

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología



Trabajo Integrador Final

“Nos pre-paramos juntas”

Hacia un abordaje interdisciplinario de la maternidad en los consultorios obstétricos del Hospital Provincial de Rosario

Autora: Roasio, Delfina

Legajo: R-5095/4

Graduada responsable: Peralta, Candela Rita

Índice

Resumen	2
Denominación del Proyecto	3
Descripción y justificación de la propuesta	4
Descripción de la institución destinataria de la intervención profesional.....	8
Descripción del grupo destinatario de la intervención profesional	10
Algunas reflexiones sobre ¿la maternidad?	10
Objetivos General y Específicos	13
Determinación de las acciones que se proponen realizar y sus plazos tentativos	14
Entrevistas personales	14
Encuentros ‘impacientes’	15
Encuentros vivenciales: trabajo corporal.....	16
Recursos materiales y humanos necesarios	17
Evaluación general del proyecto	18
Referencias Bibliográficas.....	19

Resumen

La presente propuesta de intervención denominada 'Nos pre-paramos juntas' consiste en la realización de un taller de preparación integral para el parto y está dirigida al Hospital Provincial de Rosario. Se sostiene en una modalidad de trabajo interdisciplinaria y se encuentra fundamentada legalmente en la Ley Nacional de Parto Humanizado n°25.929. Plantea el desarrollo de una serie de actividades que habiliten a las mujeres embarazadas y a sus acompañantes a convertirse en partícipes 'activos' del proceso de embarazo, parto y puerperio. 'Nos pre-paramos juntas' está dividida en tres etapas: entrevistas personales, encuentros 'impacientes' y encuentros vivenciales con trabajo corporal. El proyecto será evaluado durante su implementación a través de reuniones entre los miembros del equipo interdisciplinario y, una vez finalizado, por medio de encuestas de opinión a las mujeres que participaron del taller.

Palabras claves: maternidad-interdisciplina-participación activa-rol del psicólogo

Denominación del Proyecto

'Nos pre-paramos juntas'

Descripción y justificación de la propuesta

La presente propuesta de intervención en el campo profesional está enmarcada en la Práctica Profesional Supervisada y destinada al Hospital Provincial de Rosario. Surge a partir de la lectura realizada de un dispositivo denominado 'Sala de Espera Activa' que tiene lugar en los consultorios obstétricos de alto y bajo riesgo de dicha institución. El mismo, llevado a cabo por concurrentes y residentes de pre-grado de psicología, consiste en brindar charlas informativas en la sala de espera sobre diferentes tópicos a las mujeres embarazadas. Las temáticas que se abordan son variadas: lactancia materna, salud sexual y reproductiva, los tres trimestres de embarazos, los signos de alarma, el trabajo de parto y el puerperio, el armado del bolso y la vuelta a casa. Generalmente, se hace uso de un televisor o de afiches para que el dispositivo sea más dinámico. El eje que atraviesa la práctica es la promoción y prevención de la salud y el pleno reconocimiento de los derechos que tienen las mujeres embarazadas durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, el dispositivo presenta algunas falencias que no permiten que los encuentros resulten más provechosos para las mujeres.

Como se dijo anteriormente, algunas de las temáticas que se tratan son los tres trimestres de embarazo y el trabajo de parto. Respecto a la primera, se les explica a las mujeres los cambios que seguramente se van a ir produciendo en ellas y en el bebé en cada trimestre de embarazo y, en cuanto al trabajo de parto, se hace hincapié en los períodos de dilatación, de expulsión y de alumbramiento. Cuando los encuentros responden a estos puntos se hacen visibles ciertas dificultades, en tanto no son temas que le competan en su exclusividad a un residente o concurrente de psicología, dado que tienen un carácter predominantemente biologicista. Por lo tanto, si una mujer pide que se desarrolle con mayor profundidad, por ejemplo, el trabajo de parto, o pregunta por algún concepto técnico que no entiende, ¿cómo tendría que responder la residente o concurrente? La respuesta 'lo podes consultar mejor con tu médico' no deja satisfecha a ninguna de las partes. Cuando de estos temas se trata, un abordaje interdisciplinario se hace necesario. Además, en la mayoría de los encuentros las mujeres permanecen en una posición pasiva recibiendo la información y pocas veces surgen preguntas o inquietudes. Esto lleva a pensar en cuán fructífero sería que pudiera circular la palabra entre ellas ante el trabajo de alguna temática. El hecho de contar alguna experiencia propia podría tener un efecto 'contagioso' en las demás mujeres, volviéndose el espacio más dinámico e interactivo, aprendiendo así unas de otras.

Por eso es que la propuesta aquí planteada consiste en realizar un taller de preparación integral para el parto en el Hospital Provincial de Rosario que se encuentre sostenido en una modalidad de trabajo interdisciplinaria, con la debida participación e implicación de distintas profesiones: psicología, trabajo social y obstetricia. Un nuevo espacio dirigido a las mujeres embarazadas que asisten a los consultorios obstétricos de bajo y alto riesgo, en el cual no sólo se trabajen distintas temáticas afines al embarazo, parto y puerperio, sino también se brinde la posibilidad de trabajar con el cuerpo, ayudando a que las mujeres tomen mayor conciencia del mismo y puedan convertirse en verdaderas protagonistas de todo el proceso. La denominación de la propuesta: 'Nos pre-paramos juntas' deviene de la importancia de encontrar apoyo y contención en un grupo donde hay otras mujeres que se encuentran en la misma situación. Propiciar un clima cálido y de confianza es esencial para que se produzca un intercambio de vivencias, sentimientos, dudas, miedos, inquietudes, etc. Genolet (2005) plantea al respecto:

Lo importante de este curso es lo que se aprendió grupalmente, y el elemento multiplicador que tiene un grupo de psicoprofilaxis donde hay quince mujeres embarazadas en la misma etapa, con alguien que pueda aclarar los conceptos y las situaciones, alivia muchísimo los temores y las expectativas se tornan mucho más tranquilas (pp. 48-49).

