



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Promoción de salud y prevención de enfermedad en el primer año de vida.

Desde un abordaje interdisciplinar, en un Primer
Nivel de Atención (PNA) de ASSE.

Trabajo Final de Grado - Sistematización de experiencia

Estudiante: María Fernanda Colina

CI: 4.970.669-5

Tutora: Prof. Adj. Mag. Alejandra Arias

Revisora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farías

Febrero, 2023. Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen	1
1. Introducción	3
2. Contextualización	4
2.1 Avances en Uruguay en cuanto a la atención integral en salud en niños en la primera Infancia y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	4
2.2 Políticas públicas que respaldan las Infancias	5
2.3 Experiencia como practicante en el marco del PPRSS en dos Programas asistenciales de ASSE: Dificultades de Inserción en el Medio Educativo (DIME) y Casa del Desarrollo en la comunidad del Cerro.	8
3. Metodología	11
4. Objetivos	13
5. Marco referencial	13
5.1 Cambios en el modelo de atención. Promoción de salud y prevención de enfermedad	
5.2 Psicoeducación y alfabetización en salud	15
5.3 Rol de la familia. Importancia de los primeros vínculos	17
6. Resultados de la experiencia a través de la sistematización de entrevistas	19
7. Reflexiones finales	28
Referencias Bibliográficas	31

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República es el resultado de la sistematización de una experiencia en calidad de practicante, a través del programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (PPRSS) de ASSE. Se da cuenta de las intervenciones de promoción y prevención de enfermedad en el PNA, basadas en la orientación de familias con bebés en el primer año de vida, desde un abordaje interdisciplinar. A nivel país, se han dado avances en temas relacionados a la salud y la niñez, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), políticas públicas y Programas en salud para la atención en primera infancia. Se destacan los avances en el cambio de modelo de atención en salud, la importancia de la psicoeducación y alfabetización en salud para la orientación a las familias y el diálogo entre autores que resaltan la importancia de los primeros vínculos entre los papás y su bebé. Son elegidas como herramientas metodológicas: la observación participante y entrevista semiestructurada. Con el objetivo de transmitir vivencias de los encuentros con las familias y el testimonio de las mismas acerca de su experiencia personal. Dentro de las reflexiones finales, se visibiliza la importancia del apoyo y acompañamiento de los equipos de salud a las familias, a la vez, desde la mirada profesional se promueve la importancia del trabajo en edad temprana del desarrollo.

Palabras claves: promoción de salud, prevención de enfermedad, primera infancia e interdisciplina.

1. Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro del Trabajo Final de Grado (TFG) correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). La modalidad elegida para dicho trabajo corresponde a una producción empírica, específicamente la sistematización de una experiencia de intervención interdisciplinar en el Primer Nivel de Atención (PNA) de corte preventivo.

A partir de esta sistematización, se pretende dar cuenta de una de las experiencias realizadas en el marco del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (PPRSS) en calidad de practicante. El Programa permite que estudiantes de psicología accedan a distintos servicios de salud, a través de un convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Psicología (FP). Cabe señalar que ASSE, institución en la que se realizan las prácticas, es el principal prestador de salud, único con sedes presentes en todo el territorio nacional y con servicios en todos los niveles, lo que agrega un gran valor formativo a esta experiencia.

La experiencia seleccionada para este trabajo se centra en un dispositivo que coordina la Lic. en Fisioterapia del equipo de la Casa del Desarrollo del Cerro, para trabajar en orientaciones a las familias basadas en intervenciones de promoción de salud y prevención de enfermedad para bebés durante su primer año de vida. Dicha experiencia se concentra en el periodo de noviembre 2022 a enero 2023 cuando la practicante se une al dispositivo de trabajo. La experiencia se desarrolló en la Sala de Espera del Centro de Salud del Cerro.

El objetivo general del TFG es visibilizar la relevancia de realizar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad destinadas a las familias con bebés de 0 a 1 año de vida, con el fin de contribuir al apego seguro a través de la orientación a las figuras parentales (madre - padre) en esto.

La metodología para la sistematización se basó en instrumentos como la observación participante con registros digitales y el desarrollo de entrevistas semi estructuradas a usuarios y a la coordinadora de la propuesta. Para ello, se solicita el consentimiento informado y se les brinda una hoja de información del trabajo, con datos de la practicante. La experiencia de campo tuvo presente principios éticos como el resguardo de la identidad de los participantes, tanto en los registros y en la sistematización de la información.

De la sistematización surgen como principales consideraciones la contextualización a nivel nacional en cuanto a los avances de la Reforma Sanitaria en el Uruguay y progresos en políticas públicas que respaldan a las Infancias. Asimismo, se enfatiza en los Programas en salud de ASSE destinados a la atención de la primera infancia, con dispositivos

centrados en la promoción de salud y prevención de enfermedad, con estrategias de intervención que aborden la integralidad del proceso salud-enfermedad. Para el marco referencial se seleccionan temas en torno a cambios de modelo en atención en salud, la psicoeducación y alfabetización en salud, como herramienta para el trabajo con las familias y la importancia del vínculo papás-bebé desde una etapa temprana del desarrollo para estar en conexión con las necesidades de estos últimos. En los resultados de la experiencia se desarrollan relatos, vivencias personales familias y de la Lic en Fisioterapia para enriquecer este trabajo desde la mirada de los participantes. De este modo, se visibiliza la importancia del apoyo y acompañamiento de los equipos de salud a las familias, a la vez que desde la mirada profesional se promueve la importancia del trabajo en edad temprana del desarrollo.

2. Contextualización

La contextualización de esta producción académica tendrá como ejes: (2.1) los avances en Uruguay en cuanto a la atención integral en salud de niños en la primera Infancia y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), (2.2) las políticas públicas que respaldan a la primera infancia y (2.3) Experiencia como practicante en el marco del PPRSS en dos Programas asistenciales de ASSE.

2.1 Avances en Uruguay en cuanto a la atención integral en salud en niños en la primera Infancia y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Los avances en el Uruguay en relación a la Reforma Sanitaria (2004) se ubica en un contexto de transformaciones sociales, económicas y políticas, y se basa en cambios complementarios y progresivos del modelo de gestión, del modelo de financiamiento y del modelo de atención a la salud del sistema de salud . Estos cambios se plasman a través de la promulgación de un conjunto de leyes y decretos dentro de los que se destaca la Ley 18.211 de diciembre de 2007 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). A partir del SNIS se constituye un Seguro Nacional de Salud cuyos objetivos principales son la universalidad, accesibilidad, equidad, oportunidad, integralidad, sustentabilidad, intersectorialidad, participación social, eficacia y eficiencia. El mismo pone énfasis en acciones en torno a la promoción de salud, prevención de enfermedad, determinantes sociales y estilos de vida. Este conjunto de principios y valores sobre los que se sustenta el SNIS, constituyen los elementos de cambio en el modelo de gestión del sistema. Desde el punto de vista de los cambios en el “modelo de financiamiento” el Seguro se financia a través de un Fondo único público y obligatorio, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), al

que aportan el Estado, las empresas y los hogares beneficiarios del SNIS, reuniendo todos los aportes de la seguridad social (Sollazzo, y Berterretche, 2011).

La Ley número 18.211, aclara en su artículo número 34 que el SNIS se organiza en redes, por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones, priorizando el PNA. Acerca de este se expresa que está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente. Esto permite satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida. Las actividades se realizan con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su entorno social. Las acciones de atención a la salud son efectuadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria y domiciliaria (Uruguay, 2007).

2.2 Políticas públicas que respaldan las Infancias

Junto al SNIS se desarrollan políticas públicas sociales en salud que respaldan a las Infancias¹ en el territorio país. Una forma de materializar estas políticas ha sido a través de Programas que son impulsados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y Presidencia de la República. Los mismos demuestran la necesidad e importancia de realizar acciones dentro de este campo de trabajo interdisciplinar. A continuación se detallan los principales Programas que se han implementado en Uruguay y tienen por población objetivo la primera infancia.

Programa Nacional de Salud de la Niñez (PNSN)

Con el fin de avanzar en el marco de las políticas públicas de las infancias en el ámbito de la salud, en 2006 se crea el PNSN para contribuir al desarrollo ciudadano del país desde el cuidado adecuado de la salud de las infancias (MSP, 2006). Este programa, define como población infantil a todas aquellas personas entre las edades de 0 a 14 años. Apunta a incorporar un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción en salud desde la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en coordinación con otros efectores, desde una perspectiva de derechos, género y de equidad social. Asimismo se propone como una de las principales líneas estratégicas generar espacios de participación ciudadana en el diagnóstico, gestión y evaluación de actividades. A nivel de recursos materiales e instalaciones físicas se recomienda que, en particular para

¹ En este trabajo se contempla una perspectiva amplia de la concepción de las infancias, por ello se refiere a la misma en plural, entendiendo que es una población que dista de ser homogénea en sus características.

el PNA, haya un espacio informativo y promocional adecuado con cartelera, instrumentos de promoción, espacios comunes (MSP, 2006).

