



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República  
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado  
Modalidad: Sistematización de experiencias

---

# Talleres de Preparación para el Nacimiento en el Primer Nivel de Atención

---

Valentina Mombrú Malo  
CI: 5.083.256-4

Docente Tutora: Prof. Adj. Mag. María Carolina Farías  
Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. María Julia Perea

Montevideo, Uruguay  
Julio, 2024

# AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por confiar en mí y brindarme la posibilidad de estudiar lejos de casa.

A mi pareja y amigas, quienes fueron sostén y refugio en los momentos más difíciles.

A Virginia, por adentrarme en este camino de la perinatalidad.

A mi tutora, por aceptar ser parte de este proceso.

Y a esta maravillosa casa de estudios, por alojarme y permitirme aprender desaprendiendo.

¡A todos ustedes simplemente gracias!

## RESUMEN

El presente trabajo sistematiza una experiencia de prevención en salud dentro del primer nivel de atención. La misma fue llevada a cabo por profesionales de distintos Centros de Salud de la RAP-Metropolitana de Montevideo. Se trata de ciclos de talleres virtuales de psicoprofilaxis obstétrica para mujeres embarazadas y sus familias, que tienen como objetivo empoderar y preparar a las mujeres para el momento del nacimiento y el logro de un parto institucional humanizado. Se busca a continuación reconstruir la experiencia, resignificarla y problematizar, teniendo en cuenta el cambio de modelo en la atención que se propone en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. A partir de esta sistematización se pretende crear nuevo conocimiento que sirva para difundir, reflexionar y hacer visibles otras prácticas de intervención en el sistema sanitario desde la perspectiva de la Psicología de la Salud.

Palabras claves: embarazo, prevención, promoción, talleres.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>7</b>
Sistema Nacional Integrado de Salud	7
Psicología de la Salud	9
Psicología Perinatal	11
Psicoprofilaxis obstétrica	13
<b>PREPARANDO LA INTERVENCIÓN</b>	<b>16</b>
<b>ACOMPAÑANDO PROCESOS</b>	<b>20</b>
<b>GESTANDO NUEVAS PRÁCTICAS</b>	<b>26</b>
Hacia nuevos abordajes	26
Nacimiento de una madre	29
(Des)amparo institucional	32
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>34</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>36</b>

# INTRODUCCIÓN

Esta producción se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la UdelaR. La siguiente experiencia se desarrolló en el marco del programa de practicantes y residentes que tiene la Facultad de Psicología en convenio con el principal prestador de servicios de salud del Estado (ASSE). Allí realicé mis prácticas pre-profesionales en una Policlínica de Primer Nivel de Atención (PNA), perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana, durante el transcurso del 2023.

El Programa de Practicantes y Residentes inserta a estudiantes del Ciclo de Graduación de la carrera en los distintos niveles de atención durante un año, con el objetivo de *“formar recursos humanos en salud (...) con los niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad uruguaya y acorde a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud”*. Así como *“la producción de conocimientos psicológicos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población uruguaya”* (ASSE y UdelaR – Facultad de Psicología, 2009, p. 3).

Durante los primeros meses de mi tránsito por la *Policlínica Complejo América* tuve la posibilidad de insertarme en varios espacios de atención individual y otros grupales tales como: el grupo con adultas mayores “gamas”, talleres de libre expresión con niños, coordinaciones interinstitucionales y actividades de promoción y prevención en salud como la que trataré en las siguientes hojas. Estos espacios me permitieron probarme en el futuro rol como psicóloga a través de diversos dispositivos.

En este trabajo, se busca reconstruir una experiencia de preparación para el nacimiento, de la cual formé parte el año pasado en los meses de marzo a diciembre. Parte del propósito de esta sistematización es dar visibilidad a otros abordajes posibles dentro de las instituciones de salud que van más allá de la clínica individual, donde habitualmente se pone el foco en los aspectos patológicos de las personas. La salud se construye en comunidad, siendo las prácticas grupales espacios privilegiados para fomentar hábitos saludables, tejer redes y crear nuevos sentidos. En lo que refiere a los *Talleres de Preparación para el Nacimiento*, los mismos pretenden ser un espacio de sostén y empoderamiento para las mujeres gestantes y sus familias sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como un lugar donde circular experiencias colectivas.

La sistematización se subdivide en 5 apartados. En el primero se encontrará una recopilación teórica que ayuda a enmarcar la experiencia, en el siguiente se describen aspectos metodológicos incluyendo objetivos, cronograma con la organización de talleres, técnicas utilizadas y condiciones de posibilidad que hacen a su creación. Seguido del desarrollo y descripción de cada taller, enfatizando en algunas especificidades que se repiten a lo largo de los ciclos. Finalizando con algunas líneas de análisis sobre la desvalorización y algunas construcciones discursivas predominantes sobre el puerperio y lactancia que circulan en los encuentros; y desafíos pendientes a futuro.

# MARCO CONCEPTUAL

Este trabajo representa un análisis y una oportunidad para difundir y hacer visibles otros abordajes de la Psicología en servicios de salud, por lo cual es pertinente darle apertura al mismo contextualizando las bases teóricas y conceptuales que lo hicieron posible.

## Sistema Nacional Integrado de Salud

En el año 2005 comienza un proceso de reforma sanitaria en Uruguay, que lleva a la promulgación de distintas leyes y decretos, que terminan de constituirse en el 2007 en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este nuevo sistema toma como punto de partida las estructuras sanitarias y administrativas ya existentes, a la vez que despliega otras formas innovadoras en cuanto a la organización, que promueven cambios en los modos de atención, gestión y financiamiento (Fernández Galeano et al., 2015).

Con la reforma se crea un sistema único que engloba a todos los prestadores públicos y privados, haciendo que la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) se descentralice del Ministerio de Salud Pública y pase a ser un prestador más dentro del sistema. Sollazo y Berterretche (2011) refieren que anterior a la reforma, ASSE se ocupaba exclusivamente de la población con menores recursos, quedando en manos del sector privado la atención de aquellas personas con capacidad de pago. Con la creación de la ley 18.161 (2007), se incorpora la posibilidad de elegir a ASSE como prestador integral, lo cual no se contemplaba antes. Siendo en la actualidad el principal prestador público, englobando a más del 40 % de la población uruguaya (Romano Fuzul et al., 2018).

El objetivo central que plantea esta reforma es universalizar el acceso en la atención en salud, para que llegue a todos los uruguayos, por lo cual se apuesta en lograr mayores niveles de homogeneidad en la calidad de los prestadores, así como en la accesibilidad de los mismos y la aplicación de justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano (Levcovitz et al., 2011).

Previo a los cambios en el modelo de atención, existía dentro del sistema de salud un abordaje asistencialista, basado en un paradigma meramente biologicista, tendiente a sobreponer a la especialidad médica, dejando en un lugar de desventaja al resto de las especialidades, así como a la sobreintervención en los cuerpos y el foco en la enfermedad. En relación a esto, la creación del SNIS busca establecer un modelo integral de salud, teniendo como algunos de sus principios la cobertura universal antes mencionada, la

equidad, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios, la participación de los diferentes actores, el trabajo en interdisciplina e intersectorialidad, atención humanizada, así como la prevención, promoción y acción sobre las determinantes de la salud (Muñoz, 2022).

En este sentido, las nociones de promoción y prevención que se adhieren al nuevo sistema de salud ocupan un lugar central, contribuyendo a la generación de nuevos abordajes y actividades sobre los procesos de salud-enfermedad presentes en las comunidades. Procurando mejorar los entornos donde transcurre la vida cotidiana, así como también empoderar a los sujetos, para que puedan lograr tener un mayor control sobre los factores que inciden en este proceso (Benia et al., 2008).

Con la promulgación de la ley 18.211 se termina de delinear la arquitectura del nuevo sistema de Salud (González y Olseker, 2009), y se propone la organización de los recursos en redes, a través de distintos niveles de atención, según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Así como la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que prioriza en el Primer Nivel de atención (Uruguay, 2007).

Esta estrategia de APS es tomada como referencia por muchos países desde la Declaración de Alma Ata (1978). Allí se plantea como definición:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación. (p 3)

Se podría decir que, la APS tiene como escenario principal al Primer Nivel de Atención, ya que es el nivel más próximo a la comunidad y por lo tanto, al lugar donde transcurre la vida cotidiana de las personas. Representa la puerta de entrada a los sistemas de salud (Levcovitz et al., 2011). Permite resolver aquellas necesidades de atención básicas y de mayor frecuencia, a través de equipos interdisciplinarios y con actividades que trabajen en pos de la prevención de enfermedades, promoción en salud, así como también de procedimientos que tienden a la recuperación y a la rehabilitación de los individuos. Se distingue por contar con establecimientos de baja complejidad, como por ejemplo las policlínicas y los centros de salud. En este nivel, se resuelven aproximadamente el 85 % de los problemas (Vignolo et al., 2011). Los equipos de salud aquí presentes se pueden configurar por múltiples disciplinas, siendo las más frecuentes medicina familiar y



comunitaria, pediatría, psicología, trabajo social y enfermería. Este nivel de atención, busca a su vez, reducir las intervenciones del segundo y tercer nivel, lo cual permite un ahorro en términos económicos y evita la saturación de los niveles más especializados.

