas, suministro de medicación innecesaria, informar sobre las diferentes intervenciones médicas y ante todo, que la parturienta pueda participar libremente en la toma de decisiones. El término Parto Respetado hace referencia a una modalidad de atención del parto y se caracteriza por el respeto a los derechos de los padres/madres y de los niños y niñas en el momento del nacimiento. Además, se promociona generar un espacio familiar donde la mamá, su bebé y la familia sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible. Este nuevo paradigma se caracteriza por:

*“Una cultura organizacional que reconoce a los padres y a las familias, 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 y 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, implementando prácticas seguras y de probada efectividad” (UNICEF, 2011, pág. 11)*

Desde el año 2010, UNICEF, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales impulsan esta iniciativa que actualmente es una política de Estado Nacional, a la que adhieren 102 hospitales públicos de 10 provincias argentinas. Con su implementación se ha observado un descenso de las muertes infantiles y de las muertes maternas. Su estructura y funcionamiento fue desarrollado en guías y en libros, como el publicado por UNICEF, en dos ediciones de 2011 y 2012: Maternidad Segura y Centrada en la Familia, que se distribuyó en forma gratuita. Entre 2010 y 2014 distintos Ministerios de Salud provinciales comenzaron a implementarlo. El Ministerio de la provincia de Santa Fe fue una de las provincias en asumir este compromiso (UNICEF, 2011)

Actualmente se encuentra en plena ejecución el programa de “Transformación de Maternidades Tradicionales” en “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” (MSCF), que cuentan con el aval del Ministerio de la Salud de la Nación, UNICEF Argentina, Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y ha sido reconocido como ejemplo de “Buenas Prácticas” por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)<sup>1</sup>, para su replicación.

Una Maternidad se identifica como “Segura y Centrada en la Familia” cuando; el equipo de salud y la organización en su conjunto sustentan el continuo de atención,

---

<sup>1</sup> La Organización Panamericana de la Salud, es el organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud, desde 1949, de manera que forma parte igualmente del sistema de las Naciones Unidas.

desde el primer contacto de la embarazada con la institución, hasta el seguimiento después del alta en los siguientes ejes:

Eje 1. Fomenta una cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención. Eje 2. Estimula, respeta y protege los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija en todo momento. Eje 3. Incorpora, reconoce, apoya y valora la participación de los padres y la familia en la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido. Eje 4. Promueve el uso de prácticas efectivas y seguras. Eje 5. Trabaja activamente para alcanzar los objetivos propuestos por otras iniciativas, como Hospital Amigo de la Madre y el Niño y fomenta toda práctica que mejore la lactancia materna.

Estos 5 elementos constituyen los ejes conceptuales sobre los que la iniciativa busca promover una atención centrada en los derechos de la madre y el niño, contribuir a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad materna y neonatal.

Cada mujer y cada recién nacido deben ser protegidos de intervenciones médicas innecesarias, prácticas y procedimientos que no estén basados en la evidencia y cualquier otra práctica que no sea respetuosa de su cultura, integridad física y dignidad, aceptando la autonomía y la capacidad de los padres de tomar decisiones informadas (UNICEF, 2018; 2020)

El Ministerio de Salud en su Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia (2007), afirma que el nacimiento de un niño no es un hecho exclusivamente biológico, debiendo el equipo de salud disminuir y mitigar las interferencias que las hospitalizaciones tempranas puedan crear a un recién nacido, a sus padres/madres y en la relación entre ellos.

Con este fin se deben desplegar acciones más efectivas que permitan acompañar y contener a los padres de los bebés internados, debido al impacto visual y el estado de confusión que puede generar en las familias (Santos, 2017).

Este nuevo modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), representan un cambio de paradigma en la asistencia perinatal, ya que están planteadas desde un enfoque holístico e interdisciplinario que tienen como finalidad el pasaje de la tecnología y de la medicalización, a la asistencia humanizada, posibilitando un lugar de inserción para el psicólogo/a perinatal en el hospital.

Un dispositivo de buenas prácticas y que son un elemento central de dicha iniciativa, son las residencias para madres, dentro de sus principales funciones se destacan:

1. Madres que tienen a sus bebés internados en el servicio de neonatología, priorizando a aquellas que vengan del interior de la provincia.
2. Embarazadas con factores de riesgo que vivan lejos del hospital/maternidad.
3. Evitar la separación de madre e hijos en un momento crítico fortaleciendo el vínculo.
4. Incorporar activamente a la madre en las acciones de cuidado del recién nacido.
5. Establecer un contacto más cercano con el equipo de salud y adquirir conocimientos para mejorar el cuidado de los bebés.
6. Brindar mayor contención a la madre como así también tranquilidad al estar más cerca de sus hijos/as.

7. Fortalecer la lactancia materna, aumentando el índice de lactancia al momento del alta.
8. Ofrecer la oportunidad de brindar intervenciones preventivas y anticipatorias en forma de educación para la salud, asistencia psicológica y salud reproductiva y en fomentar el seguimiento en los consultorios externos.
9. Brindarles a las madres la posibilidad de realizar talleres y otras actividades que les den herramientas y conocimientos para su empoderamiento.
10. Otorgar alojamiento a embarazadas, con domicilios alejados o problemas de transporte, que están transitando una situación de riesgo para su salud, pero que no requiere internación.

Si bien en los últimos años se han logrado grandes avances en la materia de garantía de derechos en los servicios de salud, todavía es necesario reforzar y difundir los aspectos centrales de la Ley 25.929, para su cumplimiento efectivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, citada por UNICEF, 2019), considera que este modelo salva vidas tanto de las mujeres como de los recién nacidos/as, ya que su atención disminuye considerablemente los índices de intervenciones y medicalización de rutina, lo que conlleva un mayor reporte de bienestar físico, emocional, psicológico y social, procurando que la experiencia parir/nacer, sea un momento acompañado y cuidado, en lugar de ser tratado como una enfermedad.

Los cuidados de los padres de bebés en neo, son derechos que se encuentran garantizados por la Ley Nacional N° 25.929. La misma garantiza, entre otros cumplimientos y obligaciones a las maternidades que adhieran al Parto Respetado a los siguientes cuidados:

- ✓ A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieran diferentes alternativas.
- ✓ A ser tratadas con respeto y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- ✓ A ser considerada en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- ✓ Al parto natural respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- ✓ A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo el protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- ✓ A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto y posparto.
- ✓ A tener a su lado a su recién nacido durante la permanencia en el establecimiento, siempre que el bebé no requiera de cuidados especiales.
- ✓ A ser informada desde el embarazo sobre los beneficios de la lactancia materna y a recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño/a.

- ✓ A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

En la ciudad de Rosario, hasta el momento, algunas maternidades públicas como privadas no cuentan con residencias de madres, a pesar de que muchos de estos efectores “adhieren” con el nuevo modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF). Siendo un paradigma que promueve y fortalece la interacción vincular al otorgarle un rol activo a las madres/padres en los cuidados al recién nacido cuando éste se encuentra hospitalizado.

Barbieri (2018), menciona que el modelo de atención perinatal que proponen las Maternidades Seguras y Centradas en las Familias fomentan el cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.929, como así también proponen acciones en consonancia con la observancia de la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, que tipifica la violencia institucional, la violencia obstétrica y la violencia reproductiva. Asimismo, estimula la adhesión de la lactancia materna de acuerdo con la Ley Nacional N° 26.873 de Promoción de la Lactancia Materna. La iniciativa se sustenta en los principios del modelo Maternidad Centrada en la Familia (MCF), desarrollado por la fundación Larguía e implementado en la Maternidad Sardá durante más de 40 años. Hacia 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideró este modelo como una de las buenas prácticas a destacar en América Latina. En el año 2010, la Fundación Larguía junto a UNICEF revisaron la iniciativa con la incorporación de aspectos relacionados a la seguridad en la atención de las madres y los recién nacidos, construyendo así una nueva visión a la que se denominó Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF). Luego en el año 2012 se presentó la segunda edición en la que se incorporaron

conceptos relacionados con los aspectos sociales y culturales que se manifiestan en las maternidades y en los servicios de salud perinatal.

Está aceptado universalmente y es reconocido científicamente la recomendación del amamantamiento debido al valor nutricional e inmunológico de la leche materna y por el contacto vincular que dicha acción suscita en la interacción en la diada (Santos, 2017)

La Ley N° 25.929 estableció que las madres del recién nacido tienen derecho a que se “facilite la lactancia materna” siempre que no incida desfavorablemente en su salud y que los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con Centros de Lactancia Materna conforme a la normativa nacional vigente (Ministerio de Salud de la Nación, 2021)

La lactancia materna está asociada a beneficios a corto y largo plazo para la salud tanto de la madre como del niño. Para la madre, la lactancia ayuda a prevenir el cáncer de mama y ovarios, así como algunas enfermedades cardiovasculares. Para el niño, la lactancia contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad, en particular durante el periodo neonatal, reduce la incidencia de enfermedades del aparato digestivo mejorando el cociente de inteligencia y el desempeño académico de los niños (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

Vega (2006), plantea que el recién nacido requiere cuidados de un adulto que lo provea no solo de alimento, sino también de estímulos y afectos. La madre es la persona más adecuada para ello ya que integra a través de la lactancia estos tres aspectos. Si bien ella está capacitada para ofrecer al recién nacido todo lo que necesita, ella también necesitará sentirse apoyada y contenida por su ambiente familiar para poder dedicarle el tiempo que éste requiere. Por lo tanto podemos decir que un recién nacido necesita de una red humana que lo reciba y que lo acompañe durante su desarrollo.

Acompañar y sostener de manera temprana y oportuna a la madre, a la familia y al entorno del recién nacido durante la internación del bebé en la UCIN será una tarea crucial para los equipos de salud, debido que las urgencias y emergencias en los nacimientos suelen ser situaciones imprevistas por el imaginario colectivo de las madres/padres. Estas situaciones, por lo general suelen desencadenar inestabilidad psicoemocional, y modificaciones en el área social, dado que en el anhelo de ser padres, nadie imagina que su hijo/a quedará internado y aislado de su familia.

Para las mujeres puérperas, la llegada sorpresiva de su bebé antes de lo esperado por prematuridad, en la mayoría de los casos es una situación que ocasiona un impacto que las enfrentan a una realidad que no esperaban y que deberán enfrentarse a situaciones de incertidumbres y de preocupaciones por la salud y bienestar de su bebé. Este nacimiento prematuro se le adiciona la internación de su bebé en el servicio de neonatología (Diaz Juskiewicz, et,al, 2023)

La maternidad donde se llevó a cabo el estudio, cuenta con un Área de Atención Integral para la Mujer y con cuatro salas donde se realizan los trabajos de parto, parto y recuperación (TPR), donde la mujer transita todo el proceso sin trasladarse a ninguna otra sala. Las mismas ofrecen diferentes alternativas para que la mujer elija de qué forma transcurrir el trabajo de parto, para disminuir el dolor previo y para favorecerlo pudiendo utilizar baños de inmersión en bañera, pelotas de esferodinamia y demás elementos con los cuales cuenta la maternidad. La mujer, si lo prefiere, puede estar acompañada por el familiar que ella elija durante el parto (vaginal o cesárea). También en neonatología prima el concepto de favorecer el vínculo entre la madre y su hijo, tanto la mamá como el papá pueden permanecer en la sala de neonatología acompañando a sus bebés con ingreso irrestricto. El Servicio de Obstetricia, Ginecología y Enfermería, focalizan en las dos horas de oro para el contacto piel con piel (COPAP) y

recientemente en Argentina, está comprobado que mejora la lactancia y el vínculo madre/bebé (Clarín, 2017).

Por lo tanto pensamos, que los dispositivos y prácticas asistenciales utilizados por los Servicios de Obstetricia, Neonatología y Enfermería son pertinentes con nuestro objeto de estudio. Sin embargo, también nos interrogamos sobre qué importancia dichos equipos, le otorgan a los factores psicosociales y psicoemocionales en la diada, triada o adulto significativo (cuidador del niño/a) cuando se encuentra hospitalizado, relevando que especialidades integran y acompañan la guardia médica en el área de neonatología, es decir, si los servicios trabajan y cuentan con una guardia interdisciplinaria. Consideramos que la ausencia de psicólogas/os en los servicios de neonatología pueden incrementar alteraciones psicoafectivas (ansiedades, miedos, sentimientos de culpa, entre otras vulnerabilidades psicoemocionales) en las diadas o triadas, cuando ellos transitan su maternidad separados del recién nacido y más aún si se trata de un diagnóstico incierto por prematuridad, o por alguna patología neonatal. No brindarles sostén y escucha psicológica (temprana y oportuna) podrá interferir en la interacción madre/bebé. Otra problemática que no se debería omitir son las llamadas crisis relacionales, ocasionadas muchas veces por problemas sociales, laborales o económicos (psicosociales) cuando la internación es prolongada en el tiempo, profundizándose aún más esta situación en las madres/padres, cuando la maternidad queda lejos del lugar que residen. Las crisis relacionales entre los mismos familiares podrían incrementarse muchas veces por la falta de prevención de los factores psicosociales.

Este trabajo se orienta a interrogarse acerca de los nuevos escenarios y contextos de vinculación durante la internación de los bebés en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de la ciudad de Rosario, sobre la asistencia psicoemocional que se les otorga a los padres/madres o adulto significativo (cuidador del niño). Esta asistencia

genera nuevos desafíos a los profesionales de la salud mental para abordar la demanda de manera integral e interdisciplinaria, en la búsqueda de mejorar el vínculo temprano.

## Contexto histórico en Argentina y antecedentes

Desde el siglo XV hasta la finalización del siglo XVII se desarrolla y consolida el pensamiento médico científico organizándose alrededor de la enfermedad y la clínica desde el punto de vista institucional haciendo surgir el hospital. Esto da origen a “*concepciones y prácticas*” que, según Saforcada (2001) han aparecido claramente como individual – restrictivas; ocupándose del hombre aislado, sin tomar en cuenta su contexto vital e intentando explicar la enfermedad sobre la base de un marco teórico biológico.

Siguiendo al autor, dicha perspectiva individual – restrictiva se proyecta a través del siglo XVIII para culminar en el siglo XIX con aportes de figuras tales como Pasteur, Breuer y Freud, que permitieron comprender y actuar más eficazmente ante las enfermedades psicosomáticas.

Hacia el final del siglo XIX termina de consolidarse el movimiento de *Salud Pública* iniciado en Inglaterra, surgiendo las *concepciones y prácticas* en salud social expansivas, las cuales buscan explicar los fenómenos emergentes del proceso de salud – enfermedad partiendo que el ser humano es inseparable de sus circunstancias psicosociales, donde ya no es más representado como una entidad bio/psíquica y pasa a ser considerado como una unidad bio/psico/social. Este campo rápidamente es enriquecido por la incorporación de disciplinas emergentes en el proceso de la evolución de las ciencias sociales y en este sentido tiene una particular importancia la aparición en 1965 la Psicología Comunitaria norteamericana y la Psicología Sanitaria en la Argentina a partir de 1971 (Saforcada, 2001).

Siguiendo al autor plantea que: “*La Salud Pública hoy no pasa por la enfermedad, como sostienen quienes pretenden continuar medicalizándola, sino por la salud*”

*sanitarista por cuanto deriva de sanar lo enfermo, utilizando la concepción salubrista que deriva del término salud” (pág., 80)*

Este esfuerzo no debe encaminarse a lograr mejoras en el nivel técnico/científico, sino a recuperar la base ética de las profesiones de la salud y las bases axiológicas que posibiliten rehumanizarlas en sus prácticas cotidianas, de lo contrario, consideramos que como consecuencia seguirá agrandándose la brecha psicosocial aumentando la iatrogenia en las enfermedades totalmente evitables por la imposibilidad de los profesionales de trabajar participativamente en comunidad. Es imprescindible trabajar en interdisciplina y con perspectiva hacia lo colectivo, hacia la concientización participativa de las comunidades (Saforcada, 2001)

Tiempo atrás, el estudio del desarrollo del bebé era parte de la puericultura asociada a la pediatría y consagrada principalmente a la higiene y salud del recién nacido. Fue el médico francés Caron, quien creó la palabra *Puericultura* en 1865 y la definió como la ciencia de criar, higiénica y fisiológicamente a los niños. Esta rama de la pediatría ponía énfasis en lo fisiológico y desconocía el funcionamiento psíquico del niño. Sin embargo, apareció como forma de lucha contra las diversas causas de mortalidad infantil, fundamentalmente las desnutriciones y malnutriciones (Fiszelew & Oiberman, 1995).

Según Oiberman (2013) diversos autores describieron la existencia de indicadores psicológicos durante el proceso de la maternidad que pueden alterar o incidir en el cuidado del recién nacido. En el transcurso de la historia de la maternidad se incorporaron varias personas y profesionales de la salud con el fin de ayudar a la madre en el proceso del alumbramiento, el cual implicó un acompañamiento no solo desde el punto de vista físico, sino también emocional para sostener a la mujer embarazada, ellos

fueron: Las mujeres parteras; hasta el siglo XVI aportaron un sostén psicológico llevando a cabo rituales para favorecer el parto con distintos amuletos, teniendo un lugar privilegiado. Luego fueron los hombres obstetras quienes en el siglo XVII privilegiaron salvar el cuerpo de la madre y del niño, medicalizando de esta manera al nacimiento. Los neonatólogos ingresaron en el siglo XX, poniendo el acento en salvar al niño prematuro o con patología. En el siglo XXI se inician los primeros proyectos de psicología perinatal dentro del hospital (Oiberman & Santos, 2015).

Después de la Segunda Guerra Mundial, comienzan a realizarse trabajos referidos específicamente a la primera infancia. René Spitz (1969, citado por Fiszlelew & Oiberman, 1995), fue uno de los pioneros en este sentido, siendo un mérito de su trabajo el haber logrado demostrar que las relaciones afectivas del niño con quien lo cuida tienen un impacto a nivel físico y psicológico, lo cual tuvo una profunda influencia sobre la práctica pediátrica.

En la década del '70 se desarrolló en Francia el concepto de perinatalidad, inspirado en las ideas de Pinard de principios de siglo, poniéndose el acento en la consulta previa a la concepción, a la vigilancia médica del embarazo y a la facilitación de los nacimientos en lugares técnica y humanamente adaptados (Vega, 2006).

La Lic. Mirta Videla, es una de las pioneras en *Psicología Perinatal* en Argentina. En el año 1963 fue convocada por el profesor Dr. Mauricio Knobel de psicohigiene y Salud Mental de la carrera de Psicología de la Universidad de la Plata para integrar el primer servicio municipal de Psicoprofilaxis Obstétrica en la Maternidad del Hospital Alvear situado en el barrio de Paternal. Un proyecto de hospital infantil creado por Eva Perón. Con tan solo 22 años y recién egresada en el año 1962 de la Universidad Nacional de la Plata pudo advertir que la internación en salas conjuntas facilitaba la

grupalidad y el apoyo solidario entre las madres. Las madres permanecían uno o dos días después del parto y por aquellos tiempos la presencia del compañero o padre del niño estaba totalmente prohibido otorgando permiso de solo una hora a la visita familiar (Videla, 2022)

En el año 1971 fundó el primer centro de preparación y estudio integral para la maternidad junto a una partera amiga, Graciela Scolamieri y los pediatras Dr. José Eskenasi y el Dr. Jorge Wasserman, compañero del Hospital Alvear y como asesores a los psicoanalistas: Langer, Abadi, Knobel, Soifer y el obstetra Klurfan. Sus comienzos fueron con un grupo de parejas para prepararlas y facilitar el parto, coordinados por Jorge Wassweman y Mirta Videla. Entre las parejas que preparaban estuvo el obstetra Murray que en el año 1973 fue designado como director de la Maternidad Eva Perón de San Isidro y que convocó a la Lic. Mirta Videla como Jefa del Servicio de Psicología Perinatal en el mes de septiembre de 1974.

En el servicio estuvo tres años y su labor se resume en dos de sus libros: “Psicoprofilaxis Institucional y Comunitaria” y otro junto con Grieco “Parir y Nacer en el Hospital”, pero lamentablemente el servicio a cargo de psicólogos con extensión comunitaria, se truncó en abril de 1976 cuando el nuevo golpe militar decidió cerrar sus puertas (Videla, 2022)

En el año 1991 en Argentina, nace la iniciativa hospital Amigo de la Madre y el Niño, creado por OMS-UNICEF, para promover la lactancia materna en las maternidades implementándose a partir del año 1994 (UNICEF, 2011). El eje del programa, como su nombre lo indica, reubica a la mujer y a la familia en las maternidades, devolviéndoles un rol protagónico y activo con participación en las decisiones y los procesos que afectan su vida. Suma al trabajo interdisciplinario el

desarrollo tecnológico y el respeto por las personas como protagonistas de su historia, consideradas en su dimensión física, social y emocional.

