

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**ESTADOS DE BABY BLUES EN MADRES PUERPERAS DE ENTRE 25 Y 40  
AÑOS.**

ÁREA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

LÓPEZ GIL María Victoria

**SAN JUAN**

**Diciembre 2024**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**ESTADOS DE BABY BLUES EN MADRES PUERPERAS DE ENTRE 25 Y 40  
AÑOS.**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ÁREA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

LÓPEZ GIL María Victoria

DIRECTORA: Mg. Sonia Gimenes Bawden

TUTORA ACADÉMICA: Lic. Luciana Bordas

**SAN JUAN**

**Diciembre 2024**

## ÍNDICE

ÍNDICE	3
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>7</b>
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
Puerperio	9
Plano físico	9
Plano psicológico	12
Elementos claves que moldean la vivencia psicológica del puerperio	13
Transformaciones y procesos psicológicos durante el puerperio	18
Nueva identidad	18
Preocupación maternal primaria	19
Actitud maternal	20
Maternaje	21
Influencia de factores sociales durante el puerperio	23
Plano vincular	23
Contacto piel a piel: la base del vínculo entre mamá y bebé	23
Lactancia materna	24
Apego	25
El puerperio como un periodo de cambio en la dinámica familiar	26
Características psicológicas de la mujer en la adultez	28
Desarrollo psicosocial	29
Relaciones interpersonales	31
Pensamiento	32
Síndrome de Baby Blues	33
Diferenciación de otros síndromes afines	36
Depresión posparto	36
Psicosis posparto	38
Baby Blues, Depresión y Psicosis Posparto: un breve análisis comparativo	41
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>42</b>
MATERIALES Y MÉTODOS	42
1.1 Fase de acercamiento a la institución.	42
1.2. Fase de exploración.	43
1.3. Fase de descripción.	44
1.4. Fase de planificación.	46

1.5. Fase de intervención.	47
1.6. Fase de análisis y elaboración.	48
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>49</b>
RESULTADOS	49
Caso 1 - Florencia	49
Embarazo	49
Parto	50
Puerperio	51
Emocional	51
Vincular	53
Caso 2- María	54
Embarazo	54
Parto	55
Puerperio	57
Emocional	57
Vincular	60
Caso 3 - Isabel	61
Embarazo	62
Parto	63
Puerperio	65
Emocional	65
Vincular	66
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>69</b>
Discusión	69
Conclusiones generales	69
Puerperio	69
Plano físico	69
Caso 1:	69
Caso 2:	70
Caso 3:	70
Plano psicológico	70
Caso 1:	71
Caso 2:	75
Caso 3:	80
Plano vincular	84
Caso 1:	84
Caso 2:	87
Caso 3:	89
Características psicológicas de la mujer en la adultez	92

Caso 1:	92
Caso 2:	94
Caso 3:	97
Síndrome de Baby Blues	98
Caso 1:	98
Caso 2:	100
Caso 3:	102
Conclusiones finales	103
Acerca de la práctica profesional	104
Propuestas	106
REFERENCIAS	107
APÉNDICE	110
Anexo I	110

## **AGRADECIMIENTOS**

Se expresa un agradecimiento profundo y sincero a todas las madres que, con generosidad y confianza, compartieron sus experiencias más íntimas y valiosas. Sin su apertura y valentía, este trabajo no habría sido posible. Su disposición no solo enriqueció esta investigación, sino que permitió explorar a fondo la esencia de la maternidad.

Asimismo, se reconoce con respeto y gratitud a la Licenciada Luciana Bordas, cuya paciencia y dedicación guían cada paso de este proceso, y a la Mg. Sonia Gimenes, por su apoyo constante y la oportunidad brindada para realizar las prácticas en el Sanatorio Argentino. Su orientación, que combina sabiduría y calidez, resulta un cimiento esencial en este recorrido.

Por último, agradecer a mi familia por brindarme su apoyo incondicional en cada paso. Gracias por creer en mí, por alentarme en los momentos más difíciles y por ser refugio en todo momento.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

El presente escrito corresponde al Trabajo integrador final (TIF) de la Licenciatura en Psicología. Se lleva a cabo la práctica profesional supervisada, circunscrita al área clínica, en el Sanatorio Argentino en el área de internación de maternidad y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) .

El trabajo se realiza en base a la necesidad de ampliar y de visibilizar la psicología de la mamá puérpera, tomando como eje de investigación la tristeza posparto o síndrome de baby blues según la psiquiatría Americana.

En Argentina pocos estudios se han realizado acerca del síndrome de baby blues, pese a que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2012), el puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo para desarrollar desórdenes en el estado de ánimo. Cerca del 85 % de las mujeres presentan algún tipo de alteración durante el postparto.

El interés sobre esta temática se gestó a lo largo del tránsito como estudiante de la carrera de Lic. en Psicología, motivada por una vocación de servicio de alojar la subjetividad de las mamás, en este periodo tan importante como es el puerperio y que a su vez, presenta una gran carga social. El ideal colectivo postula una visión romantizada la maternidad. Ser madre es a menudo retratado como un evento mágico e inigualable, por lo que toda conducta, emoción o sentimiento que proyecte una imagen que no concuerde con el ideal, queda encubierto u oculto.

Ramirez (2023) afirma “la salud mental de las madres ha sido por siglos silenciada porque interesaba divulgar un estereotipo de madre ideal siempre feliz y sin atisbo de vulnerabilidad” (p.15).

El objetivo general del presente trabajo es describir estados de baby blues de madres puerperas de entre 25 y 40 años, internadas en el Sanatorio Argentino en la ciudad de San Juan. Se plantean como objetivos específicos definir el periodo de puerperio, precisar las características del desarrollo psicológico en

la mujer adulta. Así como también, caracterizar el estado de baby blues o tristeza postparto en las mamás puerperas, establecer un diagnóstico diferencial del estado de tristeza posparto de otros síndromes afines. Asimismo, se articula la teoría con tres casos clínicos.

Durante el embarazo se han producido numerosas transformaciones en el cuerpo de la mujer que deberán retornar a su estado pre gravídico durante el puerperio. Por lo tanto, una mujer se encuentra en este momento atravesada por múltiples cambios físicos y hormonales.

Desde la concepción médica se define al puerperio cómo el período que comienza una vez finalizado el parto hasta unos 6 meses posteriores al mismo. Los niveles de progesterona y estrógeno, que aumentan gradualmente durante el embarazo, caen repentinamente después del parto, volviendo a los niveles previos al embarazo en solo 3 días. Esta rápida disminución, la amenaza más grave para el equilibrio hormonal y emocional de las mujeres, se ha propuesto como la principal causa de baby blues (Perinatal Psychiatry The legacy of Channi Kumar, 2014, p. 142).

Desde una perspectiva humanista, se considera al ser humano como una unidad, integrada por dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual. Las mismas se influyen e interrelacionan mutuamente. Por lo que no podría pensarse que el puerperio afecta solo el plano físico, sino que también lo psíquico, lo social entra en juego, y es allí donde a la psicología le interesa hacer especial hincapié.

## MARCO TEÓRICO

### **Puerperio**

#### **Plano físico**

El puerperio es una etapa clave en la vida de una mujer que sigue al embarazo y marca el inicio de un complejo proceso de recuperación física y adaptación. Para entender este periodo de manera integral, es esencial analizar los cambios corporales que ocurren durante el embarazo y el posparto. Estos cambios no solo afectan el cuerpo de la mujer, sino que también tienen implicaciones significativas en su bienestar general. Este análisis comparativo permite apreciar las transformaciones que experimenta el cuerpo de la mujer antes y después del parto.

Etimológicamente, la palabra "puerperio" proviene del latín "puer" (niño) y "peri" (alrededor de), refiriéndose al tiempo que sigue al nacimiento de un hijo. Este periodo comienza con la expulsión de la placenta y se extiende hasta que los órganos de la mujer vuelven a su estado anatómico y fisiológico pregestacional (involución). Durante el puerperio se desarrollan procesos esenciales como la lactancia y la adaptación entre la madre, el recién nacido y su entorno.

Según Nassif (2012, p. 297.), el puerperio se puede dividir en cuatro etapas, según el tiempo transcurrido desde el parto:

1. Puerperio inmediato desde el alumbramiento hasta 24 horas posparto.
2. Puerperio mediano 24 horas hasta 10 días posparto.
3. Puerperio alejado 11 días a 45 días posparto.
4. Puerperio tardío hasta los 6 meses posparto.

Durante estas etapas y más propiamente en el puerperio tardío, se produce la involución completa de los órganos genitales. Dicho fenómeno se debe a que en el embarazo los órganos crecen, por ejemplo, el útero aumenta en tamaño para alojar al bebé; después del nacimiento, el útero cumple su función y retorna a su estado y tamaño natural.

Además, este periodo también comprende el retorno de la mujer a su condición pregestacional, es decir, que se produce una reanudación de la menstruación. Nassif (2012, p 298.).

Por lo tanto, durante el puerperio, el útero vuelve a su tamaño normal, la pérdida de sangre disminuye hasta desaparecer, el abdomen se reduce, desaparecen los signos de embarazo y se presenta la función adicional de la lactancia.

Las mamas son preparadas durante el embarazo para el proceso de lactancia. Éstas son el único órgano que no involuciona, por procesos anabólicos que permiten la secreción de leche.

La leche materna contiene factores que modulan y promueven el desarrollo del sistema inmunitario infantil. Ésta es producida de forma natural, orgánica, por la glándula mamaria; la misma evoluciona y se interrelaciona proporcionalmente a las necesidades del niño (Rodríguez et al., 2020, p. 94).

Además de brindar todos los nutrientes y la hidratación necesarios para el crecimiento del bebé, la lactancia materna ofrece significativos beneficios emocionales y psicológicos tanto para el bebé como para la madre. Los cuales son desarrollados posteriormente en este trabajo.

A nivel hormonal y cerebral, el puerperio también produce cambios. De acuerdo Hoekzema y otros (como se citó en Martínez, 2023, p.9), quienes realizaron un estudio prospectivo de cohortes, el cual indica que el embarazo desencadena adaptaciones neuroanatómicas dentro del cuerpo estriado ventral que preparan el circuito de recompensa de la mujer, para responder al máximo a las señales de su bebé.

Durante el embarazo y el período posparto el cerebro de la mujer experimenta complejas transformaciones estructurales y funcionales con el objetivo de ajustarse a la maternidad, es decir, de procurar conductas como el apego, el cuidado, nutrición y protección al recién nacido.

Todos estos cambios y transformaciones requieren ser interpretados en un marco que contemple los aspectos normativos del desarrollo de una madre. Un

punto de vista ampliado que proporcione una apreciación integral de este periodo.

La transición hacia la maternidad, que engloba los cambios neuro-endocrinológicos tanto como los ambientales y culturales es lo que se conoce como “Matrescencia” (Carmona et al., 2024, p 16.).

El proceso de convertirse en madre, o de matrescencia, fue introducido por primera vez en la década de 1970 por Dana Raphael, y se utiliza para hacer referencia a la profunda transformación que conlleva la maternidad. Se trata de un juego de palabras que intenta reflejar los paralelismos que existen entre la maternidad y la adolescencia, estando ambas atravesadas por una profunda transformación física y psicológica (Carmona, 2024, p. 17)

Con este neologismo, Raphael posiciona la transición a la maternidad como una etapa de maduración y crecimiento, una fase vital transformadora e irreversible.

En conclusión, el puerperio es una etapa crucial que abarca múltiples cambios significativos en el plano físico. Sin embargo, para abordar integralmente esta fase, es esencial considerar también los aspectos psicológicos y vinculares. Las transformaciones físicas que experimenta la madre, van acompañadas de importantes ajustes emocionales y relacionales que influyen en su bienestar general y en su capacidad para establecer un vínculo saludable con el recién nacido.

### **Plano psicológico**

A partir de lo expuesto en el apartado anterior, cabe mencionar que el puerperio en el plano físico es un proceso universal, donde los cambios biológicos afectan a todas las mujeres de manera similar, incluyendo la involución del útero y la adaptación del cuerpo a su estado pregestacional. Sin embargo, en el plano psicológico, el impacto del puerperio es mucho más variable y está profundamente influenciado por las experiencias personales, las circunstancias sociales, el contexto cultural y el apoyo emocional, lo que hace que cada vivencia sea única.

A partir de la literatura científica disponible, es posible definir desde una perspectiva psicológica al puerperio como un período de adaptación que sigue al parto, durante el cual la madre experimenta cambios significativos a nivel emocional y psicológico, mientras se ajusta a su nuevo rol y establece un vínculo con su bebé.

Es posible afirmar que el puerperio es una experiencia subjetiva para cada mujer, cada una transita esta etapa de forma diferente. Se dice entonces, que cada mujer “camina su propio puerperio”.

Se sabe que los acontecimientos y las experiencias son registrados por cada sujeto de forma única y subjetiva. Sabino ha definido la subjetividad como un sistema de representaciones y un dispositivo de producción de significados y sentidos para la vida, de valores ético morales gobernados por el deseo inconsciente y los ideales del yo, los cuales determinan en su conjunto los comportamientos prácticos de un individuo. (como se citó en Palomino & Arteaga, 2013, p.37.). En este sentido, la subjetividad se interpreta como un sistema de representaciones que intermedian las relaciones que cada uno sostiene con su corporalidad, su vida afectiva, emocional e intelectual, los otros y la percepción del mundo.

### **Elementos claves que moldean la vivencia psicológica del puerperio**

Entre los factores que pueden influir en la experiencia psicológica del puerperio se encuentran las experiencias personales previas de la mujer, que moldean su percepción y respuesta a los cambios que conlleva la maternidad. Esto quiere decir que incluso una misma persona vive cada puerperio que le toca transitar de manera diferente (Escobar & Gonzalez, 2020, p. 22). Por ejemplo, el puerperio luego del nacimiento del primer hijo/a, no se vivenciará de la misma manera que el puerperio luego de un tercer embarazo.

También se deben tener en cuenta experiencias traumáticas antes, durante y después del embarazo, tales como la violencia obstétrica, alguna pérdida perinatal previa o internaciones posteriores al embarazo. El puerperio tras una pérdida perinatal implica atravesar un duelo complejo. La interrupción del embarazo, ya sea por aborto espontáneo, embarazo ectópico, muerte fetal o neonatal, constituye una crisis vital que conlleva múltiples pérdidas: no solo la del embarazo, sino también la de las expectativas, los sueños futuros y, en ocasiones, la autoestima. El duelo perinatal presenta un desafío particular, ya que tanto la mujer como su pareja enfrentan la ausencia de un futuro imaginado junto a su hijo. Este proceso es especialmente doloroso porque se desarrolla en un momento que suele asociarse con alegría y felicidad. (de Gracia de Gregorio, 2023, p.153).

El puerperio de una madre cuyo bebé está internado en neonatología, se caracteriza por una vivencia abrupta que rompe con la proximidad y cercanía que existía durante el embarazo. Esta situación inesperada genera en la madre un estado de shock, donde el entorno se percibe como amenazante y crítico. Lo que provoca sentimientos de angustia, preocupación, intranquilidad, miedo y culpa.

Tampoco es vivido de la misma manera el puerperio tras violencia obstétrica, que genera una vivencia psíquica de daño, afecta la lactancia, el vínculo, las relaciones con el sistema sanitario y la vida reproductiva. En este tipo de

puerperios, se hacen presentes emociones como el enojo, la rabia, sensación de incompreensión y desconfianza. La situación se agrava aún más, cuando el entorno no comprende y no es sensible ante las quejas de la madre ya que, produce una sensación de revivir el trauma (revictimización).

Asimismo, el estado emocional y la salud mental preexistente de la madre pueden influir significativamente en cómo se enfrenta al puerperio, especialmente si hay antecedentes de trastornos mentales. Además, los casos de embarazos múltiples o de riesgo, pueden aumentar la vulnerabilidad emocional de la madre. El puerperio luego de un embarazo múltiple o generalmente, también llamado embarazo de riesgo, son gestaciones que implican un intenso y específico cuidado, conllevan un estado de hiperalerta, aumento de controles prenatales, y por lo que generan alto nivel de angustia. En este tipo de puerperios, hay mayor vulnerabilidad al malestar psíquico, ya que el estrés cotidiano es mayor ante la demanda de dos o más bebés en simultáneo. (Ramírez Matos, 2020, p.126.).

La presencia o ausencia de una red de apoyo influye significativamente en la experiencia del puerperio. No es lo mismo atravesar esta etapa con una red de apoyo sólida que hacerlo sin familia o con un entorno que no cumple esa función. Contar con una red de apoyo es crucial para el bienestar psicológico, ya que puede hacer que la transición sea más llevadera, mientras que su ausencia puede intensificar los sentimientos de soledad y sobrecarga. La muerte o separación de la pareja durante el puerperio añade un componente de duelo que complica aún más el proceso de adaptación, generando una situación de alto estrés al alterar los planes iniciales.

Otro factor de gran relevancia a nivel psicológico son las expectativas sociales y personales, las cuales desempeñan un papel determinante en la vivencia del embarazo y la maternidad. Cuando se presenta un embarazo no deseado, tanto la mujer embarazada como su pareja (si la tiene) se enfrentan a una situación llena de dilemas, incertidumbre y miedos. Se altera no solo la planificación inicial de la mujer gestante, sino también su bienestar emocional y

psicológico. “Cuando la mujer no desea un embarazo pero la preñez prosigue, ese embarazo pasa a ser una violación de su cuerpo y su mente, parasitados como mero envase de una ajenidad”. (Lucioni, 2009, p.2).

El puerperio tras la reproducción asistida tiene un matiz distintivo, (Ramírez Matos, 2020, p.166.). ya que la llegada de un bebé después de un largo camino de búsqueda y múltiples pérdidas es un acontecimiento feliz para los padres. Sin embargo, también implica un desgaste emocional, físico y de pareja significativo. Este arduo recorrido hacia la maternidad y paternidad a menudo genera un “malestar desautorizado”, donde no se les permite a los padres expresar emociones displacenteras como angustia, tristeza y cansancio. Este evento, tan esperado y deseado por la pareja, se ve idealizado socialmente, bajo la expectativa de ser vivido con plena y absoluta alegría, lo que contribuye a la invalidación de cualquier sentimiento negativo que puedan experimentar.

### **Etapas del puerperio en el plano psicológico**

Considerando todos estos factores y vivencias singulares, en el plano psicológico, es posible dividir al puerperio en 4 etapas: (Ramírez Matos, 2020, p.25.).

- Puerperio inmediato: se manifiesta durante las primeras 24 horas tras el parto.

En este período, los niveles hormonales de oxitocina y endorfinas, que alcanzaron su pico máximo durante el parto y el alumbramiento, continúan elevados en el postparto, facilitando el comportamiento vincular entre la madre y el bebé.

En esta etapa cobra especial importancia el entorno, la experiencia del parto y el postparto depende en gran medida de un entorno seguro, amoroso y facilitador para el encuentro mamá-bebé. Es importante no interferir en este período, ya que lo sensorial es fundamental para el reconocimiento mutuo. Cabe aquí hacer alusión al concepto de Bergman de “separación cero”, el cual destaca la importancia de mantener a los bebés en estrecho contacto con sus

madres o cuidadores, evitando separaciones innecesarias. (Ramírez Matos, 2020, p.25.).

- Puerperio temprano: se extiende durante la primera semana posparto.

Durante este periodo, la madre, habiendo dejado la clínica, se encuentra en el hogar y experimenta cambios en su ritmo circadiano y en su patrón de sueño. La llegada del nuevo integrante requiere una adaptación de todo el sistema familiar.

La madre puede experimentar ambivalencia emocional hacia el bebé y debe atravesar un duelo por la finalización del embarazo. A nivel cerebral, se desarrollan áreas implicadas en los cuidados del bebé y se produce una poda sináptica en zonas relacionadas con las relaciones sociales. El bebé se convierte en el mayor estímulo motivador, centrando toda la atención de la madre, lo cual es crucial para conectarse, comprender y anticipar las necesidades y emociones del niño.

Durante este periodo se instaura la lactancia materna, que funciona como un factor protector y facilitador del vínculo entre madre e hijo. Es fundamental que la madre disponga de intimidad, comprensión y empatía para favorecer su bienestar emocional y la formación de un vínculo saludable con su bebé. (Ramírez Matos, 2020, p.33.).

- Puerperio ampliado: abarca desde la segunda hasta la sexta semana posparto.

Durante este período, la madre experimenta una intensa necesidad de sentirse cuidada, debido a su vulnerabilidad. Es fundamental liberarla de tareas cotidianas y brindarle apoyo en el cuidado de otros hijos, asegurando su descanso y limitando temporalmente su vida social.

La madre puede enfrentar una ambivalencia emocional, oscilando entre la introspección y la tranquilidad, y la presión de reincorporarse al mundo exterior. Además, experimenta una profunda fusión emocional con su bebé, lo que requiere tiempo subjetivo para abrir su espacio psíquico al exterior. Este tiempo es crucial para permitir una transición gradual y saludable hacia la integración

de su nueva identidad maternal con el entorno externo. (Ramírez Matos, 2020, p.38.).

- Puerperio emocional: se define como viaje trascendental que la madre vivencia desde el nacimiento de su bebé, en el que permanecen fusionados, hasta que ésta sale de su esfera emocional para comenzar una andadura propia, progresivamente más autónoma.

El puerperio emocional es una etapa en la que la madre experimenta una profunda fusión emocional con su bebé, acompañada de sentimientos de cansancio y soledad. A menudo, se encuentra al frente de las tareas del hogar y del cuidado de otros hijos, lo que puede agravar su sensación de aislamiento. La falta de sueño y la soledad pueden repercutir negativamente en su estado emocional, dificultando el pleno cuidado de su bebé.

Durante este tiempo, es común que la madre reflexione sobre su rol, experimentando una disonancia entre lo que le gustaría ser y lo que está pudiendo ser, lo que genera expectativas no cumplidas y sentimientos de culpa. Además, enfrenta el desafío del encuentro con el bebé real, ajustando sus expectativas a la realidad de la maternidad.

