

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Universidad
Nacional
de Rosario**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Puerperio y maternidad desde un enfoque psicoanalítico

Modalidad de presentación: Investigación bibliográfica

Autora: Ayiyi Alejandra

Legajo: A-1222/0

D.N.I.: 31082312

Docente responsable: Oehlenschläger Viviana

Correo: alejandra_dg@hotmail.com

-2024-

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que creyeron que podía. A las mamás que sienten muchas veces que no pueden. A la Universidad Pública, Gratuita y de Calidad.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
ÍNDICE.....	3
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	7
DESARROLLO.....	8
Psicopatología en el puerperio.....	8
Recorrido psicoanalítico sobre la maternidad y el puerperio.....	10
Algunas vicisitudes del puerperio.....	15
Análisis crítico del abordaje biomédico de las puérperas y distorsiones en la teoría psicoanalítica.....	17
Promoción de la salud mental durante el puerperio y prevención de malestares y trastornos psicológicos desde el psicoanálisis.....	19
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

Esta Investigación bibliográfica trata sobre la experiencia materna del puerperio articulada con la salud mental. Propone un abordaje integral de salud en contraposición al modelo médico predominantemente biológico, dónde los desarrollos en salud mental son sobre la patología del puerperio. Busca indagar las vicisitudes del mismo despatologizándolo, recurriendo a bibliografía con aportes psicoanalíticos para pensar los procesos psíquicos involucrados y la intervención del psicólogo como agente de salud en la promoción, prevención y tratamiento. Entendiendo que en el puerperio se dan cambios que involucran gran trabajo psíquico y físico para la mujer con reconfiguración de la identidad, construcción del rol materno, de la relación madre- hijo, formación de un nuevo reordenamiento familiar, etc. Estos cambios pueden dificultar el equilibrio, hay que atender las necesidades de la madre, el bebé y el entorno. Diversos autores coinciden en que es fundamental la matriz de apoyo que puede provenir de la familia o de personas cercanas. A veces estas condiciones no están dadas o hay que trabajar sobre estos vínculos. Esta investigación concluye que una posible vía de intervención psicológica es a través del profesional como organizador de esta matriz. Se promueve el abordaje con equipos interdisciplinarios en diferentes encuadres e instituciones.

Palabras claves: Puerperio - Psicoanálisis- Madres

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo integrador final, presentado para la carrera de grado de Psicología de la U.N.R, tiene por objetivo realizar una investigación bibliográfica sobre la experiencia materna durante el periodo de puerperio en relación a la Salud Mental. Este ciclo ha sido estudiado por la medicina desde la biología con sus posibles complicaciones y respuestas medicalizadoras constituyendo un reduccionismo. Una comprensión integral requiere de un abordaje bio-psico-social. La propuesta es buscar aportes sobre la dimensión psíquica del puerperio, cuestionar las clasificaciones psicopatológicas y pensar la contribución del psicoanálisis en la comprensión del tema. La importancia desde la psicología tiene que ver con el acompañamiento, el apoyo y la facilitación de procesos psíquicos que promuevan el bienestar y la prevención en la salud mental en las madres. Por las particularidades del puerperio se puede pensar en una acción interdisciplinar en diferentes ámbitos con variedad de encuadres.

La investigación comienza con la definición médica de puerperio, para continuar con lo que se considera su psicopatología. Desde la perspectiva de la presente investigación un abordaje biologicista es insuficiente y muchas veces reduce todo malestar a un desequilibrio hormonal que podría ser restablecido mediante medicamentos, dejando de lado la pregunta por circunstancias subjetivas y sociales. Se mencionan otros modelos de comprensión desde diferentes disciplinas, entre ellas la psicológica, y se ahondará en el modelo psicoanalítico, analizando desde el mismo momento claves. Puede ocurrir, debido a la singularidad subjetiva, que eventos considerados importantes para algunas mujeres no sean tenidos como tales por otras. No se trata de generalizar la experiencia, la vivencia de cada mujer es única y con cada hijo se vive diferente.

El aporte del psicoanálisis en este tema tiene que ver con la dimensión libidinal, el deseo materno no es algo que se eduque. El psicoanálisis al despegarse de la noción de instinto tiene algo más para decir sobre la maternidad que una revisión histórica, la biología y la antropología (Bourband, et al 2019)

En algunos escritos sobre maternidad sólo se habla del bienestar de la madre en función de la relación con el niño, esto podría estar relacionado con un ideal materno al servicio del hijo (Oiberman et al, 2022) y de la labor de cuidados pensada como algo natural en las mujeres que invisibiliza las complejidades del rol (Gay, 2012). Debido a ello muchas veces se ha pensado cualquier actitud de queja o ansiedad como un problema de salud mental de la madre, dando por sentado que las mujeres están naturalmente dotadas para la crianza.

Esta revisión bibliográfica buscará visibilizar la necesidad de tener en cuenta la dimensión subjetiva de la mujer que ha devenido en madre, de no pensar todo malestar como sinónimo de enfermedad y de dilucidar la labor psicoanalítica dentro del área perinatal desde los desarrollos psicoanalíticos con los que se cuenta.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

- Analizar el puerperio desde una perspectiva psicoanalítica centrada en la experiencia materna, en contraste con el enfoque médico tradicional

Objetivos específicos

- Desarrollar el puerperio desde una mirada médica y evidenciar limitaciones de un abordaje únicamente biologicista para el estudio de la experiencia materna
- Analizar los desarrollos teóricos psicoanalíticos sobre la maternidad en el puerperio
- Identificar acciones tendientes a la promoción de la salud mental y la prevención de malestar durante el periodo de puerperio desde la psicología perinatal con enfoque psicoanalítico

DESARROLLO

La psicología perinatal en nuestro país tiene unos 40 años (Oiberman et al., 2022) Para Bourband (2019) el interés por la maternidad y la paternidad es reciente y deriva del estudio de la subjetividad femenina. Se tomará la definición de Psicología Perinatal de Natalia Oroquieta (2025) que incluye cómo etapas de estudio no sólo el embarazo, el parto y el puerperio sino también la etapa de búsqueda del embarazo. Al respecto el psicoanálisis tiene que decir sobre el deseo de ser madre.

