

Abordaje interdisciplinario de la maternidad en un servicio de extensión universitario

Mantaras, Romina; y Gentes, Gladis Beatriz

Especialización en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

Palabras claves

INTERDISCIPLINARIO

MATERNIDAD

SERVICIO

EXTENSION

Información de contacto

romina.mantaras@unc.edu.ar

Resumen

Introducción: Este trabajo se propone visibilizar el proceso de maternidad, analizando los múltiples factores que impactan en la salud y la calidad de vida de las mujeres. En referencia a los cambios que, en el contexto socio-cultural de las últimas décadas impactaron en la subjetividad femenina, y la complejidad de las transiciones entre embarazo-parto-puerperio que comprometen fuertemente el cuerpo, las emociones y los vínculos, profesionales del área de la psicología y la kinesiología diseñaron un servicio de extensión interdisciplinario destinado a mujeres gestantes y a madres recientes. Objetivos: Dar a conocer un servicio de extensión destinado a la mujer durante el embarazo y en el año posterior al nacimiento del hijo/a. Comunicar algunos resultados de la experiencia. Metodología: Enfoque descriptivo con perspectiva predominantemente cualitativa. La población fueron mujeres embarazadas o durante el primer año posterior al nacimiento del hijo/hija, que consultaron al servicio de extensión de la Facultad de Psicología en el año 2019. Se elaboró una encuesta ad hoc, para la solicitud del turno. Se utilizó la entrevista semi dirigida, y la Escala de Edimburgo y la anamnesis kinésica como instrumentos complementarios para las consultas. Resultados/Contribuciones: se registraron 22 solicitudes de consulta. Trece eran embarazadas y 9 madres recientes. Las edades de las embarazadas oscilaron entre los 21 y los 38 años y las madres recientes entre los 26 y 33 años. En relación a los motivos de consulta, la mayoría manifestó malestares físicos y psicológicos. En las consultas de las madres recientes, las conflictivas predominantes fueron cambios en la dinámica familiar, dificultad para compatibilizar los tiempos laborales o de estudio con las demandas familiares, cansancio físico, sentimientos de angustia y culpa ante la separación temporaria del bebé. En las embarazadas, las problemáticas fueron temores frente al parto, molestias corporales e inseguridades frente al rol maternal.



1. Introducción

Durante el proceso de la maternidad, se producen grandes transformaciones a nivel corporal, psicológico y social. Este proceso, que involucra las transiciones entre el embarazo, el parto y el puerperio es una crisis vital y como tal implica numerosos conflictos, que impactan en el cuerpo, las emociones y las relaciones. La complejidad de estos cambios puede generar estados de intensa ansiedad, depresión y manifestaciones somáticas.

La mujer enfrenta estas circunstancias, en función de su subjetividad, la modalidad de sus vínculos familiares y cercanos, y el contexto socio-cultural. Desde la segunda mitad del siglo pasado, numerosos autores, (Videla, 1990; Stern, 1999; Sebastiani y Raffo, 2004; Oiberman, 2005; Blázquez Rodríguez y Monte Muñoz, 2010, entre otros), vienen señalando que este período se caracteriza por un complejo trabajo psíquico que genera uno de los cambios más profundos en la identidad de las mujeres.

En esta etapa de la vida de la mujer, son múltiples los estresores que muchas veces sobrepasan la capacidad de respuesta, generando alteraciones emocionales (ansiedad exagerada, depresión), síntomas físicos (dolores y molestias corporales), y cambios en sus relaciones interpersonales. Es muy fuerte la transformación que atraviesa la identidad de una mujer que va a ser madre, más allá de las circunstancias en las que se produce. Cabe señalar que la mujer, además de llevar a cabo las funciones reproductivas durante el embarazo, parto y lactancia materna, se ha hecho cargo históricamente de los cuidados de los hijos/as y de las actividades del ámbito doméstico.

Son múltiples los cambios culturales que se vienen produciendo desde el siglo pasado con el ingreso de la mujer al espacio laboral remunerado, los movimientos feministas, la aparición de los métodos anticonceptivos y el reconocimiento de nuevos derechos. A pesar de esos avances, no se ha logrado equilibrar la distribución de las responsabilidades relacionadas a la crianza y actividades del ámbito doméstico entre hombres y mujeres. La mirada de género ha visibilizado en resultados de investigaciones, la doble jornada laboral que llevan adelante las mujeres que tienen hijos y trabajos remunerados; y que en algunos casos se triplica cuando hay familiares enfermos que atender (Fernández, 2009, Tajer, 2012, Reid, 2019).