Para poder fundamentar teóricamente la necesidad de este espacio resulta esencial partir desde los problemas de base. No se podría poner en discusión que los encuentros y desencuentros entre el discurso médico y el discurso psicoanalítico son harto frecuentes en las instituciones de salud pública, ya que son diferentes los supuestos de los que parten para llevar a cabo los respectivos accionares. El Modelo Médico Hegemónico prima en estas instituciones y el Hospital Provincial de Rosario no constituye una excepción. La mayoría de los médicos tienen una formación basada exclusivamente en el bienestar biológico sin tener en cuenta que la persona con la que están tratando es un sujeto como totalidad biológica, psicológica y sociocultural. Y esto es así porque históricamente la práctica médica se centró en el cuerpo del paciente, con una particular tendencia a ‘borrar’ al sujeto, en tanto su objeto de estudio se volvió cada vez más fragmentado. Menéndez (2005) sostiene que el Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por ser, entre otras cosas, biologicista, individualista, a-histórico y a-social. Estas características estructurales excluyen los procesos históricos y las condiciones socioeconómicas y culturales a la hora de explicar la causalidad y el desarrollo de las enfermedades; quedando éstas últimas reducidas a meros signos e indicadores biológicos.

Las instituciones médicas han tratado de negar –o por lo menos secundarizar– constantemente el papel de los sujetos y de las condiciones sociales en el proceso salud/enfermedad y especialmente en la atención biomédica, tratando de imponer la existencia de una “mirada” médica autónoma, profesional y científica (Menéndez, 2005, p. 11) (las cursivas son del autor).

Lejos de una concepción ligada estrictamente a lo biológico, la OMS (s.f.) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Si bien esta definición significó un avance por trascender lo meramente físico, fue objeto de numerosas críticas. Ferrara (1985) le critica a tal definición su apreciación de bienestar, transformándola en una simple tautología: ‘sentirse bien’ o ‘estar bien’. Le critica, asimismo, que se trate de un concepto estático que no comprende la dinámica socio-histórica. Dicho autor entiende a la salud-enfermedad como un proceso incesante de carácter histórico y social, como un continuo accionar de la sociedad para transformar la realidad. Esto daría cuenta de sujetos posicionados de manera activa frente a un medio siempre cambiante. El determinante al que le da primacía es a los modos de producción de cada sociedad; éstos son los que van a determinar los modos de enfermar o de curarse.

Frente a concepciones de salud y enfermedad tan dispares, se deben encontrar criterios comunes para poder pensar en un taller con modalidad de trabajo interdisciplinaria. Bloj (2013) sostiene que la constitución de un equipo interdisciplinario implica tiempo para discutir ideas y para construir acuerdos. Según la autora, para poder realizar un abordaje de ésta índole es necesario resolver el problema de poder que se genera entre las disciplinas y entre los miembros del equipo. La hegemonía de un saber sobre otro, de un discurso sobre otro, tiene que dar paso a la confluencia de perspectivas y enfoques diversos. “En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud” (Stolkiner, 1999, párr. 9). Esto vale no sólo para el médico, sino también para el profesional psicólogo, quien puede igualmente posicionarse en un lugar de saber. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales puedan sostener un posicionamiento de escucha en relación a las otras disciplinas y de reflexión respecto a las propias; que estén dispuestos a aprender del otro y a construir con el otro para arribar así a un conocimiento integral de la situación que los convoca. Se trata de que los conocimientos que aporte cada uno desde su propia disciplina puedan finalmente combinarse para

implementar estrategias de trabajo con objetivos compartidos. En definitiva, lo que está en juego es la voluntad y el compromiso de cada sujeto para que esto se pueda lograr.

Elichiry (1987) supone que la interdisciplina surge ante una demanda social, es decir, ante situaciones problemáticas complejas, favoreciendo así la integración y la producción de conocimientos. Propone que el punto de partida sean los problemas y no las disciplinas, considerando que éstos no cuentan con fronteras disciplinarias, y que los límites de cada disciplina no están determinados de una vez y para siempre. “La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación (...) implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc.” (Elichiry, 1987, p. 336). La demanda social a la que se refiere la autora como punto de partida de la interdisciplina, se encuentra aquí en la necesidad de reconocer que el embarazo, el parto y el puerperio son acontecimientos complejos que requieren de un abordaje integral, dado la multiplicidad de variables que entran en juego y que escapan a la interpretación del discurso médico.

De lo dicho hasta aquí se desprende la pregunta por el rol del psicólogo dentro de un equipo interdisciplinario en el hospital. No se trata de que éste se ponga en la vereda de enfrente respecto al Modelo Médico Hegemónico que prevalece; de que el Psicoanálisis se inserte en el ámbito hospitalario intentando ‘romper’ con una lógica que existió desde siempre; porque siendo así, un trabajo en conjunto entre médico y psicólogo sería impensable. Por el contrario, su rol consiste en ‘ponerse a trabajar con’, adoptando una actitud constante de interrogación que invite a la reflexión. Se trata de que pueda posicionarse críticamente respecto a ese discurso dominante y cerrado para permitir cierto nivel de apertura, interrogando aquello que se manifiesta como problemático en sus múltiples dimensiones. Y frente a aquellos padecimientos que escapan a las fórmulas del saber universal, tomar la vía de la desarticulación y re-significación, sin perder de vista la particularidad de la historia de cada sujeto. Perrota (2014) afirma:

La posición crítica del psicoanalista en el equipo de salud permite poner en evidencia que los sujetos hablan a través de sus cuerpos y sus síntomas y que escuchar al sujeto en su singularidad permite, al menos, hacer lugar a los padecimientos subjetivos en lugar de sólo ponerles rótulo con un diagnóstico (p. 3).

