

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO A MADRES Y PADRES FRENTE AL  
DIAGNÓSTICO PRENATAL DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA**

Trabajo Integrador Final

Área Psicología Clínica

Lozada Mestre, Agustina

San Juan

Noviembre del 2025

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO A MADRES Y PADRES FRENTE AL  
DIAGNÓSTICO PRENATAL DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA**

Trabajo Integrador Final

Área Psicología Clínica

Directora de Área Clínica: Mg. Sonia Giménez

Tutora académica: Lic. Luciana Bordas

Lozada Mestre, Agustina

San Juan

Noviembre del 2025

## **Agradecimientos**

Quisiera dedicar este trabajo a mis padres. Gracias a ellos puedo formarme de lo que me apasiona y ser la persona que soy.

A mi hermana, quien es mi referente, mi pilar y ahora colega.

A mi novio, por su amor, su apoyo incondicional y por ser mi sostén.

A mis abuelos y tíos, por estar presentes y acompañarme durante todo el recorrido.

A las amigas y colegas que me dio la facultad, sin ellas transitar la carrera no hubiese sido lo mismo.

A mis amigas de la infancia, por su aliento y presencia.

A mi Bianca, por acompañarme en cada tarde de estudio.

A la Lic. Luciana Bordas y la Lic. Teresita Laría, por su disposición, tiempo y aliento.

Y finalmente, a las mamás que fueron parte de este trabajo.

## Índice

<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO EN PSICOLOGÍA PERINATAL .....	10
<i>Embarazo.....</i>	<i>12</i>
Aspectos Psicológicos.....	14
Embarazo de riesgo.....	19
Muerte Gestacional .....	21
<i>Puerperio.....</i>	<i>22</i>
Puerperio sin bebé.....	24
<i>Particularidades del Acompañamiento Psicológico en el Ámbito Hospitalario.....</i>	<i>26</i>
Internaciones: UCIN e Intervenciones Quirúrgicas .....	28
Acompañamiento Psicológico desde la Urgencia Subjetiva.....	30
Acompañamiento Psicológico en casos de Malformación Congénita.....	32
DIAGNÓSTICO PRENATAL.....	35
<i>Procedimiento.....</i>	<i>36</i>
<i>Malformaciones Congénitas.....</i>	<i>37</i>
<i>Principales malformaciones según cada trimestre gestacional .....</i>	<i>39</i>
<i>Factores de riesgo.....</i>	<i>43</i>
<i>Prevención .....</i>	<i>43</i>
<i>Controversias Éticas y Sociales .....</i>	<i>44</i>
<i>Marco Legal.....</i>	<i>44</i>

<i>Dilemas Entre La Ética Y La Práctica</i> .....	45
IMPACTO EMOCIONAL EN MADRES Y PADRES .....	46
<i>Emociones Frecuentes</i> .....	46
<i>Duelo</i> .....	48
<i>Pérdida Por Fallecimiento</i> .....	49
<i>Pérdida por el hijo ideal</i> .....	51
<i>Herida Narcisista</i> .....	52
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>54</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	<b>54</b>
FASE DE ACERCAMIENTO A LA INSTITUCIÓN .....	54
FASE DE EXPLORACIÓN .....	55
FASE DE DESCRIPCIÓN .....	56
FASE DE PLANIFICACIÓN .....	57
FASE DE INTERVENCIÓN .....	58
FASE DE ANÁLISIS Y ELABORACIÓN .....	59
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>61</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>61</b>
CASO JULIETA .....	61
<i>Primer Encuentro</i> .....	62
<i>Segundo y Último Encuentro</i> .....	65
CASO ROMINA .....	66
<i>Encuentro con Romina y Paula</i> .....	67
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>71</b>

<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>71</b>
CONCLUSIONES GENERALES .....	71
<i>Rol del Psicólogo Perinatal.....</i>	<i>71</i>
<i>Resignificar el Dolor .....</i>	<i>73</i>
<i>Eterno Presente .....</i>	<i>74</i>
<i>El impacto de la palabra .....</i>	<i>75</i>
<i>Duelo .....</i>	<i>76</i>
<i>Vínculo Madre-Hijo.....</i>	<i>77</i>
ACERCA DE LA UTILIDAD DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL .....	78
PROPUESTAS .....	79
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO N° 1 .....</b>	<b>83</b>
PROTOCOLO DE ENTREVISTA REALIZADA A ROMINA .....	83

## Capítulo I

### Introducción

El presente trabajo se asienta en el marco de las Prácticas Preprofesionales Supervisadas de la Universidad Católica de Cuyo, con el fin de obtener el título de Licenciada en Psicología. Se incluye en el área de psicología clínica a cargo de la Directora del programa Mg. Sonia Giménez, y con la orientación de la Tutora Académica, Lic. Luciana Bordas.

Las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas (PPS) se llevaron a cabo en el Sanatorio Argentino de la Provincia de San Juan. La practicante realizó las mismas en los meses de Abril, Mayo y Junio del año 2025, cumpliendo con el total de 150 horas.

El Sanatorio Argentino es una institución sanitaria privada, la cual brinda un servicio de salud integral. Ésta cuenta con distintos servicios como Internación pediátrica y de adultos, Terapia Neonatal, Laboratorio de análisis clínicos, Quirófanos para cirugías generales, además de la inclusión de actividades como cursos de parto y yoga para embarazadas.

En el marco del Servicio de Psicología del Sanatorio se interviene en diversas áreas, tales como Neonatología, Pediatría, Obstetricia y Fundación Sanatorio Argentino, además de responder a interconsultas de carácter general. Entre las principales tareas que se realizan, se incluye el acompañamiento psicológico y abordaje clínico de madres y padres que se encuentran con un diagnóstico prenatal.

Cuando una pareja espera un hijo, suele imaginar un recorrido lleno de ilusiones, proyectos y expectativas. Sin embargo, a veces este camino se ve interrumpido por la aparición de un diagnóstico, una noticia, que irrumpe en la vida de los padres, no solo desde lo médico,

sino fundamentalmente, desde lo emocional. Más allá del impacto biológico, los padres enfrentan sentimientos de angustia, incertidumbre, duelo por el hijo imaginado y deben comenzar a reorganizar sus expectativas y sus fantasías. En este marco, el acompañamiento psicológico se vuelve una herramienta fundamental para sostener, contener y orientar a las familias que transitan por esta delicada situación.

La elección del tema estuvo motivada por el interés que surge del complejo desafío que enfrentan los padres al recibir un diagnóstico prenatal de malformación, que muchas veces implica el derrumbe de la fantasía por el hijo soñado e idealizado. Además, una fuente de motivación fue la existencia del tabú sociocultural que persiste en la provincia de San Juan en torno a esta temática, así como la falta de interés en informarse de anomalías congénitas, debido a que esta conflictiva puede resultar incómoda, o incluso despertar temor, rechazo o negación en algunas personas. Ambos motivos quedaron ligados al deseo de articular los casos clínicos observados con la teoría estudiada, permitiendo así un mejor entendimiento de la singularidad de cada caso clínico con el cual se trabaja.

Por lo tanto, el objetivo general que persigue este trabajo integrador final es describir el acompañamiento psicológico a madres y padres frente al diagnóstico prenatal de malformación congénita. A su vez, se desprenden como objetivos particulares identificar el acompañamiento psicológico en el marco de la psicología perinatal, definir el diagnóstico prenatal, precisar el impacto emocional en madres y padres frente al diagnóstico y, finalmente, articular los aspectos teóricos a dos casos clínicos.

Las malformaciones congénitas son alteraciones estructurales que afectan el desarrollo anatómico del feto, y pueden originarse desde el momento de la concepción o en etapas muy tempranas del desarrollo embrionario. Se clasifican en mayores, cuando implican riesgos vitales o requieren cirugías, y en menores, cuando no representan consecuencias graves y pueden formar parte de la variabilidad normal (Vargas et al., 2020).

Para detectar malformaciones y anticipar su evolución se necesita de un diagnóstico prenatal. Este procedimiento médico se realiza entre las 20 a 22 semanas de gestación, y abarca una serie de pruebas dirigidas a detectar posibles anomalías. (Díaz Martínez, Valdés Abreu, & Dalmau Díaz, 1997).

“En cuanto al pronóstico general de las malformaciones mayores es relativamente malo: un 25% fallece en la primera infancia, otro 25% desarrollará una discapacidad física o mental y el 50% restante tendrá una perspectiva favorable luego del tratamiento.” (Barreiro, 2009). Es por esto que, el momento del diagnóstico prenatal se vive con intenso miedo y ansiedad para los padres, ya que, al no ser un pronóstico muy favorable, se le suma la pérdida de la ilusión de un hijo sano.

Según Stern (2000) tras el anuncio de la llegada de un bebé con problemas “nunca podrá imaginar claramente este bebé como un niño de preescolar, como un adolescente, un adulto, un padre, o como alguien que pudiese hacerse cargo de usted cuando envejezca. Habrá perdido no sólo su bebé ideal, sino, y aún más importante, la libertad para anticipar el futuro de su bebé y su familia.” (p.142).

Para la realización del presente trabajo, se seleccionaron dos casos clínicos a modo de precisar el acompañamiento psicológico a madres y padres desde la institución, contribuyendo así al desarrollo de herramientas clínicas en el campo de la psicología perinatal.

## **Marco Teórico**

### **Acompañamiento Psicológico en Psicología Perinatal**

El siguiente apartado tiene la finalidad de posibilitar un mejor entendimiento acerca de la rama de la Psicología en la cual se funda el presente trabajo.

La Psicología Perinatal o psicoperinatología es una rama de la Psicología especializada en el abordaje del cuidado de madres y padres, desde la concepción hasta la crianza del bebé, y su acompañamiento en todo el proceso (Valverde & del Río, 2016).

Oberman (2013) en su obra *Nacer y Acompañar: Aportes desde la Psicología Perinatal*, plantea que la tarea del psicólogo será generar un espacio en el que los padres puedan expresar aquello que les preocupa, e identificar las herramientas con las que cuentan para enfrentar tal situación. También, destaca que la intervención incluye:

La mirada especializada del psicólogo perinatal dentro del equipo de salud va dirigida a la observación, detección, prevención y eventual intervención, teniendo en cuenta los gestos, las miradas, el vínculo madre-hijo, el apego, la lactancia materna, la participación de la pareja y la familia. También el análisis del contexto, los factores protectores, o la

ausencia de los mismos, que ponen en riesgo el vínculo, la protección, el calor humano y el desarrollo del niño en el período preverbal. (p. 350)

A su vez, la autora señala una serie de aspectos fundamentales a considerar en la práctica clínica del psicólogo perinatal, tales como el encuadre, el trabajo interdisciplinario, las situaciones en las que se interviene, y demás ejes que se exponen a continuación.

En relación a quien realiza la consulta, la misma considera como pacientes al bebé, sus padres y familia extensa, y a la institución junto a demás profesionales.

En cuanto al encuadre, Oiberman (2013) menciona que se trabaja con una “modalidad de encuadre flexible” (p. 313). Es decir, que se trabaja en el momento y lugar que sea necesario, ya sea en el pasillo, junto a la incubadora, en la habitación de la madre o cualquier espacio propicio para la escucha y la palabra. Sin embargo, hay ciertos escenarios que son los más comunes: Consultorios externos de pediatría y de psicología, Neonatología, Sala de internación conjunta, Obstetricia y Sala de partos y quirófano. En general, en dichas situaciones las intervenciones suelen estar dirigidas a escuchar la preocupación de los padres y madres, analizar el vínculo establecido con su bebé, anticiparles y explicarles ciertas situaciones como el ámbito particular que es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), acompañar procesos de duelo, así como coordinar espacios grupales de escucha.

La flexibilidad del encuadre precisa de una entrevista única ya que, una situación de urgencia, de crisis para muchos padres, y en donde no es predecible si se volverá a tener contacto con ese paciente, requiere de una intervención con un inicio y final en un mismo encuentro.

“Cada entrevista, cada intervención, es un proceso completo en sí mismo” (p. 314).

Con respecto al trabajo interdisciplinario, el psicólogo perinatal será el responsable de transmitirle al equipo médico las preocupaciones y puntos débiles de la pareja de padres. No es necesario revelar cuestiones íntimas que le fueron confiadas por los pacientes, ni presentar un diagnóstico detallado, sino sólo aquellos aspectos relevantes para abordar la situación de emergencia. Oiberman (2013) desarrolla una serie de características del trabajo interdisciplinario en donde resalta la articulación de saberes de los distintos profesionales, el hecho de que muchas veces la demanda proviene del equipo médico y no del paciente, las intervenciones en donde casi siempre se comparte espacio con el servicio médico, entre otras. A su vez, reconoce la aceptación e inclusión del psicólogo por parte del equipo médico como imprescindible para contemplar la dimensión psicológica del ser humano, generadora de angustias y ansiedades, que no siempre el saber médico puede abordar.

### ***Embarazo***

*“Una madre tiene que nacer psicológicamente al igual que su bebé nace de forma física.”*

*–Stern*

El embarazo es un proceso que se extiende desde la fecundación del óvulo hasta el parto, y supone para los padres un periodo de preparación tanto física como emocional para la llegada del bebé (Oiberman, 2013; Valverde & del Río, 2016). Maldonado-Durán (2011) añade que los progenitores también deberán prepararse psicológicamente para ser padres. Esto implica la tarea de modificar y ajustar su forma de pensar, sentir y su estilo de vida. Entre estas modificaciones,

el autor describe como la más evidente el hecho de que la madre deberá comenzar a pensar en ella y su bebé como un “nosotros”.

Cada mujer y pareja podrá vivir este periodo como un momento especial de su vida o bien, vivirlo con angustia y preocupaciones (Valverde & del Río, 2016). “En casi todas las mujeres habrá algún grado de ambivalencia, aun cuando conscientemente se haya deseado estar embarazada” (Maldonado-Duran, 2011, p.5).

Se considera pertinente diferenciar los conceptos de maternidad y maternaje, a fin de comprender mejor los aspectos psicológicos de la madre embarazada. Oiberman (2013) señala que la maternidad hace referencia al acontecimiento biológico en sí mismo, mientras que el maternaje es el proceso psicoafectivo que puede estar presente o no en la mujer cuando tiene al niño. La autora añade:

Durante el embarazo, no solamente acontecen fenómenos biológicos, sino que a la par se desarrollan procesos psíquicos de orden evolutivo en la mujer, dando como resultado no solamente la maternidad biológica sino también el desarrollo de su maternaje. Por lo tanto, no sólo se gesta un bebé sino que se gestan y nacen "un hijo y una madre". (p. 226)

Lebovici (1995) afirma que el deseo de ser madre da lugar a la identidad materna. Este deseo no aparece únicamente en el momento de la noticia de embarazo sino que, comenta Stern (2000) que ya desde la infancia la mujer va elaborando ideas y fantasías sobre su rol como futura madre, que se intensifican durante la gestación.