Los resultados de la encuesta de hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec, 2010) muestra que la mayor parte de las mujeres participan en actividades de trabajo doméstico no remunerado en el propio hogar (limpieza, compras y preparación de alimentos, actividades de cuidado de menores y adultos mayores). Los varones se involucran, pero en una proporción menor. En promedio, las mujeres dedican a estas actividades el doble de tiempo que los varones. Además, en los hogares donde ambos cónyuges participan en el mercado laboral, la distribución de responsabilidades de cuidado continúa mayormente concentrada en el tiempo de las mujeres. Carina Lupica en el Observatorio de la Maternidad (2010), señala que la organización familiar de “mujeres solas con hijos a cargo” se duplicó en los últimos veinte años, siendo las madres más



pobres las más afectadas. Tener hijos sin planificar o erigirse en la única responsable del cuidado de su descendencia, continúa siendo vivenciado como “natural” para un amplio sector de las mujeres. Concluye que aún no se han producido rupturas significativas en las concepciones culturales predominantes que ven a la reproducción social como una responsabilidad familiar, y más concretamente de las mujeres, y no una obligación de las sociedades.

La familia nuclear, que aparece con la modernidad y la revolución industrial, atomiza la red social organizando la dinámica familiar muy diferente a otras épocas. Carolina de Olmo (2013) en su libro *¿Dónde está mi tribu?* describe cómo es criar sin red, especialmente las mujeres urbanas que se fueron encontrando cada vez más solas y haciendo malabarismos entre el ámbito doméstico y el profesional/laboral. Emilce Dio Bleichmar (1991) expresaba que la conciliación de la vida privada y profesional no es una cuestión a resolver en forma individual, ni tampoco sólo por las mujeres. Lupica, (2010) va más allá y distribuye la responsabilidad entre más actores:

“Se trata de reconocer los cuidados - tradicionalmente denominados “funciones maternas”- como un derecho social básico, cuya satisfacción constituye una responsabilidad social que debe ser compartida entre mujeres y hombres al interior del hogar, pero también entre el Estado, el mercado y la sociedad”. (p.12)

El contexto socio-cultural de la maternidad actual, descrito anteriormente, impacta en la calidad de vida de las mujeres que transitan embarazos, partos y puerperios. Graciela Reid, (2019) sostiene que, en los casos que ha tratado, la maternidad continúa teniendo el valor de un ideal que, junto a otros, como las aspiraciones laborales-profesionales, implican un mayor o menor costo según cada caso en la gestión de ambos. Para muchas mujeres, el valor simbólico de esos ideales y sus dificultades para compatibilizarlos en la práctica es fuente de angustia, de malestar físico y psíquico. “El ejercicio de la maternidad y el trabajo doméstico imponen una “adhesividad” que implica un sobre esfuerzo para proyectar la carrera laboral-profesional” (p.76)

Hacerse cargo de la crianza en forma casi exclusiva genera un sentimiento de hiper responsabilidad en las madres, de querer hacerlo todo correctamente; que condicionan sus decisiones sobre el maternaje en base a creencias fuertemente instaladas en la sociedad y que muchas veces no tienen evidencia científica. En relación a las creencias sobre la lactancia materna, Mántaras (2015) concluye en su investigación que a pesar del deseo de amamantar a su hijo/a, y saber que es el mejor alimento para el recién nacido, en las mujeres de la muestra estudiada surgían dudas sobre la propia capacidad para lograrlo y para mantenerla de forma exclusiva conjuntamente con la actividad laboral. Estas dudas se sostenían en falsas creencias, como el tamaño de los pechos o la capacidad heredada de su propia madre para amamantar. Otra conclusión interesante hace referencia a que las falsas creencias sobre el amamantamiento estaban presentes en todos los grupos independientemente de su nivel de instrucción.