En dicho Programa se establecen objetivos y estrategias a implementar por franjas etarias. Durante los 24 meses de vida es esperable que se puedan generar intervenciones de seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud individual y grupal a la familia y la integración a redes e instituciones. Del mismo modo, se sugiere la aplicación de pautas de control de desarrollo según edades, con promoción materna y familiar de los estímulos adecuados, con posible participación en grupos y proyectos sociales de apoyo (CAIF y otras organizaciones) y derivación a equipos especializados si correspondiera. Brindar apoyo y fomentar la lactancia materna a través de actividades individuales y grupales en la comunidad (MSP, 2006).

Otro de los hitos que se espera que sean realizado por el equipo técnico es el monitoreo del vínculo madre/ padre/ familia en forma sistemática con el niño en base a pautas preestablecidas, desde la perspectiva del respeto a los valores de crianza de cada familia, en tanto los mismos no impliquen la vulneración de los derechos humanos de la niñez, por el contrario, se procura el fortalecimiento de estos a través de acciones individuales y grupales. Detectar situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica, derivándolos a los mecanismos de atención correspondientes, entre otras (MSP,2006).

Uruguay Crece Contigo (UCC)

Es un Programa a nivel país que se instala a partir de los buenos resultados y evaluación del Programa Canelones Crece Contigo (CCC). Este último, fue impulsado por la Intendencia Municipal de Canelones en el año 2007 y 2008, puesto en funcionamiento en el marco de un programa mayor denominado “Uruguay Integra”.

Desde el año 2012 hasta el año 2015 se encuentra bajo la órbita de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Presidencia de la República y desde esa fecha hasta la actualidad, se constituye como una Dirección Nacional dentro de MIDES, bajo el nombre de “Uruguay Crece Contigo”.

UCC es una política pública de cobertura en todo el territorio, que tiene como objetivo consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia, implementando acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones (Ministerio de Desarrollo Social, 2018). Se estructura en tres pilares: uno de ellos es la protección integral a la primera infancia, el otro pilar comprende los territorios para crecer, mientras que el tercero se basa en los registros de

información, datos del proceso y evaluación, en el que se trata de generar insumos para encaminar la construcción de políticas de la primera infancia.

Programa Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (SERENAR)

SERENAR nace en la Cátedra de Neuropediatría de la Facultad de Medicina de la UdelaR y desde el año 2006 se desarrolla en el marco de un acuerdo entre la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la OPP (Cátedra de Neuropediatría, 2009). Tiene como objetivo mejorar la prevención, detección y atención temprana de discapacidades en niños nacidos en situación de riesgo en su desarrollo neurocognitivo, en todas las instituciones de salud pública uruguayas. Es decir, que está enfocado a la detección precoz y el tratamiento de las alteraciones psico-neuro sensoriales de los lactantes y al seguimiento sistemático del niño hasta los seis años de edad (ASSE, s/f).

Los factores de riesgo a tener en cuenta para la derivación de bebés a este dispositivo son: riesgo biológico (principalmente, prematurez, bajo peso al nacer, recién nacidos con riesgo neurológico, malformaciones), o de carácter social (embarazos no deseados, embarazos adolescentes, alcoholismo y adicciones en madre y padre, maltratos, pobreza extrema) (Presidencia de la República, 2016).

Se proponen actividades de prevención primaria mediante la sensibilización de la población en edad fértil, de prevención secundaria a través de la captación de los recién nacidos que presentan factores de riesgo y de prevención terciaria a través de la estimulación precoz para quienes lo requieran.

La atención se realizaba en ocho Unidades de Atención Temprana (UAT). Tres en Montevideo: Centro Hospitalario Pereira Rossell, Centros de Salud Unión, Centro Coordinado del Cerro; cinco en el interior del país: Hospital de Salto, Hospital de Tacuarembó, Hospital de Treinta y Tres, Hospital de Durazno y Hospital de Maldonado (Cátedra de Neuropediatría, 2009). En la actualidad, el equipo ubicado en el Coordinado del Cerro se disolvió y los profesionales fueron distribuidos a otras tareas y programas dentro del SNIS.

Plan Aduana

Con la creación de la Ley 18.211, los Servicios de Salud de ASSE propusieron estrategias que permitieran el abordaje y las intervenciones desde una etapa temprana del desarrollo, con la finalidad de una atención integral y de corte preventivo. Este es el caso del "Plan Aduana", que tiene como objetivo lograr que niños y niñas entre 0 y 3 años usuarios/as de ASSE mejoren su crecimiento y desarrollo integral, brindando prestaciones

adecuadas según nivel de riesgo a través de la identificación, captación, el seguimiento y control por parte del equipo de salud.

2.3 Experiencia como practicante en el marco del PPRSS en dos Programas asistenciales de ASSE: Dificultades de Inserción en el Medio Educativo (DIME) y Casa del Desarrollo en la comunidad del Cerro.

Programa de Practicantes y Residentes en los Servicios de Salud

Desde el año 2010, la Facultad de Psicología mantiene un convenio con ASSE que da lugar al PPRSS. Este programa contribuye al desarrollo de una formación específica de grado y posgrado que ofrece procesos formativos alineados con las exigencias y competencias establecidas con la creación del SNIS.

Siguiendo a Perea (2017) el PPRSS consiste en una formación académica y profesional en Psicología en Servicios de Salud, promoviendo un perfil específico para trabajar en los distintos niveles de atención, con énfasis en el PNA. Cada practicante y residente cuenta con un docente coordinador y supervisor del PPRSS y un referente del servicio dispuesto por ASSE, quienes son, en su mayoría, licenciados en psicología.

Al ofrecer esta formación en un servicio de salud del sector público del SNIS se establece un escenario privilegiado para la cooperación entre la institución universitaria y las instituciones prestadoras de servicios de salud (Perea, 2017). El practicante tiene un contrato laboral con ASSE en el cual se establece que debe dedicar 25 horas semanales al servicio y 15 horas semanales de formación académica para el apoyo de las prácticas que realiza. Los ámbitos de inserción para estudiantes y egresados están distribuidos en los tres niveles de atención.

Proceso de familiarización con la comunidad y los Programas de ASSE.

Las comunidades tienen una forma particular de habitar y transitar la vida, atravesadas por múltiples acontecimientos que hacen que estén en movimiento permanente, lo que exige actualizaciones diagnósticas (Rinaudo et al., 2017). El primer acercamiento a la misma, a través de un proceso de familiarización con el territorio y la población permite conocer los recursos e instituciones que allí trabajan y la forma en que lo hacen. Se caracteriza este primer acercamiento al territorio como una aproximación diagnóstica, entiendo a la misma como: una herramienta que permite incursionar en cómo las comunidades operan y se desenvuelven (Rinaudo et al., 2017).

En este escenario, la comunidad, convergen intereses y fines en común, así como también se construyen vínculos y sentimientos de pertenencia, producto de una historia colectiva. Al mismo tiempo, suele ser un ámbito en donde la heterogeneidad se despliega en

toda su complejidad. Las formas peculiares que adquiere la vida cotidiana de las personas está determinada histórica y culturalmente, condiciones que a su vez determinan el desarrollo futuro de las mismas. En la comunidad como tal, confluye un entramado de personas en interacción, de fenómenos de comunicación, de valores, de formas de organización que los individuos crean para satisfacer sus propias necesidades, por ejemplo, las comisiones barriales, cooperativas, las formas en que se relacionan y el acceso a los servicios de salud (Rodríguez, 1998).

Los datos sociodemográficos extraídos del censo 2011 (OTU-OPP, 2011) reflejan que la población del Cerro es una población de un estrato social bajo, contando con una tasa de desempleo del 8,6%, mientras que la tasa nacional es del 6,3%. Además, el 38,3% de la población cuenta con al menos una necesidad básica insatisfecha, un porcentaje mucho mayor al promedio departamental, que es del 26,8 %.

La población de niños entre los 0 y los 9 años es del 16,8% en el Centro Comunal Zonal 17 (CCZ17) donde entra la población del Cerro, Paso de la Arena, La Teja, Pajas Blancas, La Paloma y Tres Ombúes. El aumento de la población infantil es característico en barrios de nivel socioeconómico bajo, lo que explica la presencia de un buen número de instituciones educativas en el barrio y de la disposición por parte de ASSE a destinar los recursos de salud para la implementación de Programas asistenciales para trabajar con la primera infancia: SERENAR y el Programa DIME. El primero destinado a la detección precoz de dificultades en el neurodesarrollo y el segundo, al tratamiento y rehabilitación de problemáticas específicas en el aprendizaje.

La pasantía como practicante, que se extendió desde febrero de 2022 a finales de enero del 2023, estuvo enmarcada dentro del Programa de Dificultades de Inserción en el Medio Educativo (DIME). Por decisión de las autoridades de ASSE, a partir del mes de agosto el DIME pasó a configurarse como Casa del Desarrollo del Cerro, la cual depende de la Dirección de Niñez y Adolescencia de ASSE.

