

REVISTA PERINATAL

ARGENTINA

5

Publicación oficial de EPPICA, Mar del Plata, Pcia de Buenos Aires, Argentina
Para especialistas, profesionales de la salud, estudiantes y personas interesadas en general

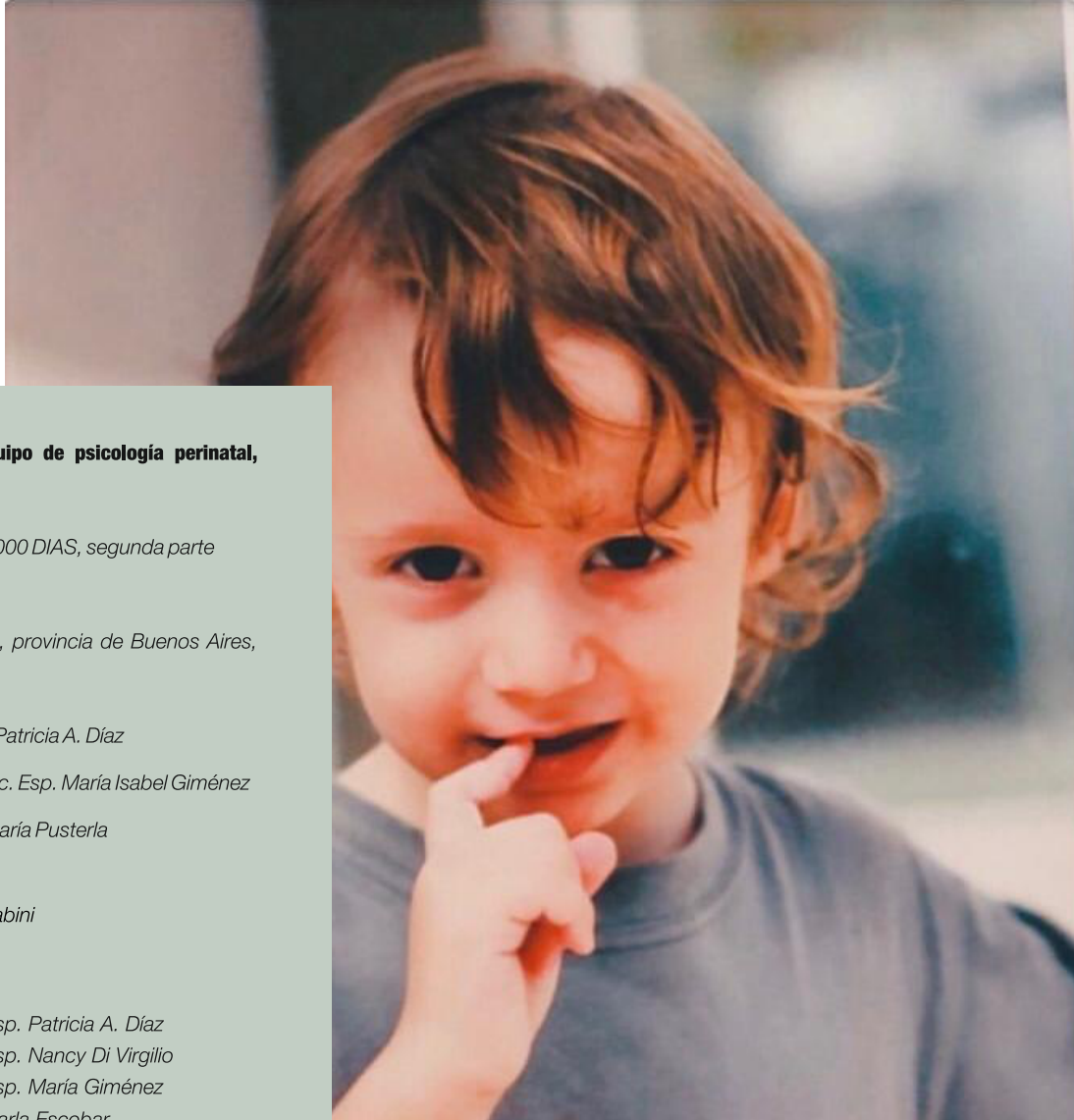
LOS PRIMEROS 1000 DIAS SEGUNDA PARTE



E.P.P.I.C.A

Equipo de Psicología Perinatal
Investigación, Capacitación y Asistencia

WWW.EPPICA.AR



Publicación realizada por E.P.P.I.C.A (equipo de psicología perinatal, investigación, capacitación y asistencia)

Título de la publicación: *LOS PRIMEROS 1000 DIAS, segunda parte*

N° de edición: 5, marzo 2022

Domicilio: *Almafuerte 1797 Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina*

Dirección y coordinación general: *Lic. Esp. Patricia A. Díaz*

Diseño y diagramación: *D.I Lucas Mejica, Lic. Esp. María Isabel Giménez*

Corrección: *Lic. Esp. Nancy di Virgilio, Ps María Pusterla*

Fotografías: *Camila Marinone*

Familias Estruch, Gómez y Rabini

Foto de tapa: *Álvaro González Díaz*

Integrantes equipo editor asociado: *Lic. Esp. Patricia A. Díaz
Lic. Esp. Nancy Di Virgilio
Lic. Esp. María Giménez
Lic. Carla Escobar
Lic. Claudia González
Lic. Ana Marinone
Ps. María Pusterla
Lic. Marcela Vallejo*

Colaboraciones en **Revista Perinatal Argentina:** son bienvenidos artículos, opiniones, reflexiones, investigaciones, escritos originales de interés para la comunidad de profesionales de la psicología y de la salud que traten temáticas relacionadas con esta área. Estos aportes serán recibidos a través de nuestro mail: **revistaperinatal@epica.ar**

Cualquier información sobre pautas de publicación solicitarlo al mail citado.