Los resultados de investigaciones con población de embarazadas y puérperas señalan una mayor incidencia de trastornos depresivos en mujeres jóvenes en edad fértil y en la etapa de la crianza de los hijos. Más del 40% de las madres sufren de síntomas depresivos-ansiosos inespecíficos y del 10 al 15% desarrolla una enfermedad depresiva; lo que tiene un impacto negativo en el vínculo madre-hijo y en el desarrollo infantil, tanto en los aspectos emocionales, y conductuales como en los cognitivos. La sintomatología suele pasar desapercibida en los consultorios médicos, lo que impide la detección y derivación oportuna. (Dio Bleichmar, 1991; Rojas et al, 2006; Dois et al, 2012; Jadresic, 2014; Gentes, 2016).

Norman et al (2010) plantea la importancia del abordaje multidisciplinario para tratar y reducir el riesgo de depresión posnatal. La actividad física influye positivamente en la preparación para el parto, previniendo complicaciones que pudieran presentarse. La implementación de programas de ejercicios presenta beneficios, tales como el de recuperar el peso corporal, y ayudar a la salud mental, reduciendo los estados de ánimos depresivos (Sánchez García et al, 2016).

Es frecuente que muchas mujeres tengan dudas al momento de elegir comenzar o continuar con la realización de actividades físicas. El ejercicio puede resolver problemáticas comúnmente relacionadas a la maternidad como edema de manos y pies, estreñimiento, calambres, insomnio, fatiga, dolor de espalda, alteraciones posturales, problemas circulatorios, mejorando el estado de ánimo (Walker, 2013).

El aumento de niveles hormonales durante este periodo origina cambios en la laxitud de ligamentos y músculos, con el objetivo de preparar el cuerpo de la mujer para el desarrollo intrauterino del bebé y el proceso de nacimiento. Esta laxitud, genera en la embarazada, incomodidad y dificultad en la realización de ciertos movimientos y actividades (Norman et al, ob.cit.).

Silvia Bustelo (2011), desde el área de la kinesiología, recomienda realizar intervenciones en el posparto con el objetivo de recuperar aquellas estructuras que han sufrido alteraciones y/ o disfunciones durante la gestación y el parto, (vaginal o por cesárea), y que pueden dejar secuelas a mediano o largo plazo (incontinencia urinaria, dolor lumbar, dolor sacroilíaco, etc.).

Es prioritario ofrecer recursos y soportes que ayuden a mejorar la calidad de vida de las mujeres, que sean asequibles y con el objetivo de obtener los mejores resultados sobre la salud perinatal. (Secanilla-Campo, 2016).

2. Justificación del servicio

Según el Reglamento de Programas, Servicios y Proyectos de Extensión de la Facultad de Psicología, UNC; se entiende por Servicio al conjunto de prestaciones de asistencia técnica,

asesoramiento, tareas de desarrollo y transferencia de conocimientos y tecnología, dirigidas en respuesta a una demanda de la comunidad. Incluyen las acciones de equipos específicos y tienen como objetivos: diagnosticar, asistir, orientar, pronosticar, derivar, investigar y capacitar en los niveles individual, grupal, institucional y comunitario, públicos o privados; en todas las áreas que la ley de ejercicio profesional habilita y en todas las corrientes teóricas reconocidas de las funciones de investigación y extensión para que las producciones e informes que realicen los equipos involucrados favorezcan el desarrollo de conocimientos y procedimientos metodológicos y técnicos en las problemáticas psicológicas del contexto social de la población local y regional. (RHCD 335/2014, art.13)

Posicionadas en el paradigma de la complejidad, que intenta abordar la multiplicidad de factores que atraviesan la experiencia humana y en la necesidad de construir un conocimiento integrado de las diversas manifestaciones de la persona, un equipo de profesionales provenientes de diversas disciplinas (psicología y kinesiología), elaboraron una propuesta para un servicio de extensión, cuyas destinatarias son las mujeres, que están transitando su embarazo o durante el primer año posterior al nacimiento del hijo/a.

En consonancia con los objetivos del milenio, este servicio, que se encuadra en la promoción de la salud y la prevención primaria y secundaria, se propone contribuir con la salud materna, lo que a su vez impacta en la salud infantil. El nivel y la calidad de la asistencia proporcionada a las mujeres antes, durante y después del embarazo, dentro y fuera del sistema de salud, refleja el valor relativo que cada sociedad les otorga. El índice de morbilidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza. La salud materno-infantil es clave para el desarrollo de un país, evidenciando la calidad de vida de sus habitantes (González, 2010).