Esto sugiere entonces, considerando siempre la dimensión institucional, la importancia de una práctica de lo ‘particular’ que, por medio de la escucha y la circulación de la palabra, habilite la palabra de los sujetos.

Por otro lado, la propuesta “Nos pre-paramos juntas” está enmarcada legalmente en la Ley Nacional de Parto Humanizado n°25.929. En dicha ley se exponen los derechos que tienen las mujeres durante todo el proceso de embarazo, parto y postparto, así como también los derechos del recién nacido y de los padres cuando éste se encuentra en situación de riesgo. El artículo 2° expresa, entre otras cosas, que tienen derecho a estar informadas sobre las distintas intervenciones médicas; a ser tratadas con respeto y de modo individual; a ser consideradas personas sanas, para facilitar su participación como protagonistas de su propio parto; al parto natural respetuoso de los tiempos biológico y psicológico; a estar acompañadas por una persona de confianza; a ser informadas sobre los beneficios de la lactancia materna; y a recibir asesoramiento e información sobre cómo cuidarse ellas y sus hijos. Se entiende que la información es clave para que las mujeres puedan tomar decisiones seguras e informadas que hagan valer sus derechos. Sin embargo, no se trata de una simple transmisión de información, sino de que se pueda producir enriquecimiento y una reelaboración del conocimiento que los sujetos ya traen consigo. Esto les facilitará el camino para que puedan asumir un papel activo y participativo en lo que se

refiere al proceso de embarazo, parto y puerperio. En este punto es conveniente preguntarse si sería apropiado o no el uso del término 'paciente' por parte de los profesionales de la salud. Según la Real Academia Española (2014) la palabra 'paciente' proviene del latín *patiens* que significa 'padecer, sufrir'. El término posee diferentes acepciones, algunas de las cuales son: "que tiene paciencia" o "persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica". Respecto a la primera acepción, se podría pensar que la persona 'paciente' está ubicada en una posición de espera, denotando cierto lugar de pasividad; en cuanto a la segunda, se concebiría al 'paciente' dentro de la lógica salud-enfermedad. Ahora bien, ¿es correcto pensar que las mujeres embarazadas son personas que están sufriendo o están enfermas? Si lo que se busca, en consonancia con la ley, es justamente sacarlas de una posición pasiva, en tanto se las entiende como personas sanas y con capacidad de decidir, sería de especial relevancia que pudiera producirse un corrimiento de la lógica médico-paciente y salud-enfermedad. Además, haciendo a un lado esta relación asimétrica y unilateral entre el que posee el saber y el que está a la espera de recibirlo, se puede producir un aprendizaje mutuo entre los profesionales y los sujetos a los cuales el taller está dirigido. La manera en que las mujeres y sus acompañantes respondan a cada encuentro debe servirles a los profesionales como un disparador que les permita pensar qué aspectos deben reforzarse o cambiarse.

Por último, el modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia también funciona como soporte teórico del taller de preparación integral para el parto, en tanto lo central para este modelo es que la cultura organizacional esté centrada en la mujer embarazada, su hijo antes y después de nacer y su familia. Los profesionales que lleven adelante el taller deberán tener siempre presente que los protagonistas de ese espacio no son ellos, sino las mujeres embarazadas que asisten y sus acompañantes. Además, el modelo plantea la promoción de la participación y la colaboración de la familia en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo/a durante, el embarazo, el parto y el puerperio, implicando un empoderamiento de la familia. Por lo tanto, la participación en el espacio ya sea de la pareja o de algún familiar, será fundamental no sólo por el sostén emocional que le pueda brindar a la mujer embarazada, sino porque tiene, al igual que ella, el derecho de convertirse en un participante activo.

Descripción de la institución destinataria de la intervención profesional

Es pertinente, en primer lugar, poder posicionar al efector dentro del sistema de salud en Argentina y luego dentro del sistema de salud provincial.

El sistema de salud en el país está compuesto por tres subsectores: público, de seguridad social y privado. El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande (en general, personas sin seguridad social y sin capacidad de pago). El sector del seguro social obligatorio, por su parte, se organiza en torno a las Obras Sociales que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según las ramas de actividad. Por último, el sector privado incluye a: los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a Obras Sociales específicas o a sistemas privados de medicina prepaga; los establecimientos asistenciales, contratados también por las Obras Sociales; y las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga.

El Hospital Provincial de Rosario forma parte del subsector público y depende del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. El sistema de salud provincial santafesino está basado en la atención primaria de la salud (APS) y apunta a un modelo de gestión en red, en la cual todo sistema de salud está estructurado para cuidar y responder a las necesidades de salud de la población. La red está compuesta por efectores (hospitales, SAMCos y centros de salud) de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas. A su vez, los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. Éstos están divididos en distintos niveles de complejidad:

Primer nivel: conformado por los centros de salud; los lugares de mayor proximidad al vecino. Éstos no poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada. Constituyen la puerta de entrada al sistema de salud. Se realizan acciones de promoción, prevención, diagnóstico, atención ambulatoria, cuidados domiciliarios, y otras tareas relacionadas con el cuidado de salud.

Segundo nivel: compuesto por los hospitales y SAMCos de baja y mediana complejidad. En éstos se brindan permanentemente los servicios de atención de especialidades de baja y mediana atención asistencial, de diagnóstico y tratamientos terapéuticos y quirúrgicos, de rehabilitación, y toda otra tarea relacionada con este nivel, y la capacidad de resolución que cada efector tenga asignada.