A su vez, también en el año 1991 nace la Psicología Perinatal, dentro del marco de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se trata de un programa de asistencia, docencia e investigación que se desarrolla a través de convenios de la Facultad de Psicología de la UBA con diferentes hospitales maternos (Oberman et al., 2013)

El 25 de agosto del año 2004, el Congreso Argentino sanciona la Ley Nacional N° 25.929 de “Parto Humanizado y Respetado”. La Cámara de Diputados de la Nación le solicita al poder Ejecutivo que inicie una campaña destinada a “*concientizar a la sociedad*” sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre – hijo. La Ley, que rige tanto para el ámbito público como el privado, se refiere a los derechos de la mujer embarazada, en trabajo de parto, parto y posparto, en los derechos del recién nacido y a los derechos del padre y de la madre del recién nacido en situación de riesgo.

Al momento, se han encontrado antecedentes en Argentina, por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires. En el año 1998, Oberman et al., en el Hospital Materno Infantil “Ana Goitía” una investigación tuvo como objetivo detectar los factores psicosociales que intervienen en las amenazas de los prematuros, bebés de bajo peso al nacer, muertes fetales y descompensaciones posnatales. Identificando a la vez, cuales son los sucesos significativos de la vida (life event) que impiden el normal desarrollo del embarazo, parto y puerperio. Para ello, elaboraron y aplicaron una entrevista psicológica semidirigida, que interrogaba sobre sucesos significativos de vida durante el

último año a 80 madres con bebés internados en una Unidad de terapia neonatológica (grupo experimental) con otro grupo de madres (grupo control) cuyos bebés no habían tenido problemas al nacer. Se compararon ambos grupos en cuanto a la edad, educación, pareja y sucesos significativos de vida. Se encontró diferencias significativas en relación a los sucesos significativos que habían sufrido ese año. Las madres de grupo experimental habían padecido problemas en 55 casos (80 en total) y las madres de grupo control manifestaron problemas en 25 casos (80 casos). Los autores concluyen en que la presencia de factores de riesgo psicosociales tiene una frecuencia significativamente mayor en el grupo de madres con bebés internados en Neonatología que en el grupo de madres con bebés sanos. Además existen factores que interfieren en el normal desarrollo y desenlace del proceso de embarazo y parto. Esto implica la necesidad de detectar e incorporar en salud materno – neonatal la dimensión psicosocial. Entre los factores estudiados, los que parecen tener mayor importancia son los relacionados con el tema de la maternidad, abortos o muertes de hijos previos, problemas físicos o emocionales durante el último embarazo. Los autores sugieren a partir de estos hallazgos que es conveniente avanzar en la construcción de un instrumento de detección de factores de riesgo psicosocial, siendo muy interesante la realización de estudios prospectivos, así como reflexionar sobre el tema de la reactivación de conflictos anteriores ante el nacimiento del niño/a actual, es decir que se reactivan los temas asociados a la maternidad y a situación crítica. Por último se hace imperativo reflexionar sobre el marco interdisciplinario que se debe llevar a cabo este trabajo: *“es necesario que obstetras, obstétricas, neonatólogos y psicólogos aborden a la mujer embarazada primero y a la puérpera y a su bebé después, de una manera integral que permita superar la disociaciones entre lo físico, lo psicológico y lo social”* (Oberman, et. al. 2011. pág. 353)

El mismo grupo de trabajo (Oiberman et al.) en 2008 recibe un premio otorgado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, denominado “Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología” y se encuentra dentro del marco del Programa de Psicología Perinatal, dependiente de la Secretaria de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se trata de un programa de asistencia, docencia e investigación que se desarrolla a través de convenios de la Facultad de Psicología de la UBA. En esta oportunidad el propósito fue presentar la construcción de un nuevo dispositivo en salud mental perinatal no utilizado hasta el momento, que permita la expresión de las emociones y problemáticas en los momentos inmediatos posteriores al nacimiento. Para ello se elaboró una entrevista semidirigida que contempla los sucesos significativos de vida y que pueden influir en la maternidad durante el embarazo, parto y puerperio, con el objetivo de entender psicológicamente a las pacientes al introducir la dimensión psicosocial del nacimiento. Debido a la modalidad interdisciplinaria en la que se desarrolla este dispositivo, surgió la necesidad de una mayor sistematización, información y comunicación con los neonatólogos y obstetras de guardias, siendo ese el motor que impulsó la elaboración de este instrumento La Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), en los hospitales maternos. En un instrumento de diseño óptico de fácil interpretación para el equipo médico. La fundamentación teórica para su construcción fue considerar que la madre atraviesa una doble crisis, una es la crisis vital y la otra es la crisis circunstancial, dada por la internación de su recién nacido en el servicio de neonatología o por su propia internación por problemas obstétricos. La resignificación de los sucesos de vida relatados por la madre en los momentos de la indagación psicológica fue lo que llevó a considerar de qué formas estos acontecimientos podían influir en el nacimiento del bebé. La entrevista psicológica perinatal toma en cuenta los siguientes temas; el grupo

familiar/la característica de la pareja/la situación socioeconómica/la historia familiar/la actitud ante el último embarazo/el impacto ante este nacimiento/problemas y dificultades en embarazos y partos anteriores/y demás temas que emergen. Los autores concluyen en que el dispositivo psicológico perinatal permitió tener una mirada integral del nacimiento logrando incorporar la dimensión psicosocial de las madres y sus familias en los efectores de atención materno-infantil, introduciendo un protocolo específico de lo “psicológico” en las historias clínicas neonatales, lo cual facilitó aliviar la crisis de la relación médico-paciente (cuando se instituye). Dicho dispositivo implica para los equipos de salud tener en cuenta que el sentido del embarazo, parto y puerperio no deben permanecer con una planificación asistencial solo desde el acto médico, sino que lo vincular y social son significantes en el psiquismo de una madre y pueden alterar el vínculo con su bebé. Se comprobó que la palabra emerge cuando se ayuda a ordenar las emociones suscitadas por el proceso de maternaje, reorganizando los sucesos vividos anteriormente y ofreciendo a la madre la posibilidad de reconstruirlos, siempre y cuando los psicólogos/as perinatales ofrezcan un espacio adecuado para la puesta en marcha de dicho proceso.

Recientemente Baró (2022) realiza una revisión sistemática de 21 artículos que incluyen el apoyo psicológico como parte de un abordaje integral sobre la necesidad de atención y cuidados perinatales brindados desde la Psicología. Se hallaron ocho estudios sobre la importancia de trabajar el vínculo madre/bebé, de la psicoeducación para padres y del trabajo de la Psicología Perinatal y se lo relacionó con la mejora en los casos de depresión posparto y el desarrollo cognitivo del niño. Asimismo, le otorgaron importancia a la inclusión del padre para la construcción de ese vínculo. También observaron dos estudios en los cuales destacaron la ventaja de la ayuda psicológica durante el parto, especialmente en aquellos partos prematuros y del abordaje

interdisciplinario, además de haber trabajado en las expectativas de las mujeres embarazadas y sus representaciones acerca de la maternidad, determinaron la necesidad de incluir al psicólogo clínico en Neonatología. Ubicaron tres estudios sobre la actividad del apoyo psicológico y psicosocial y fue considerada la terapia interpersonal como intervención en los casos de malestar psicológico perinatal, en otros estudios tuvieron en cuenta las terapias grupales, coincidiendo que mejoran los resultados en lactancia y talla en el niño. Asimismo, encontraron dos estudios que se refirieron a la necesidad de una mejor atención perinatal para conseguir adherencia a tratamientos imprescindibles durante el embarazo, sobre todo en caso de diabetes gestacional y salud mental. Las intervenciones conductuales mejoraron el bienestar de la madre, para lo cual, concluyeron que se deberá considerar e integrar tanto la atención física como psíquica. Revisaron cuatro estudios que hablaban de la necesidad de atención perinatal apropiada con personal capacitado y formado, esencialmente en casos de duelo por muerte fetal que afecta tanto a la madre como al padre aunque a él no se lo reconozca socialmente y que puede ser de gran apoyo para su pareja. En algunos de los presentes estudios abordaron el tema de las barreras organizacionales, familiares, individuales y socioculturales. Respecto a lo sociocultural, hallaron estudios sobre la falta de concientización de la salud mental de madres extranjeras, arrojando como resultados la recomendación de mejorar la atención psicológica adaptada culturalmente. Recomiendan que es necesario seguir investigando debido a que se observaron pocas investigaciones empíricas que ayuden a proporcionar más evidencia.

## **Planteamiento y justificación del problema**

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina obstétrica y neonatal en los últimos 30 años, permitieron reducir la morbilidad perinatal, pero a su vez, trajeron consigo la medicalización del parto y el nacimiento. Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud, en su reunión en Fortaleza, Brasil, realizó en el año 1985, una declaración denominada “El nacimiento no es una enfermedad”. A partir de allí, se inicia un camino de cambios emergiendo iniciativas para “humanizar” la atención perinatal adhiriendo a la propuesta que promueve la “Maternidad Segura Centrada en la Familia” (Oiberman & Santos, 2015).

En la actualidad, algunas instituciones maternas como ser: Hospital Naval Pedro Mallo (ciudad de Buenos Aires) Hospital Maternal Ana Goitía (Avellaneda) Hospital Materno Ramón Sardá (Parque Patricios, Buenos Aires) Dr. Roque Sáenz Peña (ciudad de Rosario) Maternidad Martín (Rosario) entre otros efectores maternos del país, realizan sus prácticas focalizando no solamente en el cuidado somático del bebé, sino que también se ocupan de los cuidados emocionales en las diadas y triadas, intentando abordar al binomio desde una asistencia integral.

Pero así mismo, en la actualidad algunos equipos de salud mental continúan prestando sus servicios en las instituciones maternas por medio del tradicional consultorio externo. Allí trabajan psiquiatras y psicólogas/os que integran los equipos de salud mental, donde por lo general su labor se realiza en el horario de la mañana y primeras horas de la tarde. ¿Pero qué sucede por las tardes/noches, cuando dichos consultorios externos se encuentran cerrados y surgen situaciones de crisis, miedos o ansiedades en madres/padres que se encuentran al cuidado de su recién nacido? Oiberman (2013), plantea que en “*el área neonatal, durante muchos años, se consultó*

*al psicólogo como un profesional externo, debido posiblemente a la ortodoxia del consultorio psicoanalítico tradicional”* (p 33). Siguiendo a la autora, plantea que el aparato psíquico tiene otros tiempos y no se resuelve nada ofrecerles a los progenitores una consulta psicológica a la mañana siguiente, sino que la demanda debe ser atendida o resuelta, en ese preciso momento. De esta concepción se fundamenta la necesidad de incluir la figura del psicólogo/a perinatal dentro de las salas maternas, colaborando e integrando las guardias neonatales, reivindicando a la vez el rol y las tareas del psicólogo/a por medio de un encuadre más flexible al momento de realizar la intervención.

Por todo lo antedicho nos preguntamos:

¿Qué concepciones, intervenciones y prácticas asistenciales utilizan y ofrecen los equipos de salud en los Servicios de Obstetricia, Neonatología y Enfermería, para atender las demandas psicosociales y psicoemocionales que afectan a la diada, triada o adulto significativo, cuando el vínculo temprano comienza en neonatología? Es importante en este punto hacer una salvedad: los vínculos entre la mujer gestante y su bebé suelen comenzar intra útero, incluso aún desde el deseo de la maternidad. Con la noticia del embarazo se configura una constelación maternal, representación de la mujer sobre sí misma, sus nuevos roles, etc. En este trabajo al referirnos al vínculo que comienza en neonatología no desconocemos los inicios antes mencionados. Sin embargo, nos centraremos en los primeros contactos “del otro lado de la piel”, extra útero, desde un contexto de internación.

Los resultados de la presente investigación pueden ser de un valor fundante para establecer antecedentes y marcar un punto de partida y surgir nuevas ideas a futuros estudios sobre el tema.

## Marco Teórico

El presente trabajo se basa en la importancia de los modelos y *aportes sistémicos*, para ello proponemos un *Modelo Sistémico* de comprensión/acción de dinámicas sociales basado desde el Construccinismo Social. Uno de los aportes de Bateson (1998), fue señalar que la comprensión que tenemos de un hecho o el significado que se le puede atribuir a una determinada acción está restringida y es condicionada por su contexto. El contexto en que nos encontramos prefigura como debemos actuar, es decir, rara vez carecemos de nociones acerca de qué acciones son adecuadas y cuáles no.

Según la perspectiva del *Construccinismo Social*, los “contextos” tienen suma importancia, ya que siempre actuamos desde y hacia contextos. Los construccionistas prefieren optar por un diálogo permanentemente abierto, en el que siempre hay espacio para otra voz, otra visión y otra revisión, estando a favor de sustituir lo individual por lo relacional como fuente de significado. Hoffman (1990), comenta que el construccionismo social es una teoría de diferentes lentes donde los significados cambian y se desarrollan indefinidamente en las interacciones entre las personas. Algunos de los fundamentos del construccionismo social se basan en el hecho de que las personas se co-construyen en la interacción con los otros a través del lenguaje. El lenguaje produce y construye la experiencia que tenemos de nosotros mismos y de los unos con los otros. Dependiendo del contexto en el que las personas se encuentren, éstas actúan y se comunican de diferente manera produciendo un efecto en cada una de las partes y es a través del lenguaje que la persona se crea a sí misma y transforman las diferentes realidades.

Los investigadores sistémicos, tanto como los investigadores que abordan su objeto de estudio desde una perspectiva cualitativa (denominada no estándar en ciencias sociales al decir de Marradi et al., 2007), han enfatizado en la importancia del contexto social, la relevancia de las múltiples perspectivas, la trascendencia del pensamiento complejo y en la riqueza de una mirada “circular” de saberes ligados a prácticas sociales que se encuentran reguladas por un conjunto de normas y de creencias establecidas por una cultura determinada, siendo el lenguaje uno de los aspectos pilares para la construcción de las relaciones humanas.

Desde esta perspectiva es formulado este trabajo. Se centra en el modelo comunicacional de los servicios de una institución pública de la ciudad de Rosario, explorando en el contexto maternal cómo se produce y desarrolla la interacción entre las diversas disciplinas que integran la guardia hospitalaria (interdisciplina), cuando la diada madre/bebé comienza en la UCIN. Para dar cuenta conceptualmente de los diversos tópicos que enmarcan esta problemática, a continuación se presenta una reseña teórica acerca de la maternidad y los derechos de los padres/madres (punto 1), la entrevista psicológica perinatal como instrumento (punto 2), y la perspectiva interdisciplinaria en los equipos de salud (punto 3).

## **1. Maternidad y Derechos de los Padres/Madres Cuando su Recién Nacido se Encuentra Hospitalizado.**

Oiberman & Paolini (2015), plantean que en el ser humano el fenómeno de la maternidad excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural y psicológico. La maternidad como fenómeno psicobiológico y como crisis vital y evolutiva, reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes.

Así como el niño se desarrolla etapa en etapa, su madre pasa por sucesivos y diferentes momentos, cada uno de estos confrontan a la madre con nuevos desafíos que debe superar valiéndose de sus propios recursos internos y externos (Oiberman, 2007)

Oiberman (2013), establece la necesidad de diferenciar la *maternidad* del *maternaje*, siendo éste último considerado por la autora como un proceso psicoafectivo que acontece o no en la mujer y representa en la madre una crisis de identidad y de la personalidad. Comparándola con la adolescencia, se encuentran puntos comunes en ella:

- ✓ Una transformación corporal y hormonal
- ✓ Un cambio de status social
- ✓ Reactivación de conflictos infantiles, en particular aquellos que se relacionan con las primeras etapas
- ✓ Una transformación de la imagen corporal en dos tiempos, primero al producirse el embarazo y luego después del nacimiento del bebé.

Grifa & Moreno (2001), plantean que las movilizaciones afectivas giran alrededor de fantasías, sentimientos, y emociones y que suelen ser ocultas si no logran manifestarse. Estas experiencias en caso de no encontrar o lograr un espacio social para verbalizarlas o si los recursos psicológicos de afrontamiento que emplean las madres con sus hijos/as, resultan ser insuficientes o ineficaces, podrán ocasionar perturbaciones e interferencias en las diadas.

Vega (2006), plantea que al momento en que los padres se enteran que tienen que separarse de su bebé porque debe permanecer internado en neonatología, ellos de manera temprana deberán conocer, qué les espera a corto y a largo plazo y de este modo poder comenzar a ordenar el caos que los rodea. Lo peor que puede suceder a estas

familias es silenciarse y no poder expresar ni comunicar la angustia y aislarse, tanto dentro de la familia como de otras relaciones.

Galindez (2013) sostiene que en estos casos los padres deberán afrontar el desafío de convertirse en padres de ese bebé, que no es el que esperaban y para el cual se habían preparado, esto demandará otras habilidades y otras formas de pensamientos para vivir en el día a día la evolución del bebé, situación que al principio genera una profunda incertidumbre.

En Argentina, en el año 2021 se publica en el boletín oficial la Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el embarazo, parto y la primera infancia Ley 27.611, la cual tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y de los niños y niñas en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y de sus hijos e hijas con el fin de reducir la mortalidad, la mal nutrición y la desnutrición, protegiendo y estimulando los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral.

Los servicios de neonatología que promueven facilitar la participación activa de los padres en los cuidados de sus hijos internados deben ofrecer una solución racional para las madres, ya que sus internaciones suelen ser prolongadas. La existencia de residencia para madres constituye una solución pragmática y permite la posibilidad de crear una comunidad entre ellas ya que presentan problemas y preocupaciones en común, permitiendo así un lugar de apoyo mutuo (Santos, 2017).

## **2 Entrevista Psicológica Perinatal (EPP).**

Con el objetivo de atender psicológicamente a las pacientes e introducir la dimensión psicosocial en los hospitales maternos, como instrumento de evaluación un equipo de la ciudad de Buenos Aires (Argentina) elaboró una entrevista semidirigida de sesión única que contempla los sucesos significativos de vida (*life events*) que pueden influir durante el embarazo, parto y puerperio, con la finalidad de incorporarla a la historia clínica obstétrica y neonatal. La entrevista fue transformada en un instrumento de diseño óptico de fácil interpretación para el equipo de salud, respetando el secreto profesional, permitiendo detectar los factores psicológicos en ámbitos tan influidos por el saber médico (Oberman, 2013).

La fundamentación teórica para la construcción de dicho instrumento fue considerar que la madre atraviesa una doble crisis, la primera de estas crisis, llamada crisis vital entendiéndose por ella, que la persona se encuentra sumergida en un conflicto psicológico y personal que le producen situaciones adversas y muy negativas pudiéndose manifestar en su historia y estructura personal, en su situación actual de pareja, social, económica, o por las características del bebé y por la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia (Oberman, 2013). Siguiendo a la autora la segunda crisis, es llamada, circunstancial, dada por la interacción del bebé en un servicio de neonatología o por su propia interacción a raíz de los problemas obstétricos de la mamá. La resignificación de sucesos de vida relatados por la madre en los momentos de la indagación psicológica fue lo que llevó a considerar de qué forma estos acontecimientos podían influir en el nacimiento.

“Buscamos con esto poder organizar y discriminar los sucesos significativos encontrados en los relatos de las distintas personas en una misma planilla. Verde: sala

de internación conjunta, parto y quirófano. Rojo: momento inmediato posterior al parto” (Galli, 2013, pag 250)

Clínicamente dicha entrevista es útil para identificar las fortalezas familiares, estrategias de afrontamiento, áreas de preocupación, lo cual es considerado por los profesionales especializados en psicología perinatal como esencial para planificar una intervención psicosocial individualizada (Santos, 2017).

Introducir la dimensión de lo psicosocial de las madres y sus familias en los efectores de atención materno – infantil e introducir un protocolo específico de lo psicológico en las historias clínicas implica una manera de aliviar la crisis de la relación médico – paciente “cuando se instituye” para tornarla nuevamente operante en un sentido terapéutico (Oberman, 2013).

### **3. Guardia Médica Interdisciplinaria. Abordaje Integral en Salud Mental Perinatal**

Tal como se menciona al inicio de este marco teórico, los aspectos relacionales son centrales en este trabajo y por tal motivo se incluye en este apartado la perspectiva de la interdisciplina en relación al abordaje integral en salud mental perinatal. En este sentido, en algunas maternidades, los servicios de neonatología y de obstetricia continúan concibiendo al psicólogo/a como a un profesional externo debido posiblemente a la ortodoxia del consultorio psicoanalítico tradicional. Si bien esta práctica marcaba la posibilidad de reelaborar traumas infantiles o del pasado y era el paciente quien se dirigía al consultorio a narrar sus conflictos, hoy este estilo de prácticas e intervenciones por medio de encuadres psicológicos tradicionales (consultorio externo), no son

pertinentes en las instituciones maternas, dado que el aparato psíquico tiene otros tiempos y no se resuelve nada con ofrecerles a las madres una consulta psicológica a los días siguientes. Una mujer que tuvo un bebé sano, pero que no logra prenderlo al pecho, no puede esperar una derivación, un turno y una espera de días para acceder a una consulta porque para ese momento quizás, el problema ya pasó y puede llegar a ser otro (Oberman, 2013)

El psicólogo/a debe estar presente cuando los problemas están sucediendo, trabajando con otros profesionales y con encuadres flexibles donde el agente de salud mental este presente y acompañe al equipo médico por medio de un trabajo interdisciplinario, lo cual implica un posicionamiento diferente al tradicional en salud mental, ya que los tiempos de la interconsulta no son operativos en situaciones críticas, debiendo responder y asistir en el mismo lugar y en el mismo momento en que las crisis se desencadenan (Santos, 2017)

En efecto, lo fundamental de la interdisciplina, es el diálogo que implica la comprensión de la tarea y el compromiso de cada una de las especialidades y saberes disciplinares que colaboran e interactúan entre sí dentro de un campo y contexto determinado. El fenómeno del acto médico no es meramente reductible a la acción técnica, ya que allí hay un sujeto que sufre. La doble crisis, tal como es referida en el punto 2, que puede atravesar una madre (vital y circunstancial) es generadora de angustia y ansiedad, se trata de un sujeto humano que acude a otro para pedirle ayuda y no siempre el saber médico puede contemplar o valorar el aspecto psicológico.