El servicio ubica, en el centro de la actividad, al encuentro con la mujer gestante o puerpera, considerada como un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido (Sousa Campos, 1996). Siguiendo ideas de este autor, coincidimos en una clínica ampliada con una perspectiva de ciudadanía activa y de protagonismo, que reconoce en la consultante a una persona con derechos a la vez que como servicio se propone trabajar en el empoderamiento de los mismos. Empoderamiento que refiere a las capacidades de las que dispone cada persona para convertir sus derechos en elecciones de vida, devenidas de decisiones libres de coerción y violencia.

Las consultantes son mujeres que están atravesando una crisis de la vida, y manifiestan sus malestares en un cuerpo concreto, en un singular entramado de vínculos y en este contexto histórico-social.

La integralidad del sujeto exige un diálogo permanente entre disciplinas que provienen de diferentes ciencias. Desde este lugar se intenta superar la fragmentación del sujeto y la fragmentación disciplinar. Se trata de un esfuerzo continuo y conjunto para ampliar la mirada por fuera de los límites de la lógica de la propia ciencia.



La complejidad de los entrecruzamientos de aspectos involucrados en la gestación, parto y puerperio exigen salir del abordaje reduccionista o unidisciplinar. Es muy común que la embarazada, parturienta o puérpera se visualice en los ámbitos hospitalarios sanitarios como “paciente obstétrica”, haciendo foco exclusivamente en los procesos fisiológicos que se producen en su cuerpo.

Al decir de Alicia Stolkiner (1999) participar en un equipo implica renunciaciones, fundamentalmente renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Como profesionales de diferentes disciplinas partimos de reconocer la incompletud de la propia. “Toda relación con una disciplina es pasional: podemos someternos a ella, refugiarnos en ella, o hacerla trabajar, desafiarla” (p.2).

Se ofrece a las mujeres un espacio de escucha, en el que puedan expresar las dificultades que vivencian en estos períodos. El objetivo es esclarecer los distintos aspectos de los problemas o conflictos, de tal manera que pueda tomar decisiones más adecuadas. Se promueve, desde este espacio, el empoderamiento de sus derechos y el fortalecimiento de las acciones de autocuidado y del cuidado de su hijo/a.

El marco normativo vigente, específicamente las leyes: 25.929 (Parto Humanizado), 26.485 (Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres), 26.657 (Salud Mental), 26.529 (Derechos del Paciente), 25.673 (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable), entre otras, se constituyen en la referencia permanente de esta propuesta.

Encuadrar al servicio en el marco de la promoción de la salud y de la prevención primaria y secundaria, implica situarlo en una red, que permita tender líneas a otros servicios, e instituciones para aquellas situaciones, en que la consultante necesite ser referida a otros niveles y modalidades de atención.

3. Presentación del servicio

El servicio, que funciona desde el año 2019, recepta las consultas de mujeres gestantes o que atraviesan el primer año posterior al nacimiento del hijo/a. El mismo tiene por objetivo generar un espacio de escucha y orientación para promover un mayor reconocimiento de las manifestaciones corporales, como así también de los estados de ánimo y de la modalidad de los vínculos, con la finalidad de prevenir trastornos emocionales y malestares físicos durante el embarazo y el puerperio.

El servicio utiliza la técnica de la entrevista para recabar información sobre la situación de la consultante e intervenir en forma operativa, informando, orientando y asesorando en función del motivo que presenta. Al decir de Menéndez (1996), “una consulta, al fin de cuentas, es la solicitud

a un profesional, o alguien destacado como idóneo de la sociedad, para cubrir determinada demanda técnica” (p.22). Con respecto al pedido de ayuda en la consulta, el objetivo es dar respuesta a la situación clínica, introducir un cambio ya sea en términos de orientación, resolución, y/o derivación. La entrevista operativa se propone aprovechar esta situación, con el fin de lograr el mayor grado de eficacia en la resolución de una determinada acción crítica, en un tiempo limitado.

En las entrevistas se aplican instrumentos de valoración: la Escala de Edimburgo y la anamnesis kinésica. La Escala de Edimburgo, como instrumento de tamizaje (screening), para detectar el riesgo de padecer depresión durante el embarazo y en el posparto; y la anamnesis kinésica, mediante la cual se toma registro de los distintos aspectos físicos que presenta la consultante.

