



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

“PARENTALIDADES EN EL MARCO DE UN NUEVO EMBARAZO  
TRAS UNA PÉRDIDA PERINATAL. UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA  
DESDE EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA”

Área Psicología Clínica

RIOS RODRÍGUEZ, María Elina

San Juan

DICIEMBRE 2024

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

“PARENTALIDADES EN EL MARCO DE UN NUEVO EMBARAZO  
TRAS UNA PÉRDIDA PERINATAL. UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA  
DESDE EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA”

Trabajo Integrador Final

Área Psicología Clínica

RIOS RODRÍGUEZ, María Elina

Directora: Mg. Sonia Giménes

Tutora Académica: Lic. Luciana Bordas

San Juan

DICIEMBRE 2024

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	6
2.	CAPÍTULO I .....	9
3.	MARCO TEÓRICO .....	9
3.1.	Parentalidades y Vínculo de Apego.....	9
3.2.	Definiciones de Parentalidades .....	9
3.3.	Desarrollo del Apego en el Marco de las Parentalidades .....	11
3.4.	Duelo Perinatal.....	17
3.5.	Características del Duelo Tras una Pérdida Perinatal .....	19
3.5.1.	En el Plano Fisiológico .....	19
3.5.2.	En el Plano Cognitivo y Emocional .....	21
3.5.3.	En el Plano de las Relaciones Conyugales/Vinculares.....	24
3.6.	Llegada de un Nuevo Embarazo .....	27
3.7.	Abordaje e Instrumentos de la Psicología Perinatal .....	32
3.8.	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).....	36
3.8.1.	Implicancias de la Internación en el Bebé Prematuro.....	37
3.8.2.	Implicancias de la Internación en los Padres.....	38
3.8.3.	Construcción del Vínculo Madre-Hijo en el Contexto de la UCIN .....	41
4.	CAPÍTULO II.....	45
5.	MATERIALES Y MÉTODOS .....	45
5.1.	Fase de Acercamiento a la Institución.....	46
5.2.	Fase de Exploración.....	46
5.3.	Fase de Descripción.....	48
5.4.	Fase de Planificación .....	50
5.5.	Fase de Intervención .....	52
5.6.	Fase de Análisis y Elaboración .....	56

6.	CAPÍTULO III .....	58
7.	RESULTADOS.....	58
	7.1. Caso Clínico Padres de la Familia Pérez.....	58
	7.2. Características Generales .....	58
	7.3. Consecuencias de la Pérdida Perinatal en la Pareja Parental .....	59
	7.4. Ejercicio de la Parentalidad e Implicancias de la Prematurez .....	61
	7.5. Abordaje desde la Psicología Perinatal.....	64
	7.6. Características del Rol Profesional .....	65
8.	CAPÍTULO IV.....	67
9.	DISCUSIÓN .....	67
	9.1. Conclusiones Generales.....	67
	9.2. Análisis del caso.....	67
	9.3. Rol Parental en Evolución.....	67
	9.4. Reacción de los padres ante la pérdida.....	68
	9.5. Manifestaciones del Duelo.....	71
	9.6. La parentalidad tras un nuevo embarazo.....	73
	9.7. Impacto Emocional de la Internación en la Terapia Intensiva Neonatal	75
	9.8. Acerca de las Prácticas Profesionales Supervisadas.....	80
	9.9. Propuestas .....	82
10.	REFERENCIAS.....	84
11.	APÉNDICE.....	90
12.	ANEXO N°1 .....	91
13.	ANEXO N°2 .....	93

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en primer lugar la confianza, honestidad y apertura de los padres que participaron en el estudio de caso de este trabajo integrador. Su disposición para compartir sus experiencias fue esencial para contrastar la teoría con la realidad, enriqueciendo la comprensión de este tema desde la perspectiva psicológica.

Del mismo modo, este trabajo fue posible gracias a la oportunidad proporcionada por la Mg. Sonia Gimenes de realizar las prácticas profesionales en el área clínica del Sanatorio Argentino, así como también gracias al acompañamiento y orientación de la Lic. Luciana Bordas, tutora académica, quien guió pacientemente el proceso de escritura de este trabajo final.

Finalmente, expreso mis agradecimientos al sostén y apoyo incondicional de mi familia, que me acompañó pacientemente en cada etapa de este proceso. Los cuales me inculcaron mi fe en Dios, la cual ha sido un pilar fundamental a lo largo de mi trayectoria universitaria, brindándome fortaleza tanto en los momentos difíciles como en los más hermosos de esta etapa.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) forma parte de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), como requisito para acceder al título de Licenciatura en Psicología en la Universidad Católica de Cuyo. El mismo se encuadra dentro del área de Psicología Clínica.

El lugar escogido para la realización de las PPS fue el Sanatorio Argentino ubicado en San Juan, Capital, sede San Luis Norte, en la cual se encuentra el Servicio de Neonatología.

La Neonatología es la práctica de la medicina aplicada al recién nacido. Es uno de los servicios dentro del sanatorio que requiere mayor interdisciplinariedad. Cuenta con profesionales de diversas áreas, como kinesiólogos, psicólogos, radiólogos, enfermeros y médicos, dispuestos a brindar sus conocimientos y aportes al cuidado y atención que requiera el recién nacido. Este encuadre interdisciplinario, promueve la alta calificación de sus recursos humanos como complemento de la tecnología disponible, entendiendo que tanto la oportunidad como la eficiencia del servicio, es fundamental para el posterior crecimiento del bebé.

Luego de las rotaciones realizadas dentro del sanatorio y haber participado en las reuniones semanales de padres del Servicio de Neonatología, se conocen las diferentes realidades dentro del mismo. El fin de estas reuniones es la toma de contacto con las diversas situaciones por las cuales están atravesando los papás de estos bebés y además el poder brindarles, desde el Servicio de Psicología, un espacio de escucha dónde cada uno pueda poner en palabras cómo está viviendo este momento de su vida.

A partir del acercamiento con el servicio, se advirtió un hecho recurrente en el relato de los padres en los encuentros. Un gran número de ellos expresaban

haber sufrido pérdidas perinatales previas a este último embarazo, las cuáles de cierta manera influían en su tránsito por Neonatología. Estas experiencias ponían en evidencia la necesidad de estudiar este impacto de la pérdida, a nivel psicológico y social, en su parentalidad actual, incluyendo el embarazo, así como también su vivencia en la internación de su hijo.

La pérdida perinatal se define como la experiencia de perder a un hijo antes o poco después del nacimiento. Indica Scaramutti, M. I. (2023) que, según las estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, en febrero de 2023 nacieron en Argentina 529.794 niños. Siendo la tasa de mortalidad neonatal (TMN): 5,7‰ y tasa de mortalidad post neonatal (TMPosN): 2,3‰.

Si bien esta tasa ha disminuido a lo largo de los años, es un suceso que continúa ocurriendo y el cual permanece en silencio. Perder a un hijo previo a su nacimiento impacta de una forma particular en los padres, especialmente en las expectativas que conlleva ese nuevo embarazo.

Mander (1994) planteó que el duelo perinatal tiene características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Así también, se menciona a Brier (2008), quien expresa que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos (como se citó en García de Madinabeitia, 2011).

Se pudo observar en las reuniones, mediante el relato de los padres, que sin importar el tiempo transcurrido desde la pérdida antenatal hasta el nacimiento de su hijo y su internación en Neo., la misma continúa ejerciendo efectos en su manera de relacionarse con su hijo y en su manera de recibir cada informe semanal.

Cuando se menciona la forma de relacionarse de los padres con los hijos, se está haciendo referencia, además, a las funciones parentales que desempeñan los mismos, a esto se lo denomina “parentalidad”. La parentalidad, según Bornstein (1995) se refiere a las actividades que realizan el padre y la madre en el proceso de cuidado, socialización, atención y educación de sus hijos e hijas; es un proceso biológico y psicosocial (como se citó en Vargas-Rubilar, J., & Arán-Filippetti, V., 2014).

El objetivo principal del presente TIF es describir las parentalidades, afectadas por una pérdida perinatal previa, de bebés prematuros internados en neonatología. Y los objetivos específicos propuestos para el mismo son: caracterizar la pérdida perinatal y su respectivo duelo, identificar las funciones propias de la Parentalidad, precisar las implicancias de la prematurez para el bebé y sus padres, y por último articular los aspectos teóricos con un caso clínico.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

Considerando que el objetivo principal del presente trabajo de investigación consiste en describir las parentalidades, afectadas por una pérdida perinatal previa, de bebés prematuros internados en neonatología, resulta pertinente comenzar desarrollando los conceptos relacionados con las parentalidades y el vínculo de apego.

### **Parentalidades y Vínculo de Apego**

#### ***Definiciones de Parentalidades***

Hablar de parentalidades en plural implica reconocer la amplitud del término, cuyo sentido y utilización depende del contexto en que sea aplicado. “Habida cuenta de ello, pareciera ser que la parentalidad se configura como un nuevo término que nombra y renombra antiguas y nuevas formas de lazo entre generaciones, otorgando sentidos y direccionalidad a las intervenciones en lo social” (Santos et al, 2018, p.78). Es decir que la parentalidad no se limita a un conjunto estático de roles, sino que evoluciona y se adapta a las nuevas realidades sociales

Desde una definición legal, se puede considerar el concepto de *responsabilidad parental* que brinda la Real Academia Española (RAE), la cual es definida como el “conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral, mientras sea menor de edad y no se haya emancipado”. En un sentido estricto, al hablar de responsabilidad se hace referencia a un conjunto de obligaciones y derechos de los progenitores hacia sus hijos/as, sustentada en el vínculo que los une.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la presente investigación se desarrolla en el marco de la Psicología, desde esta perspectiva teórica resulta pertinente recordar el concepto anteriormente descrito por Bornstein (1995, citado en Vargas y Arán, 2014), el cuál describe la parentalidad como las actividades que realizan el padre y la madre en el proceso de cuidado, socialización, atención y educación de sus hijos e hijas; es un proceso biológico y psicosocial (p.172). Es decir que el lazo sanguíneo no es suficiente para hablar del ejercicio de las parentalidades, ya que las mismas abarcan un espectro más amplio de responsabilidades y funciones.

Barudy y Dantagnan (2010) distinguen la existencia de dos formas de parentalidad: “la biológica, que tiene que ver con la procreación y la gestación de un niño o una niña, y la parentalidad social que tiene que ver con la existencia de capacidades para cuidar, proteger, educar y socializar a los hijos” (p.21). De acuerdo con dichos autores, “a diferencia de la parentalidad biológica (...) las capacidades que permiten el ejercicio de una parentalidad social sana y adecuada se adquieren principalmente en las familias de origen de los padres y a través de sus historias de relación, en especial, con sus propios progenitores” (Op.Cit.).

A lo largo del desarrollo del hijo/a, el rol parental experimenta una evolución significativa, especialmente durante la etapa perinatal, que abarca desde el nacimiento hasta las primeras semanas de vida. Durante este período crucial, los padres se enfrentan a la tarea de satisfacer las necesidades básicas del recién nacido, como alimentación, cuidado y protección, mientras establecen vínculos emocionales fundamentales. La atención y el cuidado constante que requiere un bebé recién nacido demandan una adaptación rápida y una sensibilidad especial por parte de los padres para interpretar sus señales y responder adecuadamente. A medida que el bebé crece y se desarrolla, los

padres deben ajustar su enfoque y sus habilidades de crianza para fomentar el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de su hijo/a, brindándole las oportunidades necesarias para explorar el mundo que lo rodea y desarrollar su autonomía. En este sentido, la parentalidad se convierte en un proceso dinámico y en constante evolución, en el que los padres se adaptan y aprenden junto con sus hijos/as a medida que avanzan juntos en el viaje de la crianza y el crecimiento.

Los primeros meses de vida de un bebé son cruciales para el desarrollo de sus capacidades cognitivas, motoras y socioemocionales. En este período, la interacción entre los padres y el bebé desempeña un papel fundamental en la estimulación y el desarrollo del cerebro del niño. De acuerdo con Barudy y Dantagnan (2010), la calidad y la frecuencia de estas interacciones tienen un impacto significativo en la formación de conexiones neuronales y en el desarrollo de las habilidades fundamentales. De esta forma, las funciones cognitivas, motoras y socioemocionales emergen en gran medida de la interacción mantenida con los cuidadores durante los primeros años de vida (p.22). Esta interacción activa y afectuosa entre padres y bebés no solo estimula el desarrollo cerebral, sino que también sienta las bases para una relación segura y afectuosa entre padres e hijos.

### ***Desarrollo del Apego en el Marco de las Parentalidades***

En este sentido, analizar la teoría de los tipos de apego según diversos autores en la etapa neonatal es fundamental para comprender cómo se desarrolla el vínculo entre padres e hijos desde los primeros momentos de vida. La teoría del apego sugiere que los primeros lazos emocionales que se establecen entre el recién nacido y sus cuidadores son cruciales para su desarrollo emocional y social a largo plazo.

Ortiz et al. (2014) sostienen que el apego es el vínculo emocional más importante en la primera infancia, es la relación afectiva que el niño establece con una o varias personas del sistema familiar. Asimismo, tiene una función adaptativa para el niño, para los padres, para el sistema familiar y, en último término, para la especie (p.153). A su vez, estos autores destacan la importancia de este vínculo desde dos enfoques complementarios entre sí: desde el punto de vista objetivo, su sentido último es favorecer la supervivencia, manteniendo próximos y en contacto a las crías y a los progenitores (o quienes hagan su función), que son los que protegen y ofrecen los cuidados durante la infancia. Sin embargo, desde un punto de vista subjetivo, el apego adquiere un significado más profundo al servir como un vínculo emocional que brinda seguridad y bienestar emocional al individuo (Op.Cit.). En esta dualidad de perspectivas, se revela la riqueza y la complejidad del concepto de apego, destacando la importancia de abordar ambas dimensiones para una comprensión completa de su función en el desarrollo humano.

A partir de la literatura disponible es posible afirmar que, desde la teoría del apego desarrollada por John Bowlby y Mary Ainsworth, los padres desempeñan un papel fundamental en el desarrollo del apego seguro de sus hijos a través de sus funciones parentales, especialmente al proporcionar cuidado, apoyo emocional y sensibilidad a las necesidades del niño. Estas relaciones seguras de apego no sólo son fundamentales para el bienestar emocional y social del niño, sino que también sientan las bases para un desarrollo saludable a lo largo de la vida. Se destaca así, la interrelación entre la parentalidad y el apego en el proceso de desarrollo infantil.

En palabras de Papalia et al. (2009), los planteamientos de John Bowlby resaltan que el apego es un vínculo emocional fundamental entre el lactante y el proveedor de cuidados, que se desarrolla y se mantiene gracias a las

interacciones y conductas programadas tanto del bebé como del cuidador. Desde esta perspectiva, el apego no es simplemente una relación unidireccional, sino que implica una contribución mutua y recíproca entre el bebé y el cuidador. Bowlby sugiere que las conductas innatas del bebé para mantener cerca a sus padres y la sensibilidad del cuidador hacia las necesidades del bebé son elementos clave en la formación del apego. Además, las interacciones positivas, como la cercanía física, el afecto y la satisfacción de las necesidades del bebé, refuerzan y mantienen este vínculo emocional a lo largo del tiempo.

El proceso de establecimiento del apego entre el bebé y la madre es profundamente influenciado por las interacciones tempranas entre ambos. Tal como lo propusieron Ainsworth y Bowlby, “el bebé construye un modelo de trabajo de lo que se puede esperar de la madre. Siempre y cuando ella actúe de la misma manera, el modelo se sostendrá. Si su conducta cambia, no una ni dos veces, sino de manera repetida, es posible que el bebé altere el modelo, y la seguridad del apego puede variar” (Papalia et al., 2009, p.247).

Dado que la seguridad del apego depende del tipo de relación madre - hijo, esto condujo a que se contemplen aquellos factores que pueden incidir sobre este vínculo. Las características esenciales a considerar al analizar la relación madre-hijo, según Ortiz et al. (2014), son las siguientes:

- Características de la figura de apego: Se refiere al adulto que interactúa con el bebé, considerando su historia afectiva, personalidad, expectativas y creencias sobre la crianza y la disciplina. Estudios sobre la personalidad de los cuidadores destacan la correlación significativa entre rasgos como empatía, estabilidad emocional, capacidad para comprender al otro y autoestima, con la seguridad del apego de sus hijos (p.159).

- Características del bebé: Se debe analizar cómo estas características pueden influir directa o indirectamente en la interacción madre-hijo. Aunque los tipos de temperamento del bebé no permiten predicciones precisas sobre los tipos de apego, sí tienen un papel en la interacción. La sincronización con un bebé irritable puede ser más difícil, pero la mayoría de los bebés con temperamento difícil establecen vínculos seguros si la figura de apego es paciente y se adapta a sus características. Los niños prematuros también pueden presentar desafíos en la interacción inicial, pero la mayoría establece vínculos seguros, dependiendo de la relación con otros factores de estrés y protección (p.160).
- Contexto social: La interacción madre-hijo ocurre en un contexto social complejo, que incluye la dinámica familiar y la relación entre padres. Aunque las madres tienden a estar más involucradas en la crianza, los niños pueden establecer vínculos seguros con los padres si estos responden sensible y adecuadamente a sus necesidades. Un alto grado de ajuste marital se asocia con apegos seguros con ambos progenitores, mientras que las dificultades en la relación de pareja pueden disminuir la sensibilidad hacia el niño y la crianza. La influencia es bidireccional, ya que el niño también afecta la relación entre los padres (p.161).

