



Trabajo Final de Grado

Modalidad: Pre-Proyecto de Investigación

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN A LA EMBARAZADA EN LOS CENTROS
CAIF DE MONTEVIDEO

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

Estudiante: Paola Larrosa de León

Instituto: Psicología de la Salud

Tutor: Prof. Mag. Maria Josefa Pimienta

Período: Julio 2015

Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE

Fundamentación y Antecedentes.....	1
Marco Teórico.....	7
Maternidad.....	7
Miedos y Ansiedades en el Embarazo.....	8
Embarazo en el Sist. de Salud Uruguayo.....	10
Salas de Encuentro.....	12
Problema de Investigación.....	13
Preguntas de Investigación.....	14
Objetivos.....	14
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Justificación.....	15
Diseño Metodológico.....	15
Consideraciones Éticas.....	16
Cronograma de Actividades.....	18
Referencias Bibliográficas.....	19

Resumen

El presente proyecto de investigación aborda la problemática de la atención del embarazo en mujeres primerizas entre 20 y 35 años en los centros CAIF de Montevideo y se propone indagar la manera en que son cubiertos asistencialmente los aspectos psicológicos.

El embarazo, considerado ese proceso que va desde la concepción hasta el parto, trae consigo y durante todo este tiempo una enormidad de cambios y exigencias tanto físicas, sociales, como también psicológicas, que hacen de este un momento especial en la vida de las mujeres. En este proceso, los aspectos psicológicos son relegados generalmente por los biológicos, que tienen que ver con la salud física de la embarazada y el bebé, y que son vistos como prioridades en un sistema hegemónico de salud. Sin embargo los aspectos psicológicos que se traducen en miedos y ansiedades, incertidumbres y ambivalencias de la embarazada juegan un papel importante en este proceso, ya que influyen directamente sobre el bienestar de la embarazada y sobre futuras complicaciones, tanto en ella como en su bebé.

Es por este motivo, que este trabajo pretende aportar una visión actual de la participación de la psicología como disciplina en la atención a la embarazada en nuestra ciudad, y que el conocimiento generado pueda enriquecer así el quehacer del psicólogo en estos espacios.

Para ello es que este proyecto se propone como diseño metodológico, una investigación de corte cualitativo, realizando entrevistas en profundidad a personal técnico de Salas de Encuentro de los centros CAIF y Grupos Focales con madres embarazadas primerizas que concurren a dichas Salas.

Palabras claves: Embarazo – Aspectos Psicológicos – Atención

Summary

The aim of this research project is to address the polemics that arise out of the management of pregnancy in women aged between 20 and 35 in the CAIF Centers of Montevideo, and specially proposes to investigate the manner in which those issues are covered in psychological aspects.

Pregnancy, understood as the process that goes from conception to delivery, brings and implies an enormous number of changes and demands either in physical or social orders, as well as psychologically, which, considered all together, make this a very special moment in the life of the women. Nonetheless, it can be seen that in this processes, the psychological aspects are generally neglected by biological issues, principally by those seen as priorities in a hegemonic system such as the health and wellness of the pregnant woman and the baby. However, an important point is being missed out, and it is the fact that psychological aspects, which may translate in fears and anxieties, uncertainties and ambivalences of the pregnant woman, also play an important role in this process as they will have a direct impact on the welfare of the mother and the baby, and may also come through as future complications.

Based upon the aforementioned reasons, this research is determined to provide a current view of the participation of psychology as a discipline in the care of pregnant women in our city, and has the purpose to generate concepts that will enrich the future work of psychologists in these areas.

With regard to the methodological design, the chosen method is based upon a qualitative research that implies conducting interviews with the technical staff that works on the CAIF Centers, as well as Focus Groups conformed by pregnant mothers who attend those Centers.

Keywords: Pregnancy - Psychological aspects - Attention

Fundamentación y Antecedentes

El embarazo, considerado ese proceso que va desde la concepción hasta el parto, trae consigo y durante todo su transcurso, una enormidad de cambios y exigencias tanto físicas, sociales, como también psicológicas, que hacen de este un momento especial en la vida de las mujeres. Los aspectos psicológicos que se traducen en miedos y ansiedades, incertidumbres y ambivalencias de la embarazada, juegan un papel importante en este proceso, ya que influyen directamente sobre el bienestar de la embarazada y sobre futuras complicaciones, tanto de la madre como del bebé. Sin embargo, dichos aspectos son relegados generalmente por los biológicos, que tienen que ver con la salud física de ambos, y que son vistos como prioridades en un sistema hegemónico de salud.

El presente proyecto de investigación aborda esta problemática, tratando de indagar acerca de la atención en los centros de salud a las primeras ansiedades y miedos que experimenta la embarazada y que se ven relegadas por la prioridad de un control fisiológico al correr de todo el embarazo, el cual posterga inquietudes que la gestante debe evacuar con familiares directos, amigos, etc.

En una de las investigaciones realizadas en la ciudad de Montevideo, los resultados arrojan cifras interesantes que dan cuenta de estos motivos. Según la autora de esta investigación, un 33% de las embarazadas consultadas buscaron información en familiares y amigos, un 13% restante en revistas y un 54% utilizó ambos medios para informarse. Además la mayoría de estas mujeres admitieron que está información no fue recibida por parte de la policlínica sino que refirieron a conocer más sobre su embarazo, parto y puerperio gracias a la información recabada en el entorno familiar (Sánchez, 2002).

Esta desinformación se puede dar por dos motivos, porque no se la brindó el centro de atención, que actualmente se da cada vez menos, o porque la embarazada no asiste a los controles. En este sentido es que encontramos las palabras de Denisse Defey (2009) quien plantea que los modos de funcionamiento de los centros de salud atentan a la concurrencia de las embarazadas al control prenatal.

En muchos centros se da hora exclusivamente muy temprano en la mañana en invierno y verano, con lo cual se impide el acceso a personas que viven en lugares distantes o se aumentan los riesgos de una embarazada hipertensa que debe salir en invierno en la hora de temperatura más baja. (Defey, 2009, p. 58)

Es una realidad de los centros de salud la superpoblación en los controles, donde el enfrentarse con la falta de recursos se vuelve moneda corriente. "(...) las prioridades asistenciales, junto con la convivencia con la pobreza y la desesperanza, hacen que aspectos que son centrales

a un CAIF, como ser los colores, la prolijidad, la calidez, el calor ambiental hayan sido olvidados hace tiempo” (Defey, 2009, p. 55).

