

Intersubjetividad desde el inicio: una mirada gestáltica a los procesos perinatales

Amaia Gutiérrez Martín

Este artículo propone una mirada gestáltica e intersubjetiva sobre los procesos perinatales, entendiendo el embarazo, el parto, el puerperio (posparto) y el duelo perinatal como experiencias profundamente relacionales. A partir de la clínica y del diálogo con la teoría gestáltica y la psicología perinatal, se plantea que la díada madre-bebé (con el término «madre» nos referiremos a «madre gestante»), constituye un campo intersubjetivo desde el inicio, donde lo corporal y lo psíquico están íntimamente entrelazados. La psicoterapia, en este contexto, no se dirige solo a un sujeto individual, sino que acompaña la co-construcción de este vínculo primario, el cuidado sagrado a esta experiencia y acompaña la integración de experiencias a menudo invisibilizadas o silenciadas. El texto invita a ampliar el encuadre terapéutico para incluir esta dimensión relacional desde el primer contacto, y a reconocer la potencia preventiva y reparadora de una psicoterapia sensible al campo perinatal.

Introducción

En los últimos años, muchas psicoterapeutas hemos empezado a recibir en consulta a mujeres embarazadas, a parejas que desean concebir o que transitan por los primeros meses tras el parto, a familias atravesadas por una pérdida gestacional o con sintomatología de estrés postraumático por haber enfrentado violencia obstétrica durante sus partos.

Además, desde el ámbito social y político se está reivindicando, desde mi punto de vista con mucho sentido, poner más luz y por tanto entender y atender mejor los procesos perinatales que vivimos las mujeres madres al iniciar las búsquedas de embarazo, cuando gestamos, damos a luz, puerperamos y comenzamos a establecer vinculación con nuestras criaturas recién nacidas.

El puerperio, período comprendido desde el parto hasta que la criatura sale progre-

sivamente de la esfera física y emocional de la madre, ha estado históricamente invisibilizado y desatendido, y es un momento de alta vulnerabilidad materna en que surgen la mayoría de las consultas y dificultades.

Estos procesos perinatales siempre han estado de forma más consciente o inconsciente en las consultas de psicoterapia, porque no todas las personas hemos gestado, pero todas las personas hemos nacido. Hemos sido gestadas, paridas y puerperadas. Atendidas, cuidadas y sostenidas, con mayor o menor acierto o fortuna. En mejores o peores condiciones.

Lo que no parece casual es que estos procesos perinatales sean, cada vez más, motivo de consulta. No solo de las madres, sino también de sus parejas y sus familias. Parece que estamos tomando conciencia de que queremos y merecemos vivir estos procesos trascendentales con más calma y más disfrute, al fin y al cabo, con más bienestar.

¿Qué papel puede jugar la psicoterapia durante este periodo? ¿Cómo acompañar procesos que involucran no solo a quien consulta, sino a una díada intersubjetiva en plena formación? ¿Qué implicaciones clínicas tiene atender al vínculo y al cuerpo en este momento de alta sensibilidad?

El objetivo de este artículo es aportar una mirada gestáltica e intersubjetiva sobre los procesos perinatales, desde la vivencia clínica y con una invitación a abrir el encuadre terapéutico a esta dimensión relacional desde el inicio.

Una mirada gestáltica a la perinatalidad

El enfoque gestáltico, con su énfasis en el aquí y ahora, en la experiencia fenomenológica y en el contacto con el entorno, ofrece un marco especialmente valioso para abordar los procesos perinatales. Desde esta perspectiva, el desarrollo humano no puede comprenderse de forma aislada, sino siempre en relación con el campo en el que acontece.

Nos interesa detenernos aquí en una idea central: la intersubjetividad, entendida no solo como una cualidad del vínculo, sino como condición misma de la existencia. Desde Martin Heidegger y su concepto de *Mitsein* («ser-con»), sabemos que el otro está siempre implicado en nuestra experiencia del mundo. En la perinatalidad, esta condición adquiere un carácter literal, físico e ineludible: durante la gestación, madre y bebé existen en un vínculo corporal y emocional continuo. No se trata de dos sujetos separados, sino de una díada que conforma una unidad experiencial y que requiere una mirada terapéutica capaz de incluirla en su campo relacional.