Es fundamental al hablar del apego, tener en consideración en qué momentos se desencadena esta conducta del niño y qué acciones realizan sus cuidadores para apaciguar este comportamiento. Bowlby (1989) describe que “la conducta de apego del niño es activada especialmente por el dolor, la fatiga y cualquier cosa atemorizante” (p.15). Además, reitera que las condiciones que hacen que cese esa conducta varían de acuerdo con la intensidad de su activación. Es decir, a baja intensidad esas condiciones pueden ser simplemente ver u oír a la madre. A una intensidad más alta, el cese puede requerir que el niño la toque o

se aferre a ella. En el grado máximo intensidad, cuando él está angustiado y ansioso, bastará con un abrazo prolongado (Op. Cit.).

En conclusión, el estudio del apego en la etapa neonatal revela su importancia vital en el desarrollo emocional y social del niño. Se enfatiza en el papel fundamental de los padres en el desarrollo de un apego seguro a través de sus funciones parentales, estableciendo así una conexión crucial entre la parentalidad y el apego en el proceso de desarrollo infantil.

### **Pérdida Perinatal y Llegada de un Nuevo Embarazo**

A partir de lo antes expuesto, el devenir de las parentalidades y del consecuente desarrollo del apego puede verse afectado por diferentes factores. Entre ellos, se destaca la pérdida perinatal debido a su naturaleza traumática e inesperada. La presente investigación se centra en dicho suceso, por lo que resulta indispensable conceptualizar qué se entiende por pérdida en la etapa perinatal.

Se comienza desglosando este término y definiendo cada palabra que lo compone. En primer lugar, la *pérdida* según la RAE (Real Academia Española) es conceptualizada como "carencia, privación de lo que se poseía". En este sentido, se toma a la "pérdida" como una ausencia de algo que anteriormente se tenía. Por otro lado, el *período perinatal*, de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), se extiende desde las 22 semanas de gestación (154 días), hasta una semana de vida independiente (p.6). Si bien la extensión de la etapa perinatal difiere según diversos autores, hay coincidencia respecto a que la mortalidad perinatal incluye las muertes prenatales y las ocurridas durante la primera semana de vida. Sin embargo, se debe destacar que el presente trabajo considera al periodo perinatal desde el conocimiento del embarazo hasta el parto, por lo que denomina pérdida perinatal

a toda pérdida no inducida voluntariamente ocurrida durante cualquier instancia del embarazo.

Cabodevilla (como se citó en Furtado, 2021) destaca que “las pérdidas en cualquier etapa del embarazo son situaciones inesperadas para muchas mujeres, que hacen que de manera brutal se vean truncados sus sueños, ilusiones y expectativas” (p. 465). De esta manera, la pérdida perinatal no sólo implica la muerte de un bebé, sino también la pérdida de todos los sueños, proyectos e ilusiones que los padres habían construido alrededor de la llegada de ese hijo. Este tipo de duelo es particularmente devastador porque afecta tanto el presente como el futuro esperado de los padres, dejándolos con un profundo sentimiento de vacío y desolación.

En el cuento "El futuro también se echa de menos" (ANEXO I) , Pablo Montemurro ilustra magistralmente esta pérdida. A través de una narrativa cargada de anticipaciones y sueños no realizados, introduce en la vida imaginada de un hijo que nunca llegó a nacer, pero cuya presencia se siente en cada rincón de la vida de sus padres. Este relato no solo refleja la tristeza de la pérdida, sino también la esperanza y la persistencia del amor parental. En cada línea, Montemurro redacta que la ausencia de un hijo no es simplemente la falta de un ser querido, sino la ausencia de un futuro lleno de posibilidades, proyectos, y momentos compartidos. (Montemurro, 2024, *El futuro también se echa de menos*) [Manuscrito Inédito]

## **Duelo Perinatal**

Según Bowlby (como se citó en Furtado, 2021), “el duelo son todos aquellos procesos psicológicos, tanto conscientes como inconscientes, que se ponen en marcha tras la pérdida de una persona significativa” (p.12).

En el caso del duelo por una pérdida antenatal, la pesadumbre presenta algunas peculiaridades respecto al proceso de duelo habitual. De acuerdo a la literatura disponible, se puede afirmar que una de las diferencias más notables es que la relación con la persona muerta no se basa en la experiencia ni en los recuerdos, sino que está constituida por las expectativas y las fantasías que los padres desarrollan respecto al futuro.

En palabras de Bowlby (como se citó en Rozas y Francés, 2001, p.2), el duelo perinatal es un proceso que se divide en 4 fases evolutivas:

1. Choque o incredulidad. Se caracteriza por un aturdimiento que protege a la pareja del impacto de la pérdida. En este periodo, que puede durar desde horas hasta dos semanas, los padres pueden ser incapaces de tomar decisiones y necesitan mucha ayuda incluso para realizar las tareas más simples.
2. Nostalgia y búsqueda. Presenta episodios agudos de dolor intenso, ira y culpa. Se manifiesta como un intento consciente de buscar al hijo muerto en el que algunas mujeres refieren escuchar el llanto del bebé o sentir movimientos fetales en su interior después del parto. Los padres pueden autocriticarse por determinadas acciones que hayan realizado durante el embarazo, o pueden incluso proyectar su ira hacia el personal sanitario culpabilizándole del fatal desenlace.

3. Desorganización. Posee cierta semejanza con la enfermedad depresiva. En ella, aparece tristeza, disminución de la autoestima, falta de atención, aislamiento social y una sensación de falta de objetivos futuros. Los padres comienzan a sentirse culpables por su incapacidad para recuperarse de la pérdida y pueden adoptar el papel de enfermos para enmascarar su depresión y evitar la crítica. Es un periodo que puede durar entre seis meses y un año.
4. Reorganización. Se produce un ajuste gradual y la aceptación de la muerte del hijo. Progresivamente, se inicia la vida normal y se incluyen planes de futuro.

En este sentido, el duelo por una pérdida perinatal genera un impacto profundo en la vida de los padres, y el modo en que ellos afrontan esta pérdida tendrá repercusiones a nivel individual, a nivel familiar y en su día a día. Para Kowalski (como se citó en Furtado, 2021), el duelo perinatal tiene una serie de características que lo hacen diferente, ya que va acompañado de otros duelos intrínsecos. Es decir, la pérdida perinatal representa múltiples pérdidas para los padres, incluyendo la pérdida del hijo proyectado, la pérdida de algún aspecto de sí mismos, la pérdida de una etapa de la vida, la pérdida de un sueño y la pérdida de una creación (p.20).

Al referirse al duelo que se transita luego de una pérdida perinatal, resulta pertinente describir la noción de “duelo desautorizado” o de desautorizaciones, referido por Martínez et al. (2012). En este sentido, si bien el duelo es una reacción esperable y aceptada socialmente, en el marco de las pérdidas perinatales ocurre un fenómeno denominado “desautorización” que implica que “los duelos desautorizados no son socialmente reconocidos ni públicamente expresados. La sociedad no está preparada para sostener ese sufrimiento y no

acepta el duelo, por lo que no valoriza a la persona doliente durante su proceso de pérdida” (p.7).

Según Martínez et al. (2012) los duelos desautorizados se presentan en cuatro categorías: (1) los lazos de vinculación no son valorados como significativos, es decir, la relación no es reconocida como válida. (2) El fallecido no es socialmente valorado, en esta categoría se encuentra la muerte perinatal. (3) Se considera al doliente como incapaz de procesar un duelo. (4) La circunstancia es desautorizada como es el caso de las muertes estigmatizadas.

La falta de reconocimiento y apoyo es lo que caracteriza al duelo perinatal, donde el fallecido no es socialmente valorado. Asimismo, Mejías (2012) añade que:

Este duelo se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de comprensión por el entorno familiar y social (incluido el sanitario) y por eso entra dentro de la categoría de duelo desautorizado pues se trata de una pérdida no reconocida socialmente, ni expresada por la persona de forma abierta, ni apoyada por el entorno como ocurriría con cualquier otra pérdida. (p.53)

### ***Características del Duelo Tras una Pérdida Perinatal***

#### **En el Plano Fisiológico**

La pérdida perinatal, que incluye tanto el aborto espontáneo como la muerte fetal, es una experiencia devastadora que afecta profundamente a los padres y tiene implicaciones significativas en su salud fisiológica. Aproximadamente el 10 al 15% de los embarazos confirmados terminan en aborto espontáneo, con más del 80% de estos abortos ocurriendo en el primer trimestre de gestación (Sridhar, 2023). El aborto espontáneo se define como la pérdida del embarazo antes de

las 20 semanas de edad gestacional, mientras que la muerte fetal se refiere a la muerte del feto a las 20 semanas de gestación o más.

En relación a la etiología de los abortos espontáneos tempranos, a menudo son “causados por anomalía cromosómica. Las anomalías del tracto reproductivo materno (p. ej., útero bicorne, fibromas, adherencias) también pueden causar pérdida del embarazo hasta las 20 semanas de gestación”. Por otro lado, “los abortos espontáneos aislados pueden producirse por ciertas infecciones virales (citomegalovirus, herpesvirus, parvovirus y rubéola). Otras causas incluyen anomalías inmunológicas y traumatismos físicos mayores. Con mayor frecuencia, se desconoce la causa” (Sridhar, 2023).

Continuando con la autora de referencia, los factores de riesgo para aborto espontáneo incluyen:

- Edades maternas extremas
- Antecedentes de aborto espontáneo
- Tabaquismo
- Consumo de algunas sustancias (p. ej., cocaína, alcohol)
- Una enfermedad crónica mal controlada (p. ej., diabetes, hipertensión, trastornos evidentes de la tiroides) en la madre

Por otro lado, fisiológicamente, la pérdida perinatal desencadena una serie de respuestas en el cuerpo de la madre. A partir de la bibliografía disponible, se puede señalar entre los efectos de la pérdida a nivel físico los cambios hormonales, tales como la caída abrupta de los niveles de hormonas del embarazo, que pueden causar síntomas físicos como fatiga extrema, insomnio y dolores somáticos. Además, la producción de leche materna tras una muerte

fetal o aborto espontáneo puede provocar dolor en los senos y otros síntomas incómodos, recordando constantemente a la madre la pérdida sufrida.

El impacto fisiológico del duelo perinatal también puede manifestarse en una mayor susceptibilidad a infecciones debido a la debilitación del sistema inmunológico provocada por el estrés crónico y la tristeza profunda. Los padres pueden experimentar síntomas de estrés físico prolongado, como dolores de cabeza, problemas digestivos y alteraciones en el apetito, que complican aún más el proceso de duelo y recuperación (Children's Hospital of Philadelphia, 2024).

Entre los síntomas físicos que reflejan el profundo impacto del duelo en el organismo, los estudios de Schwiebert y Kirk (1981) destacan los siguientes: la aparición de cansancio físico severo, posiblemente agravado por un parto difícil, y la presencia de otros síntomas como presión en el pecho, necesidad de respirar profundamente, palpitaciones, molestias gástricas, pérdida de apetito y trastornos del sueño asociados a insomnio y pesadillas. Son manifestaciones que reflejan una respuesta normal al proceso de duelo que permite al organismo experimentar el dolor de la pérdida. Esta sintomatología es temporal y desaparece con el tiempo (como se citó en Rozas y Francés, 2001, pp.1 y 2).

### **En el Plano Cognitivo y Emocional**

La experiencia del duelo tras una pérdida antenatal afecta principalmente a los padres a nivel cognitivo, quienes manifiestan una serie de desafíos que incluyen confusión, rumiación, sentimientos de incredulidad, autoculpabilización e intrusiones constantes de recuerdos dolorosos. Estas características reflejan la intensa lucha interna para procesar una pérdida que irrumpe de manera abrupta y devastadora sus expectativas y sueños.

Sin embargo, según Furtado Eraso (2021) las respuestas emocionales tras la pérdida difieren y son específicas en cada mujer. Las mismas pueden estar influidas por:

El riesgo de duelos complicados, la cultura, la pérdida perinatal en embarazos múltiples, los embarazos subsiguientes a la pérdida, la necesidad de información, el contacto con el bebé fallecido, y el impacto que dicha pérdida tiene en las personas que rodean a la mujer que la experimenta. (p.25)

En 1984, Herz añadió otros matices al duelo por una pérdida perinatal, tales como que la mujer se siente traicionada por su propio cuerpo, experimenta la rabia de tener que sustituir un acto que debería haber sido alegre por otro traumático (funeral), o la envidia hacia las personas que han culminado el embarazo con éxito, presenta sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control, y tiene la sensación de haber decepcionado a su pareja (como se citó en López, 2011, p.59).

Agregando a las manifestaciones anteriormente nombradas, López (2011) destaca que la experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo (p.63). Este estado de desorganización puede dificultar la realización de tareas diarias y la toma de decisiones, sumiendo a los padres en una rutina desestructurada y sin sentido.

La figura del padre en la pérdida perinatal es esencial y, a menudo, compleja. Mientras que la madre puede recibir una mayor parte de la atención y el apoyo debido a la conexión física directa con el embarazo y el parto, los padres también experimentan a nivel emocional un profundo dolor y tienen un papel crucial tanto en su propio proceso de duelo como para el apoyo de la madre. En palabras de López (2011), algunos de los interrogantes que surgen en la cabeza de los padres son: preguntarse por el motivo de lo ocurrido, cómo consolar a su pareja y si podrán tener otro hijo en el futuro (p.65). En conclusión, la figura del padre en la pérdida es crucial, pero a menudo subestimada. Los padres experimentan una intensa gama de emociones y enfrentan desafíos únicos en su proceso de duelo.

Continuando con el autor de referencia, se señala que la reacción del padre parece dictada por las responsabilidades que debe asumir. Entre ellas, según López (2011) se destaca el hecho de que:

Se espera que apoye a la madre física y emocionalmente, al tiempo que es quien debe informar de lo sucedido a familia y amigos y preparar el entierro del bebé. En el varón es común un sentimiento de desbordamiento por la pena de su esposa, que se impone a la expresión del duelo propio. Más enfadado que culpabilizado, dirige su rabia hacia el personal sanitario, se vuelca en su trabajo, en la hiperactividad y en los cambios en sus rutinas, y siente su pena en secreto y en solitario. (p.65)

Tal como sostiene el autor de referencia, “el duelo es una experiencia única que cada persona afrontará con su propio estilo y recursos. Se asienta sobre una personalidad previa y se produce en unas circunstancias determinadas, y en un encuadre social concreto que condicionan el proceso y trabajo de duelo posterior” (López, 2011, p.55). Aunque el duelo es una respuesta esperada y

natural ante la pérdida de un bebé, existen situaciones en las que este proceso puede complicarse y convertirse en patológico.

De acuerdo con Atashsokhan et al. (2024) los estudios sostienen que, si bien la mayoría de las mujeres experimentan respuestas naturales de duelo ante la pérdida de un feto, alrededor del 25 al 30% de ellas pueden experimentar reacciones de duelo duraderas, graves y complicadas que pueden afectar negativamente su salud mental. Desafortunadamente, este evento pone a las madres en riesgo de sufrir dolor, ansiedad y culpa, y estos sentimientos pueden incluso continuar en embarazos posteriores. Las investigaciones muestran que las consecuencias psicológicas de la pérdida fetal que sufren las madres pueden durar meses (pp. 1 - 2).

En definitiva, en el plano cognitivo, el proceso de aceptación de la pérdida perinatal debe ser acompañado para prevenir el desarrollo de un duelo con características patológicas y disfuncionales.

### **En el Plano de las Relaciones Conyugales/Vinculares**

La pérdida del embarazo es un evento traumático que afecta no solo a los padres, sino también al sistema familiar en su totalidad. Este tipo de pérdida puede desencadenar una serie de consecuencias emocionales, psicológicas y sociales que repercuten en la dinámica familiar y en las relaciones conyugales y sociales.

En el contexto de la familia nuclear, Fernández et al. (2020) señala que los padres y hermanos que viven en la misma casa sufren las consecuencias de la muerte perinatal de forma individual. Todos sufren un proceso de duelo tras la pérdida del bebé. Sin embargo, también existe un impacto de la muerte perinatal en la dinámica familiar al ser imposible separarla del estado emocional, físico y psicológico de cada uno de sus miembros (p.6).

En cuanto a la relación marital, se puede afirmar que madres y padres desarrollan un apego diferente durante el embarazo. López (2011) sostiene que el apego materno puede aparecer mucho antes de confirmarse el embarazo, desde que la mujer fantasea con la maternidad, y aumenta cuando nota moverse al feto en su vientre. En cambio, el apego paterno es más intelectual que emocional o físico. Estar presente en la ecografía le vincula realmente con el hijo que esperan. Este “vínculo incongruente” entre padre y madre genera diferencias en el apego con el feto y, si éste muere, el duelo de cada uno tendrá distintos estilos y ritmos (p.65).

En relación con la manera en que cada miembro de la pareja maneja el duelo por la pérdida de un hijo, Fernández et al. (2020) señalan que esta pérdida afectará la relación, la cual puede fortalecerse al enfrentar la adversidad juntos o debilitarse por un aumento de las discusiones o una disminución de la actividad sexual (p.14).

De igual forma, Caeli et al. (2002) añaden que “las diferencias en las formas en que las mujeres y los hombres hacen su duelo pueden ser fuente de tensión y discordia en la relación de la pareja” (como se citó en Papalia, 2009, p.106). Por otro lado, Grady (2002) afirma que “es probable que el varón se haya enfocado menos en el embarazo; además, su cuerpo no presenta recordatorios físicos de la pérdida” (Op.Cit.).

Los hermanos y abuelos también sufren las consecuencias de la pérdida en la familia. Román (2024) destaca en sus estudios “un cambio en la relación de los padres con hijos anteriores, al poder mostrar una posición sobreprotectora por miedo a una nueva pérdida o, por el contrario, descuidar la atención de sus hijos debido al dolor y sufrimiento por la reciente muerte” (p15). Asimismo, la pérdida perinatal puede generar una sensación de vacío en los hermanos, que pueden

no comprender completamente lo que ha sucedido y sentir una mezcla de emociones, incluyendo tristeza, confusión y celos por la atención dirigida hacia los padres en duelo. Por otro lado, los abuelos pueden experimentar su propio duelo por la pérdida de su nieto, así como una profunda empatía y dolor por el sufrimiento de sus hijos.