Juega esto un papel fundamental a la hora de hablar sobre la importancia de las ansiedades y miedos de la embarazada en el transcurso de esta etapa de la vida, ya que si por parte del centro de salud no hay una respuesta a estas inquietudes, pueden verse incrementadas o vistas como poco relevantes. Denisse Defey (2009) plantea que una recepción cálida por parte del personal, sosteniendo una escucha sobre las dificultades o ideas de la embarazada, pueden ser un buen punto de partida para mantenerla vinculada al centro.

A su vez es importante atender estas ansiedades, no solo por el hecho de que generan malestar psíquico en la embarazo, que ya sería motivo suficiente, sino que además pueden fomentar las posibilidades de complicaciones relacionadas a la salud fisiológica de la madre y el feto. Un claro ejemplo de ello es el parto de pre-término.

(...) contribuir a la prevención del parto de pretérmino que, dada su prevalencia y consecuencias graves, postulamos constituye un objetivo en sí mismo del trabajo desde CAIF en los centros de salud. El personal médico no suele incluir en la consulta una perspectiva que incluya los aspectos psicosociales que hemos mencionado en la otra parte de este material y es una tarea fundamental poder contribuir a incluirlos en su percepción y en la rutina de la consulta. (Defey, 2009, p. 60)

La psicología puede aportar entonces, herramientas al personal de salud de estos centros, que le permitan una mirada más integral de la embarazada que consulta. Como plantea Denisse Defey (2009), no se trata de que se adquieran conocimientos específicos, sino que se pueda incorporar por parte de los trabajadores de la salud de estos centros, una mirada más empática y de mayor entendimiento sobre los motivos por las cuales las embarazadas tienen dificultades para, por ejemplo, asistir a los controles, en lugar de los muchas veces conocidos “rezongos” que solo culpabilizan a la madre y alejan de los centros de salud.

En la misma línea y de la mano de una segunda investigación realizada en Montevideo por Avila, Craigdalije, Dutra, Gomendio y Gonzalez (1999), se aportan conclusiones que también fundamentan la importancia de esta temática. Dichas autoras expresan que algunos de los temores más frecuentes son el miedo al dolor, a la episiotomía (corte para evitar el desgarro en el parto), a tener un niño anormal y al parto, y además que a cuanta mayor instrucción, mayor búsqueda de información y más controles, mayor es el temor. Temores que no cuentan con un espacio donde ser hablados dentro del sistema de salud.

Todos estos temores referentes a acontecimientos que se pueden dar en el transcurso del embarazo, parto y puerperio solo aumentan las probabilidades de que se generen complicaciones reales. Sin olvidar todas las variables psicosociales que pueden interferir en la salud psíquica y emocional de la embarazada: problemas familiares, económicos, etc.

En la investigación realizada por Leticia Guarino, Fausto Scremín y Sonia Borrás (2010), se toma la rumiación (mantenerse preocupados por eventos molestos ocurridos en el pasado) y la inhibición emocional (inhibición en la expresión de las emociones experimentadas, así como a la dificultad de revelar las propias emociones), como formas de manejar las emociones disfuncionales para las mujeres embarazadas, ya que existe una asociación significativa entre estas emociones y los síntomas físicos y psicológicos, así como con una mala calidad de vida. Según los autores, particularmente la rumiación influye directamente sobre la salud física y mental y se encuentra asociada con la depresión y la ansiedad (Guarino, Scremín, Borrás, 2010), lo que demuestra que la ansiedad influye directamente sobre la salud integral de las mujeres embarazadas y del ser en formación.

Según los autores estos datos deberían llamar la atención, y deberían incentivar a la creación de políticas de prevención y promoción de salud para esta población, en donde los trabajadores de la psicología puedan aportar al control y modificación de tales características personales, reduciendo así las consecuencias en la salud tanto de la madre como del feto.

Concretamente, no basta sólo con proporcionarles a este grupo de mujeres atención médica en los aspectos orgánicos y fisiológicos del embarazo, sino que debería complementarse tal atención con la incorporación de psicólogos que registraran sus cambios emocionales y conductuales asociados, con el objeto de promover un embarazo integralmente saludable. (Guarino, Scremín, Borrás, 2010, p.86)

El embarazo, el parto y el puerperio son importantes momentos en la vida de una mujer y su entorno, plagado de cambios físicos, emocionales, sociales, económicos, y demás, que requieren de un esfuerzo por parte de la mujer de reposicionarse en su rol, primero al pasar de hija a madre, su rol en el nuevo núcleo familiar, un replanteamiento de su actividad laboral, los cambios en su imagen corporal, los sentimientos ambivalentes propios de este proceso, que generan una inestabilidad emocional común pero que pueden influir directamente sobre la salud integral de la madre y el bebé por nacer.

Para poder acercarnos a nuestro campo de estudio es que es conveniente ver entonces que consideraciones se toman en cuenta a la hora de la consulta médica con la embarazada a lo largo de la historia.

Si nos remontamos a la atención histórica del embarazo, como nos plantea Alfaro, Villaseñor, Valadez, Sánchez, Gonzalez (2006) en su artículo *Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo*, el mismo se realizaba en un primer momento en la misma casa de las parturientas, se designaba una familiar que oficiaría de partera por sus conocimientos y experiencia. Si bien los consejos y cuidados prenatales existían, siempre referían a mitos culturales sobre qué cosas hacer o no hacer durante el embarazo. Posteriormente la atención prenatal

estuvo a cargo de enfermeras y parteras, y el médico de familia que asistía a la mujer en su hogar. En ese sentido, el médico fue tomando poder y la atención prenatal pasó de la partera en la casa, al consultorio del médico y el parto institucionalizado en el hospital. “Se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico prioritariamente de orden biológico” (Alfaro, 2006, p.52).

Actualmente, el embarazo enmarcado por el sistema de salud se ve atravesado por varias ramas de la medicina, pero siendo su principal protagonista la obstetricia. La misma estudia el curso de la gestación, el parto y el puerperio. A la par de la Obstetricia encontramos la Perinatología, la cual es entendida como una rama de la medicina que se ocupa del estudio de la anatomía y fisiología del bebe no nacido y su madre, y del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que aparecen durante la gestación, el parto y el puerperio. Como se puede apreciar en esta definición, un poco amplia pero ejemplificadora, la mirada que se tiene sobre la salud materno fetal se orienta prácticamente en su totalidad a concepciones meramente biológicas, pero a diferencia de la obstetricia, esta rama de la medicina apunta además a la atención del bebe no nacido.