La vuelta al trabajo añade más presión, generando miedos, preocupaciones, exigencias y dudas sobre cómo continuar la lactancia, como continuar con ciertos cuidados y la crianza. (Ramírez Matos, 2020, p.40.).

### **Transformaciones y procesos psicológicos durante el puerperio**

Durante estas cuatro etapas descritas anteriormente, la mujer experimenta procesos psíquicos que serán desarrollados a continuación: “Una madre tiene que nacer psicológicamente al igual que su bebé lo hace de forma física. Lo que una madre da a luz en su mente no es un nuevo ser humano, sino una nueva identidad: el sentido de ser una madre”. (Stern, 1999, p. 13.).

#### **Nueva identidad**

Al ser madre, además de gestar un hijo, se gesta una nueva identidad materna. No existe una definición unánime para el concepto de “identidad”, se trata de una noción muy compleja en cuya formación intervienen aspectos interaccionales entre el sujeto y el medio, que emerge del juego entre los procesos cognitivos, las relaciones interpersonales y los discursos sociales predominantes en cada momento histórico y cultural.

La visión que una persona tiene de sí misma se configura en la infancia y se va transformando en relación a sus contextos y sus interacciones sociales a lo largo de la vida; por ello, la identidad no es única ni estática, como tampoco lo son las relaciones, los medios o los roles. Así, una persona puede definirse –y redefinirse– a sí misma mediante múltiples narrativas en sus distintos momentos vitales. (Paricio del Castillo & Polo Usaola, 2020, p.34.).

Durante el embarazo, a medida que el cuerpo se encarga de la formación física del feto, la mente se encarga de construir la imagen mental de cómo cree que será el bebé y de formar una idea de la madre en que se va a convertir.

Esta nueva identidad materna, trae consigo lo que Winnicott en 1956 llamó preocupación maternal primaria.

### **Preocupación maternal primaria**

Este es un estado que se desarrolla gradualmente durante el embarazo, alcanzando su máximo nivel de sensibilidad hacia el final del mismo y persiste durante varias semanas después del nacimiento del bebé.

El autor lo describe como un estado organizado, que podría compararse con un estado de replegamiento, de disociación, con una fuga o incluso con un trastorno a un nivel más profundo, en el cual algún aspecto de la personalidad se hace temporalmente dominante. (Winnicott, 1956, p.2.)

Ciertamente, hay muchas mujeres que son buenas madres en todos los demás aspectos y que son capaces de llevar una vida rica y fructífera pero que no pueden alcanzar esta «enfermedad normal» que les permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del pequeño en el comienzo. Tales mujeres, no son capaces de preocuparse de su propio pequeño con exclusión de otros intereses, de una forma normal y temporal. Puede suponerse que en algunas de estas personas se produce una «huida hacia la cordura». (Winnicott, 1956, p.3.).

La madre que alcanza el estado de «preocupación maternal primaria» aporta un marco en el que la constitución del pequeño empezará a hacerse evidente, en el que las tendencias hacia el desarrollo empezarán a desplegarse y en el que el pequeño experimentará movimientos espontáneos y se convertirá en poseedor de las sensaciones que son apropiadas a esta fase precoz de la vida. Sólo si la madre se halla sensibilizada, podrá ponerse en el lugar del pequeño y, de este modo, satisfacer sus necesidades. Éstas, que al principio son corporales, pero paulatinamente pasan a ser necesidades del yo, a medida que la psicología va naciendo de la elaboración imaginativa de la experiencia física. Esta capacidad materna, permite al niño comenzar a estructurar su psiquismo. Esta preocupación maternal primaria, podría compararse con lo que Bion refiere como "Reverie Materna", esta capacidad de la madre para contener y procesar las angustias y estados altamente desestructurantes del bebé. La

madre, sin entrar en pánico ante esta atmósfera de urgencia y catástrofe, actúa como moduladora del dolor a través de su respuesta. Para dar sentido y significado a todo lo que está sucediendo. (Oberman, n.d., p.5.).

### **Actitud maternal**

La nueva identidad materna, también requiere de una nueva actitud maternal: ésta surge gradualmente gracias al trabajo psíquico que realiza la madre en el campo de su mente (Stern, 1999, p.13.).

Una actitud mental es lo que ayuda a organizar la vida mental. La actitud mental de una persona determina lo que considera más importante, a lo que es más sensible y aquello en lo que se fija en una situación concreta. Define lo que encuentra agradable o lo que le provoca miedo. Influye en las elecciones que realiza y en sus tendencias a actuar de una manera específica. Las actitudes mentales organizan su vida mental, permitiéndole convertirse en la persona coherente que intenta ser.

Cuando una mujer se convierte en madre actuará durante un tiempo con una actitud mental totalmente nueva. Esta actitud mental de la maternidad desplaza su vida mental anterior. Como madre dará necesariamente luz una actitud mental nueva que durante un tiempo actuará como la estrella norte orientando su camino personal en la vida. Esto no es meramente una reorganización de su vida mental, sino una organización totalmente nueva que existirá durante el futuro. (Stern, 1999, p.15.).

Esta nueva organización mental trae consigo ciertos cambios, entre ellos, pasar de ser hija, a ser madre: Cuando una mujer tiene un niño empieza a identificarse más con una madre que con una hija. Su vida como hija de alguien, se convierte en un pasado. De la misma manera que su futuro como madre empieza. Esto es parte de la compleja combinación de emociones que muchas de las mujeres sienten después del nacimiento de los bebés, esto explica por qué es posible sentirse feliz y triste al mismo tiempo. Feliz de tener

un niño, feliz por esta “ganancia” y triste por lo que ha dejado atrás, por la pérdida del lugar de hija. (Stern, 1999, p.16.).

Otro de los cambios implica un nuevo lugar en el sistema familiar, con el nacimiento de un bebé, se adopta un nuevo rol en su familia de origen. Ya no se es simplemente hija, sino que se asume el papel de madre, lo cual reconfigura las dinámicas familiares y las relaciones interpersonales.

La actitud maternal, trae consigo nuevas responsabilidades, con respecto al cuidado, crecimiento, desarrollo y alimentación del nuevo bebe.

La seguridad y confianza que la madre necesita para esto, surge lentamente una vez empieza a ver con sus propios ojos que el bebé está sano y creciendo. Con este logro aparece un sentido de validación profundo.

Todas las madres quieren una validación de su nueva identidad, por lo que es probable que esta se encuentre buscando compartir tiempo con pares, para obtener a su vez, otras referencias. (Stern, 1999, p.19.).

Todo lo mencionado anteriormente surge a través del trabajo acumulativo desde el nacimiento del bebe.

### **Maternaje**

Racamier en 1979, con el nombre de Maternaje, designa a un conjunto procesos psico-afectivos que posibilitan establecer la función materna.

Él describe la maternidad como un conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer durante su experiencia de ser madre, constituyendo así un fenómeno psicobiológico en el que es necesario tomar en cuenta las siguientes nociones (Como se citó en Oiberman, n.d., p.6.).

El amor maternal es ambivalente. Este no es, de ninguna manera puro e ideal, un sentimiento simple y sin conflicto como siempre aparece representado en el imaginario colectivo. Por el contrario, es un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo, donde se mezclan estrechamente el amor y la agresividad, el investimento y el reconocimiento del otro y la confusión con él.

Otra consideración a tener en cuenta es que la maternidad reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes, sobre todo las relacionadas con los vínculos con los otros.

Los procesos que se desarrollan en esta etapa, encuentra su sentido en las relaciones conscientes e inconscientes de la madre con su niño. A su vez, estas relaciones se basan en las que ella tuvo con sus propios padres. La realidad corporal del bebé hace emerger la historia de la misma como hija. (Oberman, n.d., p.6.).

Así como el niño se desarrolla de etapa en etapa, su madre también debe pasar por una serie de fases del desarrollo. Cada una de estas etapas, confronta a la madre con nuevos desafíos que debe superar, valiéndose de sus propios recursos internos y externos.

La maternidad representa, entonces, una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. Se hace uso de la palabra crisis en sentido de oportunidad de crecimiento y desarrollo personal que surge a partir de situaciones desafiantes, que generan estrés y que son significativas en la vida de una persona, pero que también impulsan al cambio y fortalecimiento del yo.

La madre atraviesa esa crisis en función de: su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente, conyugal, familiar y social, las características del temperamento del bebé y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia.

Para finalizar el concepto de maternaje, se citan las palabras de Susana Carmona en su libro Neuromaternal. Ella sostiene que ser madre no es simplemente un añadido a una identidad estable, sino una transformación profunda que deja una huella en la mente, el cerebro y el cuerpo. En otras palabras, la maternidad no se suma, sino que interactúa con todas las dimensiones que conforman el ser. Redefine cada una de ellas: los gustos, prioridades, necesidades, tolerancia a la frustración, sensibilidad, e incluso la capacidad de empatía y altruismo. Impulsa a redescubrirse tanto en el ámbito

de la crianza como fuera de él, invitando a reconsiderarse no sólo como madre, sino también como mujer y como hija (Carmona, 2024, p.14.).

### **Influencia de factores sociales durante el puerperio**

No se puede dejar de lado la influencia de lo social y cultural a la hora de transitar el puerperio. Este período está profundamente influenciado por factores psicosociales, como el imperativo de la recuperación física, los estándares altos de belleza, ideales de perfección y la necesidad de inmediatez en absolutamente todos los procesos.

Se tiende a pensar esta etapa como un período de plenitud y felicidad, lo cual, no deja espacio para la ambivalencia materna. En nuestra vida, estamos acostumbrados a categorizar las cosas como buenas o malas, pero esta taxonomía no es aplicable a la maternidad. (Carmona, 2024, p.16.).

Además, los nuevos mandatos sociales, como los modelos de “hipermadres”, “hipercrianzas” e “hiperhijos”, aumentan los niveles de ansiedad y culpa en las madres. Estos modelos imponen expectativas poco realistas sobre cómo deben ser las madres y cómo deben criar a sus hijos.

### **Plano vincular**

Se utiliza la frase “El hábitat del bebé recién nacido es la madre (Nils Bergman), y el hábitat de la madre puérpera es cualquier sitio donde esté su bebé” (Ramirez Matos, 2020) para explorar y comprender el sentimiento que surge durante el puerperio desde el plano vincular.

### **Contacto piel a piel: la base del vínculo entre mamá y bebé**

Si bien el vínculo mamá-bebé comienza desde el embarazo, el primer contacto directo entre ambos es a través del contacto piel a piel. Organismos como la OMS, la AAP (American Academy of Pediatrics), la ABM (Academy of Breastfeeding Medicine), la AHA (American Heart Association) y el NRP

(Neonatal Resuscitation Program) respaldan y fomentan el contacto piel a piel (CoPaP) inmediato, prolongado e ininterrumpido tras el nacimiento.

Cuando el estado de salud de la madre y el recién nacido lo permiten, se recomienda que el bebé sea colocado sobre el abdomen o el pecho de la madre inmediatamente después del parto, manteniéndose en contacto íntimo piel a piel sin interrupciones. (Soto, 2018, p.173.). Este contacto no solo facilita el apego, sino que también recrea el entorno seguro y nutritivo del útero materno, proporcionando al recién nacido protección, calidez, nutrición y condiciones óptimas para una correcta oxigenación.

El bebé humano, al nacer, es inmaduro y cuenta con solo el 25% del desarrollo cerebral. Requiere otros 9 meses, en los cuales necesita un contacto físico y emocional permanente con su madre y cuidadores principales para asegurar su supervivencia, alimentación y fusión emocional. Este período, conocido como exterogestación, es esencial para el desarrollo saludable del bebé, subrayando la importancia del contacto piel a piel como la base fundamental de este vínculo temprano y vital.

### **Lactancia materna**

Uno de los momentos enriquecedores y de especial singularidad para la formación del vínculo entre la madre y el hijo es el momento de la lactancia, ya que además de proporcionarle al niño valores nutricionales para su desarrollo físico, también proporciona un sin número de manifestaciones afectivas por parte de la madre y del niño, donde estos dos están haciendo un intercambio que resulta beneficioso para ambos. (Marín Ospina et al., 2015, p.5.).

En palabras de Winnicott, no hay tal cosa llamada bebé. El bebé siempre existe con alguien más, con un Otro que lo sostiene, nutre y corporaliza.

Se recuerda que las experiencias emocionales tempranas son sumamente importantes y deben ser cuidadas, ya que tienen un impacto directo en la organización intrapsíquica e intersubjetiva tanto de la madre como del bebé.

Las primeras interacciones y el vínculo afectivo que se establece en estos momentos iniciales no solo fortalecen el apego seguro, sino que también sientan las bases para el desarrollo emocional y psicológico del niño. La calidad de esta relación inicial puede influir en la capacidad del bebé para formar relaciones futuras, regular sus emociones y desarrollar una autoestima saludable. Por lo tanto, fomentar una simbiosis diádica saludable y apoyar a la madre en su bienestar emocional es crucial para el desarrollo óptimo de ambos.

### **Apego**

Para sintonizar con el bebé, como se mencionó anteriormente, la madre necesita sensibilizarse para poder comprender las necesidades fisiológicas y emocionales del niño. Esto le permitirá ofrecer respuestas oportunas y adecuadas. Las interacciones tempranas facilitan la internalización del cuidador principal como una base segura en la que el bebé puede refugiarse. La figura de apego se convierte en la persona disponible para satisfacer las necesidades del bebé. Esta disponibilidad no solo implica estar presente físicamente la mayor parte del tiempo, sino también estar emocionalmente accesible y responder de manera empática a las demandas del niño. (Persano, 2018, p. 158.).

El apego es la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados, como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de toda la vida.

El apego es el vínculo afectivo que une una persona a otra, específica, claramente preferida y diferenciada, a su vez, las mantiene unidas a la diada a lo largo del tiempo. El aspecto central del apego es que confiere una sensación de seguridad, protección y confort. Surge como una respuesta innata, que aumenta la probabilidad de supervivencia en el niño recién nacido (Olza-Fernández, I. et al. 2014), (Bowlby, J. 1969), (Como se citó en Persano, 2018, p. 157.).

Generar un vínculo de apego es fundamental para la organización psíquica del infante y para el posterior desarrollo de la personalidad. Generalmente esta función es desempeñada por la madre, si ella no está disponible, la tarea la realiza algún otro sustituto que desempeñe ese rol.

La figura de apego es importante porque posibilita darle seguridad al niño, puesto que alguien acudirá en su auxilio cuando él/ella lo necesite y en consecuencia, progresivamente podrá esperar la llegada de ese auxilio por períodos cada vez más prolongados. En un determinado momento de su desarrollo el infante tendrá la suficiente confianza básica para saber que ese aporte llegará. Esta ritmicidad de secuencias de frustración-gratificación es lo que resuelve la angustia por desvalimiento inicial en los pequeños, puesto que la llegada de la gratificación es lo que queda inscripto como calidad de experiencias de satisfacción. Éstas posibilitan esperar la llegada del placer, luego de experiencias dolorosas y frustrantes como acontece con el hambre. (Persano, 2018, p.159.).

Como se ha mencionado anteriormente, el fenómeno de la maternidad excede el hecho biológico y tiene un significado, no solamente a nivel social y cultural sino, de manera importante en el nivel psicológico.

### **El puerperio como un periodo de cambio en la dinámica familiar**

El puerperio es un periodo de ajuste y adaptación crucial para la familia, marcado por la llegada de un nuevo miembro y por los numerosos cambios que esto conlleva a la nueva dinámica familiar.

La inclusión de un recién nacido transforma la composición familiar, creando nuevos roles y subsistemas, como el subsistema parental y el filial. La relación de pareja, en particular, experimenta una reubicación significativa, requiriendo una renegociación y redefinición de la intimidad y las responsabilidades compartidas.

El periodo postparto está marcado por emociones, cambios relacionales, por la necesidad de adaptación y modificación de roles, siendo la sexualidad uno de

los aspectos más vulnerables, pues experimenta importantes cambios que pueden llegar incluso a alterar la calidad de las relaciones de pareja. (Citado en Mendoza & Mayorga, 2020 p.50.).

De esta manera, el posparto se asocia generalmente a una disminución del bienestar biológico, psicológico, conyugal y familiar, muchas veces implicando una reestructuración en la vida de la pareja, que busca adaptarse a esa nueva condición.

En este contexto, los límites y la distancia familiar se ven reconfigurados, tanto en términos logísticos como emocionales. Es esencial comprender que el puerperio no solo afecta a la madre y al bebé, sino que impacta a todos los miembros de la familia.

Fernandez Moya, define a la familia como un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual – histórica de cada uno de sus miembros ( 2006, p.176.).

La familia como sistema posee ciertas propiedades, en este caso se hace mención al principio de totalidad, por la cual el cambio de una parte del sistema promueve el cambio del resto de las partes del sistema, se dice que el sistema se comporta como "un todo" o se comporta en forma "coherente" (Fernandez Moya, 2006, p.101.). Por lo tanto, la disponibilidad emocional, el apoyo mutuo y la empatía son fundamentales para navegar este periodo de transición.

El desarrollo de un entorno de apoyo sólido facilita un ajuste más armonioso y saludable, promoviendo el bienestar tanto del recién nacido como de los padres y demás miembros de la familia.

### **Características psicológicas de la mujer en la adultez**

La adultez es un periodo de la vida que sigue a la adolescencia. Etimológicamente la palabra adulto proviene del verbo adultum, que en latino significa “el que ha terminado de crecer” (Amador Muñoz et al., n.d., p.99).

La delimitación de períodos del ciclo de vida varía con respecto a diferentes épocas y las diversas sociedades. Sin embargo, la mayor parte de la investigación divide la adultez en tres periodos: adultez joven (aproximadamente de 20 a 40 años de edad), adultez media (de 40 a 65 años de edad) y adultez tardía o vejez (65 años o más). (Papalia et al., 2009, p.8).

De acuerdo con los objetivos del presente trabajo, se ampliará el desarrollo en la adultez joven y media.

Los adultos jóvenes generalmente se encuentran en la cúspide de sus capacidades físicas y muchas de sus potencialidades intelectuales. Durante estos años, suelen tomar decisiones cruciales sobre su carrera y formar relaciones íntimas que tienden a durar toda la vida.

Los adultos de edad media pueden notar algún deterioro en su salud y habilidades físicas, pero desarrollan patrones de pensamiento más maduros basados en la experiencia práctica. Algunas personas en esta etapa alcanzan la cima de sus profesiones, mientras que otras pueden enfrentarse a callejones sin salida. Algunas personas desempolvan viejos sueños o persiguen nuevas metas. Muchos tienen hijos que han dejado el hogar, y una creciente conciencia de la inevitabilidad de la muerte puede provocar cambios de personalidad y la exploración de nuevas oportunidades de crecimiento. (Papalia et al., 2009, p.8).

El desarrollo adulto es complejo debido a que los cambios ocurren en múltiples aspectos del yo, a nivel físico, intelectual, de personalidad y social. Además, tanto los rangos, como los resultados del desarrollo varían ampliamente en esta etapa.

## **Desarrollo psicosocial**

Respecto al desarrollo psicosocial en la adultez, Erikson, habla de ciertas crisis a resolver en esta etapa:

Los adultos jóvenes transitan por el estadio: intimidad vs aislamiento – amor

La madurez psicosexual del adolescente culmina en lo que el psicoanálisis denomina la etapa de la genitalidad. Esta etapa consiste en la capacidad de desarrollar una relación sexual saludable con una pareja amada del sexo opuesto, basada en la confianza mutua y regularidad, para compartir los ciclos de vida de procreación, trabajo y ocio. (Citado en Bordignon, 2005, p.57.).

La intimidad es la fuerza que impulsa al adulto joven a confiar en un compañero tanto en el amor como en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales y desarrollar la ética necesaria para ser fiel a estos lazos, a pesar de los sacrificios y compromisos significativos que conllevan.

La otra cara de esta situación es el aislamiento afectivo, que se manifiesta en el distanciamiento o exclusividad, expresándose en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial.

Un equilibrio justo entre la intimidad y el aislamiento fortalece la capacidad de amar y desempeñarse profesionalmente. Los principios sociales derivados de esta etapa se reflejan en las relaciones de integración y compromiso en instituciones y asociaciones culturales, políticas, deportivas y religiosas.

La virtud que emerge de la resolución de esta etapa entre intimidad y aislamiento es el amor y la oblatividad, es decir, la dedicación y donación a los demás y a la sociedad. La fuerza del amor transforma la expresión de la identidad personal de “yo soy” a “nosotros somos”, reflejando que "Nosotros somos lo que amamos": nuestra pareja, nuestros hijos, nuestro trabajo y las asociaciones a las que pertenecemos. (Citado en Bordignon, 2005, p.58.).

Según Erikson, la persona que se encuentra transitando la adultez media, pasa por el estadio de: Generatividad versus estancamiento – cuidado y celo.

La crisis psicosocial del adulto se caracteriza por el conflicto entre la generatividad y el estancamiento. Tras la paternidad o maternidad, el impulso

generativo abarca la capacidad de ser productivo, desarrollando nuevos productos a través del trabajo, la ciencia y la tecnología, así como la creatividad, que implica generar nuevas ideas para el bienestar de las futuras generaciones. La cualidad de la generatividad, que se traduce fundamentalmente en el cuidado y la inversión en la formación y educación de las nuevas generaciones, tanto de los propios hijos como de los hijos de los demás y de la sociedad en general. (Citado en Bordignon, 2005, p.59.).

Esta dialéctica representa la fuerza vital para el desarrollo de la vida humana o su extinción, convirtiéndose en la cualidad más esencial y significativa para cada persona, determinando su experiencia de vida o muerte. Superar esta dialéctica es crucial para que la persona sea capaz de amar y trabajar por el bienestar de los demás, más allá de su círculo familiar. La virtud propia de este período es el cuidado y el amor, un sentimiento de responsabilidad que trasciende la atención a la propia familia y trabajo, abarcando una responsabilidad universal hacia todos los hijos y los productos del trabajo humano.