Tercer nivel: constituido por los hospitales de alta complejidad, representando el último y más completo nivel de la red. Son funciones del tercer nivel: dar respuesta a las necesidades poblacionales de cuidados críticos e intermedios, ya sean en internación o de manera ambulatoria, tanto en contextos terapéuticos como diagnósticos; consolidar mecanismos efectivos de articulación, coordinación y complementación en la producción de procesos asistenciales en red con otros niveles de atención asistencial, sean éstos jurisdiccionales como extra-jurisdiccionales, que garanticen el acceso a la atención necesaria a este nivel.

El Hospital Provincial de Rosario pertenece al Nodo Rosario (región 4). En éste, la Red de Servicios Público/Estadal está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores sin internación (centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento) y servicios con internación (hospitales con tres niveles de complejidad). En la ciudad de Rosario los centros de salud provinciales y municipales están a su vez divididos por georreferencia (distrito centro, noroeste, norte, oeste, sudoeste y sur)¹. Las derivaciones que se realizan desde el

¹ Información obtenida de la página de internet de la provincia de Santa Fe.

Hospital Provincial de Rosario a los centros de salud son acorde al domicilio del paciente, en tanto se le destinará el efector que se encuentre más próximo a su lugar de residencia. Por otro lado, el efector responde al tercer y al primer nivel de atención. Esto es así porque se atienden problemáticas de alta complejidad pero al mismo tiempo se reciben derivaciones de los centros de salud, tanto de Rosario como de zonas aledañas. En caso de que se trate de patologías muy graves, las derivaciones se realizan desde cualquier ciudad de la provincia.

Dentro del edificio hospitalario funciona un sector específico de APS en vías de mayor consolidación. Dicho sector, por el momento, cuenta con médicos generalistas y profesionales de la salud mental con sus propios horarios de atención y modalidades de funcionamiento. Para todas las especialidades con las que no cuenta dicho espacio, responde a la demanda el hospital, al igual que lo hace respecto a cada uno de sus centros de salud. Asimismo, el hospital está constituido por un espacio de formación denominado Hospital Escuela; contando con instancias de formación profesional para la mayoría de las disciplinas (residencias, concurrencias, pregrado y posgrado)-

El área correspondiente a Psicología se conforma como servicio, con una jefatura y 13 psicólogos en su mayoría de planta permanente. No existe formalmente constituido un Departamento de Salud Mental, sino que son servicios que funcionan independientemente con sus respectivas jefaturas, constituyendo equipos de trabajo en situaciones específicas. Estos equipos se conforman por Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social. El Servicio de Psicología recibe pedidos de tratamiento, derivaciones, interconsultas, informes y certificados desde cualquier área del hospital y desde otras instituciones (educativas, otras dependencias de salud, juzgados, entre otras). Su organización se coordina con trabajos específicos en relación a la singularidad del área y se constituyen equipos formados por coordinador, concurrentes y residentes de pregrado.

Los equipos son:

- Sala de internación de adultos, unidad de terapia intensiva (UTI) y unidad coronaria.
- Guardia general adultos y sala de internación.
- Guardia pediátrica y sala de internación pediátrica.
- Neonatología y UTI pediátrica.
- Obesidad mórbida.
- Atención de consultorios externos adultos.
- Atención de consultorios externos niños.
- Maternidad y Ginecología
- Admisión

Los concurrentes únicamente participan en los siguientes: Sala de internación de adultos, Sala de internación pediátrica, Neonatología, Consultorio externo, Maternidad y Ginecología y Admisión. El Servicio de Psicología, a su vez, posee una reunión general en forma semanal que convoca a todos los profesionales de la planta. Es importante destacar que se trabaja con un enfoque interdisciplinario, basándose en la salud mental y con una orientación psicoanalítica.

Descripción del grupo destinatario de la intervención profesional

‘Nos pre-paramos juntas’ es una propuesta dirigida a las mujeres embarazadas que, encontrándose cerca de la semana n°28 de embarazo, asisten a los consultorios obstétricos de bajo y alto riesgo del Hospital Provincial de Rosario, y a la persona que ella elija como acompañante. Se consideran pacientes de alto riesgo aquellas que presentan patologías tales como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, cardiopatías, patologías renales, trastornos inmunológicos, entre otras. Vale aclarar que el sector de Maternidad del hospital está siendo actualmente reformado para pasar a cumplir con las referencias de la Ley de Parto Humanizado. Una vez inaugurado, se podrán contar con nuevos espacios para llevar adelante el proyecto.

Algunas reflexiones sobre ¿la maternidad?

Si lo que se quiere lograr es convertir a las mujeres embarazadas en partícipes ‘activos’ del proceso de embarazo, parto y puerperio -en verdaderas protagonistas-, se podría pensar que, a lo que se aspira, es a que se produzcan en ellas movimientos subjetivantes que le permitan correrse finalmente de una posición pasiva. Por lo tanto, el psicólogo debe poner el foco en el posicionamiento subjetivo de cada una de ellas. Es válido que se pregunte: ¿está posicionada en un lugar de madre?, ¿o quizás en una posición infantil?, ¿dónde está puesto su deseo?, ¿en la maternidad o en otro lugar?, ¿qué es lo que la mueve a participar del taller? Hablar de posicionamiento subjetivo remite directamente a la noción de subjetividad. Bleichmar (2007) la define como:

Un producto histórico, no sólo en el sentido de que surge de un proceso o es efecto de tiempos de constitución, sino que es efecto de determinadas variables históricas en el sentido de la Historia social, que varía en las diferentes culturas y sufre transformaciones a partir de las mutaciones que se dan en los sistemas histórico-políticos (p. 81).

