



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA



Facultad de  
Psicología

Universidad de la República  
Facultad de Psicología  
Trabajo Final de Grado

Aportes de la psicología para pensar una  
nueva mirada sobre el puerperio

Lucía Carolina Silveira Flores

Montevideo, Uruguay

Diciembre 2020

Tutor: Alejandra Akar Moreno

Revisor: Carolina Farias Rodríguez

## ÍNDICE:

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>6</b>
América Latina y El Caribe .....	6
En Uruguay .....	7
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>1 - Paradigma Salud-Enfermedad: ¿Qué lugar ocupa el puerperio en este dualismo?</b>	<b>11</b>
1.1 Aproximación al concepto de salud-enfermedad .....	11
1.2 Medicalización del cuerpo femenino .....	12
<b>2 - Maternidad y Puerperio.....</b>	<b>13</b>
2.1 Construcción social de la maternidad .....	13
2.2 El impacto de los medios de comunicación en la maternidad .....	16
2.3 Conceptualización del puerperio y sus fases .....	18
2.4 El rol del psicólogo en el puerperio .....	20
<b>3 - Los primeros cuidados a partir del nacimiento.....</b>	<b>23</b>
3.1 El rol del cuidador en los primeros días del bebé.....	23
3.2 La importancia del cuidado temprano .....	24
3.3 Organización de los cuidados desde el “deber ser” en Uruguay .....	26
<b>REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>35</b>

## AGRADECIMIENTOS.

A **mis padres**, por el amor y apoyo incondicional durante toda la carrera.

A **mi hermano**, por siempre creer en mí y nunca dejarme sola.

A **Fer**, por el cariño, por acompañarme y apoyarme siempre.

A **mis amigas**, por estar ahí en cada momento.

A **Sofi**, por ser una gran compañera de estudio y con quién compartir esta pasión.

A **Lulú**, por ayudarme sin dudarle y entenderme siempre.

A **mi familia**, por acompañarme en todas mis decisiones.

A **Alejandra**, por su paciencia y escucha en cada encuentro, por la confianza y su calidad profesional.

Agradecer a **todas las mujeres** que alzaron la voz, sin ellas mi postura y reflexión sobre el tema no sería posible. Y gracias a **mis amigas que son madres** por siempre estar disponibles para hablar del tema, contarme sus vivencias y permitirme nutrirme de ellas para este trabajo.

A todos, **GRACIAS!**

## RESUMEN.

La presente monografía se enmarca en el trabajo final de grado (TFG) para la obtención del título en Licenciado en Psicología, plan de estudios 2013 otorgado por la Facultad de Psicología, UDELAR.

El propósito de dicha monografía es problematizar e indagar sobre el rol que ocupa el psicólogo y la psicología, particularmente en el período de puerperio. Con este fin se realizó una división en tres diferentes apartados, para proporcionar una lectura guiada y poner a dialogar lo que tiene que ver con la psicología, lo social, el contexto y el saber médico hegemónico. Se presentan tres grandes ejes temáticos donde se problematiza y atraviesan cuestiones relacionadas con el sistema de salud, las ideas que rodean el concepto salud-enfermedad, la influencia de los medios de comunicación en la construcción social de la maternidad y como el mandato social, lo esperado y el "deber ser" influyen en estos procesos.

Este trabajo es producto de la reflexión y visión crítica, tanto personal como académica, de la bibliografía e información disponible sobre la temática del puerperio y cuál es el rol que ocupa la psicología cómo disciplina dentro de este campo de intervención. Esta monografía permite una aproximación crítica a estas temáticas, dándole al lector insumos para su propia reflexión.

Palabras clave: puerperio, maternidad, psicología

## INTRODUCCIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

En lo que respecta al problema que pretendo abordar e intentar obtener algunas respuestas tiene como protagonistas a la psicología, los servicios de salud, el rol del psicólogo, y cómo estos sistemas intervienen e influyen en el período de puerperio particularmente. El interés por dicha temática se vincula directamente con mi formación académica y mi acercamiento a problemáticas relacionadas con las mujeres. Transitar por unidades curriculares obligatorias como: psicología, género y derechos humanos (articulación 2); psicología y salud; sexualidad y salud reproductiva (articulación 5), fueron los primeros acercamientos sobre la temática que pretendo abordar y que despertaron en mí el interés para abordarlos y profundizar en ellos.

En lo que respecta a la elección de seminarios optativos, mi inclinación se dio hacia: maternidad y cuidados tempranos; psicología de la salud, reproductiva y perinatal; acción colectiva y feminismos, entre otros seminarios que contribuyeron a cuestionarme sobre temas relacionados con las mujeres, la maternidad, los mandatos sociales y cuestiones que tienen que ver con la psicología y el rol del psicólogo en estas áreas. En este trabajo, también se tendrá en cuenta algunas manifestaciones que se dan durante el proceso de embarazo y parto, ya que son los momentos anteriores al puerperio propiamente dicho.

El objetivo del presente trabajo es recabar información e intentar dar respuesta a algunas problemáticas que dada mi formación académica despertaron mi interés en profundizar dichas cuestiones, es por ello que profundizar en la temática del puerperio, el rol del psicólogo durante este período vital y cómo puede influir el acompañamiento profesional en este. Dicha monografía pretende ser un insumo útil para dar continuidad a la discusión sobre el rol de los psicólogos dentro del área de la salud y cómo podemos contribuir en hacer de los puerperios de las mujeres períodos más saludables.

En consonancia con lo antes mencionado, dada mi incipiente formación en la temática y mi recorrido académico es que se despierta en mí el interés por profundizar e interpelar la escasa atención psicológica que reciben las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Particularmente haré hincapié en el puerperio ya que considero que es el período en el cual las mujeres se encuentran desprotegidas, donde se ejerce mayor presión social y la información que se brinda al respecto no es suficiente.

Es por ello que uno de los puntos en los que me interesa profundizar tiene que ver con el rol médico y la intervención ejercida sobre el cuerpo de las mujeres. Desde el comienzo del embarazo, se observa un gran componente médico donde reinan los controles a nivel del cuerpo biológico, dejando totalmente de lado los aspectos psicológicos que se manifiestan una vez que esa mujer acepta y quiere continuar con el embarazo. Es allí que se desencadenan varios procesos que tienen que ver con la aceptación y maduración de esta decisión, por ello considero de gran importancia el acompañamiento por parte de un profesional de la salud (psicólogo), quien pueda garantizar un proceso saludable y brindar información adecuada para que la mujer pueda afrontar los cambios de forma consciente.

Una vez consolidado el embarazo, llega el momento del parto y con él otra serie de procesos que culminan con la llegada del bebé. Es allí donde se observan otros vacíos que tienen que ver con la atención psicológica y con el cambio que esa mujer enfrenta una vez que tiene a su bebé en brazos. Luego del nacimiento del bebé, podemos observar muchos controles sobre él, que tienen que ver con su crecimiento, peso, altura y desarrollo cognitivo. La mujer-madre solo tiene controles para ver si sus órganos involucrados en el momento del parto están en buen estado de salud, o en caso de que se haya realizado una cesárea o episiotomía, se realizan controles de dichas operaciones.

Si nos apoyamos en evidencia científica, esta muestra que el acompañamiento y sostén de esa mujer que acaba de parir es fundamental para el proceso de crecimiento en el bebé, la díada madre-bebé necesita de una disposición de dicha mujer, ella es quien brinda sostén permanente de ese recién nacido. Bebé que demanda de forma sostenida miradas, calor, caricias, alimento, entre otras. Si esa mujer es quien sostiene su maduración, quien cede su psiquismo para construir el del bebé, es oportuno preguntarnos: **¿quienes sostienen a esa mujer?**. Considero que no puede quedar en manos de que la mujer-madre tenga buenas redes de contención y apoyo para afrontar este período de la mejor manera, sino que es el Estado y el sistema de salud son quienes deben brindar asistencia para hacer de este momento, lo más saludable posible.

Otro cuestionamiento se da a nivel del discurso, lo dicho y lo no dicho, cuestionarnos: **¿porque no se habla del puerperio?**. Aquí se instala una noción desde lo médico, que se reafirma a nivel social y tiene que ver con pensar en la maternidad y todos sus derivados cómo una expertise femenina, que nos permite identificar, adaptarnos y responder a necesidades casi de manera instantánea. Apoyado en mandatos sociales y mitos sobre la maternidad es que se da por sentado que las mujeres contamos con información suficiente para afrontar estos procesos, lo que no se tiene en cuenta es la subjetividad de cada una, las

herramientas con las que cuenta dicha mujer y esta idea errónea del “instinto maternal” hace que muchas mujeres sufran sus maternidades y no les permite transitarlas con confianza.

En esta línea, pensando en el discurso médico y de la sociedad, es importante preguntarse **por qué es tan escasa la información sobre el puerperio que se le brinda a las mujeres**, si lo pensamos con las características que presenta y observamos que en algunos casos puede derivar en una depresión posparto, porque no pensarlo con medidas preventivas, con un enfoque desde el primer nivel de atención. Es interesante pensar qué cosas están puestas en juego y la importancia que tiene para el sistema de salud el rol del psicólogo, ya que en muchos casos intervienen para asistir a una mujer una vez que llegan a estas instancias de dolor y desesperación, recién allí el sistema piensa y se ocupa sobre la salud mental de las púerperas y su adecuada intervención.

Siguiendo la línea de estos cuestionamientos es interesante pensar **cuál es el rol del psicólogo y de la psicología en lo vinculado con el embarazo, parto y puerperio**. Poder pensar cómo futura profesional en el área, porque aún no hemos alcanzado el suficiente reconocimiento para intervenir en el proceso de embarazo, parto y puerperio de manera preventiva y de acompañamiento hacia las mujeres. Es necesario cuestionar cómo la medicina y el modelo médico hegemónico aún en la actualidad tienen injerencia sobre la maternidad, cómo de forma consciente o inconsciente son quienes refuerzan un modelo de entender y percibir la maternidad desde la intervención de los cuerpos y la escasa información. Es así que muchas mujeres sufren situaciones de violencia, por parte del personal de salud o de las instituciones, violencia por parte de un sistema que no las acompaña y que no apoya sus acciones con herramientas e información pertinente para transitar embarazos, partos y puerperios saludables.