La modalidad de trabajo interdisciplinario, se efectúa mediante ciertas características específicas, entre las que Oberman et al. (2008) menciona: confluencia de “saberes” diferentes, estilo de trabajo conjunto con los otros profesionales del

hospital. Su encuadre se desarrolla dentro de un área en común de trabajo establecido por diferentes especialidades; Obstetricia / Pediatría / Neonatología / Enfermería / Psiquiatría / Kinesiología / Estimulación Temprana / Genética / Diagnóstico por Imágenes / Nutrición / Trabajo Social, considerando a la vez, la salud de quienes cuidan, es decir, focalizando en los estresores que diariamente se manifiestan en los equipos de obstetricia y neonatología cuando emergen situaciones de urgencias y emergencias que muchas veces no se consideran y que pueden incidir notoriamente en el rendimiento de los equipos de salud.

Nieri (2012), sostiene la importancia de considerar al psicólogo perinatal, dado que opera bajo la metáfora de psicólogo de “trinchera”, es decir, que opera mientras suceden los hechos, es por eso que debe tener flexibilidad teórica y práctica (encuadre), ya que aborda diferentes situaciones, por lo que sería ineficiente adherir a un solo campo o marco teórico/metodológico.

En este sentido, la incorporación del psicólogo/a perinatal tendrá un valor muy significativo en el comienzo de la vida, dado que el parto excede el hecho biológico y tiene también un significado, no solamente a nivel social y cultural, sino, de manera importante, a nivel psicológico (Fiszelew & Oiberman, 1995)

## **Estrategia metodológica**

### **Objetivos**

Objetivo general:

Describir las concepciones, intervenciones y prácticas asistenciales que se desarrollan en un hospital de la ciudad de Rosario, cuando un recién nacido se encuentra internado y emergen aspectos psicosociales y psicoemocionales en la diada, triada o adulto significativo (cuidador del niño)

Objetivos Específicos

- Describir la formación y concepciones de los equipos de salud sobre el cuidado del binomio madre/bebé para la construcción de un vínculo temprano, cuando el mismo comienza en neonatología.
- Explorar los dispositivos y espacios de cuidados para favorecer la cercanía del vínculo en la diada, triada o adulto significativo del niño/a.
- Relevar las estrategias de apoyo psicoemocional que facilitan a los padres la prevención de problemas psicosociales cuando un recién nacido permanece internado en neo.

### **Tipo de estudio**

Este diseño metodológico buscará generar teoría a partir de los datos y no a verificar hipótesis derivadas de marcos teóricos previos a la investigación,

“positivismo” o “*cibernética de primer orden*”, que dejaban por fuera la mirada y subjetividad del investigador. Los diseños metodológicos que involucran a otros, que promueven la reflexión y la participación no pueden ser rígidos en ningún aspecto, por lo tanto, necesitaremos “tolerar las incertidumbres” que emerjan durante las diferentes fases del proceso de investigación, siendo flexibles, reflexivos y creativos para tomar decisiones metodológicas apropiadas al construir o reconstruir el objeto de estudio. Este trabajo se encuadra en la perspectiva de la Teoría Fundamentada como metodología de análisis e investigación (Martinez, 2020). En ella se expone cómo se lleva a cabo el muestreo, los procesos de codificación y análisis de datos, así como la construcción de una teoría basada en los datos empíricos y que se co-construyen en el trabajo de campo donde se produce la investigación.

Como se sabe, la ciencia clásica se había propuesto como misión investigar el mundo en su realidad objetiva, independientemente de lo humano. Eso significaba que, para llegar a ese mundo sin sujeto, debía ser alejada de ese mundo toda contaminación subjetiva, por lo tanto también el observador. Sin embargo, desde comienzos de nuestro siglo se multiplicaron las dudas sobre la posibilidad de realización de ese propósito. Se comenzaba a comprender que un universo del que se había expulsado todo lo subjetivo, precisamente por esa razón dejaba de ser observable. La comprensión de esa interdependencia de observador y mundo observado es el objetivo principal del llamado constructivismo (Watzlawick & Krieg, 1995).

En este sentido, la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) consiste en una metodología que trata de desarrollar teoría basándose en la recolección y análisis sistémico de datos empíricos, no partiendo de ninguna hipótesis inicial. El tipo de muestreo acorde a esta perspectiva se denomina “Muestreo Teórico” y es el proceso de obtención de datos para generar teoría por medio del cual el investigador recoge,

codifica y analiza sus datos conjuntamente y de manera dialéctica conforme el campo, proceso de producción de teoría emergente (Hernández Carrera, 2014). En este sentido, Flick (2015), considera que el muestreo teórico puede partir de grupos a comparar o de personas específicas, en ambos casos no se basa en los criterios propios de la representatividad estadística. Los individuos son seleccionados dependiendo de las expectativas que nos generan la aportación de nuevas ideas en relación con la teoría que estemos desarrollando. Existen por lo tanto, posibilidades infinitas de incorporación de nuevos sujetos, casos, etcétera, por lo que resulta crucial definir criterios para la limitación de la muestra, es decir, cuando dejar de incorporar nuevos casos. Es aquí donde Glaser y Strauss (citados por Hernandez Carrera, 2014) incorporan el criterio de Saturación Teórica, que tal como lo plantean Marradi, et al. (2007), “se deberían seguir realizando entrevistas (o la técnica en cuestión) hasta tanto se alcance la certeza práctica de que nuevos contactos no aportarán elementos desconocidos con respecto al tema de investigación, o no emergen aspectos hasta entonces no tratados” (p. 223).

Es importante significar que en una entrevista el conocimiento se va a construir a partir de la interacción entre el entrevistador y el entrevistado. No se trata, únicamente, de hacer preguntas a una persona que posee el conocimiento para que nos trasmita sino que se le va a pedir, también, procesamiento y elaboración de las respuestas. En este sentido la entrevista tiene la finalidad de mejorar el conocimiento (Flick, 2015). En este nivel, la investigación cualitativa implica un enfoque interpretativo, naturalista del mundo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su entorno natural intentando dar sentido a los fenómenos o interpretarlos desde el punto de vista de los significados que les dan las personas.

Otro rasgo fundamental es que este tipo de investigación no tiene en un principio una hipótesis derivada de la teoría que después se pueda validar en términos positivistas. Los conceptos y las hipótesis se van formulando a lo largo de la propia investigación. Los métodos y las teorías que se aplican al objeto de estudio deben adaptarse al mismo y si no es así se reformulan, o se desarrollan nuevos métodos o enfoques. Así, el investigador es una parte fundamental del proceso de investigación no ya solo aportando experiencias de campo sino participando con su propia reflexividad. Las subjetividades del investigador y de aquellos a los que se estudia son parte del proceso de investigación\_ (Flick, 2012).

### **Contexto del estudio**

La maternidad elegida, se encuentra dentro de un hospital de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe (Argentina) y es uno de los hospitales de la ciudad más antiguos. Se fundó en el año 1923 y se lo reconoce desde la política sanitaria como un hospital de segundo nivel que recibe la demanda derivada de otros centros de salud de la ciudad de Rosario. Es posible reconocer que es el hospital de segundo nivel con mayor producción de consultas ambulatorias. La oferta oficial del hospital puede describirse de la siguiente manera: Guardia de adultos y pediatría. Consultorios externos destinados a clínica, Pediatría y Especialidades Médicas. Consultorio de Especialidades no Médicas Internación polivalente para hombres y mujeres. Maternidad, Neonatología, Servicios de Diagnóstico y Tratamiento. La sala de partos del hospital atiende un promedio de 1800 nacimientos anuales y su maternidad adhiere al nuevo modelo que proponen las Maternidades Seguras y Centradas en las Familias (Blanco, 2009).

## **Descripción de la población**

Serán los profesionales que integran los equipos de salud de los Servicios de: Neonatología, Obstetricia y Enfermería pertenecientes a la institución.

## **Técnicas de obtención de información**

- a) Se utiliza como técnica de recolección de datos entrevistas semiestructuradas. En un primer momento vía mail y luego, en un segundo momento dentro de la institución, para responder de manera presencial. Para el registro de las mismas, se realizan grabaciones de audio, para luego facilitar la decodificación del material.
- b) Por medio de la observación, se toman notas de aquellos hechos y registros significativos para la investigación, por medio de registro de observaciones no participativas.
- c) Las observaciones se realizaron dentro de la UCIN, en la sala de habitación conjunta y en la sala de la maternidad con la finalidad de detectar las siguientes interacciones vinculares.
  - ✓ Organización de la madre (tiempo/espacio).
  - ✓ Indicadores de representaciones psíquicas y hostilidad en las madres de bebés internados.
  - ✓ Ayuda de profesionales de la salud a las madres.
  - ✓ Intervención profesional para amamantamiento y demás cuidados de higiene.
  - ✓ Conexiones visuales de las diadas durante la alimentación, contacto piel a piel, higiene y sueño del bebé.
  - ✓ Vínculos de la madre (presencia de pareja, etc)

- ✓ Preparación de madres/padres por parte del equipo de salud previo al ingreso de la UCIN.
- ✓ Intervenciones de los equipos en la interacción madre/bebé para la construcción de un vínculo temprano y saludable.
- ✓ El rol del psicólogo/a de planta, presencia en TPR y/o UCIN.
- ✓ Integración y acompañamiento de salud mental en la guardia perinatólogica y en neonatología, demandas (interna, externa)
- ✓ Tipos de intervención e instrumentos de medición del servicio de salud mental
- ✓ Indicadores de la propuesta de las MSCF en la interacción entre servicios

### **Consideraciones éticas**

En este estudio para garantizar la protección de la confidencialidad de toda la información obtenida durante el proceso de investigación, se respetará la privacidad e integridad de las personas e instituciones involucradas.

La investigación se ajusta a las siguientes reglas

- Solicitar a los profesionales de los servicios descriptos, verbalmente y por escrito, su autorización para registrar, por medio de grabaciones de audio, las entrevistas con fines de investigación.
- Informar, verbalmente y por escrito a los profesionales acerca de sus derechos a negarse a las entrevistas o a interrumpirlas en cualquier momento de la misma.
- Preservar la confidencialidad de los casos, sustituyendo el nombre de los entrevistados, así como otros datos que puedan servir para identificar a los mismos.

Por todo lo antedicho se llevaron a cabo dos acciones:

- Firma de un consentimiento informado, anónimo que se adjunta en el Anexo I.
- Presencia de cartelería específica informando sobre el trabajo de observación que se llevó a cabo en neonatología y en la sala de habitación conjunta, se adjunta en el Anexo II.

### **Procesamiento y análisis de los datos**

Siguiendo a Cohen y Manion (1990) se planifica el siguiente procedimiento de análisis:

- Transcripción de las entrevistas y observaciones
- observación de las declaraciones literales, y la comunicación analógica
- agrupamiento y reducción fenomenológica
- escuchar las entrevistas con sentido global proporcionando un contexto para la aparición de unidades específicas de sentido y temas
- diseño de unidades de sentido general
- reducción de las anteriores a unidades de significado relevante para la investigación, identificando temas comunes y variaciones individuales

## **Análisis de los datos**

Para facilitar la descripción de los aspectos que emergieron de la articulación entre las diversas técnicas de elaboración de los datos, el análisis que se presenta a continuación con subtítulos muestra la riqueza de la información al complementarse las fuentes consultadas. Asimismo se ejemplificarán los núcleos de sentido construidos con fragmentos de entrevistas y registros de las observaciones. La información transmitida y construida con las técnicas antes mencionadas se expone *en cursiva* a modo de ilustración condensada de las vivencias de los participantes. Asimismo se ha procesado el material elaborando síntesis conceptuales que se articulan con la bibliografía, en torno a los siguientes tópicos que se describirán a continuación:

- Concepciones y criterios sobre la interconsulta.
- Maternidad centrada en la familia desde diferentes enfoques.
- Aspectos Institucionales y comunicacionales.
- Parto Respetado
- Abordaje Interdisciplinario.
- Rol del Psicólogo Perinatal en hospitales.
- Impacto del diagnóstico
- Dimensión psicosocial de la familia en neonatología.
- Duelo perinatal
- Cuidando a quienes cuidan.
- Deterioro de las Prácticas clínicas.
- Planificación y Mejoras de los servicios a la dirección del hospital.

## 1. Concepciones y criterios sobre la interconsulta

Bajo este subtítulo se analizarán los aspectos que refieren los entrevistados sobre las concepciones acerca de las posibilidades de la práctica de la interconsulta, emergiendo situaciones y perspectivas que revelan una práctica compleja y dificultosa desde sus apreciaciones. Es importante aclarar en este punto que la guardia activa en la maternidad es solo por obstetras, neonatólogos y enfermería; trabajo social y salud mental se encuentran solo en horarios donde funciona la atención ambulatoria del hospital y solo hay una guardia pasiva de psiquiatría, al llamado, pero no para situaciones relacionadas con la demanda en neonatología. Por lo tanto la maternidad, no dispone de salud mental, ni trabajo social en el contexto de la guardia durante las 24 horas. Los horarios de los consultorios externos son hasta las 14, 15 horas y cuando no están de turno, ya sea porque es de tarde, en los días feriados o fin de semana, ante una problemática psicosocial son los médicos de guardia y el servicio de enfermería quienes responden a las demandas. También acompañan otros interconsultores como son; el equipo de cardiología quienes trabajan siempre juntos con el equipo de neonatología, los servicios de Kinesiología y Fonoaudiología que también forma parte del equipo de seguimiento de alto riesgo.

En cuanto al circuito de interconsultas se realizan a los servicios de Salud Mental, Trabajo Social y también a los profesionales que han participado en el seguimiento de estos pacientes a través de la red municipal y sus efectores, las cuales generalmente se hacen de manera telefónica. Por ejemplo:

*“...Servicio social del hospital se pone en contacto con el centro de salud y así conocemos como está compuesta esa familia, su historia, también si lleva a controles a otros hijitos para ver el medio en que nos estamos manejando y desde ese punto poder*

*focalizar en que se le puede ayudar a esa familia y a esa mamá...” (ent. 3, Servicio de Neonatología).*

*“...Trabajo social nos acompaña, cuando hay mucha vulnerabilidad y está muy sola la mamá o cuando no tienen como irse o como movilizarse, si hay camas se quedan, si hay problemáticas de violencia o de consumo, hacen el contacto con el centro de salud para ver cuando se van de alta de acá para ver con quien se va...” (ent.2, Servicio de Neonatología)*

Los entrevistados mencionaron al modelo de la interconsulta como herramienta de apoyo para los factores psicosociales y psicoemocionales cuando el vínculo temprano madre/bebé comienza en neonatología, sobre todo en: las situaciones que describen como “desbordantes” vinculadas con aspectos emocionales o vulnerabilidad afectiva y psicológica en la madre, por problemas de consumos, dificultades en el vínculo, cuando los bebés están internados en neonatología, por alguna patología neonatológica, problemas de prematuridad y cuando los resultados perinatólogicos no son los esperados. A modo de ejemplo, se destacan estas apreciaciones:

*“...Está en la voluntad del médico y de la enfermera el 90% para realizar el apoyo psicológico y psicoafectivo a las madres...” (ent 1, Servicio de Neonatología)*

*“...Cuando una mamá está en crisis o tiene problemáticas psicosociales y los consultorios externos están cerrados, esa es una de las grandes debilidades que tenemos, es decir cuando los consultorios no están de turno ya sea porque es de tarde, por tratarse de días feriados o por ser fin de semana, es enfermería quien responde la urgencia y la emergencia y las médicas de guardia obvio porque las urgencias y las emergencias ocurren dentro del servicio, no porque tenga algo con las chicas de salud mental, sino porque el trabajo cotidiano es así, porque quien está todo el día en el*

*office y con las pacientes es el servicio de enfermería de neo...”(ente.3, Servicio de Enfermería)*

*“... Se solicita interconsulta con salud mental cuando se sale de ciertos carriles de normalidad cuando la mujer atraviesa alguna situación de angustia o ansiedad, por problemáticas de consumo, por resultados perinatales que no son los esperados...”*  
*(ent. 3, Servicio de Obstetricia)*

*“... Cuando se detecta alguna situación psicosocial/psicoemocional, se solicita la interconsulta al equipo de salud mental del hospital. Para situaciones que se presentan los fines de semanas o en horarios que los consultorios externos están cerrados se solicita la interconsulta al equipo de la guardia disponible de la red...”*  
*(ent.1, Servicio de Enfermería)*

*“... A salud mental lo llamamos más que nada cuando vemos algún trastorno en la mamá por ejemplo; cuando una mamá no tiene demasiado apego con el bebé, cuando el bebé se encuentra en la neo entonces su mamá se siente muy angustiada, cuando lo ve con todos los cables conectados en la incubadora, cuando son bebitos muy chiquititos y se encuentran graves, o en un estado crítico, es decir, cuando la ansiedad de la madre es muy elevada al ver y pensar si su bebé va a poder salir adelante ...”*  
*(ent. 3, Servicio de neonatología)*

Entre las especialidades médicas, que integran el contexto y guardia neonatológica, es decir servicios obstetricia y de neonatología como así también el servicio de enfermería, las concepciones que mencionaron para realizar interconsultas con trabajo social fueron entre otras, por las siguientes intervenciones: por violencia familiar, ante dificultades económicas, cuando se observa la ausencia de un papá y en el caso de violación. De estos conceptos se resaltan los siguientes ejemplos:

*“... A servicio social lo llamamos cuando vemos que hay algún problema con las familias o que han tenido problemas con hijos anteriores, cuando un embarazo no ha sido controlado, cuando vemos problemas con el papá que no está presente ya sea porque se encuentra detenido, en caso de una violación entonces interviene servicio social...” (ent. 3, Servicio de Neonatología)*

*“...Antes también teníamos una participación muy activa con servicio social, ahora continúa pero con interconsultas aisladas, hemos perdido el fuerte vínculo que teníamos. A servicio social se los llama cuando hay una mujer que tiene problemas sociales o intrafamiliares, se lo comunica y se hace una entrevista con la mujer, o con la mujer y el acompañante y se resuelve lo que pueden resolver dentro de la institución. Aquí pasan muy poco tiempo en general internadas las mujeres 48 - 72 horas, algunas por alguna patología una semana, 15 días no mucho más. Se trata predominantemente de problemas vinculados a una población perteneciente a un estrato social de muy bajos recursos materiales, de escasa instrucción formal y ambientes de violencia psicológica y/o física...” (ent.2, Servicio de Obstetricia)*

De las concepciones enunciadas por los servicios se destacan las siguientes ideas y conceptos de los entrevistados:

*“... Globalmente toda mamá que tengan a sus bebés en la neo y deben quedarse uno o dos días necesitarían de un acompañamiento por medio de psicólogos que trabajen en maternidad...” (ent. 2, Servicio de Neonatología)*

*“...Cuando nosotras nos vemos desbordadas y no podemos dar respuesta porque no la tenemos y porque hacemos lo que podemos, ahí derivamos a salud mental, vienen las chicas se presentan a la mamá y le preguntan si quieren tener una entrevista...” (ent.3, Servicio de Enfermería)*

La mayoría de los entrevistados no parece acordar con la figura de la interconsulta y se registró cierto malestar con este abordaje, porque afirmaron, entre otras cosas, que no se trabaja de manera integral al no contar con una continuidad en el seguimiento de los casos y porque cuando emergen los problemas psicosociales mencionaron que son ellos los únicos que están a la orden de la demanda, por otro lado, manifestaron que no cuentan con la formación adecuada para intervenir, refiriendo a la vez, cierto desfasaje temporal que obstaculiza la práctica mediante este modelo.