Según Valverde y del Río (2016) la psicología perinatal considera que el feto desarrollará tempranamente las condiciones para construir su salud, y la madre será la encargada de cuidar

estas condiciones. Asimismo, señalan que es primordial cuidar del estado emocional de la madre, ya que este influirá en la salud del bebé por llegar. Las autoras añaden que “Lo que es indudable es que estos meses forman parte ya de la historia del niño y de su familia” (p.17).

### **Aspectos Psicológicos.**

A fin de describir los aspectos psicológicos que experimenta la mujer durante el embarazo de manera cronológica, se dividirá este periodo en primer, segundo y tercer trimestre de gestación. Para ello se toma principalmente los aportes de Valverde y del Río (2016) en su obra: *Embarazo y crianza: Ante todo, mucha calma*.

#### ***Primer Trimestre.***

Las autoras llaman a este periodo “Entre el temor y el deseo”. Esta denominación se debe a que en el primer trimestre del embarazo la mujer puede sentirse simultáneamente ilusionada y feliz y por otro lado, temerosa, cansada y sensible. De a poco, el cuerpo comienza a transformarse en el cuerpo de una embarazada, y la mujer en madre. Este periodo será vivido de diferente manera según la historia de vida, personalidad y contexto socioeconómico de cada gestante. Esta ambivalencia no sólo está presente durante este trimestre, sino que acompañará a la madre durante todo su embarazo y maternidad. Sobre este aspecto, Cigarroa (2011) señala que “durante el embarazo, la futura madre puede contener, retener, proteger y dar vida al feto física y psicológicamente, pero también puede "rechazar" su embarazo, ya que en toda gestación se vivencian sentimientos ambivalentes hacia el futuro hijo” (p. 68). Oiberman (2013) agrega

que este sentimiento contradictorio alterna entre estados de inseguridad y ansiedad, con estados de euforia.

Generalmente, el primer indicio de embarazo es la hipersomnolia. Esto es debido a que la mujer se identifica con el bebé, generando en ella la necesidad de dormir varias horas más de lo habitual. Este síntoma ocurre en la segunda y tercera semana de gestación el cual, junto con la ausencia de menstruación, despiertan en la mujer la pregunta sobre si se está o no embarazada (Soifer, 1987).

Retomando a Valverde y del Río (2016) otro aspecto en la mujer que ha cambiado es que se encuentra “despistada, atolondrada, atontada, ausente, en su mundo” (p. 27). A su vez, consideran a este periodo como “invisible”, ya que la mujer suele sentirse mal, cansada y con síntomas como náuseas y vómitos, pero el entorno no lo percibe o no sabe aún la noticia.

Asimismo, comienzan las primeras ecografías, las cuales serán cruciales para que los futuros padres puedan tomar conciencia de que el embarazo es real.

Lumley (1982, como se citó en Fernández, Olza & Carmona, 2020) describe el vínculo prenatal como la relación entre la madre y el bebé que se construye a partir de que la madre piensa en él como real. Dicha construcción se ve facilitada luego de las primeras ecografías, en donde la madre comienza a imaginar cómo será su bebé.

Otra de las características más frecuentes en el primer trimestre, aunque persiste durante todo el embarazo, son los miedos. El más frecuente suele ser el temor a que el niño presente alguna anomalía. Luego del nacimiento, este miedo se transmuta a otros en relación a la propia

capacidad parental, por ejemplo, que el niño se ahogue, que muera de muerte súbita, etc. (Imbert, 2008; Lebovici & Weil-Halpern, 1995).

En líneas generales, Oiberman (2013) describe una serie de transformaciones propias del primer trimestre que incluyen tanto cambios físicos como emocionales: la ausencia de menstruación, el aumento del volumen y sensibilidad de los pechos, las náuseas, mareos, cansancio, aumento del tamaño del útero y de las secreciones vaginales, entre otros. Estas modificaciones corporales no ocurren de manera aislada, sino que repercuten directamente en la vivencia psíquica de la gestante. Así, por ejemplo, la sensación de cansancio, el sueño excesivo o las molestias físicas se asocian a sentimientos de inseguridad, ansiedad o cambios bruscos de humor. En este sentido, lo corporal y lo emocional se entrelazan, configurando un escenario en el que el cuerpo que cambia constantemente influye en la construcción subjetiva de la maternidad.

### ***Segundo Trimestre.***

Valverde y del Río (2016) denominan a este periodo como “el trimestre de la felicidad”, en donde todos aquellos síntomas mencionados anteriormente que causaban malestar en la gestante comienzan a desvanecer, dando lugar a una sensación de bienestar, de energía y calma generalizada.

Pasadas las 12 semanas, donde el ecografista asegura que todo marcha bien, la mujer se permite estar más contenta e ilusionada, imaginando cómo será su bebé. Estas fantasías son una característica distintiva e importante de este trimestre. Las autoras señalan que “la mujer puede en este periodo pasar muchos ratos imaginando cómo será su bebé: será rubio como mi marido,

morena como yo, tendrá los ojos de mi padre, el carácter de su abuela” (p.32). Estas representaciones maternas están fundadas a partir de la propia historia infantil de los padres, sumado a la conexión real que sienten a través de los movimientos fetales y ecografías.

Fernández, Olza y Carmona (2020) añaden que no solo son ideas sobre el futuro bebé, sino también sobre la propia mujer como futura madre, en base a las experiencias que tuvo con su propia mamá.

Dichas representaciones maternas aumentan aún más la intensidad cuando, a partir del cuarto mes, la madre comienza a sentir los primeros movimientos del bebé. En relación a esto Stern (2000) comenta:

Las madres a menudo imaginan que el bebé se mueve en el útero, añadiendo nuevos datos a su bebé imaginado. Una madre podría decir: “Este bebé será un buen pateador.” O: «Este bebé siempre da patadas cuando oye música. Yo sé que será músico». El bebé imaginado es, por supuesto, totalmente subjetivo, de manera que una patada puede inspirar a la madre para imaginarse cualquiera de estos posibles rasgos. (p. 39)

En el segundo trimestre, Oiberman (2013) describe una serie de transformaciones que abarcan tanto el plano corporal como el psíquico. Entre ellas se incluyen el aumento aproximado de cuatro kilos de peso, la pérdida progresiva del contorno corporal, la aparición de la línea negra en el abdomen y, en algunos casos, la secreción de calostro en los pechos. Estos cambios pueden ir acompañados de molestias físicas como acidez, ardor de estómago o congestión nasal. Sin embargo, a diferencia del primer trimestre, este periodo suele estar signado por sentimientos más positivos: la mujer atraviesa una etapa de mayor fortaleza y seguridad subjetiva, en la que

incluso aparecen con frecuencia sueños y fantasías acerca del futuro hijo, integrando así lo físico y lo emocional en el proceso de gestación.

### ***Tercer Trimestre.***

Este periodo es denominado por las autoras Valverde y del Río (2016) como “La dulce espera”. Comienza el séptimo mes y el cuerpo se ve totalmente diferente. La barriga y los pechos han aumentado en tamaño lo cual puede causar un poco de molestia, generando que algunas mujeres se sientan feas y quieran que el bebé nazca, mientras que otras se sienten plenas y atractivas.

Las fantasías anteriormente mencionadas siguen su curso hasta el octavo o noveno mes, en donde, como señala Stern (2000), comienzan a desvanecerse. La madre empieza a alejar de su mente aquella imagen de su bebé perfecto ya que, inconscientemente sabe que en el parto se encontrarán aquel bebé fantaseado y el real. Es por esto que, para protegerse de esta discrepancia excesiva comienza a desarmar aquella imagen que creó.

Oberman (2013) refiere que en este periodo la madre suele comenzar a sentir temor al parto y ansiedad a que su bebé nazca sano. A su vez, aparece el instinto de nido, en donde la madre comienza a hacer lugar a su hijo, por ejemplo, limpiando o haciendo cambios en la casa o preparando su habitación.

La misma autora señala que en el tercer trimestre la gestante experimenta un aumento de entre tres y cinco kilos de peso, junto con la reaparición del cansancio, dolores de espalda y frecuentes ganas de orinar. También pueden presentarse contracciones uterinas de Braxton-

Hicks, así como un incremento de la transpiración. Estas manifestaciones físicas se enlazan con un estado emocional marcado por la preocupación y el temor ante la inminencia del parto, donde el cuerpo recuerda a la mujer que el nacimiento se acerca y la coloca en una posición de mayor vulnerabilidad. En este sentido, los cambios corporales del último trimestre no solo son señales biológicas de preparación para el parto, sino que también influyen directamente en el psiquismo materno, reactivando ansiedades y temores propios de la transición hacia la maternidad.

### **Embarazo de riesgo**

Con el objetivo de poder comprender a fondo las complicaciones que puede haber durante el embarazo, se vuelve oportuno explicar el concepto de “embarazo de riesgo”.

Cigarroa (2011) en su aporte dentro del libro *Travesías del cuerpo femenino*, describe lo que es un embarazo de riesgo de acuerdo a la definición en Obstetricia como “la gestación durante la cual la madre, el feto o el recién nacido tienen un riesgo elevado de morbilidad o mortalidad antes o después del parto” (p. 63). Estas complicaciones pueden variar desde patologías leves hasta graves, tanto en el desarrollo del feto como en la madre gestante.

La autora comenta que el rótulo “embarazo de riesgo”, genera en la mujer un estigma en donde todo su proceso de gestación se ve encasillado por aquellas palabras, dejando fuera el disfrute, la seguridad y felicidad ante la llegada del bebé. “Al presentarse a la consulta, suelen decir: “Soy de riesgo”. Con esta expresión revelan sus miedos, su hostilidad y la ambivalencia ante el embarazo vivido como peligroso” (p.69). A su vez, añade que el impacto emocional que

genera este rótulo no le permite a la madre poder comprender realmente la situación, manifestando reacciones de rechazo y negación.

Cigarroa refuerza esta perspectiva tomando en cuenta a David Liberman, quien plantea que es requisito que el analista esté informado sobre otras disciplinas para poder comunicar y formular el problema de una manera que tanto éste como el paciente comprendan. Además de que el terapeuta debe poder tener una buena comunicación con el equipo médico para establecer acuerdos, ya que es frecuente que los padres vuelquen sus ansiedades persecutorias al personal de salud. Ante estas ansiedades Cruz de Moraes (2020) añade que “Las mujeres embarazadas tienden a sentirse más frágiles, aprensivas e impotentes, ya que el riesgo está presente y vivo en su cuerpo. Hay una superposición de preocupaciones: con el embarazo en sí y con el riesgo” (p.70).

En situaciones graves como malformaciones congénitas, las madres experimentan ansiedad, angustia y fantasías persecutorias. La autora comenta que esto no solo se debe a que el diagnóstico genera miedo sino también, a los procedimientos intrauterinos que muchas veces la madre debe enfrentar para salvar la vida de su bebé, como por ejemplo, la cirugía cardiaca del feto. Asimismo, es en esta etapa del embarazo cuando la madre tiene derecho a interrumpir el embarazo ante la noticia de diagnósticos graves, como falta de cerebro o síndromes raros. En cualquier caso, los padres sentirán gran tensión y ansiedad al enfrentar estas situaciones complejas.

Esta autora describe las condiciones que determinan que un embarazo sea considerado de alto riesgo: características individuales y condiciones sociodemográficas desfavorables como la

edad, el peso, sustancias tóxicas, etc.; enfermedades o antecedentes históricos que predispongan al riesgo, como antecedentes reproductivos previos de abortos, muerte gestacional, malformaciones, etc.; condiciones clínicas preexistentes como hipertensión arterial o cardiopatías y factores de riesgo desarrollados durante el embarazo.

### **Muerte Gestacional**

Se considera necesario finalizar el apartado “embarazo” desarrollando la posibilidad de que ocurra una muerte gestacional o aborto espontáneo.

El ecografista dará la noticia de la muerte del bebé, causando en los padres distintas reacciones. Algunas madres se niegan a que le saquen a su bebé de su vientre y separarse de él, y otras por el contrario, desean “deshacerse” de éste por miedo a que le cause un daño en el cuerpo. Todas las reacciones serán subjetivas y únicas de cada mujer, algunas podrán gritar, desesperarse, buscar culpables, y otras simplemente quedarse en silencio. Sin embargo, lo que es habitual en todas las madres, es que sienten la muerte de su bebé como un doble duelo: hay un vacío interno, en donde una parte de ellas muere con él, y un vacío externo, donde existe una pérdida física del futuro hijo, derrumbándose así todas aquellas fantasías y vínculos imaginarios contruidos. Asimismo, la madre puede sentir sentimientos de inutilidad e inseguridad sobre su capacidad materna.

Cruz de Moraes (2020), quien desarrolló sobre la muerte gestacional, añade:

La muerte fetal se vive como si fuera un no niño, una nada. No hay recuerdos, el vínculo con el niño quedó en estado embrionario, las personas de la familia tampoco

desarrollaron una relación con el niño, lo que puede dificultar que familiares, amigos y el equipo de salud comprendan que, para los padres, este hijo era real. (p.163)

### ***Puerperio***

Valverde y del Río (2016) destacan que el puerperio es el periodo en el que el cuerpo de la mujer, especialmente su sistema reproductivo, inicia un proceso de recuperación tras el parto, retornando paulatinamente a su estado previo al embarazo. Esta etapa es conocida como “cuarentena”, durando entre seis y ocho semanas. Sin embargo, los cambios no se limitan solo al plano físico, sino que también la mujer experimenta una intensa transformación a nivel emocional y psicológico, lo cual impacta subjetivamente en cada puérpera.

Las autoras agregan que este periodo no suele ser placentero para la madre, sino que puede sentirse agotada, con sueño, preocupada por su capacidad materna y por la lactancia, además de los dolores físicos del parto o cesárea.

Oiberman (2013) clasifica el puerperio en:

*-Puerperio inmediato*: las primeras veinticuatro horas posparto.

*-Puerperio mediato o propiamente dicho*: los primeros diez días.

*-Puerperio alejado*: hasta los cuarenta y cinco días y finaliza, muchas veces, con el retorno de la menstruación.