## ANTECEDENTES.

En este apartado busca sistematizar algunos de los momentos que marcaron un antes y un después en la historia reciente. En lo que respecta directamente con las luchas de las mujeres, tanto a nivel nacional como internacional y en lo relacionado con políticas y normativas en la agenda de derechos. Tanto el feminismo a nivel global cómo las organizaciones civiles en lo local, es que hoy contamos con normativas vigentes que sostienen un sistema de derechos y promoción en salud en todo el territorio nacional.

### América Latina y El Caribe

En referencia a los avances alcanzados a nivel regional podremos encontrar un estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2011, donde se hace un relevamiento acerca de los progresos obtenidos 15 años después de la conferencia de El Cairo. Cabe señalar que en el siglo XX se avanzó mucho en la temática de derechos humanos y el reconocimiento de igualdad hacia las personas, derechos que fueron postulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Es necesario remarcar que en este momento no se tuvo en cuenta lo relacionado a los derechos sexuales y reproductivos, es por ello que años después, a finales de 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en el Cairo se reconoce este derecho como tal.

En consecuencia la región trabaja para poder brindar garantías a la hora del cumplimiento de lo establecido en la conferencia. El informe presentado por UNFPA en 2019, comprueba avances en la región pero muestra preocupación en torno a varios ejes: la tasa de mortalidad materna, lo relacionado con el embarazo adolescente, el acceso a la salud e información de calidad, lo relacionado a la planificación familiar, entre otros ejes de interés. Cabe destacar que dentro de “América Latina y el Caribe” encontramos varios países en los cuales cada realidad es distinta y muchas veces son invisibilizados en los promedios y mediciones generales, por ejemplo: Honduras, Nicaragua o Haití. Haciendo esta salvedad, se reconoce el progreso en relación a la legislación y políticas que acompañan el desarrollo de la temática en otros sectores de la región (UNFPA, 2019).

Así cómo es necesario poder evaluar los avances realizados en cada país de la región, encontramos que gran parte de América Latina cuenta con un componente bisagra en lo que tiene que ver con derechos sexuales y reproductivos, y se vincula directamente con la carga ideológica y religiosa que atraviesa algunos países, donde su vinculación directa con el Estado interfiere en la toma de decisiones en relación a la legislación. Dicho esto es que en una entrevista Esteban Caballero, el director para Latinoamérica del UNFPA, explicó: “Latinoamérica hizo importantes avances en la década pasada, pero en los últimos años está experimentando un “franco retroceso” en materia de educación sexual” (EFE, 2017, párr. 2).

En esta línea es necesario seguir trabajando en consecuencia para poder garantizar de manera universal el acceso a los servicios de salud e información de calidad, para poder hacer un ejercicio pleno de los derechos obtenidos. Es un trabajo arduo que requiere de personas dedicadas y preparadas para poder trabajar en ello y seguir avanzando en todas las regiones.

### En Uruguay

Particularmente en nuestro país, varias de las conquistas de las que hacemos uso en la actualidad vienen de un largo proceso de reconocimiento, problematización y trabajo sobre necesidades que debían ser atendidas y buscar nuevas respuestas. Podemos observar cómo a partir del año 2005 con la asunción de un gobierno de izquierda, se empieza a planificar una reforma sanitaria que involucra modificaciones en todo el sistema de salud. Desde entonces se dieron sucesivos cambios en la normativa del país que acompaña un proceso de cambios que la sociedad reclamaba.

En América Latina, Uruguay es uno de los países que ha avanzado de manera significativa en la temática de género, diversidad sexual y en salud sexual y reproductiva. Se trabajó en nuevas políticas públicas y en un marco jurídico que acompaña las luchas sociales para alcanzar una normativa que respalde y garantice los derechos sexuales y reproductivos de la sociedad uruguaya.

Es así que en el año 2007, el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, aprueba la Ley N° 18.211, un 5 de diciembre, dejando asentado el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Dicha ley entra en vigencia en enero del siguiente año y en ella se reglamenta el derecho a la salud de todos los habitantes del territorio nacional.

Este es un hito muy importante a nivel nacional ya que democratiza el acceso a la salud pública de los uruguayos, promueve la asistencia de la salud en forma integral y establece varios principios de los que me interesa destacar: la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población; la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud; el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud (Ley N° 18.211, 2007).

Continuando con la línea de conquistas sociales, el primero de diciembre del 2008 se aprueba la Ley N° 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva. Dicha ley pretende garantizar por parte del Estado las condiciones para el ejercicio libre y pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población (Ley N° 18.426, 2008). En este sentido, promueve la creación de políticas públicas y programas que permitan la protección y la continuidad de lo establecido en la ley. Además cabe destacar el trabajo realizado por la sociedad civil, ya que son grandes responsables del trabajo en territorio y de las bases para la creación y posterior aprobación de leyes que velan por los derechos de los uruguayos.

Trazando una línea en el tiempo y hablando más a nivel global, encontramos que el movimiento feminista tuvo y tiene aún en la actualidad suma importancia en lo que tiene que ver con promover y defender los derechos de las mujeres. Es así que a lo largo de la historia encontramos varios hitos que han marcado un antes y un después, es entonces que surge la Primer Ola del Feminismo cómo primer movimiento que revolucionó el mundo, según “el historiador Perry Anderson, la Primera Ola del Feminismo está signada por la conquista del sufragio, el ingreso de las mujeres en la universidad y, en especial, su incipiente presencia en el mundo académico” (Bellucci, 1992, p.6).

El movimiento feminista desde la década de los 60, se conoce cómo Segunda Ola del Feminismo (Bellucci, 1992) y pisa fuerte en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos, específicamente de las mujeres. Es un movimiento que se da luego de muchos años de represión y silencio, es así que el contexto social es favorecedor para plantear cuestiones que tienen que ver con los roles de género, las representaciones sociales en relación a lo femenino y masculino, cuestiones vinculadas a la maternidad, entre otros temas de interés para el movimiento.

Teniendo en cuenta el proceso de transformación que se fue dando a nivel de la normativa en Uruguay y los cambios que se generaron, es necesario destacar la importancia que tienen las organizaciones sociales, ya que son un gran motor para dicha transformación. Es así que en nuestro país contamos con una organización sin fines de lucro llamada: Mujeres y Salud Uruguay (MYSU). Esta surge en 1996 como una instancia de articulación de varias organizaciones de mujeres y personas para debatir y promover demandas en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Mujeres y Salud Uruguay [MYSU], s/f).

Es importante destacar dos momentos bisagra en su historia, el primero de ellos se da en el año 2004 donde finalmente se reconoce como una asociación civil sin fines de lucro que se especializa en la promoción y defensa en lo referido a salud y derechos sexuales y reproductivos. El segundo momento se da en el año 2007 con la creación del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva (SSR) desde el cual se realizan estudios anuales para monitorear la implementación de políticas públicas y la calidad de los servicios, generando evidencia para la fundamentación de la agenda que recoge las demandas ciudadanas que se elaboran en articulación con multiplicidad de actores sociales y académicos (MYSU, s/f).

Luego de años de revisión y trabajo, se presenta un momento fértil del que fuimos partícipes, continuando en esta línea de trabajo donde se escuchan las necesidades de la sociedad y se acciona en consecuencia, con el rol activo del Estado en brindar garantías que sostengan y apoyen el derecho pleno de sus ciudadanos, se configura el Sistema Nacional de Cuidados. Este se reconoce como una norma jurídica el 27 de noviembre de 2015, Ley N° 19.353 que establece la universalización de los cuidados de las personas en situación de dependencia.

Un aspecto fundamental que tiene al área de la psicología como protagonista y del que también se realizó un extenso trabajo y análisis, tiene que ver con la creación de la Ley N° 19.529, ley de Salud Mental que se aprobó el 9 de agosto del año 2017. Dicha ley propone un cambio de paradigma basado en una perspectiva que pondera los derechos humanos y la dignidad de las personas. En lo que respecta a Salud Mental los antecedentes datan de los años 1936 y 1948.

Siguiendo en la línea de la salud mental y el cumplimiento de lo establecido por la ley, se crea un instrumento que permita su ejecución y monitoreo, es así que se crea el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), su última actualización se corresponde con el período

2020-2027. La aplicación de sus propuestas será progresiva en el tiempo, pero son de total importancia los dos primeros años de ejecución, donde se realizará seguimiento y una evaluación sostenida para la optimización de los recursos y controlar el buen uso del instrumento. “Este PNSM también parte de concebir la promoción del bienestar psicológico y la salud mental como un componente inseparable de la salud” (Ley N°18.211, 2007, p.8).

En esta línea es que el PNSM:

Se enfoca en el componente mental de la salud y presta especial prioridad a acciones encaminadas a la eliminación de toda forma de vulneración de derechos humanos, así como a la adopción, de manera irreversible, de una lógica de recuperación basada en el involucramiento de y con la comunidad, buscando que la misma sea accesible a toda persona con problemas de salud de expresión predominantemente mental, por complejos o persistentes que tales problemas puedan ser (Ley N°18.211, 2007, p.7).

El contenido trabajado en dicho plan es de gran importancia para promover buenas prácticas en salud mental que lleguen a toda la población del territorio nacional, en lo que se relaciona específicamente a esta monografía, se destacan dos de sus objetivos y líneas estratégicas de trabajo que proponen: potenciar la atención en salud mental en los servicios de cuidado perinatal y por otro lado, promover la salud mental para el desarrollo social, emocional y cognitivo en lactantes y primera infancia (0-5 años) con la debida corresponsabilidad entre varones y mujeres en los primeros años de vida de sus hijos (Ley N°18.211, 2007).

## MARCO TEÓRICO.

Este apartado busca recopilar información pertinente para pensar la problemática del puerperio y sus derivaciones, dicha información fue agrupada en tres subtemas para su mejor comprensión y análisis. En primer lugar se presenta: *Paradigma Salud-Enfermedad: ¿Qué lugar ocupa el puerperio en este dualismo?*. En segundo lugar, *Maternidad y puerperio*. Y por último se aborda lo relacionado a los *Primeros cuidados a partir del nacimiento*.