En cuanto a los aspectos psicológicos en el embarazo, si bien las investigaciones vistas hasta el momento no se refieren a estos de un modo específico, si hay varios estudios en la región en los que podemos encontrar puntos en los que podemos detenernos.

En primer lugar tenemos una investigación realizada en Guayaquil, Ecuador, por Aurora Ramírez (2012), que se centra en el Autoconcepto y su incidencia en embarazos adolescentes. Algunos de los aportes que Ramírez nos alcanza con su investigación refieren en gran medida a que un buen autoconcepto de la propia persona favorece el sentido de identidad para interpretar la realidad externa como las exigencias personales. También posiciona a las instituciones educativas y la familia como promotores del desarrollo de ese autoconcepto y autoestima.

Otra de las investigaciones, *Estilo Emocional, salud y calidad de vida percibida en embarazadas*, de Leticia Guarino, Fausto Scremín y Sonia Borrás (2010) habla de dos dimensiones rumiación e inhibición emocional. La primera mide la tendencia de los individuos a mantenerse preocupados por eventos molestos ocurridos en el pasado, así como por situaciones o eventos estresantes futuros (Guarino, Scremín, Borrás, 2010). Por otra parte, la inhibición emocional, la cual, se refiere al embotellamiento en la expresión de las emociones, y la dificultad de revelar las mismas y de buscar ser escuchados por otros.

Los autores destacan la importancia de ambas dimensiones a la hora de hablar de su influencia en la salud integral de las embarazadas, ya que “ambas dimensiones mostraron predecir deterioro en la salud de diversas poblaciones bajo estrés, especialmente la dimensión de rumiación, considerándolas factores moderadores importantes en la relación entre estrés y enfermedad” (Guarino, Scremín, Borrás, 2010, p.85).

Acercándonos más a lo que es Uruguay y sus aportes nos encontramos con dos autores uruguayos de gran renombre mundial, hablamos de Hermógenes Álvarez y Roberto Caldeyro Barcia, ambos médicos del Hospital Pereira Rossel en la década del 40, formados en la obstetricia e impulsores de la perinatología en Uruguay y el mundo.

Encontramos a Uruguay como un país que ha contribuido en la definición de obstetricia moderna en el mundo. Los grandes descubrimientos sobre la fisiología del trabajo de parto fueron realizados por estos dos uruguayos, Álvarez y Caldeyro Barcia, este último designado por la OMS para crear el Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP (Defey, 2009).

Ambos contribuyeron significativamente en el desarrollo de la fisiología obstétrica y la medicina perinatal a nivel mundial. Un claro ejemplo de ello son las “unidades Montevideo”, se trata de una medida que cuantifica la actividad intrauterina en un parto, definida por el producto de la intensidad de la contracción por la frecuencia en diez minutos, aplicada en muchos países (Oliveira, 2011). Hermógenes Álvarez también realizó la primer punción intrauterina en el Hospital Pereira Rossel el 10 de junio del año 1947, y obtuvo el primer registro de presión amniótica en el mundo, los ensayos en fisiología obstétrica dieron lugar a la medicina perinatal, es decir la atención dirigida también al bebe no nacido. Pero aquí no terminan los aportes al mundo de la medicina de estos dos científicos uruguayos.

(...) en 1955 desarrollaron un método para medir el efecto de las contracciones uterinas sobre el ritmo cardíaco fetal, que ahora es la base del monitoreo fetal utilizado en todo el mundo para vigilar la respuesta del feto a los espasmos del parto y para prevenir los daños neurológicos causantes por la falta de oxígeno. (Oliveira, 2011)

Con esto lo que se quiere transmitir es la idea de que la perinatología cambio la mirada de la obstetricia sobre la salud de la embarazada, ya que no solo se estaba ocupando de la gestante y sus complicaciones, sino que ahora había un nuevo objeto de estudio, la vida intrauterina. Y lo que aún genera más sorpresa, que esta iniciativa y cambio de paradigma surge en un hospital público de la ciudad de Montevideo Pereira Rossel.

A pesar de todos estos avances y logros en el ámbito de la medicina perinatal, es difícil encontrar antecedentes que nos hablen más allá de complicaciones del orden de lo somático, es decir, sobre la atención de aspectos psicológicos de la embarazada. Pero sí hay algunos indicios en trabajos escritos que se acercan a esta concepción. Incluso Oliveira Ramos (2011) al hablar sobre Álvarez y Caldeyro Barcia se refiere en algún punto a eso, ya que manifiesta que ambos tomaban consideraban importante la influencia del dolor, emociones y fármacos sobre la contractibilidad uterina.

Ambos dejaron sus legajos de trabajo en nuestro país y la región. Un claro ejemplo de ello es El Centro Latinoamericano de Perinatología, creado en Montevideo, en 1970, mediante un

acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, la Universidad de la República y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y en Uruguay la creación de la Fundación Álvarez Caldeyro Barcia, donde la iniciativa surge por un grupo de médicos que vio la necesidad de mejorar las condiciones en que las mujeres daban a luz en el Hospital Pereira Rossell. Su misión es trabajar por una maternidad digna, disminuir los partos prematuros, mejorar la calidad de vida de los niños que nacen prematuramente en todo el país y favorecer un buen vínculo madre-hijo. Su labor se desarrolla en coordinación con las Cátedras de Neonatología y de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad República.

Para contextualizar el panorama actual de la perinatología y la obstetricia en la ciudad de Montevideo, es necesario hablar del primer nivel de atención en salud, los centros de salud y los centros CAIF.

Los trabajos que se realizan con embarazadas son llevados a cabo en las policlínicas del Primer Nivel de Atención de ASSE y en los espacios CAIF. Al decir de María Bochiardo (como se citó en Defey, 2009) se trata de un trabajo multidisciplinario, en donde participan médicos, nutricionistas, parteras comunitarias, y el equipo de los centros CAIF. Los espacios donde se lleva a cabo este trabajo multidisciplinario existen dentro de los centros CAIF y se llaman salas de encuentro. Allí según la Dra. María Bochiardo (2012) en el Artículo de El Acontecer, el trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias tiene como objetivo acompañar a las madres y sus familias, con una disposición al encuentro que tiene en cuenta el contexto de la embarazada, los cambios que genera el nuevo integrante en la familia, brinda contención emocional, acompañando a la mamá en sus cambios físicos y su alimentación. La metodología principalmente elegida para estas salas es la de taller, los cuales se dictan cada 15 días, principalmente en los últimos meses de gestación, manteniendo grupos unidos que mantienen las actividades durante tres meses, brindando una fuerte contención a las embarazadas.