*-Puerperio tardío*: hasta los trescientos sesenta días. (p.388)

Para Álvarez, Claramunt, Carrascosa y Silvente (2012) en este periodo el bebé está vulnerable, ya que se encuentra en un ambiente desconocido para él. A su vez, la madre necesita

conocer a su bebé, aprender a entender qué necesita y formar nuevamente un vínculo, distinto del que tenían cuando estaba en su vientre. Valverde y del Río (2016) agregan que es un “tiempo de asimilación” (p. 67), en donde la madre debe asimilar que el bebé real, que tiene en sus brazos, es muy distinto al que se imaginó durante el embarazo.

Las mismas autoras añaden que, si bien este periodo es un tiempo para que las madres disminuyan el ritmo frenético que llevaban normalmente en el día a día, para detenerse a disfrutar con su bebé, muchas madres se angustian estando todo el día en casa ocupándose de él.

Sumada a esta angustia, es habitual que aparezca en las mujeres, entre el tercer y quinto día post parto, un ligero estado depresivo llamado “*baby blues*”, caracterizado por un sentimiento de tristeza, con llanto fácil e inseguridad. Sin embargo, este no es un impedimento para cuidar a su bebé y responder a sus necesidades. Suele ser pasajero, remitiendo espontáneamente.

Por el contrario, otra situación muy distinta y menos frecuente, pero posible, es que la puérpera atraviese una depresión posparto. Esta puede aparecer la primera o segunda semana después del parto, y sus síntomas son similares al “*baby blues*” pero más intensos y duraderos, necesitando tratamiento psicológico y psiquiátrico. Lo grave de esta situación es que en algunos casos la madre se siente incapaz de cuidar de su hijo y no puede decodificar las necesidades de éste. Esto le genera sentimientos de culpa, lo cual empeora su estado, teniendo que dejar al hijo al cuidado del padre o algún familiar.

En relación a la depresión post parto Lebovici y Weil-Halpern (1995) comentan:

El hundimiento depresivo de la madre produce un cambio brutal y verdaderamente mutativo en la interacción. Una relación rica, feliz, activa, viva, es sustituida por

intercambios pobres, átonos, muertos. A partir de ahí se entra en un ciclo de transacciones negativas entre dos participantes deprimidos. (p. 227)

### **Puerperio sin bebé**

*“Pechos llenos, brazos vacíos”*

*–Álvarez, Claramunt, Carrascosa y Silvente.*

A veces el final del embarazo no sucede como se había imaginado o deseado. Existen situaciones imprevistas y dolorosas que interrumpen el encuentro esperado, dejando a los padres con los brazos vacíos.

Cruz de Moraes (2020) enumera diversas causas por las que puede ocurrir una pérdida perinatal, tales como:

- 1) Aborto inducido.
- 2) Aborto espontáneo.
- 3) Muerte anunciada por malformación o deficiencias congénitas.
- 4) Procedimientos fallidos de Reproducción Asistida.
- 5) Prematuridad extrema.
- 6) Muerte del feto por dificultades, como reducción de líquido amniótico, insuficiencia placentaria, complicaciones uterinas, enfermedades maternas, entre otras.
- 7) Muerte del bebé durante el parto.

8) Muerte del bebé a las pocas horas o días de nacer por diversas causas, definidas o no.

(p. 162)

Valverde y del Río (2016) consideran que el fallecimiento de un hijo genera en la madre una pérdida de autoconfianza en cuanto a “generadora de vida” puesto que, su función es proteger al bebé y esta pérdida se vive como una falla personal. Asimismo, se sienten incomprendidas, ya que el entorno no entiende que la mujer se sigue sintiendo madre, tanto psicológica como físicamente. El cuerpo es el de una mujer recién parida, con estrías, puntos en las cicatrices y los pechos con leche. Las autoras expresan: “Lo que es normal para una mujer tras el nacimiento de su hijo se convierte en algo dolorosamente extraño cuando no tienes a tu bebé al lado. Es como si no entendieras nada: ¿de qué ha servido todo esto si ahora no tengo a mi bebé?” (p. 134). En relación al sentimiento de incompreensión anteriormente mencionado, Álvarez et al. (2012) también destacan que “Si el puerperio como etapa en el ciclo psicosexual y emocional de la mujer está en general desvalorizado, si no hay bebé, ni siquiera se tiene en cuenta” (p.29).

El personal de salud ante la muerte de un neonato debe tener especial cuidado y precauciones. Valverde y del Río (2016) consideran relevante la manera en la que el equipo médico comunica la noticia a la familia, puesto que, esto puede incidir directamente en el modo en que los padres elaboren el duelo. Asimismo, aconsejan buscar un entorno tranquilo y acogedor para comunicar la noticia, dándoles a los padres el espacio necesario para procesarlo, sin juzgar cualquier tipo de reacción.

Frente a las consideraciones que debería tener el personal de salud Maldonado-Durán (2011) propone una serie de intervenciones específicas:

Es necesario llevar a cabo una intervención que los ayude a vivir el duelo; por lo general se recomienda tocarlo, cargarlo, darle un nombre y, dependiendo de las distintas culturas, tomarle una fotografía y realizar un funeral. El personal de salud ha de ser sensible a las preferencias de los padres: algunos prefieren no tocar al bebé, mientras que otros desean estar solos por un rato teniendo al bebé muerto en sus brazos. (p. 99)

### ***Particularidades del Acompañamiento Psicológico en el Ámbito Hospitalario***

El ámbito hospitalario presenta una serie de particularidades que inciden directamente en el modo en que se despliega el acompañamiento psicológico perinatal. En estos escenarios, los profesionales se enfrentan a situaciones de alta complejidad emocional, tanto para los adultos como sus hijos, donde muchas veces se ven comprometidas la salud y la vida del bebé. Internaciones en UCIN, intervenciones quirúrgicas, diagnósticos inesperados y condiciones de urgencia subjetiva configuran un terreno donde la escucha del sufrimiento psíquico debe sostenerse en tiempo real, en espacios no siempre predeterminados y ante una gran carga de angustia. Acompañar en estos contextos implica una intervención sensible y flexible, que contemple tanto la singularidad de cada caso como la dimensión vincular y emocional de los padres frente al dolor, la incertidumbre y la pérdida de las expectativas.

Se destaca la siguiente cita de Oiberman (2013) donde expresa la labor del psicólogo en la actualidad en el ámbito hospitalario:

Hoy la Psicología ya no se limita al trabajo en consultorios individuales sino que recorre los pasillos y las salas de internación. No sólo elabora el pasado sino que contribuye a construir la experiencia en medio de la crisis, acompaña en el afrontamiento del dolor cuando este brota, intenta anticiparse al conflicto, facilitando la comunicación y la comprensión, favorece las redes de sostén mediante el abordaje grupal y se acerca a los pacientes, aunque estén en una incubadora y no se comuniquen con palabras. (p. 33)

La misma autora señala como intervenciones psicológicas en el contexto hospitalario que el psicólogo indague la representación mental que tienen los padres del diagnóstico de su hijo. Esto se debe a que la comprensión de la información brindada por el personal de salud varía según el estado emocional del receptor en ese momento. La autora añade que el rol del psicólogo no será dar información sino verificar el grado de comprensión y su distorsión respecto a la realidad del paciente y su diagnóstico. Asimismo, considera relevante intervenir favoreciendo el lugar del bebé como hijo soñado más allá del diagnóstico, alejándolo del término “paciente del médico”.

Lebovici y Weil-Halpern (1995) refieren “La hospitalización de un niño de pecho es particularmente dramática porque viene a romper una situación interactiva y afectiva hasta entonces muy intensa. Brutalmente, la madre vive un fracaso en su función materna protectora” (p. 404).

## **Internaciones: UCIN e Intervenciones Quirúrgicas**

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

Es importante distinguir la diferencia entre “recién nacido pretérmino” y “recién nacido de bajo peso”, siendo que ambas categorías requieren asistencia en UCIN. El primero hace referencia a aquellos bebés nacidos antes de las 37 semanas de gestación, mientras que el segundo abarca a los que hayan nacido a término o no, con peso inferior a 2.500 kg (Valdés & Gómez, 2006).

Según Valverde y del Río (2016) será habitual que la madre permanezca largas horas en el hospital, generando en ella sensación de cansancio, incertidumbre y angustia, aunque serán capaces de hallar en su interior las fuerzas para afrontar esta situación.

Oiberman (2013) comenta que cuando el neonatólogo les explica a los padres la necesidad de internar a su bebé, ellos sienten que se lo están quitando, sumado a la percepción de fracaso en el cuidado de su hijo. Asimismo, destacan las particularidades del vínculo madre-bebé que se irá construyendo en un entorno distinto al hogar, presentando características diferentes a las de una madre y su bebé sano. La diferencia radica en que la madre deberá establecer intimidad y contacto afectivo a través de una incubadora, en un ambiente medicalizado, monitorizado, rodeada de médicos y enfermeros, en donde los ritmos y las rutinas son impuestos por el equipo médico.

Como se explicó anteriormente, Stern (2000) destaca una situación particular en el octavo y noveno mes de embarazo, en donde la madre comienza a deconstruir las fantasías que había

creado de su bebé con el fin de protegerse de la discrepancia que pueda haber entre este y el bebé real. Para el autor, esto puede suponer un problema cuando el bebé nace pretérmino, a los siete u ocho meses, impidiéndole a la madre la posibilidad de deshacerse a tiempo de la imagen ficticia construida:

Ella y el bebé real ahora sufren por doble partido. No sólo el bebé real está menos desarrollado de lo normalmente esperado, sino que la madre lo compara con el bebé idealizado de forma irreal, el bebé imaginario que está aún demasiado vivo en su mente.

(p. 40)

### ***Intervenciones Quirúrgicas***

Según lo publicado en *Archivos argentinos de pediatría* (Ramírez et al., 2014), los padres de niños operados por cardiopatías presentan altos niveles de estrés. Esto se asocia a la preocupación que conlleva la incertidumbre del resultado quirúrgico y la propia hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos que es en sí misma un factor estresante. Además, los padres manifiestan miedo por el posible dolor o incomodidad que puedan sentir sus hijos, por los riesgos posquirúrgicos y por la gran cantidad de estímulos auditivos y visuales que existen en dichas unidades.

Los autores señalan dos efectos directos en padres, causados por el estrés de la hospitalización: la alteración del funcionamiento familiar y sentimientos paternos; y la pérdida del rol parental. El primero hace referencia a los sentimientos de incredulidad, culpa, frustración, ansiedad, ira y miedo que provoca en los padres la percepción de incapacidad para resolver la

situación. A esto se le suma la alteración del normal funcionamiento familiar respecto a la reorganización de horarios y cuidados del hijo enfermo. Mientras que, el segundo efecto, refiere a los sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento del cuidado del hijo enfermo, teniendo que delegarlo completamente al equipo médico. Ambas sensaciones se ven elevadas principalmente cuando no reciben adecuado apoyo psicológico.

### **Acompañamiento Psicológico desde la Urgencia Subjetiva**

Resulta fundamental incluir el concepto de urgencia subjetiva, ya que permite pensar el acompañamiento psicológico desde una lógica que no busca calmar inmediatamente el malestar, sino sostenerlo, alojarlo y darle lugar. Según Lacan (citado en Leguil, 1987) la urgencia es “lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte”. Mientras que para Freud (citado en Sotelo et al., 2007, p. 26) la urgencia es descrita como “ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría”. Este enfoque considera que la urgencia no se define solo por el evento médico en sí, sino por su impacto psíquico singular en cada sujeto, y es desde allí que el psicólogo perinatal puede intervenir.

El presente apartado se fundamenta en la obra de Inés Sotelo (2007): *Clinica de la urgencia*. La noción de urgencia subjetiva desarrollada por la autora, permite dar cuenta de aquellos acontecimientos frecuentes en el ámbito hospitalario, tales como el diagnóstico de una malformación, una cirugía neonatal o una internación prolongada, los cuales quiebran la homeostasis psíquica de los sujetos, produciendo un “desborde que sacude y desacomoda al sujeto y a su relación con los otros” (p.27). Como señala la autora “la urgencia da cuenta siempre

de algo del orden de la ruptura” y lo esencial será poder localizar “qué es lo que ha quebrado esa homeostasis” (p. 26).

Desde este enfoque, el rol del psicólogo perinatal no se limita a brindar contención emocional, sino que implica una escucha especializada, capaz de alojar la urgencia como fenómeno subjetivo, diferenciándola de la emergencia psiquiátrica y evitando reducirla a un protocolo de abordaje estandarizado. La intervención del analista “posibilita el pasaje a la urgencia subjetiva” (p. 24), y para ello resulta crucial atender no sólo al síntoma y la angustia, sino también a los recursos y límites del sujeto.

En esta línea, Oiberman (2013) brinda un ejemplo claro sobre los límites de la intervención en contextos perinatales complejos:

La pregunta es: ¿tenemos derecho de pedirle a este señor que se calme? (...) Bueno, evidentemente, hay casos en los que el paciente se desborda por la realidad que se impone. Tener un hijo gravemente enfermo, con múltiples malformaciones, infecciones y además un síndrome genético, no puede menos que desestabilizar a la paciente mamá. (...) En algunos casos, por mucho que lo intentemos, tal vez el tiempo del proceso no sea suficiente para que este paciente elabore la experiencia. (...) Bueno, tal vez podamos contar alguna secuencia de todas las situaciones que asistimos en el hospital, de manera tal que quede claro de que así como el cuerpo no es una máquina indestructible, la elaboración psicológica también tiene límites. ( p. 35)

De este modo, la función del psicólogo perinatal será tratar de habilitar un espacio en el que el sufrimiento adquiera sentido, para que el sujeto pueda apropiarse de lo que le sucede y

encontrar una nueva forma de alojar el dolor, sin quedar capturado por la demanda de “volver a ser el de antes” (p.29). El psicólogo perinatal, entonces, se posiciona no desde la respuesta inmediata o tranquilizadora, sino desde la apertura a un trabajo de simbolización que permita reconfigurar el lugar del niño, del deseo, y de los propios padres en esa escena.

### **Acompañamiento Psicológico en casos de Malformación Congénita**

A modo de finalizar este apartado dedicado al acompañamiento psicológico en el marco de la psicología perinatal, se presenta una articulación de los aspectos más relevantes desarrollados con situaciones de diagnóstico de malformación congénita.

Durante el embarazo, ambos padres han ido imaginando una manera de ser en el mundo para su hijo. Todo aquello que habían soñado y planificado para el bebé se desmorona tras el impacto del primer encuentro con aquella “malformación”. “Nace un extraño: un ser que, en el inicio, los inunda de dolor y confusión. (...) La primera “impresión” es elaborada y transformada en un encuentro. Es ahí donde la intervención psicológica comienza a cuidar del vínculo” (Oiberman, 2013, p. 32).