### 1 - Paradigma Salud-Enfermedad: ¿Qué lugar ocupa el puerperio en este dualismo?

#### 1.1 Aproximación al concepto de salud-enfermedad

En relación al paradigma salud-enfermedad, concepto del cual la psicología se apoya para desarrollar varias de sus teorías, encontramos de la mano de Ana María Fernández (1993) un gran compilado de información dentro de su texto: *La mujer de la ilusión*, donde deja sentado algunos aspectos que me parece pertinente destacar. En este texto se presentan concepciones relacionadas con el psicoanálisis. Desde ese enfoque, se relaciona directamente a la mujer con la histeria, considerándola una “enfermedad de las mujeres” y era concebida como un atributo meramente femenino.

Entre esta y otras afirmaciones es que se consolidan las bases del discurso médico, las cuales pueden resonar aún en la actualidad. Hasta ahora los discursos médicos han sido enunciados por hombres. Esta característica, lejos de invalidarlos proporciona elementos de análisis acerca de cómo un imaginario masculino “ve” a las mujeres. “Por otra parte, es importante señalar que los discursos médicos históricamente se vuelven más o menos relevantes, según la significación que determinados momentos históricos otorguen a los cuerpos de las mujeres” (Fernández, 1993, p.61).

Data desde los egipcios algunas concepciones relacionadas a las mujeres y la medicina, es así que desde entonces todas las enfermedades o malestares que sufren las mujeres tenían que ver con la disposición del útero. Esta idea sigue, pasando por Platón y Aristóteles donde se reafirma dichos planteos y se posiciona la noción de mujer como hombre fallado o incompleto. Cabe señalar que dichas afirmaciones no tienen ningún fundamento científico de fondo, solo afirma un discurso de carácter ideológico del cual en algunos momentos de la historia, tanto la medicina como los médicos apoyaron sus discursos y prácticas. “Estos a priori históricos sostienen las condiciones de posibilidad desde cuyo seno

se funda una teoría, se inviste una práctica; se organizan los mitos, los discursos, las ilusiones, etc” (Fernández, 1993, p.31).

El tiempo sigue transcurriendo y aún en la Edad media, hasta en la actualidad, vemos los discursos médicos asociados directamente con los discursos religiosos, así es cómo se mantienen y se refuerzan ideas mencionadas previamente. En el S XVII se plantea una polémica en relación a las mujeres en la reproducción, además se discuten cuestiones relacionadas a la patria potestad y el status que tiene la mujer en la sociedad (Fernández, 1993).

### 1.2 Medicalización del cuerpo femenino

Dándole continuidad a esta línea argumentativa, se empieza a visualizar cómo la maternidad y todo lo que ella significa va adquiriendo relevancia, así es que el discurso médico empieza a separarse del discurso religioso, aunque se comienza a pensar en las mujeres y a darles valor como individuos, en tanto son posibles madres. Aquí podemos evidenciar el comienzo de la vinculación de la mujer con la maternidad, y esta sensación de inseparabilidad. Además comienza el proceso de medicalización de los cuerpos femeninos y se empieza a instalar una premisa que hasta el día de hoy podemos escuchar, que tiene que ver con la debilidad femenina. Se instalan discursos como “naturaleza femenina”, en lo que tiene que ver con la psicología se tiene una concepción uterocéntrica, útero como sinónimo de mujer, que sentenciara a la “histeria como una enfermedad femenina por excelencia” (Fernández, 1993, p.79).

Se observan cambios en las prácticas y saberes médicos, cuando la maternidad entra en la mirada médica, el detalle no menor es que su ingreso y análisis se da sobre el estatuto de enfermedad, “la progresiva medicalización de las mujeres forma parte de un cambio de estrategia biopolítica por la cual, en el escenario del capitalismo naciente, mentalidades y costumbres van girando desde un derroche hacia una economía de los cuerpos” (Fernández, 1993, p.82). Así es como empiezan a funcionar mecanismos de control y represión sobre los cuerpos de las mujeres, la sociedad legitima el reconocimiento de la mujer en tanto madre, lo que significa en el discurso social el apoyo de ideas cómo: “sexualmente pasiva, afectivamente dependiente y socialmente necesitada de protección masculina” (Fernández, 1993, p.82).

## 2 - Maternidad y Puerperio.

### 2.1 Construcción social de la maternidad

En este apartado se busca problematizar y dar visibilidad a prácticas y discursos que atraviesan nuestras vidas y construyen un discurso desde la construcción social, sobre la maternidad y las diferentes formas de matinar. Para adentrarnos en estas temáticas es necesario referirnos al movimiento feminista, al patriarcado, el imaginario social, a los modos de ver y entender el mundo, entre otros factores que nos atraviesan consciente e inconscientemente a la hora de formar nuestra subjetividad y en la toma de decisiones, porque en definitiva la maternidad tiene que ser una decisión y no debería ser vivida cómo una imposición.

Cómo se mencionó anteriormente, el feminismo es un movimiento político y social que desde sus orígenes busca velar y garantizar el reconocimiento y respeto por los derechos de las mujeres. “La denominada segunda ola del Feminismo jugó un papel central en la visualización de la desigualdad de las mujeres como sujetos de derecho” (López y Güida, 2000, p.2). Es en esta línea que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ocupan un gran lugar dentro de la agenda feminista y es uno de los grandes puntos que mismo dentro del movimiento, tiene sus diferentes visiones. Por ello es necesario hablar de feminismos, visualizando la heterogeneidad y la multiplicidad de visiones que tienen las mujeres en cuestiones referidas a mujeres. “El problema político con el que se enfrenta el feminismo es la presunción de que el término “mujeres” indica una identidad común” (Butler, 2007, p.49).

Y hago esta salvedad además, para pronunciar la heterogeneidad dentro del propio movimiento, a modo de ejemplo, en la academia y muy relacionado a la medicina y salud, son hombres los que producen conocimiento en cuestiones vinculadas a las mujeres. Por ello es importante destacar que a fines de los 60, además de instalarse el debate y la lucha a nivel social y civil, en lo que se relaciona con la academia se observa una fuerte presencia feminista, “académicas feministas introducían en la producción del conocimiento la condición de la mujer como campo específico de estudios. Se articulaba así un movimiento social y académico al servicio de darle voz a las mujeres, reafirmando la necesidad de ser habladas y pensadas desde y por sí mismas” (López y Güida, 2000, p.2).

Continuando esta línea, es imposible no pensar en feminismos a la hora de problematizar sobre la categoría de género, ya que las primeras teorizaciones vienen en esta línea argumentativa. Es de público conocimiento la discusión alrededor de los conceptos de sexo/genero realizada en los años 70 por diferentes exponentes, desde entonces se busca

diferenciarlos básicamente y a grandes rasgos: al sexo cómo biológico y al género conformado por lo social. El concepto de género va mucho más allá, tiene que ver con construcciones en la representaciones sociales de lo que decimos y hacemos tanto mujeres cómo varones, además se relaciona con los lugares de poder que ocupamos, las funciones y espacios sociales que habitamos (Esteban, 1999).

Es interesante pensar, dentro de la diferenciación de género, que sea el género masculino el que tiene mayor poder, autonomía y decisión, “es imposible separar el “género” de las intersecciones políticas y culturales en las que constantemente se produce y se mantiene” (Butler, 2007, p.49). Sería ingenuo pensar que esto no contribuye y alimenta a un sistema que beneficia y estimula el crecimiento masculino, y que en pos del “cuidado o protección”, oprime y controla a las mujeres, tanto sus decisiones, sus cuerpos y sus proyectos vitales. Estas cuestiones atraviesan a varias instituciones cómo lo son la familia, el trabajo, la educación, entre otras, además de atravesar lo que tiene que ver con la salud, el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres.

“Incorporar una perspectiva de género nos permite analizar las dinámicas de poder que se establecen entre las mujeres y sus entornos, pero también, analizar cómo se han construido sus identidades generalizadas, tanto de mujer como de madre” (Farias, 2014, p.21). Por ello es necesario problematizar sobre estas temáticas, reproducir sin cuestionar estos mandatos sociales, lo único que hace es legitimar la opresión patriarcal sobre las mujeres y la maternidad no se escapa de eso.

El movimiento feminista se ha ocupado en debatir mucho en relación a la maternidad, también es necesario decir que dentro del movimiento lideran dos grandes posturas sobre el tema, aunque hay consenso en que la maternidad está atravesada por la cultura y la sociedad. Uno de los bloques afirma que la maternidad es un mecanismo más que el patriarcado encontró para el control de las mujeres y por ello buscan romper con el binomio mujer-madre; por otro lado encontramos un bloque menos radical que afirma que la maternidad puede ser concebida como fuente de placer y un reconocimiento propiamente femenino, cabe aclarar que esta postura aunque diferente a la anterior, no desconoce el componente cultural sobre la maternidad (Farias, 2014).

Si de imaginarios sociales y mitos en torno a la maternidad hablamos, podemos comenzar por plantear el juego de las niñas en la primera infancia, juegos que se relacionan con una primera aproximación a la maternidad, al cuidado de otros y al cuidado y mantenimiento del hogar. Es interesante pensar cómo nuestra subjetividad se va

construyendo en base a prácticas y discursos que nos atraviesan, ya sea por la familia, la educación o el contexto que nos rodea, a esto debemos sumarle los roles que nos adjudican en el momento de jugar y cómo estos refuerzan el mandato social sobre nosotras.

Es difícil de pensar pero necesario cuestionar, cómo el hecho de jugar puede influir tanto en el que hacer femenino y en nuestras formas de ver y percibir el mundo que nos rodea. No es un detalle menor pensar porque a las niñas se las incentiva a jugar con determinados juguetes, cómo lo es un bebé o una cocina. Es una manera de ir moldeando los pensamientos, mediante el juego se busca comenzar a construir a futuras “buenas madres” y “buenas amas de casa”.

En relación al juego se plantea que:

A partir de estas edades comienzan a diferenciarse el deseo por los juegos que realizan, incentivados en gran medida por los mayores, ya que cuando se ve a un niño jugar a la casita con una niña y carga la muñeca, es en muchos casos requerido por los padres pues “la muñeca es juego de niñas” (Cruz y Esteban, 2019, p.3).