Desde la perspectiva perinatal, el proceso de ser gestados constituye un fenómeno

complejo y profundamente relacional, un desarrollo en permanente co-construcción. En él comenzamos a configurar nuestra intersubjetividad, nuestro modo de estar en el mundo, en interacción constante con el cuerpo y el psiquismo maternos. Este desarrollo co-construido se despliega simultáneamente en un plano físico y en un plano psíquico, inseparables entre sí.

Intersubjetividad en la gestación: lo físico y lo psíquico

Desde el punto de vista físico, los avances en psicofisiología y neurobiología del embarazo aportan evidencia significativa sobre la sincronía madre-bebé necesaria para la supervivencia. Diversos estudios muestran, por ejemplo, cómo la alimentación y el estado emocional de la madre durante la gestación influyen en la cantidad de glucocorticoides que alcanzan al feto. Niveles elevados de estas hormonas en momentos críticos pueden interferir en los procesos epigenéticos, modificando las «instrucciones de desarrollo» y, por tanto, el fenotipo del individuo en gestación (Carmona, 2020).

Otro ejemplo revelador de esta sincronía física —que nos concierne a todas las personas en relación con nuestras propias madres— es el modo en que ambos organismos se protegen mutuamente. Investigaciones del equipo de Neurociencia Materno-Fetal del Hospital Gregorio Marañón, difundidas por la doctora Susana Carmona, muestran la existencia de un tráfico bidireccional de células transplacentarias entre madre y feto en los mamíferos placentarios (Carmona, 2020). La persistencia de células fetales en los tejidos maternos se conoce como microquimerismo fetal.

Hasta hace relativamente poco, se pensaba que estas células desaparecían tras el par-

to. Hoy sabemos que no es así: el ADN del bebé puede integrarse en distintos tejidos de la madre y permanecer en ellos de por vida, con efectos significativos sobre su salud. Las células del feto contribuyen a procesos de reparación orgánica en el cuerpo materno y, al mismo tiempo, su presencia permite que el organismo de la madre lo reconozca como propio. De no ser así, el embarazo desencadenaría respuestas inmunológicas generalizadas con consecuencias graves (Barba-Müller, 2019).

Cuando decimos que nuestra existencia y nuestro desarrollo son relacionales, que nos construimos con, en relación con, podemos decir que es así desde el inicio de nuestro desarrollo embrionario y es así de forma absolutamente literal. Los estudios sobre programación fetal, arrojan luz sobre cómo estos procesos ocurren también a nivel psíquico, cómo nuestro psiquismo ya se empieza a construir con, en relación con el psiquismo de nuestra madre.

El abordaje desde la salud mental perinatal ofrece mucha luz al respecto de los primeros capítulos de nuestra vida. Hoy sabemos que mientras somos gestadas no nos mantenemos pasivas, sino que somos sujetos en desarrollo que captamos sensaciones y estados emocionales de nuestro entorno. La madre no solo contiene físicamente a su criatura en gestación, sino que lo afecta y lo construye psíquicamente desde el inicio.

Desde la experiencia materna, el inicio de un embarazo suele dar lugar a un estado psicológico particular que la psiquiatra y psicoanalista Monique Bydlowski denominó *transparencia psíquica* (Bydlowski, 1991). Este concepto alude a una creciente sensibilidad emocional que se intensifica a medida que avanza la gestación y que conlleva un mayor acceso a recuerdos y vivencias previamente relegados al fondo de la experiencia.

Durante este estado psíquico, es frecuente que emerjan —de forma más o menos consciente—, asuntos pendientes vinculados a las relaciones primarias de la mujer embarazada, especialmente a la relación con su propia madre, aunque también con otros vínculos significativos. La transparencia psíquica favorece así la reactivación de duelos no resueltos y, al mismo tiempo, una mayor lucidez emocional respecto a nuevos deseos, inquietudes y replanteamientos en relación con el propio proyecto vital.

Por todo ello, el embarazo se considera un momento especialmente propicio para el acompañamiento psicoterapéutico. En un espacio donde la mujer pueda sentirse acompañada, segura y legitimada, se abre la posibilidad de expresar emociones antiguas, revisar la propia historia vincular y de crianza, y elaborar los duelos que puedan estar aflorando durante la gestación (Ramírez, 2020).

La diada en consulta: Isabel y Hugo. Un embarazo consciente y en clave de reparación

En relación con los asuntos pendientes que pueden activarse durante el embarazo, presento el caso de una paciente embarazada que trajo con claridad esta vivencia desde el inicio de su gestación. Conocí a Isabel cuando estaba embarazada de dos meses. En la primera sesión expresó, con notable lucidez: «Ahora, con el embarazo, tengo muy presente mi infancia y la bebé que fui, y siento que tengo tareas pendientes de resolver. Quiero ofrecer a mi hijo algo mejor de lo que yo recibí como hija».