Respecto al impacto en su entorno social, Fernández et al. (2020) afirma que “los padres experimentan problemas laborales, falta de reconocimiento de su duelo, ausencia de rituales, banalización de su pérdida y desmentido o deslegitimación de su duelo” (p.14).

Tal cómo describe López (2011), las actitudes sociales y familiares tras un aborto reflejan una tendencia a disimular como si nada hubiera ocurrido. Se resta importancia a la pérdida, convirtiendo lo que para los progenitores era un bebé en un ser a medio hacer, con escasa condición humana y se augura como cierto que habrá nuevos embarazos en el futuro: “Sois jóvenes”, “en realidad, no era un auténtico bebé”, “la Naturaleza es sabia” (p.60).

Las relaciones con amigos y familiares pueden cambiar significativamente. Los padres que han experimentado una pérdida antenatal a menudo se sienten incomprendidos por su entorno social. De acuerdo con Román (2024), los estudios indican que, debido al comportamiento y actitud indiferente de familia y amigos, los padres optan por aislarse socialmente en un intento de protegerse de los comentarios y acciones que banalizan sus emociones. Los padres refieren sentir que la comunidad no comprende su pérdida, y que observar a otras parejas con sus hijos o responder preguntas acerca de su pérdida aumentaba notablemente su sufrimiento (p.15).

A partir de la literatura disponible, es posible concluir que el proceso de duelo por una muerte no se completa dentro de un marco de tiempo específico y, para

algunos, nunca se completa. El período de dolor agudo de emociones intensas que irrumpen e impiden las actividades cotidianas generalmente se reemplaza por un dolor más integrado. A medida que se integra la pena, la persona aún extrañará a su ser querido, experimentará tristeza y tendrá recuerdos, pero podrá reanudar su vida cotidiana. Esta transición y regreso a las funciones y actividades habituales no tienen un tiempo específico.

### **Llegada de un Nuevo Embarazo**

“Después de una pérdida perinatal, entre el 50 y 80% de las parejas vuelve a concebir, aunque el deseo de la nueva gestación está lleno de dudas, miedos e inseguridades y es una situación que va a suponer un desgaste físico y emocional para la familia” (Rozas & Francés, 2001, p.29). La llegada de un nuevo embarazo tras una pérdida perinatal es una experiencia emocionalmente compleja y ambivalente para la pareja. Esta situación puede traer consigo una mezcla de esperanza y miedo, alegría y ansiedad, así como expectativas y recuerdos dolorosos.

Según Gregorio (2023) “El siguiente embarazo tras una pérdida perinatal tiene la capacidad de reactivar memorias y precipitar una serie de sintomatología psicológica que, en muchas ocasiones, se aleja de las expectativas de tener un embarazo satisfactorio y tranquilo. Por el contrario, la evidencia muestra que los siguientes embarazos están marcados por sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés postraumático” (p.163).

Las consecuencias de la pérdida perinatal (PP) en un embarazo posterior pueden ser diversas y afectar tanto a la salud física como a la emocional de los futuros padres. Por un lado, a nivel emocional, además de las inseguridades y los sentimientos incongruentes entre sí, la mujer puede vivir el embarazo con una constante vigilancia de los síntomas y un miedo persistente a perder

nuevamente al bebé. Estos sentimientos pueden interferir en el disfrute del embarazo y llevar a una mayor necesidad de apoyo emocional y psicológico. Rozas y Francés (2001) afirman que es frecuente que la mujer compare el embarazo actual con la gestación anterior, lo que puede desencadenar este estado de hipervigilancia, ya que existe el temor de que algo pueda ir mal en cualquier momento, aunque los resultados del control prenatal indiquen lo contrario. Pueden incluso evidenciarse conductas de autoprotección, con un incremento del escepticismo respecto al resultado favorable del embarazo (p.31).

Asimismo, en cuanto a las fluctuaciones a nivel psicológico de la pareja durante el embarazo, Rozas y Francés (2001) sostienen lo siguiente:

Los rasgos de la personalidad de los miembros de la pareja y, en particular de la mujer, influirán en gran medida en las repercusiones psicológicas de la experiencia traumática que supone la PP y en la vivencia de la nueva gestación. Cada pareja va a reaccionar de forma distinta al nuevo embarazo, aunque, en general, todas manifestarán, en mayor o menor grado, ansiedad y depresión. Además, puede aparecer un sentimiento de ambivalencia, ya que, por una parte, experimentan dolor ante la pérdida y, por otra, alegría por el hijo que esperan. (p.31)

Si bien el transcurso del embarazo se caracteriza por la prevalencia de la ansiedad, la misma variará a lo largo de las diferentes etapas de la gestación. En este sentido, Rozas y Francés (2001) plantean que el nivel de ansiedad va a aumentar o disminuir en función de determinados acontecimientos durante el embarazo. Algunos hechos como superar el primer trimestre, la detección de movimientos fetales y la percepción del latido cardiaco fetal resultan especialmente relevantes porque indican el progreso favorable de la gestación y

ofrecen información sobre el bienestar del feto (p.31). Superar el primer trimestre es un hito significativo, ya que muchas pérdidas perinatales ocurren en las primeras semanas. Una vez superada esta fase, la pareja puede experimentar una disminución en la ansiedad, aunque los temores pueden persistir.

Por otra parte, a nivel físico, Rozas y Francés (2001) afirman que los antecedentes de la pérdida conllevan que el nuevo embarazo se considere de riesgo elevado, motivo que implica un seguimiento y unos cuidados más exhaustivos. La frecuencia de los controles clínicos y las exploraciones complementarias vendrán determinados por la causa que ocasionó la pérdida perinatal. Este hecho va a provocar en la pareja un doble efecto: por un lado, la sensación de seguridad y control de su gestación y, por otro, un aumento de la ansiedad ante cualquier prueba y su resultado (p.31). Asimismo, cabe destacar que durante la nueva gestación el umbral del dolor se encuentra disminuido, lo que provoca que la mujer acuse más las molestias habituales del embarazo. Según Pennebaker (como se citó en Rozas & Francés, 2001, p.32), “este hecho puede considerarse una somatización de su ansiedad debido a la preocupación de sufrir una nueva pérdida”.

Como se ha mencionado anteriormente, el nacimiento del nuevo bebé provoca la aparición de recuerdos de la pérdida anterior. En ocasiones, constituye un medio para la resolución del duelo perinatal, mientras que, en otras, representa una forma de evitar el dolor de la pérdida.

Relacionado a esto, la pérdida perinatal puede tener un impacto significativo en el proceso de apego del posterior embarazo. Gregorio (2023) plantea que variables maternas como una experiencia negativa en el nacimiento, depresión o ansiedad, pueden inhibir el proceso de apego. Asimismo, según estudios realizados por O’Leary et al. (2009) encontraron que las mujeres embarazadas

tras pérdida perinatal demoraron la formación del apego emocional hacia sus hijos (como se citó en Gregorio, 2023, p.162). Este comportamiento ha sido descrito por Côté-Arsenault et al. (2011) como un mecanismo de autoprotección denominado «amortiguación emocional» (Op. Cit).

Como se ha mencionado, el embarazo posterior a una pérdida perinatal es una experiencia profundamente ambivalente y cargada emocionalmente, afectando tanto el bienestar psicológico de la pareja como el proceso de apego con el nuevo bebé. De este modo, el proceso de apego puede ser más desafiante y requerir un esfuerzo consciente por parte de los padres para superar sus miedos y construir un vínculo seguro y estable con su hijo. En conclusión, es fundamental que los padres busquen apoyo emocional y psicológico para abordar los sentimientos persistentes de ansiedad y duelo, y así promover un ambiente de crianza positivo y equilibrado para su nuevo bebé, la disciplina que se encarga de abordar esta temática es la Psicología Perinatal.

### **Psicología Perinatal e Intervenciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales**

El campo de la psicología perinatal surge como una nueva especialización dentro de la psicología clínica y de la salud, enfocada en el estudio y la intervención en los aspectos psicológicos y emocionales relacionados con la maternidad y la paternidad, desde el embarazo hasta el primer año de vida del bebé.

La Psicología perinatal, en palabras de Santos y Oiberman (2011) aborda aquello que rodea el nacimiento, es decir, embarazo/gestación, parto/nacimiento, puerperio/primeros años de vida del niño, insertándose consecuentemente en las diversas áreas de la salud materno infantil desde una perspectiva vincular (p.120). De acuerdo con las autoras mencionadas, este campo específico de la

psicología, se incorpora al equipo interdisciplinario de asistencia y se inserta en diferentes áreas de la atención perinatal, tales como:

- Salas de Internación obstétrica y guardia obstétrica
- Pre-parto, parto y cesáreas (de urgencia o programadas)
- Salas de internación conjunta madre-hijo
- Consultorio de Psicología de la primera infancia: consultorio pediátrico de niños sanos y consultorio de seguimiento de niños de alto riesgo.
- Unidad de Cuidados intensivos neonatales

Asimismo, se considera que el proceso de la maternidad - incluyendo en él al embarazo, parto y puerperio - según Oiberman (2011), “representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. La mujer superará esta crisis en función de: su historia personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar” (p.3). Estos momentos de crisis, se entienden como una ruptura de un equilibrio anterior entre la intensidad de la situación y los recursos del sujeto puestos en marcha, produciendo una nueva desorganización psíquica. Oiberman (2011) recalca que es aquí en donde operan las psicólogas perinatales. El sujeto inmerso en esta crisis se torna más receptivo a la ayuda terapéutica (Op Cit.).

De este modo, la psicología perinatal aborda la crisis que representa la maternidad a través de diversas estrategias y enfoques, ofreciendo apoyo y recursos tanto a la madre como al bebé, y extendiéndose al resto del grupo familiar. Por otro lado, parafraseando a Oiberman (2011), es posible afirmar que es esta rama específica de la psicología la que puede responder y tiene las herramientas necesarias para ayudar a la madre y al bebé en la resolución de esta crisis evolutiva, en el contexto hospitalario tanto obstétrico como

neonatólogo. La misma, permite abordar la problemática de las situaciones críticas de nacimiento, aportando estrategias de intervención psicosociales al trabajo interdisciplinario, trabaja el vínculo entre la madre y su bebé y el papel del padre en el proceso de parentalidad (p.1).

### **Abordaje e Instrumentos de la Psicología Perinatal**

La metodología y el modo de abordaje de los psicólogos perinatales, presenta especificidades y particularidades que difieren del abordaje psicológico convencional. La modalidad de trabajo perinatal según Oiberman et al. (2011) consiste en una “guardia hospitalaria diurna”. La labor del equipo es acompañar diariamente la guardia neonatólogica y colaborar con obstetras en un trabajo interdisciplinario (p.16).

Asimismo, la autora de referencia señala que “la inclusión del psicólogo perinatal en la guardia neonatólogica y obstétrica, implicó para el equipo de salud tener en cuenta que el sentido del embarazo, del parto y del puerperio no se puede pensar sólo desde el acto médico, sino que la constelación familiar, de pareja y social, son significantes de alto impacto ante la situación de embarazo y nacimiento” (Oiberman, 2011, p.4). Es decir, desde la psicología perinatal se resalta la importancia de considerar el embarazo, parto y puerperio desde una perspectiva integral que va más allá del enfoque puramente médico, ya que este proceso abarca dimensiones emocionales, psicológicas y sociales que también deben ser atendidas. Por esto mismo, la inclusión del psicólogo perinatal en el equipo de salud permite un abordaje holístico que considera todos estos factores.

Dicho esto, Oiberman (2011) destaca entre los recursos utilizados por los profesionales para el abordaje de cada caso, la entrevista psicológica:

La herramienta primordial con la que cuentan las psicólogas perinatales para tales efectos, son las entrevistas de sesión única. El objetivo en estas entrevistas que presentan un inicio, desarrollo y cierre, es intervenir en la crisis por la cual la madre está transitando. La modalidad de trabajo, es ir creando un vínculo que posibilite a la madre, crear un marco contenedor que permita la puesta en palabras de la crisis, las cuestiones que se resignifican con la maternidad, e ir decodificando a la madre logrando un reordenamiento subjetivo que le proporcione un mejor establecimiento vincular con el hijo. (p.3)

La Entrevista Psicológica Perinatal (EEP) es un instrumento que surge de la necesidad de mayor sistematización, información y comunicación entre los psicólogos, neonatólogos y obstetras en el contexto hospitalario.

En el abordaje de la entrevista, según Oiberman et al. (2011) “la resignificación de sucesos de vida relatados por la madre en los momentos de la indagación psicológica, fue lo que llevó a considerar de qué forma estos acontecimientos podían influir en el nacimiento del hijo y de qué manera podía resignificarse para la madre ese niño” (p.17). Es decir, a través de la indagación psicológica, se busca comprender cómo los sucesos vitales y emocionales de la madre pueden influir en el vínculo con el bebé, permitiendo una intervención más personalizada y significativa. Por lo tanto, en palabras de Oiberman et al. (2011) “la entrevista psicológica perinatal se transformó en un instrumento de diagnóstico psico-perinatal eficaz para el trabajo de psicólogos y neonatólogos en guardias hospitalarias” (Op. Cit).

Según Oiberman (2011, pp.3-4), la modalidad de trabajo interdisciplinario, sustentada en el acompañamiento de un psicólogo a la guardia neonatológica y obstétrica se desarrolla con ciertas características específicas, las cuales son

organizadas en dos categorías y descritas por la autora del presente trabajo para facilitar su comprensión y relación con la temática de la investigación.

Características del trabajo interdisciplinario del psicólogo con otros profesionales:

- Confluencia de “saberes” diferentes, estilo de trabajo conjunto con los otros profesionales del hospital: neonatólogos, pediatras, obstetras, enfermeras y trabajadores sociales.
- Aceptación del psicólogo por parte de las guardias de obstetricia y neonatología.
- Aceptación de un espacio común con los médicos y enfermeras de guardia.
- Consideración del cuidado de los que cuidan: sostener al equipo cuidador.

Características del abordaje específico del psicólogo con la familia:

- Aceptación de encuadres diferentes: la madre puede ser entrevistada frente a una incubadora o en la misma sala de parto: in situ, donde la crisis toma lugar.
- Demanda que proviene del Servicio y no del paciente: La demanda proviene del equipo médico, cuando se pesquisa dificultad de vínculo, o algún indicador que desde lo médico exceda.
- Transformación de la entrevista psicológica en instrumento de trabajo clínico.
- Aceptación de la inclusión de la dimensión psicológica del bebé, la madre y su familia en el momento del nacimiento.

- Revalorización del lugar de la palabra en las maternidades, privilegiando el aspecto salugénico de un nacimiento.
- Flexibilización teórica y práctica para abordar situaciones muy diversas
- Creación de estrategias de intervención a cada instante.
- Rol psicológico de mediatizadores entre la institución y el bebé en riesgo.
- Conocimiento del lenguaje específico tanto médico, de enfermeras como de la cultura del grupo familiar asistido.
- Reconocimiento del carácter de urgencia de la emergencia: no se puede esperar los tiempos de la interconsulta, se debe intervenir en ese momento y en ese lugar.

Por lo tanto, según Oiberman (2011) el desafío profesional del psicólogo perinatal consiste en “sujetar las palabras del paciente, sujetar el gesto del bebe, la inquietud de un padre, la angustia de una familia ante la internación del bebé y transformarnos en una polea de transmisión entre el médico y la paciente” (p.5). Por esto mismo, la riqueza de esta tarea clínica consiste en crear redes poniendo el cuerpo, para sostener ese lugar de madre, considerando que el maternaje se está desarrollando en ese mismo espacio, y que un conflicto en ese momento, puede implicar el impedimento del vínculo temprano madre-hijo. Si se logra que surja la palabra para expresar su emoción, ello permitirá un mejor desenlace de la situación (Op. Cit).

En conclusión, el campo de la psicología perinatal se enfoca en el apoyo emocional y psicológico durante el embarazo, el parto y el puerperio. Su intervención se vuelve crucial en situaciones críticas de nacimiento, como se menciona anteriormente, en especial cuando el vínculo temprano entre madre e hijo puede estar en riesgo. Debido a esto, se destaca que los psicólogos

perinatales operan en momentos de alta vulnerabilidad, como complicaciones en el parto, nacimientos prematuros o situaciones de riesgo para el bebé. En estas circunstancias, el apoyo emocional es fundamental para evitar que la angustia y el estrés interfieran con el desarrollo del vínculo madre-hijo.

### ***Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)***

Cuando un bebé nace antes de tiempo, tiene problemas de salud o nace en un parto difícil, va a la unidad especial de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Allí, los bebés reciben cuidados intensivos de un equipo de expertos durante las 24 horas del día (Gavin, 2019). Esta unidad trabaja con un encuadre interdisciplinario de profesionales de diversas áreas y con la tecnología necesaria para el cuidado del recién nacido.

La psicología perinatal en el ámbito de la neonatología se centra en proporcionar apoyo emocional y psicológico tanto a los padres como al bebé durante la hospitalización en la UCIN. Este enfoque interdisciplinario aborda las necesidades emocionales y psicológicas de las familias y el equipo de salud para optimizar los resultados en el desarrollo y el vínculo temprano madre-hijo.

La internación en la UCIN, si bien es esencial para la supervivencia de los bebés prematuros, representa un desafío tanto para los recién nacidos como para sus padres. A continuación, se desarrollan las implicancias de esta internación desde la perspectiva del bebé prematuro y de los padres, destacando la importancia del apoyo psicológico integral durante este período crítico.