La categoría de puerperio es un término médico, la duración atribuida al mismo y las subdivisiones en etapas varían según los autores y hay diferentes clasificaciones dependiendo los procesos biológicos que consideren. Para algunos es aproximadamente un año o hasta finalizada la lactancia. La definición que más aparece es: “período de transformaciones progresivas anatómicas y funcionales, durante el cual se produce en el organismo materno la total involución de las modificaciones gravídicas, a excepción de la glándula mamaria” (Oiberman et al., 2022, p.388) A su vez se divide en puerperio inmediato (primeras 24hs), mediato (10 días), alejado (entre los 11 y 45 días con la vuelta de la ovulación) y tardío (finalizada la lactancia) La definición deja de lado los procesos subjetivos de la madre, aunque útil para el estudio, resulta insuficiente para el tratamiento de pacientes reales. Preguntar por la subjetividad de la mujer no solamente puede ayudar a detectar malestares o patologías incipientes sino también contribuir al bienestar y a que se sienta respetada y sostenida. Martiarena (2021) denuncia como violencia simbólica a este no reconocimiento de la dimensión subjetiva de la madre y la falta de acompañamiento por los profesionales de la salud.

Un abordaje de la maternidad tiene que tener en cuenta una gran cantidad de variables, entre ellas; el periodo vital que atraviesa la mujer (adolescencia, adultez, premenopausia), la existencia de partos previos e hijos anteriores, de abortos espontáneos o realizados, de la situación de pareja y familiar, si hubo duelos previos en la familia, la vivencia de embarazo y parto, la salud del recién nacido, las condiciones económicas, la existencia de abuso sexual en algún momento de la vida, la relación con su propia madre, intentos de embarazos previos, etc. (Oiberman et al, 2022)

Psicopatología en el puerperio

Baby Blues: síntomas leves y transitorios de tristeza, irritabilidad, insomnio, falta de concentración y labilidad emocional. Incidencia: 60% a partir del segundo o tercer día luego del parto. Causas: hormonales

Depresión Posparto (DPP): se da desde el primer mes, el pico entre las semanas 8-12. El DSM-V lo describe como un episodio depresivo mayor dentro de las 4 semanas posparto. La prevalencia es del 10% con un 70% en mujeres con episodios de DPP

anteriores. Estudios realizados en Universidades de Córdoba encontraron porcentajes de 57% (Argüello et al, 2023) y 42% (Paolantonio et al, 2023), no hay estadísticas a nivel país. Los síntomas son: fatiga, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, ideas obsesivas sobre el bienestar del bebé, temor a hacerle daño o indiferencia. Causas: genéticas, hormonales y eventos adversos de la madre como haber sufrido abuso sexual, adolescencia, pobreza, diabetes gestacional, etc. Tratamiento: farmacológico y psicológico.

Psicosis posparto: La padecen 1-2 mujeres de mil. Aparece dentro del primer mes, suele comenzar con dificultad para dormir y agitación, alteraciones del ánimo, delirios en relación al bebé. Puede haber riesgo de vida del bebé y la madre. Un 50-80% de estas mujeres pueden desarrollar una enfermedad mental grave luego, frecuentemente trastorno bipolar. Tratamiento: farmacología y hospitalización. Los factores de riesgo son padecer enfermedades autoinmunes, otras enfermedades mentales y causas genéticas (Araya Villavicencio, S y Barrantes Ortiz, I, 2020).

El término depresión posparto ha pasado a formar parte del saber popular cimentando la conjugación de depresión y puerperio cómo si fuese algo natural. Una mujer no pedirá ayuda si considera que su malestar es algo natural, que es parte de una etapa o que sólo tienen dificultades las madres desnaturalizadas y poco aptas. Esto se agrava cuando el personal de salud estigmatiza a quienes presentan signos de sufrimiento psíquico clasificándolas de problemáticas y de querer llamar la atención (Brito, et al. 2022)

En el caso de la depresión puerperal leve, la coincidencia de los cambios hormonales y su incidencia abona a la hipótesis biologicista, pero no es así si pensamos otras variables. Por ejemplo, los cambios que viene atravesado la mujer; el cansancio y dolores posparto; el trabajo psíquico que implica la adecuación a su nueva realidad, la integración de un nuevo ser en la dinámica familiar; la responsabilidad casi exclusiva del cuidado del bebé, etc. Se comprende que se sienta exhausta y crea no poder con tanto. Existen estudios que dan cuenta cómo el apoyo percibido mejora el bienestar de las madres e incluso revierte estados de ansiedad y depresión posparto (Azevedo Campos y Féres-Carneiro 2021; Contreras García et al, 2017; Luthar y Ciciolla 2015 y Stapleton, et al 2012). Si estos trastornos que se producen luego del nacimiento obedecieran únicamente a un desequilibrio hormonal propio del puerperio, ¿cómo es que factores externos de cuidado pueden revertirlos?

Si consideramos un padecimiento como manifestaciones puramente individuales estamos anulando las dimensiones subjetivas, históricas y sociales de la persona. Hay otras manifestaciones que escapan al binarismo enfermo/no enfermo cómo el malestar y el sufrimiento que deben ser abordadas (Augsburger, 2003)

Respecto a la etiología de las patologías posparto hay diferentes modelos de explicación:

Modelo biológico— las causas son genéticas u hormonales. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres con síntomas depresivos de las que no.

Modelo psicológico - investigaciones señalan trastornos afectivos previos y características de la personalidad como predictores. El puerperio es una etapa de crisis vital de regresión emocional y reedición de conflictos infantiles.

Modelo del estrés - la falta de apoyo de la familia o la pareja, la situación socioeconómica, eventos adversos.