De la resolución de la crisis de la generatividad surge la experiencia de la caridad, la virtud del cuidado y la dedicación, que es la capacidad de donarse en amor y trabajo en beneficio de los demás y de los valores universales de la humanidad, expresado en la frase: “Yo soy el que cuido y celo”.

Cuando la fuerza generativa fracasa, surge un sentimiento de estancamiento, depresión y egoísmo, que impide la eficacia del amor (vida matrimonial) y del trabajo (profesión). El estancamiento representa una regresión psicosocial y una obsesiva necesidad de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de infecundidad personal y social, percibidos en la incapacidad de generar, producir y criar. (Citado en Bordignon, 2005, p.58.).

## **Relaciones interpersonales**

En cuanto a las relaciones interpersonales, éstas suelen ser centrales en la vida de las mujeres adultas. La calidad de las relaciones familiares, amistades y de pareja puede tener un gran impacto en su bienestar psicológico.

La teoría del convoy de Kahn y Antonucci, sostiene que las personas desarrollan y abandonan una variedad de roles a lo largo de sus vidas y que cada uno de ellos está acompañado por un conjunto específico de relaciones. En el caso específico de la maternidad, las mujeres necesitan relacionarse con otras madres y con personas que atraviesan experiencias similares. (Citado en Arias, 2015, p.157.).

En palabras de Stern, en esta etapa del ciclo vital existe la necesidad de intercambiar información con otras mujeres que reafirmarán las propias experiencias maternas. La maternidad es como un arte, y todas las madres necesitan ejercitarse con algún tipo de modelo o guía que haya pasado por esa situación. La función de la guía no es simplemente dar consejo o información, es mucho más. Consiste en rodearla de un ambiente psicológico en el que pueda sentirse segura y merecedora de confianza” (Stern, 1999, p.21.).

El relacionarse con otras madres, compartir relatos y experiencias, facilita la transición de una maternidad idealizada a una maternidad más realista. Este intercambio no solo proporciona apoyo emocional, sino que también promueve el fenómeno de la universalidad, donde las madres se dan cuenta de que no están solas, sino que también hay otras personas pasando por situaciones similares. Esto ayuda a normalizar experiencias y emociones propias de la maternidad.

El concepto de Matrescencia, (expuesto anteriormente), podría ser pensado también en las relaciones sociales. La adolescencia, al igual que la maternidad, es un período de profundos cambios, en el que las amistades

desempeñan un papel crucial, proporcionando apoyo emocional e instrumental para resolver diversos problemas prácticos.

Durante la adolescencia, los amigos intercambian información sobre temas relevantes como relaciones personales, sexualidad y asuntos académicos. Esta comunicación les ofrece perspectivas distintas sobre sí mismos, ayudándoles a construir su identidad y mejorar su autoconcepto (Oliva & Palacios, n.d., p.505.). De manera similar, las madres necesitan una red de apoyo que les proporcione información, comprensión y diferentes puntos de vista, facilitando así la formación de su nueva identidad y el fortalecimiento de su autoconcepto en la maternidad.

### **Pensamiento**

Otra característica de la adultez es el pensamiento reflexivo.

Es una forma compleja de cognición, que fue definida por primera vez por John Dewey (1910/1991) como “consideración activa, persistente y cuidadosa de información o creencias con base en la evidencia que las sostiene y en las conclusiones a las que conduce.” (Como se citó en Papalia et al., 2009, p. 237.).

Los pensadores reflexivos continuamente cuestionan hechos supuestos, extraen inferencias y hacen conexiones. Se cree que la capacidad para el pensamiento reflexivo surge entre los 20 y 25 años de edad.

El pensamiento en la adultez con frecuencia parece ser flexible, abierto, adaptativo e individualista. (Papalia et al., 2009) Se apoya en la intuición así como en la lógica. Aplica los frutos de la experiencia personal a situaciones ambiguas que los adultos enfrentan día con día. Puede trascender a un sistema social particular o a un sistema de pensamiento. En ocasiones se le llama pensamiento posformal, y por lo general se caracteriza por la habilidad para lidiar con incertidumbres, inconsistencias, contradicciones, imperfecciones y compromisos. ( p. 238).

Los pensadores posformales, en cambio, pueden apreciar los distintos matices de gris. El pensamiento posformal es relativista. Al igual que el pensamiento reflexivo, permite a los adultos trascender a un solo sistema lógico y reconciliar o elegir entre diferentes ideas o demandas en conflicto, cada una de las cuales, desde su propia perspectiva, puede tener una afirmación válida y cierta.

El pensamiento posformal permite en esta etapa a las mujeres reconciliar los polos opuestos de amor y odio, permitiéndoles enfrentar la ambigüedad intrínseca de la maternidad. Además, este tipo de pensamiento les ayuda a tolerar la incertidumbre, facilitando una adaptación más flexible ante los desafíos que conlleva la crianza.

### **Síndrome de Baby Blues**

El término Baby Blues proviene de la combinación de dos palabras en inglés: "baby" (bebé) y "blues" (un sentimiento de melancolía o tristeza leve en el contexto idiomático anglosajón). "Blues" también se asocia con un género musical que expresa emociones de nostalgia y tristeza, lo que refuerza la idea de un estado de ánimo decaído o de desánimo emocional. Este fenómeno, conocido como síndrome de Baby Blues, Maternity Blues o tristeza posparto, es una experiencia común que afecta a una gran proporción de mujeres en las primeras semanas después del nacimiento.

A continuación se precisan algunas definiciones. La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) define al síndrome de baby blues como una alteración transitoria, que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea, sin secuelas, en un período en el que no deben haber síntomas psicóticos. (Como se citó en Gamio Montesinos, 2017, p.1.).

Según el National Institute of Mental Health (NIHM) el término tristeza posparto (baby blues) se usa para describir cambios leves en el estado de ánimo, así como sentimientos de preocupación, infelicidad y agotamiento que muchas

mujeres pueden experimentar durante las primeras dos semanas después de dar a luz.

El baby blues, llamado también blues postparto según Nathalie Nanzer (2015) es “Un acontecimiento considerado fisiológico, que viven más de la mitad de las madres, el cual sobreviene en los días que siguen al parto, con una punta de intensidad entre el tercero y el quinto día.” Lo presentan el 70% de las madres, debido a los importantes cambios biológicos que se producen antes, durante y después del parto y el esfuerzo para adaptarse a los nuevos hábitos de la maternidad como la lactancia, el vínculo con el bebé y sus cuidados (p.46.).

Es un trastorno transitorio, muy frecuente en la primera semana del posparto y que se puede extender hasta cuatro meses posteriores al parto. Se trataría de conductas propias de un período de adaptación (Como se citó en Gentes, 2020, p.94).

Las manifestaciones más frecuentes son llantos, la labilidad emocional con tristeza o euforia, los sentimientos de confusión, ansiedad e irritabilidad. Se refieren otros signos tales como cefalea, pérdida de apetito, trastornos del sueño o fatiga, pero son difíciles de disociar de las consecuencias directas del parto. Pueden aparecer sentimientos confusos: añoranza del período de embarazo, celos en relación al bebé que relega a la madre a un segundo lugar frente a la mirada de los otros, miedo de no estar a la altura, sentimiento de ambivalencia hacia el bebé.

Es importante precisar que las diferentes manifestaciones no deben durar más de cuatro meses y que los síntomas no deben ser lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que los padece.

Entre los factores de riesgo, se destacan antecedentes personales (principal factor de riesgo) y/o familiares de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, eventos estresantes en el último mes de gestación y alteraciones del sueño. Embarazo no planificado y/o deseado. Estilos de personalidad. Idealización de la maternidad. Eventos obstétricos estresantes: complicaciones

gestacionales, durante el parto, nacimientos múltiples, separación mama- bebe, patologías del recién nacido, prematuridad, pérdidas gestacionales previas y violencia obstétrica.

Respecto a la etiología del síndrome se presentan dos hipótesis: La primera relacionada con una caída brutal de la tasa de estrógenos en el organismo de la mujer después del parto. Se ha observado que las mujeres con baby blues presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el posparto, presentan una mayor disminución de este nivel y de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos que también se han asociado con cambios en el ánimo. (Orejarena, 2004, p.135). La segunda hipótesis se relaciona con ciertos factores como el contexto social precario, tensiones conyugales y situación de estrés, depresión o ansiedad al final del embarazo. (Nanzer, 2015, p.46.). La presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental puede relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos, en especial en mujeres más sensibles al estrés psicosocial.

Aunque la frecuencia del baby blues sea elevada y no sea de gravedad, no cabe sin embargo su banalización.

Es importante que el entorno acepte esta fragilidad a la vez física y psíquica, que esté atento y valore a la madre en sus funciones con el fin de promover el vínculo madre-bebé.

Es fundamental implementar acciones de prevención desde los servicios de maternidad. Aunque el baby blues no requiere tratamiento médico, el apoyo emocional es crucial. Las emociones intensas que la madre experimenta en el puerperio, sumadas a la demanda afectiva y emocional del bebé, hacen que el acompañamiento emocional sea sumamente beneficioso. El apoyo de la pareja es valioso, pero en ocasiones, la pareja puede no estar disponible o capacitada para ofrecer este sostén, en cuyo caso el apoyo de la familia y amigos cercanos es esencial.

Según Henshaw (2001), el riesgo de desarrollar depresión perinatal es tres veces mayor después de un episodio severo y prolongado de baby blues (como se cita en Nanzer, 2015, p.47). Se resalta la importancia de supervisar cuidadosamente a las mujeres que experimentan episodios severos y prolongados de baby blues, ya que estas pueden estar en mayor riesgo de desarrollar depresión perinatal. Este aumento significativo en el riesgo—tres veces mayor—subraya la necesidad de una intervención temprana y un apoyo adecuado durante el posparto. La detección y el tratamiento oportuno del baby blues no solo pueden mejorar el bienestar emocional inmediato de la madre, sino también prevenir el avance hacia una depresión perinatal más grave, que podría tener consecuencias a largo plazo tanto para la madre como para el desarrollo del vínculo con el bebé.

### **Diferenciación de otros síndromes afines**

#### **Depresión posparto**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2012), el puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo para desarrollar desórdenes en el estado de ánimo ya que cerca del 85 % de las mujeres presentan algún tipo de alteración durante el postparto. Algunas experimentan síntomas transitorios y leves, mientras que entre el 8 y el 25 % presentan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. Asimismo, en este último grupo el 50 % se encuentra sin diagnosticar.

La depresión perinatal, que se presenta en la madre durante el embarazo o durante el puerperio, muestra características comunes con la depresión en otras etapas del ciclo vital.

En relación a los síntomas, han sido asociados el cansancio, los sentimientos de soledad, la culpa, sensación de pérdida de control, irritabilidad, labilidad emocional, ansiedad y trastornos del sueño. Sin embargo, muchos de estos síntomas son considerados parte de las vivencias normales del embarazo (Halbreich & Karkun, 2006), lo que implica el riesgo de sobrediagnosticar

depresión posparto si no se hace un exhaustivo diagnóstico diferencial. (Citado en Olhaberry Huber et al., 2015, p.78.).

De acuerdo con la literatura disponible, se deben tener en cuenta algunos signos de alarma, como una angustia persistente, más allá de los primeros dos meses (diferente al baby blues). Irritabilidad. Cambios repentinos del estado de ánimo. Miedos excesivos sobre el bebé. Sentimientos de incapacidad y culpa. Autodesvalorización. Dificultades para vincularse con el bebé. Insomnio a pesar del cansancio. Conductas de retraimiento o alejamiento del entorno. Estrés intenso y persistente.

La depresión perinatal, comparte características con la depresión en otras fases de la vida, por lo que las manifestaciones clínicas más comunes son: Tristeza la mayor parte del tiempo. Pensamientos pesimistas sobre el futuro (todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, etc). Pensamientos de autorreproche (debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido, etcétera). Puede sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé o sentirse aterrada de estar sola con el niño en la casa por temor a no poder satisfacer sus necesidades (alimentarlo, bañarlo, cambiarlo). (Maldonado-Durán, 2011, p.160).

La paciente puede informar que siempre está triste, sin animarse para nada, sin deseos de salir ni de arreglarse, dificultad para moverse y salir de la cama, cansancio permanente o dormir muchas horas.

En ocasiones, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. Puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante las más pequeñas frustraciones.

Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio (como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir).

Según Caparros-González et al. (2018), la depresión postparto es muy frecuente, afectando a nivel mundial al 15% de las mujeres que dan a luz.

Estas cifras alarmantes llevan a reflexionar sobre las barreras que impiden la detección de este trastorno.

Según Maldonado-Durán, una de las barreras para detectar la depresión está en lo social. Esto es algo que se viene mencionando desde el principio del trabajo y es el constructo, el ideal social de que el embarazo y el puerperio deben ser etapas llenas de felicidad, lo que no deja lugar para expresar sentimientos como la tristeza. Lamentablemente, uno de los principales problemas para su diagnóstico es que muchas madres no llegan a consultar con un especialista por vergüenza de proyectar una imagen que no concuerde con la versión edulcorada de la maternidad. (2011, p.160.).

Es muy importante que el médico obstetra pueda explicar a la mujer que, durante el embarazo y después del parto, puede haber otros sentimientos como el temor, la tristeza, la incertidumbre, entre otros, a pesar de que se trata de una etapa de felicidad, lo que puede abrir la puerta para que exprese sus sentimientos de manera más franca.

### **Psicosis posparto**

La psicosis posparto se ha observado desde la antigüedad, fue Hipócrates quien describió el primer caso conocido en la literatura médica en el año 400 antes de Cristo.

Este es a la vez el más peligroso y menos comprendido de los trastornos psiquiátricos perinatales afecta a 1 de cada 1.000 mujeres y constituye una verdadera emergencia psiquiátrica que requiere hospitalización y tratamiento inmediato.

Según Sit, Rothschild y Wisner (2006) la psicosis se inicia con frecuencia entre el tercer y cuarto día postparto y hasta unas dos terceras partes de los episodios psicóticos, se inician de forma abrupta durante las dos primeras semanas después del parto. (Como se citó en Maldonado-Durán, 2011, p.206.).

Existen ciertos factores de riesgo que predisponen a la aparición del trastorno, como antecedente de enfermedad mental propia o de algún familiar (trastorno bipolar o esquizofrenia) y ser madre primeriza, ya que, en el 70% de los casos se da en el primer parto.

El primer síntoma de alerta es el insomnio, para Osborne es una característica prominente de la enfermedad, por lo que las intervenciones de higiene del sueño son cruciales. Otros síntomas de alerta incluyen ansiedad, irritabilidad, pérdidas del sentido del tiempo, inestabilidad emocional, inseguridad, indecisión y sentimientos de desaliento, vergüenza, asombro, aturdimiento o languidez, reticencia a ocuparse del recién nacido, fluctuaciones del estado de ánimo. (2019, p.1.).

Aunque los síntomas psicóticos suelen ser la manifestación más clara, también pueden haber síntomas del estado de ánimo como manía, síntomas depresivos o síntomas mixtos.

En cuanto a las fluctuaciones en el estado de ánimo, puede variar desde la tristeza marcada y depresión, hasta la euforia exagerada (hipomanía), hostilidad o franca psicosis (ruptura con la realidad). Muchos clínicos han descrito un cuadro de “perplejidad” en la mujer cuyo estado mejora durante el día y empeora durante la noche, como en los casos de delirium (lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial). (Maldonado-Durán, 2011, p.206.).

Esta enfermedad conlleva grandes riesgos tanto para la madre como para el niño.

La mujer generalmente se encuentra alterada, su conducta es desorganizada, por ejemplo, no se baña o no se viste, no se da cuenta del paso del tiempo, su discurso es incoherente. Le cuesta o no puede ocuparse del bebé por sí sola. Por lo que no se la debe dejar sola con el bebé y requerirá observación las 24 horas del día, debiendo estar preferentemente hospitalizada.

Algunas características típicas de la manía son el estado de ánimo irritable o exuberante, hablar constantemente y en forma irrelevante, cantar y reírse sin ninguna razón, hiperactividad motriz, falta de sueño, incapacidad para dormir

durante toda la noche y salirse de la casa sin ningún propósito definido. El estado de ánimo fluctúa sin desencadenante alguno. (Maldonado-Durán, 2011, p.207.).

En cuanto a la fenomenología psicótica propiamente dicha, existen varias presentaciones clínicas. Por psicosis se entiende la pérdida de la capacidad de evaluar la realidad de manera adecuada. Esta pérdida puede ser de corta o larga duración. La mujer puede tener delirios o alucinaciones. Los delirios son convicciones falsas sobre lo que está sucediendo a su alrededor (o dentro de ella), y que no se pueden eliminar por medio del convencimiento, razonamiento o presentándole pruebas contrarias a su creencia. Estas ideas son completamente rígidas, el paciente no las cuestiona ni somete a duda.

Maldonado-Durán (2011) describen la particularidad de estos síntomas en el puerperio:

Las alucinaciones son experiencias internas que se perciben como externas, tales como oír voces, tener visiones, sentir que es tocada o lastimada, entre otras. Algunas mujeres con psicosis postparto tienen alucinaciones auditivas en las que les dan órdenes, algunas de las cuales pueden dañar al bebé o maltratarlo de algún modo.

Los delirios en la psicosis posparto pueden ser de naturaleza extraña o imposible (por ejemplo, creer que se es la virgen María, o que se tienen poderes sobrenaturales), o bien más plausibles, por ejemplo los delirios de naturaleza persecutoria (convicción de ser vigilada, acosada, espiada o seguida con malas intenciones).

Ian Brockington, (psiquiatra británico) describió algunos delirios específicos de la etapa postparto, entre los que están el de que el bebé fue cambiado por otro ser extraño, el síndrome de "Medea" (deseo de matar a los hijos por venganza contra su padre), delirios religiosos y delirios altruistas. Por ejemplo, creer que es mejor matar al niño para que no sufra. (2008, p. 205 a 206).

### **Baby Blues, Depresión y Psicosis Posparto: un breve análisis comparativo**

Para concluir este apartado, con toda la información previamente recopilada, se constata que el síndrome de baby blues afecta a una gran proporción de mujeres en las primeras semanas después del nacimiento (aproximadamente a un 70%). En contraste, la depresión posparto es menos común, afectando al 15% de las madres. Mientras que la psicosis posparto es aún más rara, presentándose en 1 de cada 1.000 mujeres.

En cuanto a los síntomas, aunque el baby blues y la depresión posparto comparten ciertas manifestaciones, la diferencia principal radica en la intensidad y la duración de los síntomas. El baby blues es un estado transitorio que surge entre los dos y cuatro días posteriores al parto, y desaparece dentro de los primeros dos meses sin provocar un deterioro significativo en la vida de la mujer. En contraste, la depresión posparto se inicia en los primeros 12 meses después del parto y se caracteriza por síntomas persistentes durante al menos dos semanas, cumpliendo los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según el DSM-V. Para su diagnóstico, deben cumplirse cinco criterios: un estado de ánimo depresivo de calidad (con pérdida de interés o placer), un curso mínimo de dos semanas, la presencia de síntomas que provoquen un deterioro social y/o laboral significativo, y la exclusión de causas médicas, farmacológicas o por sustancias.

Lo que diferencia a la psicosis posparto del baby blues y la depresión posparto es la aparición de síntomas psicóticos propiamente dichos, tales como delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado, ideas delirantes, manía, entre otros.

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

La Práctica Profesional Supervisada en el área clínica se realiza en Sanatorio Argentino ubicado en la Ciudad de San Juan, durante los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y principios de Diciembre, cumpliendo 150 horas prácticas. Las mismas se llevan a cabo en horario de mañana de 8 a 12 horas los días martes y jueves. En este periodo se realizan diversas actividades supervisadas por la Lic. en Psicología Teresa Laria quien está a cargo del Servicio de Psicología en dicha institución.

El propósito de las prácticas profesionales es lograr un acercamiento al futuro rol profesional de un Licenciado en Psicología en el campo de la Psicología Perinatal, en ámbitos propios del Sanatorio como son la Terapia Intensiva Neonatal, Internación de Maternidad y Terapia Intensiva Pediátrica.

En función del objetivo planteado, se le permite a la practicante participar en diversas actividades que se llevan a cabo en la institución, conocer su funcionamiento, forma de trabajo y tomar casos para realizar su análisis.

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

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

En un primer momento se contacta a la Lic. Teresa Laria, quien cumple el rol de tutor de campo en el presente trabajo y además es quien está a cargo del Servicio de Psicología en el Sanatorio Argentino. Durante esta comunicación inicial, se acuerda realizar una reunión en la institución.

Durante el encuentro, la Licenciada explica la dinámica institucional y los distintos servicios donde se desarrolla la práctica profesional supervisada. También se acuerdan los días y horarios de asistencia. Normas de higiene y seguridad y pautas generales a tener en cuenta dentro de la institución. Para concluir, se presentan los requisitos formales brindados por la universidad, incluyendo convenio y seguro.

El 21 de septiembre, la Lic. Laría da ingreso formal a la practicante en la institución. Durante un breve recorrido por las instalaciones, presenta a la practicante a los médicos, enfermeros y pacientes, permitiéndole conocer tanto los espacios como a los profesionales de cada servicio. Dado que este es un ámbito nuevo, se decide iniciar las prácticas tomando contacto con cada uno de los servicios, con el objetivo de familiarizarse con ellos, observar la modalidad de trabajo e investigar los temas relacionados. A partir de este proceso, se elige el tema a desarrollar en el presente TIF.