En este nivel de atención los psicólogos/as se desempeñan en diversas tareas de forma flexible, con actuaciones e intervenciones según las necesidades de las comunidades con las que interactúa. Según Rydel et al. (2022), no existen tipificaciones ni estandarizaciones para la realización de las mismas. Los abordajes más frecuentes son seguimientos desde la clínica individual, a través de distintos enfoques (que dependen de la formación clínica que cada psicólogo trae), pero también se pretende apostar por abordajes comunitarios que contribuyan a potenciar hábitos saludables que mejoren la calidad de vida, así como al empoderamiento de la población. Sumado a las demandas específicas que puedan plantear las instituciones y el territorio.

Con respecto a las tareas comunitarias, si bien por parte de ASSE existen algunas definiciones de las mismas, estas carecen de especificidad disciplinar.

## Psicología de la Salud

Dentro de la Psicología existen una amplia variedad de corrientes, entre las que se destaca la Psicología de la Salud, que resulta pertinente esbozar a la hora de contextualizar esta experiencia en servicios de salud. Autores como Morales Calatayud (1997) plantean que la Psicología de la Salud es una rama aplicada de la Psicología. Según plantea Sivori (2010) se nutre de distintos marcos teóricos que dan sentido a sus prácticas, tales como el Psicoanálisis, Psicología Comunitaria, Psicología Social, Conductismo, Psicósomática y Psicología Médica. Cada uno de estos marcos teóricos, con su objeto de estudio, cuerpo teórico, práctica y metodología particular, fueron habilitando el camino de lo psíquico en el campo de la problemática salud-enfermedad-atención. La conjunción de ellos con la Psicología de la Salud, permite incorporar aspectos subjetivos, conductuales y factores sociales, descentrándose del modelo biologicista, que solo tiene en cuenta aspectos orgánicos, y del dualismo cartesiano mente-cuerpo, ya que estos dos componentes no pueden pensarse por separado siendo la misma unidad.

En la actualidad, hablamos de una estructura bio-psico-social, siendo el desequilibrio de todas sus dimensiones o de alguna en particular la que provoque alteraciones en la salud.

Por lo contrario, el equilibrio de una dimensión puede incidir en el ajuste de las demás siendo un facilitador de ese equilibrio estructural, que busca generar así una vida más saludable.

Volviendo a Morales Catalauyd (1997) y a la Psicología de la Salud, esta rama surge entonces, bajo las demandas y requerimientos de la práctica, y las transformaciones que van emergiendo en los estados de salud de las poblaciones, así como de las prioridades de cada servicio. En esta dirección, el trabajo de los psicólogos/as trata de adaptar y adecuar en sus distintas experiencias, aportes de estas diversas áreas de la psicología antes mencionadas.

El mismo autor también refiere que el mejor lugar para hacer y practicar la Psicología de la Salud es en los propios servicios de salud. Aquí la universidad juega un papel importante, teniendo que fomentar el reconocimiento del campo, así como los aprendizajes y la producción de conocimientos y tecnológicas aplicables. Por otro lado, a los servicios de salud, sobre todo aquellos de carácter público, les concierne generar las condiciones para el desarrollo de la psicología en estos espacios. Para esto deberán integrar a estos profesionales en los programas prioritarios, y su desempeño en los distintos niveles de atención y sus instituciones.

Se vuelve difícil delimitar y establecer una definición precisa sobre esta corriente, ya que se compone de diversos marcos teóricos, y está en constante dinamismo y construcción, dado que las complejidades de las poblaciones varían en tiempo y espacio. Desde nuestra casa de estudios se entiende a la Psicología de la Salud como:

Un proyecto académico, profesional y político que se propone contribuir al estudio, la comprensión y transformación de los fenómenos y procesos que ocurran en el campo de lo sanitario, los aspectos afectivos, cognitivos, actitudinales vinculares e imaginarios que los seres humanos y sus colectivos producen y ponen en juego en relación al proceso salud-enfermedad-curación y sus instituciones. (Giorgi 2002, como se citó en Instituto Psicología de la Salud, 2010)

Esta definición plantea entonces un proyecto transformador, a nivel académico incluye la producción, transmisión y aplicación de conocimientos, a través de una labor que va modificando no sólo las realidades sino también las concepciones teóricas y las herramientas que sobre ella se operan. En el nivel profesional promueve el reconocimiento del Psicólogo/a como profesional especializado en el manejo y aplicación de distintas

herramientas y técnicas propias de la disciplina, como también la integración de aquellas originarias de otras disciplinas. Incluye también un nivel político ya que se intenta transformar el mapa de saberes-poderes que históricamente han hegemonizado y obturado el campo sanitario, para pensar el proceso salud-enfermedad desde una concepción holística y ecológica (Instituto Psicología de la Salud, 2010).

Morales Calatayud (2015) plantea que lo común en todos los planos del campo de la salud es la presencia del factor humano, ya que junto con otros, en la cotidianidad, se construyen, aprenden y refuerzan las distintas prácticas y hábitos (más o menos saludables), así como también la expresión de distintas emociones y estados de bienestar, malestar y preocupación, producto de las tensiones y desafíos provenientes del ambiente. Es por eso que el accionar del psicólogo/a no se encuentra exclusivamente dentro del consultorio, sino que trasciende hacia la comunidad, sus individuos, sus familias, grupos, instituciones, dependiendo de cual sea la naturaleza del problema que deba ser reconocido, evaluado, interpretado y sobre el cual se debe actuar para obtener un resultado deseado en el mejoramiento de la salud.

## Psicología Perinatal

La Psicología Perinatal es un campo específico de actuación dentro de la Psicología, que abarca los procesos que suceden durante el embarazo, parto y puerperio (Oiberman et al., 2011). Tiene la particularidad de trabajar en simultáneo con dos sujetos, la mujer embarazada o puérpera, su bebé y el vínculo entre ellos. Estos procesos según Sierra-García y Carrasco (2019), son acontecimientos vitales que conllevan la atención a un gran número de exigencias y demandas nuevas. Durante las etapas tempranas en el desarrollo, las figuras paternas son indispensables para el cuidado y protección del niño. La tarea de cuidado y atención de un bebe requiere recursos cognitivos, emocionales y físicos. En este momento, los padres o quienes ejerzan el rol de cuidados, tienen un papel en una asimetría adaptativa, en la que sus competencias soportan y complementan las incipientes e inmaduras capacidades de infante.

El propósito de la Psicología Perinatal es entonces, abordar los cambios emocionales y psicológicos que se producen desde la preconcepción hasta los primeros meses de la crianza, intentando aumentar la salud y el bienestar de esta díada y su familia, fomentando a las capacidades, habilidades y el autoestima de la mujer, y las dificultades que puedan

surgir en este camino como dificultades en la lactancia, en la adaptación a la maternidad/paternidad, patologías asociadas como depresión o baby blues, miedos en relación al parto, ansiedades, desarrollo de un apego seguro, entre otras (Sanchez, 2013). Frente a esto Kerikian (2011) concluye que el trabajo de los psicólogos se basa en poder brindar una escucha activa, sostener, acompañar, facilitar el poner en palabras las emociones que se están atravesando y ayudar a identificar los propios recursos internos de afrontamiento.

El embarazo es la columna vertebral de este trabajo, y es quien da sentido a los talleres y a los procesos que después se desencadenan con el nacimiento del bebé y la madre. Aludo a Stern (1999), quien menciona que durante esta etapa convergen tres embarazos en simultáneo. Por un lado, la formación física del feto dentro del útero, por otro, la actitud de maternidad que se desarrolla en la psique y a la vez, también el bebé imaginado que comienza a tomar forma.

Muchas autoras describen la etapa del embarazo como un momento de crisis vital. Fernández y Olza (2020), mencionan al respecto que esta crisis puede ser aprovechada en su potencialidad, para lo cual se debe empoderar y acompañar a la futura madre en mejorar su salud psíquica actual y futura. Favoreciendo a una buena transición y a la generación de autoconfianza y soporte que influirá en el vínculo madre-hijo que comienza a conformarse, asimismo al desarrollo del bebé y la propia mujer.

En este sentido, el acompañamiento a las gestantes desde los equipos de salud posibilitará ir detectando dificultades y tratandolas desde etapas tempranas de la relación maternofamiliar, evitando de ser posible el sufrimiento del conjunto de la familia. Por otra parte, a las propias mujeres saber de estos cambios esperables y posibles les permite normalizar emociones y pensamientos, aliviar temores y culpas y legitimar necesidades. Sobre todo, fomentar el diálogo contribuye a una transición más saludable hacia la maternidad.