Esta modificación de programa no fue el único cambio que atravesó esta propuesta de trabajo en el abordaje de dificultades de aprendizaje en edad escolar en el Cerro. En el año 2009 el equipo interdisciplinar (maestra especializada, psicóloga, psiquiatra, fonoaudióloga) tenía sede en el Centro Comunal Zonal 17 (CCZ17) del Cerro y realizaba intervenciones en las escuelas con los grupos de niños que reunían dificultades similares. Este Programa era conocido como INTER-IN, por su característica de trabajo en conjunto entre instituciones (ASSE, CEP, MIDES, INAU) (MIDES, 2021).

Desde el año 2017, INTER-IN pasa a denominarse programa DIME. En esta nueva modalidad, los objetivos del equipo se modificaron y comenzó a trabajarse en base a un modelo propio del tercer nivel de atención, teniendo en cuenta los niveles de complejidad asistencial planteados con la creación del SNIS. A partir de este momento, el equipo se

centra principalmente en la realización de psicodiagnósticos, evaluaciones y, posteriormente, en la rehabilitación y tratamiento de aquellas dificultades que interfieren en el aprendizaje escolar.

Pese a los grandes cambios habidos, en todo momento se apostó al trabajo interdisciplinario, dada la complejidad de la problemática en cuestión. Carballeda (2001) define la interdisciplina como “la confrontación en el diálogo de distintas visiones del mundo traducidas en conocimiento” (p.1). Por su parte, Stolkiner (2005) plantea que los diferentes saberes disciplinarios resultan incompletos para estudiar la complejidad de los temas que se presentan en la actualidad, por lo cual no es apropiado abordarlos desde un único campo disciplinario en concreto. Para esto, es necesario un trabajo entre disciplinas que sea constante y mantenido en el tiempo. Se requiere interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas, con sus correspondientes instrumentos, métodos, técnicas, etc. Son los miembros del equipo de trabajo quienes ponen a jugar la singularidad de cada disciplina y convergen en estrategias con un fin en común. Carballeda (2001) plantea que la interdisciplina en los equipos de salud se enfrenta a la complejidad de las nuevas demandas de la problemática social, viéndose la necesidad de generar estrategias desde el sector salud, que comprenda la integralidad del procesos salud-enfermedad.

Transición de programa DIME a Casa de Desarrollo

A comienzos del año 2022 se establece la necesidad de un cambio de programa, es así que el DIME pasa a tener un funcionamiento similar a la Casa de Desarrollo ubicada en la ciudad de Las Piedras, Canelones. Este cambio se concretó a principios de agosto de dicho año y trajo como consecuencia cambios a nivel institucional (cambios en la dirección del programa) y en el funcionamiento del equipo de trabajo.

El servicio de Casa de desarrollo del Cerro mantiene el lugar locativo del Programa DIME, en el tercer piso del local de BPS del Cerro. En este nuevo programa se brinda atención en salud de tercer nivel, la cual “se reserva para la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados” (Vignolo et al., 2011, p.8), para ello cuenta con dos dispositivos asistenciales: la Unidad de Atención Temprana (UAT), que aborda a la población de la franja etaria correspondiente a niños de entre 0 y 5 años, y la Unidad de Dificultades en el Aprendizaje (UDAP) que se centra en el trabajo con niños y adolescentes de entre 6 y 14 años.

En lo que respecta al equipo técnico de trabajo, este continúa conformado por las mismas profesionales del DIME: una psiquiatra, una trabajadora social, una administrativa, una fonoaudióloga, dos psicomotricistas, dos psicopedagogas, tres psicólogas y dos practicantes de psicología, sumándose una fisioterapeuta que pertenecía al Programa SERENAR del Centro de Salud del Cerro.

Los cambios efectuados en la transición de un Programa a otro habilitaron la posibilidad de pensar e implementar nuevos espacios de abordaje para intervenir en la comunidad con la población usuaria de ASSE. Surgieron propuestas por parte del equipo para la creación de líneas de acción con fines de promoción en salud y prevención de enfermedad, a través de dinámicas grupales. De esta manera, se habilita el espacio de taller para padres, para trabajar demandas e intereses de las familias en cuanto a pautas de crianza y puesta de límites con respeto, al mismo tiempo, se retoma los talleres de habilidades sociales para niños que asisten a la Casa del Desarrollo y se implementa en la Sala de Pediatría del Centro de Salud del Cerro el dispositivo sugerido por la Lic. en Fisioterapia destinado a las familias con bebés entre 0 y 1 año de vida. Las orientaciones apuntan a la comprensión general del movimiento corporal, estructura y constitución de los bebés en este periodo vital, ya sea de bebés sanos como de aquellos que presentan algún factor de riesgo (prematurez, bajo peso, alteraciones en el neurodesarrollo, etc). A la vez, se trabaja de forma interdisciplinaria para abordar la importancia de la construcción de un apego seguro, a través de la comprensión correcta de las necesidades del bebé, destacando la relevancia de la disponibilidad física y afectiva de los papás que permita la correcta comprensión de dichas necesidades.

Este trabajo se centra en la sistematización de esta última experiencia, con el fin de evidenciar la importancia de las orientaciones de promoción de salud y prevención de enfermedad realizadas a las familias, la riqueza del trabajo interdisciplinar de dichas orientaciones.

3. Metodología

En el marco de la experiencia dentro del dispositivo implementado por la Lic. en Fisioterapia, se eligió como estrategia metodológica para la sistematización realizar entrevistas semiestructuradas a: i) la profesional, quien impulsó el dispositivo y a ii) dos familias que participaron del mismo con sus bebés, y la observación participante. Taylor y Bodgan (1984) definen a esta última como: “la técnica cualitativa que acompaña al trabajo de campo, es la principal herramienta de la disciplina antropológica”. (p.2) Implica por excelencia una exhaustiva interacción entre el investigador y los informantes en el contexto. Durante dicha interacción se recogen datos de la forma más sistemática y no intrusiva (o al menos eso se pretende) (Taylor y Bodgan, 1984), reuniendo la descripción sistemática de eventos o de los comportamientos elegidos por el observador para ser estudiado, interpretado y para darlos a conocer. Lo que el observador hace es seleccionar ciertos aspectos de estudio e inferir ciertas interpretaciones a partir del análisis e interpretación de ciertos casos.

Por otro lado, Díaz et al. (2013) definen a la entrevista como una "técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar."(p.163)

La entrevista semiestructurada específicamente se caracteriza por contar con una guía con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio. Martínez (1998) establece algunas características esenciales a tener en cuenta para llevar adelante las entrevistas: es preciso poder realizarla en un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación, explicar al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitar autorización para grabarla o video-grabarla, tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación.

Establecer un buen rapport es la meta y el fin de todo investigador (observador participante) en el campo y se basa en la confianza, el respeto y la aceptación mutua. (Taylor y Bodgan, 1984). La actitud del entrevistador debe de adoptar una postura receptiva y sensible, no mostrar desaprobación en los testimonios. Por momentos, para que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, es necesario modificar el orden y contenido de las preguntas acorde al proceso de la entrevista. El entrevistador tiene la responsabilidad de hacer que el entrevistado participe y lo vea como una persona que puede ayudarlo y que es digna de confianza (Martinez, 1998).

Las preguntas elaboradas para las entrevistas tenían como fin permitir que las familias dieran cuenta del aporte de las intervenciones y del espacio, tanto a nivel personal como para su hijo. Al mismo tiempo, se pretendió indagar si en algún otro momento del embarazo (antes o después) la familia había recibido alguna orientación de corte preventivo y por último, se plantea una pregunta abierta que habilita a los entrevistados a manifestar intereses, inquietudes y vivencias personales para enriquecer la entrevista.

Las entrevistas fueron formuladas a partir de exigencias éticas y científicas en el marco de los derechos humanos conforme a lo estipulado en la normativa del Código de Ética Profesional del Psicólogo (2001), concretamente los artículos n° 10 y n°16, y la Ley de Protección de Datos Personales N°18.331 (Uruguay, 2008). Se informó a los participantes respecto a la relevancia social, objetivos, beneficios y los procedimientos a realizar con el material recogido. Se explicó porque se trabajó con ellos específicamente y se aclaró de qué forma podrán acceder al trabajo final luego de terminado. Se otorgaron los respectivos consentimientos informados y una hoja de información donde se deja a los participantes constancia de aspectos esenciales y datos de la entrevistadora. Una vez firmados, se acuerda la participación voluntaria y el tratamiento de datos personales en base a los

principios de legalidad, veracidad, finalidad, seguridad de datos, reserva y responsabilidad estipulados en la Ley 18.331 (2008).

4. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es visibilizar a través de la sistematización de una experiencia práctica, la importancia de las orientaciones de promoción de salud y prevención de enfermedad realizadas a las familias con bebés de 0 a 1 año de vida en la sala de espera del Centro de Salud del Cerro.

Objetivos específicos

Constatar el trabajo y las orientaciones con fundamentación teórica en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades.

Evidenciar la riqueza del trabajo interdisciplinar de dichas acciones y orientaciones

Contemplar las opiniones y experiencias de las familias mediante entrevistas

Visibilizar la importancia de la psicoeducación a los papás sobre lo que le sucede a sus hijos para construir herramientas que le permitan ayudarlos.