Si la subjetividad es entonces un emergente de las transformaciones sociales, culturales, políticas, y no se la puede pensar por fuera de los múltiples contextos que la atraviesan, hacer hincapié en la posición subjetiva del sujeto implica también preguntarse por el bagaje de representaciones que trae consigo, que es el que va a determinar sus modos de actuar, sentir, relacionarse, etc. El psicólogo implicado en una propuesta de estas características debe verse convocado a pensar y re-pensar constantemente sobre lo femenino: ¿qué es una mujer?, ¿qué es la maternidad?, ¿una mujer embarazada es madre? Tarea que se le presentaba con dificultad al propio Freud quien, en 1926, se refirió a la femineidad como un ‘oscuro continente’. Con este carácter enigmático y misterioso, siete años más tarde afirma: “el psicoanálisis, por su particular naturaleza, no pretende describir qué es la mujer -una tarea de solución casi imposible para él-, sino cómo deviene, cómo se desarrolla la mujer a partir del niño de disposición bisexual” (Freud, 1979, p. 108). Según Freud, el complejo de castración es el factor específico por el cual la relación de la niña con la madre se va al fundamento: en el momento en que la niña descubre los genitales del otro sexo cae presa bajo la envidia del pene, se siente gravemente perjudicada y no se lo perdona a su madre. Con el descubrimiento de la castración van a partir tres orientaciones posibles del desarrollo: la que lleva a la inhibición sexual o neurosis, al complejo de masculinidad y a la femineidad normal. En la primera se produce en la niña un extrañamiento respecto de su sexualidad; por el influjo de la envidia del pene se ve estropeado su goce fálico y renuncia a la satisfacción masturbatoria en el clítoris. En la segunda reacción posible, la niña se rehúsa a reconocer su castración y retiene la masculinidad amenazada manteniendo su quehacer en el clítoris. Por último, la niña puede tomar como objeto de amor al padre y esperar de él el pene que la

madre le denegó. Sólo cuando el deseo del pene se sustituye por el deseo del hijo queda establecida la situación femenina propiamente dicha, ingresando la niña en el complejo de Edipo. Con estas teorizaciones de Freud sobre lo femenino y el lugar constituyente que le otorga a la envidia del pene y al deseo de hijo en la mujer, cabría preguntarse si esto no resulta insuficiente para poder pensar en la función de la mujer actualmente. ¿El deseo de un hijo está siempre presente en la mujer?, ¿es éste una condición estructurante?

Por otro lado, Lacan (2015) afirma: “*La mujer sólo puede escribirse tachando La. No hay La mujer, artículo definido para designar el universal. No hay La mujer puesto que (...) por esencia ella no toda es*” (p.88) (las cursivas son del autor). Si para Lacan ‘la’ mujer no existe, esto implicaría que carece de universalidad y, siguiendo esta línea, uno podría igualmente preguntarse si existe ‘la’ maternidad o si con lo que nos encontramos es con ‘maternidades’. El concepto de ‘maternidades’ sugiere la idea de alejarse de los discursos que promueven una maternidad universal e idealizada para entenderlas como construcciones histórico-sociales, desterrando la idea de que la naturaleza de la mujer fija su destino. ¿Por qué reducir los posibles deseos de las mujeres en uno solo: ser madre?

Fernández (1993) plantea la existencia de ‘mitos’ sociales de la maternidad, de fuerzas sociales que no sólo operan en la subjetividad de las mujeres, hombres y niños, sino que también ordenan sus prácticas y sus relaciones. La autora no piensa en estos mitos por fuera de los individuos, sino como constitutivos del sujeto, en tanto los mitos son recreados socialmente en cada individuo singular.

Actualmente, nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad alrededor de la idea Mujer=Madre: la maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su realización y adultez. Desde esta perspectiva, la maternidad da sentido a la femineidad; la madre es el paradigma de la mujer, en suma; *la esencia de la mujer es ser madre* (Fernández, 1993, p. 161) (las cursivas son de la autora).

Siguiendo a Fernández, existen tres recursos que sostienen la eficacia del mito mujer=madre. El primero de ellos es la ilusión de naturalidad, en tanto se entiende a la maternidad como un fenómeno propio de la naturaleza y no de la cultura, como un hecho perteneciente al orden biológico, desterrando de esta manera determinantes histórico-sociales, económicos y culturales. “Es natural que la mujer sea madre porque posee: un “privilegiado” aparato reproductor: nidación interna y mamas. Un instinto materno que la guiará en la crianza de los hijos” (Fernández, 1993, pp. 168-169) (las comillas son de la autora). De acuerdo a este mito, el saber-hacer instintivo de la madre le va a permitir entender mejor que nadie lo que su hijo necesita. En segundo lugar, Fernández señala la ilusión de atemporalidad, planteando que al inscribirse la función materna en el orden de la naturaleza, siempre será así, sin ninguna posibilidad de cambio. Nuevamente, este enfoque naturalista invisibiliza la perspectiva histórica en la que se inscribe la maternidad. Por último, hace alusión a la relación ‘a menos hijos, más mito’, sosteniendo que hoy en día la mujer dedica menos tiempo a cumplir la función social reproductora que se le adjudicaba en la pre-modernidad, para prolongar la crianza y el cuidado de sus hijos.

Desde otra perspectiva, el mito mujer=madre al que se refiere la autora invita a pensar sobre el lugar que ocupa la paternidad, en tanto ésta no deja de estar condicionada por el imaginario social que gira en torno a la maternidad. Como se dijo anteriormente, la Ley Nacional de Parto Humanizado n°25.929 y el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia defienden el papel activo que tiene derecho a asumir la familia durante el embarazo, el parto y el puerperio. Ahora bien, aunque se respalde legalmente la inclusión del padre al momento del parto, entendiendo que es bueno para la madre y para el bebé, ¿no se ve igualmente reducida la paternidad a un acompañamiento, colaboración o participación? A pesar del esfuerzo por la inclusión, ¿no se anticipa de alguna manera una desigualdad