La intervención finaliza con el esclarecimiento de la problemática que manifestó la entrevistada y/o con la derivación pertinente. Ofrecer la información adecuada favorece la toma de decisiones en lo referente a su salud a la vez que reafirma el ejercicio pleno de sus derechos y fortalece su autonomía. (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

Esther Secanilla-Campo (ob.cit.), destaca que, a pesar de los múltiples canales y redes sociales existentes para obtener información (amigas, familiares, libros, internet, etc.), las mujeres valoran positivamente la que se les brinda cuando se adecua a la etapa que están transitando, es actualizada, precisa, confiable y se ofrece con empatía y conocimiento técnico por parte de los profesionales.

Este trabajo pretende dar a conocer el funcionamiento del servicio durante el primer año de su implementación y algunos resultados referidos a la población atendida.

4. Objetivos

- Dar a conocer un servicio de extensión destinado a la mujer durante el embarazo y en el año posterior al nacimiento del hijo/a.
- Comunicar algunos resultados de la experiencia.

5. Materiales y método

El presente trabajo tiene un enfoque descriptivo, en tanto se propone detallar las actividades y los resultados de las mismas durante el primer año de implementación del servicio (2019). Se realizó un análisis de la experiencia desde una perspectiva predominantemente cualitativa.

La población con la que se trabajó fueron mujeres que estaban transitando su embarazo o durante el primer año posterior nacimiento del hijo/a.

Se distinguieron dos momentos: el pedido de consulta y las entrevistas presenciales. En el primero se elaboró una encuesta on-line para la solicitud del turno de la consulta, a través de la cual se obtuvieron datos preliminares sobre las interesadas, como: edad, si transitaba el embarazo o era madre reciente y los motivos de consulta, los cuales podían ser del orden de lo físico (molestias o malestares corporales) y/o psicológico (ansiedad, tristeza, irritabilidad, insomnio, desgano, etc.).

En el segundo momento se utilizó la técnica de la entrevista semidirigida; y como instrumentos complementarios la Escala de Edimburgo y la anamnesis kinésica.

6. Resultados

Entre los meses de mayo y noviembre de 2019 se registraron 22 solicitudes de consulta. De ellas, 13 estaban embarazadas y 9 eran madres recientes. Las edades de las embarazadas oscilaron entre los 21 y los 38 años y las madres recientes entre los 26 y 33 años.

En relación a los motivos planteados en la encuesta, 16 manifestaron ambos aspectos (corporales y psicológicos), 7 señalaron sólo los psicológicos y una manifestó motivos corporales exclusivamente.

Las entrevistadas pertenecían a un sector social medio con estudios superiores completos o en curso. La mayoría con actividades en el ámbito laboral.

A los fines de describir las problemáticas surgidas en las entrevistas, se distinguen tres grupos:

1. Las madres recientes que no contaron con el acompañamiento de la pareja desde el embarazo, son las que expresaron mayores dificultades económicas y para continuar los estudios o las actividades laborales en forma regular. Las expresiones “vivo sola con mi bebé... me cuesta seguir estudiando”; “es muy difícil...trato de no colapsar” revelan el malestar y la sobrecarga vivenciadas. La ayuda, tanto económica como en el cuidado del bebé, provino de los propios padres de las entrevistadas y del grupo de amigas. En estos casos, los embarazos se dieron en relaciones accidentales: “estábamos saliendo...nada serio” y las parejas no mantuvieron el compromiso de hacerse cargo del hijo. El embarazo inesperado, al comienzo generó un fuerte impacto emocional “no lo podía creer... pensaba que era mentira... hasta que lo vi en la ecografía”. A pesar de que en muchos momentos se sintieron sobrepasadas por los cambios, sin embargo, señalaron que la experiencia de la maternidad les implicó mayor madurez y empoderamiento.