*“... No sé si yo seguiría con esa figura de las interconsultas porque en realidad debería ser detectado por todo el equipo de salud incluido un psicólogo si lo hubiera perinatal, no se puede estar llamando a los servicios de salud mental o a la asistente social por lo que considera el profesional sin herramientas o con muy pocas herramientas, enfermeras que no están capacitadas para eso, formadas obviamente al igual que nosotros los médicos o cualquiera sea la especialidad, no nos han enseñado, capacitado, ni formado para detectar aspectos psicoemocionales. Cuando es claro el problema que presenta la mujer como por ejemplo, se sospecha de consumos de sustancias o esta alterada emocionalmente o con una arritmia importante, ahí se pide interconsulta, pero para el resto no fuimos formados...” (ent 2, Servicio de Obstetricia)*

*“... Con el modelo de la interconsulta se llega tarde y yo no sé bien el manejo pero si yo le pregunto a una mamá si quiere hablar con alguien, o charlar con una psicóloga, la mayoría me dice que no, mi punto de vista, es que si hay alguien o se acerca y puede charlar puede sacar algo de la mamá o del papá, pero bueno...eso no lo pudimos lograr ni mejorar”. (ent. 2, Servicio de Neonatología)*

*“...No se dispone de trabajadores sociales, ni de salud mental en el contexto de guardia durante las 24 horas...” (ent. 2, Servicio de Obstetricia)*

*“... Con el modelo de las interconsultas obviamente se llega tarde y no estamos focalizando en las familias con este modelo, pero yo no tengo la potestad para hacer ningún cambio sustancial” (ent.1 Servicio de Obstetricia)*

*“... Cuando nosotros necesitamos de salud mental en el las salas de TPR, es todo un engorro porque primero para llamarlos la interconsulta la tiene que solicitar el médico sino no vienen, ha pasado un par de veces que he llamado yo como enfermera asistencial pidiendo y solo una vez vinieron en el momento, la mayoría de las veces te dicen: después vamos y no vienen, el modelo de la interconsulta no me parece bien porque a veces uno no tiene la percepción de lo que necesita una mamá...” (ent. 2, Servicio de Enfermería)*

En los casos de mujeres que son mamás y tienen problemáticas por consumos, existe un protocolo y se las deja internada por unos días y el seguimiento de estos casos lo realiza el centro de salud.

*“...El tiempo que la mujer está internada acá si es un parto normal o cesárea puede ser de un día y medio o dos y en los casos de mujeres que tienen problemática de consumos por un protocolo de neo se las deja cinco días internadas, las intervenciones que ellos pueden hacer son muy escasas porque en realidad las que tienen que trabajar el problema es el centro de salud o el equipo de salud mental y trabajo social del centro de salud, entonces a mi criterio y humilde entender nunca se resuelve nada, nunca se aporta nada. (ent.3, Servicio de Obstetricia).*

Por otra parte, surgió una discrepancia por la modalidad utilizada mediante la interconsulta en los servicios en torno a la disposición por la cual antes de realizar una interconsulta con Salud Mental se debe obtener el consentimiento previo por parte de la madre.

*“Veo bien que sin el previo consentimiento de la madre salud mental no puede intervenir porque debe ser consensuado por ella la intervención psicológica” (Ent. 5, Servicio de Neonatología)*

*“La interconsulta con previo consentimiento de la madre con salud mental lo veo mal, porque la madre no sabe si necesita o no ayuda psicológica, porque primero es la mamá la que te busca porque tiene la necesidad de contarte algo y muchas veces necesita de tu ayuda y tiene tantas cosas en ese momento que no puede darse cuenta, ni puede llegar a retener, ni saber lo que le dijeron, porque tiene un bloqueo emocional” (ent.4 Servicio de Enfermería)*

En este punto, nos parece necesario dejar en claro el lineamiento y pensamiento que tenemos en este trabajo con el modelo de la interconsulta con el siguiente testimonio que transcribimos a continuación:

*“...Es requisito fundamental del servicio de salud mental que si la madre no quiere asistencia psicológica no puede intervenir dicho servicio, entonces la intervención queda bloqueada, hay motivos más que suficiente para que la apoyen, pero es algo que me enteré en estos días...” (ent1, Servicio de Neonatología)*

Pensamos que ante cualquier intervención, tratamiento o dispositivo que se le puede otorgar a una mujer, es ella quien debe participar libremente y de manera temprana, en la capacidad de tomar decisiones informadas y consensuadas, protegiendo a la diada de intervenciones médicas innecesarias y de prácticas o procedimientos que no estén basados en evidencias. Además percibimos que la mayoría de los equipos de salud no se encuentran muy conformes con la utilización de este modelo ya que consideraron que en el contexto de la maternidad, es decir, en la sala de internación conjunta, en las salas de las TPR y en la sala de neonatología, se deberían asistir las

demandas de las madres y familiares del recién nacido, desde una mirada integral y por medio de una guardia interdisciplinaria. Este aspecto será retomado en las propuestas de intervención que se formularán a partir de estos resultados.

En los diagnósticos irreversibles los equipos manifestaron que salud mental tendría que estar presente y no por medio de las interconsultas.

*“...En los casos de los diagnósticos por muerte intrauterina o nace un bebé grave y fallece en el trabajo de parto o después del parto se le ofrece a la mujer una entrevista con la gente de salud mental y depende de que la mujer acepte o no, pero yo creo que salud mental tendría que estar permanentemente y no por medio de las interconsultas porque es un modelo que claramente no sirve”. (ent.3, Servicio de Obstetricia)*

Estos fragmentos que han sido transcritos nos llevan a reflexionar sobre uno de los notables aportes de Gregory Bateson (1998, citado por Fuks, 2018): la comprensión que tenemos de un hecho o el significado que le atribuimos está condicionado por su contexto. Según la perspectiva del construccionismo social, los contextos tienen suma importancia porque siempre actuamos desde y hacia contextos y prefigura como debemos actuar, es decir rara vez carecemos de nociones acerca de qué acciones son adecuadas y cuáles no. Desde esta perspectiva, son las relaciones y no los individuos, las que componen los fundamentos de la sociedad, suponen que todo comienza con lo social y con lo relacional y no con individuos aislados. Nuestro pensamiento se basa desde el paradigma de la complejidad el cual sostiene que uno de los modos en adquirir el conocimiento se logra por medio de la interacción que realizamos a diario con nuestro entorno y por medio de un contexto, en este caso el servicio de neonatología. Por lo

tanto para trabajar desde un modelo integral deberemos incluir múltiples saberes desde un trabajo solidario e interdisciplinario.

Por lo tanto se hace imperativo reflexionar sobre el marco que se debe llevar en este trabajo, siguiendo a Oiberman, et. al (1998) cuando refiere que es necesario que obstetras, enfermeras, neonatólogos y psicólogos aborden a la mujer embarazada primero y a la puérpera y a su bebé después de una manera integral que permita superar la disociaciones entre lo físico, lo psicológico y lo social. Específicamente en el contexto de internación en neo, y en todo lo que implica la maternidad institucionalizada, es imprescindible poner en funcionamiento una modalidad de respuesta que articule los diversos campos saberes.

## 2. Maternidad centrada en la familia desde diferentes enfoques

Todos los integrantes de los servicios que participaron de las entrevistas coincidieron que no están conformes con salud mental del hospital, porque consideran que no utilizan el mismo paradigma de trabajo y a la vez, mencionaron malestar con salud mental porque algunos de sus miembros critican la concepción de parto que utiliza el servicio de obstetricia. Además, no participan de manera conjunta de planificaciones, ni abordan estrategias de intervenciones de manera conjunta con la jefatura de perinatología.

*“...Con salud mental pienso que tendríamos que tener el mismo paradigma de trabajo porque si en definitiva idealizamos a un proceso y endemoniamos a otro así nunca nos vamos a poder ponernos de acuerdo. Me da la sensación que cuando realizamos talleres con salud mental siento que todo lo que decimos que es todo lo que decíamos antes pero que si lo dice alguien de la maternidad está mal, entonces claro cómo vamos a querer ayudar a las mujeres si nosotros no compartimos los mismos criterios que ellos”. (ent. 1, Servicio de Obstetricia)*

*“Salud mental no participa con el equipo de gestión de la maternidad para la elaboración de estrategias o pautas para el abordaje de ninguna temática siendo muy críticos con el modelo de atención que se sostiene en el proceso de nacimiento y tienen un total desconocimiento de las recomendaciones actuales para la atención de dicho proceso” (ent. 3, Servicio de Obstetricia)*

*“...La psicóloga que viene a sala considera que el COPAP (contacto piel con piel), no es importante ¿Qué podes construir a partir de ahí? Si realmente fuera así, pienso que tendría que decir muchachos que está pasando, porque veo a muchos bebés con diagnóstico de asfixia, con problemas relacionado al proceso del nacimiento, pero*

*su enemistad y su posición totalmente antagónica a este modelo de trabajo hace que ella vea todo de esa manera y nos hace responsables a todos nosotros de lo que pasa en la neo, no tiene en cuenta que el contexto social es diferente al que vivíamos hace 30 años atrás, cada vez tenemos más problemas de adicciones, de mujeres que sufren de violencia, de diabetes, de hipertensión, de malnutrición que influyen en los resultados perinatales, ahora se sabe científicamente que el estrés materno influye con el estrés perinatal” (ent. 3, Servicio de Obstetricia)*

*“...Salud mental sólo interviene al lado de la cama cuando la madre permanece internada en la sala de la maternidad y su bebé está en la neo, o en la sala de internación conjunta. La verdad que nunca me puse a pensar porque no intervienen en la neo salud mental”. (ent.1, Servicio de Neonatología)*

En la maternidad, el servicio de obstetricia le otorga un espacio muy importante a la palabra, al igual que el servicio de neonatología, pero en especial son las enfermeras de la neo, quienes están siempre con las madres y con sus bebés, debido a que son su primera red de sostén emocional, también coincidieron que sería muy importante lograr un nuevo espacio y que la maternidad pueda contar con profesionales especializados para poder abordar y mejorar las demandas psicosociales.

*“...El personal del servicio es consciente en términos generales de la importancia de la palabra en este contexto, pero no hay profesionales especializados en la materia para abordar dichas situaciones dentro de la maternidad”. (ent, 2. Servicio de Obstetricia)*

*“...Como equipo de neo, nos parece que a veces se necesita otra mirada, o tener la presencia, porque hay cosas que como neonatóloga se me escapan porque yo voy a*

*dar respuesta al problema de salud y a veces no sabemos manejar las ansiedades de las madres” (ent. 2, Servicio de Neonatología)*

Desde esta perspectiva podemos considerar que cuando los consultorios externos del hospital pertenecientes a salud mental se encuentran cerrados y el vínculo temprano madre/bebé comienza en neonatología, la asistencia preventiva y temprana sobre los factores psicosociales quedan a voluntad del médico y de las enfermeras.

*“... El 90% de las veces no está presente salud mental ya sea porque ocurre en la madrugada y no están y si están tampoco intervienen” (ent1, Servicio de Neonatología)*

*“...Eso de salud mental que lo acompaña desde el principio es imposible porque los chicos ingresan a cualquier hora a la neo, si tratamos nosotros los médicos y las enfermeras, de explicar un poco a esa familia cuales son los aparatos que tiene el bebé y para qué sirve cada cosa, pero otra cosa no le podemos ofrecer”. (ent.3, Servicio de Neonatología)*

Una de las problemáticas recurrentes que registramos de los entrevistados, es “que no cuentan con herramientas”, “hacen lo que pueden” y que “no están preparados” ante cuestiones psicosociales y psicoemocionales, por la ausencia de una guardia interdisciplinaria, cuando los consultorios externos están cerrados.

*“...Tenemos el concepto de neo abierta las 24 horas, ahora bien, en el horario diurno está todo bárbaro, diurno y de lunes a viernes, es decir cuando los consultorios externos están abiertos, tenemos una franja horaria que contamos con un apoyo y con una asistencia, luego cuando los consultorios externos se encuentran cerrados en lo inmediato en las emergencias no tenemos respuestas de otros servicios. El fuerte siempre es por la mañana, un poquito por la tarde, pero los feriados y días de semana*

*cuando emergen las urgencias y emergencias, es el equipo de enfermería y los médicos que hacemos lo que podemos con las herramientas que tenemos” (ent. 3, Servicio de Enfermería)*

*“...Es enfermería quien responde la urgencia y la emergencia y las médicas de guardia obvio, porque las urgencias y las emergencias ocurren dentro del servicio, el trabajo cotidiano es así, porque quien está todo el día en el office y con las pacientes es el servicio de enfermería de neo. Tanto los servicios de salud mental y servicio social no trabajan específicamente en el sector de neonatología” (ent.1, Servicio de Enfermería)*

*“...Cuando los consultorios externos están cerrados somos nosotras, el servicio de enfermería de neonatología, las que intervenimos, las que charlamos, las que les damos la posibilidad a que se puedan desahogar, quién sostiene a la madre, padre o a las familias cuando tienen a un bebé internado en la neo. (ent.4, Servicio de Enfermería)*

*“...Creo que el servicio de psiquiatría está al llamado, nosotros en caso de necesitar llamamos a la dirección del hospital pero no hay psicólogas de guardias por ejemplo; hay cirujanos, cardiólogos, que están de guardias pasivas yo tengo agendado los cronogramas y a quien llamo cada día, pero si tengo que llamar por una urgencia por parte de psicología no, desconozco si hay poco personal de salud mental, pero si a una mamá que está charlando con una de las psicólogas, te pongo de ejemplo el día miércoles y si al otro día está todo mal con esa mamá, sé que esa psicóloga al otro día no viene, entonces es muy difícil todo”. (ent.2, Servicio de Neonatología)*

Los servicios lamentan no poder brindarles a las madres un acompañamiento inicial y asumen que es una situación muy difícil para una familia cuando tienen que regresar a sus viviendas sin el bebé.

*“...Lamentablemente no hay un acompañamiento inicial para todas las mamás con hijos internados en neo, salvo alguna situación específica que haga que solicitemos una interconsulta”. (ent.1, Servicio de Neonatología)*

*“...Considero que es necesario la presencia y acompañamiento de psicología en el servicio de neonatología y ante algunas situaciones obstétricas. Simplemente tan solo pensar que esa familia no puede volver a su casa con su hijo a las 48 horas y que deben dejarlo y no saber qué es lo que pasará, asumo que es una situación muy difícil de manejar y como neonatóloga sé que no estamos preparados para poder ayudarlos en la parte emocional, sí tener empatía, escucharlos, explicar, informar, pero creo quienes tienen más experiencia en psicología puede hacer mucho más” (ent.2, Servicio de Neonatología)*

*“...Mira yo trabaje en una época en un hospital de la provincia de Buenos Aires y el psicólogo estaba permanentemente en el servicio y si..., las intervenciones están buenas..., lo que pasa es que acá nunca lo hicimos”. (ent.5, Servicio de Neonatología)*

*“A salud mental si no los llamas no vienen, y “tenemos mucha necesidad de contar con su presencia” (ent. 4, Servicio de Enfermería)*

En este aspecto, estos relatos nos hacen pensar, que el hospital continúa bajo el paradigma médico hegemónico, al no incluir a los factores psicosociales en los periodos de embarazo, parto y puerperio y solamente considera los aspectos somáticos de la mujer. Siendo que dicho modelo, se organiza alrededor de la enfermedad y la clínica

desde el punto de vista de enfermedades somáticas haciendo surgir el hospital desde una mirada individualista que se ocupa del individuo sin considerar sus aspectos sociales

Santos (2017) plantea que la modalidad de este abordaje, implica un posicionamiento diferente al tradicional en salud mental, ya que los tiempos de la interconsulta no son operativos en situaciones críticas, debiendo responder y asistir en el mismo lugar y en el mismo momento en que las crisis se desencadenan.

En contraste con estas apreciaciones una de las entrevistadas analiza desde una perspectiva relacional la problemática:

*”Acá hay muchos reclamos a las chicas de salud mental, vas a encontrar a muchos que le hagas la entrevista que digan que acá las chicas de salud mental no vienen, no hacen un recorrido cama por cama, eso es todo cierto, no está en discusión, pero también digo que de este lado hay muchas falencias, entonces nosotros somos los generadores de tantas violencias y me animaría a decir de abandono de persona también (...) pienso que hay cuestiones de egos en todas las disciplinas, todas te van a decir que tienen razón y que se debe trabajar de esta manera, pero si me parece sumamente interesante la apertura de todos y siempre digo lo mismo, la importancia de sentarse en una mesa redonda y hablar y plantear las dificultades”. (ent. 3, Servicio de Enfermería)*

Este testimonio, nos lleva a pensar en uno de los aportes sistémicos de dinámicas sociales. Fuks (2018) propone sistematizar un modelo para la comprensión y la construcción de acciones complejas para acompañar procesos colectivos de cambios, desde un modelo no reduccionista, donde se pueda integrar y leer sus significados permitiendo identificar las características de un contexto. Para comprender e intervenir en un sistema podemos imaginar tres descripciones de contextos. Siguiendo con el

autor, plantea que existen tres dimensiones: la primera es la relacional/afectiva, la segunda es la pragmática/relacional y la tercera dimensión es la simbólica/reflexiva. Cuando describimos estas tres dimensiones lo que estamos haciendo es distinguir tres diferentes señales o marcadores de contextos que permiten reconocer los hechos que existen en el interior de cada uno de ellos.

La primera dimensión, reflexiva/simbólica, en ella nunca dejamos de preguntarnos por el sentido de nosotros mismos, cuando la existencia pierde sentido, la vida misma pierde su razón de ser y necesitamos del sentido para ser capaces de vivir y el sentido es algo que producimos a partir de nuestras capacidades lingüístico/comunicacionales. Sin embargo cuando algo no tiene sentido nuestro hacer se vuelve mecánico, forzado y carente de pasión y esto hace que la falta de entusiasmo se convierta en acciones poco comprometidas y poco creativas. Las prácticas reflexivas posibilitan la revisión de nuestras actitudes, creencias, valores, prácticas y permiten identificar aquellos aspectos que necesitan ser revisados, reformulados, mejorados o innovados. La reflexividad implica un compromiso de lo emocional y de lo corporal que asumen la forma de una interrogación acerca del sentido de uno mismo y de nuestro mundo de relaciones.

La segunda, relacional/afectiva: las relaciones dependerán de la calidad de las conversaciones que la configuran, si las conversaciones que se organizan son limitadas, defensivas competitivas, la relación tendrá esa característica también, lo que implica que, si cambiamos la forma de comunicarnos, mejorará también la relación que construyamos. El lenguaje es uno de los aspectos centrales en la construcción de nuestras relaciones, es parte de la experiencia cotidiana, tomando en cuenta que nuestras competencias e incompetencias en el dominio del lenguaje nos conducen a construir o destruir las relaciones que mantenemos con los demás.

La tercera, pragmática/relacional es la dimensión del hacer, su mirada está centrada en los objetivos y en llegar a concretar las metas, planificando las intervenciones en el campo de los procesos colectivos.

Las diferentes dimensiones se articulan enriqueciéndose mutuamente, cuando este tipo de articulación funciona, esto producirá sinergias que nutrirán la flexibilidad y adaptabilidad necesarias ante las cambiantes condiciones internas y externas. El todo se organizará como un sistema complejo, donde cada una de ellas puede funcionar como el contexto organizador para las otras.

### 3. Aspectos institucionales y comunicacionales.

En todo el trabajo de campo realizado se observa la expresión continua de lo que podríamos llamar “malestar institucional”, como categoría emergente de los discursos. Los equipos manifiestan sentirse cansados porque desde hace tiempo por medio de notas vienen solicitando contar con un espacio que permita alojar a las madres que residen lejos de la maternidad cuando tienen a un bebé en el servicio de neonatología. A nuestro entender, la construcción de una residencia de madres, facilitaría en la diada madre/bebé, a que cada uno acceda a la obtención de sus derechos, por un lado en las madres a ejercer su derecho a la maternidad y por otro, al bebé que tenga acceso y el derecho a su lactancia materna, ambos derechos se encuentran garantizados por la Ley N°25.929 de Parto Humanizado y Respetado. Pero esta ausencia, les trae muchos inconvenientes, tanto en las familias como para el equipo tratante. Dicen al respecto recibir promesas que nunca se cumplen por parte de las autoridades. Así entonces, este malestar institucional en los equipos que se reflejó en todos los entrevistados, se ejemplifica en los siguientes fragmentos:

*“...yo creo que fuimos la maternidad modelo políticamente correcta y ahora como que ya no le servimos como visión política entonces ahora molestamos”, estamos cansados de pedir y hacer reclamos a la dirección y a la secretaria, pero yo estoy rendida... (ent, I. Servicio de Obstetricia)*

*“...No contamos con residencias de madres, lo que trae aparejados muchos inconvenientes para toda la familia y el equipo tratante. Ya ni lo mínimo está garantizado por ejemplo, de los cinco días de la semana de lunes a viernes hay un día que te falta un médico de guardia y eso en el equipo genera mucha tensión porque el médico que está de guardia no sabe si tiene que estar solo por más que estén los*

*médicos transversales que ellos si están todos los días”. (en. 1, Servicio de Neonatología).*

*“...Lamentablemente el servicio no cuenta con un dispositivo de residencia de madres para alojar a las mamás mientras su hijo/a está internado en la UCIN”. (ent.4, Servicio de Neonatología).*

*“...La residencia de madres se solicitó a las autoridades en varias oportunidades” (ent.1, Servicio de Enfermería).*

*“...Es muy complejo porque después en las campañas políticas vienen a sacarse las fotitos en la TPR, por el parto respetado, con la tela, la pelota, el parto en el agua y muchos de los que están ocupando cargos de decisión son tremendos ignorantes y están ahí por acomodo” (ent.3, Servicio de Obstetricia)*

Estas situaciones fueron consideradas como parte importante del malestar que sienten los equipos diariamente. A la vez manifestaron que la falta de personal y la ausencia de camas disponibles provocan sobrecarga laboral en los equipos ya que afecta en el desenvolvimiento diario de las tareas. En ocasiones, cuando hay disponibilidad cuentan con la colaboración del servicio de obstetricia que facilitan camas para las mamás que tienen internado a sus hijos en neonatología, hasta que las necesitan nuevamente para una internación obstétrica.