Modelo sociocultural - producto de la sociedad occidental, varía según el país; los emergentes tienen cifras más altas, entre 8-50%. Factores a considerar: la falta de sostenimiento en el nacimiento, falta de acompañamiento y de apoyo a la madre. Las mujeres se encuentran en una situación de desamparo por las exigencias respecto al rol materno. Serían resultado de la sensación de insuficiencia por no cumplir con el ideal de mujer y madre (Oberman et al., 2022)

Ninguno de estos modelos puede aportar una explicación acabada para la patología posparto por lo que es necesario trabajar interdisciplinariamente para lograr una mejor comprensión, evitando invisibilizar factores determinantes con la estrechez de miras de una sola disciplina. El primer contacto de la mujer va a ser con médicos y enfermeras, es por eso que deben estar calificados para identificar factores de riesgo. Los talleres para padres funcionan muchas veces para la tramitación psíquica de las etapas de embarazo, parto y puerperio y como forma de localizar aquellas familias que necesitan ayuda. La detección temprana de síntomas psíquicos contribuye a que la situación no se agrave y a reducir complicaciones (Brito et al, 2022). Los escenarios posibles de encuadre son: consultorios externos de pediatría, psicología y ginecología. Neonatología. Sala de internación. Sala de partos y quirófano. En estos lugares el psicólogo puede trabajar en situaciones de emergencia, en asistencia clínica, en prevención y psicoprofilaxis. El pedido de ayuda muchas veces no viene del paciente sino de un servicio de salud (Oberman et al., 2022)

Recorrido psicoanalítico sobre la maternidad y el puerperio

Hay una diferencia entre maternidad, un proceso biológico, y maternaje, un proceso psicoafectivo que puede o no acontecer. El maternaje implica una crisis vital semejante a la adolescencia porque como en ella hay una transformación hormonal y corporal, un cambio de rol social, fluctuaciones pulsionales, reactivación de conflictos infantiles, disolución y reconstrucción de identificaciones (especialmente con la madre), reorganización de sistemas defensivos y duelo por el estado anterior (Oberman, 2018)

Para Freud (1991,a) la maternidad es una forma de resolución de la feminidad; “la situación femenina sólo se establece cuando el deseo del pene se sustituye por el deseo del hijo” (p. 119). La niña ha establecido desde su nacimiento una intensa ligazón-madre de la que saldrá cuando caiga en cuenta de la diferencia genital. A través del Complejo de Castración se introducirá en el Complejo de Edipo transfiriendo este deseo de pene al padre, esperando un hijo de él. Esto es abandonado por incumplido, pero el deseo del hijo permanecerá (1992,2001,1991a). En Introducción del narcisismo (2022) describe al hijo como el camino que puede llevar a la mujer al pleno amor de objeto; “en el hijo que dan a luz se les enfrenta una parte de su cuerpo propio como un objeto extraño al que ahora pueden brindar, desde el narcisismo, el pleno amor de objeto” (p.86). Además, para ambos padres en sus hijos se reproduce el narcisismo que han debido abandonar. Su actitud hacia el bebé es de sobreestimación y se le atribuyen todas las perfecciones.

Condición de mujer y posición materna en Freud están indiferenciadas, es Lacan quién establece una diferencia, aunque esta no deja de estar del lado de la carencia fálica y el niño aparece como equivalencia simbólica del falo. Esto en un primer momento, ya que la mujer que hay en la madre hace posible que el hijo se pueda preguntar por su deseo, lo cual es indispensable para ambos. Puede tratarse de una diferenciación epocal, “hoy en día la maternidad dejó de ser principalmente el lugar de realización subjetiva (...) las mujeres acceden a múltiples objetos fálicos distintos del niño y tampoco necesitan pasar por un hombre para tener hijos”(Bourband, et al 2023 p. 43) Hay una separación de feminidad y maternidad influida principalmente por tres cambios: 1) adelantos científicos en salud reproductiva; anticonceptivos, fertilización asistida; 2) avances en equidad de género, lo que le da mayor independencia y libertad para realizar actividades sociales y profesionales; 3) mutaciones de la institución familiar (Reid, 2010)

Para Recalcati (2018) la capacidad de amar al hijo en la mujer está influenciada por cómo ha integrado la maternidad y por los vínculos con su madre. Ella se enfrenta al fantasma de su propia madre, a la inscripción de la cadena generacional y a su muerte como hija. Es por eso que la maternidad en el ser humano nunca es simplemente biológica, hay una influencia del inconsciente. Stern (1999) señalaba que muchas mujeres recuerdan situaciones infantiles durante el embarazo y luego del nacimiento. También que hay patrones en la forma de relacionarse entre la mujer y su propia madre que influyen en cómo conectará con el hijo. El trabajo psíquico que se haya hecho al respecto sobre estos vínculos da como resultado la posibilidad de romper con patrones intergeneracionales. Monique Bydlowski ha acuñado el término transparencia psíquica para estos recuerdos infantiles y fantasías sobre el embarazo. Si la infancia fue buena la ayuda a proyectar la infancia del hijo en camino, pero si fue traumática genera angustia y

en algunos casos depresión La dificultad de la madre para elaborar estas cuestiones durante el embarazo pronostica otros conflictos Olza (2012)

Winnicott ha descrito las transformaciones psíquicas, una especial disposición de la madre que es fundamental; se trata de comportamientos tan sutiles que “no se pueden aprender en los libros” (1990, párr.13). Advierte no interferir en la capacidad de ser madre cuando las cosas marchan bien, lo que podemos pensar como una de las reglas del psicoanálisis; de abstinencia (Freud, 1991b). En este alejamiento de lo que podría ser una pedagogía de la maternidad es en lo que se diferencia el psicoanálisis de otras corrientes que buscan educar a los padres. Para Winnicott las madres que no reúnan la condición de identificación proyectiva no mejorarán a base de la instrucción, se trata de un sostén que constituye una forma de amar. Lo que no puede aprenderse está relacionado con la dimensión libidinal. Esta sensibilización (1993,1999b, s. f) le permite ponerse en el lugar de su hijo, identificarse con él, y satisfacer sus necesidades. No es un estado permanente y luego no es recordado ya que tiende a ser reprimido. La experiencia de replegamiento y disociación podría compararse con una enfermedad si no fuera porque es necesaria y se da en el caso de tener a cuidado un bebé, una parte de la madre conserva contacto con la realidad. También la observa en las personas que cumplen la función materna con hijos adoptivos, por lo cual no sería algo biológico sino de quién ocupa el rol (s. f). La mujer va recuperando el interés por sí misma en la medida en que el niño puede tolerarlo. No todas logran ese estado, hay muchas variaciones que no constituyen anormalidades, algunas nunca lo lograrán, otras lo consiguen con alguno de sus hijos y con otros no. Esta falla dependerá de algunos factores: que la madre no pueda preocuparse por el bebé con exclusión de otros intereses, por ejemplo, que tenga preocupaciones constantes o; cuando tiene una identificación masculina fuerte; tampoco lo lograría aquella madre que tiende a estar permanentemente preocupada por el niño, pero sin realmente lograr identificarse con él. La disolución del estado de preocupación maternal, que el autor compara con un destete, va a ser diferente en estos últimos casos, porque nunca existió en los primeros o fue deficiente o porque no puede hacerlo en el último por estar demasiado pendiente y cuando lo hacen es de forma brusca sin tener en cuenta las necesidades del bebé.