Por último, existen dos tesis de investigación realizadas por estudiantes de la Escuela de Parteras que apuntan específicamente a los aspectos psicológicos de las embarazadas en Montevideo, y permiten una aproximación a la temática planteada en este proyecto.

Una de ellas realizada por Adela Sánchez Nario, quien se ocupó de la *Ansiedad de la embarazada en el tercer trimestre de gestación por falta de información*. Para ello se preguntó sobre la importancia de la información en la mujer embarazada, sobre su estado y sobre la evolución de la gestación, que pueda evitar dudas y temores que incrementen la ansiedad. La muestra se basaba en embarazadas primigestas, entre 20 y 33 años de edad, con o sin patologías asociadas, que cursan su tercer trimestre de gestación y acuden a la consulta de la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas de Lunes a Viernes durante el periodo de tiempo comprendido entre el 6 y 31 de agosto de 2001.

Esta investigación maneja como variables la Ansiedad, la cual sería medida por el Cuestionario de Ansiedad de Spielberg (STAT), tomando a la misma como un estado de la embarazada, que la persona presenta bajo circunstancias determinadas y que por ello no es consciente ni característico de su persona mientras que el diseño de investigación se centró en un modelo descriptivo de corte transversal.

La segunda investigación realizada por Silva Ávila (1999), se centra en los temores de la embarazada cursando su tercer trimestre de embarazo, que se atienden en el servicio de ginecología del Hospital Pereira Rossell, en el periodo abril y mayo de 1999. La muestra se acotaba a embarazadas primerizas de entre 20 y 31 años que concurrían a la Policlínica C de ginecología del Hospital anteriormente nombrado.

Se puede apreciar entonces que en Uruguay, precisamente en Montevideo son muchos los aportes, principalmente en el área de la obstetricia y la perinatología, pero son pocas las referencias que se encuentran, en trabajos escritos al menos, sobre experiencias con embarazadas desde las dudas e inquietudes que puedan evacuarse sobre la salud psíquica de las mismas.

Es en este sentido pues, que se vuelve pertinente interrogarse acerca del lugar que ocupan los aspectos psicológicos en la atención a la embarazada en nuestros centros de atención.

Marco Teórico

Maternidad

La maternidad es un concepto complejo que no solo implica la capacidad para tener hijos, sino que se ve atravesada por un sinnúmero de variantes que hacen de este momento de las vidas de las personas, uno de los más desafiantes.

Según Gómez y Amilivia en su libro *Mujer, deseo y embarazo* (1985), además del deseo, o no, de ser madres existe un mandato social en este sentido. La elección sobre la propia maternidad se ve condicionada entonces por el contexto social, el económico, la familia y la pareja, entre otros. En base a lo que dice la autora también va a depender del primer modelo familiar, es decir, va a ser diferente el modo de encarar la maternidad si la futura madre fue criada en una familia donde el afecto y la seguridad predominaban, a una familia donde la experiencia es notoriamente diferente, en ambos casos cambia el significado de maternidad, el cual es subjetivo (Gómez, Amilivia, 1985).

La mujer es posicionada entonces en un lugar de pasividad, protectora del hogar y receptora de las demandas afectivas; la madre es vista como un símbolo de creatividad

El discurso social de la maternidad y la función de la mujer en la sociedad influyen no solo en el embarazo sino también en la elección o no del mismo, así como en la aceptación o rechazo del niño, y posteriormente en los vínculos que se establecen con él. (Gómez, Amilivia, 1985, p. 201)

Desde antes de la concepción entonces se comienzan a jugar aspectos emocionales en la maternidad de las personas, es importante entonces detenerse a pensar que pasa con los aspectos psicológicos durante el embarazo.

Miedos y Ansiedades en el Embarazo

Los miedos y ansiedades de las gestantes se pueden clasificar según el momento en el que se encuentre el embarazo y según Raquel Soifer (1987) se pueden relacionar directamente con la sintomatología del embarazo, de qué manera se va a dar el parto, incluso pueden llegar a influir en un parto prematuro.

Vale aclarar que estos miedos y ansiedades se van a ver potenciados en circunstancias que dificulten el disfrute del embarazo; embarazo no deseado, problemas familiares y económicos, etc.

Estos momentos pueden discriminarse en: comienzo de la gestación, durante la formación de la placenta (segundo y tercer mes), ante la percepción de los movimientos (tercer o cuarto mes), por la instalación franca de los movimientos fetales (cinco meses), por la versión interna (séptimo mes en adelante), el comienzo del noveno mes y los días anterior al parto.

En el *Comienzo de la Gestación* de un embarazo aceptado por la madre y el medio que la rodea, se dan los primeros síntomas, siendo el más común la Hipersomnia, es decir el deseo de dormir más por sentirse más cansada, y por una regresión de la madre en busca de una identificación fantaseada con el feto (Soifer, 1987). También se presenta la falta del periodo menstrual, acompañado de cambios hormonales, en el estado de ánimo, y la ansiedad característica de este período, la sensación de incógnita, “¿Estaré embarazada?”.

En este período también se juega la aceptación o no de este nuevo ser en camino, ya sea por parte de la madre como del entorno. Entorno que, según Marie Langer, va a reforzar o no la aceptación por parte de la madre (citado en Soifer, 1987). Es en este momento que aparece el momento de mayor contradicción, entre la aceptación y el rechazo, entre el deseo y el contradeseo. La mujer se nutre entonces de mecanismos de defensa; al principio es la negación.

Ya superada esta etapa, el segundo mes es característico por la presencia de mayor sintomatología. Es aquí que aparecen las náuseas y vómitos. Según la autora estos síntomas están directamente relacionados con la ansiedad que provoca la existencia o no del embarazo, e incluso podrían desaparecer una vez confirmado este, ya sea por los conocidos medios, o por una confirmación física, es decir, movimientos fetales, cambios en el cuerpo, crecimiento de la panza, etc. Sin embargo, en caso de que las náuseas y los vómitos sean muy frecuentes es preciso una indicación médica y psicológica (Soifer, 1987).