*“... Acá hay varias trabas por la falta de personal y por la falta de camas”, en ciertas ocasiones contamos con la colaboración del servicio de obstetricia que nos facilita camas para mamás de neo hasta que las necesitan para una internación obstétrica...” (ent. 1, Servicio de Neonatología)*

*“...Cuando por alguna cuestión de salud que no requiera internación en cuidados intensivos ni en el ámbito de la sala de neo y los recién nacidos deben permanecer en el hospital para recibir algún tipo de control o de tratamiento de baja complejidad allí permanecen en internación conjunta con sus madres. En algunas ocasiones, en que esa sala se encuentra totalmente ocupada, ofrecemos alguna cama libre del servicio para que sea utilizada con ese fin, pero en períodos de alta demanda se complica”.* (ent.3, Servicio de Obstetricia).

Entre los entrevistados se observa una actitud de búsqueda de alternativas que faciliten el trabajo, ya que refieren solicitar mejoras y espacios físicos a la dirección, situación que les ocasiona “desgastes”. Por ejemplo:

*“...El único espacio físico que tenemos para realizar entrevistas, brindar informes o para resolver alguna situación es este lugar que te ofrecemos nosotros para que vos puedas realizar las entrevistas, es un saloncito multiuso, no hay un espacio físico, es más no hay residencia para madres”.* (ent.3, Servicio de Obstetricia)

*“...No tenemos un lugar físico para que se queden las madres, empecemos por ahí... hay madres que vienen desde muy lejos y no la vienen a visitar porque viven a más de 60 km de Rosario y no son visitadas porque la gente no tiene dinero para venir.* (ent.5, Servicio de Neonatología)

*“... Las respuestas por parte de las autoridades es que no hay espacio y deberíamos tener un espacio, porque como enfermera del equipo del Área de Atención Integral de la Mujer, con estas situaciones difíciles y estresantes, (como ahora, que tuvimos un montón de problemas con lo edilicio, con la temperatura) y si sumamos los conflictos con la jefatura y con otros servicios, se hace todo muy difícil porque todo esto te genera malestar”* (ent.2, Servicio de Enfermería)

*“...Tenemos que trabajar con las mujeres y con sus patologías, en caso si existieran, tenemos que trabajar en la formación de los residentes, hay un montón de cosas que sinceramente te van desgastando y aparte cuando vos vas con un proyecto o iniciativa te lo tiran abajo y no quiero desgastar todo mi ser con personas que no se lo merecen. Las veces que nos prometieron la construcción de una residencia para madres, o trabajar en conjunto con salud mental y no podemos ponernos de acuerdos ni en eso y como ya te dije todo esto te va desgastando notoriamente” (ent.1, Servicio de Obstetricia)*

*“...Hay muchas cosas que se vienen solicitando desde hace muchos años y no se hacen, ni se van hacer, yo a esta altura de mi vida vengo hago mi trabajo y listo, esto obviamente te desgasta mucho (silencio)” (ent. 5. Servicio de Neonatología)*

También solicitaron a las autoridades por medio de notas y reuniones *“que exista un mayor factor humano”* y la posibilidad de generar nuevos espacios.

*“...Mira que venimos pidiendo que exista mayor factor humano con reuniones y por medio de notas, pero no tenemos respuestas por parte de las autoridades, sabemos que cuando hay cuestiones políticas en el medio allí hay otros intereses, lo que se muestra para el afuera está todo genial, pero para dentro cuando vos quieres implementar determinadas cuestiones tenes resistencias”. (ent.3, Servicio de Obstétrica).*

*“...Desconozco si en el hospital están dispuestos a generar este espacio a sumar más gente y si nosotros podemos hacer algo desde el servicio, porque estamos a modo de sobrevivencia”. (ent1, Servicio de Neonatología)*

Todos estos aspectos nos llevan a reflexionar sobre la posibilidad de facilitar sistémicamente procesos colectivos, concepto desarrollado por Fuks (2009). Así,

facilitar es liberar las dificultades o responsabilizarse por un conjunto de funciones o actividades, a fin de ayudar al grupo para entender sus objetivos comunes y alcanzar consensos ante cualquier desacuerdo que ocurra, con la intención de que exista una base consistente para las acciones futuras. Creando de esta manera organizaciones flexibles, creativas, adaptables y resilientes en las cuales las personas sean vistas como una riqueza y no como un problema. La facilitación surgió como un conjunto de prácticas creadas para impulsar los procesos de participación, discusión y toma de decisiones y se construyeron para ser utilizados en el acompañamiento de eventos o procesos colectivos tales como reuniones, talleres, debates, foros, asambleas, congresos y en todas aquellas situaciones donde los agrupamientos humanos requieran por la complejidad de la tarea o los desafíos singulares de los participantes, de acompañamientos externos.

Siguiendo a este autor, la facilitación como modo de trabajo con grupos, se diferenció rápidamente de las formas tradicionales del trabajo grupal o de los abordajes institucionales por su declarada orientación hacia los “procesos” más que a los contenidos. Las “concepciones” acerca de la vida social, están sustentadas en un conjunto de presupuestos acerca de los modos por los cuales las normas, regulaciones, valores y modo de percibir la realidad son transmitidos, incorporados y apropiados por los miembros de una cultura o sociedad. Estas matrices son las que habilitan a ser parte de un colectivo para desempeñarse satisfactoriamente en una ecología social, configurando un proceso denominado socialización. La facilitación sistémica emergió diferenciándose de los enfoques en el que los contenidos eran el foco privilegiado de los acompañamientos grupales y en sus desarrollos posteriores, fue orientándose hacia la comprensión de los procesos por los cuales los colectivos humanos llegan a concretar sus objetivos. La perspectiva actual, considera al facilitador de modo más amplio: como un artesano de contextos, un acompañante temporario y provisorio del grupo, un

cuidador del proceso, un co-constructor de condiciones de posibilidades para la auto-organización grupal, un diseñador de escenarios, dispositivos y dinámicas y un articulador de las complejidades que implican el monitoreo participativo de todo el proceso. Entonces, a partir de los aspectos que han surgido en las entrevistas y observaciones, sería muy importante generar estos procesos de facilitación desde esta perspectiva sistémica, propuesta que será desarrollada al final de este trabajo.

#### **4. Parto respetado**

La mayoría de los entrevistados adhiere y conoce las leyes: N° 27.611, más conocida como “Ley 1000 días”, que tiene como objetivos, proteger, fortalecer y acompañar el cuidado integral de la vida y la salud de las personas gestantes y las niñas y niños en sus primeros 3 años de vida. Este sistema integral de cuidados nos obliga a dialogar e intercambiar saberes y a vincularnos mejor para generar entornos más favorables. Se llama 1000 días porque es el tiempo contado en días aproximados, en el que transcurre el embarazo, el nacimiento hasta los 3 años del niño/a. Es uno de los cursos de vida más importantes si se tiene en cuenta el desarrollo y el crecimiento de las personas, lo cual significa lo que se haga hoy para cuidar a las personas durante los 1000 días, tendrá efectos en el resto de sus vidas (Argentina.gob.ar).

Por otro lado, la Ley N° 25.929 de Parto Respetado o Parto Humanizado, hace referencia en el respeto y derechos de las madres, los niños/as y sus familias en el momento del nacimiento. Promoviendo el respeto a las particularidades de cada familia, etnia, religión, nacionalidad, acompañando a través de tomas de decisiones seguras e informadas (UNICEF, 2019).

En este apartado, los relatos de los servicios de enfermería, obstetricia y neonatología consultados, respondieron que no solo acompañan a las mujeres desde el acto médico, sino que refieren sostenerlas emocionalmente cuando presentan signos de angustias o cuando observan en alguna mamá la ausencia de sentimientos hacia su bebé cuando están en la sala. Cuando el recién nacido permanece internado en neonatología, la mamá tiene ingreso irrestricto a la neo las 24 horas, para el padre hasta las 22 horas y días específicos para hermanos y abuelos.

*“...Obviamente que adhiero a la Ley 27.611, ni hablar y no solamente nosotros acompañamos a las mujeres desde el acto médico, sino que también como mujer puedo empanizar y acompañar cuando una mamá esta angustiada, si después esa mujer necesita otro tipo de intervención porque su hijo ingresa a neo y se la nota muy angustiada, entonces ahí se llama a salud mental, pero aquí claramente hay un déficit, porque algunas veces salud mental no interviene o se demora con las consultas. Cuando las mamás no manifiestan sentimientos, como que no se dieron cuenta de lo que pasó, o no registraron el proceso de nacimiento, porque suele pasarles a muchas mujeres que están con sus bebés en las salas y notamos que no lograron establecer ese vínculo que uno espera con el recién nacido, entonces ahí empezamos a indagar un poco su entorno, o sea con quien vive, que hace, entonces uno puede entablar alguna relación o pesquisar algún inconveniente” (ent. 1, Servicio de Obstetricia).*

*“...La madre dispone del ingreso irrestricto las 24 horas cuando el recién nacido se encuentra internado en neonatología”. (ent.2, Servicio de Obstetricia).*

*“...Nuestra neo es considerada abierta, es decir que tiene ingreso irrestricto para la mamá durante todo el día y para papás hasta las 22 horas, tiene días específicos de visitas de hermanos y abuelos y la posibilidad de ver a través de la ventana de neo a los bebés en un horario diario para el resto de las familias”. (ent. 1, Servicio de Neonatología).*

*“...Los papás tienen ingreso irrestricto solo hasta las 22 horas, pero siempre se tienen en cuenta las excepciones según la gravedad del bebé internado y por los horarios de trabajo por normativa hospitalaria, ante los numerosos casos de inseguridad al que está expuesto el hospital, por la zona donde se encuentra localizado”. (ent. 2, Servicio de Neonatología)*

Es importante destacar que la maternidad cuenta con sala de internación conjunta y se utiliza cuando el bebé debe permanecer en el hospital por alguna cuestión de salud que no requiere una internación en cuidados intensivos pero si en recibir algún tipo de control o tratamiento de baja complejidad, entonces se les ofrece la internación en sala conjunta para que la madre acompañe a su bebé, teniendo el servicio de enfermería una labor destacada por los equipos médicos de neonatología y de obstetricia.

*“...La sala conjunta cuenta con seis camas, un baño y ahí se terminó, destinado a la permanencia de las madres cuyo bebés sufren de patología leves que requieren internación de baja complejidad”. (ent.2, Servicio de Obstetricia)*

*“...El servicio de enfermería tiene un rol muy importante, son el primer contacto de la mamá, son las que mayor tiempo pasan con la madre y con el bebé, son las que más las escuchan, para sacarlos de la incubadora ayudando a la madre para que el bebé logre prenderse al pecho, para dárselo a los padres, para ponerlo nuevamente en la incubadora, para explicarle sobre la lactancia.”. (ent. 3, Servicio de Neonatología)*

*“... Esta sala, es un espacio que tiene el servicio de neonatología y cuenta con una antigüedad de 15 años aproximadamente, hay médicas neonatologías de guardias que están siempre, se podría decir que forman un staf. El fuerte del lugar es poder residir a todas las madres que tienen que estar con sus bebés prematuros tardíos (más de 35, 36 semanas y un poquito más) algunas veces vienen a este lugar derivadas de otros servicios, otras veces vienen de neo cuando fueron prematuros y vienen a recuperar peso acá y creo que es el único en Rosario que tiene este dispositivo y para toda el área materno infantil es un orgullo muy fuerte.” (ent.3, Servicio de Enfermería)*

*“...La guardia además de obstetras y neonatólogos la integra el personal de enfermería, profesionales imprescindibles en dicho servicio”. (ent2, Servicio de Obstetricia).*

*“...Es el servicio de enfermería que se encuentra a cargo de enseñarles sobre lactancia, como cuidar las mamas, de cómo extraerse la leche, de cómo su bebé se prenda al pecho hay una de mis compañeras del servicio que trabaja particularmente con cada mamá, va controlando el día a día con ellas, les pregunta si su bebé logró prenderse bien al pecho, si necesita de otro elemento para que se pueda prender, ella está todos los días, nosotras como que trabajamos ahí en el momento y después ella refuerza todo lo que nosotras hacemos” (ent.4, Servicio de Enfermería)*

*“...Cuando ingresan las madres a la sala conjunta te pones a charlar de manera informal con tu formación, como te sale digamos” (ent.3, Servicio de Enfermería).*

*“...Claro que adhiero al parto respetado y pienso que debería haber una guardia de salud mental en el servicio”. (ent. 4, Servicio de Enfermería)*

Otro aspecto muy importante a resaltar es que los informes y partes diarios son brindados por el equipo de neonatología en un consultorio específico con el propósito de otorgar al familiar del recién nacido hospitalizado, un lugar privado con la finalidad que puedan conversar y preguntar sobre la evolución o por la complejidad del diagnóstico.

*“...Los informes a familiares se ofrecen en un consultorio específico para tal fin con el objetivo de que puedan evacuar sus dudas en un ámbito más íntimo que la sala de neo, los informes son dados por los médicos que acompañan a diario a los bebés son*

*médicos transversales, y son siempre los mismos para favorecer la comunicación y establecer un vínculo de mayor confianza con las familias”. (ent. 1, Servicio de Neonatología)*

A la vez, se recolectaron testimonios que permiten conocer el compromiso y la adherencia al parto respetado que tienen algunos miembros que integran los servicios médicos. A continuación, compartimos el siguiente relato a modo de ejemplo.

*“...Propusimos cómo formar parteras y no formadas por los propios médicos porque eso no es bueno, el modelo médico es contrario a la formación que debe tener una partera de ese concepto de acompañamiento empático y de no intervenciones innecesarias y no obtuvimos respuestas en absoluto”. (ent.2, Servicio de Obstetricia)*

Un dato no menor y que registramos de los equipos de salud fue su calidez y predisposición en pensar y en reflexionar sobre la importancia de la palabra de las madres dentro de la maternidad, por medio de prácticas asistenciales que utilizan los servicios, eje central del modelo que propone el nuevo paradigma de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (UNICEF, 2019), el cual busca e intenta reemplazar el viejo modelo mecanicista, intervencionista y biologicista de las maternidades tradicionales, posicionando a la mujer, su familia y al recién nacido como los verdaderos protagonistas de la experiencia del embarazo y del parto/nacimiento. Empoderándolos con más y mejores conocimientos sobre los derechos que lo asisten en esta etapa para ejercerlos con la asistencia y el acompañamiento del equipo de salud.

*“...Creo que poner en palabra cualquier conflicto que surja en el vínculo es el primer paso para intentar una resolución al mismo y para poder fortalecerlo”. (ent.1, Servicio de Neonatología)*

Estos testimonios muestran que las intervenciones que utilizan los servicios se ajustan y son pertinentes con el modelo de parto humanizado, por ejemplo, cuando mencionaron que se le otorga un rol importante a la futura mamá, para que pueda ser sostenida afectivamente por una compañía de su elección y en poder parir libremente, respetando y cuidando sus tiempos durante todo el proceso del nacimiento y en ser la verdadera protagonista de la escena junto a su bebé.

Este apartado nos invita a reflexionar en las prácticas integrales y asistenciales que brindan y ofrecen las instituciones maternas cuando adhieren al modelo de parto respetado. Pero a la vez, este eje nos abre un interrogante al preguntarnos si las intervenciones que emplean los equipos son suficientes o sólo el punto de partida para en un futuro considerar a la maternidad desde el modelo e iniciativa que propone la maternidad segura y centrada en la familia dado que los equipos que participaron de las entrevistas refirieron que no comparten el mismo paradigma ni utilizan los mismos criterios con salud mental (apartado que vimos en los ejes 1 y 2).

*“La internación de un hijo recién nacido suele ocurrir repentina e inesperadamente. La internación neonatológica involucra situaciones críticas, donde la madre debe sostener y acompañar a su hijo enfermo sobrellevando la incertidumbre acerca del futuro de su bebé, tratando de contener la disrupción en la vida familiar originada a partir de este hecho inesperado. A estas, se le suman el impacto del ambiente particular de la UCIN, donde el riesgo y la urgencia definen el ambiente”.*

(Santos, 2017 pág. 96)

## 5. Abordaje interdisciplinario

Si bien todos los entrevistados que participaron destacaron la importancia del trabajo integral y la adhesión al modelo interdisciplinario, en sus prácticas actuales refieren no estar empleando totalmente este abordaje entre los servicios, lo que implica como se vio en otros ejes, las problemáticas que emergen en el contexto de la maternidad cuando se deja por fuera la dimensión psicosocial de las familias y la falta de una guardia interdisciplinaria.

*“...Hoy por hoy hace mucho tiempo que no se trabaja de manera interdisciplinaria, no se trabaja con esta modalidad, a pesar de la importancia y la falta. Hace bastante tiempo que yo lo vengo planteando pero no hay respuesta. (ent. 4, Servicio de Enfermería)*

*“...Considero muy importante el trabajo interdisciplinario, porque ya es conocido con suficiencia que la salud no se trata solo de cuestiones relacionadas a la esfera de lo físico-biológico, sino que lo psicosocial es parte de los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad, por lo que sin el aporte de disciplinas que sepan abordar estas situaciones siempre será insuficiente la posibilidad de ofrecer soluciones a la demanda en ese sentido” (ent.3, Servicio de Obstetricia)*

En las guardias de la maternidad de 24 horas, solo hay obstetras, neonatólogos y servicio de enfermería.

*“... En las guardias de 24 horas hay obstetras, neonatólogos y enfermeros, el resto de los profesionales que intervienen no son exclusivos del área, considero indispensable el trabajo interdisciplinario para abordar los cuidados en todos sus aspectos”. (ent. 1, Servicio de Enfermería)*

Consideramos que esta modalidad de trabajo que refieren los entrevistados se podría describir como fragmentada, situación que puede incidir en la falta de respuestas preventivas y de intervenciones tempranas cuando emergen complicaciones psicosociales en las familias cuando se encuentran al cuidado de un recién nacido que permanece internado en neonatología. Por otra parte, algunos de los entrevistados comentan que las reuniones que hacían de manera interdisciplinaria, no obtuvieron resultados positivos:

*“...Suele pasar que los centros de salud en los casos complejos soliciten reuniones interdisciplinarias, hemos organizado alguna reunión en época de pandemia (COVID-2020) de manera virtual y convocamos a alguien de neo, de salud mental, pero nunca he visto que una reunión genere un resultado positivo y que exista un encadenamiento entre el centro de salud con nosotros, por lo general eso se pierde. (ent. 3, Servicio de Obstetricia)*

*...” Nosotras no estamos en la sala de neonatología porque mi servicio pertenece a las salas de TPR. Mientras se siga trabajando de este modo y tan fragmentadas las disciplinas con faltas de encuentros, va a seguir así y peor... Con respecto al trabajo interdisciplinario es todo muy artesanal, yo creo que fue una idea concebida por personas que lo idealizaron a este modelo, pero que no pensaron o tuvieron en cuenta realmente una mirada integral, o pensaron que con esto era suficiente, pero no vieron la globalidad del trabajo. Pero bueno se ve lindo así, estamos bien así...” (ent.2, Servicio de Enfermería)*

*“...No trabajamos de forma integral porque no establecemos planificaciones de manera conjunta con salud mental”, una vez lo hemos intentado pero no perduró mucho tiempo”. (ent1, Servicio de Obstetricia).*

Los equipos sostienen que el trabajo interdisciplinario facilita la atención al bebé hospitalizado por el aporte que otorga cada área, también por el acompañamiento y sostén psicológicos a los familiares del recién nacido, fortaleciendo un buen clima laboral.

*“...Considero fundamental el trabajo en equipo, por el aporte que cada área puede ofrecer en la atención del bebé, en el servicio contamos con: “kinesiología, fonoaudiología, cardiología, cirugía, ecografía, traumatología, genética, salud mental, servicio social. Para interconsultas médicas con otros especialistas que se realizan a profesionales de la red municipal y generalmente son telefónicas. Si tenemos la negativa de la madre no interviene Salud Mental, yo soy médica y no tengo las herramientas para brindarles... es una situación sumamente delicada”. (ent.1, Servicio de Neonatología)*

*“...El trabajo interdisciplinario me parece súper importante; trabajar en equipo y que haya buena comunicación, sobre todo porque crea un ambiente de trabajo más armonioso y es bueno para el paciente y su familia, en lo que respecta a la guardia se encuentran además servicio de enfermería, de mucamas, anestesiología, cirugía, y cardiología”. (ent.4, Servicio de Neonatología)*

*También refieren que se trabaja poco en interdisciplina a pesar de considerar a este modelo de “indispensable”.*

*“...Se trabaja poco de manera interdisciplinaria “lo que queda en pie, pospandemia tremendo...” (ent.5, Servicio de Neonatología)*

*“...En las guardias de 24 horas hay obstetras, neonatólogos y enfermeros, el resto de los profesionales que intervienen no son exclusivos del área, considero*

*indispensable el trabajo interdisciplinario para abordar los cuidados en todos sus aspectos". (ent. 1, Servicio de Enfermería)*

Por todo lo antedicho este apartado amerita una reflexión acerca de las dificultades que en la práctica cotidiana supone el trabajo interdisciplinario para la inclusión de la psicología perinatal.