Para ejemplificar una intervención psicológica con madres de hijos con malformación congénita, se presenta el siguiente caso clínico extraído de Oiberman (2013), en su obra *Nacer y acompañar: Aportes desde la Psicología Perinatal*:

La niña había nacido con labio leporino. Supo de esa malformación desde el cuarto mes de embarazo y, desde el nacimiento, había organizado las consultas pertinentes para la intervención quirúrgica: la niña en el futuro. Ante el relato de ella, me encontré con una

madre que había negado la patología de la beba y que recién ante esta internación entraba en su escenario psíquico el bebé real. La madre: se encontraba en un estado de angustia masiva, no paraba de llorar. Para los neonatólogos era incomprensible, pues era solo internarla para que recuperara el peso de su nacimiento: había bajado 500 gramos. (...) Ella relata su visita al Hospital Garrahan, donde le pusieron la placa en la boca a la beba hacía una semana. En la entrevista, la madre manifiesta que, ante la presencia de la placa en la boca de la beba, se dificulta la lactancia: el impacto de verla con la prótesis, hecho que no había considerado antes, le impide volver a darle el pecho normalmente. (...) La aceptación de la prótesis requiere un tiempo cronológico y concreto de elaboración psíquica que el cuerpo del bebé no puede esperar. El costo de la imposibilidad de la elaboración instantánea del duelo por el bebé imaginado y perfecto sería, en este caso, medio kilo de bebé (...) La labor clínica en esa tarde consistió en trabajar la angustia, acompañando a la madre a encontrar las palabras para expresarla, ayudarla desde un enfoque concreto a comprender que la beba podía mamar con la placa, que esto era lo adecuado, aunque la situación fuera insoportable para el deseo materno. Ella solo podía concebir a la beba imaginada, y la beba respondía succionando el pecho como la madre quería, pero no se alimentaba.” (p.68)

La autora señala que “la fantasía inconsciente de haber concebido un "monstruo", genera sentimientos de gran culpabilidad” (2005, p.203). Por ello, la intervención del caso mencionado se fundó en el pasaje del bebé imaginado y soñado sin labio leporino a la aceptación del bebé real, dejando caer la fantasía de haber creado un “monstruo”.

Respecto al duelo, Oiberman (2005) destaca que duelar la pérdida del hijo imaginado constituye un proceso gradual que “implica un gran gasto de energía psíquica” (p.194). El acompañamiento del profesional será facilitar la simbolización de dicho proceso. A su vez, Cruz de Moraes (2020) comenta que “el seguimiento del duelo de los padres y de los primeros meses del bebé es un momento imprescindible para la intervención psicológica” (p.209). Para la autora, brindarles a los padres un espacio de escucha y expresión libre de juicios, facilita que puedan darle un nuevo significado a su rol paterno y materno, y aliviar los sentimientos de culpa. De este modo, para Oiberman (2013) un espacio propicio ayuda a que la palabra pueda emerger, ayudándole a la madre a “ordenar las emociones vividas en el proceso de maternaje, reorganizando los sucesos vividos anteriormente y ofreciendo a la madre la posibilidad de reconstruirlos” (p. 54). Para ella, el trabajo del psicólogo será con el “sostén triádico”, de manera que el profesional deberá posicionarse como un tercero: “sosteniendo desde la mirada y la escucha a ambos” (p. 63).

En esta línea, Oiberman (2005) plantea tres funciones clave del psicólogo que permiten acompañar a los padres ante el diagnóstico de una malformación:

- Develar las fantasías inconscientes que interfieren en la relación con ese hijo: “Tenemos un hijo raro, un hijo diferente”.
- Acompañarlos a elaborar los sentimientos de culpabilidad por el daño que ellos consideran haber causado al hijo, si esto ocurriese.
- Contribuir a que descubran sus reales capacidades como padres, reconociendo a ese hijo con discapacidad (a través del trabajo de duelo). (p. 198)

## **Diagnóstico Prenatal**

En los últimos 40 años, con el desarrollo tecnológico, se ha producido la adquisición continuada y progresiva de un gran número de conocimientos sobre el feto, que han permitido finalmente el diagnóstico prenatal de la mayoría de los defectos congénitos (Carrera & Kurjak, 2008). Este procedimiento se convierte en una herramienta clave no solo en el ámbito clínico, como seguimiento del embarazo, sino también en el acompañamiento psicológico, ya que sitúa a los futuros padres ante decisiones complejas que despiertan profundas emociones. Estos estudios posibilitan brindar a las familias la información precisa y oportuna sobre la salud fetal, orientar la toma de decisiones y planificar el acompañamiento interdisciplinario necesario.

Comprender qué implica el diagnóstico prenatal, cómo se realiza, qué tipos existen, su alcance y limitaciones, resulta indispensable para enmarcar adecuadamente el trabajo del psicólogo perinatal frente a estas situaciones.

Carrera y Kurjak (2008) definen al diagnóstico prenatal como:

Todas aquellas acciones o procedimientos prenatales que tengan por objeto el diagnóstico de un defecto congénito, entendiendo por tal toda alteración del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque puede manifestarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple. (p.5)

Los autores mencionados consideran que el diagnóstico etiopatogénico prenatal y posnatal para detectar anomalías congénitas “es un medio y no un objetivo final” (p.10). Arribar al diagnóstico, con el nombre propiamente dicho de la anomalía, es una herramienta para que la familia pueda obtener un asesoramiento genético y reproductivo con precisión. El objetivo de

este asesoramiento es informar a los pacientes en situación de riesgo de presentar una anomalía o enfermedad, y a sus familiares, de las consecuencias de ésta, de la probabilidad de desarrollarla y transmitirla, así como de la forma de prevenirla o tratarla y mejorarla. Para lograr este objetivo, se necesita claridad en el diagnóstico.

Según Fernández, Olza y Carmona (2020) la ecografía de las 20 semanas, también llamada ecografía morfológica, es un procedimiento breve en donde se analizan detalladamente “todos los órganos internos, el estado de la placenta, el líquido amniótico y el cordón, así como los ovarios y el útero de la madre” (p.33). Esta se realiza entre las semanas 18 y 22, y en ella también, se tomarán las medidas del feto y se podrá observar el sexo del bebé de un modo más claro que en las ecografías anteriores.

Esta ecografía es una de las más importantes tanto para el bebé como para los padres, debido a que se podrá detectar si hay alguna posible anomalía en el desarrollo. Este momento genera en los padres ansiedad, ya que, si les informan que todo marcha correctamente suelen sentir alivio y disfrutar el resto del embarazo, pero si no es así, les producirá angustia e incertidumbre el resto de las semanas de gestación.

### ***Procedimiento***

Durante el embarazo, se realizan distintos estudios para evaluar el estado del feto. Entre estos estudios están las conocidas ecografías con sus múltiples funciones. Carrera y Kurjak (2008), en su obra *Ecografía en diagnóstico prenatal*, la describen como el procedimiento exploratorio de elección para todos los defectos congénitos. Se destacan tres tipos de imágenes

importantes para el cribado de alteraciones estructurales, sin embargo, para caracterizar mejor un posible defecto se recomienda añadir al procedimiento ecográfico otros más complejos como el Doppler e incluso resonancia magnética.

A pesar del avance tecnológico de la imagen 3D y 4D en el campo del diagnóstico prenatal, la ecografía 2D continúa siendo el procedimiento primario de elección tanto en la detección como en el diagnóstico de defectos. Esto es debido a que, por el momento, el cribado ecográfico, tanto de cromosomopatías como de anomalías estructurales, sólo puede hacerse mediante la ecografía 2D.

Por otro lado, la ecografía 3D tiene la ventaja de reconocer las dismorfias faciales y de los miembros con mayor alcance. Además, esta puede resolver la duda que se planteaba con la 2D en un porcentaje superior al 60%. Tal es el caso, por ejemplo, del labio leporino.

Finalmente, la ecografía 4D permite un estudio más rápido y preciso de la anatomía fetal, dando lugar a la posibilidad de estudiar de manera más específica el sistema nervioso central, la facies y el esqueleto del feto. Gracias a este recurso tecnológico se facilita el diagnóstico de algunas malformaciones fetales y se reducen errores propios de la imagen ecográfica.

Una vez identificado un defecto por ecografía, se receta un examen fetal más detallado para determinar si hay o no hallazgos adicionales.

### ***Malformaciones Congénitas***

Según lo planteado por Valdés y Gomez (2006) las malformaciones congénitas son “defectos estructurales primarios en la morfogénesis” (p.10). Estas se clasifican según su

severidad, siendo “mayores” a las más graves que requieren tratamiento quirúrgico o estético y que incluso pueden ocasionar la muerte, y “menores” a las anomalías más pequeñas, que no comprometen la vida de la persona.

Las malformaciones congénitas pueden clasificarse según su cantidad en aisladas, cuando solo se presenta una, o múltiples, cuando coexisten dos o más alteraciones en el mismo individuo. Una gran parte de las malformaciones aisladas responden a una herencia multifactorial, es decir, se deben a la interacción de factores genéticos y ambientales. En este tipo de alteraciones, el riesgo de repetición dentro de una familia aumenta si hay varios miembros afectados y se relaciona estrechamente con el grado de parentesco: cuanto más cercano es el vínculo, mayor es la probabilidad de recurrencia. Ejemplos comunes de este patrón hereditario son la estenosis hipertrófica del píloro, la luxación congénita de cadera, diversas cardiopatías congénitas, defectos del tubo neural y escoliosis, entre otras. En cuanto a las malformaciones múltiples, estas se dividen en síndromes, secuencias y asociaciones, según su origen. Se entiende por síndrome a un conjunto de malformaciones que siguen un patrón reconocible y cuya causa puede ser cromosómica, monogénica o ambiental. Las secuencias, en cambio, surgen cuando una anomalía primaria en el desarrollo desencadena en forma de cascada otras alteraciones secundarias. Finalmente, una asociación implica la presencia simultánea y frecuente de dos o más malformaciones sin una causa identificable clara, pero que tienden a presentarse juntas de forma reiterada. (Valdés y Gomez, 2006)

En el año 2019 la Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina (RENAC) examinó 263.761 nacimientos, de los cuales 4.469 recién nacidos presentaron anomalías

congénitas estructurales mayores, lo que representa una prevalencia de 1,69 por cada 100 nacimientos. Las anomalías específicas más frecuentes fueron: las fisuras de labio con o sin paladar hendido, gastrosquisis, hidrocefalia, talipes equinovarus, espina bífida, polidactilia postaxial, malformación anorrectal, hernia diafragmática y quistes renales.

Las anomalías congénitas siguen siendo la segunda causa de mortalidad infantil, y dan lugar a unas 1600 defunciones infantiles por año, el 28% del total.

### ***Principales malformaciones según cada trimestre gestacional***

A modo de profundizar en el abordaje de las malformaciones congénitas, en este apartado se detallan las principales anomalías que pueden ser detectadas en cada trimestre del embarazo mediante estudios prenatales. Para la elaboración del presente segmento se recurrió a las obras de Martínez (2024) y Carrera y Kurjak (2008), cuyas contribuciones se sintetizan a continuación.

#### ***Primer Trimestre (Semanas 1 a 14).***

*-Translucencia Nucal:* Es una medida del espacio líquido posterior al cuello fetal que, combinada con la edad materna, ayuda a identificar trisomías (21, 18, 13) y otras anomalías cromosómicas, siendo óptima para medir entre las 11 y 14 semanas.

*-Cardiopatías:* Algunos defectos cardíacos pueden ser visibles desde las 11 semanas, con una mejor visualización hacia las semanas 13-14, especialmente en gestaciones de alto riesgo.

*-Hueso Nasal:* Su ausencia es un marcador significativo del síndrome de Down, y se evalúa durante el examen de translucencia nucal.

*-Ductus Venoso (Ecografía Doppler):* La evaluación del flujo sanguíneo en esta estructura es una prueba adicional para detectar aneuploidías (alteraciones en los cromosomas) y cardiopatías.

*-Regurgitación Tricuspídea:* La presencia de un flujo de regurgitación patológico en la válvula tricúspide (válvula que separa la aurícula derecha del ventrículo derecho del corazón) se asocia con aneuploidía fetal (alteraciones en los cromosomas), y se evalúa en el primer trimestre.

*-Patologías del Saco Gestacional:* Incluyen el crecimiento lento o estancado, el crecimiento excesivamente rápido, y la transformación molar, siendo signos anormales que indican desproporciones o proliferaciones anómalas, y se pueden diagnosticar tempranamente.

*-Megavejiga:* Un hallazgo de vejiga mayor de 7 mm en el primer trimestre requiere estudio adicional por riesgo de uropatía obstructiva o anomalías cromosómicas.

### ***Segundo Trimestre (Semanas 14 a 27).***

*-Signos Sonográficos Indirectos de Cromosomopatías:* Hallazgos como el engrosamiento del pliegue nucal, el acortamiento de huesos largos, la hiperecogenicidad intestinal (intestino más brillante de lo normal asociado a alteraciones cromosómicas o infecciones) o los focos intracardíacos pueden sugerir la presencia de anomalías cromosómicas, siendo detectables en este trimestre mediante ecografía.

*-Defectos de la pared abdominal:* Incluyen el onfalocele (hernia cubierta por una membrana) y la gastrosquisis (salida de las vísceras hacia el exterior sin saco protector). Ambos

se manifiestan como tumoraciones abdominales y suelen requerir intervención quirúrgica neonatal.

*-Malformaciones del sistema nervioso:* Las más frecuentes incluyen la anencefalia, espina bífida, hidrocefalia, holoprosencefalia (falta de división de los hemisferios cerebrales), microcefalia y otras alteraciones del desarrollo cerebral.

*-Anomalías pulmonares:* Comprenden la agenesia, hipoplasia, secuestro pulmonar, quiste broncogénico y enfermedad adenomatoidea quística. Estas se presentan como masas o alteraciones en la ecogenicidad del parénquima pulmonar.

*-Hernia Diafragmática:* Consiste en la protrusión de órganos abdominales al tórax, desplazando estructuras torácicas y comprometiendo el desarrollo pulmonar.

*-Malformaciones del Sistema Digestivo:* Incluyen atresias (cierre o ausencia anormal de un tramo del esófago o duodeno) y otras obstrucciones detectables por signos como polihidramnios o la “doble burbuja” ecográfica.