## **1.2. Fase de exploración.**

La práctica comienza con la toma de contacto con los servicios en los que la Lic. Teresa Laría interviene con mayor frecuencia, tales como Terapia Intensiva Neonatal, el Servicio de Pediatría y la Internación de Adultos. Durante las primeras semanas, se realiza una observación no participante, permitiendo identificar las necesidades presentes y observar la modalidad de trabajo del Servicio de Psicología. Esto facilita ajustar la elección del tema a estudiar. Además, se revisan conocimientos previos e investiga sobre diversas temáticas que surgen en el día a día, como apego, psicología del puerperio, parto humanizado, lactancia, depresión posparto, duelo perinatal, psicoprofilaxis quirúrgica y acompañamiento psicológico en enfermedades crónicas, entre otros.

A medida que avanza este proceso, la practicante, junto con la tutora de campo y tutora académica, examina y discute las posibles problemáticas a abordar, hasta llegar al tema de Síndrome de Baby Blues en madres puérperas.

La investigación es de tipo cualitativo, por lo que, una vez en el terreno de trabajo y tras obtener suficientes datos, se formulan los problemas a abordar y los objetivos.

El objetivo general del trabajo es detectar en madres puérperas el síndrome de Baby Blues. Además, busca acercar a la practicante al rol profesional en el

ámbito de la Psicología Perinatal, enfocándose en el apoyo emocional y educativo durante el posparto.

### **1.3. Fase de descripción.**

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

Sanatorio Argentino está ubicado en la Ciudad de San Juan. El mismo nace en 1974, con una fuerte orientación hacia la atención a la mujer. Hoy cuenta con 80 camas de internación, 6 quirófanos y 1 sala de partos. Además de una Terapia intensiva neonatal, Terapia Intensiva pediátrica, hospital de día, un centro de fertilidad, laboratorio de análisis clínicos, entre otros.

La Misión de la Institución es brindar un servicio de excelencia en la preservación de la salud de sus huéspedes, con principal énfasis en la mujer y el niño, en un contexto de maternidad centrada en la familia, ofreciendo un ambiente afectivo, agradable y cómodo, con una atención diferencial y especializada. Igualmente, su visión como institución es ser reconocidos como una empresa de excelencia en salud a nivel Nacional, y los valores son la pasión por el servicio al cliente, la calidez en el trato y la mejora continua.

Con respecto a la estructura de la Institución está organizada de la siguiente forma: El directorio del Sanatorio está conformado por un Director Médico, Gerente Administrativo, Asesor Corporativo y un Asesor de Dirección Médica. Además cuenta con un Departamento de Calidad y Seguridad del paciente.

El Sanatorio cuenta con 3 sedes de atención, Sede San Luis Sur, Sede San Luis Norte, y Sede Santa Fe. Sede San Luis Sur específicamente cuenta con 16 especialidades y servicios entre las que se encuentran el Servicio de Neonatología, Servicio de Pediatría e Internación de Adultos donde se realizó principalmente la práctica.

La Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Sanatorio Argentino, fue fundada en 1995 y actualmente la capacidad de internación es de 15 plazas: 8 unidades

de cuidados críticos y 7 unidades de nursery. El servicio está formado por el Jefe y subjefe del Servicio, ambos médicos especialistas en Neonatología. Una Jefa de Enfermería, médicos especialistas en Neonatología, enfermeros y personal ayudante de enfermería. Además, como áreas de apoyo cuentan con: Lactario, Vacunatorio, Servicio de radiología/ecografía, Servicio de Psicología, y Servicio de Kinesiología.

En el año 2013 se inauguró la Unidad de Terapia e Internación Pediátrica, la misma cuenta con: Cirugía Pediátrica, gastroenterología infantil, guardia de 24 horas, kinesiología pediátrica, y terapia intensiva e internación pediátrica. En este último fue en donde se llevó a cabo el Trabajo Integrador Final. La terapia Intensiva cuenta con 5 camas, y el área de Internación con más de 13 camas. El Servicio está formado por un Jefe y Subjefe, ambos doctores especialistas en pediatría, Jefa de Enfermería, enfermeros, y también un alumno residente. Además cuenta con áreas de apoyo de psicólogos, kinesiólogos y nutricionistas.

Ambos servicios tienen el objetivo de prestar cuidados intensivos y especializados a todos los recién nacidos (en el caso de la Terapia Intensiva Neonatal) o Niños y Adolescentes (en Servicio de Pediatría) que lo requieran, procurando un trato humanizado, que favorezca el vínculo temprano entre el niño y su familia, apoyando la participación de los padres en el cuidado de sus hijos.

Además, cuentan con la tecnología necesaria para atender integralmente todas las necesidades del paciente crítico. Se busca que el trabajo sea con un encuadre interdisciplinario, trabajando en conjunto las distintas áreas y disciplinas antes mencionadas.

El Servicio de Psicología en el Sanatorio tiene como objetivo principal brindar apoyo y contención en donde lo requieran, ya sea a las familias de los recién nacidos en el Servicio de Neonatología, a los pacientes pediátricos y sus familias que se encuentren en terapia intensiva o en internación o a los pacientes adultos internados que requieran interconsulta psicológica. El mismo

está formado únicamente por la Lic. Teresa Laría, quien se encarga de responder a todas las necesidades que surjan. Solo cuenta con una Lic. en Psicología que la suplanta en caso de no poder asistir por alguna razón, o en épocas de vacaciones. Además también interviene a través de la Fundación Sanatorio Argentino con diferentes actividades como charlas sobre autoestima, y maternidad, entre otras.

#### **1.4. Fase de planificación.**

De acuerdo con la hipótesis planteada y el objetivo del trabajo, se planifica un seguimiento específico para las mujeres en periodo posparto que están internadas en el sanatorio, así como también, para las nuevas mamás en la unidad de neonatología. Este seguimiento se realiza junto con la tutora de campo quien brinda una mirada clínica de mucha expertiz en cada caso.

Cuando el médico considera que una madre en periodo de posparto presenta síntomas psicológicos, se da aviso inmediatamente al servicio de psicología. En el momento en que la Lic. Laría entra en contacto con esta demanda, realiza “visitas” por las habitaciones de internación de maternidad. Esto es con el fin de abordar integralmente a las pacientes y de brindar apoyo psicológico en los casos necesarios.

Además se brindan espacios de escucha, contención y apoyo para las mamás de Neonatología. Lo que posibilita realizar un seguimiento más exhaustivo de la situación de cada paciente.

En concordancia a lo antes expuesto, se considera pertinente utilizar una entrevista semiestructurada como principal instrumento de recolección de datos. Dichas entrevistas se realizan a tres pacientes mujeres, de entre 25 y 40 años.

### **1.5. Fase de intervención.**

Durante la fase de intervención, en principio, la practicante llevó a cabo observaciones no participantes de las reuniones semanales de los padres de la unidad neonatal y del labor general de la psicóloga dentro del Sanatorio. Esto incluye la contención proporcionada por la psicóloga a los padres durante la terapia neonatal, el seguimiento psicológico de los padres más afectados, y el encuadre propio de la rama, la creación de espacios de escucha para las madres junto a sus bebés internados en las servocunas, intervenciones en internación por maternidad, entre otros enfoques de intervención del Servicio de Psicología.

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

Considerando la relevancia del Servicio de Psicología en el acompañamiento y contención para madres en periodo de posparto, se planifican tres entrevistas con mamás que se encuentran muy afectadas en periodo de posparto. Una de ellas de edad media (25 años) y otras en edad adulta (35 y 40 años). El propósito de estas entrevistas es doble, por un lado, facilitar un acercamiento al rol profesional del psicólogo para comprender de mejor manera las implicaciones psicológicas durante el puerperio y por otro, detectar la presencia del síndrome de Baby Blues.

Estas intervenciones se llevaron a cabo después de realizar una investigación exhaustiva sobre temas como el puerperio, psicología de la mujer en la adultez, síndrome de baby blues, asegurando así un enfoque fundamentado y empático en la interacción con las personas entrevistadas. Se opta por organizar la entrevista de manera cronológica, abarcando las etapas de embarazo, parto y puerperio, con el fin de ofrecer un formato más claro y estructurado para las madres entrevistadas

### **1.6. Fase de análisis y elaboración.**

La investigación se basa en estudios cualitativos debido a que busca el análisis y la comprensión de datos sin pretender articular los resultados con la medición de variables.

Por consiguiente las técnicas empleadas fueron de tipo cualitativo tanto durante la recolección de información como durante la ejecución de intervenciones y el análisis efectuado.

En un primer momento de la investigación se utilizó la técnica de observación no participante en las reuniones de los padres de neonatología, durante el seguimiento psicológico de los padres más afectados, los de espacios de escucha para las madres junto a sus bebés internados en las servocunas y las intervenciones en internación por maternidad. Posteriormente se realizaron intervenciones en los espacios antes mencionados. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a tres madres puérperas con indicios de síndrome de Baby Blues, lo que permitió profundizar en los elementos clave para el diagnóstico.

Cabe aclarar que durante la aplicación de todas las técnicas se utilizó como instrumento una hoja de registro en donde se fue escribiendo todo lo observado.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

A continuación, se exponen tres casos de pacientes que dan a luz en el mes de septiembre de 2023 en el Sanatorio Argentino. Los nombres y algunos datos han sido modificados a fin de resguardar la identidad de las pacientes. Al momento de la entrevista, las tres madres se encuentran en el cuarto mes de puerperio.

Los casos que se presentan a continuación están organizados de manera cronológica para ofrecer una visión integral, detallada e histórica, de cada caso.

#### **Caso 1 - Florencia**

Florencia tiene 26 años, es estudiante y trabaja en la administración pública. Actualmente, vive con su pareja y su hija Ana. Ella es madre primeriza, no ha tenido embarazos anteriores ni pérdidas. Según su discurso no presenta antecedentes personales ni familiares de enfermedades o trastornos mentales.

#### **Embarazo**

En relación con la búsqueda del embarazo, Florencia no lo había planificado. Tenía un diagnóstico presuntivo de endometriosis, lo que le generó cierta angustia ante la posibilidad de no poder tener hijos. Sin embargo, poco después, se sorprendió al enterarse de que estaba embarazada. Aunque no era algo que habían buscado activamente, no se negaron a la posibilidad. Para ella, la noticia fue como "un baldazo de agua fría", mientras que su pareja la tomó con mucha ilusión y entusiasmo ante la idea de convertirse en padre.

Durante el embarazo, Florencia experimentó un malestar intenso, marcado por numerosos episodios de vómitos. Según relata, esta etapa no fue nada agradable. Le sorprendió cómo su cuerpo, mente y hormonas cambiaron drásticamente. Se sentía abrumada y ansiosa por tener todo listo, como la mudanza y la habitación del bebé, antes del nacimiento.

La paciente expresa que se sintió desconectada durante el embarazo: *“Era un cuerpo gestando, estaba totalmente desconectada”*. Menciona que nunca pudo hablarle a su panza ni acariciarla con amor.

En cuanto a sus expectativas sobre la maternidad, Florencia percibía esta etapa como “sombria”. A lo largo de todo el embarazo, estuvo acompañada por un profundo sentimiento de miedo, que iba desde la incertidumbre sobre cómo sería el parto, hasta la preocupación por cómo se encargaría del cuidado de su hija.

### **Parto**

Durante el embarazo, Florencia enfrentó problemas intestinales y fue diagnosticada con una infección por *Escherichia coli*. Esta infección le provocó pequeñas contracciones, lo que llevó a una fisura de la bolsa amniótica y resultó en la pérdida de líquido amniótico. A sus ocho meses, al acudir a la guardia con fiebre, los médicos controlaron los latidos del bebé y constataron que estaban muy elevados. Ante esta situación, se decidió realizar una cesárea de urgencia.

La paciente tenía una idea clara sobre cómo deseaba que fuera el parto: quería un parto natural, había firmado un plan de parto respetado y tenía la intención de preparar una playlist con música para acompañar el proceso. Sin embargo, las circunstancias llevaron a que Ana naciera por cesárea, apenas una hora después de llegar a la guardia.

El nacimiento de su hija no fue como ella lo había imaginado. Cuando Ana nació, no lloró, lo que generó gran preocupación en Florencia. Comenzó a preguntar a los médicos por qué no lloraba, y en ese momento la acercaron a su rostro para que le diera un beso. No pudo tener contacto piel a piel con su hija, y describe el momento como una experiencia *“rápida y fría”*.

El inicio de la lactancia fue un desafío para Florencia, ya que en un principio su bebé no se prendía al pecho. Pasó un día entero sin poder alimentarla. La primera noche en el sanatorio fue, según sus palabras, caótica; su hija lloraba

constantemente, y Florencia sabía que era por hambre. Sin embargo, las médicas minimizaron la situación de manera fría, a pesar de que ya habían pasado casi 24 horas sin que la bebé comiera. Posteriormente, se vio obligada a complementar la alimentación con fórmula, lo que le generó sentimientos de frustración, sintiendo que era *“menos madre”* por no poder amamantar a Ana de forma natural. No obstante, a los dos meses, la lactancia se estableció sin problemas.

## **Puerperio**

### **Emocional**

Físicamente, Florencia se recuperó muy bien después del parto y volvió a su peso rápidamente. Sin embargo, emocionalmente, atravesó un momento que describe como difícil.

Durante los primeros tres meses, todas las noches lloraba por su hija, a quien sentía muy indefensa, tenía miedo de que algo pudiera pasarle. Sentía mucha angustia y en ocasiones no podía explicar por qué lloraba.

La paciente también se sintió muy irritable; como ella misma señala: *“prácticamente todo me molestaba”*. Esta irritabilidad la descargaba principalmente con su pareja, por lo que la emoción de ira estuvo como telón de fondo a lo largo de su puerperio.

La paciente expresa sentir preocupación y ansiedad por cuestiones que antes no le generaban esas emociones, por ejemplo: salir de la casa. Si sale sola, su mente está llena de preocupaciones sobre su hija; y si sale con ella, se inquieta por detalles como si la música está demasiado fuerte, si la bebé está cómoda, si ha tocado algo del suelo, etc. Se siente en un estado de alerta constante.

Pese a las dificultades, Florencia ha logrado sincronizarse con su bebé y entender sus necesidades. Afirma que puede identificar si su hija llora por sueño, hambre o por estar molesta. Como ella misma expresa: *“Me sincronice con ella tanto que pude entender y darle sentido a lo que le pasaba”*.

A lo largo de su relato, expresa sentimientos contradictorios hacia su bebé: un profundo amor, pero también frustración y cansancio por las exigencias diarias del cuidado. Se siente abrumada por las responsabilidades y tiene la impresión de que todo recae sobre ella desde que se levanta hasta el final del día.

Florencia duda frecuentemente de su capacidad para cuidar a su hija, cuestionándose si está haciendo las cosas bien. También siente que ha quedado en un segundo plano *“Me ocupo de prepararle la comida, de bañarla, y al final del día me doy cuenta de que ni siquiera comí”*. A pesar de que su pareja es muy presente y cuidadoso, ella percibe que él tiene una soltura e independencia que ella no experimenta. Se siente completamente absorbida por las necesidades de su bebé, dejando de lado sus propias necesidades

En cuanto a su energía, se siente constantemente agotada, tanto física como mentalmente. Ha experimentado cambios en sus patrones de sueño (ya que la bebé duerme dos horas como máximo durante la noche); así como también cambios en el apetito. Durante el embarazo, comía muy poco; luego, tras el parto, empezó a comer en exceso, pero después, al enfocarse en alimentar a su bebé, olvidaba alimentarse a sí misma, comiendo muy poco.

Durante la entrevista Florencia menciona un episodio que le generó culpa durante los primeros días después del parto. Mientras amamantaba a su hija, su suegro entró a la habitación, lo que le provocó vergüenza y la llevó a retirar el pecho del bebé. Como resultado, la niña no volvió a tomar el pecho hasta dos meses después. Florencia se sintió profundamente culpable por su reacción, pensando que debería haberse cubierto y continuado con la alimentación. Cree que a causa de este episodio la bebé se frustró y a partir de ahí comenzaron los problemas con la lactancia.

Con respecto a su identidad, Florencia comenta que después del parto experimentó una mezcla de emociones y no se reconocía a sí misma. *“Sentía que solo era la mamá de Ana y que ya no era más Florencia”*. Este mes, empezó a darse pequeños permisos para sí misma: bañarse sin culpa, trabajar, ir al gimnasio y hacer actividades para su bienestar. Florencia se siente más

fuerte y empoderada en comparación con cómo era antes. Sin embargo, considera que “su yo” anterior ha desaparecido.

Ella considera que gran parte de la angustia que experimentaba provenía de la pérdida de su identidad, de despedirse de una versión de sí misma que ya no regresará. Aceptar esta realidad fue clave para su adaptación a la maternidad. Ahora, se siente en constante ajuste a las necesidades de su hija.

Finalmente, compara la Florencia de antes con la de ahora, describiéndolas como dos personas completamente diferentes. Antes, era más relajada, dejando que las cosas fluyeran; ahora, es más nerviosa y consciente de todo lo que sucede a su alrededor.

### **Vincular**

Para Florencia, la llegada de su hija al hogar trajo consigo un cambio radical en la dinámica familiar. Aunque con su pareja mantenían una buena relación y compartían valores similares, al comenzar a criar a su hija juntos, se hicieron evidentes las diferencias en creencias y en la forma de abordar la crianza, influidas por las familias de origen de cada uno. Florencia describe este proceso como muy duro y lleno de desafíos. Fue un camino constante de ceder, negociar y crear acuerdos entre ambos.

Con respecto a la relación con su familia de origen, expresa que la maternidad cambió completamente la relación. Antes, seguía casi al pie de la letra lo que sus padres decían, pero con la llegada de su hija, logró establecer límites más claros. Además, la maternidad fortaleció su relación con su madre y su hermana. Florencia experimentó una mayor empatía hacia ellas, comprendiendo mejor sus vivencias y perdonando muchas situaciones del pasado.

La paciente observa que la maternidad transformó todo en su vida social. Ahora, antes de acudir a cualquier lugar, su primera preocupación es asegurarse de que su bebé esté cómoda y considerar quiénes estarán presentes. Notó un distanciamiento con algunas amigas que no estuvieron

presentes durante su embarazo pero, a su vez, esto le permitió acercarse a nuevas personas. En especial, se ha vinculado más con grupos de madres, sintiendo que las comprende mejor y que comparte experiencias similares con ellas.

Hace un mes Florencia regresó al trabajo y en esa vuelta experimentó sentimientos ambivalentes. Describe el contraste entre estar todo el día en casa cuidando a su bebé, rodeada de pañales y lactancia, y volver a vestirse y salir a la calle, lo que la hizo sentir "un poquito más ella misma". Sin embargo, al regresar a casa después de ese primer día laboral, la invadió una profunda angustia, preguntándose por qué se había ido. La culpa apareció de inmediato, y reflexiona que la maternidad está marcada por esta constante sensación de culpa.

### **Caso 2- María**

María tiene 35 años y es profesora universitaria. Actualmente, vive con su esposo y su hijo Francisco. Ella es madre primeriza, no ha tenido embarazos anteriores ni pérdidas. Durante la entrevista menciona tener antecedentes familiares de depresión y parkinson.

### **Embarazo**

María y su esposo se casaron en noviembre de 2022 y estaban abiertos a la posibilidad de ser padres. Al regresar de su luna de miel, la paciente presentaba que estaba embarazada. Cuando se realizó un análisis de sangre y confirmó el embarazo, comprendió que ese presentimiento era, efectivamente, una realidad. Desde los 27 años, había comenzado a sentir el deseo de ser mamá, pero las circunstancias no eran las adecuadas. Aunque quería ser madre, también experimentaba miedo al dimensionar la responsabilidad que implica criar a un hijo. Su deseo coexistía con la inquietud que le generaba esta nueva etapa.

Con respecto a las expectativas sobre la maternidad, María creía que podría manejarlo todo. Pensó que algunas cosas cambiarían, pero que el resto de su vida continuaría igual. Sin embargo, no dimensionó cuánto cambia todo, incluyendo a uno mismo como persona. Aunque realizó un curso sobre maternidad, tenía una idea diferente sobre el parto y el puerperio, creyendo que sería *“una experiencia más hermosa”*.

En cuanto al embarazo, durante este período el cansancio fue una constante, ya que tuvo mucho trabajo. Expresa haber seguido con su vida normal y no haber logrado conectarse con su estado de embarazo.

Casi sobre los 7 meses de embarazo María sufrió un episodio de descompensación en el trabajo, lo que la llevó a asustarse y darse cuenta de que necesitaba relajarse y disminuir el ritmo laboral.

El día antes de dar a luz, la paciente vivió una situación estresante. Un robo ocurrió en la casa vecina mientras ella se encontraba en su hogar junto a su esposo. El vecino alertó a todas las personas que habían en el barrio, a su vez hubo fuego cerca de la vivienda, lo que aumentó el nivel de estrés y angustia de María.

### **Parto**

El día del parto, María comenzó a sentirse mal desde la mañana. Tenía dificultades para ver con claridad, ni siquiera podía ir al baño sola, y al ponerse los anteojos su visión empeoraba. Preocupada, le envió un mensaje a su doctora, quien le indicó que acudiera de inmediato al sanatorio.

Al llegar a la guardia, los médicos le informaron que las pulsaciones del bebé estaban disminuyendo, lo que le generó un profundo miedo a perderlo. Le dijeron que había que realizar la intervención de inmediato. Su esposo regresó a casa para buscar el bolso del bebé mientras ella, en estado de entrega total, fue ingresada al quirófano por el personal médico.

Dado que no había mostrado signos de parto, los médicos decidieron realizar cesárea. La paciente, durante todo el embarazo había imaginado un parto

normal, por lo que se sintió frustrada al ver que nada ocurrió como ella lo había planeado.

Cuando se realiza la cesárea, se coloca un biombo para que la madre no vea el procedimiento. En la experiencia de esta paciente al quitar el biombo y tocar su abdomen, tomó conciencia de que su panza ya no estaba. Expresó que la experiencia fue como si le hubieran "quitado" al bebé, ya que no fue ella quien lo sacó de su cuerpo, sino los médicos.

Al nacer Francisco, si bien lo colocaron cerca de su mamá no pudieron experimentar ese primer contacto piel a piel.