Las opiniones de los autores no necesariamente reflejan la postura de la dirección o de los integrantes del equipo editorial de **E.P.P.I.C.A.** El comité editorial de Revista Perinatal Argentina dará formato final a los trabajos y se reserva el derecho de realizar modificaciones que no alteren el contenido de fondo de los artículos, con el objetivo de mejorar la presentación de los mismos y adecuarlo al perfil de la publicación.

La Revista Perinatal Argentina es de acceso limitado.

Licencia Creative Commons



>CONTENIDO



AGRADECIMIENTOS

*Equipo de Psicología Perinatal,
Investigación, Capacitación y Asistencia*

EDITORIAL

¿A quién le hago caso?

Lic. Esp Diaz Patricia

INVESTIGACIÓN

*Masaje terapéutico con bebés prematuros.
Un diálogo construido de gestos y contactos.*

Paula Landen - Lic en Psicomotricidad

ARTÍCULO

Nutrición en los primeros 1000 días.

Lic. en Nutrición María Sol Blanco Fux

INVESTIGACIÓN

Nacer con Derechos

Lic. Carolina Vandam

Lic. Cintia M. Gonzalez

Lic. Natalia S. Liguori

Lic. Paola E. Casadesús

INVESTIGACIÓN

*Consecuencias psicoemocionales de la
Pandemia en madres y padres de bebés
nacidos en el contexto de Aislamiento Social
Preventivo Obligatorio y Distanciamiento
Social Preventivo Obligatorio en la ciudad de
Mar del Plata.*

Lic. Esp. Nancy Di Virgilio

Lic. Ana Marinone

03 ARTÍCULO

*Maternidades Diversas.
Los Primeros Mil días por Dos*

04

Lic. Claudia González

Lic. Carla Escobar

ARTÍCULO

09

Sembrando entre Redes.

*Desafíos en la incorporación de la Psicología
Perinatal en Centros de Salud. Relatos de una
experiencia en la Unidad Sanitaria Nro 2 de la
ciudad de Mar del Plata.*

22

Ps. María Pusterla

Lic. Claudia González

RECOMENDADOS

26

Libros

36

47

52

56

Nueva etapa, tiempo de agradecer

La revista crece, se agranda, complejiza y compromete a todos sus actores, quienes venimos siendo seducidos por ella. Es un trabajo grato, estimulante, nos reúne e invita a pensar, reflexionar individual y colectivamente, nos ofrece la posibilidad de poner en palabras debates y contenido que conforman nuestro día a día como grupo en relación a nuestra pasión, la Ps. Perinatal. Nos impone salir y buscar otras voces que nos enseñen, acompañen e integren.

Las primeras cuatro ediciones han sido recibidas con mucho agrado, lo cual nos enorgullece. También lo ha sido para aquellas personas conmovidas por la temática, por los estudiantes y profesionales de la salud.

La revista surgió como una simple tarea o actividad sugerida en la subcomisión y se ha convertido en nuestro principal proyecto que contiene a su vez muchas ideas más con ansias de ser llevadas a la acción. A raíz de ella surge E.P.P.I.C.A (Equipo de Ps. Perinatal, investigación, capacitación y asistencia) grupo editor de la Revista Perinatal Argentina.

Pero antes, el agradecimiento brota de nuestros corazones, al Colegio de Psicólogos Distrito X que nos ha alojado y acompañado hasta aquí; hemos crecido y es hora de abandonar el nido, para darle vuelo propio a la revista y seguir trabajando con otros proyectos en la subcomisión de ps. perinatal, incansablemente como siempre.

También agradecer a nuestros lectores, a quienes invitamos a seguir confiando en nosotras y caminar juntos.

A nuestras familias soportes y contenedores, quienes siempre aportan sus saberes para hacer más atractiva la propuesta.

A nosotras mismas, por prometernos cumplir nuestros deseos y este es uno de ellos.

Avanzamos con pie firme y seguro, paso a paso, también con incertidumbre, pero con la certeza de acompañarnos en un proyecto común, dueño de nuestras ganas de dar, transmitir y crear.

**Revista Perinatal Argentina N° 5
realiza**



EDITORIAL

MARZO 2022



Lic. Patricia A. Díaz

Especialista en Ps. Perinatal y de la primera infancia

Directora y coordinadora editorial

*-¿podría decirme, por favor,
qué camino he de tomar para salir de aquí?
Alicia preguntó al gato
-depende mucho del punto adonde quieras ir-
contestó el Gato-No me importa mucho el
sitio... --dijo Alicia. --Entonces tampoco importa
mucho el camino que tomes --dijo el Gato. --...
siempre que llegue a alguna parte --añadió
Alicia como explicación. --¡Oh, siempre llegarás
a alguna parte --aseguró el Gato--, si caminas
lo suficiente!
Lewis Carroll,
Alicia en el país de las maravillas*

¿A quién le hago caso?