2. En las consultas de las madres recientes, con parejas convivientes, el embarazo no planificado también se vivió como un obstáculo para la consecución de su proyecto de estudio/trabajo: “cuando me enteré que estaba embarazada, me costó aceptarlo... pensé que no iba a poder cursar y terminar la carrera”. Las conflictivas predominantes estuvieron relacionadas con los cambios en la dinámica familiar después del nacimiento del hijo/a, la dificultad para compatibilizar los tiempos laborales o dedicados al estudio con las demandas familiares, el cansancio físico, los sentimientos de angustia y culpa ante la separación temporaria del bebé. En menor medida se expresaron conflictos en la relación de pareja.

3. En las embarazadas, las consultas giraron sobre los temores frente al parto y las inseguridades ante el desempeño del rol maternal. En relación a los aspectos físicos, las problemáticas estuvieron relacionadas a sensaciones vivenciadas como señales de alarma y que resultaron ser esperables para el proceso que transitaban. También presentaron dudas si las actividades físicas que realizaban eran beneficiosas para el momento de la gestación que estaban atravesando.

Con respecto a los resultados arrojados por la Escala de Edimburgo, en los casos cuyos puntajes estaban en las categorías de medio y alto riesgo¹¹ y las entrevistas confirmaron la existencia de ansiedad excesiva y/o depresión, se indicó la derivación para tratamiento.

7. Conclusiones/Contribuciones

Los datos recogidos en cuanto a la edad incluyen las dos décadas más fértiles de la vida de la mujer; tiempos que coinciden con el ingreso y permanencia en el nivel de instrucción terciario y superior y/o en el asentamiento de la actividad laboral. La simultaneidad del proyecto familiar y el personal (estudio o trabajo), es lo que impacta en forma diferente en hombres y mujeres. La posibilidad de que las madres recientes puedan continuar con sus estudios depende en gran medida del apoyo que le brinde el grupo familiar, social y el contexto universitario. Para Reid (ob.cit.) “el desarrollo profesional y la conciliación con la maternidad es una tensión propia del género femenino” (p. 72). Aunque todavía muchas mujeres continúan sintiéndose como las únicas responsables de la crianza de su descendencia, la sociedad en su conjunto a través de sus instituciones debe hacerse cargo también de la responsabilidad que le cabe por la calidad de vida de las futuras generaciones.

Es interesante el dato de que la mayoría planteó motivos de consultas de ambos órdenes (físicos y psicológicos), lo que habla de la expresión de un malestar subjetivo con un nivel de compromiso y esfuerzo sostenido de la disponibilidad corporal y psíquica de la mujer en la maternidad.

¹ Se siguió el criterio utilizado por Paolini, Oiberman y Balzano (2012) que distingue tres categorías: bajo riesgo con un puntaje menor a 9, riesgo medio entre 9 y 18 puntos, y riesgo alto para un puntaje igual o mayor a 19.



Respecto a la edad de las embarazadas, en esta muestra, se registraron edades de primigestas superiores a los 35 años, lo que confirma la tendencia actual, que numerosos autores han llamado maternidades tardías o postergadas en función de lograr otras metas previamente. Lupica (ob.cit.) concluye que las madres con estudios universitarios/terciarios completos retrasan 6 años el inicio de su maternidad con respecto a las madres con bajo nivel educativo: 28,3 años vs. 22,3 años. Por otra parte, la tasa de participación laboral en las mujeres disminuye a medida que nacen los hijos, mientras que la de los hombres se mantiene constante.

La situación de los embarazos inesperados y las diferentes respuestas de los géneros lleva a hacer varias reflexiones. En principio, la inexistencia de una alternativa pensable para las consultantes, que vieron como única opción continuar con la gestación como destino inexorable. Es importante recordar que, en nuestro país, con la legislación actual está “cercenada la libertad de las mujeres frente a la maternidad.” (Fernández, ob.cit., p.34). Para el varón, se presentan opciones: reconocer, acompañar, hacerse cargo o ninguna de las anteriores. A pesar de los avances en el estudio del ADN, los cambios en el nuevo código Civil y Comercial (2015), y la sanción de la ley 26.485 (violencia de género), el camino que debe transitar la mujer para que se reconozcan sus derechos y los deberes del otro progenitor para con el hijo/a concebido, es largo y con obstáculos. Otra pregunta a plantear hace referencia a los factores subjetivos que le dificultan a las mujeres poder acordar o exigir a sus parejas medidas anticonceptivas, cuando desde el varón se delega la responsabilidad en ella. Allí se evidencian las subordinaciones de género que aún subsisten.