Las ansiedades del segundo y tercer mes se ven regidas a nivel biológico por la instalación de la placenta y la nidación y absorción de nutrientes. La ansiedad predominante de este periodo se

da en torno al peligro de aborto natural. Según Soifer (1987), las mujeres hablan de una sensación de ser vaciadas por un monstruo.

A la sintomatología ya mencionada, se puede agregar en este período la diarrea o constipación. Si una embarazada reciente vomita o tiene diarrea o se constipa es porque esta asustada por la percepción de su rechazo y busca dar salida a este a través de la sintomatología, como lo postula Freud. Por lo tanto vomita o defeca excesivamente como manera de disociar y discriminar lo bueno de lo malo, para quedarse con lo bueno: el hijo. (Soifer, 1987, p. 28)

Cerca del cuarto mes aparece la percepción de los movimientos fetales, los cuales según Soifer (1987) van a depender del grado de negación de la madre al embarazo, y pueden ser vividos también como ataque, en un intento de mecanismo de defensa de proyección por parte de la madre, ya que el futuro bebe no la deja descansar.

Además de los mecanismos de defensa a los que acude la madre y que ya se mencionaron, también pueden aparecer mecanismos maníacos, que se reflejan en pensamientos fantasiosos y de ensoñación, de un hijo hermoso y bueno que la llenara de felicidad. Mecanismo que le permite a la madre seguir adelante saludablemente con su embarazo.

Otro miedo muy común y que comienza a manifestarse en este momento es de malformación fetal, es decir, el temor al que el hijo tenga algún problema de malformación o enfermedad genética, que se ve acompañado del propio miedo de la madre de no poder tenerlo y criarlo bien.

Ya en el quinto mes los cambios corporales son evidentes, como el vientre pronunciado y los senos hinchados. Las ansiedades se incrementan y a las ya mencionadas, se suman el miedo a morir en el parto, desconocimiento del propio cuerpo, sentimiento de fealdad, fantasías celosas con respecto al marido, disminución de la libido sexual, desconocimiento del sexo del bebé. Sentimientos acompañados por mayor sintomatología (en algunos casos), mareos, dolores musculares, calambres, pérdidas ocasionales, constipación o diarrea, hipertensión, hipotensión (Soifer, 1987).

En el séptimo mes las ansiedades son producidas por la versión interna. Se le llama así al momento en el que el feto se reubica boca abajo dentro de la panza, lo que provoca pequeñas contracciones que suelen generar dolores en el bajo vientre y movimientos extraños para la madre, hecho que le genera miedo al nacimiento prematuro del bebé, “en todos los casos de parto prematuro que hemos tenido oportunidad de observar había una relación estrecha entre la percepción de la versión interna y la crisis de ansiedad” (Soifer, 1987, p. 40).

Mientras se cursa el último mes de gestación los miedos y ansiedades crecen aún más y se refieren en su gran mayoría a la proximidad del parto y todos los miedos que este genera. Con mucha frecuencia lo que ocurre los días previos al parto es dejar de sentir los movimientos fetales, lo que aumenta la fantasía de muerte del hijo, lo que en realidad se traduce en que el niño se

mueve menos ya que cuenta con menos espacio y porque ya está posicionado para el parto. Otro aspecto que demuestra ansiedad en los días previos es la denominada falsa alarma, donde se perciben contracciones que no son las reales (Soifer, 1987).

Embarazo en el Sistema de Salud Uruguayo

La atención a la embarazada dentro del sistema de Salud Uruguayo ha ido avanzando al correr del tiempo. La misma intenta ser ahora más integral, orientada a los aspectos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la gestante que juegan un papel importante en la salud de las mismas y en los resultados maternos y perinatales (MSP, 2007).

En el caso de la mujer que cursa un embarazo normal se le realiza un seguimiento que consta de una “serie de intervenciones sanitarias que tienen la finalidad de informar sobre las condiciones fisiológicas, y prevenir, detectar precozmente y tratar las condiciones patológicas” (MSP, 2007, p. 9). Dicho seguimiento puede ser efectuado tanto por Ginecólogos, Obstetras parteras, Médicos de familia, y Médicos generales. Dentro de dichas consultas obstétricas, también se indaga sobre la situación psicosocial de la embarazada, averiguando si sufrió o sufre situaciones de violencia doméstica, violencia sexual, uso de sustancias psicoactivas, patologías psíquicas y/o situaciones de vulnerabilidad psicológica. Las consultas aconsejadas para un embarazo normal, oscilan de una frecuencia mensual hasta la semana 32 de embarazo, quincenalmente hasta la semana 36 y semanalmente hasta el parto.

Dentro del seguimiento de la mujer con embarazo normal la OMS sugiere algunas ideas:

- Educar, aconsejar y apoyar a la gestante, su pareja y su familia.
- Promover acciones preventivas, como la colpocitología oncológica, ácido fólico y vacuna antitetánica.
- Pesquisar la aparición de síntomas y/o signos clínicos y/o paraclínicos de alarma.
- Intentar el seguimiento del embarazo, diagnóstico y tratamiento de afecciones en el centro de salud de preferencia de la usuaria, con la intención de provocar la menor cantidad de trastornos en la dinámica familiar.
- Referir a la usuaria a centros de atención de mayor complejidad cuando esto sea conveniente. (MSP, 2007, p. 7)

En la misma línea es que el MSP (2007) propone brindar herramientas que orienten a la embarazada. Se trata por ejemplo de hacerle conocer sus derechos y responsabilidades, de transmitirles comportamientos y conductas preventivas para evitar así futuras complicaciones, hacerles conocer la posible sintomatología que responde a condiciones fisiológicas, lo que

disminuye la ansiedad, angustia y consultas, y por último brindar información sobre sintomatología que podría corresponder a condiciones patológicas, lo que promoverá la consulta a tiempo.