Continuamos en este número con los Primeros 1000 días, parte 2, con miras a la prevención de la salud mental perinatal y el establecimiento de un vínculo amoroso, saludable e integrador para toda la familia.

Me refiero en este texto a la mujer que deviene madre, que lo ha elegido, y también en su acepción histórica, cultural y a la maternidad como la eterna construcción social.

Mi pregunta capciosa en el buscador de internet fue, luego del nacimiento, ¿a quién se cuida? Las respuestas son variadas pero la mayoría apuntan al cuidado del bebé recién nacido y a la recuperación física de la madre. Un énfasis en el cuidado del cuerpo para que fundamentalmente se restablezca y sea productivo. Si se quiere encontrar algo más profundo, pues ya tenemos que hacer otro tipo de búsqueda, recuperar alguna palabra que haga mención al puerperio emocional. Predominantemente aparecen artículos y consejos sobre qué hacer luego del parto vaginal o cesárea, cómo nutrirse, cómo recuperar la figura, cuidados del recién nacido en el hogar, prevención de accidentes, cómo hacer los trámites de registro de identidad, cómo favorecer la lactancia, entre otros. Afortunadamente salen al rescate, artículos de profesionales, grupos de pares, de padres, libros, notas de este movimiento perinatal mundial que sale a la luz no hace tantos años y destaca el cuidado de la subjetividad materna.

Sabemos que el puerperio emocional fue el terreno más olvidado por años, aquel que permite transitar la crianza con aciertos o dificultades y que de ser cuidado garantiza que se recorra con bienestar todo lo anterior. La mujer que es madre y cría, es puérpera a la vez, de allí la necesidad de la visibilización de este estado que, en la mayoría de los relatos, se vive con confusión, dudas o inseguridades.

Una de las personas que he acompañado durante su embarazo y puerperio me contó:

“Ansiaba tener un hijo, estaba super entusiasmada, viví el embarazo con ansiedad, quería conocer a mi bebé, tenerlo en brazos...luego cuando nació me sentí mal porque no me moría de amor como pensé que sucedería...”

Esta persona necesitó tiempo, sostén, cuidados para derretirse como lo hace actualmente ante la mirada de su bebé. No estamos hablando de depresión post parto aquí, es un sentimiento que muchas veces no se quiere admitir, y profesionales del área perinatal recibimos a diario.

La ventana de oportunidades que se abre en estos 1000 primeros días, también lo son para la persona que ha puesto su cuerpo y alma para la gestación, un proceso tan abarcativo emocionalmente, de cambio identitario, de frondosos mecanismos psíquicos para el alojamiento del bebé, de fantasmas transgeneracionales revoloteando negativa o amorosamente sus cabezas, de cuestionamiento presentes, resignificaciones del pasado e inseguridades del futuro.

Pero a pesar de todo este cuidado, que no cabe duda es primordial, se asiste a lo que se ha denominado ya hace tiempo **“maternidad intensiva”** (Hays, 1996) y que el mismo colectivo feminista ha puesto en debate. Este modelo de maternidad intensiva o exaltada, pone nuevamente a la mujer/madre en el centro de la escena de la maternidad, siendo ella la cuidadora primaria y principal durante los primeros años de crianza que, en sus palabras, no es

otra cosa que una nueva forma de esclavitud. Por supuesto que no a todas las madres les pasa, y lo sienten de esa manera, pero sus relatos en medios de comunicación masiva lo ejemplifican. Una arista roza ponerle palabras a los sentimientos y emociones que durante años han permanecido en silencio. Otra muy distinta es la queja constante de no poder llegar con "todo". Afortunadamente hay tantas expresiones o modelos de maternidad como mujeres o personas gestantes emprenden este viaje.

Sólo reparemos en quienes presentan este sufrimiento que se ve en consultas perinatales y se deja entrever en confesiones en redes sociales. Se abre aquí un abanico de variables a tener en cuenta ... ¿Qué es TODO? ¿Con quién se tiene que cumplir? ¿Cuál es la exigencia? Entre otras....

Sucumbir a que en algo se está fallando es relativamente fácil hoy en día, ante la succulenta propuesta de la maternidad en el siglo XXI. Hoy vuelve a ser casi el centro de la vida en la mujer, cuestión que no deja de producir ciertos ahogos a la hora de cumplir con lo que sugestivamente se va edificando como la nueva "buena madre". Pareciera que estos pares de opuestos no pueden dejar de insistir en la historia. ¿Qué fue de la liberación de la mujer? Preguntaría Simone de Beauvoir.

En este juego de la ciber búsqueda, en redes sociales también, asistimos al espectáculo, y me animo a decir, casi circense por los malabares que se le exigen a la madre para cubrir todos los nuevos espacios que se generan, exigiendo (o por lo menos así lo sienten muchas de ellas) en este TODO, que manifiestan. Ahora, los consejos recaen sobre las áreas de la crianza, exigiendo permanente creatividad, en la cocina, en el juego y un esfuerzo descomunal para que no descubra los dispositivos móviles en un mundo tecno mediado, entre otros espacios. Adherir ecológicamente al pañal de tela y no descuidar su trabajo, ya que las licencias por maternidad suponen que una madre también le debe productividad al Estado, pues de lo contrario invertiría mucho más en su cuidado, que le augure permanencia con su bebé y su pareja, su familia.