5. Marco referencial

El marco referencial se estructura a partir de la selección de referencias teóricas en cuanto a: (5.1) el cambio de modelo de atención en salud, (5.2) la psicoeducación y alfabetización en salud y (5.3) la importancia de los primeros vínculos y la familia.

5.1 Cambios en el modelo de atención. Promoción de salud y prevención de enfermedad

En este punto se hará hincapié en el cambio de modelo de atención, apuntando al rol profesional de la salud basado en estrategias y acciones que coincidan con un modelo de atención integral, comunitarista y con un enfoque basado en la participación social, que tenga fines salutogénicos (Franco- Giraldo, 2015). El modelo que responde acciones en salud con un fin de atención integral supone acciones alternativas a las que planteaba el modelo médico hegemónico (Menendez, 1988), que respondía a acciones de orden médico-biológico, con una concepción dualista mente-cuerpo, mecanicista, positivista del individuo y de la enfermedad. Centrado en lo patológico y el individualismo, con una atención clínica asistencial y curativa.

La Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia definida en la Conferencia de Alma Ata en 1978 para superar los modelos biomédicos. Las características fundamentales

de esta estrategia en salud son la integralidad, interdisciplinariedad e intersectorialidad (Perea, 2018) en tanto la salud como tal no puede abordarse desde una única disciplina, sino que se necesita de varias miradas técnicas que permitan un abordaje integral, al mismo tiempo que se coordina con instituciones que no responden al servicio de salud, pero que inciden en el proceso de salud enfermedad, como lo es una institución educativa.

Con la APS como estrategia se impulsan prácticas en la salud de orden preventivas para el abordaje del proceso salud-enfermedad, centrándose en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas. Se propone resolver problemas en salud a través de la reorganización de los recursos en el sector salud. Esto implica una organización de servicios con base en niveles de atención, una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. El primer nivel es el más cercano a la población. La organización de los recursos en este nivel permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación (Vignolo et al. 2011). La atención a la salud en el primer nivel adquiere un rol protagónico en el abordaje integral de las familias y la comunidad, con una fuerte orientación preventiva (Franco-Giraldo, 2015).

A partir de este cambio de modelo de atención, las acciones de promoción y prevención cobran mayor relevancia en el accionar cotidiano de los trabajadores de la salud. El “modelo de atención” tiene un carácter cultural intrínseco que influye en las diversas prácticas sociales que se desarrollan en el proceso salud-enfermedad-atención. De ahí las dificultades persistentes que se observan para generar cambios a la desvalorización del papel del saber y las prácticas populares, la figura de poder que encarnan los profesionales, la centralidad en la enfermedad y un abordaje individualista son elementos arraigados que limitarían las posibilidades de cambio efectivo (Rudolf, 2013). En contrapartida, se apuntan a estrategias e intervenciones en promoción de salud, para la creación de ambientes y entornos saludables, apostando a la construcción de ciudadanía. Implica la promoción de conductas saludables íntimamente relacionadas a la vida cotidiana en su globalidad (personal, familiar, laboral, comunitaria) (Braida et al, 2011). La promoción de salud se define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (OMS, 1986, p. 2) concepto que fue acordado en la Carta de Ottawa (1986). De modo que se centra en la “salud positiva”, desarrollando estrategias de educación para la salud para generar el empoderamiento y la correspondiente participación de los usuarios en las distintas acciones que se vinculan a su salud, pudiendo esto tener efectos beneficiosos en los determinantes de la salud de la población. La misma reúne a todas las intervenciones

que proporcionan a los individuos y a las comunidades las herramientas necesarias para lograr el control sobre su salud y poder mejorarla (Vignolo et al. 2011).

La comunidad es el escenario en donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas, donde se genera salud o enfermedad como resultado de una determinada calidad de vida. Esta última es producto de un conjunto de factores que determinan la vida de las personas, tales como la vivienda, trabajo, educación, recreación y el acceso a los servicios sanitarios. Es decir que el proceso salud-enfermedad no solo se ve incidido por factores individuales o biológicos, sino que cobra fuerte incidencia el entorno social, económico y físico que emergen de la experiencia de salud de las personas y que estructuran lo que se conoce como determinantes sociales. Se afirma que el área de la salud contempla varias dimensiones de la vida, Lalone (1996) establece 4 principales: biología humana, el ambiente, el estilo de vida y la organización de la asistencia para la salud (Marchiori, 2008). Los que tienen mayor incidencia en el proceso de enfermar y causa de muerte son el ambiente y la calidad de vida (Macri et al., 2009). Lo que demuestra la necesidad de reforzar las intervenciones en la comunidad que permitan una adecuada orientación en mejorar la calidad de vida en la cotidianidad de la vida de las personas, en las expresiones corporales, los hábitos, los gestos, los alimentos, la higiene, la sexualidad, entre otros donde se gesta la salud (Braidá y Centurión, 2011).

5.2 Psicoeducación y alfabetización en salud

La incorporación y los aportes de la disciplina psicológica al área de la salud se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud. Los aportes e intereses de la disciplina en esta área involucran según Alfonso (2003):

Los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermar y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población. (p.276)

Las acciones que predominan en las estrategias de intervención en pos de la prevención de enfermedad y promoción de salud, son todas aquellas que tienen como objetivo generar un cambio en las actitudes de los usuarios y fomentar creencias favorables para su salud, ya sea mediante instrucciones verbales, campañas, trabajos en grupos, intersectorialidad, etc., que propicien la condición de salud, pero que además definan cómo esos comportamientos se han de instaurar (Fernandes et al., 2009). Dichas acciones que se

encuadran en este tipo de intervenciones no están dirigidas exclusivamente a un individuo, sino que apuntan a la elaboración de estrategias y planes para la educación en salud.

La herramienta de trabajo a implementar para la orientación de las familias es conocida en la disciplina psi por psicoeducación. La misma consiste en fomentar en los consultantes el compromiso y la responsabilidad de sus acciones para lograr su bienestar. Adhiriendo a los fundamentos anteriormente mencionados en cuanto a que las estrategias orientadas a la promoción de salud tienen que ver con promover conductas y estilos de vida saludables, ya sea educación en salud, empoderamiento en sus acciones, grupos de ayuda mutua y el acceso a los servicios. Godoy et al. (2020) definen a la psicoeducación como “una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología”. (p.170)

La psicoeducación como herramienta de trabajo no refiere únicamente a la definición de un diagnóstico, por el contrario, se busca abordar situaciones de la vida cotidiana de las personas, que le resultan complejas por el desconocimiento de cómo abordarlas. De esta manera, la psicoeducación resulta como una herramienta de cambio para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida, que involucra procesos cognitivos, biológicos y sociales de cada persona (Godoy et al., 2020).

En el ámbito de la salud, algunos autores utilizan el término alfabetización en salud para dar cuenta de la importancia que ha cobrado a lo largo del tiempo que los usuarios tengan información sobre su condición médica y de esta manera, puedan entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida (Falcón y Luna, 2012). En tanto no significa únicamente saber leer una receta médica o indicaciones de un tratamiento, sino que implica saber acceder la información adecuada, interpretarla, juzgarla y aprovecharla para tomar decisiones bien fundamentadas sobre nuestra propia salud.

Por parte del equipo de salud, se debe tener en cuenta ¿a quién se le quiere comunicar? valorando a los destinatarios como punto de partida, para desarrollar una comunicación lo más asertiva y eficaz, con un lenguaje adecuado y adaptado al público que facilite el entendimiento de quienes consultan, que posibilite una correcta educación y promoción de hábitos saludables en la población (Basagoiti, 2012). Transmitir cierta información no es una acción suficiente para garantizar el cambio de conductas, pero se lo puede destacar como un elemento necesario y constituye la base sobre la cual cimentar el proceso de modificación de hábitos.

5.3 Rol de la familia. Importancia de los primeros vínculos

La concepción de la familia ha ido cambiando a lo largo de la historia, adecuándose a las significaciones que se le otorga en cada momento socio-histórico. De todas formas, la importancia de la misma y el peso como institución primordial de los primeros vínculos y primer relacionamiento no se ha modificado. Trenado et al. (2009) describe a la familia como: “una institución especializada en gratificar necesidades psicológicas de niños y adultos, es de gran importancia para la socialización de menores y su contribución se especifica en términos de práctica de parentalidad”. (p.25)

Al mismo tiempo que se vuelve el ambiente facilitador para el correcto crecimiento y desarrollo en la infancia. “Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa. De lo contrario, si las condiciones ambientales son desfavorables, el potencial genético se verá limitado (...).” (Cusminsky et al., 1994, p.4). En el mismo sentido, el autor Jorge Barudy (2005) en su libro “Los buenos tratos a la Infancia” destacan que desde la vida intrauterina hasta la vejez inclusive, el afecto brindando por el entorno, así como las relaciones sociales que se construyen moldea e incide en expresión genética de manera imperceptible.