Siguiendo en esta línea, Sierra-García y Carrasco (2019), mencionan que los profesionales de la salud tienen la tarea de actuar como facilitadores para una transición saludable en esta nueva etapa, haciendo que ambos padres puedan sentirse conectados por una red de apoyo sanitaria y educativa, que les permita la interacción con los profesionales y también con otras madres, padres y/o familiares que atraviesan similares circunstancias. En la que puedan tener acceso a información y contenidos de calidad sobre parentalidad y crianza, que reciban estrategias de afrontamiento y autoconfianza. Todo ello con la finalidad de que los padres alcancen un adecuado nivel de dominio de esta nueva situación y a una

integración fluida en su nueva identidad como padres. En relación a esto Fernández y Olza (2020) dicen que facilitar el vínculo así como los cuidados del bebé desde el embarazo es la intervención preventiva por excelencia en salud mental, habiendo muchas herramientas de trabajo grupal, corporal, artístico, y creativo que lo desarrollan en profundidad y repercuten favorablemente en la salud materno-infantil.

## Psicoprofilaxis obstétrica

La psicoprofilaxis obstétrica (PPO), es una herramienta para la prevención integral, teórica, física y psicoafectiva, que deben proporcionar los Centros de Salud durante la gestación, parto y/o postparto, para contribuir a la generación de condiciones saludables y positivas para la madre y el bebé, así como a estimular la participación activa del padre y la familia que acompaña este proceso. Se espera que la PPO se realice con criterio clínico, enfoque de riesgo, de manera humanística y ética, adecuándose a las necesidades de las gestantes. De esta forma, se busca favorecer la disminución de complicaciones y facilitar la posibilidad de una rápida recuperación, así como la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal (Morales Alvarado et al., 2014).

Algunos autores refieren a que esta herramienta sirve para lograr una preparación adecuada al momento del parto y comienzo de la maternidad. Autores como García et al., (2020) mencionan el nacimiento como un mojón para las familias, que es vivido mayormente con sentimiento de felicidad y temor. Por eso en los talleres de PPO se procura que las mujeres adquieran información y confianza, permitiéndoles entender que dar a luz es un proceso sano y natural, el cual se vive mejor cuando se cuenta con cierta preparación. Para lograr esto con éxito se requiere de una serie de orientaciones a la embarazada y la familia en general por parte de los equipos de salud. Los autores refieren que los talleres no sirven para aprender a cómo ser buenos padres, sino a lograr un embarazo, parto y postparto lo más fisiológico y ameno posible, en condiciones óptimas. Es decir, es una educación para lograr que la mujer embarazada y su pareja experimenten una vivencia completa, responsable y gratificante del nacimiento de su bebé.

Tomando los aportes de Conde et al., (2016) la educación materna ha experimentado transformaciones con el correr de los años, producto del avance de la sociedad y las prácticas de obstetricia. Los avances tecnológicos y los cambios sociales conllevaron a una disminución del control y la participación de las mujeres en la vivencia del nacimiento y

maternidad, con el fin aparente de dirigir a las mujeres a un parto que pretendía ser más seguro. Algunas escuelas de PPO se centraban en la disminución del dolor en el momento del parto, que explicaban de diferentes maneras. Pero con los avances de la PPO, se ha descentrado la mirada del momento exclusivo del parto hacia todo el proceso pre y post nacimiento, logrando un enfoque más integral y humanizado.

Dentro de las principales escuelas, Fernandez y Fernandez-Arroyo (2012) en su analisis comparativo, mencionan las siguientes:

- Escuela Inglesa. La cual entiende el parto como fenómeno fisiológico en el que el dolor producido por el miedo que desencadena como mecanismo de defensa la tensión muscular. Plantea el triángulo miedo-tensión-dolor, y se basa en la realización de charlas explicativas sobre relajación y técnicas respiratorias.
- Escuela Rusa. Utiliza como método la hipno sugestión, se sustenta en la teoría del condicionamiento de Pavlov, concluyendo que los dolores en el parto son reacciones condicionadas por estímulos fisiológicos y religioso-culturales. Intentan que se descondicione el miedo a través de la palabra, las ideas positivas, y ejercicios de relajación, respiración y musculación.
- Escuela Francesa. Enfatiza en la necesidad de un ambiente cordial y de incluir a la pareja o acompañante en la preparación. Insiste en el poder terapéutico que tiene la palabra y de la actitud activa de la mujer.
- Escuela Española. Más conocida por sofropedagogía obstétrica, plantea que la mujer y su pareja deben adquirir los conocimientos necesarios para afrontar el parto con serenidad, disminuyendo los miedos y el malestar, viviendo con conciencia y satisfacción ya que esta experiencia repercute en el bebé y favorecer el desarrollo de la "urdimbre afectiva".

Todos estos métodos han ido evolucionando a lo largo de la historia, incorporando nuevas tendencias de acuerdo a las necesidades de esta población (como sexualidad, anticoncepción, derechos en torno al nacimiento, nuevos medios para aliviar el dolor, etc). Han sido necesarias la incorporación de nuevas áreas de conocimiento como por ejemplo la pedagogía, para incorporar distintas técnicas metodológicas, de comunicación, dinámicas de grupos, contención, entre otras, que nos habiliten, no solo a transmitir información, sino

generar motivaciones, hábitos y comportamientos que beneficien a una vivencia saludable de esta etapa para quienes la transitan (Conde et al., 2016).

En nuestro país actualmente contamos con un marco normativo para el desarrollo de actividades de PPO, que enfatizan en la preparación para el nacimiento como fundamental para el logro de un parto humanizado, siendo este un derecho de las mujeres y un objetivo sanitario del Ministerio de Salud. Todas las mujeres tenemos el derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, tener una atención digna y respetuosa durante el embarazo y al momento del nacimiento, sin violencia ni discriminación, es una obligación que deben garantizar las instituciones que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud (MSP y UNFPA, 2018).

# PREPARANDO LA INTERVENCIÓN

En el comienzo de la práctica uno de los primeros espacios de inserción fueron los Talleres de Preparación para el Nacimiento. Mi referente institucional integraba este dispositivo y rápidamente me animó a explorar y participar del mismo. Terminé acompañando el proceso entre los meses de marzo a diciembre de 2023, dado el interés que despertaron en mí las temáticas afines a la perinatalidad.

Es importante destacar las condiciones de posibilidad que hicieron a la creación de este dispositivo, el cual surge en el año 2020 con el inicio de la pandemia por Covid-19, momento que se decreta la suspensión de actividades presenciales en todo el país. Esto lleva a que el personal de salud buscará otras formas de abordar las demandas que emergían de la comunidad, así comenzaron a crearse novedosas formas de intervención, en el intento de restituir el contacto con las y los usuarios/as. Para ello, se tomaron como antecedentes los talleres presenciales que se desarrollaban en el Centro de Salud del Cerro y Ciudad de la Costa anteriores a la pandemia. Desde la RAP metropolitana, comienza a reunirse un grupo compuesto por múltiples disciplinas de diferentes Centros de Salud, para buscar alternativas a la propuesta de los Talleres de Preparación para el Nacimiento, en el entendido que es fundamental poder seguir compartiendo información sobre los derechos así como el empoderamiento en esta etapa. Si bien es de esperar que todas las mujeres gestantes acudan a los controles ginecológicos y obstétricos, dada su importancia para el monitoreo y seguimiento de un óptimo embarazo, el espacio de taller permite profundizar en muchas cuestiones que no son posibles en los espacios de consulta individual, dado el acotado tiempo y las dinámicas asistenciales. Es por eso que los talleres se vuelven un espacio privilegiado, donde compartir y circular conocimientos con otras mujeres y sus familias, quienes también están atravesando la misma etapa.

En este sentido aludo a Gallego et al. (2015), quienes mencionan al respecto que en estos espacios se potencia el apoyo grupal entre participantes, quienes comparten miedos y preocupaciones, el poder de lo grupal como agente curativo disminuye el sentimiento de singularidad, contribuyendo a aumentar el autoestima, la comprensión de los procesos implicados y el aprendizaje mediante las relaciones interpersonales que se establecen, favoreciendo la adquisición de hábitos saludables y autoconocimiento. En este sentido se trataría de incentivar por parte del equipo técnico a que las y los participantes puedan desplegar sus experiencias, dudas o sentires en relación a las temáticas que se van presentando, para poner en juego los distintos puntos de vista y facilitar el intercambio entre



participantes (mujeres y sus familias con el equipo). Si bien la forma de trabajo podría variar en cada taller, dependiendo de cada profesional, la mayoría se apoya en recursos gráficos como fotos, videos, o diapositivas teóricas, en el intento de facilitar o aclarar las dudas en las temáticas trabajadas. Al finalizar cada encuentro se pretende utilizar los últimos minutos para realizar comentarios y resonancias colectivas de lo trabajado.

Como forma de difusión de los talleres se imprimió folletería para distintos Centros de Salud de la RAP Metropolitana y fueron pegados en la sección cartelería, algunas puertas de consultorios y salas de espera. También los integrantes del equipo técnico durante las consultas de controles de usuarias embarazadas, incluyendo las consultas psicológicas individuales, recomendaron los talleres, como oportunidad de transitar el embarazo y llegar al parto más consciente y con mayor preparación con un grupo que comparte estar en el mismo proceso.