De esta manera, algo que a simple vista parece inofensivo, cómo jugar, es una manera sutil de ir forjando y reafirmando nociones cómo la del instinto maternal, que lo referido al cuidado es una “expertise femenina” y que las tareas domésticas son una cuestión del quehacer femenino. “La maternidad fue considerada durante mucho tiempo cómo una función de carácter instintivo, arraigada en la estructura biológica de la mujer, independientemente de las circunstancias temporales y espaciales en las que tiene lugar” (Cigarroa, 2011, p.65).

Con el paso de los años, las niñas que jugaban a “ser mamás”, se convierten en adolescentes. Esta es una etapa del ciclo vital donde se ponen en juego con más firmeza cuestiones referidas a la construcción de la personalidad, donde se confronta permanentemente con la autoridad y donde se comienza a ver al entorno con otros ojos. Es en este momento donde tanto la sociedad, apoyada en un sistema patriarcal necesitan que seamos lo suficientemente sumisas para que puedan manipularnos, es aquí donde muchas ideas intentan ser reafirmadas con el discurso, ya sea por la familia, los centros educativos a los que asisten o el grupo de pares.

## 2.2 El impacto de los medios de comunicación en la maternidad

Aquí proponemos problematizar en torno a los medios de comunicación y su impacto en la subjetividad de las mujeres en torno al puerperio y la maternidad. Es importante destacar el momento actual que estamos atravesando, con el movimiento feminista cómo pionero, el cual tiene a muchas adolescentes y mujeres adultas alzando la voz por sus derechos y luchando para que el sistema deje de oprimirnos y decirnos que tenemos que hacer, cómo vestir y hasta cómo debemos sentirnos. “El análisis de las formas simbólicas de violentamiento, de imposición de sentidos, cobra especial énfasis en la temática de la mujer” (Fernández y Giberti, 1992, p.17). Pero aún con toda esta lucha en constante movimiento y una impronta imparable, nos topamos con los medios de comunicación, indistintamente de su formato, ya sea una noticia en un portal, una publicidad o un posteo en una red social, somos permanentemente bombardeadas por estereotipos, prejuicios disfrazados de buenos consejos y por mandatos sociales, que lo único que hacen es reafirmar y consolidar manifestaciones de violencia.

La cosificación permanente por parte de los medios de comunicación hacia la mujer, no descansa una vez que son madres, al contrario se incrementa y nos muestran formas banales, hasta irreales de materner. Cuántas portadas de revistas hemos visto mostrando cómo mujeres se recuperan después de un embarazo, cómo vuelven rápidamente a sus figuras, siempre encontramos un titular similar, cosificando y opinando sobre los cuerpos de las mujeres y cómo estas atraviesan su maternidad. Porque esto hay que destacar, cada mujer vive la maternidad con singularidad, cada experiencia es diferente y rica en sí misma, aunque algunos procesos pueden ser esperables, es importante darle lugar a las voces de las mujeres y permitirnos escuchar sus experiencias, porque eso es lo enriquecedor.

Para incorporar otra visión sobre los medios de comunicación, se realizó un relevamiento tanto en blogs cómo en redes sociales donde encontramos otras formas de activismo y expresión. Dentro de las redes sociales, destacamos páginas como: “Mujeres que no fueron tapa”, quienes bajo el lema “la cultura masiva reproduce estereotipos y estándares que nos oprimen, intentamos hackearla”, son un grupo de mujeres que se agruparon con el fin de darle voz y visibilidad a las diferentes formas de vivir y sentir la maternidad. En esta cuenta podemos ver un apartado sobre puerperio que es muy interesante y movilizador, ya que las propias mujeres cuentan sus experiencias en torno a esta temática.

Leyendo dicha sección, me tomo la atribución de transcribir algunos fragmentos de sus relatos: *“sola, temerosa, construyendo el vínculo que supuestamente tenía biológicamente con una personita que no conocía”*; *“todavía me supera todo y lloro a escondidas”*; *“4 años después y todavía siento culpa por cómo me sentí con el puerperio de mi primer hijo”*; *“una puericultora me dijo que yo tenía problemas psicológicos porque mi hija no se prendía a la teta”*; *“me sentía rota, sola, solo mi mamá me comprendía”*. Estos son algunos de los fragmentos que destacan, pero son cientos los testimonios y en su mayoría todos giran sobre las mismas temáticas: la soledad, la presión del entorno, el cuerpo que duele, sentirse incomprendidas, entre otros.

Así es que podemos considerar muchos de estos discursos sobre la maternidad como una “maternidad llena de mentiras”, pensar cómo no pudimos darles voz a esas mujeres para contar sus experiencias, hasta pensar cómo sociedad no fuimos capaces de escuchar lo que esas mujeres tenían para decir. “Lo que nadie te dijo de la maternidad”, tiene que ver con lo cotidiano, con el dolor, con la incertidumbre de no saber qué hacer y en vez de sentirte una “mala madre” poder pedir ayuda. Cuando las experiencias particulares se hacen colectivas, se resignifica el significado que le damos como sociedad, es por ello que hablar de la maternidad y del período de puerperio, es contribuir a que miles de mujeres no se sientan solas en el dolor y que puedan saber que alguien más pasó por lo mismo o similar.

Es por estos motivos que se necesita información sobre los procesos que se desencadenan una vez que se consolida el embarazo, información de calidad, donde se informe sobre qué cuestiones pueden suceder para poder ayudar y prevenir, ahí radica la diferencia entre saber y no saber, no saber, o desconocer que otras mujeres atravesaron lo mismo es tan violento como desestimar ese dolor. Este es un gran punto de inflexión, ya que a nivel del servicio de salud, avalado por el modelo médico hegemónico no brindar dicha información hace que se pueda intervenir sobre el cuerpo de las mujeres sin que estas ofrezcan resistencia, acaso hay algo más violento que en un momento de plena vulnerabilidad no sentirse apoyada y sostenida?.

Por todo lo mencionado hasta el momento es que el movimiento feminista cobra gran fuerza y relevancia, porque busca liberarnos de toda esa presión que se instala sobre la maternidad y sus diferentes formas de transitarla. El feminismo viene a visibilizar la violencia que sufren las mujeres, en lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva se expone hacia el ámbito público algo que permanecía en la esfera de lo privado, visibilizando y permitiendo luchar por y para todas, aquellas a las que el mandato social les sienta bien cómo a las que se sienten olvidadas dentro de este (López y Güida, 2000).

Teniendo en cuenta uno de los ejes principales de este trabajo, que tiene que ver con el período de puerperio propiamente dicho, es que me propongo darle visibilidad a este momento en la vida de las mujeres. A modo de ejemplo es interesante pensar cómo entre mujeres tenemos mucha información sobre el embarazo, aunque no hayamos pasado por él, contamos con nociones básicas y dentro de lo esperado, contamos con información. En cambio cuando nombramos el puerperio, muchas no saben lo que es y requiere de una explicación especial, es interesante este ejemplo ya que refleja un dato de la realidad que tiene que ver con la desinformación, con no considerarlo parte importante del proceso, cómo si todo terminara en el momento del parto y además deja entrever cómo el puerperio y me atrevo a decir la maternidad, se viven en soledad.

### 2.3 Conceptualización del puerperio y sus fases

Si buscamos una primera noción sobre el puerperio propiamente dicho, la primer definición a la que podemos acceder la brinda la Real Academia Española (RAE) que la define como: “Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación”; “Estado delicado de salud de la mujer durante el puerperio”. Una noción muy básica, poco representativa de lo que las mujeres expresan en sus discursos que les sucede y una noción muy medica sobre el puerperio, dejando de lado los aspectos psicológicos y emocionales que se ponen en juego.

Otra noción sobre el puerperio, la tomamos de Mora (2009) donde podemos aproximarnos a una noción médica sobre el mismo pero que brinda otros elementos, donde se lo define cómo un período en el cual la mujer sufre una serie de transformaciones a nivel corporal y funcional en el correr de los días posteriores al parto. El puerperio es el estadio donde de manera gradual los cambios físicos, anatómicos y endocrinos van recuperando sus valores y formas anteriores al proceso de gestación, lo único que no vuelve a su estado anterior en los primeros meses se relaciona con la glándula mamaria y la lactancia.

Desde la concepción médica podemos definir el puerperio cómo el período que comienza una vez finalizado el parto hasta unos 45 a 60 días posteriores al mismo. Dentro de este periodo general, se pueden visualizar tres o cuatro fases. La primera de ellas es llamada puerperio inmediato y se manifiesta dentro de las primeras 24 horas luego del parto. Luego el puerperio mediato, el cual se caracteriza por el comienzo de la lactancia. Por último, el puerperio tardío, el cual se extiende aproximadamente unos 45 días posteriores al parto y desde el conocimiento médico se considera por el retorno de la menstruación. “Entonces, el

puerperio se trataría de una “vuelta a la normalidad” para el cuerpo de la mujer que acaba de parir, en la que se deja atrás el cuerpo embarazado” (Mora, 2009, p.21).

Considero que el puerperio, desde la romanización e idealización de la maternidad, retomando la cuestión de la soledad con las que muchas mujeres lo atraviesan, y no tiene que ver con el hecho específico de estar sola, sino con ese vacío que sienten de no poder compartir sus inquietudes por miedo al qué dirán, a que las juzguen en su rol de madres, y esa condena de ser “malas madres” por no saber cómo resolver o enfrentar lo que sucede. Siguiendo con la idea de que nadie te contó, nadie te cuenta ni te prepara para la llegada de un bebé al mundo, a tu mundo, un bebé que por nueve meses estuvo dentro pero que aún así sigue siendo un desconocido, desconocido que además debe adaptarse a un ambiente totalmente diferente y hostil y es esa mujer la que acompaña dicha adaptación.

Que las mujeres puedan colectivizar sus sentimientos las aleja por un segundo de esa sensación de sentirse solas e incomprendidas, porque es tanta la información desde tan temprana edad a la que somos sometidas las mujeres, que en situaciones en las que no sabemos cómo reaccionar nos cuestionamos nuestro rol de mujeres y en este caso de si somos o no buenas madres. “Las mujeres hemos desaparecido tras la figura de la madre, en una sociedad que identifica feminidad con maternidad” (Vivas, 2020, p.81).