Mansilla (2021), señala que los psicólogos perinatales son nexos a veces útiles, pero en otras oportunidades molestos, ya que no son "a quien se derivan" sino que son testigos de lo que sucede frente a una situación crítica de nacimiento.

## 6. Rol del psicólogo perinatal en hospitales

Cuando hay un bebé internado en neonatología, los equipos que integran la maternidad consideran que con el modelo actual de trabajo y que emplea salud mental, no se está pensando mucho en las familias porque quedan por fuera los factores psicosociales y no se logran atender las demandas de los progenitores de manera integral.

*“...Esta es la parte que falta, nos quedamos corto porque falta complementar toda la parte psicológica perinatal porque en estos últimos 10 - 15 años se avanzó mucho en neonatología pero falta esta pata, el acompañamiento psicológico perinatal”.*  
(ent. 2, Servicio de Neonatología)

Por un lado algunos entrevistados valoran y conocen la especificidad de esta práctica y en la importancia para abordar y asistir las diversas tareas dentro de una maternidad

*“...Conozco las tareas atribuidas al psicólogo perinatal en las maternidades y las considero de suma importancia a los fines de acompañar a la familia en caso de internación en el servicio de neonatología y/o situaciones que ameriten su intervención. A propósito, la jefatura médica de perinatología hemos solicitado la incorporación de psicólogos perinatales con la argumentación correspondiente, sin haber obtenido respuesta favorable por parte de las autoridades sanitarias a lo largo de años, solo nos respondieron que hay psicólogos en la institución, nosotros argumentamos que no están capacitados específicamente para este tipo de intervenciones”.* (ent.2, Servicio de Obstetricia)

*“...Yo soy re- pro en que tendría que haber una persona encargada en el sector de ese problema, un psicólogo perinatal en la sala continuamente y no solo en la sala*

*de neonatología, sino también en la sala de TPR, o en la sala de la maternidad, porque debería considerarse que detrás de un proceso de embarazo, parto o puerperio existen también otras cosas y que no siempre la maternidad representa lo que uno se imagina ni mucho menos lo que uno desea. Muchas veces son muy complejas las relaciones familiares o sociales y hay un montón de cosas detrás de un embarazo que pueden incidir en el parto y en esos momento”. (ent.2, Servicio de Enfermería).*

*“...Entiendo que el Psicólogo Perinatal, conoce y analiza las situaciones que dentro de ese proceso de atención están requiriendo el bebé, la madre y la familia, más allá de lo estrictamente biológico, y posee herramientas para abordarlo y facilitar el vínculo y favorecer espacios de escucha y de estrategias para mejorar el resultado. Por supuesto que considero de suma importancia su incorporación a los equipos de trabajo, por lo expuesto: modelo interdisciplinar bien específico para mejorar resultados.”*  
*(ent.3, Servicio de Obstetricia)*

Por otro lado, un grupo de entrevistados, no conoce a la psicología perinatal, ni la función del psicólogo/a perinatal a pesar de suponer lo siguiente:

*“...Con respecto a un psicólogo perinatal no se bien cuál es su función pero creo que sería el de acompañar a los padres desde la concepción y desde el momento en que se diagnóstica el embarazo y luego un periodo posterior al puerperio. Muchos diagnósticos hoy en día se hacen de manera prenatal, gracias al avance de la tecnología muchos niños nacen de manera prematura y su evolución a veces no es la esperada, es importante que se acompañe a los padres desde temprano y se le brinde toda la información necesaria para poder atravesar estos momentos acompañados para poder sobrellevar los malestares y las angustias que surgen en muchos momentos”.*  
*(ent.4, Servicio de Neonatología)*

Una entrevistada refirió que debido a esta investigación que nos encontramos realizando, recién ahora está conociendo las tareas y el enriquecimiento que puede aportar la psicología perinatal en la maternidad.

*“...Recién ahora estoy conociendo el trabajo de un psicólogo perinatal, por lo que pienso sería sumamente enriquecedor para la atención de nuestros pacientes un acompañamiento integral de la familia durante la internación de su bebé en neonatología, creo que el aporte podría realizarse dentro de múltiples espacios, por ejemplo al momento de dar los informes, en el pase de sala cuando se habla específicamente de cada paciente y así poder englobarlo no solo desde el aspecto médico, sino también desde su contexto social. Sería muy importante lograr este espacio en el hospital”. (ent.1, Servicio de Neonatología)*

La derivación que utilizan los médicos con el servicio social y salud mental, muestra que la demanda es externa y que la figura del psicólogo/a no está presente en el contexto maternal. Este abordaje, nos lleva a plantear los siguientes interrogantes: por un lado, si los servicios consideran y si se le otorga el alta psicológica a una mamá, cuando por complicaciones obstétricas permanece internada con la consiguiente vulnerabilidad psicoafectiva, o cuando se le otorga el alta médica al bebé, si se consideran las alteraciones psicológicas que pueden perdurar en ella y en los padres producto del impacto del diagnóstico y estrés que les pudo ocasionar el contexto neonatológico.

Consideramos que estas experiencias pueden alterar, modificar y perdurar en el estado psicoemocional de los padres cuando transitan por estas vivencias. Por lo tanto pensamos que la figura del psicólogo perinatal dentro de las maternidades pueden aportar al desplegar modelos de intervenciones diferentes al modelo actual, mayor

acceso a las mamás de neo, por medio de la demanda interna, es decir que el psicólogo perinatal se puede acercar a las madres, padres y familiares del recién nacido hospitalizado de manera temprana y oportuna, sin esperar a ser llamado por los médicos. Así, contribuir a éstos y a los servicios de enfermería con herramientas y entrenamiento adecuado para poder intervenir delante de la incubadora, en las sala de habitaciones conjunta, en los pasillos de la maternidad y en todo lugar que se lo requiera.

Emergiendo a la vez, una categoría que podríamos denominar “el alta psicosocial de la madre”:

*“...Jamás se le entregó a las madres el alta psicosocial, solamente está el médico, como si la etapa del puerperio sería fácil”. (ent. 1, Servicio de Obstetricia)*

*“... En absoluto se le otorgó a la mujer el alta psicosocial porque no estamos en condiciones o capacitados ni formados los médicos o el servicio de enfermería en poder otorgar ese tipo de alta” (ent. 2, Servicio de Obstetricia)*

Otros testimonios consideraron que salud mental del hospital, no están formados en psicología perinatal:

*“...No creo que salud mental este formado en psicología perinatal, es más yo recién ahora conozco sobre la psicología perinatal y me pareció sumamente interesante por todo lo que vi, por eso participe de la investigación” (ent. 1, Servicio de Neonatología)*

*“...El hospital cuenta con un servicio de salud mental integrado por psiquiatras y psicólogas, ninguna con la especialidad en psicología perinatal, que dan respuesta a esas situaciones”. (ent. 3, Servicio de Obstetricia)*

Todo lo anterior amerita retomar la perspectiva de Galindez et al. (2013), quienes plantean que los psicólogos perinatales realizan tareas en la unidad de terapia intensiva neonatal, sala de parto, parto y cesáreas, salas de internación conjunta, salas de internación obstétricas y consultorio de psicología de la primera infancia. Se puede afirmar que la presencia médica en el acto del nacimiento en la sociedad occidental, ha permitido disminuir el riesgo de morbilidad materno – neonatal. Pero este progreso no fue acompañado por la suficiente valoración de los aspectos psicológicos implicados durante este periodo. La psicología perinatal aboga por introducir la dimensión de lo psicosocial de las madres y sus familias en los factores de atención materno – infantil.

## 7. Impacto del diagnóstico

Para facilitar la exposición de este apartado comenzaremos con el impacto del diagnóstico en función de la mecánica de atención con sus dispositivos.

Los servicio de enfermería y neonatología son quienes reciben a las familias cuando un recién nacido ingresa a la sala de neo. Ellos acompañan y hacen verdaderamente un trabajo humano brindando información y sostén emocional desde el inicio, en especial acompañando a las mamás de los chiquitos internados, explicando el (por qué) de la internación y el (para qué) de sus cuidados y si necesita el bebé de alguna asistencia de enfermería neonatal, a la vez, éste último servicio intenta sostener emocionalmente a las madres cuando los médicos les informan que deben quedarse en el hospital dado el impacto que provoca el diagnóstico.

*“...Cuando un bebé ingresa a neo, se le explica a la mamá y al papá por qué se realizó la internación y que vamos hacer nosotros para sus cuidados y una vez que se produce el ingreso a neo, quien por lo general el primero en ingresar es el papá, porque la mamá está recién parida, entonces nosotros acompañamos y le explicamos, tiene tal cosa para o que (...), tiene el oxígeno para(...), tratamos de explicarles un poco para que entiendan que se le está haciendo al bebé y bueno, no tengan tantos miedos (risas)”. (ent. 3, Servicio de Neonatología)*

*“...Creo yo, que el hecho también está cuando las madres se sienten presionadas cuando uno le dice: te tenes que quedar, entonces ahí considero que sienten como un compromiso y te preguntan o te consultan que hacer, si se quedan o si se van a su casas, cuando vos le aclaras de que no es obligatorio que se tienen que quedar y que se puede ir a sus domicilios al menos por dos o tres días hasta que se*

*acomode para después volver más tranquilas y organizadas se relajan un poco más. Pienso que por ahí están mal encaradas las cosas porque quizás falte un poco más de contención y supongo que son cambios muy bruscos y más cuando un bebé ingresa a una neo. Vos pensá, que la mamá viene a parir con la idea de volverse a su casa de alta cuanto mucho al segundo o tercer día, pero cuando le dicen te tenes que quedar... se quedan mal, ya sea por una situación crítica o no, porque a veces es por la recuperación de peso del bebé, pero no logran comprender en ese momento por el impacto emocional que le produce la noticia y porque también muchas veces reciben mucha información de golpe y que no se esperaban". (ent. 4, Servicio de Enfermería)*

*"A mi entender el problema que predomina en las familias es la angustia y la preocupación por el estado de salud del recién nacido". (ent.1, Servicio de Neonatología)*

También otro dispositivo que cuenta la maternidad son las salas de TPR, donde la mujer permanece en una habitación sin tener que trasladarse hacia otro sitio durante el proceso del parto y estar acompañada a la vez, por quien ella lo desee y elegir libremente como parir, ya sea por parto normal, pero también cuando es por cesárea.

*"... Las TPR (sala de trabajo de parto, parto y recuperación) son las salas donde la mujer transita todo el proceso del parto sin trasladarse a ninguna otro lugar, contamos con cuatro salas y una de ellas tiene ventilación y luz natural que es lo ideal con un tamaño adecuado, tenemos la camilla para quien quiera pueda utilizarla, la pelota, un taburete, la tela, algunas barras en la pared si quieren pujar tomándose de ahí, la bañera no es la ideal porque no es circular y más profunda, pero bueno es lo que nos habilitaron. Pero no caigamos en la trampa y que el protagonista se traslade del médico o de la partera a otras herramientas, es decir no hacer una exaltación de la*

*pelota esferodinámica, de la tela colgante, del taburete, la mujer que está pariendo sigue siendo la protagonista, el resto puede estar o no y son elementos que puede utilizar. Pero observamos que se está tendiendo a trasladar el protagonismo ahora no más las médicas, sino que ahora se quiere trasladar el protagonismo al banquito y que la mujer sigue quedando de lado... esa es la tendencia que vemos la experiencia en estos últimos 10 - 12 años y que el poder nunca queda en la mujer, es tragicómico”.*  
(ent. 2, Servicio de Obstetricia)

A la vez, la maternidad cuenta con el dispositivo de un Área de Atención Integral de la Mujer.

*“...El Área de Atención Integral de la Mujer, consiste en todo lo que tiene que ver con ginecología y obstetricia, maternidad, neonatología y planificación familiar es la consejería de salud sexual reproductiva”.* (ent.2, Servicio de Enfermería)

## **8. Dimensión psicosocial de la familia en neonatología**

En este eje, destacamos algunas de las problemáticas psicosociales que se reiteran en las familias desde las voces de los entrevistados, cuando un recién nacido permanece internado en neonatología.

*“... Los aspectos sociales influyen no solo en la mujer gestante y en el periodo puerperal, sino también a largo plazo, dejando huellas psicoemocionales en la madre y en su hijo son datos que existen y están demostrados, solo hay que querer verlos y acceder a ellos, pero se subestiman esos datos, nosotros estamos cansados de solicitar el ingreso de profesionales especializados en el servicio”. (ent.2, Servicio de Obstetricia).*

*“...La mayoría de los problemas son los relacionados por la falta de contención familiar respecto del cuidado de los demás hijos que quedan en el domicilio, problemas económicos para poder trasladarse y alimentarse mientras se encuentran con un bebé internado en la neo, sobre todo si son familias que no viven en el área geográfica cercana al hospital, no solo hablando de otras ciudades, sino también de otras zonas de la misma ciudad. La problemática social influye no solo en el puerperio sino en todas las etapas del embarazo y eso se ve reflejado en las situaciones de violencia, de consumo de drogas, en la falta de controles del embarazo, etc.” (ent. 3, Servicio de Obstetricia).*

*“...La mayoría de las madres tienen conflictos con sus parejas o tienen conflictos con sus hijos porque no tienen con quien dejarlos cuando el bebé tiene otros hermanitos y de diferentes edades, algunos son muy chiquitos y también necesita darle la teta”. (ent. 4, Servicio de Enfermería)*

*“...El problema psicosocial es común en todas las familias que tienen sus bebés internados en neo, creo que en diferente grado, según cual sea el motivo que hace que esté internado, los problemas sociales son habituales y cada vez de mayor importancia con gran influencia en el puerperio de la mujer”. (ent.2, Servicio de Neonatología)*

*”...Se observa habitualmente que la internación de un recién nacido afecta no solo psicológicamente a la familia sino que también repercute en la organización de la misma en cuanto a la realidad diaria, se dificulta ensamblar horarios en el trabajo, y con otros hijos producto de la internación”. (ent.1, Servicio de Enfermería).*

En el apartado sobre el marco teórico observamos la construcción y la importancia de la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) para abordar la dimensión psicosocial en los hospitales maternos al ser empleada como instrumento de diagnóstico psico - perinatal y al ser incorporada a la historia clínica neonatal de los servicios de neonatología. Transformando el acto médico desde la acción técnica, a la concepción que allí hay un sujeto que sufre y poder llevar a cabo una tarea preventiva tan importante en una etapa tan vulnerable de la vida de una familia.

## 9. Duelo perinatal

La maternidad, no cuenta con un dispositivo que permita brindarles a las familias un espacio físico ante la pérdida perinatal y refirieron los jefes de los servicios, que lo solicitaron en reiterados pedidos a la gestión y dirección del hospital.

*“...También hablamos con la dirección que tenemos que ofrecerles un espacio de contención y un espacio físico a la familia ante la muerte perinatal y quedó en la nada misma y nunca se pudo lograr que tengan las familias ese lugar” (ent. 2, Servicio de Neonatología)*

*“...Ante una muerte perinatal no tenemos espacio, se les brinda un espacio que contamos en ese momento, a veces las habitaciones están todas ocupadas y bueno..., a veces ocupamos el sector que está previo al quirófano, no es un lugar reservado porque pasa gente y no es un lugar adecuado, otra vez les ofrecemos la sala de informes de neo (donde estamos ahora nosotros y que te ofrecieron para que vos puedas hacer las entrevistas), no contamos con un espacio específico para que la familia pueda realizar su duelo y estar con su bebé. Ante la pérdida somos nosotras quien acompaña a la familia (risas) o nadie (silencio) y una después queda detonada y con esa carga te vuelves a tu casa” (ent. 2, Servicio de Enfermería)*

Los equipos que integran los servicios también mencionaron que no cuentan con herramientas para abordar y acompañar a las familias ante un duelo perinatal siendo una situación considerada por ellos como: *“muy difícil”* porque solo es el médico y enfermería quien acompaña y sostiene a los padres.

*“...Tampoco contamos con herramientas ante una muerte perinatal y es verdad que se torna muy difícil ante la pérdida y lo que conlleva esa situación para poder*

*seguir estando fuertes y poder asistir en el parto siguiente, es muy difícil, es muy duro”.*  
(ent. 2, Servicio de Obstetricia)

*“...Cunando es irreversible el desenlace del bebé se habla con los padres y se les ofrece la posibilidad que el bebé muera en brazos de ellos y que se puedan despedir con ellos... en general está presente el médico de cabecera, el médico que acompaña y enfermería con estas prácticas no creo que la maternidad esté centrada en la familia falta mucho cambiar”* (ent. 1, Servicio de Neonatología)

*“Yo sé que en neonatología cuando un bebé está grave o ante el óbito, se les permite a los papás estar con el bebé, que lo puedan alzar y que lo acompañen en ese momento, sé que se hace dentro de la neo, pero no sé si solamente lo acompañan los servicios de neo o si ahí también acompaña salud mental, porque eso ya lo maneja más neo”.* (ent.3, Servicio de Obstetricia)

*“...Si ocurre un deceso dentro de neo, se trata que el resto de los otros familiares salgan de la sala para que el lugar que antes era el lactario la mamá o la familia del bebé fallecido puedan estar ahí en la neo donde permitimos también el ingreso de otros familiares, abuela, tíos, para despedirse, fuera de la neo otro espacio no tenemos”* (ent.3, Servicio de Neonatología)

La inserción de la Psicología Perinatal en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) beneficia no solo a las familias de los bebés internados sino también a los profesionales de la salud que integran el contexto materno – neonatal, permitiendo en situaciones de pérdida gestacional y duelo perinatal un trabajo interdisciplinario efectivo. En el campo de la psicología perinatal, ocasionalmente, el inicio de la vida coincide con su final, la muerte en este ámbito aparece como absurda e imprevista y es

habitual que se evite hablar de ello. El duelo por el bebé muerto es un proceso muy doloroso y muchas veces es incomprendido por el entorno familiar o social.

La muerte también afecta a los médicos, enfermeras y a todo el personal involucrado, ya que los confronta a ellos mismos con su dimensión humana y su propia elaboración personal ante la misma. Es por este motivo que un psicólogo/a formado y especializado en psicología perinatal podrá ofrecer atención no solo a los familiares, sino a todo el grupo y al equipo interviniente, si fuera necesario.

La “Guías de buena práctica” de Unicef son muy difundidas en el campo de la medicina y la enfermería, como su nombre lo indica permiten al profesional orientar su comportamiento ante determinadas situaciones. Promueven el trabajo interdisciplinario ya que permite que todos los integrantes de un equipo conozcan las premisas básicas con las que se trabaja en la institución en el momento de realizar determinadas acciones.

En estos casos un adecuado acompañamiento profesional, que favorezca un proceso de duelo saludable y evite prácticas iatrogénicas, puede ayudar a facilitar el desarrollo del mismo (Vega, et.al. 2018).

## 10. Cuidando a quienes cuidan

Este apartado intenta reflexionar sobre las prácticas asistenciales que diariamente realizan los equipos en las maternidades. Dentro de las instituciones maternas, los equipos que prestan sus servicios y que integran las guardias perinatales son equipos terapistas y conviven a diario en su contexto con situaciones de crisis, atendiendo y respondiendo a las urgencias y emergencias. Por lo que pensamos, que ellos también necesitan de un ambiente facilitador, es decir de una institución presente y que responda a sus demandas, atendiendo y entendiendo sus necesidades. A continuación se presentan algunos ejemplos con los siguientes relatos de los equipos:

*“...La verdad que no recibimos contención ni ayuda psicológica, se sobrevive la profesión... (silencio) Entonces imagínate de 30 enfermeros que somos que componemos el servicio, la mitad esta con un burn out increíble y el equipo médico hace lo que puede también”. (ent.3, Servicio de Enfermería)*

*“La mayoría de las veces trabajamos con situaciones críticas y la verdad es que no recibimos sostén o contención psicológica, no le importa absolutamente a nadie. El apoyo te lo pagas privado (risas) y cuando salís del hospital obviamente te vas con toda esta carga”. (ent.5, Servicio de Neonatología)*

*“...En absoluto, nadie nos cuida, nos sostenemos nosotros solos, acompaña enfermería y los médicos nadie más” (ent.2, Servicio de Neonatología)*

*“...Ante algún diagnóstico difícil o irreversible, sacamos fuerzas y vamos... (risas) o sea, hacemos como una coraza, no queda otra porque hay que seguir trabajando por el que está vivo, por el que tiene posibilidades y tratamos de avanzar para no quedarnos estancados”. (ent.3, Servicio de Neonatología)*

*“Realmente no se considera la salud de nosotros, de ninguna manera y es muy indignante, pero lamentablemente es así, como que lo naturalizas porque ya no tiene cambio, también uno busca sus propios recursos, porque si no... hay otros que no lo buscan y bueno, después vemos las consecuencias, pero yo por lo menos trato de buscar mis propios recursos para limpiar todo eso”. (ent. 2, Servicio de Enfermería)*

En consonancia con estas vivencias, Vega (2006) plantea que atender el dolor en neonatología implica focalizar y sostener psicológica y emocionalmente a los equipos de salud materno - infantil, valorizando su rol y facilitando las tolerancias a las diferencias, detectando las dificultades personales que interfieren en las tareas. Propiciar la sintonía y el dialogo respetuoso sobre los diferentes modos de mirar, describir y evaluar una situación, sumando recursos, recordando que el objetivo de la tarea es mejorar la calidad de la atención del recién nacido, generando un contexto en el que, a través del intercambio de discusiones científicas, mejore la eficacia del rol de cada miembro del equipo, compartiendo responsabilidades y tareas, es decir, la distribución de poder y la activa participación de cada uno.