En el párrafo anterior hablamos sobre derechos y responsabilidades de la gestante. Es importante cuando hablamos de miedos y ansiedades pensar también en el ámbito legal. Ya que no solo se trata de la ansiedad generada por la misma condición del embarazo, sino también por las preocupaciones que puedan surgir desde, por ejemplo, el ámbito laboral. Hay entonces varias leyes que respaldan este período de la vida de las mujeres. Por ejemplo, la Ley N°16104 de lactancia, que garantiza descansos de media hora durante un lapso fijado por el Instituto Nacional del Menor a través de sus servicios médicos. También la Ley N°17215 de Gravidéz y cambio de tarea, en donde toda trabajadora pública o privada que se encontrase en estado de gravidéz o en periodo de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progenitora o del hijo. La Ley N°11577 (Decreto de Ley N°8950), de prohibición de despido, donde se prohíbe el despido de la trabajadora grávida o que ha dado a luz. Obligación de conservarle el puesto de trabajo, si retorna en condiciones normales, en caso de despido, deberá haber un indemnización especial de 6 meses de sueldo acumulable a la común (Además de la Ley N° 16045 que prohíbe la suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia). Asimismo la Ley N°15084, de Licencia por Maternidad, otorga seis semanas antes y seis semanas después del parto licencia, además de tiempo suplementario en caso de enfermedad, máximo seis meses. Por último la Ley N°17386, Ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto, o cesárea.

En las consultas obstétricas lo primordial, en un primer momento, es descartar todas aquellas patologías asociadas al embarazo, como lo puede ser la hipertensión, diabetes gestacional, RH negativo, VIH, sífilis, entre otras. Pero en un segundo plano, no menos importante, se encuentra la atención a la embarazada desde un concepto de integralidad, el cual abarque también aquellos aspectos sociales y psicológicos que puede estar experimentando la gestante y para los cuales pueda necesitar contención. Para ello es que en el año 2010 se crea un convenio interinstitucional entre el MSP, MIDES, ASSE, INAU y Plan CAIF llamado Educación y Salud en la Primer Infancia. Dentro de este convenio es que se desarrolla el programa de Salas de Encuentro para embarazadas en el primer Nivel de Atención.

Salas de Encuentro

Las salas de Encuentro nacen, como se decía anteriormente, de un convenio interinstitucional, pertenecen al Primer Nivel de Atención y comenzaron a funcionar en el año 2010. Funcionan en su mayoría en espacios de salud, y buscan trabajar desde una perspectiva integral de cuidados a la pareja gestante, procurando “una promoción de salud y un enfoque de derechos durante la gestación” (MSP, 2012, p. 2). Las tareas de estas Salas de Encuentro se centran en la captación temprana (antes de las 12 semanas de gestación) de la mujer embarazada, en el acompañamiento y atención durante el embarazo y en la estimulación oportuna de los primeros meses de desarrollo del bebé. Dichas salas se proponen también que la embarazada concurra a todos los controles necesarios, promocionan la salud bucal, nutricional y sexual, además de la prevención de ITS, de salud mental, y también se encargan de garantizar el cumplimiento de la normativa vigente para la embarazada.

Las salas de encuentro trabajan de manera grupal y dentro de los contenidos temáticos que se buscan impartir se encuentran la *importancia de los controles*, donde se busca fomentar los cuidados de la madre y el crecimiento saludable del niño; además de buscar resaltar la importancia de asistir a las rutinas de control. También se busca una buena *alimentación*, no solo de la madre, sino de todo el grupo familiar, y asesoramiento y promoción de la lactancia materna.

En cuanto a los períodos del embarazo, y según las ansiedades y miedos que se presentan en cada uno, como se describió anteriormente, es que este programa de salas de encuentro trabaja ciertas temáticas características de cada momento del embarazo. En el caso del *primer trimestre* se encuentran como temas importantes, la noticia del embarazo, embarazos planificados no planificados, controlados o no controlados, primerizas o no, con pareja o sin, con vínculos de sostén o sin ellos, aceptación de los cambios corporales, lugar del hombre como pareja; de los cuales se ocupan técnicos de CAIF. Los técnicos de ASSE en cambio se ocupan de la confirmación de la decisión de continuar con el embarazo, promoción de un estilo de vida saludable, riesgo de pérdida del embarazo en el primer trimestre, problemas de drogadicción o alcoholismo, y prevención durante la gestación de infecciones de transmisión sexual. En el *segundo semestre* se trabaja la representación del hijo o hija y del rol materno y paterno. Se habla de los primeros movimientos fetales, y de las expectativas de nombre y sexo. Por último, en el *tercer trimestre*, se ocupan en la preparación para el parto, el acompañamiento en el mismo, la preparación para la vuelta a casa y las expectativas ante la lactancia, y se informa a las madres sobre el programa de Experiencias Oportunas en el primer año de vida del niño.

El programa incluye además líneas temáticas y actividades para las embarazadas, sobre las cuales puede trabajar el Psicólogo del CAIF. Algunas de ellas son: la noticia y la aceptación de los cambios, miedos y ansiedades frente al embarazo, y luego frente al nacimiento del hijo, el lugar y la responsabilidad del padre, las representaciones inconscientes sobre el hijo o hija que va a nacer,

promoción del desarrollo de una red de soporte afectiva como factor preventivo y terapéutico de primera línea en este proceso, la llegada del hijo, evaluar la necesidad de un acompañamiento al hospital o en la casa en caso de vulnerabilidad. Trabajar sobre prácticas de crianza, lo cual se seguirá desarrollando posteriormente con el ingreso del niño al programa de Experiencias Oportunas. Y además deberá trabajar puntualmente cuando se detecten casos de drogadicción, maltrato, violencia doméstica, pérdida del recién nacido, entre otros.

Las salas de encuentro funcionan entonces como engranajes entre el cumplimiento de los controles necesarios para garantizar el bienestar fisiológico de la madre y del futuro bebé, y las inquietudes naturales de las futuras madres que tienen más que ver con lo social, económico y psicológico.

Problema de Investigación y principales preguntas que se pretenderán responder

Si bien como se puede apreciar anteriormente, Uruguay es pionero en atención obstétrica en el mundo, los avances se enfocan principalmente a aspectos fisiológicos del embarazo, el parto y el puerperio, siendo los aspectos psicológicos de la embarazada relegados generalmente por los biológicos, que tienen que ver con la salud física tanto de la embarazada como del bebé, los cuales son vistos como prioridades en un sistema hegemónico de salud. Sin embargo, los aspectos psicológicos que se traducen en miedos y ansiedades, incertidumbres y ambivalencias de la embarazada, juegan un papel importante en este proceso, ya que influyen directamente sobre el bienestar de la embarazada y sobre futuros problemas. Siendo responsabilidad de los centros de salud encargados de su control, el ocuparse de brindar un espacio abierto donde la embarazada pueda encontrar información y apoyo en estas nuevas emociones e inquietudes experimentadas.