Esta demanda, formulada con tanta claridad —aunque sin que ella misma lo supiera—, encarna el sentido profundo del acompañamiento psicoterapéutico durante el embarazo. Se trata de dar espacio a la ambivalencia emocional saludable, frecuente y no patológica en los primeros meses de gestación; de acoger y dar expresión a los conflic-

tos y duelos que reaparecen y se hacen figura como tareas pendientes; y de acompañar la revisión de la niña y de la bebé que la mujer fue, en un proceso que abre la posibilidad de reparación.

Cuando trabajo con una embarazada en consulta, tengo muy presente que estoy haciendo prevención. Y, por tanto, no pierdo de vista a la criatura que está siendo gestada. Desde el primer momento de la gestación, la mirada no es individual, sino relacional. La atención es a la diada ya en co-construcción. Se está gestando una criatura y también se está gestando una nueva madre. Y por supuesto se está creando intersubjetividad en doble dirección.

La atención y la intervención es siempre relacional. Es decir, vamos a incluir al bebé en gestación en la relación terapéutica, vamos a preguntar por su salud y por las intuiciones de la madre sobre su vivencia uterina, vamos a invitar a la madre a que se comunique para explicarle, contarle sobre cuestiones que le afectan, sobre todo de su mundo emocional.

Volviendo a Isabel, ella tiene asuntos pendientes con su madre y con su padre, siempre los ha tenido, pero en este momento estos asuntos se hacen figura. Isabel es la menor de tres hermanas. Al explorar su historia perinatal, descubrimos las dos con sorpresa que vivió una gestación muy corta, nació con seis meses y medio de desarrollo intrauterino y se mantuvo en una incubadora otros tres meses más. Su intuición y su vivencia es que estuvo francamente sola, poco acompañada. Incluir la perspectiva perinatal en consulta tiene mucho que ver con incluir la mirada de la bebé que fueron nuestras pacientes, la experiencia de nacimiento y de recién nacida, qué sostén físico y emocional pudieron tener sus primeros meses y años, qué circunstancias relacionales de salud física y mental les acompañaron.

Las circunstancias que acompañaron a Isabel los primeros meses de vida extrauterina no fueron favorecedoras de salud, tiene una vivencia muy clara de ausencia, de soledad, que le acompañó sus primeros años de vida. Cuando exploramos qué huellas intuye ella que deja en su desarrollo esta experiencia, hay una intuición clara: «Yo he aprendido a ser autosuficiente, a arreglármelas sola, sin apoyo».

En el momento actual, estando embarazada, y tomando conciencia y haciéndose cargo de su historia vincular, ya está presente para su hijo en clave de reparación.

Parte del trabajo en consulta, desde un abordaje gestáltico, consiste en posibilitar la integración: entre lo que fue y lo que es; entre la experiencia como hija y la experiencia como madre; entre la maternidad ideal y la maternidad real. Todo ello sin perder de vista lo que efectivamente está siendo, lo fenomenológico de la situación y lo relacional que acontece en la sesión, y que iremos nombrando en el momento mismo en que sucede.

El puerperio: cuerpo a cuerpo, vínculo y ambivalencia

Después del parto, la intersubjetividad se vuelve aún más visible. La madre y el bebé se encuentran en contacto cuerpo a cuerpo, literalmente. Pero el puerperio no es solo físico. También es psíquico, simbólico y relacional. Y está profundamente atravesado por lo social.

Como terapeutas gestálticas, podemos **observar la fenomenología de la diada**: cómo respiran, cómo se miran, cómo se regulan mutuamente. Podemos acompañar sin juzgar, ofrecer presencia, afinar nuestra escucha al campo.

Lo relacional ya está aconteciendo en la diada durante la gestación de una criatura,



El inicio de un embarazo suele dar lugar
a la *transparencia psíquica*.

ya se está generando una identidad, unas fantasías, unos deseos, etc. Lo que en la clínica perinatal llamamos las *representaciones maternas*. Sin embargo, cuando el nacimiento ya se ha producido, este ser y estar en relación se torna más evidente, y en consulta también. A partir de ese momento y cuando la diada está lista para volver a consulta, trabajaremos con el vínculo como paciente, con esta relación en co-construcción, siempre teniendo en cuenta el sistema familiar y social en el que esta diada se encuentra, y los

elementos de salud o de riesgo que lo caracterizan.