Para María, el inicio de la lactancia fue complicado. El primer día después del parto, aún tenía problemas de visión, lo que le generaba inseguridad para sostener y alimentar al bebé. Además, sentía dolor generalizado en su cuerpo.

Aunque en un principio el bebé logró prenderse al pecho, la cantidad de leche que producía era escasa. Le indicaron que debía alimentar al bebé cada 3 o 4 horas, y ella cumplía estrictamente con ese horario, incluso poniéndose alarmas. Sin embargo, en un control médico, notaron que el bebé había perdido algunos gramos, y María se negó a darle leche de fórmula. Ya había tenido que someterse a una cesárea, por lo que no quería que otra parte del proceso fuese "artificial". En ese momento, la leche no terminaba de bajar de la mama, lo que la hizo sentir bastante frustrada.

En busca de apoyo, contactó a una puericultora, quien le proporcionó información y herramientas que resultaron de gran ayuda. Poco después, la lactancia se estabilizó, la producción de leche aumentó, y el bebé comenzó a ganar peso de manera adecuada.

## **Puerperio**

### **Emocional**

Los días posteriores al parto el miedo se hizo presente como emoción predominante, principalmente por la posibilidad de desarrollar hipertensión, como le había ocurrido a su madre, y por los problemas de visión que experimentaba. Se sentía muy triste y con un alto grado de irritabilidad, expresa que cualquier cosa la molestaba.

Durante los primeros tres o cuatro días después del parto, apenas se bañó. Su rutina consistía en mirar al bebé, dormir un poco y amamantarlo. Tenía miedo de que algo malo le sucediera a su hijo, como una muerte súbita o que se ahogara. Estaba en un estado de constante vigilancia. Pasaba las noches despierta, observando al bebé para asegurarse de que estuviera bien.

María compartió que mientras su hijo estaba dentro de ella, sentía que podía protegerlo mejor. *"Dentro mío, yo podía controlar más cosas. Afuera, hay lugares a los que él va a ir y situaciones que va a vivir donde no voy a poder estar con él"*. Esa sensación de que ya no lo tenía dentro fue un impacto emocional fuerte para ella, algo que describió como profundamente chocante.

La paciente relató que los primeros meses solía encerrarse en el baño para llorar, sin entender realmente la razón. Su familia le preguntaba por qué estaba triste, pero ella misma no lograba explicarlo. Las ganas de llorar surgían de la nada, sin un motivo aparente.

Además, María expresa haberse sentido muy irritable: *"Me sentía muy idiota y susceptible por absolutamente todo"*. Podía estar perfectamente bien disfrutando de momentos con su bebé, y de repente, sin previo aviso, sentía ganas de llorar. O, en otros momentos, estaba de mal humor y poco después todo cambiaba y se sentía bien nuevamente. Su esposo también notaba estos

cambios de ánimo repentinos y a menudo le preguntaba: “¿Ya se te pasó?”, reflejando la rapidez con la que sus emociones fluctuaban.

En cuanto a la ambivalencia propia de la maternidad, María relata que, en ocasiones, cuando su hijo hace berrinches simplemente porque quiere que ella esté presente, siente una profunda frustración. *"A veces me dan ganas de tirarle la oreja, pero recuerdo que es mi hijo y que no puede expresarse con palabras"*. Sin embargo, reconoce que estas situaciones le generan desesperación, describiendo lo difícil que puede ser manejar esos momentos.

Recuerda que, cuando su bebé era más pequeño, a menudo no sabía qué le pasaba cuando lloraba, lo que le generaba frustración. Sin embargo, con el tiempo, ha aprendido a conocerlo mejor y a identificar sus necesidades de manera más precisa.

Al ser consultada sobre cómo se siente al estar con su bebé y si ha experimentado momentos de desconexión o dificultad para disfrutar de su compañía, María admite que sí le ha sucedido. *"Me ha pasado, y me he sentido muy culpable por ello"*. A veces, simplemente desea tener un momento para ella, como bañarse tranquila. También expresa que siente una diferencia notable entre su experiencia y la de su esposo. *"Para él no es lo mismo, siento que tiene más libertad"*, comenta. María describe que a menudo experimenta una sensación de falta de libertad, ya que es plenamente consciente de que la vida de otra persona depende de ella. Además, se siente culpable cuando realiza actividades fuera de casa o cuando se permite hacer algo sin su familia.

La paciente a menudo se siente sobrecargada y agotada, piensa que a veces debería trabajar menos, ya que no duerme bien durante la noche. Se despierta a las seis de la mañana, y además su descanso es incómodo porque el bebé duerme en la cama con ella. *"Es algo que cuesta mucho"*, añade, refiriéndose a la dificultad de lidiar con la falta de descanso y el impacto en su bienestar.

María ha experimentado pensamientos negativos acerca de sí misma como madre, así como dudas sobre su capacidad para cuidar a su bebé. Comenta que, al descubrir que su bebé tenía una alergia, se cuestionaba constantemente: "*¿Qué estoy haciendo mal? ¿Será por lo que estoy comiendo?*". Estas preocupaciones le generaban un profundo sentimiento de culpa. Además, revela que bañarlo también le provocaba mucho temor, ya que temía que se ahogara o le sucediera algo malo. Estas inquietudes fueron recurrentes en sus primeros meses como madre, generándole ansiedad e inseguridad y además mucho sentimiento de culpa.

María siente que la maternidad ha traído cambios en su vida desde lo más superficial hasta lo más interno de su vida. Su cuerpo ha cambiado significativamente; así como también su agilidad, libertad y capacidad de tomar decisiones sin sentir culpa. María después de la maternidad se siente condicionada por sus nuevas responsabilidades. Para ella, ser madre representa la mayor responsabilidad que ha enfrentado en su vida. Si bien reconoce que en el trabajo puede cometer errores, no siente que tengan el mismo peso que un fallo en su papel de madre. Ahora, su enfoque principal es su hijo, y los comentarios de los demás ya no la afectan tanto como antes. Se muestra más decidida y dispuesta a luchar por lo que quiere, mostrando un cambio notable en su forma de ver el mundo y sus prioridades.

## **Vincular**

Con la llegada de Francisco, la dinámica familiar cambió rotundamente. Este cambio también ha afectado la relación entre ambos miembros de la pareja. Al principio, el bebé dormía en su cuna, pero tras un viaje, comenzaron a compartir la cama, y desde entonces no lo han hecho dormir en otro lugar. Esto ha llevado a que el bebé esté siempre presente en su espacio.

Como resultado, les es complicado mantener conversaciones privadas. Cuando su esposo intenta contarle algo, María se siente distraída, ya que está pendiente de las necesidades del bebé. Este nuevo equilibrio ha transformado la forma en que interactúan, haciendo que la comunicación entre ellos se vuelva un desafío.

Con respecto a sus relaciones familiares de origen María expresó que, antes de ser madre, solía estar muy atenta a sus padres. Sin embargo, hoy en día, su prioridad es su propia familia. Además, mencionó que solía cuestionar ciertas actitudes de sus padres, pero ahora, al tener un hijo, ha comenzado a comprenderlas desde una nueva perspectiva.

Antes de convertirse en madre, María describe su relación con su mamá como cercana, pero siente que la relación se ha profundizado significativamente desde que ella asumió el rol de madre. Expresa que ahora puede empatizar mucho más con su mamá, comprendiendo y valorando el sacrificio que hizo por sus hijos.

María comentó que, antes de ser madre, solía reunirse con frecuencia con sus amigas y siempre estaba muy disponible para ellas. Sin embargo, desde que nació su hijo, han cambiado sus prioridades. También mencionó que en su grupo de amigas ella era la única que aún no era mamá, lo que le generaba una diferencia en las experiencias compartidas. No obstante, desde que se convirtió en madre, siente que el vínculo entre ellas se ha fortalecido. Ahora

comparten más temas profundos, como la maternidad y la pareja, lo que ha afianzado aún más su grupo de amistades.

María describió la transición de volver al trabajo como una experiencia ambivalente. Por un lado, sentía tranquilidad al retomar su rutina laboral, pero, por otro, experimentaba celos hacia la persona que se quedaba en casa cuidando a su bebé. Sentía que se estaba perdiendo momentos importantes y que su bebé comenzaba a generar una conexión más profunda con esa persona. Además, como su esposo trabajaba desde casa de manera online, sentía que le estaba entregando todo: su esposo, su hogar, su hijo, su lugar. Aunque confiaba plenamente en quien se encargaba del cuidado, esa sensación de desplazamiento fue predominante al inicio. Con el tiempo, ese sentimiento fue disminuyendo.

### **Caso 3 - Isabel**

Isabel, de 40 años, es licenciada en diseño de indumentaria. Su núcleo familiar está compuesto por su esposo y sus tres hijos: Alma, quien está en edad escolar; Violetta, quien falleció poco después del parto; e Índigo, el menor y único varón. Isabel padece trombofilia adquirida de alto riesgo, una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la predisposición a desarrollar trombosis arterial o venosa, así como complicaciones obstétricas, debido a la presencia de anticuerpos procoagulantes.

## **Embarazo**

El embarazo de Índigo llegó de manera inesperada, y fue un proceso de altísimo riesgo para Isabel debido a su condición. Durante todo el embarazo, tuvo que inyectarse heparina diariamente en el abdomen, además de tomar otros dos medicamentos. Los controles médicos eran constantes, cada 10 a 15 días, e incluían consultas con el médico, ginecólogo, ecografías y ecodoppler. El miedo estuvo presente durante todo el embarazo.

En comparación con sus embarazos anteriores, Isabel describe su experiencia con Índigo como completamente diferente. Con Alma, aunque estaba embarazada, se sentía muy activa y mantenía su rutina diaria, podía hacer “de todo”. En contraste, el embarazo de Índigo fue mucho más complicado, ya que se trató de un embarazo de alto riesgo, estaba en reposo absoluto, le suspendieron actividades como yoga, limitando su movilidad y restringiendo cualquier esfuerzo físico.

En cuanto a su segundo embarazo, Isabel relata que esa experiencia fue muy difícil desde el principio. Tenía hematomas en el útero y aunque el hematoma desaparecía, en ocasiones presentaba sangrado. Alrededor de la semana 18, tuvo una fisura de la bolsa y estuvo en reposo total con internación domiciliaria. Durante este tiempo, experimentó dolores muy intensos, los que ella significa como si fueran de un desprendimiento de placenta. En la semana 24, tenía muchas contracciones y un sangrado significativo, por lo que se dirigió a la guardia, donde le informaron que se estaba desangrando literalmente.

En ese momento se realizó una cesárea de urgencia, a pesar de que Isabel había expresado su deseo de aguantar con la bebé en el vientre, comprendió que la vida de ambas estaba en riesgo. Entró al quirófano con una hemorragia grave. Aunque lograron salvar su útero y su bebé nació con vida, lamentablemente era muy pequeña y sus pulmones no estaban desarrollados. Desde la terapia intensiva neonatal le informaron que sería muy difícil que su cuerpo resistiera todos los procedimientos necesarios para que siguiera

viviendo. Lamentablemente, vivió solo unas horas y falleció al día siguiente, sin ningún tipo de asistencia, permitiendo que su vida se apagara.

Isabel menciona que fue una experiencia sumamente dolorosa. También señala que el Sanatorio Argentino no está preparado para afrontar situaciones como esta. A su llegada, la acomodaron en una habitación sin la delicadeza de retirar la cuna que estaba al lado de su cama. Al abrir la ventana, se podían escuchar a todos los bebés de las otras habitaciones llorando. La paciente enfatiza que no se puede poner en el mismo piso a las mujeres en maternidad y a aquellas que han pasado por un legrado o han perdido a un bebé. Esta falta de consideración muestra una carencia de contención y de información ante las pacientes en momentos tan delicados.

### **Parto**

Con respecto al parto de Indigo, Isabel relata que en la semana 30 comenzó a experimentar contracciones muy intensas, que culminaron en un primer sangrado. Al ser evaluada por la médica, se constató que el cuello del útero estaba borrado, lo que llevó a Isabel a hacer reposo total. En ese momento, decidieron administrar madurativos, una elección que resultó ser muy acertada. Recibió dos inyecciones de corticoides, que ayudan a que los pulmones del bebé maduren y se desarrollen adecuadamente. A partir de ahí, continuó con controles médicos y reposo.

Una noche, alrededor de las dos de la mañana, tuvo contracciones intensas y se dirigieron al sanatorio, donde la evaluaron y encontraron que tenía 6 cm de dilatación. Sin embargo, la médica le informó que el bebé era demasiado pequeño para pasar por el canal de parto, ya que esto podría causar lesiones. Así, se tomó la decisión de realizar una cesárea, algo que Isabel no deseaba inicialmente, pero se entregó a la situación, priorizando el bienestar de su hijo.

Cuando escuchó llorar a Índigo por primera vez, sintió una profunda tranquilidad. Isabel recuerda que, en ese instante, lo primero que pensó fue: *"Lo tengo conmigo, está bien"*. Sentía una gran tranquilidad al saber que su bebé estaba a salvo.

La paciente expresa que durante el momento de la cesárea se sintió muy bien acompañada. El equipo médico estaba compuesto en su mayoría por mujeres, lo que le brindó una sensación de apoyo y conexión en un momento tan delicado.

Siente que el bebé nació justo a tiempo, ya que después de haberse realizado la cesárea, se enteró de que el bebé había expulsado meconio, lo que indicaba sufrimiento fetal, una condición conocida como Síndrome de Aspiración Meconial. Afortunadamente, logró ser extraído a tiempo, lo que evitó complicaciones mayores.

Inmediatamente luego de nacer, Indigo ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatales (NEO), lo que fue una de las experiencias más difíciles para Isabel. Describe este ambiente como un *"mundo nuevo"*, donde se enfrentó a una realidad que desconocía por completo y que solo se comprende estando ahí. Al principio, sintió que la empatía por parte de los médicos y enfermeros era limitada, lo que hizo aún más complejo el proceso. En ese contexto, el puerperio sumaba otro desafío: caminar dentro de la NEO y extraerse leche se convertían en esfuerzos sobrehumanos. Isabel y su bebé Índigo pasaron dos semanas en la NEO, un período que vivenció como eterno.

Isabel menciona que iniciar la lactancia en la NEO fue otro desafío. A pesar de contar con experiencia previa en lactancia, el proceso se sintió complicado y exigente. Aunque los médicos la incentivaban a extraerse leche, no siempre lo hacían de manera cariñosa, lo que añadía presión a la situación. Además, la falta de estimulación directa del bebé dificultaba la producción de leche. Sin

embargo, Isabel se mantuvo enfocada en su objetivo de amamantar y logró hacerlo, lo que le brindó una gran satisfacción.

La paciente comparte que, en los días posteriores al parto, no tuvo la oportunidad de enfocarse en sí misma. Toda su atención estaba dirigida hacia el bebé, y sentía que debía estar bien para poder cuidar de él. En ese sentido, pasó a un segundo plano, pero lo vivió de manera positiva. A pesar de las dificultades, vivió este proceso con mucha fortaleza interna.

## **Puerperio**

### **Emocional**

Isabel describe que durante las primeras semanas de su puerperio lloraba constantemente. Expresa haberse sentido como "*una vaca lechera*" debido a las dificultades con la lactancia, que le causaban un dolor significativo en las mamas. Para ella fué difícil adaptarse de nuevo a este rol, en el que entregaba mente, cuerpo y alma las 24 horas del día. Sintió que pasó a un segundo plano y que su cuerpo estaba exhausto.

Algo clave en el relato de Isabel en este momento de la entrevista fué la siguiente frase: "*Con Índigo me pasó que disfrutaba de tenerlo y eso era todo lo que yo quería.*" Ese sentimiento de felicidad y gratitud por tener a su tercer hijo con vida predominó por sobre otros sentimientos como la irritabilidad, miedo, cansancio y otros sentimientos propios de la maternidad en este periodo.

Si bien comenta que en ciertas situaciones siente ambivalencia hacia el bebé y que en ocasiones se siente sobrepasada por las responsabilidades, se observa cómo estos sentimientos quedan en segundo plano.

Isabel expresa que ha logrado conectarse con las necesidades de su bebé, saber que le pasa en cada momento, hasta incluso en los de angustia y malestar ha podido resolver la situación de forma amorosa.

Isabel ahora ve la vida con otros ojos; se siente más empática y está orgullosa de su nueva versión. Ha llegado a comprender que, para poder dar lo mejor a los demás, primero hay que estar bien con uno mismo: *“El bienestar comienza desde adentro”*. La maternidad le ha enseñado a buscar un equilibrio sano entre lo que ella quiere, lo que necesita y lo que los demás esperan de ella. Ha aprendido a darle un nuevo valor a las prioridades y a organizar mejor su vida.

La experiencia de ser madre también la ha acercado a su "tribu" de mujeres: su madre, sus hermanas y otras madres. Para ella, esta red de apoyo es más esencial que nunca en la sociedad actual. Sin embargo, Isabel cree que la maternidad suele estar muy idealizada. Muchas personas piensan que después de tener un bebé, la vida vuelve a ser la misma, pero en realidad todo cambia: las prioridades, los valores, y nada vuelve a ser como antes, por más que uno lo intente.

### **Vincular**

Cuando llegó el momento de llevar a Índigo a casa, la familia entera fue a buscarlo a la unidad de neonatología: tíos, abuelos y primos estuvieron presentes. Fue una bienvenida hermosa, llena de emoción, ya que todos estaban esperando ansiosamente ese momento.

Respecto a la dinámica familiar, Isabel siente que todo cambió con la llegada de su bebé. Después de haber atravesado una pérdida previa, un embarazo de alto riesgo y el constante miedo a que algo pudiera salir mal, tenerlo finalmente con ellos lo significaba todo. *“El cansancio, la falta de sueño, todo se relativiza cuando lo tenemos en nuestros brazos”*.

Recuerda que con su primera hija fue muy difícil, ya que no dormía nada, lo que hizo que atravesaran momentos muy duros en varios aspectos. Ante esa experiencia, piensa: *“¿Qué peor lo podemos pasar?”*

Respecto a tener dos hijos, ha escuchado que suele ser muy difícil, pero no ha sido su caso. Con su segundo bebé, se siente más relajada, dejando que las cosas fluyan de manera más natural. Para Isabel, el paso de uno a dos hijos no ha representado un desafío. Destaca las diferencias en cómo se vive la paternidad y la maternidad. *"Vos ves que el padre está de diez, va a trabajar, duerme bien en la noche"*. No es lo mismo para la mujer que para el hombre.

La paciente siente que la maternidad ha transformado profundamente sus relaciones familiares, especialmente su rol dentro de su familia de origen. Su perspectiva cambió completamente. *"La maternidad te acerca a tus seres queridos y te pone en el lugar de tus propios padres"*. Antes podía ser muy crítica, pero ahora admira a sus padres. A su vez, ver a sus padres en el rol de abuelos le resulta una experiencia muy gratificante.

En cuanto a su relación con su madre puntualmente, Isabel reconoce que ha mejorado notablemente. Antes solía haber muchos conflictos entre ellas, ya que tendían a chocar y ella juzgaba mucho a su madre. Sin embargo, la maternidad le hizo cambiar su mirada: lo que antes criticaba, ahora lo valora. Según su relato, su madre ha pasado de estar en un lugar de constante juicio a ocupar un pedestal. Isabel se pregunta constantemente: *"¿Cómo hacía ella para manejar todo?"*.

La maternidad ha impactado significativamente en las amistades y en la vida social de Isabel. Para ella, es una nueva etapa de la vida que te lleva a crear nuevos vínculos. Se ha acercado más a personas que están viviendo la misma experiencia, ya que es inevitable que las conversaciones giren en torno a los hijos. Esto le ha permitido empatizar más con quienes están atravesando etapas similares.

Isabel describe la transición de volver al trabajo como una experiencia muy difícil, especialmente con su primera hija. Aunque no necesitaba su sueldo para

vivir, la imposibilidad de retomar su vida laboral como antes le generaba una gran frustración. Además, el sentimiento de culpa por dejar a su bebé siempre estaba presente. Para ella, *“la culpa es la peor enemiga de la maternidad”*.

Con Índigo, la situación ha sido diferente, ya que trabaja en un negocio familiar, lo que le ha permitido una transición más sencilla. Esta nueva etapa le brinda la posibilidad de llevar a su bebé al trabajo y le ofrece mayor flexibilidad en cuanto a los días, horarios y modos de trabajar. Gracias a esto, no experimenta la misma frustración que sintió al reincorporarse al trabajo tras el nacimiento de su primera hija.

Isabel cree firmemente que, durante los primeros años de vida de los hijos, lo ideal sería que las madres no tuvieran que trabajar fuera de casa, ya que conciliar la crianza, la maternidad, el hogar y el trabajo resulta sumamente difícil.

## **CAPÍTULO IV**

### **Discusión**

#### **Conclusiones generales**

Desde el inicio, este trabajo se enmarca en la necesidad de ampliar el estudio de la psicología perinatal, en particular, en lo que respecta a la comprensión y visibilización del estado emocional de las madres durante el puerperio, con un énfasis especial en el síndrome de Baby Blues o tristeza posparto.

A continuación se articula la teoría con tres casos clínicos a fin de cumplir con los objetivos del presente trabajo integrador final.

#### **Puerperio**

##### **Plano físico**

Florencia, María e Isabel se encuentran inmersas en el proceso de matrescencia, enfrentando las profundas transformaciones físicas y emocionales que caracterizan esta etapa. Todas han retornado gradualmente a su condición pregestacional. Asimismo, transitan el puerperio tardío, ya que han alcanzado los cuatro meses de posparto. Aunque este período se desarrolla dentro de lo esperable en términos físicos, cada una lo experimenta de manera única, reflejando las particularidades de su individualidad.

##### **Caso 1:**

Florencia tiene una notable recuperación física posterior al parto. Ha vuelto a su peso habitual de manera rápida y ha logrado establecer con éxito la lactancia materna. Expresa no haber experimentado dolores ni complicaciones relacionadas con la cesárea.