### **Implicancias de la Internación en el Bebé Prematuro**

La prematurez implica un conjunto de desafíos significativos tanto para el bebé como para los padres. Desde la perspectiva de la psicología perinatal, estas implicaciones pueden ser abordadas y analizadas en términos del desarrollo

emocional del bebé, el vínculo madre-hijo, y el bienestar emocional de los padres.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) y UNICEF (2010), “todo niño nacido antes de completar las 37 semanas de edad gestacional es considerado prematuro, teniendo en cuenta que los embarazos duran alrededor de 40 semanas. La palabra deriva del latín praematurus, que significa prae=antes y maturus=maduro” (como se citó en Gómez, 2022, p.2).

Según Zaramella et al. (1993) al recién nacido pretérmino se lo denomina prematuro por su inmadurez estructural. Su característica principal es no haber transcurrido, parte o totalmente, el último trimestre de embarazo dentro del útero materno. Sin embargo, actualmente se debe agregar que, debido a los avances tecnológicos, algunos bebés prematuros nacen durante el segundo trimestre de embarazo, pasando más tiempo fuera del vientre materno y permaneciendo internados por extensos períodos (como se citó en Gómez, 2022, p.2).

La llegada prematura al mundo enfrenta al bebé inmaduro con un entorno significativamente diferente al útero materno, lo que altera abruptamente sus sistemas biológicos y su desarrollo. En palabras de Gómez (2022), el infante, debe pasar a relacionarse, ya no con el vientre materno, sino con los instrumentos, procedimientos y maquinarias que ayudan a mantenerlo con vida. A esto, se puede agregar que no solo lo ayudan a sobrevivir, sino que es posible que le provoquen algún grado de dolor debido a las intervenciones médicas necesarias (p.3).

El abordaje de la psicología perinatal en el ámbito de la neonatología es fundamental para enfrentar las complejidades emocionales y psicológicas que acompañan el nacimiento prematuro. Según García (2022), es esencial no olvidar que el primer entorno de desarrollo del niño prematuro es uno altamente

tecnificado, esencial para su supervivencia, pero que impone una serie de desafíos significativos:

a) la privación, en primer lugar, del entorno biológico natural para su desarrollo; b) la imposibilidad de que la madre transite por el adecuado desarrollo de los procesos de ajuste psicológico, afectivo y emocional a su hijo; c) la separación física y la ruptura de la conexión biopsicológica de la madre y bebé en un momento de máxima vulnerabilidad. Todo ello conforma elementos críticos, que ponen en riesgo el vínculo y el rol parental; la dinámica de los cuidados y las interacciones tempranas sensibles y, como consecuencia, el proceso de construcción de un apego seguro. (p.37)

### **Implicancias de la Internación en los Padres**

Los padres de bebés prematuros suelen experimentar altos niveles de estrés y angustia debido a la inesperada y prolongada hospitalización de sus hijos. De acuerdo con Gómez (2022), es importante también destacar que, frente a todas estas experiencias vivenciadas por los bebés, también están expuestos sus padres, los cuales se encontrarán en un interjuego vincular, que les podrá generar angustia, cuando no logran comprender por qué sus bebés no reaccionan como lo esperaban. La falta de reacciones esperadas por parte de los bebés puede generar sentimientos de rechazo o incomodidad en los padres, quienes pueden percibir que sus bebés los rechazan. Este sentimiento es exacerbado por la falta de información y apoyo del personal de salud sobre cómo interactuar físicamente y emocionalmente con sus hijos en esta situación (p.5).

Por otra parte, García (2022) plantea el hecho de que las madres de niños prematuros a menudo experimentan una intensa culpa y ansiedad debido a la percepción de haber fallado en llevar a término su embarazo y no haber podido

proteger adecuadamente a sus hijos (p.35). Es decir, las madres pueden sentir que de alguna manera son responsables del nacimiento prematuro de sus hijos, lo que genera este profundo sentimiento de culpa y autorreproche. Asimismo, García (2022) menciona que es muy frecuente que las madres tengan pensamientos persistentes y rumiativos acerca de acciones o incluso pensamientos, que asocian a la posibilidad de que hayan podido desencadenar el parto prematuro. Esto sitúa a la madre en riesgo psicológico y emocional, que no solo impacta en su bienestar emocional sino también en sus competencias para la interacción con su bebé (Op. Cit).

Cuando se menciona el “riesgo psicológico” por el cuál transita la madre, se hace referencia a que las madres en esta situación están en riesgo de desarrollar trastornos de salud mental, como depresión postparto y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Este riesgo se ve aumentado por la experiencia traumática del parto prematuro y la hospitalización del bebé en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Según García (2022), el final del segundo trimestre y el tercero de la gestación son etapas de gran vulnerabilidad psicológica materna y un periodo sensible en el ajuste del vínculo de la madre con el bebé. La prematuridad interrumpe estos procesos neurofisiológicos y psicológicos de ajuste a la maternidad, y al margen de la vivencia del bebé como extremadamente frágil y vulnerable, las madres se encuentran inmersas en un proceso de shock y duelo ante la presencia de un recién nacido muy alejado de las expectativas del bebé imaginado (p.36).

El nacimiento prematuro de un hijo suele ser vivido como una crisis, un acontecimiento estresante en la vida de los padres, que cursa con dolor y ansiedad, en el cuál hay dificultades en la vivencia del bebé como en la formación del vínculo madre - hijo. Sin embargo, García (2022) destaca que también de

manera natural, en niños y madre emergen complejos mecanismos complementarios, que garantizan la vuelta al homeostasis de ambos. Estos procesos, programados en tiempo, se ven alterados, por inmaduros tanto desde el punto de vista neurofisiológico como psicológico, en las díadas prematuras. Es por ello, que han de ser especialmente atendidos, orientados, promovidos y apoyados por los profesionales (p.36).

La hospitalización de un recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) implica una fuente de angustia para los nuevos padres, en específico para los padres varones, quienes a menudo se ven enfrentados a tareas y responsabilidades inesperadas. Carter et al. (2007) menciona que, en las primeras horas y días, los padres suelen ser los primeros en recibir la información médica tanto del estado de salud del bebé como de la madre, una responsabilidad que puede ser abrumadora debido a la incertidumbre y la preocupación por la salud de ambos. Además, deben realizar trámites administrativos relacionados con la hospitalización y son los encargados de transmitir información sobre el recién nacido a las madres hasta que ellas pueden acceder a la Unidad Neonatal. Con frecuencia, el padre es el primero en ver, tocar y conocer al recién nacido. Este primer contacto puede ser emocionalmente intenso y estar acompañado de una mezcla de alivio, ansiedad y preocupación por la salud del bebé (como se citó en Cajiao et al., 2022, p.13).

Para finalizar, Spinelli et al. (2013) sostiene que “la estancia en la UCIN cursa con un incremento del malestar emocional de los padres, que se mantiene en niveles altos, aunque fluctuantes, durante la estancia del bebé” (como se citó en García, 2022, p.37). Sin embargo, García (2022) afirma que cada vez se encuentran más implementadas prácticas, métodos y programas de cuidado del recién nacido prematuro y su madre/padre en la UCIN, que tienen como objetivo la promoción de un neurodesarrollo protegido y de un vínculo saludable (Op Cit.).

## **Construcción del Vínculo Madre-Hijo en el Contexto de la UCIN**

En la historia de la UCIN, Oiberman et al. (2011) destaca que las modificaciones que se fueron produciendo en la internación, tales como la apertura de las unidades a los padres, produjo un cambio fundamental y fundante: los padres pasaron de ser ajenos a la situación, a ser visitantes de sus hijos para finalmente ser acompañantes de su hijo durante la internación. Estos hitos históricos, permitieron el surgimiento de un nuevo fenómeno: la vinculación madre - hijo durante la internación (p.24).

En relación al trabajo con los padres de bebés prematuros desde la psicología, además de ofrecer apoyo emocional y escucha activa, Maldonado (2011) plantea que también es fundamental brindarles información acerca del estado de su bebé, sus vulnerabilidades y preferencias, e invitarlos a participar de sus cuidados como miembros del equipo de la unidad de cuidados intensivos cuya participación es valiosa, así como promover el apego temprano de los padres hacia su bebé (p.259).

Asimismo, este autor destaca el trabajo realizado por Minde y colaboradores (Minde et al., 1983), quienes diseñaron una intervención en forma de un grupo de autoayuda mientras el recién nacido estaba en la UCIN. La misma “se trata de participar en aproximadamente siete a diez sesiones de grupo, tratando de ayudarles a enfrentar los problemas que se presentan, hablar de sus sentimientos y compartir experiencias con otros participantes” (como se citó en Maldonado, 2011, p.259).

Vega (2006) sostiene que el rol del psicólogo en un servicio de neonatología implica ser un facilitador del desarrollo de personas que atraviesan una situación de crisis e incertidumbre, para esto se debe operar desde una óptica bio-psico-social. En los contextos institucionales el vínculo inicial merece una especial

atención, ya que en estas circunstancias el modo de vincularse inicialmente se ve alterado (como se citó en Hauser et al., 2015, p.11).

Si bien la interacción madre e hijo durante este periodo de internación está lleno de dificultades, la madre con ayuda deberá poder construir junto a su bebé un clima de intimidad, de contacto afectivo dentro de un ambiente público. Según Oiberman et al. (2011), este contexto particular implicará que el proceso de vinculación en esta etapa presente características diferentes, propias del contexto de hospitalización. Sin embargo, esa interacción que tiene lugar entre la madre y su hijo en incubadora no es alterada en sí misma, sino que presenta características particulares (p.24).

Por lo tanto, se considera que, a pesar de este contexto peculiar, es posible mantener un intercambio afectivo conductual amplio con características propias de la situación de internación. Citando a Oiberman et al. (2011) sostienen que la incubadora, en tanto dispositivo tecnológico necesario para la vida del neonato en ese momento, puede intervenir en la vinculación de la madre y su hijo de dos maneras:

Por un lado, puede funcionar como “*obstáculo*”, es decir a modo de límite de plástico real que impide o dificulta el acercamiento y el contacto de vinculación con su hijo o como “*parte de*”, es decir como un elemento integrante de la escena pero que no veda o impide el acercamiento mutuo en los distintos registros de contacto: visual, corporal, verbal, acercamientos de posturas corporales. (p.26)

Las características específicas del proceso de vinculación que mencionan Oiberman et al. (2011) pueden resumirse en 6 (seis) funciones principales:

- Función de acercamiento: contempla la posición y distancia que adoptan ambos miembros de la díada para la interacción.

- Función contacto con la incubadora: se refiere a conductas de contacto y apertura o no de la incubadora donde se encuentra el bebé.
- Función corporal: abarca conductas de contacto corporal y táctil entre ambos miembros de la díada.
- Función visual: contempla conductas de contacto visual y de miradas entre ambos miembros de la díada.
- Función verbal: se refiere a conductas de contacto verbal, vocal y de sonidos comunicativos.
- Función postural: se refiere a la modificación de la postura corporal inicial adoptada en la interacción y la consecuente modificación -o no- de la postura corporal del otro miembro de la díada, como respuesta al cambio introducido.

A partir de lo antes expuesto, es posible concluir que las intervenciones profesionales del psicólogo perinatal en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales consisten en acompañar a los padres en el desarrollo de todas las funciones antes mencionadas durante el proceso de hospitalización de sus hijos neonatos.

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

La Práctica Profesional Supervisada en el área clínica se realizó en Sanatorio Argentino ubicado en la ciudad de San Juan durante los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre, cumpliéndose 150 horas de trabajo. Las mismas se realizaron en horario de mañana de 9 a 13 horas los días martes y jueves. En este periodo se realizaron diversas actividades supervisadas por la Lic. En Psicología Teresa Laría quién está a cargo del Servicio de Psicología en dicha institución.

El objetivo de las Prácticas Profesionales Supervisadas fue acercarse al futuro rol del Licenciado en Psicología dentro del campo de la Psicología de la Salud, especialmente en entornos clínicos como la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, las áreas de Internación y Terapia Intensiva Pediátrica, y la Internación de Adultos. Paralelamente, el propósito del Trabajo de Investigación fue explorar, a través de la práctica en el Servicio de Neonatología, cómo las parentalidades afectadas por una pérdida perinatal influyen en el vínculo con los bebés prematuros internados.

En función del objetivo planteado, se llevó a cabo una observación del abordaje psicológico de pacientes que han experimentado una pérdida perinatal, así como de los padres de bebés hospitalizados en la UCIN, con el fin de observar los efectos del duelo y la pérdida en las funciones parentales de estos padres.

El proceso recorrido para realizar el presente informe se divide en las siguientes etapas:

### **Fase de Acercamiento a la Institución**

En primer lugar, la practicante estableció contacto con la Licenciada Teresa Laría, quien desempeña el rol de tutora de campo en el presente trabajo y tiene a su cargo el Servicio de Psicología en el Sanatorio Argentino, con el objetivo de coordinar una reunión informativa sobre el abordaje de las Prácticas Profesionales Supervisadas en dicha institución. Tal reunión tuvo lugar en el mes de septiembre en las instalaciones del sanatorio. Durante la misma, la Licenciada Laría proporcionó una detallada explicación sobre la dinámica institucional, el reglamento vigente, y las diversas áreas donde opera el Servicio de Psicología, las cuales constituirían los principales espacios de desarrollo de la práctica. Asimismo, se acordaron los días y horarios de asistencia.

Dado que se trataba de un ámbito nuevo y desconocido para la practicante, se decidió iniciar las prácticas con una exploración de cada una de las áreas del sanatorio y los servicios correspondientes, con el objetivo de familiarizarse con ellos, observar la modalidad de trabajo y comenzar a investigar sobre temas de interés. Esto permitiría seleccionar posteriormente el tema a desarrollar en el presente TIF. Para finalizar la reunión, se realizó un breve recorrido por la institución para conocer el lugar y a los profesionales que formaban parte de cada servicio.

### **Fase de Exploración**

Inicialmente, la práctica profesional se llevó a cabo mediante la interacción con diversas áreas en las que el Servicio de Psicología interviene habitualmente. Se comenzó con la exploración de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, la cuál cuenta con ocho unidades de cuidados críticos (servocunas) y siete unidades de nursery (dedicadas a la observación y control). Esta unidad se caracteriza por su enfoque interdisciplinario, que garantiza un alto nivel de calidad en sus recursos

humanos a través de la colaboración entre profesionales de kinesiología, enfermería, medicina y psicología.

Posteriormente, se realizó una aproximación al Servicio de Pediatría, específicamente al área de Terapia Intensiva e Internación Pediátrica, donde se pudo observar los diversos escenarios y realidades vividas tanto por los padres como por los pacientes internados. A continuación, se conoció el Servicio de Internación de Adultos de las diversas especialidades que conforman el Sanatorio Argentino, entre ellas: Cirugía (postoperatorio), Oncología (cuidados paliativos), Ginecología (afecciones específicas), Obstetricia (postparto y pérdidas perinatales), y Cardiología. Si bien la Internación de Adultos en el Sanatorio abarca una amplia gama de especialidades, en estas específicas se pudo apreciar el abordaje desde el Servicio de Psicología.

Este período de las PPS caracterizado por la observación no participante de la practicante permitió familiarizarse con la modalidad de trabajo e intervención del Servicio de Psicología en cada una de estas áreas, lo que facilitó la comprensión del rol del psicólogo dentro del campo de la Psicología de la Salud y, a su vez, permitió ajustar la selección del tema para la investigación. Asimismo, fue necesario explorar y profundizar en conocimientos previos sobre diversas temáticas emergentes en el ámbito cotidiano del Sanatorio, tales como la pérdida perinatal, lactancia y vínculo de apego, psicoprofilaxis quirúrgica, y el acompañamiento psicológico en enfermedades crónicas.

Uno de los principales ámbitos abordados por la Lic. Laría fue la Terapia Intensiva Neonatal, donde el Servicio de Psicología ofrecía reuniones terapéuticas semanales para padres de los pacientes internados, denominadas "Encuentro de los papás de la Neo". En este contexto, se pudo apreciar una variedad de casos y posibles problemáticas, lo que llevó a la elección del tema

para el presente Trabajo Integrador Final: “Parentalidades en el marco de un nuevo embarazo tras una Pérdida Perinatal. Una perspectiva psicológica desde el Servicio de Neonatología”. La selección de este tema fue influenciada significativamente por la participación de los padres en las reuniones terapéuticas semanales. A partir del acompañamiento psicológico proporcionado por el Servicio de Psicología, se evidenciaron diferencias en la experiencia de la hospitalización de su hijo entre los padres que habían sufrido pérdidas perinatales y aquellos que no. Como resultado, la practicante se enfocó en formular hipótesis y revisar conocimientos previos relacionados con la temática seleccionada.

El objetivo del Trabajo fue descubrir en la práctica como se presentan las Parentalidades, afectadas por una pérdida perinatal previa, de bebés prematuros internados en neonatología. Así como también el acercamiento de la practicante a un rol profesional dentro de la Psicología de la Salud, específicamente a la rama de Psicología Perinatal.

### **Fase de Descripción**

Se procedió a conocer el funcionamiento de la institución Sanatorio Argentino, la modalidad de trabajo y las formas de intervención del psicólogo en dicha institución.

La Institución nace en 1974, con una fuerte orientación hacia la atención a la mujer. Su misión actualmente es brindar un servicio integral de calidad con seguridad en el cuidado humanizado de la salud de las personas; promoviendo la participación activa del paciente y su familia; centrado en la gestión del conocimiento y evidencia científica, ofreciendo a los pacientes, personal y profesionales un ambiente cálido, de bienestar, sustentable e innovador. Los valores que caracterizan y componen el servicio del Sanatorio Argentino son la

Pasión por el Servicio, la Calidez en la atención, la Mejora Continua y el Compromiso y Cooperación profesional.

Con el objetivo de brindar una atención ágil, profesional, y de primera calidad, Sanatorio Argentino cuenta con cuatro (4) sedes de atención ubicadas estratégicamente en la ciudad de San Juan, República Argentina. Tres sedes están ubicadas por la calle San Luis y una se encuentra en la calle Santa Fe. Sede San Luis Sur específicamente, es dónde se desarrollaron las Prácticas Profesionales Supervisadas, allí mismo se encuentran los Servicios de Neonatología, Pediatría e Internación de Adultos.

La Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Sanatorio Argentino, fue fundada en 1995 con el objeto de prestar cuidados intensivos y especializados a todos los recién nacidos que lo requieran. Su enfoque prioritario es proporcionar un trato humanizado, que favorezca el vínculo temprano entre el niño y su familia, apoyando la participación activa de los padres en el cuidado de sus hijos. El equipo interdisciplinario de la unidad está compuesto por el Jefe y subjefe del Servicio, ambos médicos especialistas en Neonatología, una Jefa de Enfermería, y un conjunto de médicos y enfermeros especializados quienes brindan atención continua las 24 horas. Además, la unidad cuenta con áreas de apoyo como Lactario, Vacunatorio, Servicio de Radiología y Ecografía, Servicio de Psicología, y Servicio de Kinesiología.

En 2013, se inauguró la Unidad de Terapia e Internación Pediátrica, la cual dispone de una guardia permanente de 24 horas. Su equipo profesional incluye a un Jefe y un Subjefe, ambos especialistas en Pediatría, además de una Jefa de Enfermería y enfermeros. Esta unidad también cuenta con áreas de apoyo integradas por profesionales de Kinesiología, Psicología, y Nutrición.

Con el objetivo constante de mejorar la calidad de la atención brindada tanto a los pacientes como a su entorno familiar, el Sanatorio Argentino se compromete a ofrecer un trato humanizado y especializado a todos los recién nacidos y niños que requieren internación. El Sanatorio dispone de la tecnología necesaria para proporcionar una atención integral a las diversas necesidades del paciente crítico.

Por otro lado, el Servicio de Psicología tiene como misión proporcionar acompañamiento y contención psicológica a los pacientes de las distintas áreas dentro del Sanatorio. En el caso de los pacientes pediátricos, se les brinda acompañamiento tanto a ellos como a sus familias. Asimismo, dentro de la Fundación Sanatorio Argentino, la Licenciada Laría interviene a través del Servicio de Psicología, brindando charlas y capacitaciones sobre diversos temas que surgen de la demanda de la comunidad, tales como Duelo, Inteligencia Emocional, Orientación Vocacional, y Educación Sexual, entre otros.

### **Fase de Planificación**

Después de familiarizarse con el funcionamiento del Sanatorio Argentino y los equipos profesionales de cada área, en esta etapa se llevó a cabo una observación no participante en los “Encuentros de los papás de la Neo.”, con el propósito de establecer un acercamiento a los padres de bebés internados en el Servicio de Neonatología.

En función del objetivo y la hipótesis formulados en el presente Trabajo de Investigación, se planificó un seguimiento específico durante las reuniones semanales a los padres de una familia que había experimentado una pérdida perinatal previa y cuyo hijo se encontraba internado en neonatología. En base a esto, durante el primer mes de las Prácticas Profesionales Supervisadas, se dedicó tiempo a recopilar información pertinente sobre la temática, con el fin de

realizar entrevistas adecuadas, respetuosas y formativas, dadas las circunstancias emocionalmente complejas para los papás involucrados.

Asimismo, en esta etapa de las prácticas se realizó una observación y aprendizaje no solo de las reuniones semanales de los padres de la unidad neonatal, sino además del abordaje propio de la Psicología Perinatal dentro del Servicio de Neonatología. Esto incluyó la contención proporcionada por la psicóloga a los padres durante la terapia neonatal, el seguimiento psicológico de los padres más afectados, y el encuadre propio de la rama, la creación de espacios de escucha e intervención para las madres junto a sus bebés internados en las servocunas, entre otros enfoques de intervención del Servicio de Psicología.

Con el transcurso de las semanas, la participación de la practicante se volvió más activa, lo que permitió brindar contención directa a los padres en la cercanía de las servocunas y realizar intervenciones puntuales en las reuniones terapéuticas semanales.

Considerando la relevancia del Servicio de Psicología en el seguimiento y contención de padres afectados por una pérdida perinatal, cuyo hijo se encontraba internado en la Unidad de Terapia Neonatal, se planificaron dos entrevistas: una con la Licenciada a cargo del Servicio de Psicología y otra con los padres. El propósito de estas entrevistas era doble, por un lado, facilitar un acercamiento al rol profesional del psicólogo para comprender de mejor manera las implicaciones psicológicas que enfrentan los padres tras una pérdida y la subsiguiente internación de un hijo en la Terapia Neonatal; y por otro, analizar las estrategias de abordaje y contención implementadas desde el área de psicología en casos específicos como este.

Estas intervenciones se llevaron a cabo después de realizar una investigación exhaustiva sobre temas como Pérdida y Duelo Perinatal, Funciones Parentales, y Psicología Perinatal, asegurando así un enfoque fundamentado y empático en la interacción con las personas entrevistadas.

### **Fase de Intervención**

Los principales servicios en los que se llevaron a cabo las Prácticas Profesionales Supervisadas, así como las intervenciones correspondientes, fueron en las áreas de Internación y Terapia Intensiva Pediátrica, Internación de Adultos, y Terapia Intensiva Neonatal.

En el área de Internación de Adultos, se observaron diversos cuadros clínicos y distintos tipos de abordaje y acompañamiento brindados por el Servicio de Psicología. Se realizó observación no participante en situaciones de angustia aguda, como en el caso de pacientes que habían sufrido una pérdida perinatal y se encontraban internadas por dicho motivo, permitiendo apreciar la contención brindada por la Lic. Laría a estas familias. Luego, en este ámbito la alumna practicante asumió un rol más activo mediante visitas a mujeres que se encontraban en espera del alta hospitalaria tras haber pasado por una cesárea. Durante estas visitas, se les preguntó sobre su estado de ánimo, posibles dolores o dificultades que pudieran estar experimentando, y se les brindaron recomendaciones relacionadas con el establecimiento y fortalecimiento del vínculo entre la madre y el bebé.

Adicionalmente, se ofreció acompañamiento junto con el servicio de psicología a pacientes en estado terminal y se proporcionó contención psicológica a sus familias, brindando un seguimiento de estos casos dentro del sanatorio, así como un espacio de escucha y apoyo emocional para los familiares.

Por otro lado, en el área de Internación y Terapia Intensiva Pediátrica, se observó la dinámica de trabajo y el enfoque del equipo interdisciplinario de profesionales que brindaban atención en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se pudo identificar cómo, a través de un intercambio de información, se comunicaban los casos de pacientes con mayores necesidades psicológicas y emocionales a la Licenciada Laría, permitiendo la planificación conjunta de un plan de intervención adecuado. Inicialmente, se realizó una observación no participante del proceso de acompañamiento y psicoprofilaxis quirúrgica que ofrecía el Servicio de Psicología a niños y adolescentes próximos a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos. Posteriormente, la practicante pudo participar de manera activa, brindando apoyo y contención a las familias de estos pacientes, quienes experimentaban niveles significativos de angustia.

Finalmente, en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, donde se llevó a cabo el presente trabajo integrador, el principal enfoque del Servicio de Psicología se centra en brindar apoyo y contención a los padres de los bebés internados, ya que la estancia de sus hijos en esta unidad se experimenta con altos niveles de angustia, estrés y ansiedad. En este contexto, se pudo observar el trabajo interdisciplinario llevado a cabo por el equipo de profesionales, destacando la comunicación y coordinación necesarias en el manejo de los casos desde cada una de sus especialidades. Además, el Servicio de Psicología desempeñaba un papel fundamental como intermediario entre los padres y el personal médico. Por ejemplo, si una madre aún estaba internada mientras su bebé se encontraba en Terapia Intensiva Neonatal, la Licenciada Laría se encargaba de atender y resolver las inquietudes de la madre, contribuyendo así a disminuir su angustia.

Al comienzo, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se llevó a cabo una observación no participante para comprender mejor el enfoque de la Licenciada a cargo del Servicio de Psicología. Se pudo identificar un abordaje

multidimensional de la Psicología en el ámbito Perinatal, adaptando el encuadre terapéutico a las necesidades específicas del entorno neonatal y de los padres. Esto incluía ofrecer espacios de escucha y contención tanto en la sala de espera como al lado de las servocunas, así como el seguimiento y atención de casos específicos de papás con altos niveles de angustia. Adicionalmente, se brindaban todos los jueves reuniones terapéuticas semanales abiertas a todos los padres con hijos internados en la Unidad de Neonatología, facilitando así un espacio para la expresión de emociones y el apoyo mutuo.

En cuanto a las intervenciones en esta área, después de los primeros meses de aprendizaje y observación específica de la metodología llevada a cabo por el Servicio de Psicología, la practicante pudo involucrarse más en el día a día de la UCIN. Se comenzó tomando contacto con las pacientes internadas quienes tenían a sus hijos ya ingresados en la Terapia Intensiva Neonatal y aún no habían podido verlos, se creó un nexo entre las mamás y los profesionales que formaban parte del equipo de trabajo dentro de la terapia, con el fin de resolver dudas puntuales y preguntas de las madres. Luego, dentro del Servicio de Neonatología se fue conociendo la realidad de cada madre que se encontraba dentro de la terapia, quienes expresaban su ansiedad, cansancio e incertidumbre ante la vivencia de la internación de sus hijos.

Finalmente, en relación con las intervenciones específicas correspondientes al Trabajo Integrador Final, estas se iniciaron durante los Encuentros de los Jueves, donde se tuvo la oportunidad de conocer la situación e historia de cada padre y madre con su bebé internado en la UCIN. En estas reuniones, las intervenciones se realizaron según las necesidades emergentes, variando en cada sesión; en algunas ocasiones, se abordaba cómo los padres estaban afrontando esta etapa de sus vidas, mientras que en otras se discutían temas específicos, como por ejemplo, "La lactancia en la Terapia Intensiva Neonatal".

Los padres participantes de estas reuniones encontraban en ellas un espacio de escucha donde podían expresar sus emociones, verbalizar sus experiencias y, lo más importante, sentirse acompañados. Este entorno facilitaba el apoyo mutuo entre los padres, proporcionando un sentido de comunidad entre quienes compartían situaciones similares.

A partir de las intervenciones realizadas en las reuniones semanales, como se mencionó anteriormente, se pudo identificar un patrón recurrente en los testimonios de los padres. Muchos de ellos relataron haber experimentado pérdidas perinatales previas a su embarazo actual, lo que influía significativamente en su experiencia en la unidad de Neonatología. Estas vivencias destacaban la necesidad de investigar cómo tales pérdidas afectan la parentalidad desde una perspectiva psicológica y social, abarcando desde el embarazo hasta la experiencia de tener un hijo hospitalizado.

Asimismo, durante las reuniones, se observó que, independientemente del tiempo transcurrido desde la pérdida perinatal hasta el nacimiento e internación de su hijo, la experiencia de la pérdida seguía teniendo un impacto profundo en la forma en que los padres se relacionaban con sus hijos y cómo recibían la información semanal del estado de salud de estos. Fue en este contexto que la practicante conoció a los padres de la familia Pérez, Amparo y Lorenzo, cuya experiencia destacaba por la manifestación de emociones y sentimientos relacionados con la pérdida anterior de un hijo, diferenciándose así de otras familias en situaciones similares.

Ante la necesidad de investigar el impacto de la pérdida perinatal en la relación de los padres con su bebé internado en la Terapia Intensiva Neonatal, así como de profundizar en el abordaje psicológico proporcionado por el Servicio de Psicología para el seguimiento y contención de los padres, se decidió realizar un

seguimiento detallado de la Padres de la Familia Pérez durante su estancia en el Servicio de Neonatología. Este seguimiento incluyó la recopilación de información en hojas de registro, que servirían posteriormente para realizar una descripción más profunda del caso. Además, se llevaron a cabo dos entrevistas: una con la Licenciada a cargo del Servicio de Psicología, y otra con los padres, con el fin de obtener una comprensión integral de las experiencias y necesidades de los padres en esta situación (ANEXO II).

### **Fase de Análisis y Elaboración**

El análisis de los datos obtenidos y de las actividades realizadas, se llevó a cabo en base al marco teórico desplegado en el capítulo anterior.

Considerando los objetivos planteados y que los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron son cualitativos, se considera que el presente trabajo adopta un enfoque cualitativo. Asimismo, el diseño de investigación que se considera pertinente adoptar es de tipo transversal, ya que los datos se recogieron una única vez y las variables se estudian simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Los datos fueron obtenidos mediante la observación no participante en diferentes áreas del Sanatorio Argentino, entre ellas el Servicio de Neonatología. Y además, a partir de la participación e intervención en reuniones terapéuticas dirigidas a padres de bebés internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El instrumento principal utilizado para la investigación fue la técnica de entrevista: Una entrevista semiestructurada dirigida dos padres (mamá y papá) de un paciente internado en la UCIN y una entrevista semiestructurada dirigida a una psicóloga que brinda su abordaje desde el servicio de psicología en reuniones terapéuticas semanales con padres de bebés internados en la UCIN.

Los instrumentos de recolección de datos están dirigidos tanto a profesionales del área de Psicología en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Sanatorio Argentino, como así también a padres de bebés recién nacidos se encuentran hospitalizados en dicha institución. En primer lugar, la población de licenciados/as en Psicología que desarrollan su labor en la UCIN está compuesta por 1 (una) psicóloga, la Licenciada Teresa Laría. Debido a ello, la muestra a la que se le administra la entrevista semiestructurada de la presente investigación es equivalente a la población. Es decir que se entrevista a la única psicóloga del equipo. En cuanto a los padres a entrevistar, aunque la población que presentaba las características necesarias para el desarrollo de la investigación era mayor, se optó por seleccionar a dos (2) padres, Amparo y Lorenzo Perez, para profundizar y desarrollar el caso con mayor especificidad.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

A continuación, se presentará un caso específico de dos padres de una familia, quienes han atravesado un embarazo, seguido de la internación de su hijo en la Terapia Intensiva Neonatal del Sanatorio Argentino, posterior a haber experimentado una pérdida perinatal. Para resguardar la identidad de los participantes, la autora de esta investigación ha decidido referirse a la madre como "Amparo" y al padre como "Lorenzo". Para llevar a cabo el estudio y desarrollo del caso, se obtuvo la autorización pertinente por parte de la institución, así como el consentimiento informado de los entrevistados.

#### **Caso Clínico Padres de la Familia Pérez**

##### **Características Generales**

Amparo, de 42 años, y Lorenzo, de 43 años, son la pareja parental que conforman la Familia Pérez, junto con sus dos hijos: Tomás, de 16 años, y Leandro, recién nacido. La pareja llevaba 18 años de matrimonio al momento de la recolección de los datos para el presente estudio. Se presentaron en la Reunión Semanal de los Papás de la Neo. como padres que en su historia han sufrido anteriormente pérdidas perinatales y debido a esto, el tránsito por la internación de su hijo menor Leandro, les estaba causando dificultades tanto a nivel personal, como en lo relacional y social.

Amparo, ingresó al Sanatorio con un cuadro de urgencia en Septiembre de 2023. El embarazo hasta ese momento se había vuelto riesgoso tanto para ella como para el bebé, dado que hubo un desprendimiento prematuro de la placenta. Por lo tanto, se programó una cesárea inmediata para lograr que Leandro, su hijo, nazca lo antes posible. Logran realizar la cirugía con éxito y Leandro es internado

inmediatamente en la Terapia Intensiva Neonatal, dada su prematurez, ya que nace con siete meses. Por otro lado, Lorenzo, el padre, fue el primero en ver a su hijo y el encargado de llevar a cabo las tareas necesarias para su internación y el alta de su esposa.

A partir del ingreso de Leandro al Servicio de Neonatología, se estableció contacto desde el Área de Psicología y la pareja se fue interiorizando con los “Encuentros de Papás de la Neo.”. Con el tiempo, Amparo y Lorenzo participaron activamente en las reuniones semanales, encontrando un espacio de escucha y confianza, tanto con la practicante y la Lic. Laría, como con otros padres en situaciones similares, transitando la internación de sus hijos en la terapia intensiva neonatal.

### **Consecuencias de la Pérdida Perinatal en la Pareja Parental**

Amparo y Lorenzo atravesaron en el año 2018 la dolorosa experiencia de perder a su hijo durante el quinto mes de gestación, una situación que describen como devastadora y transformadora de sus vidas. Ambos padres refieren que fue un episodio marcado por altos niveles de estrés y angustia. El mismo día de la pérdida, acudieron a un control médico, ya que Amparo había manifestado molestias y dificultades en las últimas semanas. A pesar de estas señales, el equipo médico los envió a casa con indicaciones de reposo, donde finalmente ocurrió el aborto espontáneo.

Al momento de describir las consecuencias de la pérdida, se indagó de manera individual la experiencia de cada uno de los padres, en los diversos planos, tanto físico, como emocional y social, revelando ciertas diferencias en sus percepciones.

En el plano físico, Amparo explicó que el diagnóstico médico recibido fue el de “Matriz Añejada”, lo que significa que la placenta había envejecido de forma

prematura, causando el aborto espontáneo. Además, relató su sensibilidad extrema a procedimientos médicos como la anestesia y las cirugías, lo que le provocaba altos niveles de ansiedad y miedo. Ambos padres también comentaron en este fragmento de la entrevista, haber transitado previamente por la experiencia de un aborto espontáneo, donde el equipo médico no pudo detectar de forma exacta el diagnóstico. Por esta razón, tras esta última pérdida, Amparo decidió no someterse nuevamente a intervenciones quirúrgicas de este tipo, ya que revivían en ella la angustia y el temor experimentados.