Teniendo en cuenta cuales son las posibilidades en el proceso de puerperio, además de sus fases esperables y que la mayoría de las mujeres puede identificarlas una vez que las transita, en casos más extremos podemos observar un cuadro clínico grave cómo lo es la depresión posparto. Según Santos (1993), encontramos que este trastorno se manifiesta de manera depresiva y dentro de la gravedad del mismo podemos observar tres tipos de variantes: depresión puerperal leve, depresión puerperal menor y casos de depresión puerperal mayor. Además algunas mujeres pueden presentar un estado de psicosis puerperal del cual no entraremos en detalles dada su complejidad.

La depresión puerperal leve la atraviesa entre un 50% y 70% de las mujeres en el tercer día de posparto, es un cuadro que no presenta riesgos para la mujer en un corto o largo plazo, es una sensación de angustia, cansancio y sensibilidad extrema que puede verse acompañado por ataques de llanto y la sensación de no ser capaz de atender adecuadamente a su bebé (Santos, 1993).

El estado de depresión puerperal menor presenta similitudes con el anterior, su diferencia se vincula con la duración sostenida en el tiempo, puede ser atravesada durante los primeros meses de maternaje y esta es su principal preocupación, impedir el adecuado manejo de la función maternal. En el caso de la depresión puerperal mayor, además de los síntomas ya mencionados, sostenidos en el tiempo, se desencadenan fuertes sentimientos de culpa que no le permiten una conexión de su bebé ni ocuparse de sus cuidados básicos. En algunos casos se observa una sintomatología maníaca que deriva en depresiones agudas, en este caso además de brindar asistencia psicoterapéutica, cómo en los anteriores, se recomienda el uso de fármacos para mayor efectividad (Santos, 1993).

Es importante tener en cuenta que estos factores que inciden en el período de puerperio tienen varios aspectos que se relacionan entre sí, son factores que se vinculan con los cambios biológicos, físicos y funcionales que atraviesan las puérperas. También encontramos factores que inciden en el tránsito del puerperio cómo lo son: las propias experiencias en el trabajo de parto y parto propiamente dicho, el estado de salud que presente el bebé y sus características cómo recién nacido, cómo lo son el llanto, el sueño y sus primeras horas de lactancia. Además destacar la importancia del entorno que rodea a esa mujer y su bebé, los lazos familiares y su situación sociocultural. Por último considerar factores previos de índole psíquico que puedan desencadenarse con la llegada del bebé o incrementar patologías ya existentes (Santos, 1993).

#### 2.4 El rol del psicólogo en el puerperio

Este apartado busca dar visibilidad al rol del psicólogo en el período de puerperio. Allí se ubica la psicología perinatal, esta es una vertiente de la psicología en crecimiento, es una rama que busca dar apoyo y asistencia en el proceso de embarazo, parto y puerperio. La psicología perinatal es el nexo entre los médicos y parteras con la mujer y su familia, contribuye a una mejor comunicación, asiste a mujeres que sufren patologías previas o si se presentan complicaciones durante el embarazo. Aunque en ocasiones son solicitados en casos de emergencia para brindar una asistencia inmediata, ejemplo de esto puede ser complicaciones en el momento del parto o una muerte perinatal (Kerikian, 2011).

“En relación al puerperio, es el gran olvidado, si bien es uno de los periodos más difíciles de la vida para muchas personas y una fuerte amenaza para la salud mental de la madre” (Defey, 2014, p.47). Siguiendo con esta idea de que el puerperio es un periodo olvidado, en relación a lo poco que se visualiza sobre él y la poca información que las mujeres tienen del mismo, es necesario cuestionarnos cómo profesionales de la salud qué somos, cómo aún hoy la psicología no ha logrado ganar suficiente terreno y solo es requerida en caso

de crisis en las maternidades. Es pertinente el acompañamiento psicológico previo para que las mujeres tengan un espacio donde se las contenga y no sean juzgadas en sus emociones, ya que muchas veces las mujeres son incomprendidas por su entorno y ocultan sus sentimientos de soledad y dolor, cómo ya mencionamos anteriormente.

Continuando con lo relacionado a la información que reciben las mujeres, es interesante pensar cómo el sistema de salud, los médicos y psicólogos que allí atienden, toman contacto con situaciones de puerperio, una vez que se desencadena lo que conocemos cómo depresión posparto. Cabe preguntarse, porque no se realiza un seguimiento de forma preventiva, donde la mujer pueda contar con un espacio en el que pueda compartir sus vivencias y primeras experiencias con la llegada del bebé. El sistema de salud deberá garantizar, además de los primeros controles del bebé y la visita al ginecólogo después del parto, acompañamiento psicológico a las mujeres puérperas.

Si consideramos la cuestión de la falta de información cómo una forma de legitimar la violencia hacia las mujeres en un momento de vulnerabilidad cómo lo es el embarazo, parto y puerperio, para poder profundizar estas ideas en el ámbito local, para ello fue necesario realizar un relevamiento por el sistema web de cada mutualista y prestadores públicos de salud, donde podemos encontrar un gran insumo para las mujeres embarazadas como lo son las clases de preparación para el parto.

Es una herramienta de gran utilidad para las mujeres embarazadas, que brinda información útil sobre el proceso de embarazo. Brinda información sobre los cambios que las mujeres sufren a nivel corporal, la importancia de la alimentación durante el embarazo, información sobre lactancia, entre otros ítems que se desarrollan. En lo que se vincula directamente con la atención psicológica, la información no es suficiente, se podría profundizar mucho más aspectos relacionados a la psiquis de dicha mujer, explicar algunos cambios y procesos que se dan durante el embarazo cómo son: ansiedad, miedo, frustración, sentimiento de angustia, entre otros. Siguiendo en este punto, desde los prestadores de salud no hay un lineamiento horizontal que determine la inclusión de estas temáticas a las clases, tampoco se presta demasiada atención sobre el período propio del puerperio y los cambios que se pueden observar en los primeros días con la llegada del bebé.

A nivel de las policlínicas podemos observar cómo algunos equipos trabajan en estas temáticas de forma integral, por lo general las parteras son quienes llevan adelante las clases y en conjunto con psicólogos se tiene una visión más global del proceso de embarazo, parto y puerperio, donde no solo se focaliza en los cambios relacionados con el cuerpo, sino que

se incorporan aspectos psicológicos, además de lo relacionado con el aumento de las mamas, dificultades para dormir, cambios en la movilidad una vez avanzado el embarazo, entre otros factores. Considero que esta prestación no debería recaer sobre la voluntad de los equipos, sería de gran utilidad y pertinencia incorporar aspectos psicológicos a las clases, mientras más información tenga esa mujer, será más partícipe y protagonista de su proceso, pudiendo tomar mejores decisiones a la hora de planificar, por ejemplo su parto.

“El modelo biológico es aquel que hace hincapié en la ausencia de enfermedad, basado en la lógica agente-huésped. Propone una visión unicausal del proceso del enfermar y un abordaje asistencial sustentado en una organización hospitalaria” (Carro, 2013, p.19). Considerando esta forma de concebir la salud de las personas, se entiende que una mujer embarazada no se encuentra en un estado de enfermedad, es por ello que no se brinda la información o atención adecuada para acompañar este proceso, lo mismo sucede en el caso del parto y puerperio. Solo en caso de desarrollar una depresión posparto o no poder sostener la lactancia, el sistema de salud interviene, teniendo una visión más asistencialista y no desde la prevención y promoción de salud.

Desde “el modelo ecológico está definido por la OMS, como estado de equilibrio Bio-psico-social. Este modelo propone un abordaje más preventivo de enfoque multicausal, incluyendo al medio ambiente como interviniente junto con el ámbito familiar y comunitario” (Carro, 2013 p.19). Esta visión más inclusiva podemos utilizarla directamente en el período de puerperio, ya que la multicausalidad está presente, poder observar e identificar aspectos en juego cómo: la presión social que sufren las mujeres sobre sus cuerpos y las formas de crianza, los cambios del cuerpo y su medicalización, los sentimientos de miedo y angustia, un entorno que no acompañe estos procesos desde la comprensión, y la constante mirada crítica.

Estas modificaciones y aportes al concepto de salud, tienen como base dos conceptos básicos: heterogeneidad y diversidad de la trama social, esto hace que el campo de trabajo de los profesionales de la salud, incorporen aspectos de contradicción, conflictividad e incertidumbre inherente a toda relación humana. Desde esta postura el concepto de estado de salud no transmisible, ni fácilmente comprobable a nivel empírico. “La salud deja de ser entonces solo estado biológico, vivido pasivamente por los sujetos para convertirse también en una construcción social, colectiva” (Carro, 2013, p.20).

Continuando con lo relacionado al concepto de salud y en relación a la psicología encontramos que:

La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso (Alfonso, 2003, p.2).

De aquí se desprende la importancia de la psicología en el acompañamiento de los procesos de embarazo, parto y puerperio, brindando una visión más inclusiva del proceso, pudiendo visibilizar los procesos singulares por los que las mujeres atraviesan, permitiendo luego una mirada comprensiva y contextualizada sobre el período de puerperio.

### 3. Los primeros cuidados a partir del nacimiento.

#### 3.1 El rol del cuidador en los primeros días del bebé

Dada la temática que se aborda en este apartado, es necesario mencionar a John Bowlby reconocido psicoanalista británico y uno de los pioneros en lo que hoy se conoce como Teoría del Apego (Salinas Quiroz, 2017). Para Bowlby la teoría del apego, es una de las teorías centrales en lo relacionado con la salud mental de los bebés y por ende con aquella madre que sostiene ese psiquismo o aquel adulto cuidador que cumpla ese rol (Montera, 2014). Así una de las premisas planteadas por Bowlby expresa que la “demanda del bebé obedece a una necesidad biológica de comunicarse para la cual estamos programados genéticamente” (Montera, 2014, p.266). Es por ello que el bebé se conecta de manera especial con la mamá, quien se encuentra a disposición en los primeros días y meses, y generalmente son ellas las que ocupan ese rol y sostienen ese primer vínculo.