## 11. Deterioro de las prácticas clínicas

Los equipos que integran los diferentes servicios del contexto maternal refirieron que en el presente existe un deterioro en su práctica clínicas y que hubo un retroceso en las prácticas asistenciales para acompañar a la mujer cuando transita por los periodos de embarazo, parto y puerperio. También refirieron que años atrás, existían reuniones interdisciplinarias con trabajo social y salud mental, asistiendo la demanda, por medio de intervenciones integrales, siendo más pertinente este modelo para abordar y acompañar a las familias. También consideraron que de un momento para otro todo se deterioró:

*“...Antes cuando yo era residente la trabajadora social que estuvo muchos años acá pasaba todas las mañanas por la sala, todas las mañana veía paciente por paciente sala por la sala, haciendo prevención y promoción de anticoncepción posparto, dejaba folletería pero cuando se fue eso se terminó, ahora trabajo social viene cuando uno lo llama”. (ent.3, Servicio de Obstetricia)*

*“...Años atrás nos reuníamos todos los meses con el comité y salud mental, “focalizábamos en el modelo de atención integral que queríamos”, salud mental estaba muy presente en ese modelo pero en un momento no se bien porque se fue quebrando el vínculo con salud mental hasta transformarse hoy en una guerra, entre lo que decimos nosotros y lo que dicen ellos. Hacíamos reuniones de gestión donde participaba la gente de salud mental, obstetricia, enfermería, neonatología, mucamas, siempre había algún representante de cada sector y ahí charlábamos todas estas cuestiones y teníamos muy buena relación y todos estábamos centrado en lo mismo, hasta que en algún momento todo se rompió de un momento a otro”. (ent1, Servicio de Obstetricia)*

También consideraron que la pérdida del trabajo integral fue ocasionada por faltas de respuestas de la dirección cuando se llegaba a ciertos resultados. Se ilustra a modo de ejemplo, con el siguiente testimonio:

*“...Hemos retrocedido y se ha deteriorado notoriamente el trabajo, antes estaba muy embebido lo que pasaba porque convocábamos a las reuniones a los representantes de cada disciplina incluyendo al servicio de mucamas y camilleros teníamos un libro de actas donde en cada reunión transcribíamos los puntos principales, y luego se los comunicábamos a dirección del hospital. Era un trabajo muy interesante, pero todo eso se dejó de hacer por faltas de respuestas de la dirección cuando se llegaba a determinado nivel”. (ent.2, Servicio de Obstetricia)*

Una de las entrevistadas con cierta desesperanza se cuestiona reflexivamente su propia práctica:

*“...Cuando avanzamos no sé porque nos relajamos y retrocedemos... también me hago cargo, todavía no está aprendido y se vuelve todo tan ridículo ante todo este escenario tan adverso”. (ent.1, Servicio de Neonatología)*

Los servicios consideraron que la pandemia COVID-19, fue otra de las causas en deteriorar las prácticas integrales.

*“...Los informes o partes actualmente somos los médicos quienes habitualmente los otorgamos a las familias, antes venían las psicólogas y uno o dos días venían del servicio social, después de la pandemia se perdió mucho todo eso” (ent.2, Servicio de Neonatología)*

*“...Antes de la pandemia la asistente social participaba en los pases de guardia todos los días a la mañana, había otra llegada a la información”. (ent. 4, Servicio de Enfermería)*

## 12. Planificación y mejoras de los servicios a la dirección del hospital

Las jefaturas y los equipos que integran diariamente el contexto de la maternidad neonatología, obstetricia y enfermería, reflexionaron y solicitaron cambios dentro de la institución con los siguientes deseos de mejoras en los servicios.

*“...Esto, hacer un análisis crítico y constructivo, que se acepten disensos, que no se mienta, que lo discursivo sea seguido por una acción, que existan políticas integrales y una política de salud de maternidades” (ent.2. Servicio de Obstetricia).*

*“Ojalá que exista un cambio de mirada en todas las maternidades en el hecho de que se tenga otra mirada y acompañamiento, empezando por las madres y después con los médicos (risas). Me encantaría tener staf fijo, reuniones como teníamos antes de socialización, que también nos estén acompañando salud mental o servicio social, tener una residencia de madres y tener una presencia de salud mental sin la intervención de la interconsulta quienes sepan de que se trata lo perinatal quienes se dedica a eso, psicólogos de maternidad” (ent.2. Servicio de Neonatología).*

*“...Otro aporte que podría aportar la psicología perinatal y que considero fundamental, sería generar un espacio de dialogo donde los profesionales que atendemos a los bebés podamos transmitir nuestras preocupaciones, frustraciones, angustias que se generan en muchos momentos que tenemos que transitar con pacientes” (ent.1. Servicio de Neonatología)*

Cuando un bebé permanece internado y se lo debe asistir en la neo genera y despierta mucha angustia en todo su entorno. Adherimos al testimonio que refirió una entrevistada cuando focalizó en el interés de la “*especificidad*” para quienes trabajan en el área materno – infantil, por la importancia que esto significa ya que se trata de una población muy específica y vulnerable.

*“...A mí me gustaría que la maternidad mejore y que existan más formaciones porque yo considero y soy re-pro de que las formaciones son lo que dan la calidez al trabajo porque podemos en mi caso, yo hablo de mi profesión, nosotras como enfermeras nos formamos como enfermeras en general en atender adultos, niños, ancianos, jóvenes y madres, pero así como la medicina tiene especialidades, el cuidado también debería ser específico para cada situación, obvio que esto tiene que ver con una cuestión de preferencias de gustos, pero las personas que elijan trabajar en esta área, debería tener la posibilidad de formarse más y no se hace , no sé si es porque no hay recursos o porque lo que se necesita es cubrir la atención mínima y con eso es suficiente, pero bueno, la formación y la especificidad eso es lo que me gustaría que se mejore en la maternidad” (ent, 2. Servicio de Enfermería)*

Otra entrevistada refirió que se tendría que mejorar la comunicación entre los compañeros y diferentes equipos de trabajo por medio de reuniones, en este punto también facilitaría un buen clima laboral.

*“...Me gustaría que existan reuniones esporádicas de todas las disciplinas para planificar en conjunto y abordar todos los cuidados. También quiero agregar, que sería muy bueno que nos podamos escuchar y conocer que necesitamos y saber también las falencias de los otros servicios, es decir no solamente de hacer planificaciones, sino también de encuentros para saber que está pasando en los servicios, pienso que también mejoraría el clima laboral ” (ent.3. Servicio de Enfermería)*

## Conclusiones

Cuando el vínculo temprano comienza en la UCIN, las madres y padres deben planificar su vida día a día. Habitualmente esta situación genera en ellos vulnerabilidades psicoemocionales por percibir al contexto neonatológico como extraño y amenazante. Galindez (2013) plantea que en estos casos, deberán afrontar el desafío de convertirse en padres de ese bebé, que no es el que esperaban y para el cual se habían preparado, esto demandará otras habilidades y otros pensamientos para poder acompañar la evolución del bebé. Estos nacimientos pocos felices, muestran que no podemos seguir concibiendo las prácticas en los hospitales maternos desde una sola mirada (biologicista). En este trabajo específicamente se focaliza en este tipo de vínculos tempranos, cuando comienzan en neonatología. Se trata de un estudio realizado en una institución sanitaria de la ciudad de Rosario revelando una problemática actual, vigente y de suma prioridad en el sistema de salud. Si bien los resultados que se describen a lo largo de esta investigación mostraron que los equipos de salud de la institución en la que se hallaron los datos cuentan con flexibilidad y empatía para acompañar a las madres y las familias, fueron ellos mismos los que plantearon que les faltan las herramientas necesarias, ni están especializados para hacer frente a estas situaciones. Es por esto que desde hace tiempo vienen solicitando a las autoridades y a la dirección del hospital, profesionales capacitados en psicología perinatal para abordar de manera integral las demandas que emergen en un área tan específica.

Así, a lo largo del presente trabajo, se ha observado la labor que emplean los equipos que integran el contexto y el servicio de una guardia perinatal, para asistir los cuidados de un recién nacido cuando permanece internado en neonatología.

El primer objetivo específico de este estudio focaliza en la formación y concepciones de los equipos de salud. Si bien las concepciones de la mayoría de los entrevistados refieren a prácticas e intervenciones basadas desde un abordaje integral para favorecer la cercanía del vínculo, sin embargo, hemos registrado molestias e inconvenientes para su fortalecimiento desde el modelo de las interconsultas. Dado que cuando una madre presenta dificultades emocionales, siendo la angustia el indicador más referido por la mayoría de los entrevistados, es decir, cuando se produce la separación del vínculo, o cuando una madre no logra establecer el contacto con su bebé o tiene problemas de consumos, por violencia familiar, abusos, entre otras problemáticas sociales, los servicios de obstetricia y neonatología, realizan la interconsulta con los servicios de salud mental y trabajo social del hospital para atender y abordar dichas situaciones. Y en este punto predominan sentimientos de soledad en los equipos, refiriendo que muchas veces son ellos mismos y el servicio de enfermería los encargados de otorgar respuestas a estas situaciones.

A nivel del segundo objetivo específico en torno a los dispositivos, aparece otro factor que impide fortalecer la cercanía del binomio. A saber, la falta de planificaciones y de estrategias para abordar y asistir a una mamá de manera integral, brindando sostén psicoemocional de manera temprana para prevenir situaciones que pueden perturbarla y alterar su interacción con su bebé. En este aspecto, la jefatura de perinatología y los servicios que integran el contexto maternal del hospital en estudio, refirieron que la ausencia de los servicios de salud mental dentro del área, más la falta de la formación y especificidad en Psicología Perinatal, ocasionan inconvenientes no sólo a los médicos y enfermeros porque ellos claramente no están formados en psicología; sino que a la vez, manifestaron que quedan por fuera los casos de angustias “leves” desatendiendo las crisis que pueden emerger en madres, padres o adultos significativos, cuando tienen a

un bebé internado en la UCIN. Pensamos, que si el efector no logra contar con un servicio de guardia, el cual incluya a la figura del psicólogo/a perinatal (desde la práctica hospitalaria) dicha situación, podrá seguir interfiriendo en las tareas, generando inconvenientes en los servicios médicos y de enfermería. Ya que mencionaron, que son ellos quienes asisten las 24 horas en las salas de neonatología y habitaciones conjuntas las necesidades de ambos protagonistas de la diada, intentando favorecer y fortalecer de manera temprana el vínculo. Pero claro está, dicha situación deja por fuera la dimensión psicosocial durante los periodos de embarazo, parto y puerperio, desatendiendo los cuidados de la diada, cuando los consultorios externos del hospital no están de turno y cumpliendo otras áreas médicas, el rol del psicólogo/a perinatal. Sostenemos que esta situación podría favorecer la aparición de aspectos iatrogénicos en la institución, sin olvidar que no se le otorga el alta conjunta a una madre cuando por problemas obstétricos permaneció internada o cuando a un recién nacido se le otorga el alta médica luego de su internación en neonatología, siendo motivos más que suficientes para modificar y alterar la estabilidad psicoemocional en madres, como en el entorno del recién nacido. Los registros observacionales que llevamos a cabo corroboran la presencia de personal de enfermería y médicos junto a las díadas/triadas, no detectándose la figura del profesional del campo psi.

En relación al tercer objetivo específico, todos los servicios y equipos que participaron de las entrevistas, hicieron mención que las madres tienen el acceso irrestricto a neonatología las 24 horas para acompañar a sus bebés cuando permanecen internados. Este dispositivo, que emplea la maternidad adhiere al modelo de “Parto Respetado” y también consideraron la presencia e importancia de la figura del padre o pareja, para el fortalecimiento del vínculo. Esta iniciativa fomenta el contacto piel a piel en las diadas, siempre que las condiciones del bebé internado lo permitan, destacándose

este aspecto por su relevancia. Asimismo, también cuentan con un dispositivo para fortalecer los cuidados del vínculo. Como vimos, la sala de internación conjunta permite a las madres acompañar a sus bebés cuando éstos por cuestiones de baja complejidad permanecen internados. Allí observamos la calidez con que el servicio de enfermería y médicas de neonatología acompaña diariamente a las diadas. También consideramos de vital importancia el pedido de los servicios médicos y de enfermería a las autoridades, para que la maternidad cuente con una residencia para madres, sería de un enorme beneficio para favorecer el vínculo.

Las salas de TPR, (trabajo de parto, parto y recupero) es otro de los espacios y dispositivos con que cuenta y emplea la maternidad para favorecer la cercanía del vínculo. Está pensado para que la mujer transite todo su proceso de trabajo de parto, parto y recupero en un mismo lugar y sin la necesidad que sea trasladada a otro sitio. En este dispositivo el Área Integral de la Mujer con que cuenta la maternidad, cumple una función muy importante, ya que asiste a las madres antes y después del parto, focalizando en las dos horas de oro para fortalecer el contacto y el vínculo. La sala de informes, también es otro de los espacios con que cuenta la maternidad y que consideramos, es un lugar valioso. Este espacio, permite brindarles a los padres un lugar acorde para evacuar sus dudas. Siendo un dispositivo que considera la intimidad y el cuidado vincular de los progenitores y del entorno que rodea al recién nacido cuando permanece hospitalizado.

Por todo lo antedicho consideramos que el presente trabajo caracteriza así las concepciones, intervenciones y prácticas asistenciales que se desarrollan en un hospital de la ciudad de Rosario, cuando un recién nacido se encuentra internado y emergen aspectos psicosociales y psicoemocionales en la diada, triada o adulto significativo.

Como todo trabajo tiene limitaciones, en cuanto a las limitaciones podemos decir que quizás centrarnos en una sola institución podría sesgar los resultados, dado que nos muestra la mirada de lo que sucede en un único lugar. Aunque dada la relevancia de esta institución para la ciudad, nos muestra una perspectiva que es importante considerar siendo un referente porque hace al marco de la salud pública y a la atención de numerosos miembros de la población de Rosario y alrededores.

Por otro lado, nos parece oportuno reconocer que fue la única institución que facilitó el ingreso para realizar el estudio, será análisis de investigaciones futuras la complejidad que tienen las instituciones tanto públicas como privadas para favorecer el acceso a este tipo de investigaciones.

Por todo lo referenciado este trabajo es un reflejo de situaciones difíciles que acontecen en el campo de la psicología perinatal, tanto es así que se evidencia la vulnerabilidad de grupos, equipos y la soledad del profesional en el contexto de la maternidad. Focalizando en la importancia y necesidad de contar con espacios de escucha y contención. Se destaca así la relevancia de la Psicología Perinatal, desde la práctica hospitalaria, siendo una especialidad para el campo que se implementa, como pudimos observar, desde los años 90 en diferentes efectores maternos de la ciudad de Buenos Aires, en función de acompañar a los servicios de Obstetricia, Neonatología y Enfermería desde una guardia interdisciplinaria. Su objetivo es focalizar en las diadas, triadas o adulto representativo del niño, cuando éste por problemas de prematuridad o patología neonatal, es derivado a una sala de neonatología. Asimismo, el cuidado de quienes cuidan es otra de las tareas para la cual está habilitado y es entrenado el psicólogo/a perinatal hospitalario.

Esta especialidad permite desplegar un amplio abanico terapéutico por medio de un encuadre flexible en cuanto: tiempo, lugar, y en la demanda interna. Siendo el consultorio del psicólogo/a perinatal hospitalario “la maternidad”, es decir que está capacitado y está entrenado para intervenir en los pasillos del hospital, delante de la incubadora, en la sala conjunta abordando a la pareja, padres del recién nacido, tíos, abuelos, etc., adaptándose al contexto de la institución, alejándose del modelo psicológico clásico rodeado de “cuatro paredes”, siendo un modelo que aquí no tiene mucho sentido utilizar, dada la demanda de las urgencias y emergencias, como hemos observado, de los equipos que integran los servicios en la maternidad.

A modo de reflexión final pensamos en la práctica en contextos de salud cuando ésta se convierte en un hecho rutinario, y cuando este hecho se convierte en un obstáculo para enfrentar nuevas situaciones. Se trata de desaprender prácticas rutinarias, estimulando la reflexión sobre la reflexión en acción. Schön (1992) citado en Cassís Larraín (2011) reconoce que cuando una práctica se vuelve muy repetitiva, el saber se vuelve cada vez más tácito y espontáneo y se deja de prestar atención a aquellos fenómenos que hacen diferente a la situación. Poder cuestionar estos saberes tácitos frente a los nuevos retos que plantea la praxis para que se produzca un fenómeno que se llama aprendizaje, en estos casos la investigación puede servir de retroalimentación, ya que hace emerger las concepciones tácitas que se han generado en experiencias repetitivas de una práctica especializada.

En una sociedad tan cambiante como la actual, se ha generado una gran desconfianza hacia los profesionales que solo saben solucionar problemas aplicando teorías y técnicas prefijadas, ya que son ineficaces ante las nuevas situaciones conflictivas que van surgiendo. Comienza así a darse un vacío entre el conocimiento profesional y las nuevas demandas de la práctica. Este trabajo constituye un primer

acercamiento al abordaje integral para los servicios vinculados a las problemáticas emergentes psicosociales en las maternidades cuando este vínculo fundante para el ser humano comienza en situaciones críticas en neonatología.

## **Propuestas de intervención**

A partir del diagnóstico que se describe en el presente trabajo se hace necesario sugerir posibles intervenciones para optimizar el modelo que se viene utilizando en el efector en estudio. Estas intervenciones se encuadran en una mirada sistémica, dado que se focalizan en los aspectos contextuales que podrían favorecer (ya que en este momento obstaculizan) la sinergia entre: profesionales, servicios y pacientes, abordados como totalidades en interacción en procesos dinámicos.

Consideramos viables estas propuestas en términos de la disponibilidad del personal, ya que cabe recordar, que las entrevistas solamente fueron realizadas a personal de los servicios de salud pertenecientes a la maternidad. Haciendo mención a esto último, queremos destacar el factor humano de todos los que participaron por su predisposición y por el espacio de reflexión que pudimos compartir con el propósito de seguir mejorando las prácticas integrales.

Desde este encuadre sugerimos:

1. Desde las perspectivas de las interconsultas, los equipos de salud no manifiestan conformidad y solicitan nuevamente a la dirección que en la maternidad se realicen algunos cambios para brindar a la madres, diadas y triadas realmente un abordaje integral.

Por lo tanto, nuestra primera propuesta, apunta a mejorar el modelo de las interconsultas, ofreciendo un cambio a esta problemática con la figura del psicólogo/a perinatal dentro del contexto y en las diversas salas y dispositivos pertenecientes a la maternidad. Dejando la demanda externa, que como vimos no tiene mucho sentido seguir con este abordaje, para poder intervenir como realmente requieren los servicios de obstetricia, neonatología y enfermería. Dado que el encuadre perinatal, se realiza por

medio de la demanda interna, siendo la EPP (Entrevista Psicológica Perinatal) un valioso instrumento para pesquisar durante los periodos de embarazo, parto y puerperio, los factores psicosociales de la mujer.

Recorriendo a diario las siguientes salas: de neonatología, sala maternal de madres púerperas y la sala de habitación conjunta, la presente propuesta está pensada en mejorar la dinámica diaria del contexto y lograr una mejor comunicación “interna” entre los equipos, dando lugar a la vez, a la palabra de toda madre con un recién nacido hospitalizado, mejorando el desfasaje temporal y la obstaculización que generan las interconsultas como refirieron los entrevistados.

2. Otro aspecto muy pertinente, que obtuvimos de los datos que recolectamos, nos llevan a formular la siguiente propuesta: para que los servicios que integran la maternidad, es decir, obstetricia, neonatología y enfermería, continúen su labor habitual sin inconvenientes cuando los consultorios externos se encuentran cerrados, situación que no ocurre en la actualidad. Ante esta problemática, proponemos una mejora, por medio de una guardia interdisciplinaria perinatológica de 24 horas. Dado que fueron los mismos entrevistados quienes refirieron que no existe este acompañamiento y que no tienen “las herramientas ni cuentan con la formación en psicología” que los habiliten para realizar este tipo de intervenciones, a la vez se evitarían los casos de iatrogenias. Siendo esta situación muy problemática para ellos como para las madres y entorno familiar del bebé internado.