En relación a los síntomas específicos posteriores a la pérdida, Amparo confesó que no logró registrar completamente las sensaciones corporales, debido a que se encontraba inmersa en una tristeza abrumadora y un cansancio extremo. Sin embargo, recuerda vívidamente haber experimentado pesadillas nocturnas recurrentes y pensamientos rumiantes, que la hacían recordar continuamente lo sucedido.

En el plano emocional, por su parte, Lorenzo expresó que su principal sentimiento fue la impotencia, la sensación de que “todo sucedía y él no podía hacer nada al respecto”. Describió cómo, tras la pérdida, experimentó enojo y frustración dirigidos al personal médico, a quienes culpaba por negligencia en la muerte de su hijo. Además, Lorenzo comentó que solía ocultar su dolor frente a Amparo y su hijo mayor, ya que no quería “recargar” a su esposa con su propio sufrimiento, señalando que es común que los hombres escondan su dolor en estas situaciones.

En cuanto a la vivencia emocional de Amparo, ella señaló que experimentó principalmente dolor e incertidumbre, cuestionándose repetidamente: “¿Por qué nos sucede esto? ¿Por qué a nosotros?”. Durante meses posteriores a la pérdida, cargó con un profundo sentimiento de culpa, reprochándose a sí misma

por actitudes o comportamientos previos al aborto espontáneo, lo que prolongó su proceso de duelo.

Con respecto a lo relacional, ambos padres manifestaron que un sentimiento recurrente tras la pérdida perinatal fue la culpa, lo que provocaba reproches hacia sí mismos y tensiones dentro de la relación de pareja. Este proceso emocional derivó en desencuentros y distanciamiento, especialmente en el plano de la intimidad sexual, en el que experimentaron una desconexión prolongada. Según ellos, la etapa inmediatamente posterior a la pérdida estuvo marcada por un considerable desapego en su relación de pareja. No obstante, ambos señalaron que su hijo mayor, Tomás, jugó un papel crucial en su recuperación emocional, ya que representaba una fuente de motivación diaria que les ayudaba a “levantarse cada día”.

En cuanto al plano social más amplio, tanto Amparo como Lorenzo expresaron sentirse incomprendidos por su entorno cercano, incluyendo amigos, compañeros de trabajo y familiares. Comentarios insensibles como “Son jóvenes, pueden intentarlo de nuevo” les generaban malestar y rechazo. Amparo, en particular, experimentaba incomodidad al enterarse de nuevos embarazos dentro de su círculo de amistades o familiares, lo que incrementaba su dolor y mantenía presente el duelo aún no resuelto. Como consecuencia de estos factores, la pareja optó por aislarse temporalmente de su entorno social, buscando preservar su intimidad y procesar su duelo a su propio ritmo y sin presiones externas.

### **Ejercicio de la Parentalidad e Implicancias de la Prematurez**

Tras haber atravesado la experiencia de una pérdida perinatal, Amparo y Lorenzo decidieron no exponerse nuevamente a ese riesgo ni a la sensación de impotencia e incertidumbre que implicaba un nuevo embarazo. Como resultado,

tomaron la decisión conjunta de utilizar métodos anticonceptivos para evitar otra gestación. Sin embargo, en 2023, cuando se enteraron del embarazo de su hijo menor, Leandro, fue una sorpresa inesperada para ambos.

Ante la noticia del embarazo, las reacciones emocionales de los padres fueron diferenciales. Lorenzo por un lado, expresó una mezcla de emoción y felicidad ante la llegada de su hijo, aunque reconocía el temor inherente al proceso. Se mostraba mayormente entusiasmado por proyectar el futuro y conocer al bebé. En cambio, Amparo manifestó sentimientos de negación e inseguridad, prevaleciendo en ella el miedo, tanto por su bienestar como por el del bebé.

Durante el transcurso del embarazo, ambos padres coincidieron en que el miedo fue la emoción predominante. Una frase recurrente en su relato sobre esta vivencia fue: "Vivimos el embarazo con el freno de mano puesto", lo cuál refleja claramente las dudas e inseguridades de la pareja ante la posibilidad de proyectar el futuro de su hijo. La madre, además, comentaba que cualquier complicación en los controles semanales activaba en ella un "protocolo de pérdida", lo que dificultaba la creación de un vínculo afectivo con su hijo durante la gestación.

En relación al momento del nacimiento, este también fue inesperado. En el séptimo mes de embarazo, durante un control de rutina, se les informó que la placenta se había deteriorado y que era necesario realizar una cesárea de urgencia debido a que implicaba un gran riesgo de vida para el bebé. Ambos padres describieron esta situación como traumática y angustiante, ya que evocaba el dolor de su experiencia previa de pérdida perinatal. El padre fue el primero en ver y sostener a Leandro tras su nacimiento, un momento que describió como emocionante y conmovedor, ya que pudo constatar que su hijo estaba vivo, un hecho que lo movilizó profundamente. Inmediatamente después,

el recién nacido fue trasladado e ingresado en el Servicio de Neonatología para recibir los cuidados necesarios debido a su prematurez.

Con respecto a la internación de Leandro en la Terapia Intensiva Neonatal, durante la entrevista a los padres se evidenciaron experiencias contrastantes entre ambos. Amparo expresó haber experimentado un duelo similar al vivido con la pérdida perinatal, al tener que dejar a su hijo hospitalizado en el Servicio y, según sus palabras, "salir con los brazos vacíos". El inicio de esta etapa de internación estuvo marcado por sentimientos de tristeza, angustia y culpa, ya que, aunque tuviera la oportunidad de ver a su hijo, manifestaba que no podía enfrentarse a verlo en ese estado.

De acuerdo con esto, la Lic. Laría sostiene que este estado de angustia que caracteriza la internación de un hijo en el Servicio de Neonatología, se acentúa en los papás que han atravesado previamente una pérdida perinatal. Es decir, Teresita pudo identificar que en los padres de Leandro este temor a la pérdida generaba mayores inseguridades, menor tolerancia a la frustración y aumentaba el pensamiento negativo. Debido a ello, la psicóloga subraya la importancia de haber trabajado con estos padres en la reformulación de su duelo y en la separación del historial de su hijo recién nacido con respecto a su experiencia anterior. Esto se realizó en un seguimiento semanal junto a la practicante de Amparo y Lorenzo al comienzo de la internación de su hijo, citándolos fuera de la Terapia Intensiva Neonatal .

Por otro lado, Lorenzo describió sentirse optimista, convencido de que su hijo mejoraría. Sin embargo, también expresó frustración y enojo ante los sentimientos de su esposa, pues no comprendía su tristeza, considerando que su hijo estaba vivo y en proceso de recuperación. Asimismo, destacó que el sentimiento de ansiedad fue lo que más caracterizó su estado emocional en esta

etapa. Adicionalmente, las primeras responsabilidades asumidas por el padre diferían de las de la madre, debido al estado postquirúrgico de Amparo. Lorenzo se encargó de gestionar la autorización para el traslado e internación de Leandro, informar a sus familiares sobre la situación, y recoger ropa y otros elementos necesarios para la estancia prolongada de su hijo en la unidad.

### **Abordaje desde la Psicología Perinatal**

En un primer momento, las intervenciones realizadas por el Servicio de Psicología consistieron en un acercamiento a los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), seguido de una breve entrevista que permitió detectar posibles conflictos o dificultades que Amparo y Lorenzo pudieran estar atravesando. A partir de allí se realizó seguimiento de ambos debido a sus altos niveles de angustia, como se mencionó anteriormente. Además, se los invitó a participar en las reuniones semanales de padres organizadas por el Área de Psicología, cuyo objetivo era ofrecer un espacio de contención durante el proceso de hospitalización de su hijo.

Asimismo, la Licenciada subrayó la importancia de los “Encuentros de la Neo.” en el abordaje de este caso. A su vez, esto se vió manifestado durante la entrevista con Amparo y Lorenzo, en la cuál ambos progenitores destacaron que las reuniones en Neonatología marcaron "un antes y un después" en su experiencia. Gracias al acompañamiento de la psicóloga y la practicante, resaltan el haber logrado verbalizar lo que estaban viviendo y, de esta forma, comprender mejor los sentimientos del otro. Amparo pudo identificar el duelo que estaba atravesando, mientras que Lorenzo, por su parte, logró empatizar con su esposa y externalizar sus propias emociones.

Asimismo, mencionaron sentirse comprendidos por los demás padres en las reuniones, quienes, al haber pasado por situaciones similares en la terapia, como

las transfusiones de sangre o los baños de luz, ofrecían consejos sobre estos momentos complejos. Señalaron que los padres con más experiencia en la UCIN actuaban como "padrinos" para los nuevos ingresantes, guiándolos en base a sus propias vivencias durante la hospitalización de sus hijos.

### **Características del Rol Profesional**

En relación al abordaje desde el rol del psicólogo perinatal en situaciones complejas de pérdida gestacional, en la entrevista con la Lic. Teresa Laría, destacó una serie de pasos establecidos en el protocolo del Sanatorio Argentino. En primer lugar, se implementa la herramienta denominada "Paciente Colibrí", que consiste en la colocación de un símbolo de colibrí tanto en la habitación como en la historia clínica del paciente. Este distintivo permite que todos los profesionales de las diferentes áreas reconozcan la naturaleza de la situación y ajusten su intervención a los cuidados específicos que requiere este tipo de casos.

Asimismo, la Licenciada señaló que es fundamental la intervención psicológica continua, ya que se trata de pacientes que presentan un alto nivel de angustia. La profesional manifestó que el psicólogo a cargo tiene la responsabilidad de mantenerse alerta para realizar derivaciones o interconsultas psicológicas en caso de ser necesario. Además, sostuvo que el abordaje se personaliza de acuerdo con las necesidades de cada madre y padre, diseñando un plan específico que les permita transitar el duelo de manera adecuada, tomando en cuenta las particularidades emocionales de cada caso.

Según la profesional a cargo del Servicio de Psicología, el encuadre terapéutico en el ámbito perinatal se adapta a las necesidades específicas de cada paciente, lo que implica un enfoque flexible y no estructurado, es decir se acomoda a la circunstancia y tipo de paciente. El lugar de asistencia es dentro de la terapia,

junto a la servocuna del bebé, y la duración se ajusta al tiempo que requiera cada progenitor. En los casos en que los padres se encuentren emocionalmente desbordados, se les ofrece una consulta aparte y se realiza un seguimiento adecuado.

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN**

#### **Conclusiones Generales**

Desde el comienzo, este Trabajo de Investigación se enmarca en ampliar el estudio de la psicología perinatal, en específico, en lo que respecta a la concientización y visibilización sobre la pérdida perinatal y sus efectos en las parentalidades. A continuación, se articula la teoría con el caso desarrollado en el capítulo anterior, a fin de cumplir con los objetivos propuestos en el presente trabajo.

Dicho esto, en este apartado se presentará el análisis y conclusiones del caso de Amparo y Lorenzo Pérez, devolución de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) y propuestas.

#### **Análisis del caso**

A partir del caso expuesto en el presente Trabajo Integrador Final del área clínica, se considera que es posible dar cuenta de qué forma influye la pérdida perinatal previa en el rol y funciones parentales de los padres que actualmente se encuentran transitando la internación de un hijo en la Terapia Intensiva Neonatal. Asimismo, a partir de los instrumentos de recolección de datos utilizados, se contempla que también es posible desarrollar el abordaje y seguimiento terapéutico por parte del Área de Psicología, de estos casos particulares.

#### **Rol Parental en Evolución**

Considerando que el objetivo principal del presente trabajo de investigación consiste en describir las parentalidades, afectadas por una pérdida perinatal

previa, de bebés prematuros internados en la terapia intensiva neonatal, resulta pertinente comenzar desarrollando el concepto de parentalidades, y cómo esta se ve reflejada en el caso, a medida que va evolucionando por las diversas variables que componen el TIF tales como la pérdida, el duelo, las implicancias de la prematuridad y el abordaje desde la psicología perinatal.

El significado y sentido del término “parentalidades”, como fue mencionado anteriormente, difiere según el contexto en el que sea aplicado. A partir de la literatura disponible, se puede afirmar que la parentalidad no se limita a un conjunto estático de roles, sino que evoluciona y se adapta a las nuevas realidades sociales, en el caso de Amparo y Lorenzo sus funciones parentales se fueron adaptando en base a los nuevos desafíos que surgían en la historia de la Familia Pérez. Es decir, el ejercicio de la parentalidad se va modificando en base a las etapas de desarrollo de los hijos, y puede verse afectada por diferentes acontecimientos, en este caso por una pérdida perinatal y la posterior internación de un hijo en la Terapia Intensiva Neonatal.

### ***Reacción de los padres ante la pérdida***

Cabodevilla (2021) destaca que las pérdidas en cualquier etapa del embarazo son situaciones inesperadas para muchas mujeres, que repercuten en la proyección de sus sueños, ilusiones y expectativas. De esta manera, la pérdida perinatal no sólo implica la muerte de un bebé, sino también la pérdida de todos los sueños, proyectos e ilusiones que los padres habían construido alrededor de la llegada de ese hijo.

Este concepto particular de la pérdida perinatal y sus efectos en los padres que la transitan, se ve reflejado en el relato de Amparo y Lorenzo cuando ambos sostienen haberse sentido devastados y sin proyectos a futuro. No obstante,

ambos señalaron que su hijo mayor, Tomás, jugó un papel crucial en su recuperación emocional, ya que representaba una fuente de motivación diaria.

En relación a la vivencia emocional de la muerte de un hijo, Amparo experimentó dolor e incertidumbre ante la pérdida, acompañados principalmente por un sentimiento intenso de culpa que persistió durante los meses posteriores. Según Atashsokhan et al. (2024), entre el 25% y el 30% de las mujeres que enfrentan una pérdida perinatal pueden experimentar reacciones de duelo duraderas y complicadas que pueden afectar negativamente su salud mental. Además, estos sentimientos de dolor, ansiedad y culpa pueden incluso continuar en embarazos posteriores, tal como se evidencia en el caso de esta madre.

La figura del padre en este tipo de pérdidas es fundamental, pero a menudo subestimada. Experimentan a nivel emocional un gran dolor y tienen un papel crucial en el apoyo a la madre. López (2011) señala que la reacción emocional del padre suele estar mediada por las responsabilidades que debe asumir: se espera que brinde apoyo físico y emocional a la madre, al tiempo que es quien debe informar de lo sucedido a su entorno cercano. Además, es común que el padre se sienta abrumado por la pena de su esposa, lo que puede inhibir la expresión de su propio duelo, siendo el enojo la emoción predominante. En el caso de Lorenzo, esta dinámica fue evidente, ya que relegaba su propio duelo para apoyar a Amparo y evitar que su hijo Tomás percibiera su sufrimiento. Sus sentimientos posteriores a la pérdida estuvieron teñidos de enfado y rabia dirigido hacia el personal sanitario, a quienes responsabilizaba por la muerte de su hijo y el destrato a su esposa.

En el plano cognitivo, el proceso de aceptación de la pérdida perinatal debe ser acompañado para prevenir el desarrollo de un duelo con características patológicas y disfuncionales. Desde el Servicio de Psicología del Sanatorio

Argentino, la Licenciada Laría señala la importancia de la planificación de un abordaje particular a cada caso, dado que cada uno tiene especificidades que son fundamentales al momento de acompañar el duelo.

Si bien Amparo durante la entrevista hizo alusión al olvido del registro de sus sensaciones corporales posteriores a la pérdida, algunas de las mencionadas coinciden con los síntomas físicos descritos por Schwiebert y Kirk (2001), cuando especifican el impacto fisiológico en el duelo perinatal, entre ellos: cansancio físico severo, palpitaciones y trastornos del sueño asociados a insomnios y pesadillas. Estas, son manifestaciones que reflejan una respuesta normal al proceso de duelo que permite al organismo experimentar el dolor de la pérdida.

En relación a la etiología de los abortos espontáneos, Sridhar (2023) menciona que las anomalías en el tracto reproductivo materno son muy comunes en las causas de pérdida. El diagnóstico recibido por los padres de la familia Pérez fue el de “Matriz Añejada”, lo que significa que la placenta había envejecido de forma prematura, causando el aborto espontáneo. Asimismo, se pudo detectar en el relato de Amparo que poseía varias características propias de un embarazo de riesgo, como su edad avanzada, los antecedentes de aborto espontáneo y la anomalía en el tracto reproductor, lo que generaba en ella temor y la imposibilidad de proyectar a futuro otro embarazo.

La pérdida del embarazo también impacta en la dinámica familiar ya que es imposible separarla del estado emocional, físico y psicológico de cada uno de sus miembros. López (2011) señala que este acontecimiento afectará la relación de pareja de los progenitores, debido a que el duelo de cada uno tiene diferente estilo y ritmo. En la relación marital de Amparo y Lorenzo el proceso de duelo de cada uno tuvo efectos generando distanciamiento, aumento de discusiones,

mutuos reproches y principalmente, una disminución de la actividad sexual durante un periodo prolongado.

Con respecto a las consecuencias en su entorno social más amplio, la familia Pérez sufrió por parte de sus allegados falta de reconocimiento y deslegitimación de su duelo, reflejado en comentarios hirientes e insensibles hacia ellos. Román (2024) señala que este tipo de actitudes indiferentes o hirientes tienden a empujar a los padres al aislamiento, como una forma de protegerse emocionalmente. Además, situaciones como observar a otras parejas con sus hijos o tener que responder preguntas sobre su pérdida incrementan significativamente su sufrimiento. En el caso de Amparo y Lorenzo, este fenómeno fue evidente cuando decidieron apartarse de su entorno debido a la incomprensión que experimentaron.