Además, no son las únicas voces que se escuchan, en el universo intrafamiliar también abundan los consejos que casi siempre, por pertenecer a otras generaciones, entran en contradicción con las nuevas propuestas. **"¿A quién le hago caso?"** es otra de las preguntas surgidas en el consultorio perinatal. Hay mandatos, hay certezas, dudas y hay mitos que, en mi opinión, no conviene "derribar".



Hablamos aquí de la mitología familiar que se mantiene como regulador emocional de las acciones y sentimientos de cada uno de los miembros para con el otro. Sólo cuando se rigidizan estos mitos familiares, generan cierta patología, de lo contrario poseen una función constitutiva de la familia que los mantiene cohesionados y otorgándole pertenencia al grupo. La palabra derribar, utilizada como tirar abajo, demoler, dejar sin bases conlleva cierto peligro en el psiquismo humano, y es el de derribar todo un pasado intergeneracional de apoyo, equivocado o no, pero de sostén en algún punto. Por fidelidad en el caos o bienaventuranza en los vínculos, estas situaciones merecen mucha consideración en la dinámica familiar. Tomemos por ejemplo el caso de mujeres madres de pueblos originarios, se encuentran devastadas porque se minimiza la importancia que para ellas representa sus creencias culturales indígenas en relación a nacer, parir y morir. Todo un debate en puerta que conlleva en este y otros casos, acuerdos mediante el diálogo sostenido y fecundo.

La magnitud de la información está generando, a mi entender, un impacto importante en las nuevas madres que descreen del acompañamiento de su entorno primario, pues el conocimiento ha demostrado científicamente que hay cosas que merecen la pena cambiar. Afortunadamente es así, pero el modo de considerarlo, favorecedor del cambio para ello, debe ser muy cuidadoso, porque la mujer en su puerperio necesita brazos contenedores reales, además de los entornos virtuales. Su historia ya cambia estrepitosamente para que desde el afuera “le aconsejen” derribar sus creencias. Sólo se puede construir y reconstruir sobre la base de ellas. La trama se sigue tejiendo, no se corta. Los grupos de pares funcionan maravillosamente para ello porque en definitiva se siente como familia. El manejo que se hace de la información muchas veces resulta caótico y desestructurante psíquicamente. Observemos ésto detenidamente y dialoguemos sobre ello, pues se están generando muchas contradicciones.

Por otro lado, también asistimos a mecanismos despersonalizadores del vínculo como los llamo, aparatos arrulla bebés, maquinarias al servicio del descanso parental, simulando presencia que solo enfatizan la soledad, claro está al servicio de quien pueda económicamente y emocionalmente soportarlo. ¿Qué hace una madre cansada que no puede acceder a ello? Seguramente, y por suerte, habrá elaborado la estrategia de tener a su alcance otros brazos igual de amorosos para que cuiden de su bebé.

¿Cuál es el punto medio para una madre que ve todo esto? Difícil de encontrar, pero no imposible. Encontrar el propio eje sin sentir que a alguien o a algo le está fallando. Sobre todo a sí misma.

¿Qué hago, a quién le hago caso? Para su saludable respuesta, se necesita de un proceso de reflexión, de posicionamiento en la vida, de las elecciones que se hacen y de los espacios psicoterapéuticos que se pueden consultar cuando así lo crean necesario. Porque no sólo el bebé crece, sus cuidadores también y como tal, la crianza de la subjetividad parental, es un hecho que debemos cuidar.

¿Quién cuida a quién? Es la otra cuestión. No hay una sola respuesta posible porque, en

tanto bucle recursivo que es vivir, todas las personas/instituciones somos inicio y también final para inaugurar nuevamente la cadena, pero empecemos por la salud mental perinatal porque sin ella no hay salud alguna. Tenemos que ser muy conscientes en estos procesos sociológicos de cambio, para no caer, en palabras de Badinter (2010) en una maternidad esclavizada, como una nueva forma de explotación, mayoritariamente de la mujer, y fundamentalmente para que una galletita rellena o un juguete predeterminado no desencadene un desequilibrio mayor al que se siente en el puerperio y que la compra de un paquete de pañales descartables no haga sentir a esta familia, cómplice del mercantilismo despiadado. Recuerdo una mujer que me confesó su temor a la crianza porque creía que no podía con todo lo que estaba viendo, se refería a esta nueva construcción cultural de la maternidad. Y también a una abuela desesperada porque no sabía si poniéndole un poco de crema al puré iba a desafiar acuerdos parentales. Quizá sean casos extremos, pero sucede.

Los artículos, reflexiones e investigaciones incluidos en esta revista, tratan de visibilizar y concientizar sobre el cuidado en los inicios de la vida, los primeros 1000 días de toda la familia, invitando a la consideración, al diálogo sobre estos acontecimientos rápidos, furtivos que asistimos hoy en día.