Uno de los componentes más importantes de las relaciones afectivas que forjan a una persona sana es el hecho de haber sido atendido, cuidado, protegido y educado en períodos tan cruciales de la vida como la infancia y la adolescencia, lo cual determina la capacidad de cuidarse a sí mismo y de participar en dinámicas sociales para atender las necesidades de los demás. (Barudy, 2005, p. 24)

En la actualidad nos encontramos con numerosos aportes respecto a las experiencias tempranas y primeros vínculos, considerados pilares fundamentales en la estructuración de nuestra personalidad. Los postulados de Winnicott en sus diversas obras así como los de Bowlby resultan claros referentes a la hora de destacar la importancia del entorno en que un niño se desarrolla.

Un ambiente facilitador hará posible el desarrollo del niño al proveer lo necesario para su evolución, esto alude al concepto de madre “suficientemente buena” quien en su estado de “preocupación maternal primaria” (Winnicott, 1956) podrá identificarse con su hijo y adaptarse sensiblemente a lo que necesita, sosteniéndolo (holding) y manipulándolo (handling) en la forma adecuada. El primero, constituye un factor básico del cuidado y corresponde al hecho de sostener física y emocionalmente de manera adecuada. Refiere el cuidado materno, esencial para el desarrollo emocional temprano y la continuidad existencial

del bebé. El manejo o manipulación refiere a la función de asistencia corporal tendente al proceso de integración de la psique en el cuerpo del niño. Por manejo se entiende el cuidado general de bañar, limpiar, acunar, etc, al bebé (Mena, 2016).

El acto de cuidar y la búsqueda de cuidado es inherente a la condición humana, así como la creación de vínculos emocionales. Bowlby (2009) establece la “teoría del apego” y la misma refiere a la tendencia de 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 la vida adulta. Con esta teoría el autor, propone que el apego constituye un sistema motivacional de base biológica que garantiza al bebé la proximidad al otro humano, a quien discrimina y prefiere sobre lo inanimado. El apego se estructura en la experiencia interactiva, recíproca con el sistema de cuidados del adulto (Bleichmar, 2005). “El vínculo de apego se establece con una persona específica, claramente diferenciada y preferida, y el sentimiento que se busca y se genera a través del vínculo de apego es el de seguridad afectiva” (p.109). El sistema de apego es activado cuando el niño está cansado, asustado, enfermo, o ante situaciones desconocidas; momentos éstos en los que busca el consuelo y los cuidados de las personas que le brindan amor y seguridad. Inicialmente, el llanto es el único medio del que dispone para señalar su necesidad de cuidados, y el contento el único medio del que dispone para señalar que ha quedado satisfecho. De todos modos, durante el segundo mes, “su sonrisa actúa enérgicamente para alentar a la madre en su servicio, y su repertorio de comunicaciones emocionales se extiende rápidamente” (Izard, 1982; Emde, 1983 citado en Bowlby, 2009, p.144).

En los primeros meses de vida los papás ajustan sus comportamientos y ritmos para generar una conexión con su bebé, el cuerpo del adulto se ve comprometido al ponerse a disposición para sostener y se acomoda con movimientos más suaves y delicados, el ritmo, el tono y el volumen de la voz cuando se dirigen a ella/él cambia, así como sus gestos y miradas, estas primeras interacciones habilitan al conocimiento mutuo, favorece la comunicación y la respuesta ante las necesidades de las/os bebés (Guerra, 2009). Durante el primer año de vida, las figuras parentales son quienes cobran gran relevancia en la medida que son quienes habilitan y favorecen el buen desarrollo del bebé a través de la interacción, el sostén, la mirada, los gestos y el juego, que resulta una herramienta eficaz y posibilitadora de desarrollo y de generación de apego (Guerra, 2009).

En el dispositivo que se describe, la profesional ofrece elementos que les permitan a los padres implicarse en el desarrollo de su hijo, abre espacios para pensar en forma conjunta acerca de cómo se va constituyendo el bebé y qué necesita en cada etapa madurativa, fomentando al sostén y acompañamiento de los procesos que se gestan (Esain y Benseñor, 2004). Entendiendo que, son sus figuras de apego los que facilitarán el proceso

de desarrollo de los bebés, adquiriendo un rol de guía. Se trabaja desde la observación, evaluando las posibilidades del bebé y potenciando a través del juego, al mismo tiempo que se incentiva la participación de los papás, fortaleciendo el vínculo papás-bebé. Guerra, (2009) define al encuentro gratificante lúdico entre la mamá y/o el padre con el bebé como “interludicidad”. A través del juego, el bebé busca en el otro una “maleabilidad lúdica” que le permita co-construir su vida psíquica: “expresar sus deseos, integrar las vivencias de la mente y del cuerpo, explorar y tolerar su adaptación a la realidad, y elaborar situaciones potencialmente angustiantes” (Guerra, 2009, pp.10-11).

6. Resultados de la experiencia a través de la sistematización de entrevistas

Para la selección y realización de las entrevistas a los usuarios se tiene en cuenta el rapport generado con los mismos, en tanto permite alcanzar un grado de confianza que habilite la posibilidad de eventualmente realizar entrevistas con las que se sientan cómodos y puedan comunicarse con menos resistencia.

Las entrevistas y la selección de material visual fueron elegidos para poder dar respuesta a los objetivos establecidos para este trabajo, de evidenciar la importancia que cobran las intervenciones de prevención de enfermedad y promoción de salud desde un trabajo interdisciplinar, permitiendo que cada campo disciplinar aporte desde su perspectiva, para un objetivo en común: el bienestar del usuario y de su familia. Al mismo tiempo, se aportan datos obtenidos en cada encuentro con las familias, que dan cuenta del proceso de trabajo y análisis.

Las acciones destinadas a la promoción de salud y prevención de enfermedades en un PNA juegan un papel fundamental de guía, sostén y orientación a los papás, en tanto permite el acercamiento a muchas familias y generan repercusiones positivas para el buen desarrollo de los bebés. Se destaca en estos encuentros el predominio de la interacción de los técnicos y las familias, a través de la cual se transmiten conocimientos en cuanto a la forma de cuidar, de promover buenos hábitos y prevenir conductas de riesgo para el desarrollo, que generen repercusiones negativas en un futuro.

Como se destacó en la metodología, para este trabajo se realizaron tres entrevistas en total: una la impulsora del dispositivo y a dos familias que adhirieron de forma positiva a los encuentros, con una asistencia de 2 veces al mes.

La entrevista a la Lic. en Fisioterapia se desarrolla en torno a los motivos que la impulsaron a proponer el dispositivo frente a las propuestas realizadas por la nueva dirección de la Casa del Desarrollo del Cerro. Al mismo tiempo que se obtiene información

de la trayectoria formativa de la profesional en neurodesarrollo y de la importancia que tienen las intervenciones de corte preventivo a largo plazo en el desarrollo del ser humano. A continuación, seleccionan fragmentos de la entrevista para evidenciar los motivos personales de la profesional que la motiva a seguir trabajando con bebés desde acciones preventivas.

E²: *¿Cuál fue la finalidad de proponer este tipo de intervenciones en el centro de salud? ¿Podrías explicar, brevemente, los objetivos y los motivos que impulsaron la implementación del dispositivo de trabajo en S.E?*

M³: Hace muchos años que trabajo, ya estoy para jubilarme. Y me pregunto, por qué si existen equipos para atender a las que están embarazadas y se la prepara para el momento del parto, como no existe alguien que también pueda ayudar, hablando con esos papás de que es lo que va a pasar cuando ese niño nace. Algunos ya han tenido otros hijos, o por tradiciones familiares que ayudan, y tratan de cuidarlos de la mejor forma. Así como se implementa para el embarazo, se podría implementar algún dispositivo donde se pudiera acompañar en el primer año de vida a los bebés y a los padres. No solo la Fisioterapeuta, sino que se trabajara con un Psicólogo, con Psicomotricista y Fonoaudiólogo. Porque el desarrollo es de múltiples disciplinas (...).

La profesional destaca la importancia de orientar y acompañar a los padres en esta etapa, brindando las herramientas oportunas para que puedan ayudar a sus hijos. Resalta el rol protagónico que cobra un adulto disponible para brindar ayuda al bebé. **M:** *“Yo lo único que hago es un acompañamiento (...).”* Quienes están todo el tiempo con el bebé son sus papás o cuidadores, y son ellos quienes deben de adquirir las herramientas para los cuidados y correctas estimulaciones a través del juego y de conductas diarias de cuidado. **M:** *“En el primer año de vida el tratamiento con los bebés es a través del juego, a través del sostén, de como lo baño, lo visto... Eso ya es tratamiento.”*

E: *¿Algo más que quieras compartir para enriquecer la entrevista?*

M: Con el tiempo que hace que estoy trabajando, es que uno puede transmitir parte de la experiencia, de que todos los jóvenes que empiezan, ya sea psicología o cualquier carrera, que traten de *prevenir...* (Se emociona, corto la entrevista).