En este estado de preocupación la mamá es sumamente vulnerable y la función del padre es la de ocuparse del ambiente (1981). Para que la madre pueda sostener al hijo debe estar a su vez sostenida. La madre debe poder volcarse hacia adentro y desentenderse de todo peligro externo para ocuparse de su bebé, si no puede hacerlo el bebé se convierte en un conjunto de reacciones frente a los choques porque no hay intermediario que lo proteja. El resultado puede ser bebés apáticos, inhibidos, o muy

inquietos. La conducta del bebé además influye sobre la madre y de esta manera se produce un cortocircuito que dificulta la relación.

Stern (1999) ve cómo la necesidad de apoyo se manifiesta en la búsqueda de información con otras mujeres y de aliento, especialmente de aquellas con más experiencia. Llama *matriz de apoyo* al ambiente seguro en donde la madre siente confianza para desarrollar sus capacidades maternas. Muchas veces el centro de esta matriz es la madre o sustituto a quién puede observar en acción e intercambiar inquietudes. Esta matriz no siempre existe, puede ser que la puérpera no tenga a quién recurrir; por lejanía o porque la familia es muy problemática. En estos casos va a buscar siempre algún tipo de sostén, aunque sea en su fantasía, elaborando por ejemplo un ideal de modelo de familia armado a partir de experiencias en las que se sintió querida y cuidada. Los beneficios de esta matriz son comprobados, las madres que se encuentran aisladas socialmente tienen mayor riesgo de padecimientos mentales y de problemas en la relación con su bebé.

A veces el apoyo puede venir de un equipo de psicología perinatal o de la estancia en el sanatorio. Mirta Videla (1997) menciona la necesidad de relatar el parto de las madres terminado este, cuestión que es también mencionada por Stern (1999) y Oiberman et al. (2022); aconseja dejar hablar hasta los ínfimos detalles sin interrupción. También menciona la ventaja de los hospitales públicos en dejar a las madres en contacto con otras porque espontáneamente ellas comparten sus experiencias, ansiedades y conocimientos. Observó cómo aquellas con más experiencia colaboraban con las demás mediante palabras tranquilizadoras y consejos. La mayoría de las madres han experimentado en algún momento del embarazo y especialmente en el parto y el puerperio críticas e incluso los malos tratos. Se ha puesto énfasis en el trato del personal en las instituciones y se han redactado leyes en contra de la violencia obstétrica, pero también suelen observarse comentarios cargados de malicia de parte de los familiares. La autora hace una observación respecto al equipo médico que podría ser extensiva al entorno, y es que en esos casos se trata de personas que rivalizan con la madre, sienten envidia o se colocan en una posición de niños voraces e insatisfechos. Tanto si son parte del equipo profesional como del entorno de la puérpera es necesario trabajar con ellos para protegerla, ya que es un momento de profunda sensibilidad a la crítica.

Uno de los trabajos psíquicos que tiene que hacer la madre en el puerperio es relacionarse con el bebé real. Esto dependerá de la integración que la madre pueda hacer entre niño imaginario, niño fantasmático y el niño real (Lebovici, 2006). El niño imaginario es el que la madre imagina, especialmente desde el segundo trimestre de embarazo cuando empieza a sentirlo; imagina su aspecto, personalidad, futuro, elige un nombre; es el niño del preconsciente, de las ensoñaciones diurnas y las fantasías. El niño

fantasmático es el de la infancia y de los deseos de maternidad de esa época, en él se juegan fuertes identificaciones con la madre y está construido como un niño del abuelo materno, en relación a él se juegan los conflictos familiares inconscientes que pueden agravarse cuando surgen dificultades actuales como por ejemplo enfermedades, situación económica desfavorable, abandono por parte de la pareja, etc., lo que incrementa la ambivalencia materna. En relación a esto se puede mencionar un estudio realizado en Córdoba donde la variable *expectativas de las madres con respecto a su bebé durante el embarazo*, se presentó como un factor significativo. Las mujeres que no habían imaginado y/o soñado con su hijo y que no le habían hablado durante el embarazo, o que lo habían hecho en menos tenían mayor riesgo de desarrollar depresión posparto (DPP). También las *vivencias actuales percibidas como preocupantes durante el embarazo y después del parto* se presentaron más en las madres con DPP (Paolantonio, et al, 2023)

Oberman (2011) ha realizado entrevistas psicológicas perinatales, se trata de una única entrevista o varias en el mismo día del parto. Remarca la importancia de discriminar en el relato de la madre los tres bebés de Lebovici, ubicando el lugar que viene a ocupar en la familia, en el imaginario de la madre y en las fantasías infantiles de la misma. El bebé imaginado no desaparece después del parto, sino que continúa existiendo junto con el bebé real siendo revisadas ambas versiones. Este bebé imaginado puede venir a satisfacer necesidades de la madre como; encontrar en él un amor incondicional como el que no tuvo de sus padres en su infancia; que venga a sustituir una pérdida de una persona amada (padre, madre, otro hijo perdido); cómo compañía cuando se siente triste (como defensa de la depresión); cómo forma de mantener unida a la familia; como regalo (por presiones de la pareja o familia, porque el paso del tiempo biológico lo exige, etc.) (Stern, 1999)

Se supone siempre en la madre un gran amor por su hijo y felicidad exaltada, pero también hay sentimientos de odio, de ahí la ambivalencia. Winnicott (1999) enumera algunas razones por las cuales la madre odia al bebé, algunas de ellas son: el bebé no es la propia concepción mental de la madre (algo que es imposible porque hay más de un bebé imaginado además del bebé fantasmático); es un peligro para su cuerpo, interfiere en su vida privada, le hace daño al mamar, se siente esclava de él, etc. Para él la madre se va a apoyar en su masoquismo para no responder a este odio, y, por qué no agregarlo, en su amor también. Pero lejos de hablar de ese odio como una cuestión moral intolerable recomienda no negarlo, lo cual sería un gran consuelo para las madres que apenas se atreven a expresar el cansancio o hartazgo por el cuidado de sus hijos. Dar lugar a la expresión de esos sentimientos que no se expresan por miedo a parecer una mala madre, una madre que no puede o una madre desnaturalizada puede formar

parte de un pequeño sentimiento de bienestar en momentos de agotamiento físico y mental, por el sólo hecho de sentirse escuchada, comprendida y no juzgada.