### ***Manifestaciones del Duelo***

Bowlby (como se citó en Rozas y Francés, 2001) describe cuatro fases evolutivas en el proceso de duelo perinatal, las cuales se reflejan claramente en el relato de los padres del caso analizado en este trabajo:

1. Choque o incredulidad. Esta etapa que se caracteriza por un aturdimiento que protege a la pareja del impacto de la pérdida, se observa en Amparo y Lorenzo cuando expresan que las sensaciones predominantes tras la pérdida fueron la incertidumbre, la impotencia y la confusión, manifestando que “todo sucede y no podés hacer nada al respecto”.
2. Nostalgia y búsqueda. Se caracteriza por presentar episodios agudos de dolor intenso, ira y culpa. Los padres pueden autocriticarse por determinadas acciones que realizaron durante el embarazo o proyectar su ira hacia el personal sanitario. En este caso, Lorenzo expresó sentimientos de frustración y enojo hacia los médicos, a quienes culpaba

por negligencia ante la muerte de su hijo. Por otro lado, Amparo mencionó tanto el autorreproche como la culpa dirigida hacia su esposo, lo que resultó en un distanciamiento emocional entre ellos.

3. Desorganización. Durante esta fase, la tristeza profunda y la sensación de vacío se mezclan con el aislamiento social y la pérdida de objetivos. Amparo y Lorenzo transitaron esta etapa alejados de su círculo social, sintiéndose incomprendidos y juzgados. Asimismo, ambos refieren haber experimentado una dificultad significativa para retomar sus actividades cotidianas y proyectos conjuntos.
4. Reorganización. En esta última fase, se comienza a aceptar la pérdida y se ajusta la vida a la nueva realidad. Para Amparo y Lorenzo, la figura de su hijo mayor, Tomás, fue fundamental para este proceso. Ambos coincidieron en que él fue una fuente de apoyo esencial, dado que era de gran ayuda para "levantarse cada día", avanzar en su vida y proyectos futuros.

Al referirse al duelo que se transita luego de una pérdida perinatal, resulta pertinente describir también la noción de "duelo desautorizado", referido por Martínez et al. (2012). Quienes describen la pérdida perinatal en la cuarta categoría dentro de los tipos de duelos desautorizados, dado que en esta categoría el fallecido no es socialmente valorado. Este término se refiere a la situación en la que, aunque el duelo es una reacción esperada y aceptada socialmente, en el contexto donde se da, se produce un fenómeno de desautorización. Es decir, los duelos desautorizados no son socialmente reconocidos ni públicamente expresados. La sociedad no está preparada para sostener ese sufrimiento y no acepta el duelo, por lo que no valoriza a la persona doliente durante su proceso de pérdida.

Esto coincide con lo expresado por Amparo y Lorenzo, quienes relataron sentirse incomprendidos por su círculo cercano tras la pérdida de su hijo. Comentarios insensibles, como "Son jóvenes, pueden intentarlo de nuevo", les generaron malestar, profundizando su dolor. Esto llevó a la pareja a aislarse socialmente por un tiempo, con el fin de protegerse emocionalmente y evitar la prolongación de su proceso de duelo. A su vez, esto reafirma lo mencionado por Mejías (2012) al señalar que este tipo de duelo suele estar marcado por la soledad, debido a la falta de comprensión por parte del entorno. Además, este aislamiento emocional provoca que la pérdida no sea reconocida socialmente ni expresada abiertamente por la persona afectada, en este caso los padres, lo que impide recibir el apoyo que habitualmente se brinda en otras circunstancias de duelo.

### ***La parentalidad tras un nuevo embarazo***

A partir de la noticia del nuevo embarazo, Amparo y Lorenzo pasaron por una serie de emociones y sensaciones incongruentes entre sí que fueron conformando su estado emocional durante esta gestación. Tal como menciona Gregorio (2023), el embarazo subsiguiente a la pérdida perinatal tiene la capacidad de reactivar memorias y precipitar una serie de sintomatología psicológica que se aleja de las expectativas de un embarazo tranquilo.

Asimismo, ambos progenitores reconocieron el temor inherente al proceso del embarazo ya que generaba en ellos ansiedad por ver nacer a su hijo, pero a su vez miedo por perderlo, reafirmando esto con la frase: "Vivimos el embarazo con el freno de mano puesto". Sin embargo, en cuanto a las reacciones y expectativas diferenciales de los padres ante la noticia del embarazo, tanto la ansiedad y emoción del padre, como el estado de negación, preocupación y miedo de la madre, generaba fluctuaciones a nivel psicológico en la pareja parental durante el embarazo.

Rozas y Francés (2001) sostienen que la personalidad de los miembros de la pareja influye significativamente en las repercusiones psicológicas de la pérdida perinatal y en la vivencia de un nuevo embarazo. En el caso de la madre, la comparación constante entre el embarazo actual y el anterior suele generar un estado de hipervigilancia, dado el temor a que algo salga mal en cualquier momento. Esta situación fue evidente en Amparo, quien, ante cualquier señal de alarma, activaba un "protocolo de pérdida", dificultando crear un vínculo emocional con su bebé o proyectarse a futuro.

A pesar de que la ansiedad y el estrés dominaron gran parte del embarazo, estos sentimientos fluctuaban a lo largo de las diferentes etapas. Momentos clave, como los controles semanales, superar el primer trimestre, escuchar los latidos del bebé o sentir sus movimientos, ayudaban a reducir el temor de Amparo y a aceptar progresivamente a su bebé.

El impacto que tiene la pérdida perinatal en el embarazo posterior se ve reflejado en el proceso de apego, principalmente de la madre con su bebé. Debido a la negación y el constante miedo de Amparo esto fue inhibiendo el proceso de apego, que suele comenzar durante la gestación de su hijo. Según la bibliografía es frecuente que suceda esto con las mujeres en el embarazo posterior a la pérdida, este comportamiento ha sido descrito por Côté-Arsenault et al. (2011) como un mecanismo de autoprotección denominado «amortiguación emocional».

Desde la bibliografía disponible se considera el proceso de la maternidad, incluyendo embarazo, parto y puerperio, como una crisis vital y evolutiva. Oiberman (2011) destaca que la mujer superará esta crisis en función de su historia personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento familiar. Sin embargo, cuando el bebé es concebido

después de una pérdida perinatal, esta crisis se intensifica debido a los miedos relacionados con la pérdida anterior, que se proyectan tanto en el embarazo como en el nacimiento del nuevo hijo, como fue el caso de Amparo y Lorenzo.

### ***Impacto Emocional de la Internación en la Terapia Intensiva Neonatal***

El nacimiento y la internación de Leandro en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal generaron una intensa angustia en Amparo, mientras que Lorenzo oscilaba entre la alegría de tener a su hijo vivo y la ansiedad por el alta médica. En este contexto, ante la tensión y los desencuentros de la pareja, la intervención e introducción del Servicio de Psicología por la Licenciada Laría junto con la practicante, fue crucial. Oiberman (2011) subraya que las psicólogas perinatales juegan un papel fundamental en estos momentos, ya que los individuos en medio de estas crisis vitales suelen mostrarse más receptivos a la intervención terapéutica, como sucedió con esta familia.

La herramienta primordial con la que cuentan las psicólogas perinatales para tales efectos, son las entrevistas de sesión única. El primer acercamiento desde el Servicio de Psicología a Lorenzo y Amparo fue a través de una breve entrevista en terapia intensiva con el fin de detectar dificultades tanto en el vínculo de la pareja, como en el vínculo parental con su hijo. Este acercamiento a los padres junto a la servocuna, es esencial ya que permite al profesional observar el entorno inmediato de la madre y detectar fuentes específicas de angustia. Oiberman, destaca que el objetivo en estas entrevistas es intervenir en la crisis por la cual la madre está transitando. La modalidad de trabajo, es ir creando un vínculo que posibilite a los padres, crear un marco contenedor que permita la puesta en palabras de la crisis.

En consonancia con lo que expresó Lorenzo sobre la persistente ansiedad durante la internación, la Lic. Laría afirma que un padre que ha experimentado

un duelo previo tiende a manifestar una alta carga de ansiedad y un deseo urgente de que se le otorgue el alta a su hijo. La experiencia de perder a un hijo es única y genera un dolor incomparable; por lo tanto, enfrentarse a una situación similar reaviva en los padres esa sensación de pérdida y acentúa temores ya existentes. Además, Cajiao et al. (2022) señalan que el padre es el responsable de realizar los trámites para la internación y el primero en recibir la información médica tanto del estado de salud del bebé como de la madre, lo cuál puede ser abrumador y generador de angustia, tal como se evidencia en la experiencia de Lorenzo en las primeras horas después del parto.

La profesional a cargo del Servicio de Psicología refiere que el proyecto que cada pareja construye de su hijo se ve irrumpido con la internación en la Terapia Intensiva Neonatal, por lo cual tienen que acomodarse a esta situación imprevista que deconstruye aquello que habían planeado y proyectado. Además, esta nueva realidad implica cierto peligro de muerte y mantiene a los padres en un estado de alerta constante.

Asimismo, ante las vivencias contrastantes de los padres de Leandro, fue pertinente por parte del Servicio de Psicología realizar un seguimiento a ambos progenitores ya que la intervención se vuelve crucial en estas situaciones críticas de nacimiento, en especial cuando el vínculo temprano entre madre e hijo puede estar en riesgo.

García (2022) menciona que es muy frecuente que las madres tengan pensamientos persistentes y rumiativos acerca de acciones o incluso pensamientos, que asocian a la posibilidad de que hayan podido desencadenar el parto prematuro. Esto sitúa a la madre en riesgo psicológico y emocional, de desarrollar trastornos de salud mental. Amparo se encontraba experimentando un duelo similar al de la pérdida perinatal al tener que dejar a su hijo hospitalizado

en el Servicio y, según sus palabras, "salir con los brazos vacíos". Por esto, se destaca el abordaje de la psicóloga perinatal en estos momentos de alta vulnerabilidad, dado que el apoyo emocional es fundamental para evitar que la angustia interfiera con el desarrollo del vínculo madre - hijo.

Vega (2006) sostiene que el rol del psicólogo en un servicio de neonatología implica ser un facilitador del desarrollo de personas que atraviesan una situación de crisis e incertidumbre. En los contextos institucionales el vínculo inicial merece una especial atención, ya que en estas circunstancias el modo de vincularse inicialmente se ve alterado.

La Licenciada subrayó la importancia de los "Encuentros de la Neo." en el abordaje del caso, una herramienta clave en el abordaje terapéutico, donde se da espacio a la expresión y los papás pueden poner en palabras lo que les sucede. Estos encuentros funcionan como un grupo terapéutico abierto, donde la experiencia de un padre puede ser útil para otro, especialmente cuando se trata de casos más leves que se benefician de escuchar vivencias más prolongadas de internación. Este espacio de apoyo mutuo es fundamental, ya que solo aquellos que han pasado por la experiencia de tener un hijo en Neonatología pueden comprender plenamente la lucha diaria que implica ver a su hijo en esa situación.

Según Oiberman et al. (2011), el contexto de internación en Neonatología implica que el proceso de vinculación padres - hijo en esta etapa presenta características diferentes, propias del contexto de hospitalización. La incubadora, en tanto dispositivo tecnológico necesario para la vida del neonato en ese momento, puede intervenir en la vinculación de la madre y su hijo, tal como se evidencia en el caso de Amparo quien manifestaba una gran dificultad para ver a su hijo en ese estado dentro de la servocuna. En este sentido, en la clasificación de

Oberman, la incubadora funcionaba como “obstáculo”, es decir a modo de límite de plástico real que impide o dificulta el acercamiento con su hijo.

Dado que la seguridad del apego y la parentalidad depende del tipo de relación madre - hijo, esto condujo a que se contemplen aquellos factores que pueden incidir sobre este vínculo. Las características esenciales a considerar al analizar la relación madre-hijo, según Ortiz et al. (2014), son las siguientes:

Características de la figura de apego: Se refiere al adulto que interactúa con el bebé, considerando su historia afectiva, personalidad, expectativas y creencias sobre la crianza y la disciplina. En el presente caso, la historia de pérdida de los progenitores representaba una gran fuente de angustia e influencia durante el embarazo como luego en la internación de su hijo.

Características del bebé: Se debe analizar cómo estas características pueden influir directa o indirectamente en la interacción madre-hijo. Aunque los tipos de temperamento del bebé no permiten predicciones precisas sobre los tipos de apego, sí tienen un papel en la interacción. La prematurez de Leandro presentaba ciertos desafíos en la interacción con sus papás, al no reaccionar como ellos esperaban o al evolucionar de una forma diferente a lo pensado inicialmente. Además, los factores de estrés y sobreprotección de Amparo y Lorenzo, generaban cierta influencia en su vínculo.

Contexto social: La interacción madre-hijo ocurre en un contexto social complejo, que incluye la dinámica familiar y la relación entre padres. La influencia es bidireccional, ya que el niño también afecta la relación entre los padres. El contexto de la Terapia Intensiva Neonatal presenta características particulares en el vínculo padres - hijo, ya que se da en un ambiente altamente tecnificado, ruidoso e incómodo a veces, que puede generar malestar tanto para los padres como para el hijo prematuro internado.

A lo largo del desarrollo del hijo, el rol parental experimenta una evolución significativa, especialmente durante la etapa perinatal, que abarca desde el nacimiento hasta las primeras semanas de vida. Durante este período crucial, los padres se enfrentan a la tarea de satisfacer las necesidades básicas del recién nacido, mientras establecen vínculos emocionales fundamentales. Cuando esta etapa se da posterior a una historia de pérdida perinatal y dentro de un contexto particular como lo es la Terapia Intensiva Neonatal, resulta fundamental la intervención en lo emocional y psicológico por parte del Servicio de Psicología, en su encuadre interdisciplinario, para optimizar el establecimiento del vínculo temprano y acompañar las vivencias específicas de cada padre en este momento de sus vidas.

En conclusión, a partir del caso abordado en el presente trabajo integrador y en respuesta al objetivo principal del mismo, se describe la parentalidad de Amparo y Lorenzo como un conjunto de funciones en constante evolución y adaptación a lo largo de su historia. A través del análisis de sus vivencias, se observó que tras la pérdida perinatal, ambos padres en el proceso de la parentalidad atravesaron un estado emocional caracterizado por un duelo persistente, sentimientos de culpa y ansiedad, que generó repercusiones en el ejercicio del rol parental en momentos específicos de su historia, tales como, en las reacciones emocionales contrastantes de ambos ante la noticia del embarazo, en el plano psicológico durante la gestación y en el establecimiento del vínculo de apego con su bebé internado.

Se destaca en la evolución de este vínculo parental, la capacidad de los padres de conectarse emocionalmente con su hijo Leandro a pesar de las dificultades nombradas anteriormente. Esto reflejó la plasticidad de los vínculos parentales y la importancia de espacios de contención, como los "Encuentros de la Neo." para

expresar y procesar sus experiencias. De esta manera, se concluye que la parentalidad en padres con una historia de pérdida perinatal y posterior internación de un hijo prematuro, es una experiencia en constante transformación. El acompañamiento interdisciplinario es fundamental para fortalecer el vínculo de apego y proporcionar un espacio de escucha que optimice la adaptación emocional y favorezca el desarrollo del vínculo temprano con el recién nacido.

### **Acerca de las Prácticas Profesionales Supervisadas**

La experiencia obtenida durante las Prácticas Profesionales Supervisadas en el Sanatorio Argentino permitió un valioso recorrido formativo en el ámbito de la Psicología de la Salud. Este entorno permitió profundizar en diversos enfoques y abordajes aplicables a la atención en Terapia Intensiva Pediátrica, Terapia Intensiva Neonatal y en la internación de adultos, favoreciendo una formación sólida que combinó teoría y práctica, y facilitó un acercamiento integral al rol del licenciado en psicología en dichos contextos.

Se adquirió conocimiento sobre la función del psicólogo en este tipo de instituciones, destacándose la importancia del encuadre y trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud. Además, se puso en evidencia cómo ciertas intervenciones psicológicas pueden ser de gran valor para contener a pacientes que, en su mayoría, se encuentran en estados de angustia o ansiedad.

Durante las prácticas se aprendió que la intervención desde el Servicio de Psicología no sigue un encuadre rígido o un abordaje estandarizado, sino que se adapta a las herramientas disponibles y a las circunstancias específicas de cada contexto dentro del hospital. Esto implica operar en el momento en que se requiera, independientemente del espacio físico, ya sea en los pasillos del

sanatorio, en la terapia intensiva o en habitaciones compartidas. La flexibilidad de este enfoque permite ajustarse a las necesidades particulares de cada paciente, brindando apoyo emocional en situaciones complejas y diversas.

Es importante destacar también la predisposición y apoyo brindado por todo el personal del Sanatorio Argentino, quienes facilitaron la integración de la practicante, creando un ambiente propicio para el aprendizaje. Además, la tutora de campo, Lic. Teresita Laría, desempeñó un papel clave en este proceso, compartiendo su vasta experiencia y conocimientos con gran generosidad. Fue de carácter esencial el asesoramiento de la tutora de campo durante la elección del tema de TIF y la posterior intervención, y resultó fundamental también el acompañamiento y guía de la tutora académica en lo que respecta a la producción del presente Trabajo Integrador Final.

Se pueden situar como debilidades de la practicante la falta de formación sobre el abordaje en casos específicos como enfermedades terminales o diagnósticos tempranos, lo cual generó dificultades en la participación en dichas intervenciones al comienzo de las PPS. Además, la falta de seguridad en la intervención de casos complejos llevó a que la practicante se forme e investigue sobre diversos temas que se encontraba en la realidad del Sanatorio Argentino, tales como diagnósticos en la Terapia Intensiva Neonatal, acompañamiento a familiares de pacientes terminales, mujeres internadas por abortos espontáneos, con el fin de poder realizar un acompañamiento adecuado.

Como fortaleza, se puede destacar la iniciativa y predisposición de la practicante en las reuniones terapéuticas de los padres con hijos internados en el servicio de Neonatología, a su vez, la escucha activa y la buena comunicación con el equipo de psicología fue una parte fundamental para un trabajo fructífero durante las prácticas. Con respecto al tema presentado en este Trabajo Integrador Final,

en primer lugar, se detectó la necesidad emergente de estudiar la influencia que tiene una historia de pérdida perinatal en las parentalidades actuales, luego se debió estudiar temas como duelo, aborto espontáneo, funciones parentales, prematuridad e internación en terapia intensiva neonatal, para finalmente poder analizar cómo es el abordaje desde el rol del psicólogo perinatal.