vincular respecto al hijo que está por nacer? Hablar de maternidad debería abarcar al progenitor, hacerlo formar parte en términos igualitarios, no como alguien que vendría a 'sumar' a la situación. Habichayn (2005) expresa: "una nueva paternidad sólo tendrá espacio para existir cuando el mito de la maternidad como fenómeno instintivo y natural se caiga definitivamente, dejando paso a una nueva idea de mujer y de madre" (p. 75). Lo que implica además, según la autora, que se produzca un cambio en los procesos identificatorios, en tanto la mujer se identifica predominantemente con el amor, el afecto y la ternura, y el varón con el poder, la protección y el trabajo.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, es importante que el psicólogo, y también el resto de los profesionales que se impliquen en el taller, puedan visibilizar y adoptar una postura crítica frente los discursos instituidos acerca de la maternidad. Reconocer que no toda mujer, por el hecho de tener la capacidad fisiológica para gestar y amamantar, puede asumir una función materna. Si bien no es tarea fácil cuestionar las imposiciones sociales, culturales e ideológicas que prevalecieron durante años, se puede comenzar desde los aspectos más sencillos. Un claro ejemplo es evitar los términos 'mamis' para dirigirse a las mujeres embarazadas, que dejan entrever una relación directa de la representación social de la mujer con la maternidad. Por el contrario, el uso de nombres propios da cuenta de una mayor implicación de los profesionales para con los sujetos, e incita a reflexionar acerca del lugar que se les quiere dar.

Objetivos General y Específicos

Objetivo general: ayudar a que las mujeres embarazadas logren ser partícipes 'activos' en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Objetivos específicos:

- Facilitar una mejor preparación física y emocional para su desempeño durante el embarazo, parto y puerperio mediante la adecuada conformación de un equipo interdisciplinario.
- Lograr que las mujeres vivan su experiencia de parto de la mejor manera posible contribuyendo con el aporte de herramientas teórico-prácticas.

Determinación de las acciones que se proponen realizar y sus plazos tentativos

El taller de preparación integral para el parto estará dividido en tres etapas: entrevistas personales, encuentros 'impacientes' y encuentros vivenciales con trabajo corporal. Dado que la propuesta se enmarca en la Ley Nacional de Parto Humanizado n°25.929, será fundamental que los profesionales puedan hacer referencia a ésta a lo largo de los encuentros, con el objetivo de que las mujeres embarazadas y sus acompañantes la conozcan en profundidad y puedan apropiarse de sus derechos. Una manera práctica y dinámica para dar a conocer la ley, además de lo que se pueda trabajar y conversar oralmente, podría ser la colocación de cartelera en cada ambiente donde se realicen las actividades, pasando a convertirse en un estímulo visual constante.

Entrevistas personales

La primera etapa consistirá en la toma de entrevistas a las mujeres embarazadas que asistan a los consultorios obstétricos de bajo y alto riesgo. Las mismas serán llevadas a cabo por el psicólogo, el trabajador social y el médico obstetra. Los profesionales deberán contar con la historia clínica de la paciente y las preguntas que les realicen tendrán que abarcar aspectos tanto biológicos como psicológicos y socioculturales. Las entrevistas, que se caracterizarán por ser semi-estructuradas, significarán el primer contacto entre el equipo interdisciplinario de trabajo y las mujeres embarazadas. Será el momento adecuado para explicar: en qué va a consistir el taller de preparación integral para el parto, qué profesionales lo llevarán a cabo, qué temáticas se abordarán y qué tipo de ejercicios de tipo físico se realizarán. Además, es preciso este primer acercamiento dado que algunas mujeres pueden presentar patologías de riesgo que reduzcan o impidan la posibilidad de un parto natural, requiriendo de un seguimiento más profundo por parte del equipo. Una vez finalizada esta primera etapa, los profesionales ya contarán con el registro de las mujeres que van a participar. Su duración no será mayor a 30 minutos.

A continuación se presenta a modo de ejemplo un modelo de entrevista:

'Nos pre-paramos juntas' taller de preparación integral para el parto: entrevistas personales

Nombre y apellido:

Edad:

Tiempo gestacional:

- ¿Cómo está compuesto tu grupo familiar?
- ¿Sos madre primeriza?
- ¿Tenés alguna complicación en este embarazo o tuviste en anteriores?
- ¿Ya pensaste un nombre para tu hijo/a?
- ¿Preferís asistir al taller sola o acompañada?
- ¿Qué expectativas tenés del taller de preparación integral para el parto?

Encuentros 'impacientes'

La segunda etapa de la propuesta consistirá en un ciclo de cinco encuentros en los cuales se trabajarán distintas temáticas. Los mismos tendrán lugar los días lunes alrededor de las 11:00 a.m. con una duración máxima de 1 hora. El horario elegido les permitirá asistir una vez finalizado el turno con el obstetra. No será necesario que psicólogo, trabajador social y médico obstetra estén siempre presentes. Hacia el final de cada encuentro los profesionales podrán dedicar entre 15 y 20 minutos para que se realicen preguntas, se planteen dudas y se compartan experiencias. Si bien el tiempo y los contenidos a trabajar estarán pautados de antemano, estos factores deberán ser permeables a las disposiciones de los participantes. El término 'impaciente' con que se denomina a esta etapa pretende significar qué tipo de papel se espera que asuman las mujeres embarazadas y sus acompañantes. ¿Un rol pasivo, 'paciente' a la espera de un otro que transmita sus conocimientos sobre el tema? o ¿un rol activo, 'impaciente' que sin pretender persistir en una posición de espera desea actuar?