Algunas vicisitudes del puerperio

Con el fin de la simbiosis madre-hijo, es frecuente que la mujer extrañe la panza, algunas pueden sentir alivio. Hay un duelo por el hijo ideal, dependiendo de las distancias que existan entre ambos. Se pondrán en conflicto la libido narcisista y la de objeto. La primera ante los dolores por el parto y la recuperación, el cansancio, la necesidad de estar sola y protegerse, la segunda en el deseo por el hijo, por estar cerca, saber cómo está, atenderlo, cuidarlo, investirlo libidinalmente (Castro, 2009) El narcisismo materno tiene que volverse secundario en relación al bebé. Pero para que la madre sea capaz de cumplir los requerimientos es necesario que el padre o un tercero contenga a la madre que sostiene al bebé (Stutman Zapata, 2004)

La mujer, durante el embarazo, centra sus fantasías en cómo será el bebé y cómo será ella como madre, cómo será su pareja (o las personas cercanas a ella) con el bebé y la vida que tendrán luego del nacimiento. Es un trabajo psíquico preparatorio. En caso de un parto prematuro esta fase se ve interrumpida. La madre psicológica se va formando desde tiempos muy tempranos, se intensifica en el embarazo y la mayoría consideran que se convierten en madres unos meses después del nacimiento (Stern, 1999) Un parto en el que la mujer se siente respetada y segura es sinónimo de salud durante el puerperio. En algunas ocasiones puede ser traumático y esto deriva en dificultades que perjudican a la madre, a la relación con el hijo y con su familia. Sus consecuencias pueden persistir años (Brigidi S y Cuadrada C, 2021).

Lactancia

Para algunas mujeres la lactancia es un medio para revincularse con el hijo real (Brigidi S y Cuadrada C, 2021) Dar de mamar es difícil, duele, muchas veces el bebé no se prende fácilmente, requiere de sensibilidad y manejo del cuerpo para ponerlo en una posición correcta. Algunas mujeres piensan que es una tarea instintiva y se sienten decepcionadas al no poder, puede pasar que ante las complicaciones abandonen la tarea. Otras más identificadas con el deseo de amamantar logran hacerlo. En todos los casos se juega la propia lactancia y las identificaciones con su madre y con el bebé que amamanta. Más allá de todos los beneficios que tenga la lactancia materna es importante no darle una connotación moral que generaría sentimientos de culpa o comportamientos de un amamantamiento poco placentero. Marie Langer advirtió que una mamadera dada con amor y un bebé que disfrute de ese momento son más importantes que un pecho dado fríamente (Castro, 2009). Querer educar en este sentido sólo produciría ansiedad

que interfiere con el amor de la madre que, a no ser que tenga serias perturbaciones, sabrá ser suficientemente buena (Winnicott, 1990)

Llegada a casa

La llegada a casa, generalmente, se recuerda como un acontecimiento. En el caso de un primer hijo deberán acomodarse a la presencia de un recién nacido. El partener puede sentir ambivalencia o celos real generando tensiones; también acompañar, y ejercer el rol de sostén. Cuando hay más niños la tarea es de moderar los vínculos con los hermanos que pueden reaccionar intentando cuidar a la mamá y al bebé, o sólo a la madre e ignorando a este último, o con reproches y llamados de atención (Ashworth, 1998).

La madre se siente como la mayor responsable por la vida del hijo, es habitual que duerma poco, no solamente por el ritmo de sueño del bebé sino también por temores comunes como vigilar si el bebé respira. Es común que se preocupe por quién toca y cómo agarra al recién nacido. Algunas preocupaciones pueden parecer exageradas al entorno, pero van disminuyendo con el tiempo y es importante que respeten sus decisiones. En ocasiones se han interpretado estas preocupaciones como patología o signo de ambivalencia, pero no es así cuando se trata de una actitud acotada en el tiempo que garantiza el cuidado y la supervivencia del niño. Interferir sólo puede producir angustia exacerbando sentimientos de inadecuación con su rol y mayor temor (Stern, 1999)

Episiotomía

Es un corte en el periné con el objetivo de aumentar la abertura vaginal durante el parto. Mirta Videla (1997) cuestionó su frecuencia; de 100 partos sólo 2 pueden producir desgarros, una cantidad extremadamente baja si se tienen en cuenta las repercusiones en la mujer. Debería ser utilizada en casos en los que fuera necesario y no para comodidad del equipo obstétrico. Muchas mujeres ven la experiencia del parto empañada por ella, otras mencionan las dificultades en la recuperación posparto y en la conexión con el bebé. Produce dificultades a la hora de amamantar por sentir desde incomodidad hasta dolor intenso al sentarse para dar el pecho. De 100 madres 82 renunciaban a la lactancia materna por esta causa. La molestia y el dolor influía en la posición en que tomaban al bebé y el enlace entre ambos. Los niños respondían a esta falla en el acople con llantos, sobresaltos o interrupciones para mamar, luego de lo cual era frecuente que rechazaran el pecho. Las mamás que querían amamantar a sus hijos se veían frustradas provocando sentimientos de tristeza. También la implementación de esta práctica puede repercutir en las relaciones sexuales; puede pasar que por algún esfuerzo físico la herida vuelva a abrirse y esto prolonga la recuperación, o que la mujer tenga miedo que la

herida se abra o de sentir dolor en el coito. Aun cuando la herida ha cicatrizado se siente una molestia continua.