Durante mi integración al equipo los primeros meses comencé participando desde el lugar de observadora, ya que existía la necesidad de tener una persona “fija” presente en cada uno de los encuentros, siendo una referencia conocida para las participantes, dado que todas las semanas iban rotando los profesionales según la temática a trabajar. A su vez tenía la tarea de registrar todo lo que acontecía en el campo grupal, como cuantas mujeres participaban en cada encuentro, nombre, edad, semanas de gestación, experiencias previas, dudas, temores, resonancias y temas tratados. De esta forma, todos los profesionales pudieran tener un seguimiento de los talleres y se manejara la misma información a la interna del equipo. Por lo que, fui un nexo importante entre las usuarias y el equipo de salud, siendo uno de los primeros contactos que las mujeres tuvieron al comenzar los talleres.

Con el transcurso de nuevos ciclos se me fue habilitando otro lugar, pues el equipo técnico comenzó a verme como un par y tener confianza en mi actuación técnica, por lo que mi rol fue mutando, y siendo más activo, con intervenciones expositivas en algunos de los talleres, hasta terminar desarrollando en conjunto con otras compañeras dos de los talleres que se vinculan con el puerperio y la lactancia. En ambos talleres intentamos focalizar desde la Psicología Perinatal la no patologización de las emociones de la madre en esta etapa, facilitando la identificación de aquellos sentimientos que son habituales y/o esperables y aquellos que no lo son y requieren consultar. Ponemos énfasis en que la vida emocional de las mujeres es una manifestación de salud, no un síntoma de enfermedad, que puede ser transitada de infinitas formas, en donde entran en juego múltiples variables. También se

puso hincapié en la importancia de externalizar y validar emociones y sentimientos, así como poner en palabras los deseos y necesidades.

### **Objetivo general de los talleres**

Crear espacios de encuentro, intercambio y aprendizajes para las mujeres gestantes y sus familias, desde la perspectiva de derechos y humanización de los procesos que se encuentran implicados durante el embarazo, parto y puerperio.

### **Objetivos Específicos**

- Informar sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, para que puedan empoderarse en la toma de decisiones en su atención obstétrica.
- Generar espacios que fomenten el intercambio colectivo, sobre las distintas experiencias, inquietudes y miedos propios de esta etapa.
- Promover prácticas de autocuidado en las embarazadas.

Los talleres se desarrollaron en modalidad de ciclos en distintos momentos del año. Cada ciclo estaba compuesto de 7 encuentros, donde se abordan distintas temáticas como cambios fisiológicos, psíquicos, distintas formas de nacer, alimentación durante la perinatalidad, lactancia, puerperio y anticoncepción. Abordar cada temática de forma integral fue posible por la conformación de un equipo con distintos profesionales que trabajaba en interdisciplina, compuesto por dos obstetras-parteras, una de ellas, además, se encargaba de la coordinación del espacio, pediatría, ginecología, nutrición, enfermería, psicología y practicante de psicología. Todos los profesionales, desarrollan sus funciones en los Centros de Salud del Cerro, Ciudad Vieja, Giordano, y la Policlínica Complejo América (dependiente del Centro de Salud Sayago), pertenecientes a la RAP metropolitana. El único requisito para participar fue tener al comienzo de los talleres al menos 20 semanas de gestación. Cada taller se desarrolló por la plataforma zoom y tuvo una frecuencia semanal de una hora y media de duración los días martes. Si bien la virtualidad no es accesible para todas (implica contar con algún dispositivo electrónico y conectividad) es al menos accesible para muchas de las mujeres que son acompañadas en los distintos Centros y en la Policlínica. Siendo una herramienta valiosa para quienes por distintas circunstancias no tienen la posibilidad de trasladarse hasta las instituciones por múltiples motivos como puede ser la distancia, embarazos que requieren reposo, entre otras.

El siguiente cronograma fue readaptado para el presente trabajo, con el fin de mostrar la organización general de cada uno de los talleres de los distintos ciclos.

Taller	Tema	Disciplinas
Taller 1:	-cambios fisiológicos en el embarazo -motivo de consulta -Alimentación	-Nutrición -Partería
Taller 2:	-Canal de parto blando -Canal de parto óseo	-Partería
Taller 3:	-preparto -trabajo de parto	-Partería
Taller 4:	-parto -distintas formas de nacer: parto, cesárea y parto instrumental	-Ginecología -Partería
Taller 5:	-puerperio -psicología del puerperio - puericultura	-Psicología -Pediatría -Enfermería
Taller 6:	Lactancia	-Psicología -Pediatría -Nutrición
Taller 7:	Anticoncepción	-Ginecología

# ACOMPAÑANDO PROCESOS

A continuación se describen cada uno de los talleres y algunas reflexiones de los mismos, poniendo especial hincapié en los talleres de puerperio y lactancia, donde tuve una participación más activa.

En el comienzo de cada ciclo damos inicio encuadrando la propuesta de trabajo y presentando al equipo técnico presente, animamos a que las embarazadas también se presenten. La participación en cada ciclo fue de cinco mujeres en promedio. Preguntamos sus nombres, meses de gestación, centro de salud donde realizan controles. Señalamos la importancia de encender las cámaras a quienes tengan la posibilidad pero no siempre se logra, algunas refieren tener mala conexión o no estar en un lugar propicio, esto produce cierto desánimo en el equipo técnico y marca también una distancia de las embarazadas hacia los técnicos. Podríamos cuestionarnos si la virtualidad realmente logra el efecto de conectarnos más o no. Desde el propio trabajo, resulta difícil imaginarse que hay otras personas cuando lo único que se visualiza son recuadros negros con un nombre.

## **Taller 1: cambios fisiológicos durante el embarazo y alimentación**

Comienza el taller propiamente dicho, me limito a observar y tomar apuntes. La obstetra comienza conversando de manera descontracturada, utilizando como disparador la pregunta ¿qué cambios han percibido en el embarazo? Tímidamente surgen respuestas, las más frecuentes acidez, dolor de ciático y náuseas. Se trabaja sobre las mismas, y se muestran otras esperables en los distintos trimestres, y cuales son motivo de consulta inmediata.

El otro tema del encuentro es la alimentación, se explica sobre qué comer durante el embarazo para obtener los nutrientes y energía necesaria, cómo lograr un plato equilibrado con algunos ejemplos ilustrativos y cómo distribuirlos a lo largo del día. Aquí observó una distinción marcada en cuanto a las formas de transmitir y vincularse con las participantes, la misma cambia, volviéndose completamente expositiva y meticulosa. No existe feedback.

## **Taller 2: canales de parto**

Concurren aproximadamente 6 mujeres, suele variar la integración en cada taller, sumándose más mujeres en el transcurso. Comenzamos presentando el equipo (recordemos que el mismo varía en cada taller), reiteramos nuevamente que sería

beneficioso para el encuentro prender las cámaras y vernos, sentirnos más cerca. La mitad las prende o esta vez se encuentra con foto, el resto la mantiene apagada.

Este taller es desarrollado por dos obstetras, quienes a través de distintos objetos que simulan ser el canal de parto, y su propio cuerpo, van explicando sobre la anatomía pélvica (huesos, músculos y órganos) involucrados. Surge por parte de algunas de las participantes el interés de saber sobre ejercicios de Kegel, a lo cual da lugar el equipo, y enseñan cómo llevarlos a cabo. Los intercambios que se dieron con las participantes surgen mayoritariamente en dirección a estos ejercicios, sobre cómo reconocer y fortalecer estos músculos del periné, esenciales para el momento del pujo. También surge el temor colectivo sobre las contracciones, el miedo a su llegada y cómo hacer para calmarlas, lo cual se aborda brevemente y se profundiza en el siguiente taller.

Durante el transcurso de este taller surgen por momentos algunas dificultades de conectividad (desconexiones y conexiones de las participantes), no logrando ser impedimento para el desarrollo del mismo.

### **Taller 3: parto y parto**

En este taller continúa el mismo equipo técnico que en el anterior, y el mismo número de mujeres, muchas de ellas prenden la cámara, lo que adjudico se deba al clima generado en el encuentro anterior (apertura, comprensión y receptividad). En algunos de los ciclos observó cómo algunas se encuentran acompañadas, me intriga saber quienes son, pero me limito a mi rol de observadora, rápidamente mis compañeras de equipo perciben lo mismo y preguntan al respecto, quienes acompañaban eran sus parejas.

El tema central son las contracciones, surge preocupación por parte de las integrantes sobre cómo identificarlas y qué hacer cuando sucede, algunas que ya están casi a término comparten sus vivencias sobre las contracciones. Todas escuchamos atentamente y luego las obstetras comparten formas de contabilizarlas e identificarlas cuando las mismas son de parto (dolorosas, rítmicas y en poco tiempo) o si son de parto (dolorosas pero irregulares y de corta duración) y cómo aliviarlas de manera natural a través de masajes, duchas de agua tibia y ejercicios con pelotas. Enfatizan en que reconocerlas y tener métodos de alivio y relajación son importantes en el alivio del miedo y el dolor.

Se comenta brevemente sobre las salas de nacer y su equipamiento, como debe ser un parto humanizado y los derechos a la hora del mismo.