*-Malformaciones del Sistema Cardiovascular:* Se trata de defectos estructurales del corazón, como defectos septales o valvulares, que pueden ser detectados mediante ecocardiografía fetal y requieren seguimiento especializado.

*-Anomalías esqueléticas y craneofaciales:* Se observan acortamiento de huesos, contracturas articulares (artrogriposis), y alteraciones en el cráneo o rostro como labio leporino o mandíbula hipoplásica.

*-Anomalías genitourinarias:* Alteraciones como agenesia renal, hidronefrosis o enfermedad poliquística renal pueden identificarse por ecografía entre las semanas 14 y 20 de gestación.

***Tercer Trimestre (Semana 28 a Término).***

*-Coartación de la Aorta:* Estrechamiento de la aorta torácica, visible en estudios ecocardiográficos como desproporción entre cavidades cardíacas e hipoplasia del istmo aórtico. Su diagnóstico es más frecuente en el tercer trimestre.

*-Alteraciones del desarrollo cerebral:* Lisencefalia (superficie lisa del cerebro debido a la falta de pliegues corticales), microcefalia e hidranencefalia son alteraciones graves que pueden detectarse en el tercer trimestre y se caracterizan por la ausencia de circunvoluciones, la reducción del tamaño encefálico y la sustitución del tejido cerebral por líquido.

*-Atresia Yeyunal e Ileal:* Obstrucciones en el intestino delgado que suelen diagnosticarse tardíamente en el embarazo.

*-Quiste del Colédoco:* Dilataciones quísticas del árbol biliar, presentándose la mayor parte de los casos en el tercer trimestre.

*-Craneosinostosis:* El cierre prematuro de suturas craneales puede ocurrir durante el período prenatal, y ser visible en el tercer trimestre.

### ***Factores de riesgo***

El primer trimestre es considerado altamente sensible y crucial para el desarrollo del futuro bebé, ya que es el periodo en el que se generan todos los órganos y es más susceptible a sufrir alteraciones congénitas graves. Estas pueden ser producidas por agentes teratógenos, los cuales son factores ambientales que interfieren con el desarrollo estructural o funcional del embrión y del feto. Entre estos se encuentran el uso inapropiado de ciertas medicinas, el consumo de drogas ilícitas o alcohol, infecciones víricas o bacterianas, como la rubeola, la varicela o la toxoplasmosis, así como la exposición a radiación (Fernández, Olza y Carmona, 2020).

Carrera y Kurjak (2008) añaden a la lista de factores de riesgo la deficiencia de ácido fólico y yodo en la gestante y ciertas enfermedades maternas como diabetes mellitus o lupus.

### ***Prevención***

Carrera y Kurjak (2008) señalan que se puede prevenir las malformaciones congénitas mediante los tres tipos de prevención clásicos en epidemiología: A través de la prevención primaria se trata de evitar la producción del defecto, por ejemplo, mediante la administración de ácido fólico para evitar los defectos del tubo neural. La prevención secundaria tiene como objetivo la detección prenatal lo antes posible del defecto congénito, garantizando no sólo la atención temprana del niño afectado, sino también la interrupción legal y voluntaria de la gestación, si así desean los padres. Finalmente, la llamada prevención terciaria consiste en que,

una vez nacido el niño con un defecto congénito, se aplican todos los recursos para facilitar su tratamiento y adaptación social.

### ***Controversias Éticas y Sociales***

El diagnóstico prenatal no solo permite la detección precoz de malformaciones congénitas, sino que también introduce cuestiones sensibles en torno a la toma de decisiones frente a hallazgos complejos. Este apartado aborda las controversias éticas y sociales que surgen a partir del diagnóstico fetal, tales como el derecho a interrumpir el embarazo en determinados contextos, el impacto emocional y simbólico en los padres, y las tensiones entre los avances médicos y los marcos legales y culturales vigentes.

### ***Marco Legal***

En Argentina se encuentra vigente la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esta explicita en su artículo N° 4:

Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones:

- a) Si el embarazo fuere resultado de una violación (...).
- b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

*(Argentina. Congreso de la Nación, 2021)*

Esto quiere decir que el aborto por malformación congénita del feto no constituye por sí sola una causal legal para acceder a la interrupción del embarazo. Sin embargo, este puede encuadrarse como legítimo dentro de las 14 semanas sin especificar motivos, o pasado ese periodo únicamente en el caso de que el diagnóstico prenatal de malformación significara un riesgo para la vida o salud integral de la embarazada.

### ***Dilemas Entre La Ética Y La Práctica***

Cigarroa (2011) destaca la importancia de respetar la libertad de decisión de cada pareja de padres sobre someterse a un estudio genético prenatal. Sin embargo, considera necesario ser prudente a la hora de “cómo y cuánto informar a los padres sobre los datos y los resultados aportados por los diversos estudios prenatales” (p. 70). Esto se debe a que no siempre se les podrá brindar a los padres información precisa acerca del probable diagnóstico y/o pronóstico, sumado a la ansiedad que genera esta compleja situación.

La autora plantea otro interrogante respecto al contexto sociocultural de muchas gestantes y su relación con la detección de anomalías congénitas. Gran variedad de pacientes que consultan provienen de zonas de bajos recursos en donde carecen de servicios asistenciales especializados y de los equipos de diagnóstico por imágenes necesarios para detectar precozmente ciertas patologías. Asimismo, influye negativamente el bajo nivel sociocultural y educativo a la hora de recibir y comprender instrucciones, lo que en ocasiones provoca que la

paciente no lleve un adecuado control del embarazo ni tome las precauciones necesarias, aumentando el riesgo de futuras patologías en su bebé.

Por otro lado, Fernández, Olza y Carmona (2020) plantean una situación habitual en la práctica médica que interpela a los profesionales de la salud. Es habitual que el equipo médico tenga temor a recibir una denuncia por parte de la familia cuando nace un bebé con una malformación que no fue detectada o comunicada durante el embarazo. Esta problemática lleva a que, en ocasiones, las obstetras y ecografistas se enfrenten al dilema de tener que comunicar “todo” lo que ven, incluso en variaciones mínimas de la norma con bajas probabilidades de riesgo, sin considerar el posible impacto emocional que dicha información puede generar en los padres. A esta práctica se le llama “medicina defensiva” (p. 231).

### **Impacto Emocional En Madres Y Padres**

A continuación, se abordan algunas de las principales reacciones emocionales que suelen emerger en los padres de niños con malformación congénita.

#### ***Emociones Frecuentes***

El momento en el que los padres reciben la noticia de que su futuro hijo tiene una malformación congénita suele ser impactante. Aunque las reacciones son subjetivas, el diagnóstico suele ser un momento delicado y en ocasiones dramático, lo cual puede dar lugar a reacciones intensas como llantos, gritos, malas palabras, explosiones o silencios pesados e interminables. Estas emociones pueden persistir incluso a lo largo de la vida, oscilando entre

“conductas sobreprotectoras y de distanciamiento emocional, por miedo a que sus hijos mueran o porque no quieren verlos sufrir” (Cruz de Moraes, 2020, p.207).

Cigarroa (2011) señala que, para muchas madres, esa primera noticia no ha podido ser procesada ni registrada, por lo que toda información y explicación del equipo médico no es suficiente para que logren comprender la realidad. Al recibir una comunicación dolorosa, surgen “sentimientos de impotencia, ambivalencia, frustración, irritabilidad, vivencias de culpa, desvalorización y discapacidad” (p.71). Asimismo, cuando la confirmación de un diagnóstico con mal pronóstico se posterga por causas médicas, surgen especialmente en los familiares, conductas agresivas hacia el personal de salud.

A esta incapacidad de procesar la noticia, Stern (2000) añade:

Incluso aunque hubiese imaginado las posibilidades negativas durante su embarazo, e incluso si existían unos datos realistas de que su bebé tuviese un problema físico, raramente podrá predecir el shock que realmente produce la llegada real de un niño discapacitado. (p. 142)

Del mismo modo, el autor reconoce cinco características comunes en madres cuyos hijos han sido diagnosticados con una discapacidad o malformación “la necesidad de ver superada la discapacidad, las dudas sobre su competencia como madres, manejo de los obstáculos para amar, el identificarse y vincularse con el bebé, y finalmente la necesidad esencial de reinventar el matrimonio” (p. 142).

El autor también destaca la relevancia de la incertidumbre y del rechazo al bebé como emociones propias de esta situación. Hay casos en donde los médicos anuncian a los padres que

su bebé está en riesgo sin poder explicar más de lo que saben, dejando a los padres con una sensación de soledad e incontables preguntas. Esta incertidumbre, no solo es la parte más difícil de la experiencia de los padres, sino que conlleva una parálisis que surge de la incapacidad para imaginar el futuro. “Los padres habitualmente comparten los aspectos claves en el desarrollo del bebé tales como el sentarse recto, caminar, o las primeras palabras (...). Cuando estos puntos claves no son alcanzados a la edad esperada, pueden activar oleadas de angustia, tristeza o culpa” (p. 143).

Asimismo Stern (2000) comenta que si el anuncio de una discapacidad se produjo antes de que la madre pudiera vincularse con su bebé, es común que su primera reacción ante su llegada sea de rechazo total. “No todas las madres tienen esta dificultad, pero realmente existen mujeres que no se ven capaces de tolerar el vincularse con un bebé que no es normal” (p. 147). Del mismo modo, muchas madres llegan a cuestionarse si serán capaces de amar a un bebé imperfecto, aunque para el autor, la mayoría de madres pueden crear un vínculo con ellos.

### ***Duelo***

Durante el embarazo, y más aún en contextos complejos como el diagnóstico de una malformación congénita, pueden experimentarse diversas formas de pérdida que no siempre son reconocidas socialmente como tales. Valverde y del Río (2016) utilizan el término “microduelos” (p.81), para referirse a aquellas pequeñas o grandes renunciaciones que atraviesan la maternidad: desde la pérdida de la autonomía, el cuerpo previo al embarazo o la imagen idealizada del hijo, hasta la aceptación del crecimiento del niño y sus transformaciones.

En este contexto, el duelo no se limita únicamente a la pérdida física de un hijo, sino que puede emerger frente a todo aquello que se desvanece respecto a lo imaginado o anhelado. Por ello, resulta fundamental comprender el duelo como un proceso subjetivo y singular, que puede adoptar múltiples formas, intensidades y tiempos en función del recorrido emocional de cada madre y cada familia.

A continuación, se abordarán dos formas posibles de duelo en el contexto perinatal: el duelo por la pérdida real del hijo y el duelo por la pérdida del hijo imaginado, ambos atravesados por significaciones particulares y procesos subjetivos singulares.

### ***Pérdida Por Fallecimiento***

Para desarrollar el presente apartado se describirán las fases del duelo planteadas por Bowlby (1983) en su obra *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, donde analiza el proceso de duelo de padres de niños con enfermedades graves.

*-Fase de embotamiento de la sensibilidad:* En el momento en que los padres conocen el diagnóstico de su hijo, estos atraviesan un estado inicial de embotamiento emocional, en el que la realidad se percibe como irreal. Los sentimientos quedan suspendidos, sin poder asimilar aún la noticia, incluso pueden mostrar cierta indiferencia, como si la situación les resultara ajena. Es frecuente que surja una reacción de ira, dirigida en muchos casos hacia el médico.

*-Fase de incredulidad e intentos de revertir el desenlace:* Durante esta fase, los padres suelen interpelar al médico. Por momentos se cuestiona el diagnóstico y en otros, la alta probabilidad de un desenlace fatal, reconociendo lo habitual de estas situaciones pero sin poder

asociarlas con su hijo. La incredulidad con respecto al diagnóstico y pronóstico está estrechamente vinculada con la ira hacia los médicos y las enfermeras. Sin embargo, a medida que la incredulidad se transforma en reconocimiento de la situación, la cólera se desvanece. A su vez, en esta fase los padres pueden encontrarse intensamente activos, buscando información médica sobre la enfermedad o manteniéndose ocupados. Cuando el niño lleva un tiempo enfermo, los padres se muestran más dispuestos a reconocer el pronóstico del médico, dando lugar a un duelo anticipado.

*-Fases de desorganización y reorganización:* A medida que la enfermedad avanza y el estado del hijo empeora, las esperanzas comienzan a desvanecerse. Los padres que logran atravesar el proceso de manera gradual, reconociendo y aceptando poco a poco la realidad, suelen transitar un duelo más saludable. Este proceso también se ve fuertemente influido por la relación entre los progenitores: cuando ambos pueden compartir su dolor, acompañarse emocionalmente y avanzar juntos en las distintas etapas, el impacto suele ser menos desestructurante. En cambio, cuando hay conflictos o falta de apoyo mutuo, el vínculo familiar puede deteriorarse, e incluso aparecer manifestaciones psicopatológicas en alguno de sus integrantes.

Respecto al fallecimiento de un bebé con malformación congénita, Soifer (1987) comenta “Esta emergencia es siempre catastrófica. (...) En términos generales, podemos describir estas situaciones como de una profunda herida narcisista, de difícil y lenta recuperación. Las ideas conscientes se centran en torno a la vivencia de haber engendrado un monstruo” (p.107).

### ***Pérdida por el hijo ideal***

*“El bebé nunca llega solo: es esperado, pensado, investido desde mucho antes de nacer. Y ese conjunto de fantasías puede hacer muy difícil el encuentro con el bebé real.”*

*–Lebovici*

Oberman (2005) señala que, si bien el hijo real nunca coincide completamente con lo imaginado respecto de él, cuando nace un niño con una limitación orgánica, se dificulta aún más poder proyectar un futuro con este. Los padres deberán “atravesar un trabajo de duelo por la pérdida de aquel hijo no nacido, que los conduzca a la posibilidad de que este niño con una discapacidad, deje de ser "ajeno", que pueda ser inscripto como hijo, inscripto en una filiación y como perteneciente a un linaje” (p. 194).

A esta dificultad, Stern (2000) añade que cuando nace un niño con una discapacidad o enfermedad grave, el tiempo se detiene para los padres, quedando atrapados en un eterno presente con la imposibilidad de imaginar un futuro, el cual se vuelve impredecible, y emocionalmente inimaginable. Agrega:

Usted no puede elaborar historias sobre su bebé o su maternidad, y así son eliminadas del espacio mental de trabajo para la planificación y la creatividad. Todo esto se produce en su interior, mientras en el reino físico usted está luchando para aceptar y manejar una situación que se basa en todas sus capacidades para amar, para la paciencia, y la resignación. (p. 142)

Lebovici (1988) y Lebovici y Weil-Halpern (1995) señalan tres registros del hijo que atraviesan la experiencia materna: El *bebé imaginario*, resultado de la producción de ensueños o fantasías conscientes producidas durante el embarazo; el *bebé fantasmático*, ligado a los deseos inconscientes de maternidad desde la infancia; y el *bebé real*, aquel que la madre tiene en brazos al momento del nacimiento. Es así que la puérpera debe hacer un doble trabajo mental: por un lado, el duelo por el hijo imaginario, perfecto e ideal que concordaba con sus deseos; y por otro, hacerle lugar al hijo real, adhiriendo deseos, esperanzas y sentimientos nuevos. Los autores comentan que es necesario que el psicoanalista no contraponga estos distintos tipos de bebés, sino en acompañar a la madre en la elaboración de aquello que los vincula.