Cuando nació Hugo, el hijo de Isabel, y regresaron a la consulta —algo que ocurrió pronto, ya que el puerperio de Isabel fue saludable— comenzamos a encontrarnos los tres. En ese momento, lo fenomenológico, aquello que acontece en el aquí y ahora de la relación, se vuelve especialmente evidente. En este contexto, suele ser adecuado nom-

brar lo que va ocurriendo, poner palabras a lo que observamos en la interacción: «Parece que se calma en tu cuerpo», «parece que tu cuerpo es un lugar seguro para él».

Las madres que se mantienen mínimamente conectadas con su instinto suelen saber cómo relacionarse con sus crías. Parte del trabajo en consulta con una madre puérpera consiste en resaltar aquello que ya hace bien, observando y nombrando lo que sucede en la relación. Al mismo tiempo, es importante conocer y atender las señales de alarma que pueden indicar la presencia de psicopatología en el vínculo.

No me detendré en la parte de psicopatología ya que no es objetivo en este artículo, pero sí nombrar y hacer hincapié en que para observar y entender lo que le ocurre a una madre puérpera, hay que verle con su bebé, igual que para observar y entender lo que le ocurre a un bebé, hay que observarle en relación con su madre. Y dentro de la evaluación del vínculo, exploramos su situación familiar y social, como hemos mencionado anteriormente.

Volviendo a Isabel y su hijo recién nacido, ponemos en consulta la mirada en esta relación en co-construcción. La sincronía madre-bebé continúa mucho tiempo después de la gestación y del nacimiento. Le llamamos diada porque es un sistema que se corregula, y no se pueden subjetivar ni entender por separado. A lo largo de las semanas, Isabel y Hugo se van conociendo y entendiendo cada vez más, y en consulta lo vamos señalando. Damos el espacio para que nos cuenten cómo se encuentran, cómo ha sido la experiencia de dar a luz y de nacer, como eventos trascendentales en la vida, y en el caso de Isabel, cómo está viviendo ella esto de vivir su primera maternidad. Estos inicios suelen ser adecuados para recoger la posible ambivalencia emocional presente en el puerperio. Es frecuente que las madres puérperas experimenten sentimientos ambivalentes respec-

to a su experiencia de maternidad, y facilita mucho poder darle voz a este sentir ambivalente en un espacio libre de juicios e interpretaciones. (Ramírez, 2020). Las primeras consultas de puerperio son el momento adecuado para preguntar por la experiencia de parto y nacimiento, dar espacio y tiempo para el propio relato y explorar sintomatología de estrés postraumático consecuencia de las posibles violencias enfrentadas, en particular la violencia obstétrica, aún muy presente en los hospitales de nuestro contexto. (Šimonović, 2019).

Sabemos por la investigación reciente y los relatos de las madres, que la vivencia de haber sido respetada y adecuadamente acompañada en la experiencia de parto, facilita el período de posparto. Y, por el contrario, la experiencia de haber sido violentada, poco respetada y ninguneada, dificulta un período altamente sensible como es el posparto en términos globales de salud, y por tanto va a dificultar también el inicio del proceso de vinculación primaria y los primeros años de la crianza. (Olza, 2010).

En condiciones de salud, y no de patología, se trata de un sistema que tiende a autorregularse, algo que podemos observar de manera directa. El cuerpo a cuerpo necesario para ambos durante el puerperio, el contacto físico y emocional estrecho y continuo, y la lactancia como herramienta fisiológica del vínculo generan picos elevados de oxitocina en madre y bebé, lo que facilita procesos de regulación orientados al bienestar. Todo ello ocurre, por supuesto, aun en presencia de momentos difíciles, de la falta de sueño o de la frecuente sensación de verse desbordada por tanta dependencia y demanda.

En el trabajo en consulta con una diada madre-bebé, es fundamental tener en cuenta las circunstancias que la rodean e incluir, desde una mirada ecosistémica, al padre de la criatura —esté o no presente o disponi-

ble—, a la pareja de la madre si la hay, así como al resto del sistema familiar, la red de sostén y apoyo, y las dinámicas relacionales que se despliegan en ese entorno.

Esta evaluación de los factores de protección y de los factores de riesgo es pertinente en cualquier contexto clínico, pero adquiere un carácter especialmente relevante cuando se trabaja con diadas vulnerabilizadas, como ocurre en el trabajo que realizamos mi equipo y yo en nuestras consultas en ERAIN.