No hay que olvidar además la relevancia del bienestar emocional y psíquico de la madre, la cual transita su embarazo bajo un mandato social que la obliga a ser una buena madre y buena esposa en esta nueva etapa de su vida. Todos estos aspectos irán conformando la base en la cual se edificará el vínculo madre – hijo, de allí su vital importancia.

Es entonces que el problema que se plantea este proyecto se basa en la manera en que son cubiertos asistencialmente los aspectos psicológicos de la embarazada de entre 20 y 35 años, primeriza, que cursa el tercer trimestre de embarazo en los centros CAIF de Montevideo.

Estos aspectos son los que se abordarán en esta investigación, ya que todo buen desarrollo emocional en la embarazada, viene de la mano de la provisión de las condiciones adecuadas para el tránsito del mismo, es decir, información y apoyo a la gestante.

Para acercarnos a esta problemática es que se crearon las siguientes preguntas que nos ayudarán a responder algunos de los elementos que de ella se desprenden:

- 1- ¿Cuáles son los aspectos psicológicos que caracterizan los embarazos de las gestantes primerizas de Montevideo?
- 2- ¿Qué lugar ocupan los aspectos psicológicos en la atención a la embarazada en los centros CAIF de Montevideo?
- 3- ¿La psicología como disciplina realiza sus aportes al respecto?
- 4- ¿Sienten las embarazadas que hay lugar en dichos servicios de salud para expresar este tipo de necesidades?

Objetivo General

Conocer los aspectos psicológicos abordados en la atención a mujeres primerizas que cursan el tercer trimestre de embarazo, en las Salas de Encuentro de los Centros CAIF de Montevideo.

Objetivos Específicos

- Identificar los miedos y ansiedades que presentan las gestantes respecto a su embarazo a la hora de concurrir a las Salas de Encuentro.
- Indagar que demandas psicológicas de las embarazadas primerizas son tenidas en cuenta en la atención por parte del equipo técnico de las Salas de Encuentro.
- Visualizar la correlación entre las demandas psicológicas de las embarazadas y la atención que en este mismo sentido se les brinda.

Justificación

Se espera que esta investigación pueda aportar a una visión actual de la participación de la psicología como disciplina en la atención a la embarazada en nuestra ciudad, ya que el proceso de embarazo está cargado de emociones, ansiedades, e incertidumbres que deberían ser tenidos en cuenta en una atención integral de la gestante.

Al ser el embarazo un proceso cargado de una enormidad de cambios y exigencias tanto físicas, sociales, como también psicológicas, y además de ser el momento más especial en la vida de las mujeres, ya que comprueba su capacidad de creadoras, trae consigo un cantidad muy grande de presiones, que posicionan a la mujer en un continuo estado de evaluación por parte de la sociedad. Todos estos aspectos generan en la embarazada cuestionamientos sobre su rol, su actitud, sus responsabilidades, sus quehaceres, su imagen, su capacidad de ser buena madre, etc. Esta investigación puede aportar entonces, herramientas al personal de salud de los centros que trabajen con dicha población, que le permitan una mirada más integral de la embarazada que consulta, donde se puedan atender todas estas presiones anteriormente nombradas, y donde pueda existir una mirada más empática, de mayor entendimiento sobre las inquietudes, emociones y problemáticas vinculadas al propio ser que tan esperables son en dicho proceso. Además se espera que a partir de esta investigación se pueda generar nuevo conocimiento sobre el tema, para enriquecer así el quehacer del psicólogo en estos espacios.

Los resultados esperados de esta investigación están directamente relacionados con los objetivos planteados y los elementos anteriormente mencionados.

Diseño Metodológico

Los criterios para la selección de la población de dicha investigación se centran en mujeres gestantes, que cursen su primer embarazo, ya que los miedos y ansiedades (aspectos que responden a los aspectos psicológicos de las embarazadas) se ven incrementados a ser el embarazo una experiencia desconocida. La edad de estas mujeres va a estar contenida entre los 20 y 35 años de edad. Dicha franja se cree la más propicia para el estudio ya que evita las ansiedades adicionales que puede aportar un embarazo adolescente, o un embarazo tardío. Por último, se toman los últimos tres meses de embarazo, donde las inseguridades y miedos se ven incrementados por los movimientos fetales, el crecimiento de la panza y la proximidad del parto.

El lugar en donde se realizará la investigación se acota a dos Salas de Encuentro de diferentes CAIF de Montevideo, elegidas según el contexto socio económico del barrio, es decir, una Sala de Encuentro ubicada en un barrio socioculturalmente sostenido y otra en un barrio carenciado.

Se propone un diseño que comprenda la metodología cualitativa, cuyas técnicas van a ser los Grupos Focales y la Entrevista en Profundidad.

Los Grupos Focales serán llevados a cabo en las embarazadas primerizas que concurren a ambas Salas de Encuentro. Los Grupos Focales se basan en una técnica de recolección de datos por medios de una entrevista grupal semi-estructurada, lejos de ser esta una entrevista grupal de preguntas y respuestas, los grupos focales pretenden fomentar la interacción dentro de los participantes por medio de la propuesta de una temática. El objetivo principal de esta técnica es impulsar el surgimiento de actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes a modo de obtener información en base a los objetivos de la investigación (Escobar y Bonilla- Jimenez, 2009.). Es entonces que se considera esta técnica la más apropiada para indagar sobre los miedos y ansiedades de las embarazadas, ya que el formato de grupo le aporta a las participantes un sostén de pares donde poder expresar con tranquilidad aspectos que en muchas ocasiones no son debidamente comprendidos.

En el caso de los participantes del equipo técnico de las Salas de Encuentro la técnica utilizada será la de Entrevista en Profundidad, entendida esta como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes. (...) dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones” (Taylor y Bodgan, 1987, p. 101). La entrevista en profundidad permitirá entonces crear un ambiente ameno con los técnicos de las Salas de Encuentro, donde no se sientan presionados en su quehacer, sino que puedan narrar desde la propia experiencia como son vividos y trabajados los miedos y ansiedades de las mujeres embarazadas primerizas que allí concurren.

Consideraciones Éticas

En la presente investigación los datos personales de las embarazadas y el personal técnico serán tratados con responsabilidad, legalidad, veracidad, finalidad, reserva, seguridad de datos y previo consentimiento informado, descriptos en el artículo N°5 de la Ley 18.331 sobre Protección de Datos Personales y Acción de “Habeas Data”.