Para Bowlby el apego que el bebé presenta con su madre es una manifestación de supervivencia y protección, es por ello que lo considero tan relevante a la hora de pensar el puerperio y los cambios que conlleva para una mujer la llegada de su bebé. “Bowlby consideró la calidad del cuidado materno como un factor central en su modelo de desarrollo de los vínculos de apego madre-hija” (Salinas Quiroz, 2017, p.20). Este es un argumento más para poder pensar en relación a cómo esa mujer de manera inconsciente está influyendo en su bebé, tiene que tener un grado de conexión con la realidad que está atravesando y tiene que

poder establecer un vínculo sano, afectivo y que le brinde seguridad al pequeño (Salinas Quiroz, 2017).

Según Carbonell (2013) en La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia, se demuestra que la “asociación significativa entre la sensibilidad que presenta el cuidador y la seguridad emocional del niño o niña” (Carbonell, 2013, p.204). Dichos estudios determinan la suma importancia que juega el papel del cuidador como la principal “base de seguridad desde la cual el niño o niña pequeña organiza su comportamiento, logra seguridad, explora y aprende sobre el ambiente que los rodea, ambiente tanto físico como social” (Carbonell, 2013, p.204).

Otras investigaciones mencionadas muestran que “la seguridad del apego depende de la calidad de cuidado infantil, especialmente, si los cuidadores dan respuestas sensibles y rápidas a las señales y comunicaciones del bebé y de los niños pequeños” (Carbonell, 2013, p.205). Otros resultados relevantes muestran que niños en edad preescolar en situaciones adversas, tanto sociales como económicas, que cuenten con factores protectores importantes como poseer un apego seguro con la madre durante los 12 a 18 meses de edad y siendo esta una cuidadora responsable, sensible y emocionalmente receptiva a responder a las necesidades del bebé, presentan mejores condiciones de adaptación.

### 3.2 La importancia del cuidado temprano

Aquí daremos visibilidad a una investigación realizada por la psicóloga estadounidense Mary Ainsworth, entre otros colaboradores, en el año 1967 en Uganda, África. Dicha Investigación, que años después se realizó en su país natal, permitió la elaboración de conceptualizaciones relacionadas al cuidado temprano. En ella se describen cuatro características: aceptación-rechazo, cooperación-interferencia, accesibilidad-ignorar y por último, sensibilidad-insensibilidad (Carbonell, 2013, p.203).

La primera característica aceptación-rechazo refiere principalmente a que toda madre manifiesta sentimientos positivos como negativos frente al cuidado del bebé, por las exigencias y demandas que implican (Carbonell, 2013). Aquí podemos mencionar los mandatos sociales que atraviesan la maternidad, como la mujer-madre es foco de las miradas del entorno y cómo estas influyen positiva o negativamente en el desarrollo de su rol y la incidencia que tienen en la crianza directa. Además es importante y necesario pensar que los aspectos negativos, en este caso, no tienen relación directa con no querer al bebé, sino que son parte del proceso de adaptación que esa mujer enfrenta una vez que da a luz. En los sentimientos positivos podemos ver amor, aceptación, protección, ternura, entre otros y en

los sentimientos negativos encontramos irritación, miedo, rechazo y sentimientos de incertidumbre (Carbonell, 2013).

Considero que estas manifestaciones con la llegada del bebé no son patologizadas, al contrario son esperables en los primeros días incluso los primeros meses, ya que no solo esa madre debe adaptarse a los cambios, sino toda la familia que los rodea. Cuestiones como la falta de sueño y cambios en la alimentación, entre otros factores, contribuyen a un sentimiento de malestar e incertidumbre del cual, pasados los días se puede observar un equilibrio en la mujer (Carbonell, 2013). Es por estos motivos que es de suma importancia visibilizar el período de puerperio e informar a las mujeres embarazadas sobre situaciones a las cuales deben enfrentarse una vez que el bebé llega al mundo.

La segunda característica cooperación-interferencia refiere en su extremo positivo a la capacidad que tiene el cuidador en “sincronizar afectivamente y en el comportamiento con el niño, lo que requiere de que el cuidador pueda considerarlo como un ser autónomo, activo, con deseos, sentimientos y actividades propias, las cuales son valoradas y respetadas por el adulto cuidador” (Carbonell, 2013, p.203). En referencia a este punto, su extremo negativo se manifiesta en el adulto que cuida y no atiende a las iniciativas que tiene el niño, no tiene en cuenta su autonomía, además que niega sus necesidades y deseos. “Estos adultos cuidadores consideran que el niño o la niña es de su propiedad, o creen que los niños deben someterse a la voluntad del adulto” (Carbonell, 2013, p.204).

La penúltima característica, accesibilidad-ignorar, en lo que refiere a sentimientos positivos habla de disponibilidad física y emocional del adulto cuidador en relación a las necesidades del bebé o niño pequeño, esta es otra de las características de las cuales destaco su importancia, ya que si el adulto cuidador es la mujer-madre, su disposición en los primeros días puede verse modificada. En el extremo negativo se encuentra el adulto que ignora las necesidades del bebé para prestar más atención a su propia necesidad (Carbonell, 2013).

La última característica presente en el estudio, hace referencia a la sensibilidad-insensibilidad del cuidador, refiere a la habilidad de la madre o cuidador de estar alerta a las señales comunicativas del bebé, poder darle una adecuada interpretación y dar una respuesta rápida y correcta. Por el contrario, se encuentra el cuidador que ignora dichas necesidades, no puede leer los requerimientos del bebé y no brinda una respuesta acorde a sus necesidades (Carbonell, 2013).

Por ello es necesario destacar:

Es importante aclarar que una madre o un cuidador insensible, no es aquel que necesariamente su respuesta al niño o la niña es hostil o desagradable. La insensibilidad del cuidado ocurre cuando el cuidador falla o no logra leer e interpretar adecuadamente los estados emocionales o metas del bebé o niño pequeño (Carbonell, 2013, p.204).

Estas situaciones pueden darse en una mujer que no puede conectar con la llegada del bebé, que no cuenta con las redes de apoyo para acompañar el proceso o una mujer que pasa por un principio de depresión posparto. Por ello permitimos pensar en estas lógicas desde el mundo adulto, es necesario y fundamental a la hora de trabajar en esta temática, ayuda a una mejor comprensión y aplicabilidad de las políticas públicas, además de intervenir en los contextos familiares y comunitarios de cuidado, corresponde pensar el concepto de sensibilidad en la crianza a partir de la responsabilidad compartida, esto implica la participación conjunta del Estado, la familia y la comunidad, entre otros actores (Carbonell, 2013).

“De esta manera se garantiza el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño, ya que los asume como sujetos de derechos, interlocutores activos, con necesidades e intereses propios” (Carbonell, 2013, p.206). Es muy importante poder correrse de la mirada adultocéntrica de quienes deciden sobre políticas que tienen a niños y niñas como protagonistas, ya que requiere de una mirada donde se los considere autónomos y el adulto es responsable de garantizar sus derechos.

### 3.3 Organización de los cuidados desde el “deber ser” en Uruguay

Teniendo en cuenta la problemática abordada en este trabajo, tener referencias de cómo se percibe la temática del cuidado en nuestro país es un insumo de gran importancia. Dicha información permite dar visibilidad al tema de la disponibilidad, tanto psíquica como afectiva de la mujer en particular y el grupo familiar donde el bebé se inserta, desde varios ejemplos y perspectivas.

Nos referimos a la investigación realizada por Karina Batthyany, Natalia Genta y Valentina Perrotta (2012) denominada: “La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones del cuidado: Principales resultados”. Dicha investigación se da en pleno debate sobre la implementación de lo que hoy conocemos en el país, cómo el Sistema Nacional de Cuidados (SNC).

Los datos obtenidos en esta investigación reflejan el imaginario colectivo y modos de pensar estrictamente de la población uruguaya, nos brinda una noción diferenciada entre mujeres y varones, además de relevar datos según nivel socioeconómico y nivel socioeducativo. Los datos presentan vigencia aunque el SNC esté en funcionamiento, permite pensar y plantear una mirada más social de la maternidad y cómo esta se relaciona con los cuidados de los niños y niñas menores a 3 años de edad.

Problematizar estos resultados permite pensar y poner sobre el tapete cuestiones que tiene que ver con el “deber ser” y cómo la maternidad está sumergida en ellos, cómo la sociedad tiene algo para decir sobre la labor de esas madres en relación a cuidados y crianza, cómo la sociedad moldea y posiciona cuáles son las formas esperables en que esa mujer lleve adelante su maternidad, posparto y los primeros años de vida del bebé.

En dicha investigación, las autoras hacen referencia al cuidado cómo una noción y no cómo un concepto cerrado sin posibilidad de modificación u análisis. Dicha noción tiene sus comienzos en los años 70 en los países anglosajones, el tema del cuidado y las responsabilidades familiares, principalmente el cuidado de los niños y las personas dependientes, plantean de manera directa la interrogante acerca de la posición de las mujeres y su igualdad en distintos ámbitos de la sociedad, pero principalmente en la esfera de la familia y el trabajo (Batthyany, Genta y Perrotta, 2012).

En lo que tiene que ver con el cuidado y los roles de género, considero que no solo sucede esta diferencia en nuestro país sino a nivel global, lo que sí es destacable a nivel país es la posibilidad de pensar y garantizar por parte del Estado una política pública que pueda beneficiar a la población y darle la importancia que la temática necesita en cuanto a la normativa que regula el cuidado. Otro elemento para pensar en el cambio, tiene que ver con redireccionar el cuidado, dejando el ámbito privado para trasladarlo a la esfera de lo público, dándole un nuevo rol al entorno y su capacidad de ayuda. “Se reformula el debate en términos de compartir las responsabilidades de cuidado entre diversas instituciones, el Estado, la familia, el mercado, las organizaciones comunitarias” (Batthyany et al., 2012, p.12).

Es necesario considerar el momento histórico, cultural, social y económico de cada sociedad, además que en estos influyen actores como son: el Estado, el mercado, las familias o formas comunitarias, pero a lo largo de la historia gran parte de la responsabilidad recae en las familias, lo que equivale a decir en la mayoría de los casos en las mujeres de las familias (Batthyany et al., 2012).