Por todo lo presente en este punto, pensamos que si el hospital adhiere al modelo de parto respetado, sería pertinente que exista una congruencia con sus prácticas y que las mismas realmente sean integrales

3. La modalidad de trabajo de forma conjunta, es otra propuesta de mejoras para la dirección del hospital.

La falta de planificación y de tareas conjuntas es muy perjudicial para todos los involucrados del efector. Porque por un lado, puede incrementar las demandas y las tareas en los servicios ocasionando un mayor fastidio en ellos, como manifestaron: “cansancio por sentirse solos”, siendo una situación que puede agravarse si este fastidio se llegara a incrementar pudiendo ocasionar estrés en algunos de sus integrantes. Por lo contrario, las planificaciones conjuntas, no solamente facilitan las intervenciones por el enriquecimiento de las múltiples miradas de saberes, sino que mejora notoriamente la comunicación entre los equipos. El alta psicológica a una mujer también tiene que existir dentro de las actividades conjuntas de los servicios que integran la maternidad. Evitando conflictos en los equipos por no poder planificar abordajes integrales.

4. Se propone acompañar a los servicios de obstetricia, neonatología y enfermería, desde un mismo lineamiento y conservando el mismo criterio de trabajo que dichos equipos abordan. No es compatible adherir al parto respetado y por otro lado continuar con el modelo tradicional psicológico. Para lo cual, también proponemos un ajuste de encuadre psicológico, resaltando las siguientes diferencias con el modelo tradicional: Tiempo (cuando emergen los acontecimientos) Lugar (compartiendo un mismo lugar de trabajo con médicos y enfermería) Demanda Interna (el psicólogo/a perinatal, se presenta en todo lugar que lo requiera la mujer embarazada, puérpera o familiar del bebé cuando permanece en neonatología) Encuadre Flexible (intervenciones en cualquier lugar de la maternidad). Este encuadre psicológico viene siendo utilizado por el equipo de la Dra. Alicia Oiberman, en la ciudad de Buenos Aires, desde la década del 90 y se diferencia del encuadre psicológico tradicional. Este modelo se ajusta a las necesidades de las madres, evitando la espera de ser atendida por un profesional de la

salud mental cuando los consultorios externos permaneciesen cerrados, por ser de tarde, noche, fin de semana o feriado. Garantizando la continuidad del tratamiento y la asistencia psicológica en los casos que lo ameriten (Oiberman, 2013).

5. Otra de las propuestas, es acompañar a los servicios cuando realizan los partes diarios. La falta de aceptación o de comprensión de los diagnósticos por parte de los progenitores suele ser por causa entre otros factores, por el nivel de angustia que provoca la internación y por el estado de salud del bebé. En este punto, sería importante estar presente acompañando a los médicos pero también para ayudar a los padres y preservar cualquier reacción violenta por falta de respuestas. No debemos olvidar, que también en este punto, la solicitud de mejora fue solicitada por los mismos equipos de la maternidad.

Si fuera factible desde el punto de vista socioeconómico y político y desde las decisiones en materia de salud pública llevar adelante estas propuestas, consideramos que se estaría creando así un nuevo dispositivo inédito en la ciudad de Rosario para acompañar a los servicios por medio de prácticas integrales. Dicho modelo, como pudimos ver, se ajusta a la Ley N° 25.929 y Ley N° 27.611, adhiriendo al nuevo paradigma de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) iniciativa ésta última creada por UNICEF. Sabemos que cuando los nacimientos son pocos felices, las maternidades en su mayoría brindan sostén emocional por empatía de los médicos y por el servicio de enfermería de neonatología focalizando en los cuidados somáticos del bebé internado, para lo cual están habilitados por medio de especialidades, pero no están entrenados, ni capacitados para brindar cuidados y apoyo psicológico, sería extraño ver a un psicólogo/a regular el funcionamiento de una servocuna, pero no sería extraño ver en una maternidad a un médico o a una enfermera cumplir el rol de un psicólogo/a. Entender esta realidad, podría incluso, aportar a la prevención de los juicios de mala

praxis. La presente propuesta, ofrece un abordaje integral, es decir psicosomático, focalizando en la salud mental materna - paterna y entorno familiar, desde un primer momento. Por medio de tareas de prevención y promoción con modelos psicoeducativos, orientados a la salud mental de los padres ayudando a su reorganización, producto del impacto que suele provocar el contexto neonatológico.

Para finalizar, queremos destacar que en todas las propuestas presentadas resaltamos la importancia del trabajo interdisciplinario, porque hemos visto, que la mayoría de los entrevistados adhieren a dicho modelo, pero en sus prácticas actuales este aspecto debe optimizarse. Por lo tanto, se propone reemplazar dichas prácticas actuales, por un abordaje integral, teniendo como objetivo, acompañar los progenitores, al equipo de salud, entendiendo y atendiendo sus múltiples necesidades, por ejemplo: en los momentos difíciles como son los diagnósticos irreversibles, muerte gestacional, muerte perinatal.

Estos aspectos, afectan las condiciones humanas de los equipos de salud interfiriendo el rendimiento diario, produciendo, como manifestaron, sentimientos de soledad por no sentirse escuchados ni acompañados, entre otras situaciones agobiantes. Considerar el bienestar de los equipos que integran el contexto maternal sería el objetivo de estas propuestas, dando a conocer las necesidades para el cuidado de los equipos, ya que son quienes cuidan día a día de las diadas, triadas y familiares de un recién nacido cuando el inicio de la vida comienza en neonatología.

## Referencias bibliográficas

Barbieri, M. (2018). *Como transformar una maternidad tradicional en segura y centrada en la familia. Manual de prácticas para iniciar el camino hacia la transformación*. Unicef

Baró S.M. (2022) Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales. Una revisión sistemática. *Revista de investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, 21. 19-23, DOI: <https://doi.org/10.54789/rihumso.22.11.21.2>

Bateson G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Ediciones Lohlé – Lumen.

Blanco, C. (2009). *El Hospital Roque Saenz Peña, su gestión*. Tesis de Licenciado no publicada. Universidad Nacional de Rosario. Rosario

Cassís Larraín, A. (2011). *Donald Schön: una práctica profesional reflexiva en la universidad*. Compás Empresarial. 3 (5)

Chaves de Koppel, A. & Durán Echeverri, A. (2011). *El manejo coordinado del significado (CMM). Teoría y aplicación a un caso*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá

Clarín. (2017). *¿Qué es la “hora sagrada” en el nacimiento y por qué deberíamos respetarla?*. Recuperado de [https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/hora-sagrada-nacimiento-deberiamos-respetarla\\_0\\_BJI6irW3Z.html](https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/hora-sagrada-nacimiento-deberiamos-respetarla_0_BJI6irW3Z.html)

Cohen, L; y Manion, L. (1990) *Métodos de investigación educativa*. Editorial La Muralla.

Diaz Juszkiewicz, N., Loiacono, R. & Slaberry, M. (2023). *Salud Mental Perinatal. Abordajes desde la perspectiva de géneros y el enfoque de Derechos Humanos*. Librería Akadia Editorial. Buenos Aires

Fiszelew, R. & Oiberman, A. (1995). *Fuimos y Seremos: aproximación a la psicología de la primera infancia*. Universidad Nacional de La Plata. La Plata

Flick, U. (2012). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata. Madrid

Flick, U. (2015). *El diseño de Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata. Madrid

Fuks, S. (2009). *La facilitación sistémica de procesos colectivos: una artesanía de contextos orientada hacia la creatividad y la participación colaborativa*. 25 (2)

Fuks, S. (2018). *Un “modelo” sistémico de comprensión – acción de dinámicas sociales: tres dimensiones de las practicas transformadoras*. Tesis Brasilia

Galindez, E. (2013). *Atención psicológica en neonatología. Situaciones de crisis: obstáculos en el establecimiento del vínculo parento-filial*. En A. Oiberman (comp). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Editorial Lugar.

Galli, M. (2013). *El abordaje psicoperinatal en obstetricia*. En A. Oiberman (comp). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Editorial Lugar.

Griffa, M. & Moreno, J. (2001). *Claves para una psicología del desarrollo. Vida prenatal, etapas de la niñez. Volumen I*. Lugar Editorial. Buenos Aires

Hernández Carrera, R. (2014). *La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada*. Universidad Internacional de la Rioja. España.

Hoffman, L. (1990). *Construyendo realidades: un arte de lentes*. Doi: 1545-5300.1990.00001

Ley 25.929. *Parto Humanizado y Respetado*. 2004

Ley 26.529. *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. 2010

Ley 27.611. *Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia*. 2021

Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Emece.

Mansila, M. (2021). Apuntes de cátedra sin publicar. Posgrado en psicología perinatal orientado a la clínica hospitalaria. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología, Matemática y Experimental “Dr. Horacio J.A. Rimoldi”. Directora Alicia Oiberman. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Martinez, I. (2020). Taller de tesis. Apuntes de cátedra sin publicar. Maestría en Pensamiento Sistémico. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario.

Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Resolución 736/2021*.

Nieri, L. (2012). *Intervención paliativa desde la psicología perinatal*. Hospital Materno Infantil Ramón Sarda, 31(1), 18-21

Oiberman, A. (2007). *Observando bebés. Técnicas de observación de la relación madre-bebe, padre-bebe*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Oiberman A. (2013). *Nacer y después... Aportes a la Psicología Perinatal*. JCE Ediciones. Buenos Aires

Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Oiberman, A., Fiszlelew, R., Vega, E., Di Biasio, S., Mercado, A., Galindez, E., & Pavlinusich, G. (1998). *Detección de Factores de riesgo psicosocial en el posparto inmediato*. Facultad de Psicología UBA. Secretaria de Investigaciones. Buenos Aires

Oiberman, A. & Paolini C. (2015). *Maternaje*. Universidad de Buenos Aires (UBA). CIIPME-CONICET.

Oiberman A, Santos, S. (2015). *25 años acompañando el nacer y su después: La Psicología Perinatal*. Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.

Oiberman A, Santos, S. Galli M. *Desarrollos de la psicología Perinatal. Secreto por nacer: Cando un bebé busca a su madre adolescente*. Libro Premio 2006 Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Oiberman A, Galindez E.,Mansilla M., Santos M.,Cantello M., Dellohainz I., Mercado A., Lucero A., Echeverria M.(2008). *Nuevos Dispositivos en Salud Mental: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal*. Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires

Oiberman, A. Misic, M. & Santos, S. (2011). *Dispositivos de Intervencion Perinatales (DIP): Instrumentos en Salud Mental Perinatal*. Premio 2011 Facultad de Psicologia. Universidad de Buenos Aires.

Oiberman A, Galindez E., Mansilla M., Santos M., Cantello M., Dellohainz I., Mercado A., Lucero A., Echeverria M., Vega, E., Galli, M. (2013). Construcción de un modelo de trabajo en psicología perinatal. En A. Oiberman (comp). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Editorial Lugar.

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La iniciativa del Hospital Amigo del Niño en America Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades*. Washington, DC : OPS

Pearce, B & Pearce, K. (2001). *Dialogo comunitario: implementación de la teoría del manejo coordinado del significado*.17 (2)

Saforcada. E. (2001). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós. Buenos Aires.

Santos, M. (2017). *Encontrarnos dentro de la incubadora. Escala de observación del proceso de vinculación madre – bebé durante la internación en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (N-EOV-INC)*. Lugar editorial. Buenos Aires

Unicef. (2011). *Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*.

Unicef. (2018). *¿Cómo transformar una maternidad tradicional en Segura y Centrada en la Familia?. Manual de prácticas para iniciar el camino hacia la transformación*.

Unicef. (2019). *Semana Mundial del Parto Respetado. Una cuestión de derechos*.

Unicef. (2020) *Guía de buenas prácticas para implementar una Residencia para madres*.

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

Vega, E., Chardon, E., Gomez, F., Mercado, A. & Elizondo, C. (2018). *Diseño de algoritmo interdisciplinario de intervención en duelo perinatal*.

Videla, M. (2022). *Reseña Histórica*. Documento sin publicar.

Watzlawick, P. & Krieg, P. (1995). *El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo*. Editorial Gedisa. Barcelona

## ANEXO I

### Consentimiento Informado

Este formulario de consentimiento informado se aplicará a los profesionales médicos que integran los equipos de salud de los Servicios de Obstetricia y Neonatología a quienes estamos invitando a participar en la investigación:

Nombre de la Propuesta: “Maternidad Intervenciones y Prácticas: Cuando el vínculo temprano comienza en neonatología”

Nombre del investigador principal: Adrián G Iacobellis, iacoadrian@hotmail.com

Este documento de consentimiento informado tiene dos partes:

- Información sobre el estudio
- Formulario de Consentimiento para firmar si está de acuerdo en participar

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

#### **Información para el potencial participante**

Soy el Lic. Adrián G Iacobellis y estoy realizando una investigación que forma parte de mi tesis en la Maestría de Pensamiento Sistémico (UNR), donde nos proponemos llevar a cabo una pesquisa acerca de ¿Qué concepciones, intervenciones y prácticas asistenciales utilizan y ofrecen los equipos de salud en los Servicios de Obstetricia, Neonatología y Enfermería, para atender las demandas psicosociales y psicoemocionales que afectan a la diada, triada o adulto significativo, cuando el vínculo temprano comienza en neonatología?

Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación a través de una entrevista. No tiene que decir ahora si quiere participar o no. Antes de tomar una decisión, puede hablar sobre la investigación con alguien de su confianza y/o consultar con sus allegados.

Puede que haya alguna palabra que no entienda. Por favor, me detiene mientras le estoy informando para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas estaré a disposición para responderlas.

Una vez que haya comprendido la finalidad de la entrevista y si usted desea participar, entonces le pediremos que firme este consentimiento.

Es razón de ello nuestro objetivo es: Describir las concepciones, intervenciones y prácticas asistenciales que se desarrollan en un hospital de la ciudad de Rosario, cuando un recién nacido se encuentra internado y emergen aspectos psicosociales y psicoemocionales en la diada, triada o adulto significativo (cuidador del niño)

Para obtener la información necesaria le haremos algunas preguntas relativas a:

- 1- ¿Qué dispositivos ofrecen cuando emergen complicaciones psicosociales y psicoemocionales en: la diada madre/bebé, triada madre/padre/bebé o entorno familiar del recién nacido, cuando el vínculo temprano tiene su inicio en neonatología?
- 2- ¿Cuáles son los problemas que predominan, se reiteran, en los padres cuando tienen a un hijo/a internado/a en Neonatología: Psicológica / Emocional / Social? ¿Cuentan con personal de salud mental capacitado en Psicología Perinatal?
- 3- ¿Qué participación tiene la familia durante la internación de su recién nacido en neonatología? ¿La neo, tiene horario restringido? ¿El hospital cuenta con algún dispositivo para alojar a las madres cuando viven lejos del efector?
- 4- ¿Además de obstetras, enfermeros y neonatólogos, que otras áreas o profesiones integran las guardias en el contexto neonatológico? ¿Consideras importante el trabajo interdisciplinario?
- 5- ¿Conoce las tareas que realiza un Psicólogo/a Perinatal en las Maternidades? ¿Considera que es necesaria su incorporación en los Servicios de Obstetricia y Neonatología? ¿Por qué?

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y gratuita. Ud. escoge participar o no hacerlo. Si decidiera no participar, su elección no lo perjudicará en ninguna forma en su situación laboral y en el desempeño de sus funciones.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestia por alguna/s pregunta/s que abordan temas sensibles. Recuerde que Ud. es libre de interrumpir la entrevista cuando lo considere necesario. Si bien no habrá un beneficio directo para usted, su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación.

La información obtenida para este estudio será utilizada exclusivamente para el objetivo de esta investigación, estando prohibido su uso para cualquier otro fin. Todos los datos personales brindados están protegidos por la ley de Protección de Datos Personales N 25.326 y se reservará el anonimato de las respuestas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Para ello podrá contactarme como investigador responsable al mail [iaco Adrian@hotmail.com](mailto:iaco Adrian@hotmail.com)

Tanto resultados finales como conclusiones serán transmitidos mediante una devolución de las metas alcanzadas por el proyecto a los Servicios de Obstetricia, Enfermería y Neonatología del hospital, que hubieran participado activamente en su realización. Dicha devolución se implementará a través de un informe escrito que luego se discutirá en una reunión final con todos los actores del proyecto.

Desde ya le agradecemos su participación.

## Hoja de firma

He sido invitada/o a participar en una investigación sobre: Cuando la diada madre/bebé se inicia en neonatología.

He recibido la información correspondiente a la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella, y todas fueron respondidas a mi entera satisfacción. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que con la firma de este consentimiento informado no renuncio a los derechos que poseo de acuerdo con el Código Civil y Comercial de la Nación y las leyes argentinas en materia de responsabilidad civil por daños. A su vez, tengo el derecho de negarme a participar o retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto me perjudique en ninguna forma, sobre todo en mis funciones laborales en la institución.

Firma del participante

Nombre y apellido

DNI:

Firma del investigador

Nombre apellido

DNI

Fecha:

## ANEXO II

El anexo 2, refiere a la cartelera que construimos en forma conjunta con la jefatura de los distintos servicios de la maternidad para ser publicada y colocada en las diversas áreas que integran la maternidad. Las siguientes imágenes se establecieron para obtener el consentimiento por parte de los progenitores de bebés internados en neonatología y de las madres que permanecieron en la habitación de sala conjunta para realizar el registro de observaciones. Es por esto que se utilizó un lenguaje no académico para su mejor comprensión.

Además, este medio, nos permitió dar a conocer por un lado a los servicios de salud, los alcances y el objeto de estudio de la Psicología Perinatal Hospitalaria, como así también a las madres y entorno del bebé hospitalizado que asistieron durante el periodo que se desarrolló el trabajo, con la finalidad de visibilizar la importancia de incluir los factores psicoemocionales y psicosociales que están presentes en la mujer desde la concepción, embarazo y parto, hasta el periodo de puerperio.

## ANEXO II

### **Psicología Perinatal**

Su objeto de estudio es la relación del bebé con quienes lo cuidan. Comprende áreas vinculadas al vínculo temprano, primera infancia y desarrollo. Abarca aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están presentes antes y durante el periodo de embarazo, parto, puerperio y primeros años de vida del niño/a intentando dar respuestas a situaciones complejas que van desde temores que aparecen en el caso de infertilidad, situaciones problemáticas como ser interrupciones inesperadas durante el embarazo, dificultades que puede surgir en el parto y puerperio, hasta situaciones de emergencias...

## **Modalidad Utilizada**

Trabajo Interdisciplinario Integrando la guardia obstétrica-neonatólogica. La Psicología Perinatal acompaña diariamente a los Servicios de Guardias Hospitalaria. El objetivo es incluir la dimensión Psicosocial y el Valor de la Palabra dentro de la Maternidad, acompañando de modo oportuno a quienes están a cargo del recién nacido en momentos de crisis y vulnerabilidad. Por medio de un abordaje integral desde el paradigma que propone el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia MSCF.

## **Modalidad de trabajo**

Las Psicólogas y Psicólogos Perinatales están entrenados y capacitados para intervenir en cualquier lugar dentro de la maternidad. Para lo cual desarrollan estrategias de afrontamiento a cada instante, por medio de un encuadre flexible, siendo pertinente su intervención en salas conjuntas, delante de la incubadora, en el pasillo del hospital y en todo lugar dentro de la maternidad. Reconociendo las características de la situación, no se puede esperar a los tiempos de la interconsulta, se debe intervenir en ese momento y en ese lugar. Respetando y cuidando (siempre que las condiciones lo permitan) el derecho que la mujer pueda desarrollar y ejercer su maternidad y que su bebé tenga el derecho a la lactancia materna. Esta

**modalidad de trabajo también considera el cuidado de los que cuidan: sosteniendo al equipo médico.**

Investigación: "Maternidad, Intervenciones y Prácticas: Cuando el Vínculo Temprano Comienza en Neonatología" Lic. Adrián G. Iacobellis

## ¿Qué es la psicología perinatal?

1

Son Psicólogas y Psicólogos que se ocupan de tus emociones en tu EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

2

Dando importancia y lugar a la "palabra" de las mamás, papás y familiares del bebé

3

Para que el comienzo de la vida con tu bebé comience de manera fuerte y saludable

4

Detectando de manera temprana problemas emocionales o sociales que pueden interferir en la relación MAMÁ/BEBÉ - PAPÁ/BEBÉ

5

Las Ps. y Psicólogos Perinatales trabajan con las familias (abuelos, tíos, hermanos y entorno cercano del recién nacido) acompañando tus Derechos y Cuidados psicológicos y emocionales.

¿TE  
GUSTARÍA  
PARTICIPAR?

INVESTIGACIÓN: “MATERNIDAD,  
INTERVENCIONES Y PRACTICAS:  
CUANDO EL VINCULO  
TEMPRANO COMIENZA EN  
NEONATOLOGIA”



# AVISO IMPORTANTE

EN LA MATERNIDAD DEL  
HOSPITAL SE ESTÁ LLEVANDO  
ADELANTE UNA INVESTIGACIÓN  
PARA QUE TU EMBARAZO -  
PARTO Y PUERPERIO, SE  
DESARROLLE FUERTE Y  
SALUDABLE RESPETANDO TUS  
DERECHOS Y CUIDADOS  
PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES  
SIEMPRE!!!

LIC. ADRIAN G. IACOBELLIS . PS. PERINATAL