En primer lugar se solicitará el debido permiso a las instituciones implicadas para dicha investigación, en este caso los centros CAIF seleccionados, informándoles de qué consiste la investigación, cuáles son los resultados esperados, y el aporte que la investigación pueda hacer al trabajo con embarazadas en los centros.

Las embarazadas y personal técnico que decidan participar de la investigación dejarán asentada su voluntad de participar libremente en la misma a través del consentimiento informado. Se les brindará a los participantes la posibilidad de poder abandonar la investigación en cualquier momento, o caso que lo crea conveniente, sin recibir ningún perjuicio como lo estipula el artículo 66 del Código de Ética del Psicólogo en Uruguay. El consentimiento informado contará con una breve descripción de la investigación y de los objetivos de la misma; de todas formas se les detallará de manera verbal a los implicados la finalidad de la investigación, otorgándoles la posibilidad de

evacuar dudas respecto a inquietudes que puedan surgir a la hora de aplicar las técnicas. En el mismo se dejara constancia de que los datos que se recojan serán utilizados dentro del proyecto de investigación por lo que se reserva la confidencialidad y la identidad de aquellos que participen en la investigación.

Una vez ejecutadas las técnicas elegidas para la recolección de datos, se analizará la información teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y se realizará un nuevo encuentro con autoridades de la institución para compartir los resultados de la misma.

Previamente a llevarse a cabo el proyecto será evaluado por Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología para obtener el aval para su ejecución.

Cronograma de Actividades

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Lectura y ampliación del Marco teórico.	X											
Elaboración de consentimientos informados, pautas para Grupos Focales y guías de Entrevistas en Profundidad.		X										
Contacto e información a la Institución y pedido de autorización.			X									
Realización de Entrevistas y ejecución de Grupos Focales.				X	X	X						
Análisis de la información obtenida							X	X	X			
Elaboración de Resultados y Conclusiones										X	X	
Encuentro y devolución con la Institución												X

Referencias Bibliográficas

- Alfaro, N. Villaseñor, M. Valadez, I. Guzman, A. Sughey, J. (2006). *Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo*. Revista Artemisa Vol II, N°1. Guadalajara, México: Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf>
- Alkolombre, P. (2011). *Travesías del Cuerpo Femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de Ginecología y Obstetricia*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Letra Viva.
- Avila, S. Craigdale, M. Dutra, L. Gomendio, V. Gonzales, C. (1999). *Temores de la embarazada cursando su tercer trimestre, que se atienden en el servicio de ginecología del Hospital Pereira Rossell en el período Abril-Mayo*. Instituto Nacional de Enfermería. UDELAR. Montevideo, Uruguay
- Bonaudi, D. (2012). *Centros CAIF y policlínicas prosiguen con las Salas de Encuentro para embarazadas*. Durazno, Uruguay: El espectador. Recuperado de <http://www.elacontecer.com.uy/16348-noticia-2012-07-24.html>
- Castellano, G. Heinzen, J. y Nión, S. (2011). *Entre las creencias populares en salud materna y la reforma del sistema de salud uruguayo: continuidad y ¿cambios?*. Montevideo, Uruguay: X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR.
- Defey, D. (1994). *Mujer y Maternidad. Mujer y maternidad*. Tomo II. (pp. 97 – 118). Montevideo, Uruguay: Ed. Roca Viva.
- Defey, D. (1995). *La profesión de padres nuevos. Mujer y maternidad*. Tomo III. (pp. 25- 60). Montevideo, Uruguay: Ed. Roca Viva.
- Defey, D. (2009). *El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de Salud*. Montevideo, Uruguay: INAU, CAIF.
- Escobar, J. y Bonilla-Jiménez, F.I. (2009). *Grupos Focales: una guía conceptual y metodológica*. Bogota: Universidad El Bosque. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67. Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_5.pdf

- Gavensky, R. (1955). Aspectos emocionales del Embarazo. *Parto sin temor y parto sin dolor*. (pp. 163-166). Buenos Aires: Ed. El Ateneo.
- Goldberg, B. (2003). El embarazo. *Vivir el Embarazo en Plenitud*. (pp. 19-102). Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Gomez, R. y Amilivia, S. (1985). *Mujer, Deseo y Embarazo*. Madrid, España: Ed. Fundamentos.
- Guarino, L. Scremín, F, Borrás, S. (2010). *Estilo emocional, salud calidad de vida percibida en embarazadas*. Caracas, Venezuela. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
- Langer, M. (1951). La imagen de la “madre mala”. *Maternidad y Sexo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- MacDougall, J. (2009). *Embarazo semana a semana*. Barcelona, España: Ed. Grijalbo.
- Magnone, N. (2011). *Derechos Sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Montevideo, Uruguay: X Jornadas de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR.
- MSP. (2007). Normas de Atención a la Mujer Embarazada. *Guías de Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo, Uruguay.
- MIDES, CAIF, INAU, ASSE, MSP (2010). *Educación y Salud en la Primera Infancia. Convenio Interinstitucional MSP, MIDES, ASSE, INAU Plan CAIF*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de file:///C:/Users/Valued%20Customer/Downloads/1255015314_20_1_1_11_Doc_File.pdf
- MIDES, CAIF, INAU, ASSE, MSP. (2012). *Primer Informe de Resultados. Salas de Encuentro*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de file:///C:/Users/Valued%20Customer/Downloads/Informe_Salas+Encuentro+2011.pdf

- Oliveira, A. (2011). Hermógenes Alvarez, y Roberto Caldeyro Barcia. *Una sociedad de amigos del parto*. Recuperado de <http://armandoliveira.blogspot.com/2011/10/hermogenes-alvarez-y-roberto-caldeyro.html>
- Ramirez, A. (2012). *El autoconcepto y su incidencia en sus embarazos precoces*. Guayaquil, Ecuador. Facultad de Ciencias Psicológicas. Universidad de Guayaquil.
- Sanchez, A. (2002). *Ansiedad en la embarazada durante su tercer trimestre de gestación por falta de información*. Instituto Nacional de enfermería. UDELAR. Montevideo, Uruguay.
- Soifer, R. (1987). *Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Kargiema.
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1987). *La entrevista en Profundidad. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Barcelona, Buenos Aires, y México: Ed. Paidós.