En definitiva lo que estos resultados confirman y reafirman es que la temática del cuidado sigue estando ocupada por mujeres, y no se trata de un problema individual, que se presenta en la esfera de lo privado donde cada persona, en este caso cada mujer acciona cómo puede y en función de los recursos que dispone, por el contrario se trata de un problema colectivo que requiere de respuestas colectivas y eficaces por parte del Estado. Estos discursos siguen presentes en la sociedad actual, lo cual solo legitima y refuerza la desigualdad entre varones y mujeres en lo que refiere a los cuidados. “Reducirlo a una dimensión individual deja a las mujeres expuestas a negociaciones individuales y desventajosas” (Batthyany et al., 2012, p.14).

Tomando en cuenta estos datos y considerando la dimensión social es que estos discursos se reproducen, formando opiniones, valores y normas, es que se consideran sesgos propios de la sociedad en la que vivimos, donde se incluyen las percepciones y discursos que tenemos acerca de lo femenino y lo masculino, donde se expone lo esperable socialmente para cada uno de ellos. Por ello la regulación e implementación de políticas públicas son el camino y resultado de un largo trabajo, donde las demandas sociales son escuchadas, trabajadas y por medio de las autoridades son una realidad política, permeada por un contexto cultural y económico determinado, insertas en una estructura de poder y en un proyecto político específico.

Los datos obtenidos muestran que es mayor el número de mujeres que participan en las tareas de cuidado infantil, pero lo menos en los primeros dos años de vida del bebé. Se evidencia y reafirma la idea de la “división sexual del trabajo”, ya que tanto varones como mujeres mencionan la idea de que sean ellas quienes se dediquen a la crianza y el cuidado. Otro de los puntos a destacar tiene que ver con el nivel socioeconómico y socioeducativo de los encuestados, ya que no se visualizan grandes diferencias en sus respuestas, en ambos casos se espera resolver el cuidado en el marco de la pareja y con el entorno familiar cercano.

Encontramos información que se vincula directamente con las obligaciones de madres y padres en relación al cuidado infantil, los datos reflejan que para más de la mitad de las madres encuestadas es considerada una obligación el hecho de cuidar a sus hijos, en este caso predomina el cuidado íntimo y directo sobre sus hijos. Por otro lado, se evidencia que los varones siguen ocupando el rol de proveedores económicos y son quienes garantizan cuestiones relacionadas al hogar y la infraestructura familiar (Batthyany et al., 2012).

Reafirmando estas ideas, se visualiza un incremento de horas de trabajo no remunerado por parte de las mujeres para destinar al cuidado directo de sus hijos y el trabajo doméstico, en ambos casos nos enfrentamos a la invisibilización del trabajo, mientras que los varones por lo general, aumentan horas de trabajo remunerado en el mercado. En ambos casos se vivencia esta cuestión bajo la lupa de la responsabilidad y se agudiza más esta idea de que mientras las mujeres dedican tiempo al cuidado directo, los varones son quienes proveen el dinero al hogar (Batthyany et al., 2012).

Otro de los puntos de inflexión que se evidencia, tiene que ver con la posibilidad de reducir la jornada laboral para destinarla a los cuidados (Batthyany et al., 2012). Aquí podemos cuestionarnos y problematizar, más allá de las cifras obtenidas, en lo concreto es real que los salarios de los varones son superiores a los de las mujeres, considerando además que los varones ocupan cargos de confianza en los trabajos que ocupan, entonces podríamos pensar que es más difícil para ellos poder prescindir de dichas horas, además relacionado con lo anterior son ellos quienes en su mayoría sostienen la economía familiar. Se observa que son las mujeres quienes están dispuestas a abandonar tanto sus empleos cómo sus aspiraciones personales para dedicar ese tiempo al cuidado directo de sus hijos.

A modo de cierre y cómo reflexión final sobre lo mencionado anteriormente, las autoras plantean que:

Estos datos brindan pistas sobre la importancia de trabajar por el cambio cultural en los roles de género asociados al cuidado, que permita involucrar a los varones en el cuidado infantil, así como alentar las mujeres a compartir o ceder el espacio de cuidado con los varones (Batthyany et al., 2012, p.20).

Analizar estos resultados, refuerza la idea del mandato de género y la división sexual del trabajo, dejando en claro la relación directa del rol del cuidador con la identidad femenina. Podemos observar cómo estas ideas y discursos, trascienden y atraviesan a todas las mujeres, indistintamente de su edad, nivel socioeconómico y educativo, aunque el grupo de mujeres sea homogéneo en menor o mayor medida estas cuestiones las atraviesan. Se reafirma la idea de considerar al varón como responsable de garantizar el cuidado, asegurando condiciones económicas y las mujeres ocupando el rol del cuidado directo, invisibilizado y no remunerado. Ni hablar de que el trabajo doméstico y de cuidado se encuentra fuertemente moralizado, donde circula permanentemente la idea de lo bueno y lo esperado.

Por ello la problematización en base a estos resultados es necesaria, ya que seguimos aún hoy siendo las mujeres las que ocupamos roles de cuidado. A modo de ejemplo, sigue estando dentro de lo esperado a nivel social que sean las mujeres quienes dejen sus puestos de trabajo para dedicarse al cuidado directo de sus hijos, a las tareas domésticas y todo lo relacionado con la crianza. Por ello es necesario seguir discutiendo y problematizando en torno a “lo esperado”, y las exigencias que tenemos como sociedad hacia y sobre las mujeres.

## REFLEXIONES FINALES.

Este apartado busca dar cierre al presente trabajo, un cierre meramente formal ya que considero no es un tema acabado. Esta monografía es el resultado de un gran análisis tanto personal como académico y la recopilación y sistematización de la información disponible. Es un breve acercamiento y contribución en la búsqueda de algunas respuestas en torno a la temática de la maternidad y el puerperio, desde una mirada y perspectiva psicológica. En lo personal es el principio de un gran aprendizaje y un gran insumo para seguir trabajando estos temas en el futuro como profesional de la psicología. Debo reconocer que no fue un proceso fácil pero valió la pena cada instancia de trabajo y reflexión.

Agradezco tener este espacio dentro de la universidad pública para poder problematizar sobre mi temática de interés y saber que iba a encontrar docentes que pudieran acompañarme y guiarme en este proceso creativo. Es muy importante destacar la libertad con la que los estudiantes podemos escribir y ser protagonistas de nuestro trabajo final de grado, cada uno con sus experiencias pero creo que todos desde la libertad. Libertad de problematizar y cuestionar lo establecido en busca de nuevas respuestas que nos ayuden a seguir pensando y actuando en consecuencia, tanto a nivel social como en lo que refiere directamente a la psicología como disciplina de mi interés.

A lo largo de mi formación académica fui conociendo diferentes perspectivas, fui conociendo otra cara del mundo que me rodeaba, me encontré con pensadores, teorías, paradigmas, investigaciones, dispositivos y un sinnúmero de términos y cuestiones referidas al quehacer profesional, la ética y el rol del psicólogo en cada uno de sus ámbitos de inserción. Esto me permitió tener una mirada más crítica y reflexiva, sobre muchos temas en general, pero sobre todo lo que involucra a las mujeres, la maternidad y todo lo que ella representa.

Como estudiante de esta carrera tan apasionante y futura profesional, considero que es necesario seguir trabajando y produciendo conocimiento en relación a la importancia que tiene la psicología para la sociedad en general. Si en el imaginario colectivo sigue estando instalada la idea de que ir al psicólogo es una cosa de “locos” o un sinónimo de enfermedad, porque no solo la maternidad está plagada de mitos, si ese prejuicio sobre la disciplina y el quehacer profesional sigue estando vigente, es muy difícil que las personas pidan ayuda y que se reconozca la importancia que la psicología tiene para la salud de las personas.

Aún así es necesario reconocer los avances que hemos tenido en el país, en lo referente a políticas públicas y la legislatura actual, estas acompañan un proceso de reconocimiento de la disciplina y de los profesionales que forman parte de ella. Por ello la importancia de la Ley N° 19.529 de Salud Mental y la creación del Plan Nacional de Salud Mental para brindar las garantías necesarias en el cumplimiento de la ley, permitiendo el monitoreo y seguimiento de la misma. Es necesario seguir trabajando en conjunto entre todos los actores que intervienen en este proceso: los psicólogos, el Estado y los prestadores de salud, entre otros, para garantizar y brindar espacios accesibles para toda la población, permitiendo el acceso universal a servicios de calidad.

Por ello es necesario seguir debatiendo y cuestionando, tanto dentro de la disciplina cómo a nivel social, porque la lupa siempre está puesta en las mujeres y sus formas de maternar, porque siempre se está opinando sobre nuestras acciones y elecciones. Parece que no podemos escapar de ello, se habla de nuestros cuerpos, de nuestras decisiones reproductivas, de las decisiones que tomamos a la hora de la crianza, entre otros aspectos de la vida que son cuestionados y observados por el entorno, entorno que muchas veces desde el desconocimiento, legitima y avala situaciones de violencia.

Es imposible y agotador conformar a todos, además de estar siendo observadas de forma permanente en cada una de nuestras decisiones, pero convivimos con estas ideas y discursos que nos atraviesan, que en muchas oportunidades nosotras mismas reproducimos. Esto puede verse reflejado particularmente en el puerperio y la maternidad en general, estos son momentos de suma vulnerabilidad para las mujeres, donde los discursos que circulan son sumamente críticos, duros y poco empáticos con la situación. Pero apoyados en esa vulnerabilidad es que se ponen a jugar los mandatos sociales, los mitos en torno a la maternidad y las ideas que por años nos hicieron creer. Es tanto lo que nos han inculcado y lo que nos han forjado a vivir la maternidad desde la culpa, soledad y falta de confianza en nosotras mismas que lo único que logran es que las mujeres sufrirán aún más el proceso de la maternidad.