Al final de la entrevista, la profesional intenta transmitir la importancia de que los equipos que trabajen en un PNA en dispositivos como el que se describe a lo largo de este

² Entrevistador

³ Referencia para la Lic en Fisioterapia

trabajo, deben de contar con profesionales de todas las disciplinas, para poder abordar de forma integral la problemática que se presenta. Al mismo tiempo, destaca la relevancia de que los estudiantes (de cualquier carrera) puedan participar en algún momento de la trayectoria formativa por dispositivos que trabajen en pos de la prevención. **M.** “*Si se sigue apostando a prevenir, llegarán menos familias a la Casa del Desarrollo*”. Entendiendo que esta última es un dispositivo con acciones correspondientes a un Tercer Nivel de Atención, es decir, de rehabilitación.

Diálogos e intercambios por fuera de la entrevista, que se dan en los espacios de trabajo, permiten un acercamiento más profundo a la experiencia de la profesional, que es motor de impulso para proponer este dispositivo. No solo su trayectoria en el equipo SERENAR del Cerro, sino también sus largas horas de trabajo particular, con otra población que cuenta con otros recursos formativos, de educación, económicos y de vivienda. Donde también predominan las dificultades en el neurodesarrollo de los bebés y de igual forma, surge la necesidad de dar orientaciones y de transmitir a las familias la importancia que tiene su implicación para entender las necesidades del bebé, la importancia de la conexión afectiva y el compromiso frente a la estimulación durante el primer año de vida.

Link para acceder a la entrevista completa.

[Entrevista completa a la Fisioterapeuta.](#)

Por otro lado, las entrevistas a las familias fueron realizadas en la sala de espera de Pediatría del Centro de Salud del Cerro. En un horario donde circulaban pocas personas por el servicio, generando un ambiente cómodo y propicio para el desarrollo de las mismas.

Sala de espera de Pediatría del Centro de Salud del Cerro



Imagen del ultimo dia por la Sala de Espera del CSC

A continuación se tomaron fragmentos de las entrevistas y aportes del cuaderno de campo para desarrollo de este apartado, en el que se visibiliza las experiencias de los usuarios por el dispositivo.

Familia 1



Segundo encuentro con P, acompañada de su mamá.

El núcleo familiar de P está constituido por J de 21 años, ama de casa, L de 33 años, trabajador informal, viven en el Cerro. Ambos son papás primerizos, que asisten con regularidad a las consultas pediátricas de P.

La familia es captada en la sala de espera del Centro de Salud del Cerro, mientras esperan a ingresar a la consulta con la pediatra tratante. P es una niña sana, de 2 meses al momento de la primera entrevista, que asiste por control de rutina.

Las orientaciones dadas en ese primer momento responden a orientaciones de corte preventivo, haciendo hincapié en los cuidados que los papás deben de tener en las posturas y posiciones que la bebé pasa durante el día. Se resalta la importancia de rotarla de un lado a otro para poder prevenir la plagiocefalia, que se desarrolla en el primer año de vida debido a la plasticidad de los huesos de la cabeza y de mantener a la bebé orientada siempre o en su mayoría, para un mismo lado.

Durante el encuentro, el papa manifiesta que la bebé “*se queda hipnotizada*” mirando la televisión. Se toma este emergente y se orienta en cuanto a las repercusiones negativas que tiene exponer a los bebés y niños a dispositivos electrónicos desde chiquitos, en tanto son estímulos que aún no pueden procesar, sino que queda “hipnotizada” por fuertes estímulos de luz. Ambos papás manifiestan desconocer la importancia de tener estos

aspectos en cuenta para el buen desarrollo de P. Refieren que son papás primerizos y que no reciben este tipo de consejos por familiares o amigos.

Adhieren positivamente a la asistencia al dispositivo. Desde ese primer momento, concurren para ser orientados por la fisioterapeuta cada 15 días. En dichos encuentros, predominó la observación de estímulos espontáneos, para comprender de que es capaz de hacer el bebé y qué estrategias implementar para que comience a lograr otras. En el encuentro se observa el intercambio con el otro y los objetos, a su vez se evalúa sus conductas desde los distintos aspectos del desarrollo para intervenir desde las posibilidades del bebé (Esain y Benseñor, 2004). Se trabaja en conjunto con la familia de P, para construir las herramientas que le permitan conectar con las necesidades y posibilidades de la bebé.

En tanto se requiere por parte de los papas el control de sus compartimientos y ritmos para generar una conexión con su bebé, poniendo el cuerpo a disposición para sostener y se acomodar con movimientos más suaves y delicados, el ritmo, el tono y el volumen de la voz cuando se dirigen a ella. Se fomenta el intercambio de gestos y miradas, las interacciones habilitan al conocimiento mutuo, favorece la comunicación y la respuesta ante las necesidades de la bebé.

Es de destacar la confianza y el rapport generado con la familia, en tanto asisten por voluntad propia a recibir las orientaciones para tomar conductas preventivas en el cuidado de P. El acto de proporcionar cuidados es considerado de igual manera que la búsqueda de cuidados, es decir como un componente básico de la naturaleza humana (Bowlby, 2009).

E: *Considera que han sido de utilidad las orientaciones recibidas por la profesional en el consultorio y en la sala de espera?*

F1⁴: Sí totalmente, porque sin ella no tendríamos orientación.

E: *Consideran que les ha aportado este tipo de intervenciones a los dos? En caso afirmativo, si pueden dar un ejemplo.*

F1: Si, en como posicionar a la bebé, los ejercicios y demás. Eso ningún conocido nos dijo.

E: *Algo más que quieran aportar para esta entrevista?*

F1: Seguir así es un apoyo para papás primerizos sobre todo, sobre quienes llevamos los controles, vamos cuando tenemos que ir, en tiempo y forma.

Link para acceder a la entrevista completa.

[Entrevista completa a Familia 1.](#)

⁴ Familia 1

Familia 2.



Orientaciones e intervenciones a través del juego junto a los papás de A.

El núcleo familiar A está conformado por la mamá C, de 39 años, trabajadora formal, el papá D de 42 años, trabajador formal, su hermana S de 20 años, trabajadora formal y su hermano E de 11 años, cursa primaria. La familia vive en el Cerro.

De los antecedentes perinatales obtenidos de la historia clínica se destaca que fue un *“embarazo de captación precoz a las 12 sem, bien controlado. Recien nacido de sexo masculino, de 31 semanas, con un peso a nacer de 1640 gr, Apgar 6/8”*.

A es derivado por el Comité de Unidad de Atención Temprana en la Primera Infancia (UNAT) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) solicitando recibir la orientación de la Fisioterapeuta por ser paciente de Alto Riesgo por su condición de prematuridad, y por presentar una hipertensión transitoria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto prematuro como *“los bebés nacidos vivos antes de las 37 semanas completas de gestación”* (2012, p.1). Al mismo tiempo, se establece una clasificación de infantes nacidos prematuros, a saber: extremadamente prematuros cuando son menores a 28 semanas de edad gestacional; muy prematuros, entre 28 y 32 semanas y prematuros moderados o tardíos, desde 32 hasta 37 semanas de edad gestacional. Siguiendo la calificación anterior, A estaría dentro de la categoría *“muy prematuros”* con 31 semanas (OMS, 2012).

Cuando se produce un parto prematuro, subyace la existencia de un duelo en la madre, en la familia y en el bebé: el del embarazo soñado no llegado a término (Ramirez, 2020, p.229). El bebé experimenta la vivencia de nacer antes de tiempo, por lo que no está

preparado para el mundo exterior y su inmadurez en el desarrollo condiciona la vulnerabilidad con la que se enfrenta a vivir fuera del útero de la mamá. Luego de eso, suceden hechos estresantes para ambos (mamá y bebé) propios de la hospitalización. En tanto el cuerpo del neonato se ve sometido a intervenciones necesarias para determinar su estado de salud y ayudarlo con funcionalidades que todavía no puede realizar por sí solo. Estas intervenciones, sumado a los ruidos en el hospital, repercuten negativamente en las experiencias sensoriales del bebé, afectando al desarrollo su cerebro y su estado anímico, lo que va a generar a largo plazo cierta dificultad para la regulación del estrés (Ramirez, 2020).

El primer encuentro con A y su mamá se da en diciembre de 2022. Al momento A tiene 5 meses y 19 días, aproximadamente 3 meses de edad corregida. Esta última se calcula teniendo en cuenta las semanas con las que nació y las que debería haber nacido, teniendo presente la fecha probable de parto. Este cálculo se realiza para evaluar correctamente el crecimiento y desarrollo mental, motor, del comportamiento y del lenguaje del bebé (Gomez, 2015).