La labor del psicólogo perinatal implica también el trabajo con el equipo obstétrico y poder dar a conocer estas cuestiones que hacen a la recuperación y bienestar de la madre para realizar prácticas más respetuosas

Sexualidad

El alta médica no coincide necesariamente con el momento en que van a reanudarse las relaciones sexuales. Puede suceder antes o mucho tiempo después, en cuyo caso no se trata de una disfunción, sino que la libido está puesta exclusivamente en el bebé ahora. No solamente la cuestión del deseo juega aquí sino también en cómo se perciben a sí mismas y a su cuerpo que ha cambiado (SENAF,2022)

Trabajo

La vuelta al trabajo puede ser difícil, tanto para la mujer que se ve obligada económicamente cómo para aquella que puede extender su licencia. En el primer caso siente que el tiempo que ha tenido a solas con su bebé es insuficiente y experimenta el sufrimiento de la separación. En el otro caso puede sentir que pierde oportunidades en el trabajo por quedarse en la casa y tiempo valioso con el hijo por trabajar. En ambos hay conflicto y puede ser sentido como una pérdida y un duelo (Stern, 1999)

Todas las madres van realizando una separación del niño, aunque no trabajen fuera del hogar. Winnicott (1993) describe cómo la madre va saliendo del estado de preocupación maternal primaria y vuelve gradualmente a sus ocupaciones sociales en la medida en que el bebé ha pasado de una fase de dependencia absoluta a una dependencia relativa. Esta salida es necesaria para el desarrollo del bebé y para la salud mental de la madre.

La gran mayoría de las mujeres que trabajan, son prácticamente las únicas que se ocupan de las responsabilidades domésticas y de cuidado. En los primeros tres años de vida de los hijos dedican 9 horas de cuidado frente a 4,5 horas de los hombres. Hay una sobrecarga de tareas de cuidado durante el puerperio (Bonavitta y Bard-Wigdor 2022).

Destete

Puede ser alrededor de los dos años del niño, otras cuando la madre empieza a trabajar, incluso antes. Hay casos en que la madre no ha podido darle de lactar desde el principio y lo vive con pesar y otras lo toman como algo que puede pasar ya que han naturalizado dar la mamadera. Pero cuando la experiencia ha sido placentera es un duelo para mamá y bebé (Bridigi y Cuadrada, 2021)

Análisis crítico del abordaje biomédico de las puérperas y distorsiones en la teoría psicoanalítica

El modelo biomédico centrado en la enfermedad impide prevenir dificultades del puerperio, ya que sólo se atienden patologías. Muchas veces se diagnostica depresión cuando lo que ocurre es agotamiento, estrés, falta de sueño, sobreexigencia para cumplir el rol materno, falta de apoyo, etc. (Martíarena, 2021). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha investigado sobre el tema concluyendo que hay mujeres se sienten culpables por pedir ayuda después del parto, especialmente para su bienestar mental. Muchas no reconocen problemas o no solicitan tratamiento debido a la estigmatización y el miedo a ser juzgadas no aptas para cuidar a sus hijos. Además, no saben a quién dirigirse para solicitar apoyo. Tanto madres como profesionales consideran insuficiente la atención previa al alta, centrada solo en el bebé. El apoyo psicosocial por parte de personal de salud capacitado aumenta el bienestar de las madres y disminuye la ansiedad, estrés y depresión post parto (2022)

Hay una idea construida por nuestra cultura occidental sobre un instinto materno que haría pensar que cualquier mujer puede cuidar y amar instantáneamente a su bebé, por lo cual no necesita ayuda para realizar algo para lo que está naturalmente dotada (Martíarena, 2021) Fernández (1993) señala cómo la maternidad fue medicalizada y ligada a la moral, haciendo que las madres que no cumplen el ideal sean vistas como malas madres. A pesar de ser estas nociones una construcción cultural, histórica y económica.

El discurso social vincula la maternidad con la idea de felicidad y completud, se reclama a la mujer un embarazo y parto perfectos, que se ocupe feliz de su hijo, se reincorpore al trabajo eficientemente y vuelva a la figura de antes del embarazo como si de su cuerpo nunca hubiese nacido un niño. Estas demandas irreales generan sufrimiento porque son inalcanzables (Brigidi y Cuadrada; 2021)

El modelo biológico, especialmente desde la psiquiatría, reduce las fallas maternas a causas hormonales, ignorando factores psicosociales. El estudio de las maternidades debe ser comprendido desde un enfoque interdisciplinario en el que se tenga en cuenta la biología, la psicología, la sociología y la antropología para poder abordar al sujeto en su dimensión bio-psico-social-cultural (Oiberman, et al 2022)

Además, el diagnóstico de depresión posparto ha sido cuestionado (Neri, et al 2018). Una de las objeciones es que se trataría de un episodio depresivo mayor que ocurre durante el posparto, cuya única diferencia es el estado de la mujer. Otra crítica es que muchas de las mujeres que la padecen ya han tenido episodios de depresión, lo que indicaría una continuación de la enfermedad. Se intentó diferenciarla por la presencia de ansiedad como característica específica que la distinguiría de otras depresiones, pero ha

generado confusión diagnóstica entre ansiedad y depresión posparto. Más allá del debate nosológico, es de suma importancia interiorizarse en las situaciones que atraviesa la persona y qué ha motivado este estado. No puede realizarse un diagnóstico prescindiendo de la historia de vida sin entender que hay malestares que no necesariamente constituyen un diagnóstico psicopatológico.

Promoción de la salud mental durante el puerperio y prevención de malestares y trastornos psicológicos desde el psicoanálisis

En muchos lugares se lee la prevención y cuidado de las madres como una forma de proteger a las infancias, es importante entender que las madres merecen ser cuidadas por sí mismas. Hay una tendencia a priorizar a la madre durante el embarazo y al bebé después del parto, los controles luego del alumbramiento son exclusivamente ginecológicos y se limitan a los 45 días siguientes. Por eso es necesario trabajar en equipo con los pediatras que son los que van a seguir viendo a esas mujeres cuando lleven a control a sus hijos. Un oído atento, preguntas sobre cómo se siente pueden marcar una diferencia y en algunos casos llevar a una intervención temprana. El silencio deja a las madres más expuestas al sufrimiento y malestar psíquico. Muchas mujeres han descrito el puerperio como un tiempo en el que se sintieron profundamente solas (Oiberman, 2022; Martiarena, 2021). No se trata solamente de prevenir cuadros patológicos sino de que la experiencia de la maternidad sea lo más placentera posible. Hay vivencias que sin constituir cuadros depresivos condicionan negativamente el maternar. Una lectura simplista encontrará toda desviación de un supuesto instinto femenino como una falla biológica, lo que deriva en que la madre que se encuentra con dificultades sea estigmatizada, muchas veces señalada como problemática por el personal de salud, cómo insuficiente o poco apta. La solución desde la mirada médico hegemónica vendrá de la mano de la medicalización del síntoma, constituyendo una situación de violencia.