Primer encuentro: temores y expectativas de la mujer embarazada y su familia

El ciclo comenzará con un encuentro llevado a cabo por el psicólogo, quien invitará a las mujeres embarazadas y a sus acompañantes a compartir cuáles son sus temores y expectativas en relación a este hijo que está por llegar, al parto, a la lactancia, etc. Siguiendo a Videla (1997) "los temores que poseen la embarazada y su marido, son de dos clases: uno, los comunes que subyacen casi en la mayoría, y dos: los personales y específicos de cada uno según la situación personal vital que los justifica" (p. 103). Se partirá desde esta consigna inicial, dando lugar a que cada uno pueda poner en palabras cuáles son sus sentimientos respecto a lo que está vivenciando en el presente y en relación al futuro.

Segundo encuentro: signos de alarma y armado de bolso

El psicólogo y el trabajador social hablarán sobre los signos de alarma que se pueden presentar en el embarazo y que requieren de una consulta con el médico, y acerca de aquellos elementos necesarios -tanto para la madre como para el bebé- que se tienen que incluir en el bolso para ir al hospital.

Tercer encuentro: anestesia, trabajo de parto, parto natural y cesárea

Este encuentro será llevado a cabo por el anesthesiólogo invitado y el obstetra. En un primero momento, el anesthesiólogo trabajará todo lo relacionado con la anestesia epidural: en qué consiste, cómo se aplica, cuáles son sus ventajas y desventajas y, en qué casos está contraindicada. Luego, el obstetra hará referencia a las distintas etapas del trabajo de parto, incluyendo la explicación de algunas intervenciones médicas como lo es la episiotomía. Al contener estas cuestiones terminología exclusivamente médica, es importante que los profesionales utilicen un lenguaje claro y sencillo, pudiendo estimular de esta manera la participación. Asimismo, se hablará del parto por cesárea: en qué consiste, en qué casos debe indicarse, cómo es el período de recuperación y cuáles son los signos de alarmas que pueden presentarse post-cesárea. El obstetra les preguntará a aquellas mujeres que tengan una cesárea programada cuáles fueron los motivos de su indicación.

Cuarto encuentro: puerperio y lactancia materna

Obstetra y psicólogo trabajarán en conjunto la etapa posterior al parto, el puerperio: qué es, cuáles son sus distintas fases, qué es la involución uterina, qué son los entuertos y los loquios, y cuáles son los aspectos psicológicos y vinculares que se ponen en juego. Respecto a este último punto, Castro (2009) explica:

Se dan dos procesos opuestos: un trabajo de duelo y un trabajo de investidura. Debe hacer el duelo por el estado de gravidez que ya no tiene; es frecuente que se extrañe la panza y aparezca cierta sensación de vacío. Y también debe hacer un duelo por el hijo imaginario e ideal, que se ajustaba con exactitud a sus deseos, y que no coincide con ese hijo real que ahora puede ver,

tocar, oler, escuchar y sentir de una manera diferente. Al mismo tiempo, debe investirlo libidinalmente, de la mano de sus deseos, expectativas y afectos, es decir, debe darle un lugar en su mente y desde allí sostenerlo (Lebovici, 1998) (párr. 18).

En lo referente a la lactancia materna, se tratarán los siguientes contenidos: beneficios de la misma, posiciones para amamantar, señales de una prendida correcta e incorrecta, extracción y conservación de la leche materna, contraindicaciones y desarrollo del vínculo afectivo madre-hijo. En relación al vínculo madre-hijo la autora (2009) afirma: “dar el pecho es un acto de amor hacia el otro e implica la postergación de los deseos y urgencias individuales de la madre para saciar el hambre y las necesidades afectivas y de contacto físico con su hijo” (párr. 3). Es importante que el psicólogo y el obstetra puedan dialogar con las mujeres embarazadas y sus acompañantes sobre el aprendizaje mutuo que implica el amamantamiento, haciendo hincapié en que lo principal no reside en el alimento en sí, sino en la forma en que se lo provee.

Un factor que se deberá tener en cuenta es la situación socio-cultural y económica de las mujeres que asistan al taller, ya que, por mucho que se promueva la lactancia materna, ésta se va a ajustar inevitablemente a las posibilidades que tenga cada una de realizarla. Según Videla (1997) la lactancia materna es una función femenina que está en crisis. “En el momento actual, una mujer ya no se conforma con los “placeres de la maternidad y la crianza” (...) sino que ello es una parte de todas las facetas posibles de su persona” (Videla, 1997, pp. 203-104) (las comillas son de la autora). Por lo tanto, el encuentro no tendrá como objetivo convencer a las mujeres de que la lactancia materna es la mejor opción, sino hablar y trabajar sobre ella, abriendo un espacio para la pregunta ¿quieren?, ¿pueden?

Quinto encuentro: cuidados del recién nacido

Psicólogo y trabajador social harán referencia a la alimentación del recién nacido, la higiene, los estudios neonatales que le realizarán, la vacunación y los signos de alarmas que pueden aparecer en el bebé y que requieren de una consulta urgente con el médico.

Encuentros vivenciales: trabajo corporal

La última etapa del taller “Nos pre-paramos juntas” constará de cuatro encuentros en los que se trabajará exclusivamente con el cuerpo, y serán llevados a cabo por un profesor/a de educación física debidamente capacitado. Al igual que los encuentros ‘impacientes’, tendrán lugar los días lunes a las 11:00 am con 1 hora de duración. El objetivo principal será el reconocimiento y la conexión con el propio cuerpo, permitiéndole a cada mujer embarazada adquirir mayor confianza y seguridad en sí misma. Videla (1997) sostiene al respecto:

Nuestro fundamental objetivo de trabajo es que una mujer logre que su cuerpo deje de ser algo desconocido, y el parto y la gestación algo que ‘le’ sucede, y no entiende en absoluto. Debemos buscar hacerle entender que es ‘su’ parto, un fenómeno que cada mujer tiene derecho a rescatar para sí y ser “su protagonista” (p. 175) (las comillas son de la autora).