La familia asiste con regularidad a los controles con la pediatra del Centro de Salud del Cerro, coordinando la misma los días miércoles para poder asistir a los encuentros con la Fisioterapeuta. En este primer encuentro, la mamá se manifiesta angustiada por dolores abdominales de su hijo. Asegura que A no tolera el complemento recetado por la pediatra, el cual le genera dolores, gases y malestar. Si bien A se alimenta de pecho directo sin particularidades, entendiéndose que la lactancia materna es el mejor alimento y más natural para el bebé, que colabora con su crecimiento saludable. Además, es beneficioso en tanto a través del contacto piel a piel, se va construyendo el vínculo con el bebé, se comparte el calor, amor, miradas y se le estimula (Gomez, 2015). Sin embargo, C se manifiesta muy angustiada en tanto el alimento que ella le brinda no termina de saciar al bebé. Lo que genera en A llantos y momentos de mucha angustia por sentir hambre, sin poder encontrar herramientas para aliviarlo. La angustia y preocupación que genera en C, está asociado a lo que Winnicott (1956) llama *preocupación maternal primaria*, en tanto la describe como un estado de sensibilidad exaltada que se desarrolla gradualmente durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo, y que puede durar unas cuantas semanas luego del nacimiento del bebé. El autor se refiere a este estado como una “enfermedad normal” haciendo alusión a una disociación transitoria que la madre presenta en ese tiempo y de la que se recupera quedando el recuerdo de la misma olvidada, reprimida. Hecho que se vuelve esperable, en tanto la preocupación invade y por momentos anula la posibilidad de accionar, quedando totalmente captada por la angustia. La intervención en ese momento en la consulta, fue ayudar a esta mamá a que le pueda transmitir a la pediatra su preocupación y su saber en cuanto al malestar que le generaba la alimentación complementaria a su bebé.

Las estrategias a seguir se resuelven de manera interdisciplinaria, en tanto la pediatra se acerca a poder orientarla y coordinar, lo antes posible, una interconsulta con la gastroenteróloga para poder determinar con exactitud el problema de A.

En encuentros posteriores, la mamá se manifiesta angustiada por resultados no muy alentadores en cuanto a la salud de A. Previo al encuentro con la Lic. en Fisioterapia, había asistido a la consulta pediátrica, donde recibió la noticia de un valor de una análisis de sangre que arrojaba valores de la alfa proteína (AFP) muy alta, junto al estudio de una tomografía que da cuenta de lesiones hepáticas. Sin resaltar concretamente la gravedad del cuadro de salud de A, los estudios sirven para corroborar el malestar vivenciado por el bebé. Hasta el momento, queda pendiente la realización de más estudios para determinar con exactitud lo que sucede y las formas a proceder.

Nuevamente se trabaja en conjunto con la pediatra de A, ya que la mamá solicita ayuda y manifiesta no poder con la situación. Le preocupa que a la brevedad deberá reintegrarse al trabajo, pero la necesidad de cuidar a su hijo y de dedicarse cien por cien a él. Se logra concretar una interconsulta con la médica de familia del Centro de Salud, en tanto sigue en lista de espera para Salud Mental. No solo se destaca la importancia de que ella pueda realizar una consulta individual, sino que también se la orienta a poder pedir ayuda a su familia, en tanto se cree conveniente que a las próximas consultas médicas de A pueda asistir acompañada y contenida.

Al terminar la pasantía por el dispositivo y siendo uno de los encuentros finales con la familia, C manifiesta haber accedido a la consulta con la médica de familia, quien le recetó Sertralina y prolongó su licencia. Al estar en periodo de lactancia, es importante destacar que la sertralina ha sido relativamente bien estudiada, encontrándose niveles bajos en la leche materna, sin repercusiones negativas en el bebé (Jadresic, 2010). La mamá asegura sentirse mejor, logrando obtener apoyo de su familia, asistiendo acompañada por su pareja a los controles. Relata que de a poco, logra pensar positivamente, ya que la evolución de A va siendo favorable. Por momentos, deposita en el papá algunas pautas de cuidado, para poder darse un momento libre, en el que se dedica a realizar alguna actividad de cuidado y disfrute personal.

Es de destacar el trabajo realizado para lograr las estrategias pertinentes y al alcance para que esta mamá de a poco logre sobrellevar lo mejor posible lo que le sucede a su hijo. En tanto permite ser acompañada por miembros de su familia y logra transmitir al personal de salud sus inquietudes y preocupaciones, encontrando en los equipos las respuestas para sus dudas, al mismo tiempo que se piensan estrategias en conjunto. Este cambio en el entorno familiar también es favorable para el bebé, quien se ve beneficiado de contar con la atención, acompañamiento y disfrute del tiempo con varios miembros de la familia (mamá, papá y hermanos).

En el último encuentro en presencia de la practicante, se realizó un video que muestra cómo se trabaja con el bebé. Por lo general con juguetes de los bebés que los papás aportan en la consulta, ya que en esa etapa se lo llevan a la boca. Se eligió este momento debido a la autorización y presencia de los padres, así como también la disponibilidad anímica de A, ya que en consultas anteriores se presentaba con muchas molestias intestinales.

Se destaca en en este encuentro, una disponibilidad anímica por parte de la mamá que favorece y enriquece el encuentro, en tanto se muestra entusiasmada de mostrarle a S como son las intervenciones de la profesional, para realizar posteriormente los ejercicios juntos en la casa. Comparten con las presentes imágenes y videos de dinámicas familiares en los que la familia disfruta de salidas al aire libre, así como de ejercicios realizados con A en la casa.

[Video de A, Familia 2.](#)

Para finalizar con este apartado, se selecciona un fragmento de la entrevista para dar cuenta del valor que tiene el dispositivo y las orientaciones dadas en el mismo para las familias. Además, la familia destaca la necesidad de que este tipo de servicios de ASSE son desconocidos para ellos y quizá para gran parte de la población, por lo que promueven la divulgación del mismo.

E: *Algo más que te gustaría decir y que pienses que puede ser un aporte para la entrevista?*

F2: Al menos yo, todo este programa que hay acá en Salud Pública no lo conocía. Estaría bueno que se propague más, porque es muy importante para los papás el apoyo que no dan. Uno se siente contenido, por ellos, más allá de que sea Fisioterapeuta y que venga a hacerle determinado ejercicio, con nosotros como papás es excelente la atención (...).

Link para acceder a la entrevista completa.

[Entrevista completa a Familia 2.](#)

7. Reflexiones finales

A través de este trabajo se reconstruye la experiencia como practicante con el fin de evidenciar la importancia de trabajar y seguir implementando desde los sistemas de salud de ASSE, equipos interdisciplinarios que intervengan en promoción de salud y prevención de enfermedades en el PNA. Los avances a nivel país en cuanto al SINS, a políticas públicas que respaldan a la primera infancia y la creación de Programas desde el sector salud, son condiciones que posibilitan seguir apostado a las intervenciones con dicha población para mejorar la calidad de la salud desde una edad temprana.

Cuando se realiza un análisis de una experiencia se eligen determinados elementos a comunicar y marcos referenciales que permiten pensar determinadas prácticas. Estas decisiones no son aleatorias, están medidas y condicionadas por la implicación de quien escribe e interviene. Trabajar sobre ellas facilita la tarea de representar la realidad que se intenta comprender. La implicación no es un fenómeno voluntario, “es aquello por lo que nos sentimos adheridos, arraigados a algo, a lo cual no queremos renunciar” (Ardoino, 1997 p.2).

La pasantía permitió vivenciar experiencias enriquecedoras en cuanto favoreció la inserción a escenarios donde conocer el rol de la disciplina psi en los sistemas de salud y las distintas formas en que los equipos interdisciplinarios se desenvuelven para intervenir. Conocer desde adentro los Programas y servicios de ASSE, prestador universal de nuestro país, para la atención a la primera infancia. Del mismo modo, que permitió un acercamiento a las redes y funcionamientos institucionales (no solo el sector salud) en una determinada comunidad. En un primer momento, predominan sentimientos de abrumación frente a tanta información del entorno. Motivo por el cual es necesario limitar el tiempo transcurrido en los espacios durante cada observación, para realizar una sistematización y análisis de lo que sucede. A medida que uno se familiariza con dichos espacios y gana pericia para la observación y el correcto procesamiento de la información, se puede aumentar el lapso que se pasa en el territorio (Taylor y Bodgan, 1988).

Durante el año transcurrido como practicante, los escenarios y oportunidades de inserción fueron variando, por motivo de cambios en el orden institucional y reorganización de los Programas de ASSE mencionados a lo largo del trabajo. Esto favoreció, en cierta medida, la posibilidad de elegir entre una lista de oportunidades. Motivaciones e intereses personales llevaron al encuentro con la Lic. en Fisioterapia y a su propuesta de trabajo, lo que potenció el interés y el compromiso de incursionar en la importancia que tienen las orientaciones y acompañamiento de los profesionales de la salud a las familias. En temas que responden a pautas de crianza con respeto, estimulación adecuada en edad temprana para el buen desarrollo del bebé, generando junto a las familias herramientas para ayudar a

sus hijos, entendiendo sus necesidades y posibilidades. El juego, el contacto y la interacción son los instrumentos por excelencia de estos encuentros, en tanto repercuten positivamente en el vínculo papás-bebé. Trabajo que no es posible de realizar en solitario o bajo el saber de una única disciplina, supone reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, para potenciar el trabajo en conjunto y realizar acciones cooperativas que reemplacen el accionar individual (Stolkiner, 2005). El escenario de trabajo compartido junto a la fisioterapeuta, permitió vivenciar la complementariedad de ambas disciplinas (fisioterapia y psicología) para un abordaje integral de la salud de los usuarios, enriqueciendo las intervenciones con las familias. La experiencia profesional y con la población del Cerro de la Fioterapeuta favorece el acercamiento a los usuarios, a la vez que permite la construcción de redes con otros profesionales de la zona y de otros servicios de salud. De este modo, en cada accionar con la familia se contemplan las opiniones y referencias de otros profesionales, con estrategias que consideran acciones y orientaciones de otros técnicos para una atención integral de la salud de los usuarios. Si bien no es el mejor escenario, en tanto el ideal es un equipo especializado y dedicado a la atención conjunta de las familias, dentro del contexto y los recursos existentes es una buena forma de transitar dichas prácticas.