#### **Taller 4: distintas formas de nacer**

Este taller si bien es llevado a cabo por ginecólogo, en algunos ciclos fue dado por la obstetra, ya que si bien los cronogramas con las fechas de talleres se marcan con anticipación, la realidad es que en algunas oportunidades surgieron olvidos y faltas por parte de algunos integrantes del equipo técnico, siendo inviable para los Centros de Salud cancelar agendas sobre la hora, teniendo que muchas veces darlo otras integrantes del equipo, hacerlo de forma rápida o siendo interrumpidas/os por el personal de salud por la falta de un lugar físico adecuado, ya que no siempre se disponía de consultorios en el horario de talleres, los mismos eran utilizados en ese horario para agregar consultas, teniendo que utilizar otros espacios de uso común como cocina y salas de espera.

También sucedió que si bien se conectaban cuatro o cinco mujeres, por momentos se daban problemas de conectividad, que en algunos casos particulares se les iba el internet y no lograban volver a conectarse, quedando muy pocas participantes. Estos problemas técnicos, también le sucedían a los profesionales, a quien se le congelaba la imagen o se escuchaba entrecortado, teniendo que utilizar sus propios dispositivos electrónicos por las fallas en los equipos de los Centros de Salud.

Durante el transcurso del taller observo una distancia marcada con las participantes, quienes se limitan a escuchar y realizar pocas preguntas. Quizá los problemas de conectividad influyeron a esto, o la poca apertura de nuestro lado, que lleva a no sentirse en confianza (como en los talleres anteriores), ya que este taller se desarrolló más expositivo que participativo. Es interesante pensar como casi no surgen preguntas, siendo un taller que trata de uno de los momentos más importantes: el nacimiento del bebé y sus distintas posibilidades de nacer. Valoro como positivo el hecho que el técnico (único varón del equipo), validará las distintas formas de nacer (parto vaginal, cesárea, fórceps), y bajara las ansiedades explicando sobre cada una de ellas y su recuperación.

#### **Taller 5: puerperio y puericultura**

En este taller el número de participantes fue muy variable, en los primeros ciclos llegaron a ser hasta diez mujeres, y en los últimos sólo tres. El equipo técnico que está presente es enfermera, pediatra, psicóloga y practicante (no quiere decir que antes yo, cómo practicante, no lo estaba, pero sí que en este taller, tengo el mismo rol activo que el resto del equipo). Junto a la psicóloga hablamos sobre salud mental, y paso a ocupar un lugar

distinto al de encuentros anteriores, estoy habilitada a exponer e intercambiar con las participantes.

Con el resto del equipo coordinamos la realización de un ppt para apoyarnos y organizarnos, ya que es el taller con más profesionales presentes, de forma de todas contar con el mismo tiempo y organizar la exposición. Desde la Psicología, tratamos de dar apertura al diálogo y no simplemente exponer diapositivas. Tomamos lo que surge en el encuentro para desarrollarlo, por lo que trabajamos sobre los miedos y ansiedades que fueron surgiendo, dentro de ellas como ser buena madre, como saber que necesita mi hijo, qué hacer si llora mucho. Trabajamos sobre el movimiento emocional que genera la llegada del bebé, ya que si bien para muchas madres representa un momento de alegría, también genera por momentos frustración y angustia, ya que es el comienzo de un nuevo rol (de madre), donde la experiencia se irá conformando con el tiempo en el encuentro con su hijo/a. Enfatizamos en este taller en que atravesarán una etapa de redescubrimiento consigo mismas como mujeres puérperas y con sus bebés, ya que están conociéndose y aprendiendo a sintonizar e interpretar sus necesidades. En este sentido trabajamos con ellas el concepto de preocupación maternal primaria, para hacerles ver que en un primer momento es común transitar por un estado de constante alerta y sensibilidad que facilita a la hora de poder identificar y satisfacer las necesidades de su bebé.

Surgen algunos comentarios como “me dijeron que los brazos malcrían” “después agarran mañas”, a lo cual dio pie a desmitificar y trabajar sobre cómo en los primeros meses es fundamental para la construcción de un psiquismo sano del bebé el contacto y el afecto, ya que necesitan sentirse seguros/as y protegidos/as y eso solo lo aportan los brazos y calidez de su familia.

Otro aspecto que abordamos es la importancia de contar con redes de apoyo en esta etapa, ya sea el espacio de Talleres de Preparación para el Nacimiento, pero más allá de este contar también con otras personas ya sea amigas, familiares, pareja u otros grupos de sostén, con quienes sentirse apoyadas y contenidas. Intercambiamos sobre sus propias redes de apoyo.

Si bien el tiempo es acotado en cada taller, se intenta también poder intercambiar sobre las distintas etapas del puerperio, exergestación, sexualidad, hijo imaginario vs el hijo real, y las psicopatologías que más se asocian en esta etapa (baby blues, psicosis, depresión).

## **Taller 6: lactancia**

Si bien en este momento del ciclo bajan un poco las asistencias, concurren siempre alrededor de cuatro mujeres, suele ser el encuentro más dinámico y con mayor intercambio grupal. En este taller también participa la Psicóloga del equipo, quien cuenta con formación como asesora en lactancia. Me habilita a preparar y desarrollar el taller junto con ella, la pediatra y la nutricionista. Incluso en algunos ciclos terminé llevando a cabo sola el taller, debido a licencias, reuniones de equipo o superposición de agendas, llevando una gran responsabilidad y un cambio casi repentino (sin ser por el taller de puerperio) a mi rol de observadora.

Desde Psicología hacemos hincapié que amamantar significa mucho más que el alimento en sí, es el encuentro del bebé con su madre por excelencia, con su piel, calidez, aroma, etc. Encuentro que fortalece el vínculo y reconocimiento de esta diada, donde las miradas y la satisfacción que le genera a la madre poder alimentar a su bebé y viceversa, favorece a constituir las bases para un apego seguro. Enfatizamos en que los bebés al nacer no saben controlar ni regular sus emociones, irán aprendiendo a autorregularse a través de la respuesta de la madre a sus necesidades, una de ellas el hambre.

Las preguntas más frecuentes que surgen en relación a esto fueron “como sé cuando mi bebé tiene hambre?” “El tamaño de mis pechos importa?” “si tengo el pezón plano también puedo amamantar?” y a como se da el pecho de manera correcta. Para eso intercambiamos sobre la importancia de tener un buen acople, para esto nos apoyamos en distintos recursos de video y fotografía compartidos por algunas compañeras del equipo técnico de sus propias experiencias, para mostrarles cómo debe ser un acople correcto, sobre todo para aquellas madres primerizas. De la mano con esto intercambiamos sobre distintas posturas que facilitan no solo al buen acople sino también a su comodidad y practicidad.

En algunos de los ciclos de los talleres se generaron dinámicas en donde permitieron historizar y conectarse con sus propias vivencias y las de sus familias en relación al lugar que ocupa la leche materna: ¿fueron amamantadas? ¿Cuáles son las historias familiares que circulan en relación a los bebés alimentados con leche materna? ¿Cuáles son sus fantasías y temores?.

## **Taller 7: anticoncepción**

Luego de haber atravesado la preparación para el nacimiento se utiliza este último espacio para que el ginecólogo comente los distintos métodos anticonceptivos disponibles. En este



punto baja la asistencia de participantes, llegando a ser la mitad de las conectadas de los primeros encuentros. Al indagar con la obstetra los motivos de falta (por mensaje de whatsapp), muchas de las mujeres refieren que si bien tienen muchas ganas de participar y les resulta de gran utilidad, les coincide con los horarios de los controles, otras comentan tener problemas de conexión o no tener datos móviles para conectarse.

A pesar de la baja asistencia y la poca participación, algunas mujeres escriben por el chat (no prenden cámara ni micrófono) para saber qué método sería el acorde para ellas, relatando distintos problemas (dolores y menstruaciones irregulares antes del embarazo). Se dan respuestas concretas. No existe apertura para el diálogo más allá de lo pautado para el encuentro. Termina el encuentro.

Durante los dos primeros ciclos que acompañe este taller (siempre como observadora) se me confundió con una de las embarazadas por parte del técnico presente, lo que deja entrever la falta que muchas veces se tiene de tiempo de calidad para comunicar (en este caso mi integración) o coordinar los talleres, siendo muchas veces realizado en horas que faltan usuarios en las consultas o minutos antes de los talleres.

# GESTANDO NUEVAS PRÁCTICAS

Considero que esta experiencia generó efectos positivos en todas sus participantes. Para las embarazadas, quienes pudieron formar parte de un colectivo con intereses y características comunes, donde circular conocimientos, temores y ser escuchadas en un espacio seguro. Así como también para el equipo técnico, quienes desarrollaron acciones de promoción y prevención en salud tan necesarias en el Primer Nivel, cumpliendo ampliamente los objetivos planteados, a excepción de la participación de las familias, que fue mínima. No obstante, se logró llevar a cabo lo establecido en las pautas del Ministerio de Salud Pública para la implementación de talleres de nacimiento (2017) brindando en este momento oportuno y de especial sensibilidad información calificada para fomentar la autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones y consentimientos en el momento de lograr un parto humanizado.