Finalmente, podemos sintetizar las contribuciones de la experiencia en varios sentidos. Uno en relación a contribuir a visibilizar, a través del servicio, las problemáticas de la maternidad; poner la mirada en un proceso caracterizado por su complejidad y vulnerabilidad, ya que hay un gran compromiso del cuerpo, las emociones y los vínculos de las mujeres que gestan, paren y crían.

En otro sentido, como docentes, la experiencia nos provee de insumos para plantearnos interrogantes a investigar, a la vez que enriquece nuestras prácticas en el aula.

Como profesionales que provienen de diferente formación académica, pero conscientes de que el trabajo interdisciplinario nos va a permitir una mirada clínica no fragmentada del sujeto, nos planteamos el desafío de continuar construyendo marcos de referencia compartidos, a la vez que propiciar la incorporación y participación de otros profesionales de la salud.

Como prestadoras del servicio, recogeremos la valoración que las usuarias hagan del espacio, lo que nos permitirá adaptar nuestro trabajo en función de las necesidades que vayan planteando.

Referencias

- Blázquez Rodríguez, M., & Montes Muñoz, M. (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegi*, 14: 81-92.
- Bustelo, S. M. (2011). Posparto y calidad de vida. *Researchgate*; 163-169.
- Dio Bleichmar, E. (1991). La depresión en la mujer. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 39: 283-287.
- Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., & Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev. méd. Chile*; 140: 719-725.
- Fernández, A. (2009). *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. (1ra ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gentes, G., & González, C. (2016). Factores de riesgo para la depresión posparto. SGCS. UNC. Córdoba, Argentina. Tesis de Maestría.
- González, R. (2010). Salud materno-infantil en las Américas. *Revista Chil Obstet Ginecol.*, 75: 411-421.
- Jadresic, E (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev. Med. Clin.*; 25: 1019-1028.
- Lupica, C. (2010). Los hijos ¿influyen de igual manera en la vida de las mujeres y de los hombres?. *Anuario de la Maternidad*, (1ra ed.) Buenos Aires. Observatorio de la Maternidad.
- Mántaras, R., & Frassoni, A. (2015). Creencias sobre la lactancia materna en embarazadas primerizas. SGCS. UNC. Córdoba, Argentina. Tesis de Maestría.
- Menéndez, P. (1996). Concepto de situación. En *Focalización y psicoanálisis.*, Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana (2da ed.).
- Norman, E., Sherburn, M., Osborne, R., & Galea, M. (2010). An exercise and education program improves wellbeing of new mothers: a randomized controlled trial. *American Physical Therapy Association*, 3: 348–355.
- Oiberman, A. (2005). *Nacer y después....* JCE Ediciones.
- Olmo, C. de (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid, España. Clave Intelectual.
- OPS, O. P. (2004). *Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C: Biblioteca Sede OPS.

- Paolini, C., Oiberman, A., & Barzano, S. (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 12: 65-73.
- Reid, G. (2019). *Maternidades en tiempos de des(e)obediencia* (1a. ed.). Buenos Aires: Noveduc.
- Rojas, G., Fritsch, R.; Solís, J.; González, J., Guajardo, V., Araya, R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile*; 134: 713-720
- Sánchez-García, J., Rodríguez-Blanque, R., Mur Villar, N., Sánchez-López, A., Levet Hernández, M., & Aguilar-Cordero, M. (2016). Influencia del ejercicio físico sobre la calidad de vida durante el embarazo y el posparto. *Revisión sistemática. Nutr. Hosp.*, 33: 1-9.
- Sebastiani, M., & Raffo Magnasco de Testa, M. (2004). *Claroscuros del embarazo, el parto y el puerperio*. Buenos Aires: Paidós.
- Secanilla-Campo, E. (2016). Percepción de la calidad de atención recibida por futuros padres en una casa de nacimientos. *Duazary*, 13: 79 - 86.
- Sousa Campos, G.W. de (1996-1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*.
- Stolkiner, A. (1999). *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Rev. El Campo Psi., Buenos Aires, Argentina.
- Tajer, D. (2012). *Construyendo una agenda de género en la política pública en salud*. En *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar.
- Videla, M. (1990). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Walker, C. (2013). *Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología*. Barcelona: Elsevier Masson.