- ¿Vive esta diada en una vivienda segura y protectora para su bienestar? ¿Tiene esta madre suficiente sostén logístico y emocional para cuidar y sostener a su criatura de forma adecuada?
- ¿Cuenta esta diada con todo lo que necesitan para desarrollarse y vincularse en parámetros de salud y bienestar?
- Si no es así, ¿cómo podemos acompañar desde la consulta a incluir factores de protección en la diada?
- Y también, ¿cómo podemos aprovechar los recursos que su comunidad les ofrece?

Duelo perinatal: identidad materna/paterna interrumpida

Cuando el embarazo no llega a término, o el bebé fallece durante o después del parto, la experiencia intersubjetiva se ve brutalmente interrumpida. La persona que ha gestado o deseado ese hijo queda en una identidad suspendida, materna o paterna sin bebé.

A menudo, el entorno no legitima ese dolor. Lo minimiza, lo relativiza, lo corrige con frases que pretenden consolar y terminan invalidando: «aún no era un hijo», «ya tendrás otro», «mejor ahora que más adelante». El mensaje implícito es claro: no hay pérdida suficiente, no hay historia suficiente, no hay derecho suficiente a sufrir. Cuando eso ocurre, la persona en duelo queda suspendida en una especie de limbo.

Aquí, la psicoterapia puede ofrecer un sostén radical, una validación de ese vínculo intersubjetivo real aunque invisible, una posibilidad de transitar el duelo sin disociación ni silenciamiento. (Gómez-Ulla, Contreras, 2021)

Conclusión: hacia una mirada integral, relacional y sensible

La propuesta de este artículo es sencilla y radical a la vez: entender los procesos perinatales desde la identidad relacional del ser humano, e incluir esta dimensión en el trabajo terapéutico.

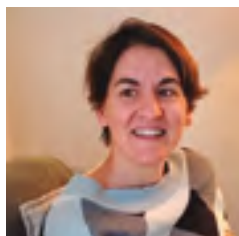
Como terapeutas gestálticas, tenemos herramientas para sostener estos procesos: la atención al cuerpo, la fenomenología, la presencia, el contacto, el darse cuenta, el respeto profundo por el ritmo y el campo.

Acompañar la intersubjetividad desde el inicio, en el embarazo, en el puerperio, en el duelo o en el deseo, es también una forma de cuidar la vida en su forma más temprana, de prevenir sufrimiento, de construir salud.

En este sentido, la psicoterapia perinatal puede ser transformadora y reparadora, no solo para quien consulta, sino también para la cultura del cuidado que queremos construir.

Bibliografía

- CARMONA, S. (2020). Embriología y programación fetal. En I. Olza (Ed.), *Psicología del embarazo*. Madrid: Síntesis.
- BARBA-MULLER, E., CRADDOCK, S., CARMONA, S., et al. (2019). Women's neuroplasticity during gestation, childbirth and postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 289–299. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0890-6> (Incluyo DOI por tratarse de una revista científica; puede omitirse si no lo necesitas.)
- BYDŁOWSKI, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*, 32, 135–142.
- GÓMEZ-ULLA, P., & CONTRERAS, M. (2021). *Duelo perinatal*. Madrid: Síntesis.
- OLZA, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 96, 35–41.
- RAMÍREZ, E. (2020). *Psicología del posparto*. Madrid: Síntesis.
- ŠIMONOVIC, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (A/74/137)*. Asamblea General de las Naciones Unidas.



Amaia
Gutiérrez
Martín

Es psicóloga, terapeuta de pareja y de familia, psicoterapeuta Gestalt, especializada en Salud Mental y Psicoterapia Perinatal.

Su formación profesional se ha desarrollado de manera paralela a su propio proceso psicoterapéutico, lo que le ha permitido integrar los saberes desde una mayor conciencia personal y profundizar en el enfoque gestáltico, tanto en espacios individuales como grupales. Ha trabajado en Servicios Sociales con menores y familias en situación de vulnerabilidad psíquica y social. Desde hace cuatro años ejerce como psicoterapeuta en la cooperativa ERA-IN, acompañando a mujeres madres atravesadas por violencias machistas, facilitando espacios grupales para mujeres y participando en programas para jóvenes en transición a la vida adulta. Desde 2018 atiende también en consulta privada, en psicoterapia individual y de pareja.