### ***Herida Narcisista.***

Freud (1914), en su obra *Introducción al narcisismo*, sostiene que los padres tienden a atribuirle al niño toda clase de perfecciones, olvidando sus defectos.

Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un gran hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre. El punto más espinoso del sistema narcisista, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado su seguridad refugiándose en el niño. El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su trasmudación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza. (p.88)

En este sentido, la llegada de un hijo se convierte en portadora de ideales y deseos no realizados de sus progenitores. Por ello, la presencia de una malformación puede vivirse como una herida narcisista profunda que pone en crisis las fantasías inconscientes de completud e inmortalidad. Oiberman (2005) añade que la enfermedad del hijo remite en los padres a las deficiencias de su propia historia, a aquello que faltó.

Lebovici y Weil-Halpern (1995) afirman que el niño normal representa una reivindicación para la mayoría de las parejas, y que el nacimiento de un niño con una malformación congénita puede producir una herida narcisista en los padres, al interrumpir su función simbólica de transmisión de vida. Esto genera en algunas madres la vivencia de ser “transmisoras de muerte, incapaces de garantizar la supervivencia de su niño” (p.358).

Mannoni (2001, como se citó en Oiberman, 2005) comenta:

Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de su madre fue juzgado deficiente, sufrido como carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar. Si ese niño, cargado de todos sus sueños perdidos, llega enfermo va a causar en la madre un shock: en el instante en que, en el plano fantasmático, un vacío era llenado por un niño imaginario, surge el ser real que por su enfermedad, despertará traumas o insatisfacciones anteriores en la madre. (p.196)

## Capítulo II

### **Materiales y Métodos**

Las Prácticas Pre profesionales Supervisadas (PPS) se llevaron a cabo en el Sanatorio Argentino, ubicado en la provincia de San Juan. Éstas comenzaron a fines de marzo del año 2025 y finalizaron a mediados de junio del mismo año, con una frecuencia de dos veces por semana, cumpliéndose el total de 150 horas requeridas por la Universidad.

Para la elaboración del siguiente trabajo de investigación, se contó con el acompañamiento de la Lic. Luciana Bordas, quien fue tutora académica y la Lic. Teresita Laría, psicóloga de la institución y tutora de campo de la practicante. Asimismo, se realizó una exploración bibliográfica con el fin de sumar conocimientos respecto al diagnóstico prenatal de malformación congénita y el acompañamiento a padres atravesados por esta situación. Dicho trabajo sigue una línea de conceptos provenientes mayormente del psicoanálisis.

Para concretar el trabajo, se llevaron a cabo una serie de fases que se explican a continuación:

#### **Fase de acercamiento a la institución**

Se presenció una reunión virtual con la Lic. Sonia Giménez, directora del área Clínica, en donde se mencionaron las distintas instituciones disponibles para realizar las PPS (prácticas profesionales supervisadas), entre ellas se encontraba el Sanatorio Argentino. Aquella reunión

fue únicamente de carácter informativo, ya que la practicante se encontraba rotando en otra área de la Psicología, por lo que hubo un momento de espera hasta finalizar allí.

Luego del receso por vacaciones de verano, la practicante se comunicó con la Lic. Sonia Giménez con el deseo de iniciar en la institución mencionada. Al recibir la aprobación de la directora, se comunicó con la Lic. Teresita Laría para coordinar el inicio de las prácticas.

### **Fase de Exploración**

Se tuvo una primera reunión con la tutora de campo, en donde se le explicó a la alumna los días y horarios en los que debía asistir y una introducción sobre los distintos servicios y áreas de abordaje que ofrece la institución, así como las tareas habituales del rol del psicólogo dentro del establecimiento. También, en ella se expresó el deseo e interés de la practicante por realizar su trabajo final en el sector de Neonatología, aunque dejando abierta la posibilidad de considerar otras problemáticas.

A medida que transcurría el periodo de prácticas se comenzó a tomar notas de posibles temáticas de investigación, mayormente relacionadas a la maternidad. Luego de un mes de explorar las distintas áreas de abordaje, se comunicó las temáticas de interés a la tutora de campo, coincidiendo en la originalidad de investigar el abordaje a padres de bebés con diagnósticos de malformaciones. Ésta temática surgió a partir de observar y acompañar distintos casos clínicos en el área de pediatría y neonatología, referidos a dicha conflictiva.

## Fase de descripción

El Sanatorio Argentino es una institución privada que busca brindar un servicio integral de salud a las personas, teniendo un foco en el cuidado humanizado. En primer lugar, la practicante fue en busca de conocer el funcionamiento del mismo, entender su estructura institucional, las especialidades y servicios en las que enfoca su atención.

Dentro de todas las tareas que permite el alcance del rol del psicólogo, para esta investigación se focalizó en las siguientes áreas de abordaje para llevar a cabo la práctica preprofesional:

*-Servicio de Neonatología:* Incluye la atención integral del recién nacido y Terapia Intensiva Neonatal.

*-Especialidad de Pediatría:* Con sectores de Terapia Intensiva e Internación Pediátrica.

*-Especialidad de Obstetricia:* La cual integran los sectores de Maternidad, Medicina Materno Fetal, Guardia, Monitoreo, Programa Público de Colecta de Sangre del Cordón Umbilical y Curso Preparto.

Luego de que se discutió junto a las tutoras la posibilidad de investigar el acompañamiento psicológico a padres frente al diagnóstico prenatal de malformación congénita, se procedió a examinar conceptos acerca de la temática para realizar el planteamiento de los objetivos del trabajo.

El problema general que se planteó fue ¿De qué manera el psicólogo puede acompañar a madres y padres que se encuentran atravesando un diagnóstico prenatal de malformación congénita? A partir de dicho problema, se propuso como objetivo general describir el

acompañamiento psicológico a madres y padres frente al diagnóstico prenatal de malformación congénita. Además, se plantearon como objetivos particulares identificar el acompañamiento psicológico en el marco de la psicología perinatal, definir el diagnóstico prenatal, precisar el impacto emocional en madres y padres frente al diagnóstico y, finalmente, articular los aspectos teóricos a dos casos clínicos.

### **Fase de Planificación**

Una vez delimitada la temática de trabajo centrada en el acompañamiento psicológico a madres y padres frente al diagnóstico de malformación congénita, la práctica se orientó principalmente hacia dos áreas: el servicio de Neonatología, con el objetivo de identificar posibles casos de recién nacidos con malformaciones; y los sectores de Pediatría, Internación y Terapia, en los cuales también podían encontrarse niños con malformaciones y sus familias.

La búsqueda de casos se realizó de manera conjunta con la tutora, quien facilitó el acceso y derivación a las situaciones pertinentes. De este modo, se pudieron identificar dos casos significativos que formaron parte de la experiencia práctica.

Paralelamente, esta fase incluyó la revisión de bibliografía especializada en psicología perinatal y en el impacto emocional de las malformaciones congénitas, lo que permitió ir enriqueciendo el marco teórico y orientando la mirada clínica durante las intervenciones.

## **Fase de Intervención**

Se puede distinguir dos momentos respecto a la posición de la practicante en la institución.

En un primer momento la postura fue de observadora no participante, lo cual le permitió a la alumna incluirse en la institución, tomar conocimiento respecto al funcionamiento de la misma y de las funciones que cumplen los profesionales; así como también el logro de un acercamiento con los pacientes. Durante las primeras semanas, la tarea principal consistió en acompañar a la tutora de campo en su labor cotidiana, que incluía mayormente interconsultas provenientes del sector de Internación para Adultos y de Terapia e Internación Pediátrica. En esta instancia, la practicante se limitó a observar la dinámica clínica, registrando la modalidad de intervención de la tutora. Finalizadas las interconsultas, se generaban espacios de diálogo en los que la tutora respondía preguntas, esclarecía dudas y ofrecía explicaciones adicionales para favorecer la comprensión de los casos.

En este contexto, se presentó una situación clínica en el sector de pediatría que resultó de particular relevancia para el presente trabajo. En este caso, la posición de la practicante continuó siendo la de observadora no participante, limitándose a presenciar la intervención realizada por la tutora. Posteriormente, se procedió a registrar lo acontecido, consignando tanto el desarrollo de las interconsultas como los elementos centrales de la comunicación con las familias, con el propósito de describir los casos en el marco del Trabajo de Investigación.

De manera similar, la participación en el sector de Neonatología también se enmarcó inicialmente en la observación no participante. En este ámbito, la practicante acompañó a la

tutora en los recorridos por las incubadoras y en conversaciones con los padres, además de participar en talleres grupales destinados a las familias de la unidad. En este primer período, la presencia de la practicante fue principalmente de acompañamiento, integrándose como observadora en las dinámicas de grupo sin intervenir de forma activa.

Posteriormente, hacia el segundo mes de la práctica, se transitó hacia una posición de observadora participante. La dinámica se mantuvo en torno al acompañamiento de la tutora de campo en sus actividades, pero con la posibilidad de realizar aportes puntuales mediante comentarios o intervenciones breves, e incluso responder a preguntas dirigidas directamente por la tutora frente a los pacientes. En determinados contextos, la practicante pudo asumir responsabilidades mínimas, como permanecer junto a un paciente en internación pediátrica mientras la tutora se retiraba momentáneamente para dialogar con los familiares. Estas instancias permitieron no solo brindar contención, sino también establecer un espacio conversacional que favoreciera la obtención de información y el inicio de un vínculo. En este contexto, se presencié el segundo caso clínico tomado para el presente trabajo, en el cual el posicionamiento de la practicante fue de observador no participante, presenciando las intervenciones de la tutora, y de participante, administrando una entrevista.

### **Fase de análisis y elaboración**

El análisis de la información obtenida y de las actividades ejecutadas se llevó a cabo siguiendo la línea teórica psicoanalítica. La investigación realizada, considerando la recolección de datos, las intervenciones y el análisis de los mismos fue de carácter cualitativa.

Se trabajó con dos casos clínicos, y los datos del mismo se obtuvieron principalmente a través de la observación participante y no participante, entrevistas e historias clínicas. Las observaciones se realizaron teniendo en cuenta la conducta y discurso de los pacientes y sus padres, así como el rol e intervenciones del psicólogo en relación al acompañamiento del paciente y su familia.

## Capítulo III

### Resultados

El presente apartado expone la descripción de dos casos clínicos, que fueron elegidos en función de los objetivos de la investigación.

Los nombres que se presentan son ficticios para resguardar la identidad de los pacientes y su familia.

### Caso Julieta

Julieta es la mamá de Isa, una nena de 1 año con un diagnóstico prenatal de cardiopatía. Ésta es su segunda hija, siendo el primero un varón de 8 años. Actualmente se encuentra en pareja con el padre de ambos. La familia reside en una zona alejada de San Juan, por lo que transcurrieron el embarazo y nacimiento de Isa allí.

Durante el embarazo de Isa, los médicos realizaron el diagnóstico prenatal de una cardiopatía sin poder asegurarle algún tipo de tratamiento o pronóstico hasta que naciera. Cuando la niña nació, se le indicó una cirugía del corazón la cual fue realizada exitosamente en Buenos Aires. Luego de ello, siguió en tratamiento y seguimiento, teniendo algunas complicaciones en los drenajes. El equipo médico Bonaerense les sugirió una única solución restante para el tratamiento, la cual se trataba de realizar otra cirugía del corazón, pero para ello la paciente debía pesar 15 kilos, y sólo pesaba 6 kg, debido a las restricciones alimenticias y debilidad causada por los tratamientos y la cirugía. Por lo tanto, la familia solo debía esperar a que su hija recuperara

kilos y seguir con el tratamiento internada. Para ello, decidieron continuar la internación en el Sanatorio Argentino, en donde la practicante junto con su tutora de campo se encontraron por primera vez con Julieta e Isa en el mes de junio del año 2025.

### **Primer Encuentro**

La Lic. Teresita Laría, tutora de campo de la practicante, es informada por la jefa del sector de Pediatría sobre un caso nuevo que debía intervenir en cuanto pudiera. La tutora junto con la practicante se acercaron al sector de Internación Pediátrica y conversaron con la doctora sobre la historia clínica del caso de Julieta. La Lic. En Psicología decide acercarse a la paciente y su mamá con el objetivo de establecer un vínculo, ya que la doctora le informó que estaría internada un tiempo prolongado.

La practicante junto con la tutora se ataron el cabello y se colocaron un barbijo y entraron a la habitación de Isa. Al entrar, la Psicóloga se mostró divertida y alegre, intentando llamar la atención de la niña y generar una buena primera impresión, utilizando diferentes recursos como chistes, caras, juegos y un tono de voz dulce. Junto a ella se encontraba su mamá, a quien se le introdujo el rol que cumplirían la profesional y la practicante durante su estadía por el sanatorio. La Licenciada le pidió a la madre que le contara todo lo sucedido desde el inicio de su embarazo.

Mientras la madre relataba lo sucedido, la Psicóloga escuchaba atentamente, dando lugar y espacio a que la madre se desahogue y exprese en palabras aquel suceso. A su vez, la profesional jugaba con las manos de Isa y le sonreía de vez en cuando.

En su discurso, Julieta se mostró serena y sin manifestaciones de angustia. Su relato estuvo atravesado por un tono optimista y confiado, desde el cual narraba las diversas dificultades que la familia debió afrontar durante el tratamiento. En lugar de relatar lo vivido desde el sufrimiento, transmitía la vivencia como parte de un proceso que debió ser atravesado, con la aceptación del presente que les toca vivir. Su expresión corporal acompañaba este posicionamiento, mostrándose relajada y coherente con el contenido de sus palabras. Asimismo, destacó que lo central para ella era poder observar a su hija con predisposición, actitud activa y participación en su entorno, lo cual le resultaba suficiente para sentirse en calma.