### **Propuestas**

Se detallan a continuación propuestas a la Universidad Católica de Cuyo, a la carrera de Licenciatura en Psicología y al Servicio de Psicología dentro del Sanatorio Argentino.

A la Universidad Católica de Cuyo

- Incluir en el programa de carreras afines a la salud módulos o seminarios obligatorios sobre trabajo interdisciplinario en el ámbito hospitalario.
- Dar a conocer la importancia y promover la formación en diversas temáticas de la Psicología de la Salud en programas de carreras afines de salud y educación.

A la carrera de Licenciatura en Psicología:

- Incorporar una asignatura en 5to año en la que en ella haya actividades prácticas, como simulaciones de intervenciones en contextos críticos (por ejemplo, abordaje ante un aborto espontáneo).
- Incluir una asignatura especializada sobre la rama de Psicología Perinatal, con el objetivo de ampliar el estudio del rol del psicólogo desde diferentes áreas.

Al Servicio de Psicología del Sanatorio Argentino:

- Prolongar el acompañamiento y contención a parejas que perdieron su bebé durante la internación en Neonatología.
- Ampliar el abordaje e intervención al equipo de profesionales que trabajan en situaciones críticas en la Terapia Intensiva Neonatal.
- Ampliar el equipo de trabajo del Servicio de Psicología, para poder responder de manera óptima la demanda desde las diversas áreas del Sanatorio.

## REFERENCIAS

- Atashsokhan, G., Farjamfar, M., Khosrav, A., Taher, M., & Keramat, A. (2024). Atención deseada para el duelo perinatal: satisfacer las necesidades de las madres después del alta hospitalaria: un estudio cualitativo. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61(Sage), 1 - 9.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. GEDISA.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (E. Mateo, Trans.). Ediciones Paidós Ibérica.
- Cajiao, J., Botet, F., & Torres, A. (2022). El padre en el cuidado del prematuro. La percepción de apoyo y oportunidades de participación en la unidad neonatal. *NACIENDO: REVISTA ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA PERINATAL E INFANTIL*, 2, 11 - 20.
- Children's Hospital of Philadelphia. (2024). *Physical Recovery after the Loss*.  
<https://www.chop.edu/resources/physical-recovery-after-loss>

Fernández, C., Camacho, M., Hernández, J., Fernández, I., Jiménez, F., Hernández, E., Conesa, M., & Granero, J. (2020). Impacto de la muerte perinatal en el contexto social y familiar de los Padres. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 17(10), 1 - 18.  
<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3421>

Furtado Eraso, S. (2021). *Vivencias de las mujeres que sufren pérdidas perinatales y análisis de la respuesta emocional que se desencadena como consecuencia de la pérdida*. Pamplona.

García, P. (2022). Padres e hijos prematuros en las unidades de cuidados intensivos neonatales: una oportunidad para generar padres confiados, interacciones sensibles y bebés seguros. *NACIENDO: REVISTA ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA PERINATAL E INFANTIL*, 2, 33 - 40.

Gavin, M. (2019). *Cuando su bebé está en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)*. Kids Health.  
<https://kidshealth.org/es/parents/nicu-caring.html>

- Gómez, M. (2022). Repensar el concepto de dolor en la internación de infantes prematuros. Necesidad de incluir nuevos indicadores para su evaluación. *NACIENDO: REVISTA ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA PERINATAL E INFANTIL*, 2, 1 - 10.
- Gregorio, M. (2023). Una revisión del impacto emocional de la pérdida perinatal previa en un embarazo posterior. *Musas*, 8, 150 - 165.  
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/42323/39572>
- Hauser, P., Milán, T., & González, M. (2015). *Avances y desafíos para la psicología*.  
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/157539>
- López, A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(Madrid), 53 - 70.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005)
- Maldonado, M. (2011). *Salud Mental Perinatal*. Organización Panamericana de la Salud.
- Martínez, N., Quesada, S., Subiza, I., Torrea, I., & Urtasun, I. (2012). *El duelo desautorizado: muerte perinatal Pechos llenos, brazos vacíos*. Colegio Oficial de Psicología.

<https://www.cop.es/uploads/PDF/DUELO-DESAUTORIZADO-MUERTE-PERINATAL.pdf>

Martos, I., Sanchez, M., & Guedes, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(Departamento de Comunicación de la Universidad Carlos III de Madrid y la Asociación Española de Comunicación Sanitaria), 300 - 309.  
<http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3454>

Mejías, M. d. C. (2012). Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. *Hygia de enfermería*, 79(Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla), 52 - 55.  
<https://colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/2022/05/Hygia79.pdf#page=52>

Oiberman, A. (2011). La culpa ante la internación de un bebe recién nacido: El espacio de la psicología perinatal. *Actualidad Psicológica*, 1 - 7.  
<https://www.actualidadpsi.com/muestra2.php?numero=401>

Oiberman, A., Santos, M., & Misic, M. (2011). Dispositivos de intervención perinatales (DIP): instrumentos en salud mental perinatal. *Premio Facultad de Psicología*, 11 - 30.  
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/44426>

- Palacios González, J., Marchesi Ullastres, Á., & Coll Salvador, C. (2014). *Desarrollo psicológico y educación, 1*. Alianza Editorial.
- Papalia, D. E. (2009). *PSICOLOGIA DEL DESARROLLO*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Román, J. (2024). *Experiencia e impacto del duelo perinatal en padres y profesionales sanitarios: una revisión bibliográfica* [Tesis de grado, Universidad de Alicante].  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/143261/1/Experiencia\\_e\\_impacto\\_del\\_duelo\\_perinatal\\_en\\_padres\\_y\\_Roman\\_Marroqui\\_Jessica.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/143261/1/Experiencia_e_impacto_del_duelo_perinatal_en_padres_y_Roman_Marroqui_Jessica.pdf).
- Rozas, R., & Francés, L. (2001). Maternidad tras una muerte perinatal. *Matronas Profesión*, 2(Ediciones Mayo, S.A), 29 - 34.  
<http://hdl.handle.net/2445/33077>
- Sacaramutti, M. I. (2023). *SEGUIMIENTO DEL PACIENTE PREMATURO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. El pediatra es el médico de cabecera del niño/a y del adolescente*.

Santos, M., & Oiberman, A. (22 - 25 de noviembre de 2011). *Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento [Trabajo Libre]* [III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires].

<https://www.aacademica.org/000-052/378>

Sridhar, A. (2023). Aborto Espontáneo. *Manual MSD*.

<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornos-del-embarazo-temprano/aborto-espont%C3%A1neo>

Vargas, J., & Arán, V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12, 171 - 186.

<https://www.redalyc.org/pdf/773/77330034010.pdf>

Zupan, J., Åhman, E., & World Health Organization. (2006). *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates*. World Health Organization.

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43444/9241563206\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## APÉNDICE

## ANEXO N°1

“El futuro también se echa de menos”

Naciste un 23 de febrero de 2003 durante unas vacaciones en Bariloche. Ese día con tu papá te vimos por primera vez corriendo despatarrado por el jardín de la casa. Te imaginamos balbuceando tu primera palabra (obviamente sería mamá), te pensamos preguntándonos sobre el mundo y nos vimos a nosotros debatiendo cómo hacer para responderte. Mientras nos reíamos pensando en las posibles preguntas y recordando nuestras invenciones de chicos, te observamos con una mochila en la espalda y un guardapolvo blanco saludando desde la puerta del colegio en tu primer día de clase. Debatimos si ibas a tener los pelos rubios y largos como tu papá u ondulados y negros como mamá. También te imaginamos con distintas alturas, formas de rostro y contestaciones, mientras transitabas tu primaria. Te mentiría si no te cuento que nos asustamos al pensarte de adolescente con los pelos pintados, los pantalones rotos y una barba incipiente que te cubría el rostro. Nos preocupamos de no saber cómo íbamos a actuar para ayudarte a seguir el mejor camino posible. Mientras comíamos unas pastas en un restaurante nos vimos sentados los tres en este mismo lugar debatiendo tu futuro universitario, ¿seguirías la pasión por los autos de tu papá, el amor por las plantas de mamá o tomarías tu propio rumbo hacia horizontes no transitados? Nos animamos a visualizarte con otra mochila en la espalda llena de sueños por cumplir, saliendo de casa para ir en busca de tu futuro, como algún día nosotros lo habíamos hecho. Para cuando nos trajeron el postre, ya tenías veinticinco años y nos llamabas de alguna parte del mundo para decirnos que estabas enamorado, que tenías novia, que se llamaba Micaela o Lucrecia o Josefina, que le habías hablado de nosotros y que querías que la conociéramos. Tengo que ser sincera y contarte que me puse un poco celosa al pensar en compartirte y

creer que alguien te podía querer más que yo. Después tu papá me recordó que todos los tipos de amores son distintos, que algún día nosotros no estaríamos y ojalá tuvieras un amor como el nuestro o mejor. Le di la razón pero un poco celosa seguía. Mientras caminábamos de vuelta al hotel discutimos con tu papá por tu cumpleaños de treinta. Lo pasaríamos de viaje los tres (o los cuatro ejeem) en Bariloche, festejaríamos el día en que naciste y... ¿y si ya para esa edad éramos abuelos? Tu papá me sorprendió con esa pregunta y sentí una presión en el pecho. ¿Yo, abuela? Ni en mis mejores sueños me imaginé cargado a otro bebé que nos fueras vos. ¿Sería una buena abuela? Para ser madre si me sentía preparada pero para abuela... Tu papá me tranquilizó diciéndome que era solo una idea. Esa noche nos dormimos sabiendo que vos, Tomás, habías nacido y formabas parte de nuestra vida a partir de aquel día. Esa noche, y a la siguiente, y a la siguiente, y a la siguiente te esperamos. Incluso después del espermograma, las desilusiones, las palabras de desaliento del médico y de que hayas muerto un poco cada vez que dejamos de creer que era posible. “Fue solo una idea Mari, no se dio” diría tu Papá. Pero no te preocupes, está equivocado. Sos más que una “idea”, sos mi hijo Tomás. Mientras te escribo esta carta veo en la mesa el plato con tu nombre y me emociono porque estoy segura, que en algún momento, llegarás.” (Montemurro,P., 2024, *El futuro también se echa de menos*) [Manuscrito Inédito].

## **ANEXO N°2**

### **Protocolo de Entrevista Semiestructurada a la Psicóloga Perinatal**

#### ***Abordaje de la pérdida perinatal desde el Servicio de Psicología***

En el Servicio de Psicología en el sanatorio, ¿Cuál es el protocolo a seguir ante una pérdida perinatal?

¿Se realiza algún tipo de intervenciones psicológicas hacia el equipo de profesionales que abordó el caso?

¿Cómo es el abordaje de la pérdida en el Servicio de Neonatología? ¿Se realiza seguimiento de la familia?

#### ***Factores que influyen en el ejercicio de la parentalidad y en el establecimiento del vínculo de apego***

¿Qué aspectos considera que son esenciales para el establecimiento de vínculos afectivos entre los padres y sus bebés en el entorno de la UCIN?

¿Crees que hay evolución en el vínculo entre padres y bebé prematuro desde que ingresa a la internación en Neonatología hasta que le dan el alta?

¿De qué manera influyen las interacciones tempranas entre padres y bebés internados en el desarrollo de las funciones parentales a futuro?

¿Crees que hay dificultades en el establecimiento de un apego seguro en el vínculo mamá – bebé, cuando está internado en la UCIN?

¿Cómo cree que afectan las experiencias de pérdidas perinatales anteriores en la forma en que los padres se relacionan y cuidan a sus bebés prematuros? ¿Qué tipos de síntomas psicológicos son comunes en estas situaciones?

¿Realizas algún tipo de abordaje en mamás que están gestando un nuevo embarazo después de una pérdida perinatal?

¿Ha observado diferencias en las funciones parentales de padres que han experimentado una pérdida perinatal previa con respecto a los demás padres? Si es así, ¿cuáles son estas diferencias?

### ***Implicancias de la Prematurez e intervenciones desde la Psicología Perinatal***

¿Cómo es el encuadre y metodología en el abordaje psicológico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?

¿Qué técnicas utilizas para facilitar y promover el vínculo madre-hijo en este contexto?

¿Cuáles son las principales preocupaciones emocionales y psicológicas que presentan los padres de bebés prematuros internados en la UCIN?

¿Cómo manejas y apoyas a los padres que experimentan altos niveles de estrés, ansiedad o culpa?

¿Podés describir las intervenciones desde las reuniones terapéuticas? ¿Cuál es el fin de las mismas?

¿Cómo colaboran los diferentes profesionales de la UCIN para ofrecer un cuidado integral tanto al bebé prematuro como a sus padres?

¿Qué papel desempeñas específicamente como psicóloga perinatal dentro del equipo interdisciplinario?

¿Realizas alguna intervención hacia el equipo de profesionales de la UCIN? Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo de estrategias y técnicas utilizas?

## **Protocolo de Entrevista Semiestructurada a Padres**

### ***Consecuencias de la Pérdida Perinatal en el Plano físico, cognitivo y social***

#### Entrevista al Padre:

¿Cómo viviste el momento en el que recibieron la noticia de la pérdida?

¿Cuáles crees que fueron tus emociones predominantes ante la noticia y luego durante el duelo?

¿Cómo definirías personalmente tu experiencia ante la pérdida de un hijo?

¿Cómo modificó la dinámica familiar?

¿Qué impacto tuvo la pérdida perinatal en tu vida cotidiana y en tu relación de pareja posteriormente?

Durante el transcurso del duelo, ¿Recibieron apoyo emocional por parte de sus allegados? ¿Qué tipo de apoyo recibieron? ¿Piensas que fue suficiente?

#### Entrevista a la Madre

¿Cómo viviste el momento en el que recibieron la noticia de la pérdida?

¿Cómo definirías personalmente tu experiencia ante la pérdida de un hijo?

¿Qué cambios experimentaste a nivel físico?

En el transcurso del duelo, ¿Cuáles crees que eran los pensamientos y sentimientos más frecuentes en tu día a día?

¿Qué impacto tuvo la pérdida perinatal en tu vida cotidiana y en tu relación de pareja posteriormente?

Durante el transcurso del duelo, ¿Recibieron apoyo emocional por parte de sus allegados? ¿Qué tipo de apoyo recibieron? ¿Pensas que fue suficiente?

***Factores que influyen en el ejercicio de la parentalidad y en el establecimiento del vínculo de apego***

Entrevista a ambos Padres

¿Cómo fue la vivencia para ambos de momentos importantes como la noticia del embarazo, los controles semanales de la gestación y el parto?

¿Cómo fue la experiencia de las primeras interacciones con su bebé en la UCIN?

¿Qué desafíos han enfrentado al tratar de conectar emocionalmente con su bebé durante su internación? ¿Cómo ha podido sobrellevarlo durante la estadía en la UCIN?

¿De qué manera ha afectado la internación de su bebé a las dinámicas y roles dentro de su familia?

¿Cómo han ajustado ambos sus roles y responsabilidades para atender las necesidades del bebé?

¿Qué aspectos de su historia personal considera que han sido más relevantes en la manera en que cuida y se relaciona con su bebé?

¿Y qué aspectos de la pérdida perinatal previa creen que influyen en el vínculo con su bebé internado?

¿De qué manera han manejado las emociones y expectativas derivadas de una pérdida perinatal previa al cuidar de su bebé en la UCIN?

**NUEVO EMBARAZO**

¿Cómo vivieron la noticia del nuevo embarazo?

¿Cómo describirían su estado emocional durante el embarazo actual? ¿Qué diferencias han notado en comparación con el embarazo anterior?

En cuanto al proceso de apego hacia su bebé, ¿cómo describirían su relación emocional con él/ella durante el embarazo? ¿Ha habido momentos de preocupación o temor?

¿Cómo fue la redistribución de roles y tareas en la familia durante el embarazo?

¿Hubo diferencias en comparación a la gestación anterior?

### ***Implicancias de la Prematurez e intervenciones desde la Psicología Perinatal***

#### Entrevista al Padre

##### PREMATUREZ

¿Podrías describir tu experiencia momentos previos al parto y luego de este?

¿Fuiste el primero en recibir la noticia de la internación en UCIN de tu hijo?

¿Cómo fue el recibir la información tanto del estado del bebé como el de tu pareja?

¿Cuáles fueron las tareas que debiste llevar a cabo ante la noticia de internación?

##### PSICOLOGÍA PERINATAL

Ante la hospitalización de tu hijo ¿Qué tipo de apoyo emocional has recibido durante este período y cómo ha afectado tu capacidad para enfrentar esta situación?

¿Te sentiste acompañado por el servicio de psicología del sanatorio?

#### Entrevista a la Madre

##### PREMATUREZ

¿Cómo viviste la noticia del nacimiento prematuro?

¿Podrías describir tu experiencia momentos previos al parto y luego de este?

Ante la internación de tu hijo en la UCIN ¿Cuáles fueron tus emociones y pensamientos predominantes?

¿Podrías contarme un poco sobre tu experiencia general con la UCIN? ¿Cómo ha sido este proceso para ti y tu familia?

#### PSICOLOGÍA PERINATAL

¿Qué tipo de apoyo emocional y psicológico has recibido del personal de la UCIN?

¿Te sentiste acompañada por el servicio de psicología del sanatorio?

En el vínculo con tu hijo ¿De qué manera participas en el cuidado de tu bebé mientras está en la internación?

Los profesionales de la UCIN ¿Te guían en el cuidado y en el contacto con tu hijo? ¿Te has sentido escuchada y apoyada por ellos?