Escribir la propia historia es tarea de cada persona, podemos acompañar como profesionales de la salud favoreciendo los recursos internos en detrimento de marcar permanentemente lo que falta. La nueva infantilización de la mujer devenida madre también se ve en redes, expertos/tas sancionan muchas veces a padres y madres por sus creencias o pautas de crianza, generando en muchas ocasiones más incertidumbre e inseguridades sobre sus propias capacidades.

Atender a las formas discursivas actuales constituye todo un reto, la comunicación está al servicio de proveer ayuda, contención, acompañamiento, pero también para complejizar la existencia. Se necesita tiempo para redescubrirse, para pensar, para elaborar estrategias y ponerlas a prueba. Tiempo para saber qué hacer ...pues los grandes descubrimientos, aún en el seno familiar, fueron fruto de largas observaciones.

“Dudo de todo...”, me dijo una consultante, “señal que existimos”, contesto con guiño a Descartes, “ahora veremos de construir la forma de transitar tu propia existencia”.

BIBLIOGRAFÍA

- Badinter, E. (2010). *La mujer y la madre. La esfera de los libros*. Madrid
- Carroll, L. (2015). *Alicia*. Ed Edelvives: Argentina
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Paidós Iberia Ediciones S.A. Barcelona
- Lazarre, J. (2018). *El nudo materno*. Ed. Las afueras. Barcelona
- Torres, P. (2018). *La madre que puedo ser*. Ed. Paidós:Bs. AS.

*Conocimos a la **Lic. Paula Landen** en una clase de postgrado y quedamos fascinadas con su propuesta innovadora y sumamente necesaria, otro diálogo con el bebé prematuro, prevención y promoción del bienestar vincular. Aquí generosamente nos ofrece un escrito acerca de su investigación. **Gracias Paula!!!***

Masaje Terapéutico con Bebés Prematuros.

Un diálogo construido de gestos y contactos.

*Paula Landen
Lic. en Psicomotricidad*

Introducción:

Si definimos qué es el masaje o una técnica de masaje; podríamos enunciar que se trata de una secuencia de contactos, toques, y movimientos especializados realizados con manos, dedos o yemas de los dedos, sobre el cuerpo de otra persona o del propio cuerpo (automasaje) con el fin de propiciar un estado de bienestar. Enunciado de esta manera es solo una mera descripción que lo diferencia de otros contactos como los relacionados para la higiene, el vestido, demostraciones afectivas como las caricias entre otros.

Para explicar el verdadero efecto y el profundo sentido que se desarrolla y se construye a través de la implementación del masaje durante el período temprano de la niñez no alcanzarían unos pocos fragmentos.

El sentido del tacto es bidireccional, al tocar somos tocados y cualquier contacto entre dos seres humanos siempre es comunicación sea consciente o inconsciente el mensaje emitido. Esencialmente a través de las formas, ritmos, intensidades, frecuencia y grado de proximidad con la que nos contactamos, expresamos grados de aceptación, búsqueda y respuesta afectiva y se refleja la identificación con el bebé-niño.

La piel que recubre nuestro cuerpo posee millones de receptores nerviosos diferenciados para percibir tacto, textura, temperatura, presión, dolor y placer. El sistema nervioso procesa dichas aferencias y las mismas configuran datos sobre el propio cuerpo y su relación con el entorno.

El cuerpo es una unidad psique-soma, y aunque el bebé esté construyendo progresiva y lentamente este sentido de unidad, los estímulos variados, indicios aún sutiles y los estilos de crianza organizan de una manera particular y subjetiva la información aferente que el sistema

nervioso procesa y selecciona para elaborar respuestas o modos de operar sobre el medio que se consolidan a partir de la retroalimentación percibida.

Numerosas investigaciones han aportado datos que nos llevan a hablar de la interdependencia e interfuncionalidad entre psiquismo y organismo, la “neurobiología del apego” es un aporte sobre esta nueva visión que aún se sigue investigando.

La estimulación a través del masaje desencadena una serie de fenómenos fisiológicos, químicos, hormonales, metabólicos, regula temperatura y el tono muscular, provee información táctil y propioceptiva, tiene influencia directa sobre los procesos emocionales. Esta información múltiple que en el masaje proviene de una misma fuente en forma sincrónica participa en la construcción del conocimiento de sí mismo.

Montagú (1971), antropólogo e investigador, estudió en profundidad el sentido del tacto desde un enfoque bio psico social, explica la incidencia de la cantidad y calidad de los contactos corporales que se desarrollan durante la crianza en diversas culturas y su influencia en la formación de la personalidad del niño.

Si bien la secuencia de maduración y desarrollo presenta una disposición predeterminada en el devenir de etapas sucesivas, las características contextuales tanto familiares como culturales inciden, modifican e individualizan este rumbo. A partir de este estudio etnopediátrico multicultural, Montagú determina el sentido centrípeto en la formación del psiquismo cuya proyección se sitúa desde la influencia de la cultura hacia el niño, diferenciándose o complementándose con la psicósomática.

Esta visión de los intercambios corporales afectivos en la crianza, nos ha llevado a construir

una modalidad de enseñanza del masaje a las familias aportando información, conocimientos y trabajando sobre la percepción y decodificación de las señales emitidas por el bebé, trascendiendo ampliamente la enseñanza de una técnica específica.