Una vez que la madre finalizó su relato, la Psicóloga destacó el extenso proceso que la familia debió atravesar, reconociendo las múltiples complejidades implicadas y subrayando la capacidad de Julieta para hallar la fuerza necesaria para seguir adelante. Asimismo, se valoró la serenidad transmitida en su discurso, así como su fortaleza, reflejada también en su hija, quien se encontraba igualmente tranquila.

La psicóloga remarcó la importancia de identificar algún aspecto positivo de la situación, comprendiendo que se trata de un proceso difícil.

La madre, en concordancia, expresó su confianza en el proceso, depositando su esperanza en Dios y en la buena predisposición de la bebé, lo cual le genera tranquilidad. Además, rescata como positivo el apoyo de su familia y el hecho de que ya atravesó una de las situaciones más duras, la cual fue el drenaje, por lo que confiaba en que no podría salir nada peor.

Asimismo, la Psicóloga subrayó la necesidad de que la madre y la familia cultiven paciencia en este momento, dado que se trata de un tratamiento prolongado en que solo resta

esperar. Julieta concuerda con este aspecto, resaltando la preparación mental que había construido previamente para este suceso.

Por otro lado, la Licenciada resaltó también la importancia de mantener presente la figura del hermano de la paciente, tanto para preservar a la familia como sistema, como para favorecer el bienestar de la paciente a través de ese vínculo de apego. Si bien comprende la dificultad de vivir en una zona alejada, le recomienda a la madre incluir al hermano en la medida de lo posible, ya sea mediante visitas presenciales o a través de dispositivos electrónicos que permitan sostener el contacto.

Además, se le sugirió a la madre reservar pequeños espacios de autocuidado, como caminar al aire libre o visitar a algún familiar o amigo, recordándole que ello no la convierte en una “mala madre”, sino que fortalece su salud mental y su capacidad de sostener a su hija durante el tratamiento. La madre compartió que, antes de lo sucedido, llevaba una vida activa, realizando múltiples actividades, entre ellas deporte, por lo que concuerda en salir a caminar.

Asimismo, se la animó a continuar estimulando a la bebé mediante juegos, posturas y manipulación de objetos. Finalmente, la psicóloga se despidió resaltando la fortaleza, valentía y serenidad de la madre como recursos fundamentales, asegurando su disponibilidad para futuros encuentros en el Sanatorio.

## **Segundo y Último Encuentro**

Aproximadamente dos semanas después del primer encuentro, la practicante, junto con la tutora de campo, visitaron nuevamente a Julieta e Isa, aunque la tutora ya había concurrido en los días en que la practicante no rotaba por la institución.

En aquel encuentro, la bebé dormía mientras la madre permanecía a su lado, acompañada de diferentes libros, carpetas y hojas.

Para comenzar, la psicóloga le preguntó cómo habían transcurrido las últimas semanas. La madre expresó que se había sentido tranquila y que habían logrado organizarse mejor en la rotación del cuidado de la bebé, alternando turnos con sus padres y su esposo. Comentó además que el tratamiento estaba dando resultados, aunque la bebé tuvo una infección la semana anterior, los análisis recientes arrojaron resultados favorables, lo que le transmitía confianza y calma. Señaló que confiaba en que la internación no se prolongaría demasiado y que solo era cuestión de esperar y adaptarse a la situación.

Por otro lado, la madre comenta que utiliza el tiempo en que Isa dormía para estudiar y avanzar con su tesis, como lo estaba haciendo en ese momento. La psicóloga felicita y reconoce este logro, subrayando la importancia de retomar algunas actividades rutinarias previas a la urgencia con su bebé. Asimismo, la psicóloga le ofreció una mirada distinta sobre el avance en su tesis, destacando que esta situación podría adquirir un nuevo significado al permitirle enfocar la atención en otro aspecto de su vida. De este modo, la situación podría dejar de ser percibida únicamente de forma negativa y transformarse en una oportunidad para acercarse a la meta de recibirse, resignificando así el momento que atraviesan. La madre estuvo de acuerdo y señaló

que, en ocasiones, se había sentido estancada con el tratamiento de su bebé y que esa sensación se extendía a otras áreas, como el estudio. En este sentido, refirió que avanzar en su tesis le permitía no sentirse paralizada, ni en lo académico ni en su vínculo con la bebé.

Finalmente, la psicóloga reconoció nuevamente la fortaleza, voluntad y recursos de la madre, la animó a sostener esa actitud y le recordó su disponibilidad ante cualquier duda o necesidad.

Dos semanas más tarde, la practicante tuvo la intención de visitar nuevamente a Julieta e Isa, pero estas ya habían sido dadas de alta.

### **Caso Romina**

Romina es la mamá de Paula, su primera hija, fruto de un embarazo esperado y planificado junto a su esposo.

Durante el embarazo, precisamente en el quinto mes de gestación, el equipo médico le comunicó a Romina y a su esposo la noticia de que el bebé que estaban esperando tenía hidrocefalia. Los profesionales le aseguraron a los padres que su hija no iba a vivir más de una hora al nacer, y le recomendaron la opción de interrumpir el embarazo, con el fin de “ahorrarse el sufrimiento”.

Los padres, confiados en que su hija iba a poder nacer y conocerla, decidieron continuar con el embarazo. Al nacer, Romina y su esposo la bautizaron en el sanatorio y la despidieron. Con el transcurso de las horas, el pronóstico de Paula comenzó a mejorar y se le indicó una

cirugía cerebral para colocarle una válvula, siendo el tratamiento resolutivo central para su enfermedad.

### **Encuentro con Romina y Paula**

Paula se encontraba internada en el Sanatorio Argentino, en el sector de Pediatría, luego de haber tenido una segunda cirugía cerebral de recambio de válvula. La Lic. Teresita Laría, junto con la practicante, visitaron la habitación de Paula y Romina en el mes de mayo del año 2025. La tutora ya contaba con conocimiento previo del caso y con un primer contacto con la madre, dado que había conocido la situación el día del nacimiento de la bebé, cuando la practicante aún no había iniciado sus rotaciones en la institución.

En esta oportunidad, además del acercamiento habitual, se llevó a cabo una entrevista con Romina, en la que la madre compartió en detalle las vivencias transitadas desde el embarazo hasta el momento actual, lo que permitió profundizar en la comprensión de su experiencia.

En aquel encuentro la profesional se mostró entusiasmada con la madre y la bebé, demostrando alegría por verlas nuevamente. Luego de presentar a la practicante, le pidió a Romina que le explicara brevemente cómo había sido su situación desde el embarazo y cómo se sentía actualmente, con el fin de que la alumna pudiera comprender de mejor manera el contexto en que se encontraban allí.

Durante su discurso se pudo observar en Romina una actitud relajada y optimista, realizándole a su bebé caricias y gestos de ternura mediante el contacto físico. Paula, que se

encontraba dormida y con leves molestias en los ojos debido a la operación, reflejaba la serenidad transmitida por su madre.

Romina le relató a la practicante las múltiples dificultades atravesadas junto a su esposo durante el embarazo hasta los tratamientos y cirugías posteriores. Señaló que, al enterarse del diagnóstico a las 22 semanas de gestación, experimentó una fuerte sensación de ahogo que le impedía respirar y continuar con sus actividades cotidianas. Relató que junto a su esposo, consultaron en Buenos Aires, en donde el doctor les dijo: “Si es que nace, no va a vivir más de una hora. Si quieres podemos interrumpir el embarazo ahora”. Romina recordó aquellas palabras con tristeza, describiéndolas como si se tratara de “un trámite”.

Desde entonces, ella y su esposo dejaron de lado las expectativas iniciales: canceló los cursos post parto en lo que estaba inscripta, dejó de comprar ropa para su bebé y ambos se aislaron en su hogar durante los meses restantes de embarazo. Resaltó que en aquel periodo se fortaleció la conexión con su esposo y que pudieron sostenerse en el acompañamiento de amigos y familiares. Fue entonces cuando inició un proceso de psicoterapia personal que le permitió comenzar a anticipar el duelo.

En ese período, emergieron pensamientos de culpa en Romina, quien se preguntaba qué podría haber hecho distinto, al igual que preguntas como: ¿La veré viva o muerta? ¿Se le deformará su cara?”. Con el paso de los meses, estos pensamientos se fueron desvaneciendo, aunque destacó que los últimos meses del embarazo estuvieron atravesados por una mezcla de cansancio físico, temor y contradicciones emocionales: por un lado, deseaba dar a luz, y por otro, no quería que ese momento llegara.

Romina expresó que su único deseo era poder conocer a su hija, bautizarla y compartir con ella el tiempo que le fuera posible. El día del nacimiento, la Lic. Laría facilitó que el equipo médico trasladara a la bebé desde Neonatología hasta la habitación de Romina, para que allí pudieran bautizarla y despedirse en familia. La madre recordó que en aquel momento pensó: “Hasta acá llegué. Hice todo lo posible. Ahora me queda entregarme a lo que venga”. Sin embargo, a medida que transcurrían las horas y Paula se mantenía estable, una médica le informó que, si la bebé superaba las 72 horas de vida, habían posibilidades de operarla. Aquel cambio rotundo de pronóstico generó en Romina una mezcla de esperanza, incertidumbre y confusión.

Durante la entrevista, también se exploraron aspectos vinculados al vínculo madre-hija. Ante la pregunta sobre si en algún momento había experimentado sentimientos de rechazo hacia su hija o dificultades para amarla, respondió que nunca. Afirmó que desde el momento en que supo de su embarazo la amó profundamente y que ese sentimiento se sostuvo a lo largo de todo el proceso. Expresó, además, que disfruta de la maternidad, de cuidar a Paula y de verla crecer, incluso a pesar de las renunciaciones que implicó abandonar su trabajo y acompañar de lleno los tratamientos de su hija. En este sentido, destacó que ha logrado aceptar que su hija es diferente a otros bebés, evitando las comparaciones y reconociendo que Paula es única, con sus propios tiempos de aprendizaje y necesidades particulares. Subrayó que se siente feliz de que su hija esté viva y que esta experiencia le enseñó a valorar los pequeños logros, a vivir el día a día y a evitar grandes expectativas, sino a dejarse sorprender.

La psicóloga destacó la fortaleza interior y el optimismo de Romina como recursos fundamentales para sostenerse frente a las adversidades. La madre, visiblemente conforme con

esta devolución, reconoció que sus grandes pilares de apoyo fueron su esposo y familias de ambas partes, la terapia personal que la ayudó a conseguir fortaleza y la Fe en Dios. Finalmente, la profesional reconoció nuevamente su esfuerzo y le reiteró su disposición a acompañarla en lo que necesitara.

## Capítulo IV

### Discusión

#### Conclusiones Generales

En el presente apartado se expone el análisis de los casos seleccionados y su relación con el material bibliográfico.

#### *Rol del Psicólogo Perinatal*

Al analizar los encuentros con las madres, puede observarse que la estructura de las entrevistas se sostuvo en los lineamientos propios de la psicología perinatal. Tal como plantea Oiberman (2013) en *Nacer y Acompañar: Aportes desde la Psicología Perinatal*, la tarea del psicólogo en este campo consiste en generar un espacio en el que los padres puedan expresar aquello que los preocupa e identificar los recursos con los que cuentan para afrontar la situación. En este sentido, los encuentros con Julieta y Romina dieron lugar a un espacio de escucha donde la palabra pudo emerger sin juicios, favoreciendo la elaboración subjetiva de lo vivido. Oiberman (2013) sostiene que un espacio propicio permite a las madres “ordenar las emociones vividas en el proceso de maternaje, reorganizando los sucesos vividos anteriormente y ofreciendo la posibilidad de reconstruirlos” (p. 54). En la práctica, esto se evidenció tanto en los relatos iniciales de las madres sobre el diagnóstico prenatal y las cirugías, como en la posibilidad

de ir otorgando un nuevo significado a los acontecimientos, ya fuera desde la esperanza, la fortaleza y aprendizaje personal o el sostén brindado por la familia y la fe.

A su vez, resulta importante destacar que la flexibilidad del encuadre es un elemento central en este tipo de intervenciones. Tal como señala Oiberman (2013), en situaciones de crisis no siempre es posible prever la continuidad del contacto, lo cual requiere que cada entrevista sea concebida como un proceso completo en sí mismo. Este aspecto se hace evidente en el caso de Romina, donde la intervención se desarrolló en un único encuentro, pero que abarcó distintos aspectos de su vivencia: desde el relato de las dificultades médicas, los pensamientos y emociones vivenciadas, hasta el vínculo con su hija y recursos personales.

En articulación con esto, Sotelo (2007) amplía la concepción del rol del psicólogo perinatal al señalar que su función no se limita a brindar contención emocional, sino que requiere de una escucha especializada capaz de alojar la urgencia subjetiva en su singularidad, diferenciándola de una emergencia psiquiátrica y evitando reducirla a un protocolo estandarizado. Para la autora, la intervención analítica “posibilita el pasaje a la urgencia subjetiva” (p. 24), lo cual supone atender no sólo a la angustia y al síntoma, sino también a los recursos y límites propios del sujeto. En el caso de Julieta, este enfoque se materializa en la manera en que la psicóloga acompañó la experiencia de internación, reconociendo tanto las dificultades como las fortalezas de la madre, y favoreciendo que el sufrimiento pudiera ser resignificado en acciones concretas que le permitieran sostenerse subjetivamente en el proceso.

Finalmente, frente a las consideraciones que debería tener el personal de salud, Maldonado-Durán (2011) propone una serie de intervenciones específicas que ayudan a los

padres a transitar el duelo, tales como poder cargar al bebé, darle un nombre o realizar un ritual de despedida. En el caso de Romina, el acompañamiento de la Lic. Laría resultó fundamental para que la madre pudiera concretar aquello que deseaba: bautizar a su hija y sostenerla en brazos un tiempo antes de que regresara a Neonatología. Este gesto se constituyó en un ritual significativo que permitió a la familia otorgarle un sentido subjetivo a la experiencia, respetando sus creencias y necesidades emocionales.

### ***Resignificar el Dolor***

En el caso de Julieta se hace evidente la relevancia de la resignificación subjetiva de la experiencia, en consonancia con lo planteado por Oiberman (2013). La madre, lejos de relatar lo vivido desde el sufrimiento, adoptó un posicionamiento sereno y optimista, apoyándose tanto en su propia fortaleza como en la actitud activa de Isa en su entorno cotidiano. Esta forma de elaborar el relato puede pensarse en términos de la función del psicólogo perinatal descrita por la autora, quien sostiene que el profesional debe “habilitar un espacio en el que el sufrimiento adquiera sentido, para que el sujeto pueda apropiarse de lo que le sucede y encontrar una nueva forma de alojar el dolor, sin quedar capturado por la demanda de “volver a ser el de antes” (p.29).