**Caso 2:**

María, por otro lado, ha visto cómo su cuerpo ha cambiado significativamente con un considerable aumento de peso y una disminución en su agilidad. Manifiesta tener dolores en sus mamas como consecuencia de la lactancia.

**Caso 3:**

Isabel, por su parte, describe su experiencia física como una sensación de "rotura", utilizando la metáfora de sentirse como "una vaca lechera" para expresar su compleja relación con los cambios en su cuerpo. Tras el parto, tuvo que trasladarse a la neonatología, lo que le resultó extremadamente difícil y lo describe como un esfuerzo sobrehumano.

En conclusión, si bien todas las mujeres atraviesan el mismo período biológico del puerperio tardío, las diferencias en sus experiencias físicas desde la rápida recuperación de Florencia, hasta la lucha de María con el dolor y el aumento de peso, y la sensación de ruptura de Isabel ponen de manifiesto la diversidad de respuestas corporales durante esta etapa.

**Plano psicológico**

Según la clasificación de Ramírez Mathos, en el plano psicológico, las madres de los tres casos estudiados se encuentran en un periodo de puerperio emocional, lo cual se infiere a partir de las recurrencias en sus relatos. En esta etapa, experimentan una profunda fusión emocional con sus bebés, acompañada de sentimientos de cansancio, soledad y culpa. De manera paulatina, ellas están comenzando a recuperar su autonomía mediante ciertas acciones como el regreso al trabajo, lo que favorece gradualmente la separación de la díada madre-hijo.

### **Caso 1:**

Con respecto a los elementos claves que moldean la vivencia psicológica del puerperio, encontramos la presencia de un embarazo no deseado; según la teoría, cuando se presenta un embarazo no deseado, tanto la mujer como su pareja (si la tiene) se enfrentan a una situación llena de dilemas, incertidumbre y miedos. Florencia expresa que a lo largo de todo el embarazo, estuvo acompañada por un profundo sentimiento de miedo, que iba desde la incertidumbre sobre cómo sería el parto hasta la preocupación por cómo se encargaría del cuidado de su hija. Sumado a esto, es una madre que nunca pudo conectarse con su estado de embarazo. En sus palabras: “Era un cuerpo gestando, estaba totalmente desconectada”. Menciona que nunca pudo hablarle a su panza ni acariciarla con amor.

### **Transformaciones y procesos psicológicos durante el puerperio**

#### *Identidad*

Florencia comenta que después del parto experimentó una mezcla de emociones y no se reconocía a sí misma. “Sentía que solo era la mamá de Ana y que ya no era más Florencia”. Considera que “su yo” anterior ha desaparecido: “La persona que fui se ha ido, mi yo de antes ya no existe”. Atribuye gran parte de la angustia que experimentaba por la pérdida de su identidad, por despedirse de una versión de sí misma. Aceptar esta realidad fue clave para su adaptación a la maternidad. Compara la Florencia de antes de ser madre, con la de ahora, describiéndolas como dos personas completamente diferentes.” Antes, era más relajada, dejando que las cosas fluyeran; ahora, soy más nerviosa y consciente de todo lo que pasa a mi alrededor.”

Este relato refleja lo señalado en la teoría, donde se afirma que la identidad personal se configura en la infancia y se transforma a lo largo de la vida a través de los contextos y las interacciones sociales. La teoría plantea que la identidad no es única ni estática, sino que, al igual que los roles y las

relaciones, se redefine constantemente. Así, una persona puede construirse y reconstruirse mediante múltiples narrativas a lo largo de las distintas etapas vitales, como Florencia lo experimenta en su transición a la maternidad.

#### *Preocupación maternal primaria*

Con respecto a la preocupación maternal primaria descrita por Winnicot, este es un estado que se desarrolla gradualmente durante el embarazo y persiste después del nacimiento del bebé. Es una “enfermedad normal” que permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del niño/a.

Según el autor, sólo si la madre se halla sensibilizada, puede ponerse en el lugar del pequeño y, de este modo, satisfacer sus necesidades.

Si bien Florencia no pudo conectarse durante el embarazo, expresa que ha logrado sincronizarse con su bebé y entender sus necesidades. Afirma que puede identificar si su hija llora por sueño, hambre o por estar molesta. Como ella misma expresa: “Me sincronice tanto con Ana que puedo entender y darle sentido a lo que le pasa”.

#### *Actitud maternal*

El concepto de actitud maternal propuesto por Daniel Stern se manifiesta claramente en el caso de Florencia. Según Stern, la actitud mental de una persona determina sus prioridades, sensibilidades y el enfoque ante diversas situaciones, influyendo directamente en sus decisiones y comportamientos. En el caso de una mujer que se convierte en madre, esta actitud experimenta una transformación radical, alterando su forma de percibir el mundo. Florencia menciona que, desde la llegada de su hija, sus prioridades, preocupaciones y relaciones sociales han cambiado por completo.

La actitud maternal conlleva nuevas responsabilidades en el cuidado, desarrollo y alimentación del bebé, y Florencia se adapta plenamente a estas exigencias. En ocasiones, se siente en un segundo plano, completamente

absorbida por las necesidades de su hija, lo que resalta la dedicación y entrega que caracterizan su nueva identidad como madre.

En el ámbito familiar, la maternidad ha modificado significativamente su relación con su familia de origen. Antes, seguía casi automáticamente las indicaciones de sus padres, pero tras la llegada de su hija, comenzó a establecer límites más claros. Esta transición de rol, de hija a madre, no solo le permitió redefinir su relación con su familia, sino también profundizar su vínculo con su madre y hermana, a quienes ahora comprende desde una perspectiva más empática. Esta transformación coincide con lo que Stern describe como una nueva actitud mental, donde la madre se muestra más sensible a las experiencias compartidas y busca formas de validar su identidad a través de las relaciones familiares.

A nivel social, Florencia también experimentó un cambio notable. Tal como sugiere Stern, la actitud maternal implica una mayor sensibilidad hacia las necesidades del bebé, lo que repercute en sus elecciones y relaciones sociales. Para Florencia, el bienestar de su hija se ha convertido en su principal preocupación, afectando todas sus decisiones. Esta nueva perspectiva la llevó a distanciarse de amigas que no estuvieron presentes durante su embarazo, al tiempo que se acercó a grupos de madres con quienes comparte experiencias similares. Esta búsqueda de relaciones que validen su nueva identidad de madre refleja de manera clara el proceso de construcción de su actitud maternal.

### *Maternaje*

La teoría del maternaje propuesta por Racamier, que aborda los procesos psicoafectivos que permiten a la mujer asumir la función materna, se refleja claramente en la experiencia de Florencia. Según Racamier, el amor maternal es intrínsecamente ambivalente: lejos de ser un sentimiento puro e ideal, es un estado complejo y ambiguo en el que coexisten el amor y la agresividad, el deseo de invertir en el hijo y la necesidad de reconocer su autonomía. Esta ambivalencia está presente en las emociones que Florencia expresa a lo largo de su relato, donde describe tanto el profundo amor por su bebé como la frustración y el cansancio que siente ante las exigencias diarias del cuidado.

Florencia atraviesa lo que Racamier describe como una crisis evolutiva, una etapa de transformación personal que genera estrés, pero también impulsa al crecimiento y fortalecimiento del yo. El regreso al trabajo, después de estar un tiempo dedicada exclusivamente al cuidado de su hija, ejemplifica esta situación. Por un lado, volver a su trabajo le permitió sentirse más conectada consigo misma, retomando aspectos de su identidad previa a la maternidad. Sin embargo, al regresar a casa tras su primer día laboral, experimentó una profunda angustia y culpa, preguntándose por qué había dejado a su bebé. Esta contradicción entre el deseo de ser productiva, volver al trabajo y el deber maternal que la invade está en sintonía con la idea de este autor.

Florencia también menciona que la maternidad ha puesto a prueba su relación con su pareja, lo que coincide con la idea de que la crisis de la maternidad afecta a todo el grupo familiar. En su caso, el proceso de reconfigurar las creencias y formas de crianza con su pareja es un esfuerzo constante. Esto refleja también, cómo las experiencias actuales de Florencia como madre están influidas tanto por su situación presente como por sus relaciones familiares previas.

### *Influencia de factores sociales durante el puerperio*

De acuerdo con la entrevista administrada, se puede inferir que, aunque las expectativas sociales y culturales del contexto histórico siempre tienen influencia, en el caso de Florencia, no parecen ejercer una presión significativa sobre ella. Excepto en el punto de las diferencias entre el hombre y la mujer con respecto a la maternidad. A pesar de que su pareja es muy presente y cuidadoso, ella percibe que él tiene una soltura e independencia que ella no experimenta.

#### **Caso 2:**

Con respecto a los elementos claves que moldean la vivencia psicológica del puerperio, en este caso María tuvo un embarazo deseado, aunque con expectativas un tanto elevadas sobre la maternidad, en sus palabras, “creía que iba a poder manejarlo todo”. Además, tenía una idea distinta sobre el parto y el puerperio, pensando que sería “una experiencia más hermosa”.

Si bien el embarazo fué deseado por la pareja, María no logró conectarse con el bebé durante el embarazo. Plantea que seguía con su vida “normal”.

### **Transformaciones y procesos psicológicos durante el puerperio**

#### *Identidad*

La teoría sostiene que al ser madre, además de gestar un hijo, se gesta una nueva identidad materna. Se sabe, que la identidad es dinámica e implica que las personas pueden redefinirse en distintos momentos vitales. En el caso de María, se observa claramente este proceso de redefinición de su identidad.

La maternidad ha traído cambios en su vida desde lo más superficial como el cuerpo hasta lo más íntimo y estático de su personalidad. Ahora se muestra más decidida y está dispuesta a luchar por lo que quiere, mostrando un cambio notable en su forma de ver el mundo y sus prioridades. La paciente percibe la

maternidad como la mayor responsabilidad que ha asumido, captando que los errores que puede cometer en su rol de madre tienen un peso emocional mucho mayor que aquellos cometidos por ejemplo en el ámbito laboral.

#### *Preocupación maternal primaria*

María reconoce que, al principio, se sentía frustrada cuando su bebé lloraba, ya que no sabía identificar sus necesidades. Con el tiempo, ha aprendido a conocerlo mejor, logrando una mayor precisión en la interpretación de sus demandas. Esta evolución refleja el desarrollo de la capacidad materna para sintonizarse con su hijo, un aspecto fundamental en el estado de preocupación maternal primaria, que alcanza su punto más sensible en las semanas posteriores al nacimiento.

Se infiere luego de la entrevista, que la desconexión durante el embarazo, sumado a las complicaciones de la cesárea, la visión borrosa, el miedo a la hipertensión y el dolor en el cuerpo, dificultaron en principio el estado de sensibilización que Winnicot describe. Es evidente que la relación de María con su hijo ha ido madurando, y su capacidad para modular las emociones del bebé y darle sentido a sus necesidades también ha crecido.

Aunque ha enfrentado momentos de desconexión, el progreso de María en comprender y atender a su hijo refleja la integración entre su rol de madre y las exigencias de la maternidad, favoreciendo tanto el desarrollo emocional del bebé como su propio crecimiento en esta nueva etapa.

#### *Actitud maternal*

Según Stern, la maternidad implica una reconfiguración total de la vida mental, donde la madre desarrolla una nueva actitud mental que guía sus decisiones y prioridades. Esta teoría cobra vida en el relato de María, quien menciona que antes de ser madre solía centrarse mucho en sus padres, pero ahora su prioridad es su propia familia. Este cambio en sus prioridades refleja esa

"nueva organización mental" que Stern describe, donde la actitud maternal desplaza el lugar previo de hija.

Además, Stern sugiere que la maternidad trae consigo una identificación con el rol de madre más que con el de hija. María expresa que su relación con su mamá se ha profundizado desde que asumió su propio rol de madre, lo que muestra una mayor empatía y comprensión hacia las vivencias de su mamá. Esta transición entre ser hija y madre, con sus altibajos emocionales, es congruente con lo que Stern señala acerca de las emociones complejas que las madres suelen experimentar, donde se mezclan la alegría y la tristeza al cambiar de roles dentro del sistema familiar.

Otro aspecto importante que Stern subraya es la necesidad de las madres de validación en su nueva identidad. Esto se manifiesta en el caso de María, quien, al vincularse más profundamente con sus amigas que también son madres, ha encontrado un espacio de apoyo y comprensión. Estos intercambios con otras mujeres, como señala Stern, ofrecen una validación emocional que permite a las madres compartir sus experiencias y normalizar sus emociones. En el caso de María, este fortalecimiento de los vínculos con su grupo de amigas también demuestra cómo la maternidad impulsa la necesidad de conectarse con pares que estén atravesando situaciones similares.

### *Maternaje*

En el caso de María, la teoría de Racamier sobre el "maternaje" y la ambivalencia en el amor maternal encuentra una expresión concreta en sus experiencias diarias. Racamier señala que el amor maternal es complejo y está lleno de contradicciones, un sentimiento donde se entrelazan el amor y la agresividad. María refleja este aspecto cuando relata su frustración ante los berrinches de su hijo Francisco, describiendo cómo, en momentos de desesperación, le cuesta manejar sus emociones. Sin embargo, siempre recuerda que su hijo aún no puede expresarse con palabras. Esta vivencia pone en evidencia la ambivalencia que describe Racamier, donde el amor por el hijo coexiste con sentimientos de tensión.

La teoría también señala que la maternidad es una crisis evolutiva que afecta al grupo familiar y puede generar situaciones de estrés, pero también oportunidades de crecimiento. Esto es evidente en el cambio de dinámica entre María y su pareja tras la llegada de Francisco. El hecho de compartir la cama con su hijo ha transformado sus interacciones como pareja, dificultando la comunicación y generando tensiones. La crisis que implica este cambio en la dinámica familiar se ajusta a lo que Racamier describe como una oportunidad de crecimiento, donde las dificultades llevan a una evolución tanto en la madre como en el grupo familiar.

### *Influencia de factores sociales durante el puerperio*

Desde la teoría, Carmona (2024) menciona que esta etapa está marcada por presiones psicosociales, como la exigencia de recuperación física rápida, los altos estándares de belleza y los ideales de perfección. María vivencia esto de manera directa, ya que siente angustia por no recuperar su peso de forma inmediata, lo cual es un ejemplo claro de cómo estos mandatos sociales afectan emocionalmente a las madres.

En la sociedad actual se tiende a idealizar la maternidad, presentándola como un período pleno y feliz, sin espacio para la ambivalencia. María, por su parte, creía que la experiencia de ser madre sería más sencilla, lo que genera una brecha entre sus expectativas y la realidad, creando una sensación de frustración.

Finalmente, María también percibe una diferencia entre su experiencia y la de su esposo, sintiendo que él tiene más libertad. Este contraste resalta cómo los mandatos sociales no afectan de la misma manera a padres y madres, generando una carga adicional sobre las mujeres. Esto refuerza la idea de que los modelos no solo crean expectativas poco realistas, sino que también perpetúan desigualdades en la distribución de las responsabilidades parentales.

### **Caso 3:**

Con respecto a los elementos clave que moldean la vivencia psicológica del puerperio, en el caso de Isabel se identifican tres factores fundamentales: el embarazo de alto riesgo, la pérdida perinatal previa y la internación de su bebé Índigo en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Según su relato, la pérdida perinatal previa al embarazo de Índigo fue profundamente dolorosa. Aquel embarazo estuvo marcado por complicaciones desde el inicio, relacionadas con su trombofilia adquirida, que incluyeron hematomas uterinos, reposo absoluto y una fisura de la bolsa en la semana dieciocho. A pesar de los esfuerzos médicos, la bebé nació de manera prematura y falleció pocas horas después. Desde una perspectiva teórica, el puerperio tras una pérdida perinatal implica enfrentar un duelo complejo, particularmente difícil porque se produce en un periodo que habitualmente se asocia con la llegada de un hijo y la alegría de formar una familia.

En el caso de Índigo, el embarazo de alto riesgo llevó a Isabel a vivir en un estado de alerta constante. La trombofilia adquirida que le diagnosticaron implicó un tratamiento riguroso con heparina y otros medicamentos, además de controles médicos frecuentes cada 10 a 15 días. Este tipo de embarazos, como se señala teóricamente, conllevan un alto nivel de angustia y vulnerabilidad al malestar psíquico, ya que demandan un cuidado especial y constante. Isabel no solo debía lidiar con el miedo de posibles complicaciones, sino también con la memoria de su pérdida anterior, lo que intensificaba su estado de ansiedad. El reposo absoluto y las restricciones físicas, como la suspensión de sus actividades, también limitaron su movilidad, lo que contribuyó a generar un malestar físico y emocional adicional.

La estadía de Índigo en neonatología sumó otro componente crítico al puerperio de Isabel. La separación inmediata de su bebé, que había estado tan

cerca de ella durante todo el embarazo, rompió abruptamente con la cercanía que caracteriza esta etapa, tal como se describe en la teoría sobre el puerperio en casos de neonatología. Isabel entró en un estado de shock, donde el entorno hospitalario y la incertidumbre sobre la salud de su bebé la envolvieron en un clima de angustia, miedo y culpa. Estos sentimientos coinciden con los efectos descritos en la literatura sobre el impacto emocional que genera la separación madre-hijo en esta etapa.

#### *Nueva identidad*

Isabel muestra cómo la maternidad no solo implica la llegada de un hijo, sino también la creación y reconfiguración de una nueva identidad que desafía y enriquece la vida. Esta experiencia singular de ser madre, con todos sus desafíos y aprendizajes, permite a Isabel redefinir su visión del mundo y de sí misma.

En este contexto, Isabel ha llegado a ver la vida con otros ojos tras su experiencia como madre. Se siente más empática y orgullosa de su nueva versión. Ha comprendido que el bienestar personal es esencial para poder ofrecer lo mejor a los demás, reflejando la idea de que “el bienestar comienza desde adentro”. Esta nueva perspectiva la ha llevado a buscar un equilibrio saludable entre lo que desea, lo que necesita y las expectativas de su entorno. Además, la maternidad le ha permitido reorganizar sus prioridades y administrar su vida de una manera más efectiva.

La experiencia de ser madre ha fortalecido su conexión con su "tribu" de mujeres: su madre, sus hermanas y otras madres. Para Isabel, esta red de apoyo resulta esencial en la sociedad actual. No obstante, también reconoce que la maternidad a menudo está idealizada. Muchas personas creen que, tras la llegada de un bebé, la vida retorna a la normalidad, pero Isabel entiende que

todo cambia: las prioridades, los valores y, en esencia, la vida misma, nunca vuelve a ser igual, por más que uno lo intente.

#### *Preocupación maternal primaria*

En el caso de Isabel, ella expresa haber logrado una conexión profunda con las necesidades de su bebé, Índigo, lo que refleja este estado de preocupación maternal primaria. Isabel menciona que puede identificar lo que le sucede a su hijo en cada momento, incluso en situaciones de angustia o malestar, logrando resolverlas de manera amorosa. Esta capacidad de sintonizar con las necesidades del bebé y responder de manera adecuada muestra cómo Isabel ha podido entrar en ese estado de sensibilidad materna descrito por Winnicott, donde su respuesta emocional y física no solo calma al niño, sino que también le permite comenzar a estructurar su propio psiquismo.

#### *Actitud maternal*

La paciente ha experimentado esta transformación en su vida mental y emocional desde la llegada de su hija Alma. Describe cómo su perspectiva ha cambiado profundamente, especialmente en relación con su familia de origen. Isabel ha pasado de identificarse principalmente como hija a asumir plenamente el rol de madre, lo que ha reconfigurado sus relaciones familiares, en particular con sus padres. Antes era muy crítica con ellos, ahora los admira, especialmente a su madre, a quien solía juzgar. Isabel reconoce que lo que antes criticaba ahora lo valora, y se pregunta constantemente cómo su madre lograba manejarlo todo.

Este cambio no solo ha afectado su relación familiar, sino también sus relaciones sociales. Isabel ha notado cómo la maternidad ha transformado su vida social y amistades, acercándola a otras mujeres que también están atravesando la experiencia de ser madres. Según Stern, esta nueva actitud maternal incluye la necesidad de validación de la identidad como madre, lo que

explica por qué Isabel se ha sentido más conectada con quienes comparten esta etapa de vida. La maternidad, según su relato, la ha llevado a desarrollar nuevas amistades y a enfocarse en temas relacionados con los hijos, lo que le ha permitido empatizar más con otras madres que atraviesan situaciones similares.

Además, la nueva actitud maternal implica asumir responsabilidades con respecto al cuidado y desarrollo del bebé. Como señala Stern, la confianza en la propia capacidad maternal surge cuando la madre ve que su bebé está sano y creciendo, lo cual otorga un profundo sentido de validación. Isabel ha mencionado cómo ha logrado adaptarse a las necesidades de Índigo, y esta capacidad le ha dado seguridad en su rol de madre.

### *Maternaje*

La experiencia de Isabel ilustra cómo los procesos psicoafectivos del maternaje y la ambivalencia del amor maternal se integran en su vida diaria. Esta ambivalencia está claramente presente, la paciente menciona que, en ciertos momentos, experimenta sentimientos contradictorios hacia su bebé, llegando a sentirse sobrepasada por las responsabilidades que la maternidad implica. Este conflicto emocional refleja la complejidad del amor maternal que describe Racamier, donde el cansancio y la falta de sueño, combinados con el inmenso amor por su hijo, generan una tensión interna que Isabel debe gestionar constantemente. Sin embargo, ella también expresa que tener a su bebé en brazos relativiza todas las dificultades.

A través de la maternidad, Isabel ha atravesado desafíos emocionales y familiares que la han confrontado con sus propios recursos internos y la han llevado a redefinir su identidad y sus vínculos, tanto con su bebé como con el resto de su familia.