La exposición y crítica a la que somos sometidas las mujeres es permanente, estamos sometidas a la mirada ajena, a que se hable sobre nuestros cuerpos y que se cuestionen las acciones que tomamos con relación a nuestros hijos y las diferentes formas de maternar. Estas atribuciones que se toma el entorno, están legitimadas por mandatos que pasan de generación en generación, y solo el hecho de pensarlos y problematizar sobre ellos hará que podemos liberarnos de tal carga.

Tanto es así que repetimos una y otra vez la cuestión del instinto maternal y de que cuidar es una “expertise femenina”, discurso que por mucho tiempo lo único que logró fue reprimir a las mujeres y que estos procesos fueran vividos en soledad. Estas son algunas de las nociones que se tienen sobre las mujeres, lo femenino, la maternidad y sobre los cuerpos que habitamos. Es necesario poder analizar y mencionar estas ideas, ya que son las bases con las que nos hemos formado, estas son algunas de las ideas de las cuales, aún hoy, se basan prácticas y discursos violentos hacia las mujeres. No es un dato menor poder abordar estos discursos de manera crítica desde el ámbito académico, para poder comprender más en profundidad cómo es que hoy nos relacionamos con estas temáticas y brindar otras respuestas y maneras de abordarlas.

Si desde la psicología se constata la importancia de sostener y acompañar los procesos por los que transitan las mujeres que acaban de parir (Cigarroa, 2011). Si se promueve la idea del parto humanizado donde la mujer es informada de sus derechos y se le dan opciones en cuanto a la planificación de su parto, porque eso después no se respeta, porque se sigue manipulando e interviniendo un proceso que lleva su tiempo, porque se sigue estigmatizando y opinando sobre los cuerpos de las mujeres y sus decisiones de cómo llevar adelante sus embarazos, su trabajo de parto, su parto y posterior puerperio.

Siguiendo esta línea es necesario seguir trabajando y produciendo conocimiento desde la psicología que acompañe la inserción de los psicólogos en el proceso de embarazo, parto y puerperio, desde una visión más preventiva y de acompañamiento hacia las mujeres y su entorno más cercano. Es necesaria la revisión constante y el trabajo en conjunto con el Estado para garantizar el desarrollo pleno de los derechos obtenidos hasta el momento y seguir trabajando en dispositivos que contribuyan a su real realización.

Por todo lo expuesto hasta aquí, es que me invade un gran sentimiento de empatía y una fuerte admiración por todas aquellas mujeres que decidieron transitar la maternidad y un enorme agradecimiento, ya que sin ellas y sus experiencias, no siempre positivas, todo lo expuesto y pensado en este trabajo no sería posible. Gracias a ellas es que hoy podemos repensar estas temáticas desde otras miradas, y desde la psicología buscar acompañarlas, cómo disciplina y también desde lo humano, con más aceptación, amor y comprensión, valorizando la experiencia y lo singular de cada proceso.

Para finalizar, esta monografía es el resultado de un trabajo arduo y reflexivo, un trabajo personal que me interpela directamente cómo mujer, que me hizo cuestionar prácticas y discursos que puedo identificar en mi proceso vital y me interpelan desde mi rol cómo estudiante de psicología y mi egreso próximo. Este trabajo me deja en una posición de suma responsabilidad y compromiso con todas aquellas mujeres que decidieron ser madres y fueron invisibilizadas por un sistema opresor, por ello ya desde mi rol cómo profesional me comprometo a estudiar y trabajar para que esa brecha se reduzca, y que la maternidad sea vivida más desde la libertad, con un acompañamiento adecuado y todas las herramientas disponibles, para que la maternidad deje de ser en soledad.

*“No estoy aceptando las cosas que no puedo cambiar,  
estoy cambiando las cosas que no puedo aceptar”*

Angela Davis

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Agencia EFE (2017). La ONU dice que el retroceso de la educación sexual en Latinoamérica aumentará las desigualdades. Recuperado de <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-onu-dice-que-el-retroceso-de-educacion-sexual-en-latinoamerica-aumentara-las-desigualdades/20000013-3410682>

Alfonso, M. (2003). Aplicación de la psicología en el proceso de salud. Revista Cubana de Salud Pública, 29(3), pp. 275-281. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/214/21429307.pdf>

Batthyany, K., Genta, N y Perrotta, V. (2012). La población uruguaya y el cuidado: persistencias de un mandato de género. Naciones Unidas, CEPAL. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5846/1/S1200779\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5846/1/S1200779_es.pdf)

Bellucci, M. (1992). De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino. En Fernández, A. M. (comp.) Las mujeres en la imaginación colectiva. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós. <https://seminarioteoriasocialfeministaunpsjb.files.wordpress.com/2016/03/bellucci-de-los-estudios-de-la-mujer-a-los-estudios-de-genero.pdf>

Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica.

Cabrera, M.J. (2018). Transitando el puerperio (Trabajo Final de Grado, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay). Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_maria\\_jose\\_cabrera\\_version\\_final.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_maria_jose_cabrera_version_final.pdf)

Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, CASMU (2020). Cursos para embarazadas. Recuperado de <http://casmu.com.uy/glossary/cursos-para-embarazadas/>

Carbonell, A. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212013000200008](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200008)

Carro, S., De La Cuesta, P., Vaeza, R., Diaz, A., Russo, A., Cohen, J, ... Tomassini, A. (2013). *Perspectivas psicológicas en salud*. Montevideo. Editorial Psicolibros.

Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En Alkolombre, P (comp.) *Travesías del cuerpo femenino*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Letra Viva

Esteban, M. L. (1999). *El genero cómo categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud*. Donostia-San Sebastián: Gakoa-Tercera Prensa.

Farias, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia* (Tesis de Maestría, Universidad de la República, Montevideo). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4473/1/Carolina%20Farias.pdf>

Fernández, A. M. y Giberti, E. (1992). *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires. Editorial Sudamericana

Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires. Editorial Paidós

Kerikian, C. (2011). *Efectos de una práctica: la psicología perinatal en la fundación hospitalaria*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-052/96.pdf>

Lima, L. (2017). *Estudio sobre el desarrollo del vínculo primario en el puerperio inmediato según la perspectiva de las madres*. (Trabajo Final de Grado, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay). Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_leticia\\_lima\\_version\\_final.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_leticia_lima_version_final.pdf)

López, A y Güida, C. (2000). *Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad*. Recuperado de <http://catedra-laicidad.unam.mx/sites/default/files/Aportesalosestudiosdegenero.pdf>

Martín Alfonso, L. (2003). *Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad*. *Revista cubana de salud pública*, 29(3), 275–281. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21429307>

Médica Uruguaya, MU (2020). Curso de preparación para el nacimiento. Recuperado de <https://www.medicauruguay.com.uy/auc.aspx?85,6>

Montera, M.E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>

Mora, A. (2009). El cuerpo investigador, el cuerpo investigado: Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. Revista Colombiana de Antropología, 45 (1), 11-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1050/105012398001.pdf>

Mucci, M. y Benaim, D. (2009). Psicología y salud. Calidoscopio de prácticas diversas. (Reporte N° 6). Recuperado de Universidad de Palermo: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.pdf>

Mujer y Salud en Uruguay, MYSU. (s/f). Presentación. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/quienes-somos/presentacion/>

Mujer y Salud en Uruguay (2013). Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Recuperado de [https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/2013b\\_informe\\_mujeres](https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/2013b_informe_mujeres)

Mujeres que no fueron tapa. (2020). Puerperio. [Página de Instagram]. Recuperado de <https://instagram.com/mujeresquenofuerontapa?igshid=13ea3sfgijhvf>

Núñez, M. (2016). Humanización del puerperio. (Trabajo Final de Grado, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay). Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_mariana\\_nuñez\\_version\\_final.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_mariana_nuñez_version_final.pdf)

Olaverri, M. (2018). El rol del psicólogo en el ámbito de la psicología perinatal. (Trabajo Final de Grado, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay). Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_mariana\\_olaverri\\_version\\_final.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_mariana_olaverri_version_final.pdf)

Prandi, P. (2017). Acompañamiento a grupo de mujeres puérperas. (Trabajo Final de Grado, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay). Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_paula\\_prandi\\_informe\\_final.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_paula_prandi_informe_final.pdf)

Real Academia Española (2015). Puerperio. En *Diccionario de la lengua española* (23.<sup>a</sup> ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/puerperio>

Rodríguez, M. (2017). Estudio sobre la vivencia del puerperio en madres adolescentes. (Trabajo Final de Grado, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay). Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_mariana\\_rodriguez\\_version\\_final.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_mariana_rodriguez_version_final.pdf)

Rodríguez, L y Perpétuo, I. (2011). La transmisión de la salud sexual y reproductiva en América Latina. Naciones Unidas, CEPAL. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/1/S1100075\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/1/S1100075_es.pdf)

Salinas Quiroz, F. (2017). Educación inicial: apego y desarrollo sociocognitivo. Ciudad de México, Universidad Pedagógica Nacional.

Santos Castroviejo, C. (1993, octubre). Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas. Conferencia dictada en VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Salamanca.

Servicio Médico Integral, SMI (2020). Servicios de Salud Mental. Recuperado de <https://www.smi.com.uy/mvdcms/Servicios/Servicios-en-Salud-Mental-que-brinda-SMI-uc92>

Suárez, Z. (2009) Ficha temática del Curso de Niveles de Atención en Salud: “Los Derechos y el Usuario de los Servicios de Salud”. Recuperado de [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficha-usuario.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-usuario.pdf)

UNFPA (2019). Un asunto pendiente: la defensa de los derechos y la liberación de decidir de todas las personas. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2019%20ESPA%C3%91OL.pdf>

Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2014). Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2019). Plan Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%2020-2027%20aprobado.pdf>

Uruguay (2007, diciembre 13). Ley N° 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

Uruguay (2008, diciembre 10). Ley N° 18.426: Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Uruguay (2015, diciembre 08). Ley N° 19.353: Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Uruguay (2017, septiembre 19). Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Vázquez, A y Nápoles, P. (2019). La construcción de género en los niños y niñas de la infancia preescolar. Revista Atlante: Cuadernos de educación y desarrollo. 1-6. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/03/genero-infancia-preescolar.html>

Vivas, E. (2020). Mamá desobediente: una mirada feminista de la maternidad. Buenos Aires. Editorial Gobot.