Este aspecto volvió a ponerse de manifiesto en el segundo encuentro, cuando Julieta relató que había retomado su tesis universitaria mientras su hija dormía. La psicóloga, en este contexto, le ofreció una lectura distinta, señalando que aquel gesto podía resignificar la situación que estaban atravesando, transformando la internación en una oportunidad para avanzar en su

formación académica. La madre coincidió en este señalamiento y expresó que percibía una articulación entre su progreso en el plano académico y los avances en el tratamiento de su hija, lo cual le otorgaba un nuevo sentido a la experiencia de internación. Este tipo de intervenciones se inscriben en lo planteado por Oiberman (2013), para quien el trabajo del psicólogo perinatal no consiste en ofrecer respuestas inmediatas ni tranquilizadoras, sino en abrir un espacio en el que el dolor pueda ser simbolizado y transformado en nuevas significaciones.

Asimismo, en uno de los primeros encuentros, la licenciada intervino subrayando que el hecho de que Julieta retomara algunas de sus actividades cotidianas, como salir a caminar o continuar con su tesis, no la convertía en una “mala madre”. Este señalamiento resulta fundamental en tanto habilita la posibilidad de aliviar los sentimientos de culpa, un aspecto que Oiberman (2013) también destaca al afirmar que brindar a los padres un espacio de escucha y expresión libre de juicios les permite otorgar un nuevo significado a su rol materno y paterno (p. 34). En este sentido, el acompañamiento psicológico operó no solo como un sostén emocional, sino también como un dispositivo que favoreció la reconstrucción subjetiva del rol de Julieta como madre, mostrándole que el autocuidado y la continuidad de sus propios proyectos pueden funcionar como recursos que fortalecen su capacidad de sostener a su hija.

### ***Eterno Presente***

Tanto en el caso de Julieta como en el de Romina, se pudo visualizar la experiencia de incertidumbre que vivieron ambas madres durante el embarazo, donde en ninguna fue posible anticipar un pronóstico certero hasta luego del nacimiento. Este punto se puede articular con los

dichos de Stern (2000) sobre la incertidumbre, considerándola como “la parte más difícil de la experiencia de los padres” (p.143), dejando a estos en un estado de preguntas sin respuestas.

Además, el autor señala que la llegada de un niño con una enfermedad grave o discapacidad deja a los padres atrapados en un “eterno presente” (p.142), donde el tiempo se detiene y el futuro se vuelve impredecible e inimaginable.

Este planteo se refleja de manera particular en ambos casos. En Julieta, la espera hasta que su hija alcanzara el peso adecuado para la cirugía como último recurso, se corresponde con la imposibilidad de proyectar un futuro claro, quedando detenidos en un presente incierto. En el caso de Romina, esta vivencia se manifestó de diversas maneras: desde el momento en que recibió el diagnóstico y pensó que solo podría despedirse de su hija al nacer, hasta el giro inesperado cuando le informaron que Paula podría sobrevivir si superaba las primeras 72 horas. Ese pasaje de la despedida anticipada a la posibilidad de vivir, dejó a la madre en un estado de incertidumbre, esperanza y confusión. Consecuentemente, Romina aprendió a no hacerse grandes expectativas respecto del futuro de su hija y a vivir el día a día, evitando proyectar escenarios inalcanzables e impredecibles.

### ***El impacto de la palabra***

Es relevante hacer mención al modo en que se transmite la información a los padres. Tal como advierte Cigarroa (2011), no solo importa qué datos se ofrecen, sino cómo y cuánto se comunica, dado que un exceso o una comunicación poco cuidada puede aumentar la angustia. En la misma línea, Valverde y del Río (2016) subrayan que la forma en que se comunica la noticia a

la familia incide directamente en la manera en que los padres elaboran el duelo. Recomiendan, además, que la comunicación se realice en un entorno tranquilo y acogedor, brindando a los padres el espacio necesario para procesar la información y evitando juzgar cualquier tipo de reacción. En este sentido, Romina relató el destrato del equipo médico durante el embarazo, quienes le aseguraron que su hija moriría y le recomendaron abortar en aquel instante. Este modo de transmisión refleja la ausencia de prudencia señalada por los autores y da cuenta del impacto que la palabra de los profesionales puede tener en la vivencia subjetiva de los padres.

### ***Duelo***

Resulta pertinente señalar el concepto de “microduelos” desarrollado por Valverde y del Río (2016), quienes lo describen como aquellas pequeñas o grandes renunciaciones que atraviesan la maternidad, desde la pérdida de la autonomía hasta la aceptación de un hijo diferente al imaginado (p. 81). Estos microduelos se evidencian en ambos casos: Julieta debió renunciar, al menos temporalmente, a continuar su tesis, a permanecer lejos de su hogar y de su otro hijo, mientras que Romina renunció a su trabajo para dedicarse plenamente al cuidado de su hija.

Por otro lado, desde la perspectiva de Bowlby (1983), en *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, el proceso de duelo implica fases de desorganización y reorganización. A medida que la enfermedad avanza y el estado del hijo empeora, las esperanzas pueden desvanecerse. Sin embargo, los padres que logran atravesar este proceso de manera gradual y compartida suelen transitar un duelo más saludable, mientras que la ausencia de apoyo mutuo puede provocar desestructuración familiar o incluso manifestaciones psicopatológicas. Este aspecto se vincula

con el caso de Romina, quien, a pesar del dolor de la situación, pudo conectar emocionalmente con su esposo en los últimos meses de embarazo, encontrando en esa unión un sostén que, se podría inferir, evitó que la vivencia resultara desestructurante.

### ***Vínculo Madre-Hijo***

Es importante subrayar que, a diferencia de lo señalado por Soifer (1987) sobre la vivencia de algunos padres que llegan a experimentar la idea de haber engendrado un “monstruo” o, como plantea Oiberman (2005), el sentimiento de que el hijo con una discapacidad puede sentirse como ajeno o extraño, en los casos analizados no se hallaron manifestaciones de este tipo. Por el contrario, tanto Julieta como Romina mostraron un profundo afecto y apego hacia sus hijas, expresando su amor desde el embarazo y sosteniéndolo más allá de las adversidades.

En este punto resulta pertinente retomar el planteo de Lebovici (1988) y Lebovici y Weil-Halpern (1995), quienes señalan que la puerpera debe realizar un doble trabajo psíquico: por un lado, elaborar el duelo por el hijo imaginario, perfecto e ideal, y por otro, hacerle lugar al hijo real, con sus características singulares. En el caso de Romina, este proceso se manifiesta en la aceptación de que su hija es diferente a otros bebés, reconociendo que tiene otros tiempos de aprendizaje y necesidades particulares. Lejos de vivirlo como una frustración, Romina encontró en esa aceptación la posibilidad de alojar a Paula tal como es, otorgándole un lugar pleno como hija.

A modo de concluir, se puede decir que el acompañamiento psicológico a madres y

padres frente al diagnóstico prenatal de una malformación congénita se logró describir a partir de los casos presentados, evidenciando la importancia de la presencia del psicólogo en estos procesos. Dicho acompañamiento se sostiene en la escucha profesional, la cual brinda un espacio que permite alojar las diversas manifestaciones subjetivas que emergen ante la noticia (angustia, incertidumbre, culpa, temor), posibilitando la elaboración de un sentido frente a lo inesperado. Asimismo, favorece la construcción de un nuevo vínculo con el bebé.

### **Acerca de la utilidad de la práctica profesional**

La realización de las prácticas profesionales supervisadas posibilitó el acercamiento al rol profesional como psicólogo y además la toma de contacto con un área de la Psicología no explorada durante la carrera, la cual es la Psicología Perinatal. Dicha aproximación se generó de manera satisfactoria debido a la preparación por parte de la institución respecto al ingreso de alumnos practicantes, y gracias al acompañamiento de la tutora de campo.

La experiencia en la institución favoreció la articulación de los conocimientos obtenidos de la práctica con los conocimientos teóricos, lo cual fue posible a través de una búsqueda específica de material bibliográfico que fuese pertinente.

Por otro lado, el ejercicio de las prácticas permitió visualizar la importancia del trabajo interdisciplinario, el cual permite el abordaje integral de las patologías de los pacientes.

Entre las fortalezas se destaca la formación previa de la alumna en Psicología Perinatal desde una orientación psicoanalítica, lo cual permitió la articulación del material bibliográfico con a la práctica.

## **Propuestas**

A la carrera Licenciatura en Psicología:

- Incluir en el programa de estudio de la carrera la formación en Psicología Perinatal.
- Mantener la realización de las prácticas profesionales supervisadas

A los profesionales en psicología:

- Mantenerse informados sobre temáticas referidas a la maternidad.
- Promover espacios de diálogo para madres y padres en distintas instituciones de salud.
- Promover campañas de concientización orientadas a derribar estigmas en torno a los diagnósticos prenatales de malformaciones congénitas, favoreciendo una mayor comprensión social y empatía hacia las experiencias de madres y padres.

## Referencias

- Álvarez, M., Claramunt, M. À., Carrascosa, L. G., & Silvente, C. (2012). *Las voces olvidadas: Pérdidas gestacionales tempranas*. OB STARE.
- Argentina. Congreso de la Nación. (2021). Ley 27.610: *Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27610-346231/texto>
- Barreiro, C. Z. (2009). Malformaciones congénitas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(3), 251–255. [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000300005&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000300005&script=sci_arttext)
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión* (Vol. 3). Paidós.
- Carrera, J. M., & Kurjak, A. (2008). *Ecografía en diagnóstico prenatal*. Elsevier Masson.
- Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En P. Alkolombre (Comp.), *Travesías del cuerpo femenino: Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia* (pp. 63–71). Editorial Letra Viva.
- Cruz de Moraes, M. H. (2020). *Psicología e psicopatología perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico*. Appris.
- Díaz Martínez, A. G., Valdés Abreu, M. de la C., & Dalmau Díaz, A. (1997). Antecedentes y actualidades en el diagnóstico prenatal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 23(1), 43–50. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1997000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1997000100005&script=sci_arttext)

- Fernández Lorenzo, P., Olza, I., & Carmona Cañabate, S. (2020). *Psicología del embarazo*. Editorial Síntesis.
- Imbert, C. (2008). *El futuro se decide antes de nacer: La terapia de la vida intrauterina*. Desclée De Brouwer.
- Lebovici, S. (1988). *El lactante, su madre y el psicoanalista: Las interacciones precoces*. Amorrortu.
- Lebovici, S., & Weil-Halpern, F. (Eds.). (1995). *La psicopatología del bebé*. Siglo XXI Editores.
- Martínez González, L. R. (2024). *Diagnóstico prenatal de anomalías congénitas: Guía práctica de enseñanza*. Ruth Casa Editorial.
- Martín Maldonado-Durán, J. (2011). *Salud mental perinatal: el comienzo de la vida*. Organización Panamericana de la Salud.
- Oiberman, A. (Comp.). (2005). *Nacer y después... Aportes desde la Psicología Perinatal*. Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (Comp.). (2013). *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Lugar Editorial.
- Soifer, R. (1987). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargieman
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE Ediciones.
- Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., & Freeland, A. (2000). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te transforma para siempre*. Editorial Paidós.

- Ramírez L., M., Pino A., P., Springmuller P., D., & Clavería R., C. (2014). Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(3), 263–267. <https://doi.org/10.5546/aap.2014.263>
- Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. (2020). Reporte anual 2020: *Análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas en recién nacidos, registradas durante 2019 en la República Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ine\\_-\\_rep2020.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ine_-_rep2020.pdf)
- Valdés Martín, S., & Gómez Vasallo, A. (2006). *Temas de pediatría*. Editorial Ecimed.
- Valverde, N., & del Río, S. (2016). *Embarazo y crianza: Ante todo, mucha calma*. La Esfera de los Libros.
- Vargas, P., Mergudich, T., Martinovic, C., Córdova, V., Valdés, R., Luna, D., Prieto, J. F., Silva, P., Silva, K., & Lay-Hijo, G. (2020). Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas y alteraciones cromosómicas: resultado de la experiencia CIMAF - Hospital Dr. Sótero Del Río. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(4), 358–366. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000400358>

## **Anexo**

### **Anexo N° 1**

#### **Protocolo de entrevista realizada a Romina**

1. ¿Podrías contarme cómo fue todo este recorrido desde el momento en que recibieron el diagnóstico hasta el presente?
2. ¿Recordás desde qué momento estuvo presente en ustedes el deseo de ser padres?
3. Cuando se enteraron de que estaban esperando un bebé, ¿cómo vivieron ese momento? ¿Qué emociones aparecieron, qué expectativas tenían, surgieron algunos miedos?
4. Cuando recibieron el diagnóstico prenatal de Paula, ¿cómo reaccionaron en ese instante? ¿Qué emociones sintieron, cuáles fueron los temores que aparecieron? ¿Cómo los acompañaron los médicos y también la familia en ese proceso?
5. A veces, frente a un diagnóstico, pueden aparecer sentimientos de culpa, como pensar que uno no fue una “buena mamá en el embarazo” o que algo se podría haber hecho distinto. ¿En algún momento estuvieron presentes estos pensamientos?
6. Durante el embarazo suele ser habitual que los padres imaginen cómo será su hijo (tendrá los ojos de la madre, la nariz del abuelo, la sonrisa del padre) ¿Sentís que, después del diagnóstico, esas fantasías se vieron interrumpidas o que fue más difícil sostenerlas?
7. Pensando en el último tramo del embarazo, ¿pudieron disfrutar de esos meses o sentís que el miedo y la incertidumbre propios del diagnóstico tuvieron más peso?

8. Ya con Paula en brazos, después de la cirugía y sabiendo que había salido adelante, ¿qué emociones recuerdan de aquellos primeros días junto a ella?
9. El puerperio suele ser una etapa de muchos cambios: el cuerpo que se recupera, la madre se siente cansada, el aprender a amamantar... En tu caso, a todo eso se sumaron las cirugías y los tratamientos de Paula. ¿Cómo fue vivir esta experiencia?
10. Muchas veces los padres tienen que hacer un proceso de duelo del “hijo ideal” que habían imaginado. ¿Sentís que te pasó algo de eso con Paula?
11. ¿En algún momento, durante el embarazo o después, sentiste algún tipo de rechazo hacia tu bebé o que el vínculo afectivo se hacía más difícil?
12. Para finalizar, hoy en día, ¿cómo viven la proyección hacia el futuro de Paula? ¿Les resulta difícil pensarlo o lo sienten como algo abierto e impredecible?