El masaje se convierte no solo en una herramienta de comunicación no verbal, también en un recurso a través del cual podemos abordar una amplia gama de aspectos significativos que los padres transfieren a otros cuidados cotidianos con el bebé.

Algunos profesionales de la salud todavía muestran cierta resistencia para profundizar verdaderamente sobre los beneficios de esta práctica tan antigua y que se está revalorizando en la sociedad actual por ligarlo con prácticas conductistas situando al bebé como objeto y no como sujeto.

Queremos destacar al mismo tiempo que muchas técnicas de masaje para bebés se diferencian de las técnicas de rehabilitación kinésicas, en esos casos es el especialista el que debe operar sobre el cuerpo del bebé-niño. En relación a estas diferencias una pediatra especializada en desarrollo del hospital donde se ha desarrollado una investigación (ver a continuación), a fin de conciliar los saberes, lo denominó como "masaje vinculante".

Aprender el masaje es mucho más sencillo que aprender a decodificar las expresiones corporales del bebé en los primeros meses en que la motricidad refleja es preponderantemente desorganizada y confusa.

Frente a los casos de alto riesgo es en ocasiones mucho más complejo aún habilitarse emocionalmente, a contactarse con el bebé de una manera fluida, confiable e intuitiva y es el masaje una vía para entablar las primeras

interacciones, tomando el cuerpo como espacio articulador entre el medio interno y externo, estados fisiológicos y emocionales, sensaciones de necesidad y satisfacción.



La incubadora posterga la unión vinculante inmediata:

Los estudios de René Spitz (1945/46) han demostrado y se sigue constatando, que la ausencia sostenida de interacciones afectivas tempranas (lo cual implica una co presencia empática de intercambios corporales) puede traer graves consecuencias psíquicas hasta irreversibles que en caso extremo pueden llevar a la muerte (conceptos de depresión analítica y hospitalismo del mencionado autor).

Numerosas investigaciones revelan que la carencia de contactos afectivos en los que la estimulación táctil juega un papel preponderante, considerada dentro de las necesidades básicas, trae aparejada trastornos de conducta hasta la vida adulta, independientemente de la preexistencia de una patología.

Los doctores Klaus, M. y Kennel, J. en la década del '70, promovieron el vínculo entre la

madre y el bebé recién nacido, postulando que los primeros días, sobre todo las primeras horas de unión era un momento crítico para el establecimiento del vínculo afectivo, introduciendo firmemente la necesidad de permanencia conjunta. Aunque luego se comprobó que no eran decisivas las primeras horas en el sentido estricto del “ahora o nunca”, se conoce que la postergación de este encuentro trae aparejado ciertas dificultades factibles de perdurar a largo plazo.

En el caso de los bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, son frecuentes las restricciones para contactarse corporalmente según la gravedad del estado clínico, incluso de la inmadurez del desarrollo de la piel como barrera protectora.

Una vez habilitados para tocar, incluso para alzar a los bebés fuera de la incubadora, las madres expresan en forma recurrente la inseguridad y el temor frente al bebé frágil, lo cual retrasa aún más estos encuentros.

En Argentina el Dr. Escardó, F. en 1958 modificó el régimen de visitas con horarios restringidos y creó

La 1° residencia para madres en el Htal. de Niños Ricardo Gutiérrez, fomentado la internación conjunta; su visión para entonces fue revolucionaria, aunque sus dichos fueran “Qué puede tener de revolucionario pensar que las madres deben estar con sus hijos enfermos”.

La maternidad R. Sardá desde hace 35 años atrás, con la misma visión inicia un camino de intervenciones dando a las madres y luego a la familia más extensa, un protagonismo cada vez más significativo en el proceso de recuperación y evolución del bebé de Alto Riesgo, promoviendo una participación activa con excelentes resultados. Este conjunto de intervenciones que han sido

poco a poco sistematizadas, es lo que hoy en día se conoce como Maternidad Segura Centrada en la Familia -MSCF

No obstante, no deja de asombrarnos que pese al paso del tiempo y los sucesos históricos científico - académicos y de trabajo de campo; una encuesta realizada en el año 2010 a equipos de salud reveló que:

“El derecho del prematuro a ser acompañado por su familia todo el tiempo” (Item 9 del decálogo del prematuro) fuera el más vulnerado, por lo que UNICEF Argentina, en la semana del prematuro 2011 centró su foco de campaña para informar y sensibilizar a la comunidad profesional y general acerca de la importancia de la permanencia de los padres junto al bebé de Alto Riesgo en el ámbito de UCIN.



1° Investigación Nacional Masaje Terapéutico con bebés prematuros:

Desde hace varias décadas se vienen realizando investigaciones en el mundo sobre los beneficios del masaje con bebés prematuros, siendo el antecedente más contundente (por trayectoria y cantidad de estudios realizados), el Touch Research Institute en el Htal. Jackson Memorial, Miami, dirigido por la Dra. Tiffany Field.

Resulta imprescindible situar el contexto tanto histórico, geográfico y cultural (nivel socio económico educativo y nutricional de la población estudiada) al momento de realizar enunciados sobre los resultados de dichos estudios evitando generalizaciones a veces erróneas.