La promoción y prevención en salud mental desde el psicoanálisis la podemos pensar como una matriz de apoyo que acompañe y cuide al cuidador, es decir, a la madre y quienes la rodean. Al ejercer la abstinencia psicoanalítica se evitarán los consejos y las recetas hechas, recordando que cada madre y cada familia tienen sus características singulares, apostando al saber-hacer de ese grupo. Muchas veces la madre durante el puerperio puede estar abrumada por falta de información o por exceso de ella, no necesita más consejos sobre lo que debe ser. Es fundamental apartarse de mandatos superyoicos que van a producir culpa e impotencia, a veces lo que la mamá necesita es que alguien le diga que lo está haciendo bien. Los espacios de intercambio de embarazadas y madres puérperas, dirigidos por profesionales de la salud ayudan a

derribar mitos sobre la maternidad. El acompañamiento con pares invita a escuchar y poder hablar, esto produce bienestar y alivio. El rol del profesional es brindar confianza, ofrecer sostén y un espacio facilitador para quienes construyen el espacio facilitador del bebé (Raschkovan, 2016).

Estas intervenciones desde el psicoanálisis distan mucho de las recientes corrientes del tipo de *crianza respetuosa*. Estos discursos se dedican a adoctrinar madres para someterse a las criaturas, reivindicando la naturaleza materna, borrando a la mujer que hay en la madre. Hay un malentendido, la crianza que es tratada como pura necesidad, buscando satisfacer la demanda, aplastando el deseo de la madre y del hijo que va a conformar su deseo en función de esta última (Brigidi y Cuadrada, 2021)

La labor desde el psicoanálisis en psicología perinatal es operar de sostén, constituyendo parte de la matriz de apoyo de la que habla Stern cuando la madre no cuenta con esta o coadyuvando con la que tiene para que pueda funcionar lo mejor posible, rastreando los recursos que posee la familia y los puntos vulnerables en los que se debe trabajar. Dar lugar a la experiencia materna sobre la experticia de la época, evitando así una pedagogía de la maternidad (Bourband et al 2023). Muchas veces a partir de una intervención temprana, por ejemplo, por algo que la madre dice durante las consultas obstétricas o algo que observa y alerta a la enfermera, se realiza una consulta con salud mental y se evitan dificultades mayores en el futuro. Es por eso que se debe trabajar en equipos interdisciplinarios, sabiendo que los integrantes son responsables por la salud integral de esa madre.

CONCLUSIONES

El puerperio ha sido descrito y abordado por la medicina desde un punto de vista únicamente biologicista. Si se plantea una concepción biopsicosocial de la salud es necesario reevaluar el abordaje de las madres puérperas y desde esta investigación bibliográfica se pretendió aportar una mirada psicoanalítica al abordaje psicológico. Con la maternidad se reeditan conflictos de la infancia y la relación con la propia madre juega un papel importante. De cómo los haya resuelto dependerá la forma en que asuma el rol de madre. Se producen varios duelos; el pasaje de hija a madre, de mujer a madre, del cuerpo anterior al parto. La construcción de la relación con el hijo recién nacido también dependerá del lugar ocupa en la trama familiar.

La bibliografía consultada acerca de qué producía bienestar en las puérperas y qué era lo que revertía o atenuaba cuadros de malestar o patologías pos parto coincidía en el acompañamiento y el apoyo. Para que la madre pueda desarrollar la preocupación primordial primaria que va a facilitar el primer sostén del niño y el despliegue del maternaje es necesario que la madre sea sostenida por otro/s. Muchas veces las condiciones de la madre no son las mejores, no cuenta con una matriz de apoyo, su propia historia interfiere en la relación con su hijo o surgen otras dificultades. No todas pueden o saben pedir ayuda y la formación de un equipo interdisciplinario en los lugares de atención es una forma de prevenir y promocionar su salud mental.

En relación a las posibles acciones dentro del campo psi el psicólogo puede intervenir en aquellos casos en dónde se encuentren dificultades, no con recetas que indiquen lo que la madre debe hacer señalando la forma correcta o incorrecta de devenir madre, sino desde una actitud exenta de crítica superyoica. Para eso puede habilitar la palabra, incentivar los intercambios, revalorizar la transmisión de la experiencia entre personas de la familia o con grupos de pares, dando lugar para que la madre encuentre su manera de relacionarse con el bebé. Entendiendo que una madre suficientemente buena no es la que responde correctamente a las necesidades del bebé (si es que eso fuera posible en la especie humana), sino la que realiza la tarea de sostén a partir de unos movimientos tan sutiles que constituyen una manera de amar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya Villavicencio, S y Barrantes Ortíz, I. Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo posparto. Revista Médica Sinergia. Vol.5
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/618/1065>
- Argüello, C; Santander, L; Bella, M y Faas A (2023) Evaluación de riesgo de depresión postparto en gestantes bajo atención obstétrica en un Hospital Universitario de Córdoba. Revista de la Facultad de Ciencias médicas de Córdoba. Vol. 80
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/42824>
- Ashworth, MC (1998). El cuerpo femenino. Una lectura psicoanalítica. Trópicos. Revista de psicoanálisis. Vol. 1. Año VI. 7-19. Recuperado de:
<https://spdecaracas.com.ve/tropicos-edicion-1998-psicoanalisis-y-genero-vi-i/>
- Augsburger, AC (2003) De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos médico-sociales (61-75)
- Azevedo Campos, P y Féres - Carneiro (2021) Sou mãe: ¿e agora? Vivências do puerperio. Psicología USP, Vol. 32 pp. 1-9. DOI:10.1590/0103-6564e200211
- Bonavitta, P y Bard-Wigdor G (2022) Licencias por cuidado familiar y la reproducción de roles de género: el caso de Argentina. Universidad Nacional Autónoma de Huanta; Puriq; 4; 12-2022; 1-14. Recuperado de:
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/217498>
- Bourband, L; Brienza, L; Garo,S; Harraca, F; Rovere, C y Spina,R (2023) Lo femenino, lo maternal y nuestra época. Laborde Editor
- Bourband, L; Zenón, P y Casalegno, C (2019) La vigencia de lo inconsciente. La tensión irreductible entre maternidad y feminismo. Psicoanálisis en la universidad (3), 39-50. <https://doi.org/10.35305/rpu.v0i3.31>
- Brigidi S y Cuadrada C (eds.) (2021) Maternidades, experiencias y narraciones. Una mirada a través de los campos de los saberes. Publicaciones URV.
DOI:10.17345/9788484249078