### *Influencia de factores sociales durante el puerperio*

La influencia social es clara en la percepción de Isabel sobre la maternidad. Ella siente que la experiencia de ser madre está "muy romantizada". Además, destaca las diferencias en cómo se vive la paternidad y la maternidad. "Vos ves que el padre está de diez, va a trabajar, duerme bien en la noche". Mientras que el padre parece conservar su independencia y rutina, Isabel experimenta una fuerte sensación de culpa cuando sale de casa, como si tuviera menos libertad que él. Esta diferencia en cómo se valoran los roles paterno y materno refleja no solo las expectativas sociales de la madre como la figura principal de cuidado, sino también la desigualdad en la distribución de responsabilidades, donde la mujer asume una mayor presión por estar constantemente disponible y vinculada al bienestar del bebé.

### **Plano vincular**

#### **Caso 1:**

##### *Contacto piel a piel*

Cuando el estado de salud de la madre y el recién nacido lo permiten, se recomienda que el bebé sea colocado sobre el abdomen o el pecho de la madre inmediatamente después del parto, manteniéndose en contacto íntimo piel a piel sin interrupciones. (Soto, 2018, p.173.) Sin embargo, debido a que el nacimiento de Ana fue por cesárea de urgencia, ella y Florencia no pudieron tener ese primer contacto piel a piel. Florencia describe este momento como una experiencia fría y rápida, que contrastó con sus expectativas.

### *Lactancia*

En el caso de Florencia, el inicio de la lactancia significó un desafío importante. Su hija no se prendía al pecho, lo que resultó en un primer día caótico y lleno de frustración. Este momento, que en teoría debería haber favorecido la conexión emocional y física entre ambas, se transformó en una fuente de angustia. Florencia vivió una experiencia cargada de tensión emocional, intensificada por la falta de apoyo y la actitud fría del personal médico, lo cual dificultó aún más ese primer intercambio afectivo tan crucial para el desarrollo del vínculo, como lo describen los autores.

La dificultad inicial para amamantar generó en Florencia sentimientos de frustración y culpa, haciéndola sentir que no estaba cumpliendo adecuadamente su rol de madre. La necesidad de recurrir a una pezonera y luego a la leche en fórmula la hizo sentirse "menos madre". Estos sentimientos son coherentes con lo que señala la teoría sobre la importancia de cuidar las experiencias emocionales tempranas, ya que tienen un impacto tanto en la organización psíquica de la madre como en la del bebé.

No obstante, con el tiempo, Florencia logró superar estos obstáculos y, a los dos meses, la lactancia se estableció de manera exitosa. Esto refleja la capacidad de recuperación y adaptación que permite que, a pesar de un inicio difícil, el vínculo afectivo entre madre e hijo pueda fortalecerse, como lo señala la teoría al destacar la importancia de una simbiosis diádica saludable. A pesar de los retos iniciales, la perseverancia de Florencia permitió que la relación con su bebé evolucionara hacia una interacción afectiva beneficiosa para ambas, cumpliendo con los objetivos nutricionales y emocionales que subraya la teoría.

### *Apego*

En el caso de Florencia y su hija Ana, es evidente la existencia de un apego seguro. Florencia está siempre atenta y disponible para atender las necesidades de su bebé, generando un ambiente de seguridad y protección. La madre no solo responde a las necesidades físicas de su hija, sino que también es capaz de interpretar y darle sentido a lo que le ocurre, lo cual es esencial para la calidad de las experiencias de satisfacción que vivencia Ana.

Además, el tiempo que comparten juntas realizando actividades como juegos y otras interacciones afectivas refuerza este vínculo. Estas experiencias no solo fortalecen el apego entre ellas, sino que también proporcionan a Ana un marco de referencia seguro que le permite afrontar las inevitables experiencias de frustración. Así, la disponibilidad y sensibilidad de Florencia hacia su hija no solo cumplen con las necesidades inmediatas del bebé, sino que también están contribuyendo de manera significativa a su desarrollo psicológico a largo plazo, de acuerdo con lo planteado en la teoría del apego.

### *El puerperio como un periodo de cambio en la dinámica familiar*

El puerperio, según la teoría, es un período de ajuste y adaptación que afecta a toda la estructura familiar, no solo a la madre y al bebé. Este proceso de transición implica la creación de nuevos roles y la reconfiguración de los subsistemas familiares, como el parental y el filial, lo que provoca la necesidad de renegociar las dinámicas existentes, especialmente en la relación de pareja. En el caso de Florencia, la llegada de su hija desencadenó precisamente estos cambios. Aunque ella y su pareja compartían valores y creencias similares, al empezar a criar a su bebé, surgieron tensiones y diferencias en cuanto a las expectativas y enfoques de crianza, influenciados por las familias de origen de ambos. Esta situación refleja cómo el puerperio no solo implica una adaptación individual para la madre, sino también una reconfiguración del sistema familiar en su totalidad, tal como lo describe la teoría sistémica de la familia. Florencia

define este proceso como "muy duro", lleno de negociaciones y la constante necesidad de ceder y crear nuevos acuerdos entre ambos.

## **Caso 2:**

### *Contacto piel a piel*

Al nacer Francisco, aunque lo colocaron cerca de su mamá, no pudieron experimentar el primer contacto piel a piel debido a que fue una cesárea de urgencia y las condiciones médicas no lo permitieron. Además, la madre se encontraba muy enfocada en sí misma, lidiando con dolores corporales y visión borrosa. En sus palabras "yo no me sentía bien, ni segura para tenerlo".

### *Lactancia*

La teoría subraya que la lactancia es un momento clave para fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé, ya que no solo satisface las necesidades nutricionales del niño, sino que también genera una conexión emocional profunda.

En la práctica, el caso de María refleja las dificultades que pueden surgir en este proceso, a pesar de su importancia teórica. Aunque Francisco logró prenderse al pecho, la cantidad de leche que producía María era limitada, lo que le generó frustración y preocupación, especialmente al notar que su bebé había perdido algunos gramos. El control médico sugería una alimentación complementaria con fórmula, pero María se resistió a esa opción, ya que sentía que otra parte del proceso de maternidad sería "artificial" tras haber tenido una cesárea. Este sentimiento de frustración se alinea con la idea de que las experiencias tempranas no solo afectan al bebé, sino también a la madre, quien puede experimentar angustia si el proceso no se desarrolla como esperaba.

Sin embargo, con el apoyo de una puericultora, María pudo estabilizar la lactancia, lo que muestra cómo, en la práctica, el acompañamiento y la orientación pueden ser fundamentales para superar los obstáculos iniciales y lograr que la madre y el bebé puedan establecer un vínculo saludable. Finalmente, cuando la producción de leche aumentó y el bebé comenzó a ganar peso, la experiencia de María validó la importancia de crear un entorno emocionalmente seguro y de sostén para facilitar el desarrollo óptimo del niño y la tranquilidad de la madre. Esta vivencia refuerza lo planteado por la teoría sobre el impacto crucial de las primeras interacciones en la relación madre-hijo.

#### *Apego*

A lo largo del tiempo, María experimentó momentos de frustración cuando no podía comprender el motivo del llanto de su bebé. Sin embargo, con el paso del tiempo y mediante la observación y el contacto diario, logró identificar mejor las necesidades de su hijo, lo que facilitó su capacidad para calmarlo. Esta experiencia refleja lo que menciona la teoría sobre la importancia de la ritmicidad entre la frustración y la gratificación en la relación madre-bebé. La práctica de María al conocer mejor a su hijo y responder a sus necesidades fue construyendo, de manera progresiva, esa confianza básica que le permite a Francisco sentirse seguro de que alguien acudirá en su auxilio cuando lo necesite.

### *El puerperio como un periodo de cambio en la dinámica familiar*

El puerperio es un período de ajustes profundos que afecta a toda la familia. La llegada de un bebé transforma la estructura familiar, creando nuevos roles y subsistemas, como el parental y el filial. En la práctica, el caso de María refleja esta transformación. Con la llegada de Francisco, la dinámica familiar cambió radicalmente. Inicialmente, el bebé dormía en su cuna, pero luego de un viaje, empezaron a compartir la cama con él, lo que modificó la intimidad de la pareja. Este cambio en la configuración espacial generó nuevas tensiones en la comunicación entre María y su esposo, quienes ahora encuentran dificultades para mantener conversaciones privadas debido a la constante atención que demanda el bebé.

La teoría resalta que, en el posparto, las relaciones de pareja suelen experimentar una reubicación significativa en términos de intimidad y responsabilidades compartidas. Para María, el desafío de equilibrar el rol de madre y esposa se hizo evidente cuando su esposo intentaba hablarle, pero ella se distraía, ya que estaba constantemente pendiente de las necesidades del bebé.

### **Caso 3:**

#### *Contacto piel a piel*

Debido a la cesárea de urgencia y al ingreso inmediato de Índigo a neonatología, no pudieron disfrutar del primer contacto piel a piel. A pesar de esta ausencia inicial, el vínculo primario comenzó a desarrollarse en la unidad de neonatología. Aunque la incubadora y las sondas representaron un obstáculo, lograron conectarse emocionalmente, superando las limitaciones del entorno.

### *Lactancia*

En el caso de Isabel, la lactancia en la unidad de neonatología representó un desafío, a pesar de su experiencia previa con Alma. La falta de apoyo por parte del personal médico y la ausencia de estimulación directa del bebé complicaron el proceso. Sin embargo, su determinación de amamantar le permitió enfrentar estas dificultades, generándole una satisfacción que fortaleció su vínculo con Índigo. Este compromiso resalta la importancia de la lactancia y la evolución en la relación madre-hijo.

### *Apego*

En el caso de Isabel, aunque no pudo experimentar el contacto piel a piel ni iniciar la lactancia de manera óptima en la unidad de neonatología, su vínculo con Índigo se desarrolló de manera significativa. Isabel relata que, en los días posteriores al parto, su atención estaba completamente centrada en el bebé. Aunque su propio bienestar pasó a un segundo plano, vivió esta experiencia de manera positiva, enfrentando las dificultades con una notable fortaleza interna. Como ella misma dice: “Con Índigo me pasó que disfrutaba de tenerlo, y eso era todo lo que yo quería”.

A pesar de los desafíos que enfrentó, Isabel logró conectarse con las necesidades de su bebé, identificando sus estados de angustia y malestar. Esta capacidad de sintonización evidencia el establecimiento de un vínculo de apego, a pesar de los obstáculos que plantea el entorno de la unidad de neonatología, como la cervocuna, las sondas y el ambiente clínico.

### *El puerperio como un periodo de cambio en la dinámica familiar*

Isabel vivió este proceso en un contexto particular, ya que la llegada de Índigo fue un evento esperado y feliz para su familia, tras haber atravesado muchas crisis. Cuando llegó el momento de llevar a su bebé a casa, la familia entera fue a buscarlo a la unidad de neonatología; tíos, abuelos y primos estuvieron presentes, creando una bienvenida hermosa y cargada de emoción.

A diferencia de su primera experiencia de maternidad, que estuvo marcada por dificultades y falta de sueño, Isabel se siente más relajada con la llegada de su segundo hijo. Recuerda que con su primera hija enfrentó momentos muy duros y, al reflexionar sobre ello, se pregunta: "¿Qué peor lo podemos pasar?"

La dinámica familiar de Isabel ha cambiado significativamente con la llegada de Índigo, quien simboliza una culminación de un proceso de duelo tras haber atravesado una pérdida previa y un embarazo de alto riesgo. La llegada de su bebé significó todo para ella y su familia. Lo que refleja cómo el puerperio impacta a todos los miembros de la familia. Según Fernández Moya, la familia es un sistema organizado donde el cambio en una parte del sistema afecta a todas las partes. En este caso, el apoyo emocional y la disponibilidad de la familia han facilitado un ajuste más armonioso y saludable, promoviendo el bienestar tanto de Isabel como de su recién nacido.

## **Características psicológicas de la mujer en la adultez**

### **Caso 1:**

Florencia, a sus 26 años, transita un momento clave en su vida, marcado por el desarrollo pleno de sus capacidades físicas e intelectuales, en línea con lo que describe la teoría sobre la adultez joven. En esta etapa, suelen tomarse decisiones importantes en relación con la carrera profesional. Mientras trabaja en la administración pública, también está finalizando sus estudios de abogacía, lo que evidencia su compromiso con el crecimiento profesional y su avance en este campo.

Este escenario encaja con la teoría, que menciona que en esta etapa de la vida los adultos jóvenes tienden a tomar decisiones fundamentales que pueden influir a largo plazo en su futuro.

### *Desarrollo psicosocial en la adultez*

Florencia, en convivencia con su pareja y con una hija, se encuentra en un momento crucial de su desarrollo psicosocial, el cual Erikson describe como el estadio de intimidad vs aislamiento. En esta etapa, la capacidad de formar relaciones íntimas y de confianza con una pareja es fundamental para el crecimiento emocional y personal. Florencia está transitando por este proceso, desarrollando una relación de intimidad y compartiendo los ciclos de la vida con su pareja, lo cual incluye la crianza de su hija y las responsabilidades compartidas en el hogar. Este compromiso refleja lo que Erikson describe como la culminación de la genitalidad, donde las relaciones se basan en la confianza mutua, el amor y la colaboración en las diversas esferas de la vida.

Además, esta etapa implica una integración tanto en la vida afectiva como en la profesional, lo que es evidente en la vida de Florencia, quien no solo está enfocada en su familia, sino también en su carrera laboral. El equilibrio entre la

intimidad y el aislamiento que Florencia parece estar alcanzando le permite fortalecerse en su capacidad de amar y comprometerse, tal como Erikson lo señala. Al construir su identidad familiar y profesional, Florencia manifiesta la virtud del amor y la oblatividad, donde su identidad personal se transforma en un "nosotros", reflejando el vínculo profundo con su pareja, su hijo y su entorno.

#### *Relaciones interpersonales*

La teoría del convoy de Kahn y Antonucci destaca cómo las personas desarrollan y abandonan una serie de roles a lo largo de sus vidas, cada uno acompañado de relaciones específicas. En el caso de la maternidad, este proceso de cambio se manifiesta en la necesidad de las mujeres de conectarse con otras madres y personas que atraviesan experiencias similares. Florencia ejemplifica esta dinámica, ya que la maternidad no solo transformó su relación con su entorno social, sino que también la acercó a su madre y su hermana. Al convertirse en madre, desarrolló una mayor empatía hacia ellas, comprendiendo y perdonando situaciones del pasado.

#### *Pensamiento*

El pensamiento en la adultez, caracterizado por su flexibilidad y capacidad para manejar incertidumbres y contradicciones, se refleja claramente en la experiencia de Florencia como madre. La teoría del pensamiento posformal, señala que los adultos en esta etapa desarrollan un tipo de razonamiento adaptativo, capaz de integrar tanto la intuición como la lógica. Este tipo de pensamiento le ha permitido a Florencia enfrentar los desafíos de la maternidad de manera más abierta y reflexiva, adaptándose a las nuevas demandas y responsabilidades que conlleva la crianza de su hija.

El pensamiento posformal le ha permitido reconciliar estas emociones opuestas, comprendiendo que ambas son parte de su nueva realidad como

madre. Este tipo de razonamiento también le ha facilitado lidiar con la ambigüedad y las incertidumbres propias de esta etapa, como los cambios en su relación de pareja y la reconfiguración de sus relaciones sociales.

Al igual que los pensadores posformales que trascienden un solo sistema lógico, Florencia ha sabido adaptarse a las diferencias en las creencias de crianza que ha encontrado con su pareja. Esta capacidad de apreciar distintos puntos de vista y negociar acuerdos entre ambos ha sido clave en su proceso de adaptación.

## **Caso 2:**

### *Desarrollo Psicosocial*

María, de 35 años, se encuentra en un periodo de adultez joven. Según Erikson, debe resolver a esta edad la crisis de intimidad vs. aislamiento. Ella disfruta de su trabajo como docente, lo que resuena con el principio de que en esta etapa se busca desarrollar un sentido de propósito y satisfacción a través de la carrera. Su matrimonio es otro pilar importante en su vida, mostrando su capacidad para establecer relaciones íntimas, un aspecto central en la resolución de la crisis de intimidad vs. aislamiento. María ha logrado construir un vínculo sólido con su esposo, lo que indica una integración exitosa de la intimidad en su vida.

María, al construir su vida en base a relaciones significativas, logra integrar sus roles como docente y esposa, contribuyendo así a su bienestar emocional y al de su entorno.

### *Relaciones interpersonales*

En el caso de María, se observa una evolución en su vida social desde que se convirtió en madre. Antes de la llegada de su hijo, se reunía frecuentemente con sus amigas y estaba siempre disponible para ellas. Sin embargo, el nacimiento de su hijo modificó sus prioridades y la dinámica de sus relaciones. A pesar de que inicialmente se sentía diferente en su grupo de amigas, al ser la única que no era madre, esta situación se transformó. María experimenta ahora un fortalecimiento del vínculo con sus amigas, ya que comparten temas más profundos relacionados con la maternidad y las parejas, lo que ha enriquecido su red de apoyo.

Este cambio en las relaciones de María se alinea con la idea de Stern sobre la importancia del intercambio de información entre madres, que ayuda a validar sus experiencias y proporciona un entorno de apoyo emocional. La maternidad, en su esencia, se convierte en un proceso que requiere no solo información, sino también un ambiente en el que se sienta segura y validada. A través de estas nuevas interacciones, María ha logrado pasar de una maternidad idealizada a una experiencia más realista y compartida, facilitando su adaptación a este rol.

La teoría también menciona el concepto de Matrescencia, que destaca cómo las amistades son esenciales en la formación de la identidad durante períodos de cambio. Así como en la adolescencia, donde los amigos ofrecen apoyo emocional e intercambian información sobre diversas áreas de la vida, en la maternidad, las amigas desempeñan un papel crucial en la construcción de la identidad materna de María. Este apoyo emocional y el intercambio de vivencias le permiten a María integrar su nueva identidad de madre, fortaleciendo su autoconcepto y proporcionándole una perspectiva más amplia sobre su experiencia.

La comparación entre la teoría y la práctica en el caso de María evidencia que su transición a la maternidad ha estado marcada por la transformación de sus relaciones interpersonales. El apoyo y la conexión con otras madres no solo le han proporcionado un sentido de pertenencia, sino que también han sido cruciales para su bienestar emocional y la construcción de su identidad en este nuevo rol. Así, la teoría del convoy y la necesidad de intercambiar experiencias en la maternidad encuentran un claro reflejo en la vida de María.

#### *Pensamiento*

La experiencia de María refleja de manera clara la intersección entre el pensamiento reflexivo y posformal en el contexto de la maternidad, tal como se describe en la teoría. María comparte su vivencia de ambivalencia emocional al lidiar con los berrinches de su hijo, sintiendo una mezcla de frustración y amor. Al reconocer su impulso de reprenderlo, dice: "A veces me dan ganas de tirarle la oreja, pero recuerdo que es mi hijo y que no puede expresarse con palabras". Esta reflexión muestra cómo aplica el pensamiento reflexivo, que implica una consideración activa y cuidadosa de sus emociones y reacciones. En lugar de actuar impulsivamente, se detiene a evaluar la situación, lo que indica una capacidad para cuestionar sus propias creencias y comportamientos.

Desde la perspectiva teórica, el pensamiento reflexivo, según Dewey, es un proceso que permite a los adultos aplicar su experiencia personal a situaciones ambiguas y complejas. En el caso de María, su experiencia como madre la lleva a confrontar la incertidumbre de la crianza, lo que se traduce en la necesidad de adaptar sus respuestas emocionales. La teoría señala que este tipo de pensamiento es flexible y adaptativo, lo que se evidencia en la forma en que María elige responder a las necesidades de su hijo, buscando entender su comportamiento en lugar de reaccionar de manera negativa.

### **Caso 3:**

#### *Desarrollo psicosocial en la adultez*

Isabel, a sus 40 años, se encuentra en la adultez media y experimenta un cambio significativo en su dinámica familiar con la llegada de su tercer hijo, Índigo. Este evento no solo cierra un ciclo de duelo por una pérdida previa, sino que también la sitúa en la crisis psicosocial de Erikson, donde la generatividad se enfrenta al estancamiento.

La generatividad, que implica ser productivo y cuidar de las nuevas generaciones, se manifiesta en Isabel a través de su dedicación a su familia y su trabajo en el negocio familiar. Aunque su formación académica fue en otro campo, hoy su impulso generativo la lleva a invertir en el bienestar de sus hijos. Para Isabel, su rol como madre otorga propósito y significado, ayudándola a superar cualquier sentimiento de estancamiento.

A pesar de los desafíos y el deterioro físico que puede acompañar la adultez media, Isabel encuentra vitalidad en el cuidado de Índigo y Alma. Este compromiso no solo la ayuda a atravesar la crisis de generatividad, sino que también fortalece su identidad y bienestar emocional.

#### *Relaciones interpersonales*

Las relaciones interpersonales son esenciales en la vida de las mujeres adultas y tienen un impacto significativo en su bienestar psicológico. La teoría del convoy de Kahn y Antonucci destaca que las mujeres, especialmente durante la maternidad, buscan conectar con otras que atraviesan experiencias similares, lo cual es fundamental para su adaptación (Arias, 2015, p.157). En este contexto, Isabel ha notado un cambio notable en su vida social. Al convertirse en madre, ha forjado vínculos más estrechos con otras madres, lo que le permite empatizar y compartir vivencias en torno a sus hijos.

Esta interacción, como señala Stern, proporciona un ambiente de confianza que favorece la seguridad emocional y ayuda a normalizar las experiencias maternas. Isabel se beneficia de este apoyo emocional, transformando su maternidad idealizada en una realidad más auténtica. Además, al compartir sus desafíos y alegrías con otras madres, fortalece su identidad y autoconcepto, elementos cruciales en su proceso de matrescencia.

### *Pensamiento*

Este tipo de pensamiento, que se caracteriza por la consideración activa y cuidadosa de información y creencias, permite a Isabel cuestionar su experiencia materna y encontrar un equilibrio entre las demandas de la crianza y su propia identidad. En sus palabras “entre lo que ella quiere y necesita y lo que los demás esperan de ella”.