A continuación se desprenden algunas líneas a problematizar que deja el espacio en relación a los nuevos modos de abordaje grupales, el puerperio como etapa muchas veces olvidada y la falta de apoyo por parte de las instituciones.

## Hacia nuevos abordajes

Como menciona Vivas (2019), como mujeres tenemos poco conocimiento sobre nuestro cuerpo y este desconocimiento perpetúa su cosificación y la creencia de falsos mitos en torno a él. La educación en la consciencia corporal es clave para generar experiencias plenas y de disfrute en torno al momento del parto, la cual forma parte de nuestra vida sexual. En este sentido es que en cada taller se intentó brindar información, no dando clases magistrales o meramente expositivas, sino habilitando el diálogo e intercambio de saberes entre las mujeres, el equipo técnico y las familias en caso de estar presentes. En este marco, se pudo intercambiar sobre perinatalidad, cambios fisiológicos y emocionales, así como las intervenciones sobre los cuerpos por parte de la institución salud en los diferentes momentos del embarazo. Se buscó restituir el control de las mujeres en sus cuerpos a través de los talleres, porque la información es poder, y ayuda a la hora de conocer y hacer valer los derechos sexuales y reproductivos validados a nivel jurídico y a evitar la producción de violencias y tratos que vulneren la integridad como personas en este proceso.

Mirando en retrospectiva y ya desde afuera de esta experiencia, observó una gran cantidad de talleres con contenido enfocado casi exclusivamente en aspectos fisiológicos, me refiero a los talleres de cambios físicos y motivos de consulta, canal de parto, distintas formas de nacer y anticoncepción, donde predomina la presencia de disciplinas médicas casi que exclusivamente. Siendo que en la pauta que se propone para la implementación de estos talleres por parte del MSP (2017) mencionan que la educación en la etapa prenatal debe contribuir no solo a la preparación física, sino también psicológica de este proceso, y a que la vivencia del mismo sea transitada de la forma más armoniosa posible. En cada ciclo existen solo dos de los talleres donde se aborda más detalladamente cuestiones psicológicas, con los talleres de puerperio y lactancia, que a su vez son los encuentros más dinámicos entre el equipo y las participantes, lo cual no es casual, teniendo en cuenta que particularmente en esta etapa, aumenta la presencia médica con controles e información centrada en lo biológico, pero no existen espacios predestinados dentro del Sistema de Salud para controles o referencia en salud mental en esta etapa (a menos que existan complicaciones). A su vez se vuelve difícil y un privilegio acceder a espacios de atención en salud mental por la gran demanda, lo que lleva a extensas listas de espera. Pero a pesar de este desborde el foco sigue puesto en la eficiencia de los cuerpos, lo que provoca una visión parcializada de la salud.

Si bien en esta pauta se plantea un enfoque basado en el nuevo modelo de salud, a través de abordajes de prevención integrales, y en perspectiva de género y generaciones, en la práctica es difícil incorporarla completamente. En esta experiencia particular está presente la multidisciplinaria, y en los talleres se abarcan aspectos físicos y psicológicos, pero siempre tiende a predominar lo biológico y sus disciplinas afines. A pesar del esfuerzo que se hace por parte del Sistema Nacional Integrado de Salud en incorporar prácticas de salud integral, se sigue manteniendo un fuerte enfoque médico, lo cual contribuye a generar una parcialización sobre las intervenciones y abordajes en las personas, pero también en este caso sobre lo que busca la psicoprofilaxis obstétrica, que si bien incluye a la preparación física, no se limita a esta, engloba también a los aspectos psicoafectivos y sociales que se ven involucrados durante el embarazo y a la hora de lograr un parto de forma saludable y segura.

Resulta contradictorio cuando estamos en un cambio de modelo en la atención que pretende ser integral y trabajar en interdisciplina. No se trata de negar la importancia médica, pero sí de visibilizar y generar el mismo lugar y oportunidades a otras disciplinas, así como a los saberes y demandas que traen las comunidades con las que trabajamos. En este sentido, aludo a Ana María Fernández (1993) quien refiere que “la producción de

prácticas sociales o discursos “alternativos” de por si no quiebran una hegemonía, ya que habrá que indagar la capacidad (astucia) de la hegemonía de incorporar lo diverso-funcional en su propia lógica de operaciones” (p.130).

En consonancia con lo anterior, este espacio como muchas otras prácticas de atención “alternativa” quedan a menudo eclipsadas y capturadas por las lógicas biologicistas, que ponen el foco en el control de los cuerpos, que si bien son importantes para esta etapa, se centran mayormente en los aspectos fisiológicos (como peso, ecografías, suplementos, estudios de sangre, etc), dejando en un segundo plano otros aspectos de esta etapa. Incluso en algunos relatos de las embarazadas se pone de manifiesto no solo el control sobre sus cuerpos, también la sobremedicalización que reciben en las consultas, en donde ante cualquier descontrol, malestar o incluso como una forma de supuesta prevención del cuerpo “máquina” se interviene medicalizando sobre su vida. Esto funciona como una estrategia de biopolítica de economía de los cuerpos (Fernandez, 1993). Favoreciendo a lo que Martiarena (2022) alude como la atención sobre los cuerpos desubjetivados, el cuerpo como máquina de reproducción, que invisibiliza a las mujeres en esta etapa (como en muchas otras) como sujetos de derechos.

Por otro lado tomó algunas ideas de Bang (2021) quien menciona que la participación comunitaria en el primer nivel parecería darse por actividades planificadas únicamente por los equipos profesionales, según lo que ellos evalúan como actividades o problemáticas significativas. La autora refiere en relación a esto, la necesidad de planificar y co-crear en conjunto, de una forma verdaderamente colectiva, para no seguir reproduciendo estas acciones de origen normativo.

En cuanto a los ciclos de talleres durante mi participación, los mismos estuvieron pre establecidos por el equipo técnico, si bien durante algunos talleres surgieron dudas o cuestiones que excedían a lo pautado para el encuentro, el equipo siempre se mostró abierto a darles lugar para trabajarlas (como en el caso del taller de canal de parto, con los ejercicios de kegel), pero en ningún momento estuvo pensada la posibilidad de construir una planificación en conjunto entre las demandas y necesidades de las participantes y las del equipo técnico. Entonces, sería potenciador para el espacio como menciona Ochnio (2021) que el mismo se configure “artesanalmente” a partir de las necesidades particulares (de las embarazadas) en materia de salud. En este sentido la autora menciona al taller como un tiempo-espacio para accionar, sentir y pensar junto con otros; donde poder desplegar fantasías, ansiedades, interrogar ideas cristalizadas, problematizar su realidad particular, sus contradicciones, compartir dudas, enfrentarse al desconocimiento; apostando

a lo grupal como elemento que potencia el descubrir sentidos, de crear nuevas significaciones. Apelamos al entramado grupal y sus múltiples efectos, apostando a la promoción de procesos de aprendizaje, individuales y colectivos, en términos de transformación de ellas mismas y del contexto; asumiendo una posición activa y protagónica, que posibilite a las participantes pensar acciones, elaborar estrategias, armar redes frente a las diferentes circunstancias y necesidades que atraviesan en estos momentos.

## Nacimiento de una madre

Si bien una amplia mayoría de los talleres se centra en la etapa final del embarazo y el parto y sus aspectos fisiológicos, en los últimos encuentros de cada ciclo se aborda desde un enfoque más integral que el resto de los talleres (quizá por el variado equipo presente), en la nueva etapa que comienza tras el nacimiento, es decir, el puerperio y el comienzo de la lactancia. Estas etapas muchas veces olvidadas o abordadas vagamente en los controles ginecológicos y obstétricos, donde se limitan a transmitir cuáles son los cuidados para una adecuada recuperación del parto y prevención de posibles complicaciones físicas, invisibilizando otros aspectos en la vida de la mujer-madre que también pueden verse afectados.

Estas clases de abordajes en la atención al embarazo y más aún en el puerperio se reproducen en las distintas guías que plantea el Ministerio de Salud, donde si bien enfatizan en la inclusión del nuevo modelo y el cambio en la atención, el foco sigue otra vez más en las cuestiones orgánicas. En lo que refiere al puerperio propiamente dicho, existen escasas por no decir nulas guías para su abordaje, contando actualmente con las pautas para la implementación de cursos de preparación para el nacimiento (MSP, 2017), donde se menciona al puerperio y sus cuidados como un tema importante de trabajar pero no cómo abordarlo; y al Manual para la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio (MSP, 2014), donde volviendo al mismo problema, se aborda desde lo biológico, haciendo una breve mención en lo que refiere a salud mental, con las patologías asociadas al puerperio.