Si bien en nuestro país se viene difundiendo cada vez más la práctica de masajes con bebés, la misma se desarrolla en ámbitos privados por fuera del área de salud pública en forma sistematizada.

Entre los años 2004 y 2009, se llevó a cabo la 1° Investigación Nacional y la 1ª a nivel internacional con bebés externados de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal) con seguimiento a largo plazo; sin que se registraran antecedentes hasta el año 2004 al inicio del estudio.

Nuestro interés en introducir el Masaje Terapéutico dentro del ámbito hospitalario, pivoteó entre tres objetivos fundamentales:

- 1) Acercar esta valiosa práctica a familias de escasos recursos que no pueden acceder en privado.
- 2) Investigar con nuestra población para constatar los antecedentes internacionales.
- 3) Difundir en el área médica con un sustento más sólido que el del "arte", como lo denomina

Leboyer, F. y a partir del cual se difunde fuertemente en nuestro país.

Es decir deslizar el masaje del ámbito privado, del área de consumo de clase medio-alta hacia la población de escasos recursos y alcanzar un estatuto científico.

El estudio se desarrolló en el Htal. Carlos Durand, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La población estuvo conformada por 42 díadas madre-bebé (prematuros externados de UCIN hasta los 6 meses de edad corregida)

Partimos de la hipótesis que "el contacto a través del masaje terapéutico, brindado por la mamá, afianza la interacción de la díada, favorece la ganancia de peso, mejora el estado general del bebé y disminuye el número de re internaciones".
Variables estudiadas: Evolución del peso, vínculo madre-bebé y recurrencia de re internaciones.

El equipo interdisciplinario estuvo integrado por un neuropediatra, dos Lic. en Psicomotricidad y dos Lic. en Psicología; trabajando a su vez con las médicas a cargo del Programa de Seguimiento de Alto Riesgo.

Diseño de la Investigación:

Experimental con grupo control y pre-prueba.

Estudio Longitudinal con series cronológicas de seguimiento mensual hasta los 6 meses de Edad Corregida (EC) de la variable vínculo y hasta el año EC para el peso y n° de re internaciones

Aspecto ético: consentimiento informado de las familias de ambos grupos.

Matriz de datos: excell compatible con SPSS

Prueba de confiabilidad T- Student

Técnica de masaje implementada: Técnica

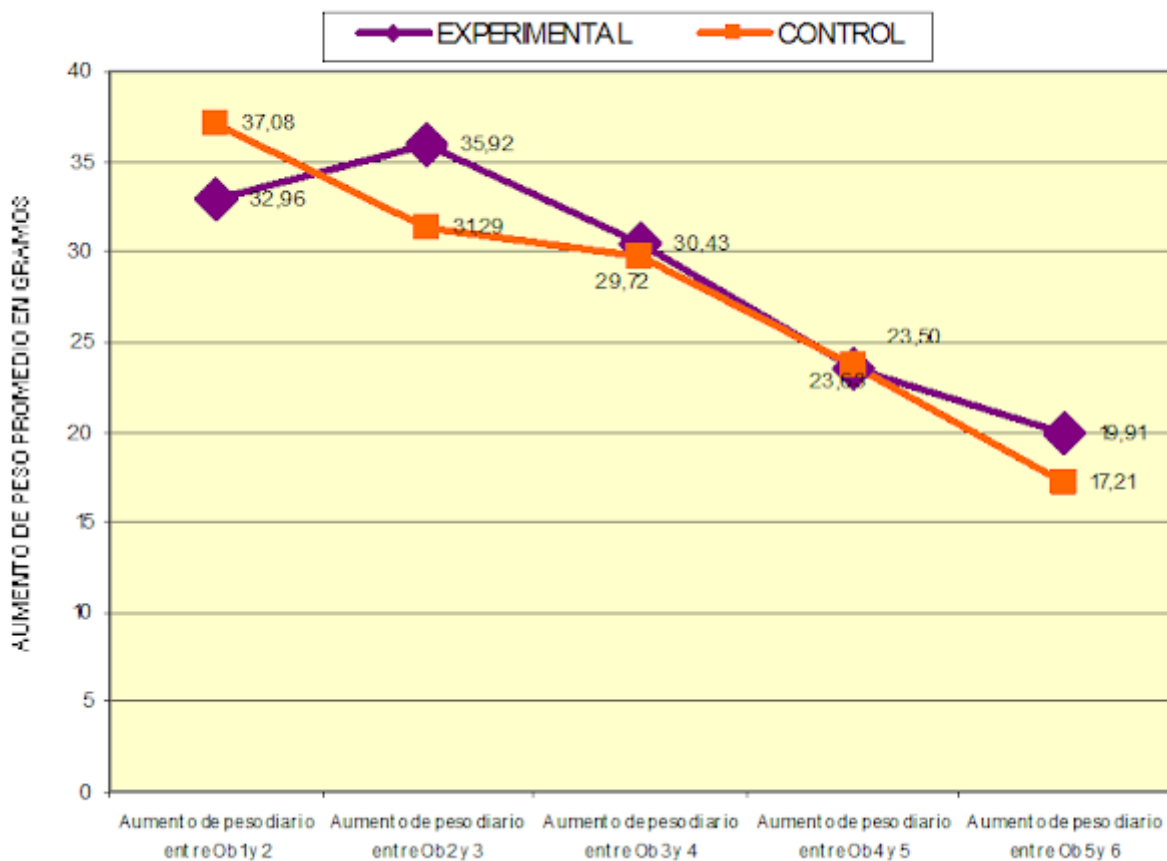
Landen, para prematuros; Masaje de Contención, Integración y Estimulación (Protegida por Ley 11723) creada y comprobada en el marco de la presente investigación.