Al involucrarse más con otras madres, Isabel se beneficia de las interacciones que favorecen su crecimiento personal. Estas conexiones no solo le brindan apoyo emocional, sino que también le permiten confrontar la ambigüedad de la maternidad, enfrentando la incertidumbre con mayor flexibilidad y apertura.

### **Síndrome de Baby Blues**

#### **Caso 1:**

Se afirma que el caso de Florencia es un caso de Baby Blues debido a las siguientes manifestaciones: En los primeros meses tras el parto la paciente, lloraba todas las noches por su hija, a quien percibía como indefensa. Esta manifestación coincide con uno de los síntomas más comunes del Baby Blues: los episodios de llanto inexplicable. La angustia constante y preocupación por la seguridad de su bebé también son síntomas que reporta Florencia y que a su vez se alinean con los signos y síntomas del cuadro.

La teoría menciona sentimientos contradictorios hacia el bebé, y Florencia lo expresa claramente al describir su profundo amor por su hija, combinado con frustración y cansancio debido a las demandas del cuidado diario. Este tipo de ambivalencia es frecuente en el Baby Blues, donde la madre se siente abrumada por las responsabilidades del cuidado y, al mismo tiempo, siente miedo de no estar a la altura de las expectativas. Florencia, además, se cuestiona su capacidad como madre, lo que refleja el miedo de no estar haciendo lo suficiente, otro factor que aparece en la teoría.

El agotamiento físico y mental que siente Florencia, junto con los trastornos del sueño y del apetito, son también síntomas comunes del Baby Blues. El hecho de que su bebé duerma apenas dos horas por noche exacerba su fatiga, lo cual está relacionado con las alteraciones del sueño que suelen aparecer durante este periodo. Además, la fluctuación en sus hábitos alimenticios —primero comiendo en exceso tras el parto y luego olvidándose de alimentarse a sí misma— subraya la falta de autocuidado que suele surgir cuando las madres se ven completamente absorbidas por las necesidades de sus hijos.

Otro aspecto mencionado en la teoría es la irritabilidad, que Florencia manifiesta claramente. Se sentía molesta por prácticamente todo, descargando esta ira principalmente con su pareja. También es importante destacar el estado de alerta constante en el que vivía, preocupándose por detalles como si la música estaba muy alta o si su bebé estaba cómoda, lo cual refleja un estado de hipervigilancia

A su vez, Florencia presenta uno de los factores de riesgo del baby blues que es el embarazo no deseado.

En resumen, el caso de Florencia ilustra de manera clara varios de los síntomas descritos en la teoría del Baby Blues, como la labilidad emocional, el agotamiento físico y mental, la ambivalencia hacia el bebé, la irritabilidad y los

trastornos del sueño y el apetito. Estos factores, junto con sus sentimientos de inseguridad y frustración, conforman un cuadro que se alinea estrechamente con lo que la teoría describe como un puerperio emocionalmente desafiante.

### **Caso 2:**

Se afirma que el caso de María es un caso de Baby Blues, su experiencia refleja los aspectos teóricos del síndrome. Los primeros días después del parto la paciente se sentía profundamente triste, María, en sus relatos, menciona que solía encerrarse en el baño para llorar sin entender completamente por qué se sentía así. Su familia le preguntaba por qué estaba triste, pero ella misma no lograba explicarlo. Las ganas de llorar surgían de la nada, sin un motivo aparente.

Además, María expresa haberse sentido muy irritable: "Me sentía muy idiota y susceptible por absolutamente todo". Podía estar perfectamente bien disfrutando de momentos con su bebé, y de repente, sin previo aviso, sentía ganas de llorar. O, en otros momentos, estaba de mal humor y poco después todo cambiaba y se sentía bien nuevamente. Su esposo también notaba estos cambios de ánimo repentinos y a menudo le preguntaba: "¿Ya se te pasó?", reflejando la rapidez con la que sus emociones fluctuaban. Esta inestabilidad emocional, que incluye la confusión entre la alegría y la tristeza, pone de manifiesto la complejidad de las emociones que se presentan en este período. La constante fluctuación entre estos estados emocionales genera un sentimiento de impotencia, ya que María no siempre podía identificar el origen de su tristeza ni controlar sus reacciones emocionales.

Otra cuestión clave del síndrome se expresa en la ambivalencia, María relata que, en ocasiones, cuando su hijo hace berrinches simplemente porque quiere que ella esté presente, siente una profunda frustración. "A veces me dan ganas de tirarle la oreja, pero recuerdo que es mi hijo y que no puede expresarse con

palabras". Sin embargo, reconoce que estas situaciones le generan desesperación, describiendo lo difícil que puede ser manejar esos momentos.

La desconexión emocional con el bebé y la culpa también se hacen presentes. Al ser consultada sobre cómo se siente al estar con su bebé y si ha experimentado momentos de desconexión o dificultad para disfrutar de su compañía, María admite que sí le ha sucedido. "Me ha pasado, y me he sentido muy culpable por ello". A veces, simplemente desea tener un momento para ella, como bañarse tranquila.

La paciente experimenta también un estado de sobrecarga y agotamiento. Se despierta a las seis de la mañana, y además su descanso es incómodo porque el bebé duerme en la cama con ella. "Es algo que cuesta mucho", añade, refiriéndose a la dificultad de lidiar con la falta de descanso y el impacto en su bienestar.

María ha tenido pensamientos negativos acerca de sí misma como madre, así como dudas sobre su capacidad para cuidar a su bebé. Comenta que, al descubrir que su bebé tenía una alergia, se cuestionaba constantemente: "¿Qué estoy haciendo mal? ¿Será por lo que estoy comiendo?". Estas preocupaciones le generaban un profundo sentimiento de culpa. Además, revela que bañarlo también le provocaba mucho temor, ya que temía que se ahogara o le sucediera algo malo. Estas inquietudes fueron recurrentes en sus primeros meses como madre, generándole ansiedad e inseguridad y además mucho sentimiento de culpa.

En conclusión, el caso de María es representativo del síndrome de Baby Blues, evidenciado por su profunda tristeza, cambios de humor repentinos y llanto sin motivo aparente. Inestabilidad emocional marcada, irritabilidad y ambivalencia hacia su rol como madre, desconexión emocional con su hijo, sintiendo a veces la necesidad de un espacio personal, lo que incrementa su sentimiento de

culpa. También el agotamiento físico y mental, exacerbado por la falta de descanso, contribuye a su sobrecarga emocional y a sus pensamientos negativos sobre su capacidad maternal. La constante preocupación por el bienestar de su bebé, junto con la autocrítica por posibles fallas en su cuidado, intensifica su ansiedad y vulnerabilidad.

### **Caso 3:**

Isabel, durante las primeras semanas de su puerperio, experimentó llanto frecuente y una notable sensación de agotamiento, síntomas comunes del Baby Blues. Describió la lactancia como un desafío físico y emocional, sintiéndose como "una vaca lechera" debido al dolor en las mamas. La entrega total a su rol de madre, tanto física como mental, le resultaba abrumadora, lo que la llevó a percibir que había quedado relegada a un segundo plano en su vida. Sin embargo, en medio de estos desafíos, Isabel destacó un sentimiento predominante: la felicidad de tener a Índigo. Expresó que "disfrutaba de tenerlo, y eso era todo lo que quería", lo que le permitió sobrellevar los momentos de irritabilidad, cansancio y ambivalencia propios del puerperio.

Este relato muestra cómo, a pesar de la presencia de algunos síntomas característicos del Baby Blues, Isabel sentía gratitud y felicidad por la vida de su hijo, lo que minimizó la intensidad de los demás síntomas. De acuerdo con la teoría, los sentimientos de ambivalencia y miedo hacia el bebé son comunes en este período, así como la labilidad emocional. Sin embargo, en el caso de Isabel, estos síntomas no fueron lo suficientemente persistentes ni severos para desencadenar un cuadro de Baby Blues, ya que predominaba la alegría y satisfacción de tener a su hijo con vida.

## **Conclusiones finales**

Para concluir el presente trabajo, se destaca que el caso de Florencia y María son casos de Baby blues. Como recurrencias en los casos, ambas son madres primerizas y no lograron conectarse plenamente con su estado de embarazo. A su vez, la experiencia del parto fue significativamente distinta a la esperada. En ambos casos, no pudieron experimentar el contacto piel a piel con sus bebés al nacer, lo que, sumado a un inicio complicado en la lactancia, contribuyó a una vivencia emocional compleja. Ambas madres presentaron un miedo intenso a que algo le ocurriera al bebé, y manifestaron altos niveles de irritabilidad, ansiedad, preocupación y un estado de alerta constante.

En cuanto al caso de Isabel, se destaca el impacto de una pérdida perinatal previa y un embarazo de riesgo como factores que impactan en su vivencia psicológica del puerperio. Estos factores moldearon significativamente su experiencia, llevando a Isabel a dar un lugar preponderante a la vida de su hijo por sobre cualquier otro aspecto negativo o displacentero del puerperio. Como madre por segunda vez, su visión de la maternidad fue menos idealizada, ya que tenía un conocimiento previo de lo que implicaba el proceso.

Un aspecto común entre los tres casos es la percepción compartida de que la maternidad y la paternidad no se viven de igual manera, siendo la mujer quien asume una carga mucho mayor. Asimismo, todas ellas resaltan la importancia de la "tribu de mujeres" y han experimentado un acercamiento emocional hacia sus familias de origen, en especial hacia sus propias madres. Otro punto en común es el cambio rotundo y absoluto de identidad que han sentido las tres mujeres, junto con sentimientos de ambivalencia y culpa en torno a la maternidad.

Si bien la población de estudio tomada para el presente trabajo integrador final se reduce a tres casos, se destaca como principales factores de Baby Blues ser mamá primeriza y elementos claves que moldean la vivencia psicológica del puerperio, tales como pérdidas perinatales previas, internación en

neonatología, estado emocional y la salud mental preexistente de la madre, violencia obstétrica, embarazo no deseado, embarazos de riesgo, reproducción asistida y presencia / ausencia de la red de apoyo.

Queda demostrado en el presente trabajo la importancia y la necesidad de visibilizar la psicología de la madre, dentro de un marco normativo que contemple y aborde los profundos cambios que se experimentan en distintos niveles durante la maternidad. Estos cambios, que afectan tanto el plano físico como el psicológico y relacional, requieren ser alojados y comprendidos para ofrecer un acompañamiento adecuado en esta etapa crítica. La maternidad implica transformaciones profundas que deben ser reconocidas y tratadas desde una perspectiva integral, asegurando que las madres reciban el apoyo necesario para transitar este proceso de la manera más saludable posible.

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

Las prácticas profesionales en el Sanatorio Argentino constituyeron una experiencia profundamente enriquecedora, marcada por aprendizajes significativos. Este período permitió a la practicante sumergirse en el rol del psicólogo clínico, con un enfoque particular en el abordaje de la psicología perinatal.

Este período facilitó el desarrollo de una visión más realista y cercana de la práctica clínica, posibilitando un contacto directo con las personas, lo cual resulta incomparable con el aprendizaje teórico. La experiencia de estar presente y “poner el cuerpo” aportó una dimensión práctica invaluable, brindando la oportunidad de comprender las complejidades y necesidades emocionales de los pacientes de una manera más humana y realista.

En cuanto al desempeño, se identifican áreas a mejorar, tales como el estudio y la comprensión de términos médicos para fortalecer la precisión en intervenciones clínicas y en la comunicación con otros profesionales de la salud. Asimismo, se destaca la necesidad de trabajar la confianza y seguridad personal, para optimizar el desempeño en situaciones sensibles y complejas.

Entre las fortalezas se destaca la empatía y la escucha activa, que permiten conectar profundamente con los pacientes y sus necesidades. El compromiso con la ética profesional y la disposición para asumir nuevas tareas también se destacan como aspectos positivos. Además, la flexibilidad para adaptarse a diferentes dinámicas y demandas del entorno clínico.

Esta práctica profesional, además de brindar conocimientos técnicos, permitió fortalecer habilidades personales y profesionales, consolidando la vocación y reafirmando la importancia de un acompañamiento psicológico ético y empático en el ámbito de la salud perinatal.

Asimismo, las prácticas y la realización del presente trabajo han despertado un interés genuino por el área de la maternidad y la psicología perinatal, abriendo una puerta hacia la posibilidad de desarrollarse como futura profesional en este campo. Esto ha generado un compromiso firme para acompañar este período tan especial en la vida de las personas.

## **Propuestas**

A partir de los datos obtenidos en las entrevistas y de una escucha activa, es que se procede a realizar propuestas de mejoras para la institución.

Una de las principales propuestas es la reorganización de la estructura logística del Sanatorio Argentino. Se sugiere separar físicamente las áreas de internación: destinar un piso exclusivamente para las madres que ingresan por maternidad y otro diferente para aquellas que ingresan debido a legrados o pérdidas perinatales. Esta medida tiene como objetivo ofrecer un ambiente adecuado y respetuoso para cada situación, evitando que madres en circunstancias opuestas compartan espacios. Además, se propone optimizar la logística del sanatorio para asegurar que las habitaciones, así como los equipos médicos y de enfermería, estén preparados de manera eficiente ante el ingreso de cada madre.

Otra medida que se considera de gran impacto es la intervención psicoeducativa, se sugiere a la Fundación del Sanatorio la implementación de talleres de psicoeducación dirigidos a las madres. Estos talleres podrían abordar temas como la salud mental en el puerperio, maternidad romanizada, expectativas, estrategias para el manejo del estrés, culpa, entre otros temas de interés. Estos espacios brindarían contención, información y herramientas para que las madres puedan enfrentar de manera saludable los desafíos emocionales y psicológicos que implica el puerperio. A su vez, estos espacios y talleres facilitarían el encuentro de mujeres, de una tribu de madres, importantísima para este periodo.

Finalmente, como parte de un enfoque integral, se propone incluir la figura de un psicólogo/a especializado/a en salud perinatal dentro del equipo interdisciplinario del sanatorio para poder contener y abordar la gran demanda. Esto facilitaría la intervención temprana en casos de Baby Blues, depresión posparto u otras complicaciones emocionales, promoviendo un acompañamiento adecuado durante esta etapa crítica.

## REFERENCIAS

- Amador Muñoz, L., Monreal Gimeno, C., & Marco Macarro, M. J. (n.d.). El adulto: Etapas y consideraciones para el aprendizaje.
- Arias, C. J. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Kairós Gerontología*.
- Bordignon. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson.
- Carmona, D. S. (2024). *Neuromaternal: ¿Qué le pasa a mi cerebro durante el embarazo y la maternidad?*
- Gracia de Gregorio, M. (n.d.). UNA REVISIÓN DEL IMPACTO EMOCIONAL DE LA PÉRDIDA PERINATAL PREVIA EN UN EMBARAZO POSTERIOR.
- *Depresión perinatal - National Institute of Mental Health (NIMH)*. (n.d.). National Institute of Mental Health. Retrieved August 2, 2024.
- Escobar, C., & Gonzalez, C. (2020). Puerperios Diversos. *Perinatal Puerperio*.
- Fernandez Moya, J. (2006). *En busca de resultados: una introducción a las terapias sistémicas*. Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Gamio Montesinos, T. (2017). *PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL BABY BLUES EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE SALUD CHORRILLOS*. Lima - Perú.
- Gentes, G. B. (2020). Aportes del psicoanálisis y estudios de género a los trastornos depresivos perinatales. *Universidad Nacional de Córdoba*, 5, 94.
- Maldonado-Durán, J. M. (2011). *Salud Mental Perinatal*. Washington.
- Marín Ospina, J., Jiménez Urrego, Á. M., & Villamarín Betancourt, E. A. (2015). La importancia de la lactancia en el desarrollo físico, psíquico y relacional del niño.

- Martínez Gandía, M. J. (2023). *CAMBIOS ANATÓMICOS DEL CEREBRO DURANTE EL EMBARAZO*.
- Mendoza Mendoza, G., & Mayorga Aponte, S. (2020). *Afectación en las dinámicas de pareja asociadas a los cambios actitudinales evidenciados en la etapa puerperio en madres durante la reiniciación de relaciones coitales*.
- Nanzer, N. (2015). *La depresión postparto: Salir del silencio*. Editorial Octaedro, S.L.
- Oiberman, A. (n.d.). *Maternaje*. CIIPME-CONICET.
- Olhaberry Huber, M., Romero Jiménez, M., & Miranda Largo, A. (2015). *Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas*.
- Oliva, A., & Palacios. (n.d.). *Desarrollo social en la adolescencia*.
- Orejarena. (2004). *Trastornos afectivos posparto*.
- Osborne, L. M. (2019, Septiembre). *Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers*. *Obstet Gynecol Clin North*
- Palomino Leiva, M. L., & Arteaga Gómez, M. (2013). *Psicología y subjetividad*.
- Papalia, D. E., Camp, C. J., Sterns, H. L., & Feldman, R. D. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*.
- Paricio del Castillo, R., & Polo Usaola, C. (2020). *Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas*. *Asociación de Especialistas de Neuropsiquiatría*.
- *Perinatal Psychiatry The legacy of Channi Kumar* (1era ed.). (2014). Oxford University Press.
- Persano, H. L. (2018). *La Teoría del Apego*. *Research Gate*.
- Ramírez Matos, E. (2020). *Psicología del posparto*.

- Rodríguez Aviles, D. A., Barrera Rivera, M. K., Tibanquiza Arreaga, L. d. P., & Montenegro Villavicencio, A. F. (2020). Beneficios inmunológicos de la leche materna.
- Ruiz Martín del Campo, E. G. (n.d.). El psicoanálisis y el saber acerca de la subjetividad. *Scielo*.
- Soto Conti, C. (2018). PRIMERA HORA DE VIDA: UNA VENTANA DE ORO. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*.
- Stern, D. N. (1999). *El Nacimiento De una Madre: Como La Experiencia De La Maternidad Te Cambia Para Siempre*. Paidós.
- Winnicott, D. (1956). Problemas de la neurosis infantil. *Psychoanalytic Study of the Child*, 9.

## APÉNDICE

### Anexo I

A continuación se adjunta la entrevista administrada. Se opta por organizar la entrevista de manera cronológica, abarcando las etapas de embarazo, parto y puerperio, con el fin de ofrecer un formato más claro y estructurado para las madres entrevistadas.

#### Datos personales

Nombre:

Edad:

Nombre y edad del bebé:

Ocupación:

Nivel educativo alcanzado:

Constitución familiar:

Antecedentes de enfermedades o trastornos mentales (personales o familiares):

#### Embarazo

- ¿Cómo fue la búsqueda de tu bebé?
- ¿Qué expectativas tenías sobre la maternidad?
- ¿Cómo fue el embarazo?
- ¿Ocurrió algún evento que te generara estrés o preocupación durante el embarazo?
- Si has tenido embarazos anteriores, ¿cómo fueron en comparación con este?
- ¿Has pasado por alguna pérdida de embarazo? Si es así, ¿cómo fue ese proceso para vos?

#### Parto

- ¿Cómo fue tu experiencia con el parto?

- ¿Te sentiste acompañada en este momento? (médicos, familia, etc)
- ¿Surgieron complicaciones durante el parto o después?
- ¿Pudiste tener el primer contacto piel a piel con tu bebé? ¿Cómo viviste ese momento?
- ¿Cómo fue el inicio de la lactancia? ¿Te sentiste cómoda con este proceso?
- En general, ¿cómo te sentiste física y emocionalmente en los días posteriores al parto?

### Puerperio

#### Emocional

- ¿Cómo te sentiste emocionalmente en los primeros meses después de tener a tu bebé? ¿Tuviste momentos de tristeza o llanto sin saber bien por qué?
- ¿Te has sentido más irritable o sensible que antes del parto?
- ¿Has experimentado cambios de humor abruptos, pasando de sentirte bien a estar de repente triste o desbordada?
- ¿Te has sentido más ansiosa o preocupada por cosas que antes no te generaban esa ansiedad?
- Cuando tu bebé está angustiado o llorando, ¿cómo manejas esos momentos? ¿Sentís que podés interpretar bien lo que necesita?
- ¿Te resulta fácil sintonizar con lo que tu bebé necesita en momentos de angustia o malestar?
- ¿En algún momento has sentido emociones contradictorias hacia tu bebé, como amor y, al mismo tiempo, frustración o cansancio?
- ¿Cómo te sentís cuando estás con tu bebé? ¿Has tenido momentos en los que te sentiste desconectada o te costó disfrutar de su compañía?
- ¿Te has sentido sobrepasada por las responsabilidades de cuidar a tu bebé o has dudado de tu capacidad para hacerlo bien?

- ¿Has tenido pensamientos negativos acerca de vos como mamá o dudas sobre tu capacidad de cuidar a tu bebé?
- ¿Alguna vez te sentiste desplazada o en segundo plano desde la llegada del bebé? ¿Has tenido sensaciones de celos o frustración porque el bebé ahora requiere más atención?
- ¿Cómo ha sido tu nivel de energía desde que nació tu bebé? ¿Te has sentido más cansada o fatigada de lo que esperabas?
- ¿Cómo ha sido tu experiencia con el sueño? (la/el bebé dormía durante la noche)
- ¿Notaste algún cambio en tu apetito después del parto, como pérdida de interés en la comida o dificultad para comer?
- ¿En algún momento extrañaste estar embarazada?
- ¿Sentís culpa por alguna situación?
- ¿Cómo describirías a la (nombre de la entrevistada) de antes de ser mamá y a la (nombre de la entrevistada) de ahora?

#### Vincular

- ¿Cómo fue la llegada a casa con tu bebé?
- ¿Percibís que la dinámica familiar cambió desde la llegada del bebé?
- ¿Cómo afectó la maternidad tus relaciones familiares? ¿Sentís que tu rol dentro de tu familia de origen se ha modificado?
- ¿Cómo era tu relación con tu mamá antes de tener al bebé y cómo es ahora?
- ¿De qué manera ha impactado la maternidad en tus amistades o en tu vida social?
- Si volviste a trabajar, ¿cómo fue esa transición para vos?