Si bien ambas guías pretenden ser una herramienta para orientar a los equipos de salud en la atención de las parturientas, las mismas presentan una mirada reduccionista, por lo que es necesario seguir creando recursos que integren a todos los aspectos involucrados del puerperio y ayudan a aliviar su tránsito. En cuanto a esta experiencia, los talleres de puerperio fueron un espacio propicio para rescatar estas cuestiones olvidadas (que no nos

dicen los guías), o que comúnmente las mujeres no preguntan en las consultas por el miedo a ser juzgadas sobre la incertidumbre y la ambivalencia emocional que se produce en estos momentos. Sobre esto Mora (2009), nos dice que la manera médica hegemónica no es la única forma posible de entender al puerperio. Lejos de reducirse a cambios anatómicos, fisiológicos y endocrinos, es un período en el que aparecen también hechos particulares y de gran potencia movilizadora, asociados a la experiencia de dejar de ser dos en el cuerpo de uno para pasar a ser dos separados pero fusionados. En este sentido el conocimiento de las mujeres del equipo técnico dado por sus propias experiencias de puerperio fue clave, las mismas fueron compartidas para demostrar que el puerperio no es un proceso lineal, que va más allá de los cuarenta días estipulados para su vuelta a la normalidad.

En consonancia con lo anterior, Martiarena (2022) refiere que a esta clase de aspectos no se les hace lugar desde las construcciones discursivas predominantes, que colocan a la maternidad y los eventos que se asocian a ella con lo instintivo, despojando de su carácter también social y político. Lo cual lleva a pensar que el ejercicio de cuidados y las funciones relacionadas con la reproducción y crianza sean adjudicadas como inherentes a las mujeres, como si estuvieran arraigadas a su propia naturaleza y no requieren de otros apoyos. Estas construcciones comienzan a constituirse en mandatos sociales, y por tanto en prácticas relegadas a la esfera individual, y vividas en muchas ocasiones en soledad sin el apoyo y sostén necesario (un indicio de esto puede ser el escaso acompañamiento del padre u otro familiar).

Con el nacimiento de un bebé también nace una madre, y con ella muchas dudas y temores que se reflejan en cada encuentro, más aún en los de lactancia y puerperio, incluso desde antes que suceda. En la mayoría de los ciclos se repiten afirmaciones como “me dijeron que los brazos malcrían”, y “después agarran mañas”, y sobre la lactancia las más frecuentes que escuchamos fueron: “¿cómo se cuando mi bebé tiene hambre?” ¿“El tamaño de mis pechos importa?” “con el pezón plano también se puede amamantar?”. Mitos e ideas erróneas que van circulando y reproduciéndose entre generaciones y dentro de las familias, arraigados a tradiciones históricas y culturales, afectando a las percepciones y futuras prácticas de la madre. En este sentido la información brindada en los talleres contribuye a quitar el peso de dichos mitos, permitiendo que las madres puedan tomar las decisiones y elegir las prácticas que consideren adecuadas para ellas y sus bebés.

En este sentido existe una Norma Nacional de la Lactancia Materna (MSP, 2009) y distintos programas para favorecer su cumplimiento, los cuales intentan velar por el cumplimiento del derecho que tienen las mujeres y sus familias de recibir información oportuna, completa y

basada en evidencia sobre lactancia materna. En el caso de la Norma Nacional de la Lactancia Materna, se especifica y desarrolla en ella contenidos esenciales para preparar a los equipos de salud que trabajan con población materno-infantil, con el fin de unificar los criterios de intervención en lactancia de acuerdo a los objetivos sanitarios nacionales e internacionales (Msp, 2009). A pesar de esta normativa, no todos los profesionales del equipo cuentan con esta preparación (la misma es dada por sus propias experiencias laborales y personales), a excepción de la Psicóloga del equipo quien cuenta con formación en asesoría en lactancia.

La cantidad de dudas y mitos que surgen en este encuentro lo hace uno de los más dinámicos, teniendo muchas veces que readaptar lo planeado por el equipo a las necesidades que van emergiendo. Destaco como positivo el hecho que todas las participantes se muestran muy interesadas y comprometidas en cómo poder lograr o facilitar la lactancia materna, y eso se ve reflejado en la cantidad de preguntas e intercambios presentes, una amplia mayoría basados en las afirmaciones mencionadas en el párrafo anterior de no ser suficientes. A lo que Vivas (2019) las menciona como una mezcla de convicciones que se ven alimentadas por la industria y los medios de comunicación para menoscabar nuestra confianza como mujeres, en la lactancia y reproducidas por la sociedad. Siendo un valioso recurso colectivo el taller, en donde pueden verse proyectadas también en otras compañeras que viven o les inquietan cosas similares. Junto a mi referente y la pediatra intentamos en este sentido ayudar a que puedan sentirse más seguras sobre su capacidad para amamantar llegado el momento.

Si bien desde los talleres entendemos a la lactancia como un factor protector del puerperio, y promovemos dar el pecho, también expresamos que es válido no querer darlo. Vivimos en una sociedad que constantemente pone obstáculos a la lactancia materna, haciendo que dar la teta se vuelva algo muy complicado y juzgar a las madres por no querer o no poder hacerlo sin tener en cuenta sus circunstancias, es un error (Vivas, 2019). Sin embargo sigue siendo nuestra tarea como profesionales de la salud recordar que la leche materna es mucho más que alimento en sí, es amor, comunicación, refugio, presencia y sentido (Gutman, 2013). Vivimos en una sociedad de la inmediatez, que no coincide con los tiempos de la lactancia, porque la misma requiere paciencia y aprendizaje, no nacemos sabiendo, no es innato saber cómo materner y dar el pecho, se adquiere únicamente a través de la experiencia, en el encuentro con el bebé.

## (Des)amparo institucional

Una de las mayores dificultades que se desprende de la intervención es la carencia de apoyo por parte de la institución. Esto se ve reflejado en la falta de recursos, especialmente de dispositivos electrónicos adecuados para realizar los talleres virtuales. Si bien se cuenta en los establecimientos de salud con computadoras o tablets, la mayoría no tiene cámaras y se encuentran en uso por consultas médicas que se dan en paralelo al momento de los talleres. En la mayoría de los centros se contaba con celulares, sin embargo, los mismos se encuentran en malas condiciones debido al desgaste por su uso o golpes, lo cual se vio reflejado en la calidad de la experiencia.

Por otra parte, Del Mastro y Sumar (2021) mencionan que hay un modo de impactar que se da en el compartir presencial que se pierde con las funcionalidades del internet y sus limitantes; en cuanto a la corporalidad, refieren que en la virtualidad los cuerpos no pueden encontrarse, la imagen del otro no está presente o lo está de modo delimitado, por el contrario a lo que ocurre cuando trabajamos en salones.

A esto se le suma la falta de espacio físico, llevándose a cabo en áreas no destinadas para tal fin como cocinas, salas de espera o enfermería donde en simultáneo se realizan otras actividades, generando distracción e interrupciones al espacio. Carolina Farías et al., (2021), mencionan en su artículo que a pesar del conocimiento de leyes y distintas normativas, se desconoce sus vigencias, contenidos y sus reglamentaciones, lo cual se puede extrapolar a esta experiencia, perjudicando a la búsqueda de respuestas (institucionales) por parte de los equipos sobre la falta de adecuados recursos.

Esta falta de apoyo impacta de manera negativa dejando entrever nuevamente el privilegio que aún existe y el apoyo casi exclusivo a ciertas prácticas de salud por sobre otras. Falta de apoyo que nos lleva a cuestionar nuestros esfuerzos aislados de impulsar estrategias de promoción y prevención, ya que el éxito de estas estrategias depende en gran parte del compromiso de las Instituciones responsables de la salud pública, quienes tienen el poder de crear políticas públicas, establecer recursos y tomar decisiones para resignificar y potenciar lo necesario para los ciclos de talleres (Rodríguez Méndez y Etchemendía, 2011).

En consonancia con lo anterior, otra limitante institucional es la superposición de horarios con los controles de embarazo, siendo este el principal motivo detrás de las dificultades para asistir, lo que sugiere una falta de coordinación y desconexión dentro de la institución,



que amenaza a la prestación de servicios verdaderamente integrales en las embarazadas, haciendo que tengan que elegir muchas veces un espacio por sobre otro.

Estas limitantes interfieren en el trabajo y en las condiciones de posibilidad del espacio, requiriendo un doble esfuerzo del equipo técnico para que el transcurso del taller no se vea afectado por las condiciones antes mencionadas (desconexiones intrainstitucionales, falta de recursos y espacio físico). Así como también la vulneración de políticas públicas y recomendaciones del Ministerio de Salud para acciones que tiendan a la promoción y prevención de la salud perinatal. Dejando entrever a las estructuras rígidas, poco flexibles, que socavan los esfuerzos realizados para otros modos de hacer salud de acuerdo al cambio de modelo planteado en la ley 18.211 (Uruguay, 2007).

## CONCLUSIONES

Considero que mi tránsito como estudiante no hubiese sido el mismo si no fuese por el practicantado, experiencia única, y de grandes aprendizajes, por el amplio abanico de tareas que me permitió adentrarme, como la presentada en estas páginas. Realizar esta sistematización me permitió revivir la experiencia desde otro lugar, quizá más objetivo, poniendo el pie para resignificar y difundir este dispositivo de taller.