La realización de entrevistas a familias que asisten a las consultas junto a sus bebés, develaron las experiencias personales y el aporte fundamental del equipo de salud para ellas. En tanto se sostiene, acompaña y orienta a las familias en un momento de vulnerabilidad y desafíos constantes.

Para dar cierre a este trabajo, se eligen las palabras de Guerra (2015) con la ilustración visual de Milton Mattos, que da cuenta del encuentro y movimientos de la diada mamá-bebé, que habilita a la interacción de este último con otras personas. La imagen demuestra como la atención materna se ubica en relación al bebé, no existe contacto físico, solo atención. En cambio, la atención del bebé está orientada hacia un espacio o un tercero. Están unidos y separados al mismo tiempo. Pero más allá de esto, el dibujo transmite una armonía e idea de continuidad. El movimiento materno habilita al bebé para el encuentro con otros.

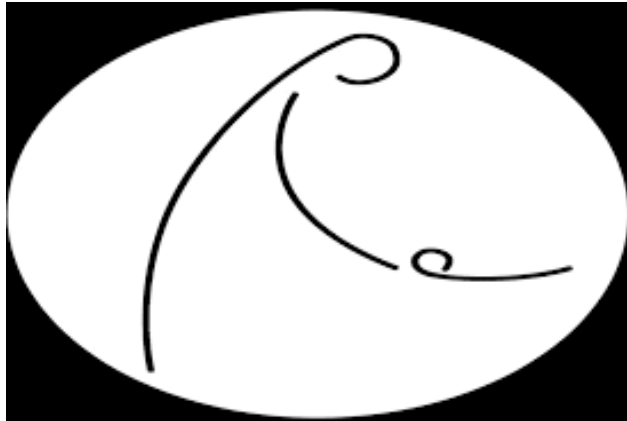


Ilustración del artista Milton Mattos.

Separación, distancia, puente, respiración, ritmo. ¿Qué los une en la imagen? ¿El gesto del rostro que mira, que envuelve?, ¿La mano que guía y se continúa en la curva del cuerpo? Continuidad en la discontinuidad. Más allá del agujero en blanco, algo de la madre se continúa: la ondulación de un ritmo abierto al otro que espera anhelante, fuera del cuadro: ¿el Padre? (Victor Guerra, 2015, p.149)

Referencias Bibliográficas

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2023, 5 de febrero). *Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo*. <https://www.asse.com.uy/contenido/SEGUIMIENTO-DE-RECIEN-NACIDOS-DE-ALTO-RIESGO-2386>
- Alfonso, M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*. 29(3), 275-281
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012
- Ardoino, J. (1997). *La implicación*. Universidad Autónoma de México
- Basagoiti I. (2012). *Alfabetización en salud: De la información a la acción*. Itaca
<http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
- Barudy, J. (2005). El poder de los buenos tratos: bases biológicas, psicológicas y sociales. En: J, Barudy y M, Dantagnan, *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia* (pp. 23-42). Gedisa
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Paidós.
- Bleichmar, E. (2005). El sistema motivacional del apego y de cuidados del adulto. En *Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos*. Paidós.
- Braida, J. y Centurión, S. (2011). *Inserción de la Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. En la ciudad de Barros Blancos, Departamento de Canelones (2008-2010)*. [Tesis de Maestría, Universidad de la República].
- Bursztyn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman-Heimann, L., Riveros, M. I., y Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista de Salud Pública*. 12(1), 77-88.

- Carballeda, A. (2001). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. *Margen*, 23. https://www.edumargen.org/docs/2018/curso58/unid02/apunte02_02.pdf
- Cusminsky, M., Lejarraga, H., Mercer, R., Martell, M. y Frescina, R. (1994). Organización Panamericana de la Salud. Aspectos generales de crecimiento y desarrollo. Cap. I. Crecimiento: enfoque conceptual. En: *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3123>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-5057201300300009&lng=es&tlng=es.
- Esain, A. R., y Benseñor, F. (2004). Si las cosas no van bien... : sobre saberes y modos de intervención en estimulación temprana. *Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales*. 6, 41-48.
- Falcón, M., y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*. 2 (2), 91-98.
- Fernandes, R., Carmo, Maria Do., y Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 61 (2), 1-12.
- Franco-Giraldo, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 33 (3), 14-424. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/21734>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195>
- Gómez, M C. (2015). Guía para padres de bebés nacidos prematuros: La internación. *Interdisciplinaria*, 32(2), 347-366.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272015000200009

Guerra, V. (2009). Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé.

<https://www.redpikleruruguay.com.uy/docs/indicadores-de-intersubjetividad.pdf>

Guerra, V. (2015). El ritmo y la ley materna en la subjetivación y en la clínica infantil 1. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (120), 133-152.

<https://www.apuguay.org/apurevista/2010/16887247201512009.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2011). Población por grupo decenal de edades, según área, Centro Comunal Zonal y sexo.

<https://www.ine.gub.uy/censos-2011>

Jadresic M.E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-922720>

Macri, M. Vignolo, J.C., Sosa, A. (2009). Salud pública y determinantes de la salud. En Benia, W. (coord). *Temas de Salud Pública. Tomo 2.* (47-63) Fefmur.

Marchiori Buss, P. (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia, D., y Machado de Freitas, C., (org). *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias.* Lugar, 19-46.

Martínez Miguélez, M., (1998) La investigación cualitativa etnográfica en educación : manual teórico-práctico. Trillas.

Mena, I. (2016). Gesto Espontáneo: de lo escrito a lo posible de escribirse. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*. 16, 81-87.

https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista16/mena.pdf

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.

- Ministerio de Salud Pública (2006). *Programa Nacional de Salud de la Niñez*. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/8.programadeatencionalaninezmsp.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social (2018). Resumen Ejecutivo - Uruguay Crece Contigo. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_uruguay_3017.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (2021). Programa Inter-in. Intersectorialidad - Interdisciplina. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/8901>
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. Asociación Canadiense de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *15 millones de bebés nacen demasiado pronto*. <https://www.paho.org/es/noticias/2-5-2012-prematuros-15-millones-bebes-nacen-demasiado-pronto>
- Perea, J. (2017). Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud. Maestría en Salud Comunitaria. Universidad de la República, Facultad de Enfermería.
- Perea, J. (2018). Atención primaria en salud. [Diapositivas de PowerPoint] https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_fichaatencionprimariaensalud.pdf
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. (2016). *Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (SERENAR) 2014 - 2015* <https://transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/sites/default/files/evaluacion/Seguimiento%20de%20Reci%C3%A9n%20Nacidos%20de%20Alto%20Riesgo.pdf>
- Ramirez Matos, E. (2020). *Psicología del postparto*. Síntesis.

- Rinaudo, G. Buffa, S. Aybar, A. Carreras, R. y Diaz, I. (2017). La Aproximación Diagnóstica: Una herramienta para el acercamiento a las comunidades y producción de conocimientos. En: Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología II Congreso Internacional de Psicología - V Congreso Nacional de Psicología "Ciencia y Profesión". 3 (2), 265-271.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18879>
- Rodríguez A. (1998). La Psicología Comunitaria. Un aporte a su construcción y desarrollo. En: Giménez, L. (comp) *Cruzando Umbrales: Aportes uruguayos a la Psicología Comunitaria*. Roca Viva.
- Rudolf, S. (2013). La responsabilidad profesional en la protección de la salud como derecho En: Alonso, E. et al. *La construcción de ciudadanía: un desafío para la academia*. Psicolibros
- Sollazzo, A., y Berterretche, R. (2011). El sistema nacional integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência y Saúde Coletiva*, 16, 2829-2840.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/21.pdf
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. En: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy, 7, 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina.
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1984). La observación participante en el campo. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós Ibérica.

Trenado, R., Pons-Salvador, G. y Cerezo, M. A. (2009). Proteger a la infancia: Apoyando y asistiendo a las familias. *Papeles del Psicólogo*. 30 (1), 24-32.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77811388004.pdf>

Universidad de la República, Facultad de Medicina. Cátedra de Neuropediatría (2009). Programa SERENAR
<https://transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/sites/default/files/evaluacion/SequimientodeReci%C3%A9nNacidosdeAltoRiesgo.pdf>

Universidad de la República, Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay, Facultad de Psicología, Sociedad de Psicología y Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2001). Código de ética profesional del psicólogo [Documento de trabajo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/21679>

Uruguay. (2007, diciembre 5). *Ley N° 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*.
<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Ley18211SNIS.pdf>

Uruguay. (2008, agosto 11). *Ley N° 18.331: Ley de Protección de datos personales*.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11. LINK

Winnicott, D. (1956). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Paidós.