Se realizarán ejercicios de respiración, fortalecimiento, elongación y relajación que serán útiles para: mejorar la circulación sanguínea, aliviar dolores o molestias en distintas partes del cuerpo, fortalecer el tono muscular en general y la musculatura del suelo pélvico en particular, proveer mayor flexibilidad y elasticidad a los tejidos y articulaciones, etc. Asimismo, ayudarán para que las mujeres aprendan a relajarse y a soltar el estrés. Hacia el final de cada clase se propondrá un espacio para reflexionar sobre posibles temores, miedos o inquietudes que hayan surgido durante el desarrollo de los distintos ejercicios.

El cierre de los encuentros vivenciales será un recorrido por la sala de puerperio de Maternidad y por la Residencia para Madres, siendo ésta última un servicio que brinda el hospital, por ejemplo, para albergar a las mujeres que viven lejos y no tienen dónde quedarse durante la internación de su hijo recién nacido en unidades neonatales, o para hacer un seguimiento ambulatorio de la madre y el niño.

Recursos materiales y humanos necesarios

Los recursos humanos están determinados por la cantidad de profesionales que participen del taller de preparación integral para el parto, entre ellos: psicólogo, trabajador social, obstetra, anestesiólogo y profesor/a de educación física.

En lo que concierne a los recursos materiales, en primer lugar, es necesario determinar en qué lugares del hospital podrían desarrollarse las tres etapas de las que constará el taller: las entrevistas personales podrían realizarse en uno de los consultorios obstétricos del sector de Maternidad; los encuentros 'impacientes' podrían llevarse a cabo en una de las aulas de docencia con las que cuenta la institución y, por último, los encuentros vivenciales de trabajo corporal podrían tener lugar en el consultorio obstétrico de alto riesgo hasta tanto inauguren la nueva Maternidad, pudiendo pasar a realizarse en la sala de parto de dicho sector. Además, para los encuentros 'impacientes' serán necesarios los siguientes elementos: pizarrón/tizas, láminas, afiches y, en caso de que sea posible, medios audiovisuales. En los encuentros vivenciales de trabajo corporal se requerirá el uso de colchonetas de gimnasio y de un reproductor de música para los minutos dedicados a la relajación.

Evaluación general del proyecto

La evaluación del proyecto se llevará a cabo durante la implementación del mismo y una vez finalizado. En el primer caso, la evaluación se realizará mediante una serie de reuniones entre los diferentes miembros del equipo interdisciplinario, en las cuales se analizarán diversas cuestiones. Por ejemplo: si el tiempo estipulado para los encuentros es o no suficiente, si resulta necesario revisar los contenidos que se están abordando, si se precisan otros recursos materiales para reforzar el trabajo, si es o no adecuada la cantidad de personas que están asistiendo al taller, entre otras. En el segundo caso, se dirigirá a las propias mujeres y se les realizarán encuestas de opinión en las que podrán expresar cómo fue su tránsito por el taller.

Se considera factible la propuesta en el Hospital Provincial de Rosario dado que, actualmente, el sector de Maternidad de la institución está siendo reformado con el objetivo de adquirir nuevos criterios de trabajo que sean afines a las prácticas de parto humanizado y de maternidades seguras y centradas en la familia. En caso de que la propuesta resulte exitosa en el hospital, se evaluará la posibilidad de extenderla a otros efectores de salud tanto públicos como privados de la ciudad.

Referencias Bibliográficas

Bloj, A. (2013). Interdisciplina: entre la ética y el poder. *Disculpe la molestia*. Recuperado de <https://revistadisculpelamolestia.wordpress.com/2013/07/17/interdisciplina-entre-la-etica-y-el-poder-entrevista-a-ana-bloj/comment-page-1/>

Bleichmar, S. (2007). Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis. En *La subjetividad en riesgo*. (pp. 79-85). Buenos Aires: Topía.

Castro, M. (2006). Aspectos psicofisiológicos de la lactancia materna. *Psicofisiología*. Recuperado de www.psicofisiologia.com.ar

Elichiry, N. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de las metodologías transdisciplinarias. En *El niño y la escuela*. (pp. 333-341). Buenos Aires: Nueva Visión.

Fernández, A.M. (1993). *La Mujer de la ilusión*. Buenos Aires: Paidós.

Ferrara, F. (1985). Conceptualización del campo de la salud. En *Teoría Social y Salud*. (pp. 9-19). Buenos Aires: Catálogos.

Freud, S. (1979 [1933]). Conferencia 33: La feminidad. S. Freud, en *Obras Completas*. (T. XXII, pp. 104-125). Buenos Aires: Amorrortu.

Genolet, A. (2005). La gran aventura: nacer. En Capítulo Nacer: ese gran desafío. En R. Frenquelli (compilador) *Los primeros años de vida*. Rosario: Homo Sapiens.

Habichayn, H. (2005). Maternidad y paternidad. Una mirada desde la teorización del género. En R. Frenquelli (compilador) *Los primeros años de vida*. Rosario: Homo Sapiens.

Lacan, J. (2015 [1975]). Dios y el goce de La mujer. En *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 20 Aun*. Buenos Aires: Paidós.

Ley N° 25.929. Parto Humanizado. Sala de sesiones del Congreso Argentino, Buenos Aires, 25 de Agosto de 2004.

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/731/73110102.pdf>

OMS. (s.f.). Preguntas más frecuentes. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Perrotta, G. (2014). El Rol del Psicólogo en el Equipo Interdisciplinario de Salud. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_ro_l_psicologo/material/unidad7/obligatoria/el_rol_del_psicologo.pdf

Real Academia Española. (2014). Paciente. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=RPix2Mn>

Slucki, D. (2000). Hospital: un desafío para el psicoanálisis. *Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/hospital-un-desaf%C3%ADo-para-el-psicoan%C3%A1lisis>

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo Psi*, 3, N°10.

Videla, M. (1997). *Maternidad Mito y Realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.