No pretendo que este apartado sea un cierre, sino un punto de partida, la idea de presentar esta experiencia de talleres en este campo novedoso pero a la vez arcaico, olvidado aún estando en la agenda de derechos como es la perinatalidad, va de la mano con cómo nos situamos para abordarlo en nuestras prácticas en los servicios, que muchas veces se ven forzadas o limitadas por las mismas lógicas institucionales que nos absorben. A esto debemos agregarle que en nuestro Sistema de Salud no están pensados espacios de atención psicológica con profesionales de la Salud Mental durante esta etapa, es que cobra relevancia buscar la construcción de otros espacios donde poder intervenir.

Aún sigue siendo un desafío gestar otras prácticas en las instituciones de salud distintas a las ya establecidas, arraigadas a lo asistencial, lo cual resulta irónico cuando estamos en la transición de un cambio de modelo que utiliza como estrategia la APS. Retomo lo que afirmo al comienzo de esta producción: la salud se construye en comunidad, no somos islas, y no podemos pretender como trabajadores de la salud que nuestras intervenciones se limiten a relaciones verticales y juegos de poder del tipo “médico-paciente”. Resultados integrales en la salud requieren de abordajes también integrales por parte de los equipos de salud, que se adecuen a las necesidades reales de las comunidades, y se prolonguen en el tiempo, siendo los espacios grupales, lugares privilegiados para su desarrollo.

Destacó la importancia de esta clase de dispositivos, más aún durante esta etapa de la vida de muchas mujeres que se encuentran transitando un embarazo, donde suelen estar bombardeadas de información o de imaginarios colectivos o familiares, que solo incrementan a la incertidumbre y desinformación. En medio de esto es valioso encontrar espacios con profesionales capacitados y con mujeres y sus familiares que también atraviesan la misma situación, que actúen como facilitadores, donde informarse, sentirse comprendidas, y circular experiencias colectivas sobre cómo están atravesando esta etapa. Prepararse para el momento del nacimiento, entender que es lo esperable que pase con nuestro cuerpo, así como conocer nuestros derechos para empoderarnos, mejorar los

resultados y experiencia de la vivencia del parto institucionalizado. Es difícil sentirse preparado para este momento, ya que nunca se lo estará lo suficiente, pero sí es importante tener el conocimiento adecuado para no ser vulneradas y vivir este momento de la mejor manera.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSE y Udelar – Facultad de Psicología. (2009). Convenio entre la Administración de los Servicios del Estado (ASSE) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. [https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio\\_fp-asse-2.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf)
- Bang, C. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 778-804. <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>
- Benia, W., De Mucio, B., León, I., Caviglia, C., Alegretti, M. (2008) Situación epidemiológica del Uruguay. En Benia, W. Y Reyes, I. (Coord) *Temas de Salud Pública Tomo I*. (63-103). Oficina del Libro FEFMUR.
- Conde, E. Hernández, I y Alonso, I. (2016). La Psicoprofilaxis Obstétrica o Educación Maternal a lo largo de la historia. *Paraninfo Digital*, 25. <https://www.index-f.com/para/n25/272.php>
- Del Mastro, F y Sumar, Ó. (2021). Del salón al Zoom: cambios en la interacción docente-estudiante en dos facultades de derecho del Perú. *Revista Pedagogía Universitaria Y Didáctica Del Derecho*, 8(2), 119–150. <https://doi.org/10.5354/0719-5885.2021.61786>
- Farías, C., Córdoba, J., Barbosa, M, Gelpi, G., Caillet-Bois, C., López, A., Bagnato, M. (2021). Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1),261-271. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.14>
- Fernandez, A. M.(1993). *La Mujer de la Ilusión; Pactos y Contratos entre hombres y mujeres*. Páidos.
- Fernández Galeano, M., Levcovitz, E., y Olesker, D. (2015). *Economía, Política, y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. OPS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53930/9789974794573\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53930/9789974794573_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Fernandez y Fernandez-Arroyo, M. (2012). Análisis Comparativo de las Principales Escuelas de Educación Maternal. *INDEX de enfermería*, 22(1-2). <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8043.php>
- Fernández, P y Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.

- Fuzul, R., Porteiro, M. F., Novoa, M. G., Mesa, L., Barrios, M. C., Rampa, G., & Trovero, G. (2018). Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 82(1).
- García, M., Peñate, J., Estrada, A., Rodríguez, M y Sánchez, A. (2020). Consideraciones sobre la psicoprofilaxis obstétrica familiar. *Revista médica electrónica*, 42(6), 2659-2673.
- Gallego, J., Gavilán, M., Karim, M. (2015). Beneficios de la educación maternal en la población. *Revista Paraninfo Digital*, 22. <https://www.index-f.com/para/n22/134.php>
- González, T., y Olesker, D. (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009*. Ministerio de Salud Pública. [https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_la\\_construccion.pdf](https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf)
- Gutman, L. (2013). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Sudamericana.
- Instituto Psicología de la Salud (2010) Primer avance del proyecto – Documento Fundacional. [https://salud.psico.edu.uy/sites/default/files/documento\\_fundacional.inst.\\_psic.\\_salud\\_1.pdf](https://salud.psico.edu.uy/sites/default/files/documento_fundacional.inst._psic._salud_1.pdf)
- Keriklan, C. (2011). . Efectos de una práctica: la psicología perinatal en la fundación hospitalaria. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/96>
- Levcovitz, E., Antonioli, G., Sánchez, D., y Fernández Galeano, M. (2011). *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. OPS, 49.
- Martiarena, M. (2022). *Relatos del puerperio: experiencias de mujeres en su encuentro con la maternidad*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Morales Alvarado, A., Guibovich, A., y Yábar, P. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Horizonte Médico*, 14(4), 53-57.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Secretaría General Administrativa Editorial UniSon.
- Morales Calatayud., F. (2015). La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiciencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1) 120-123.

Ministerio de Salud Pública (2014). Manual para la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio. <https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2023/06/MSP-2014-Manual-de-atencion-al-embarazo-parto-y-puerperio-1.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2017). Pauta para la implementación de Cursos de preparación para el nacimiento en el marco de la Meta 1. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-saludpublica/files/documentos/publicaciones/Pauta%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20Cursos%20de%20preparaci%C3%B3n%20para%20el%20nacimiento%20en%20el%20marco%20de%20la%20Meta%201.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2009). Norma nacional de lactancia materna. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>

MSP y UNFPA .(2018). Recomendaciones sobre practicas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. <https://uruguay.unfpa.org/es/Recomendaciones-sobre-practicas-y-actitudes-en-la-asistencia-del-embarazo-y-nacimiento-institucional>

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.

Muñoz, C. (2022.). *La comunicación y los comunicadores en las políticas públicas de salud en Uruguay*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Información y Comunicación. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/36994>

Ochnio, L. (2021). La Modalidad de trabajo en Taller en Dispositivos Preventivo-Comunitarios. Intervenciones psicopedagógicas en el ámbito de la Salud Pública. *Pilquen-Sección Psicopedagogía*, 18(2), 56-68

Oiberman, A., Santos, S., y Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. *Boletín de la maternidad*, 11(2), 16-19. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/44422/CONICET\\_Digital\\_Nro.5940a55a-8ef4-4958-a6ae-ba9651aa422b\\_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/44422/CONICET_Digital_Nro.5940a55a-8ef4-4958-a6ae-ba9651aa422b_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata Atención primaria de salud*. P. 3 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=E665A465899624804DC816A7D3B3A00D?sequence=1>

- Rodríguez Méndez, M y Echemendía Tocabens, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1), 135-150.
- Rydel, D., Dogmanas, D., Casal, P., & Hidalgo, L. (2022). El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(1), 129-154.
- Sánchez, M. (2013). La Psicología Perinatal aborda los cambios emocionales de la maternidad. *Revista Bebé y más* (Entrevista realizada el 23 de agosto de 2013, por Mireia Long). <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/la-psicologia-perinatal-aborda-los-cambios-emocionales-de-la-maternidad-entrevista-a-meritzel-sanchez-psicologa>
- Sierra-García, P y Carrasco, M. (2019). *Psicología perinatal: vínculo materno-fetal y apego*. Síntesis.
- Sívori, J. (2010). *Aspectos psicológicos de la atención sanitaria*. [https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas\\_ficha1-EJE-I-PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD\\_1era-Parte-2010.pdf](https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_ficha1-EJE-I-PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD_1era-Parte-2010.pdf)
- 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.
- Stern, D. (1999). El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre. Barcelona. Paidós. [https://kupdf.net/download/stern-el-nacimiento-de-una-madre\\_5b4e6e06e2b6f5cc35131b75\\_pdf](https://kupdf.net/download/stern-el-nacimiento-de-una-madre_5b4e6e06e2b6f5cc35131b75_pdf)
- Uruguay (2007a). Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay (2007b). Ley 18.161. Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007>
- Vignolo, J. Vacarezza, M. Alvarez, C. Sosa, A (2011 ) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*; XXXIII (1):11-14 1
- Vivas, E. (2019). *Mama desobediente; una mirada feminista a la maternidad*. Ediciones GODOT.