- Brito APA, Paes de OG, Feliciano WLL, Riesco ML (2022). Sufrimiento mental durante el puerperio: conocimiento del equipo de enfermería. *Cogitare enfermagem*, 27, 1-13. Recuperado de: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87604>
- Castro, M (2009) Aspectos psicofisiológicos de la lactancia materna. *Anatomía y psicofisiología. Neuropsicología II*
- Contreras - García, Y, Sobrazo Rodríguez, P y Manríquez - Vidal, C (2017) Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 43 (1) pp 1-13 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100006
- Fernández, A.M (1993) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós
- Freud, S (1991,a) 33ª conferencia. La feminidad. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras (1932-1936). En *Obras completas Tomo XXII* (pp. 104-125) Amorrortu Editores
- Freud, S (1991, b) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras Completas, Tomo XII* (pp 107-120). Amorrortu Editores
- Freud, S (1992) El sepultamiento del complejo de Edipo. El yo y el Ello y otras obras (1923-1925) en *Obras completas, Tomo XIX* (pp 177-187). Amorrortu Editores
- Freud, S (2022) Introducción del narcisismo. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. *Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)* en *Obras completas. Tomo XIV* (pp. 63 - 98). Amorrortu Editores
- Freud, S (2001) Sobre la sexualidad femenina. En *El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)* en *Obras completas Tomo XXI* (pp. 223-244) Amorrortu Editores
- Gay Isabel (2012), *Sociología de la maternidad en España* en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ed), *Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia* (pp. 71-118). Recuperado de: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/maternidad_y_salud_cce.pdf
- Lebovici, S; Weil-Halpern, F (2006) *La psicopatología del bebé*. Siglo XXI Editores

- Luthar, S y Ciciolla, L (2015) Who Mothers Mommy? Factors That Contribute to Mothers' Well-Being. *Developmental Psychology* 51(12). pp. 1812-1823.
https://www.researchgate.net/publication/317090354_Who_Mothers_Mommy_Factors_That_Contribute_to_Mothers'_Well-Being
- Martiarena, M (2021) El puerperio invisibilizado: cuerpo, afectos y violencias en las experiencias femeninas de posparto
https://www.fg2021.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/fg2020/1611835710_A_RQUIVO_0cd5406859b915bfdb8e7991004eef59.pdf
- Neri, P; Amaya Méndez, V; González A (2018) Depresión y ansiedad estrés en madres puérperas. *Acta psiquiatría y psicológica de América Latina* (64) 16-27
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/100471>
- Oberman, A (2011). La culpa ante la internación de un bebe recién nacido: El espacio de la psicología perinatal. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/44287?show=full>
- Oberman, A (2018). Maternaje. Proceso de la maternidad y maternaje: fundamentación teórica. *Enciclopedia argentina de salud mental*.<http://www.enciclopediasaludmental.org.ar/mobile/trabajo.php?idt=45&idtt=96>
- Oberman, A (Ed.) (2022) Nacer y acompañar. Abordajes clínicos para una psicología perinatal. Lugar Editorial
- Olza, I; Martín Gabriel, M.A; Gil Sánchez, A (2012). Neurobiología del parto. Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia. pp. 13-29. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Gobierno de España. Recuperado de:
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2022) Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. una experiencia posnatal positiva. Disponible en:
<https://doi.org/10.37774/9789275326817>
- Oroquieta Natalia (2025) La importancia de la Salud mental perinatal: sobre el Embarazo, el Parto y el Puerperio.
- Paolantonio M.P, Manoilloff L.M.V y Faas A.E (2023). Incidencia de la depresión posparto y factores de riesgos asociados en madres cordobesas (Argentina). *Revista de Psicología*, 22 (2) <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/view/14848>

- Raschkovan, I (2016) Psicoanálisis, prevención y crianza [Archivo PDF]
<https://www.aacademica.org/000-044/281>
- Recalcati, M (2018) Las manos de la madre. Anagrama
- Reid, G (2010) Construcción del deseo de maternidad en mujeres de hoy. Nuevas prácticas, nuevas representaciones, 414-415 [Archivo PDF]
<https://www.aacademica.org/000-031/847.pdf>
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) (2022) Programa Nacional Primeros Años. Acompañamiento Perinatal. Ministerio de Desarrollo Social Argentina. Recuperado en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/2022-08-acompanamiento_perinatal.pdf
- Stapleton, L; Schetter, C; Westling, E; Rini C; Glynn, L; Hobel C.J y Sandman C (2012) Perceived Partner Support in Pregnancy Predicts Lower Maternal and Infant Distress. J Fam Psychol. Vol. 26. pp 453–463. doi:10.1037/a0028332.
- Stern, D (1999) El nacimiento de una madre. Paidós
- Stutman Zapata, A (2004) Algunos aportes de Winnicott para la reflexión en torno al rol de la madre - Revista del CPM. Revista del CPM.
<https://revista.centropsicoanaliticomadrid.com/algunos-aportes-de-winnicott-para-la-reflexion-en-torno-al-rol-de-la-madre/>
- Videla, M (1997) Maternidad. Mito y realidad. (2da edición). Nueva visión
- Winnicott, D (s.f.) La pareja madre-lactante (Original publicado en 1960). En Obras completas. Edición digital Psikolibros (pp.1067-1070). Recuperado de:
<https://ouricult.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D (1981) La teoría de la relación paterno-filial (1960). El proceso de maduración en el niño (pp.41-63) Editorial Laia
- Winnicott, D (1990). La madre de devoción corriente. Los bebés y sus madres (pp. 19-31). Paidós
- Winnicott, D (1993). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional (pp.108 - 120) Paidós

Winnicott, D (1999a) El odio en la contratransferencia. Escritos de pediatría y psicoanálisis (pp.263-274). Paidós

Winnicott, D (1999b) Preocupación maternal primaria (1956). Escritos de pediatría y psicoanálisis (pp.397-404). Paidós

Winnicott, D (1994). Saber y aprender. Conozca a su niño. Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia (pp. 52- 55). Paidós

Hoja de firmas