Resultados de las variables según hipótesis: Como síntesis de los resultados, obtuvimos que el masaje implementado por la mamá, constituye un gran aporte para la salud física y emocional de los bebés. Si bien no se obtuvieron resultados significativos en el aumento de peso, sí se observó que afianzó el vínculo y optimizó el estado clínico, medido a través de la

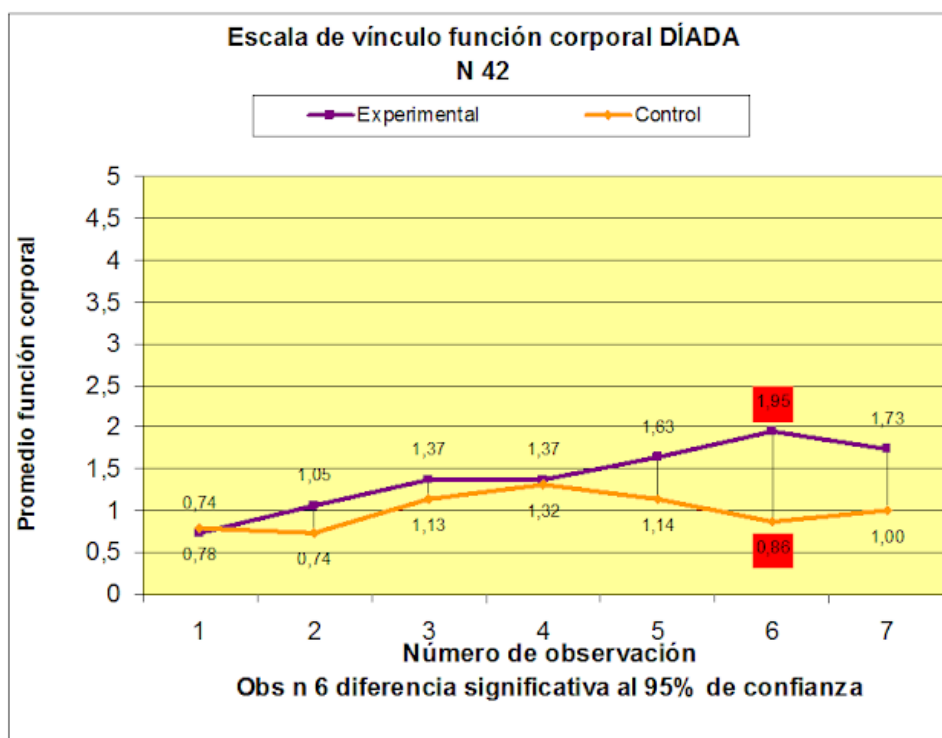
recurrencia en internaciones luego del primer alta de UCIN, resultado estadísticamente significativo al 95% de confianza -Prueba T Student.

Aumento de peso: datos obtenidos de la H.C, tabla de Lejarraga Fustiñana
La curva de crecimiento reflejó que el peso acumulado fue levemente mayor en el grupo control pero el aumento de peso diario (recupero de peso en corto plazo) obtuvo un resultado positivo en el grupo de bebés que recibieron el masaje.

AUMENTO DE PESO DIARIO PRIMER SEMESTRE



Vínculo madre bebé: Perfil de observación del vínculo madre-bebé (0 a 6 meses) Dra. Oiberman, A. Se observaron mejores puntajes en todas las funciones comunicacionales en el grupo experimental especialmente en la función corporal enriquecida con la implementación del masaje, observándose además en el manejo o handling más confiable y espontáneo en los cuidados cotidianos del bebé. Se observaron modalidades comunicacionales más homogéneas y menos disruptivas en el grupo experimental lo que promueve mayor predecibilidad para el bebé. Esta seguridad permite mayor permeabilidad en las interacciones corporales, superando actitudes defensivas típicas del bebé hospitalizado.



Se realizó una correlación de las variables función corporal y nacionalidad de las madres y se observó que aquellas madres que por factores culturales no solían comunicarse con sus bebés mediante la función corporal, integraron dicha función en las interacciones en forma habitual sin reemplazar los canales habituales.

Re internaciones: datos extraídos de las H.C meses de edad corregida con la aplicación del estímulo del masaje y en el 2º semestre sin aplicación del estímulo.

1- Cantidad de re internaciones: 1 (una) re internación grupo experimental/ 11 (once) en grupo control (no se tuvieron en cuenta las

internaciones programadas por cirugías de hernia)

2- Cantidad de bebés re internados: 4,8% grupo experimental / 37,9% grupo control

3- Cantidad de días de re internación: 7 días grupo experimental/ 96 días grupo control

Estos resultados estadísticamente significativos tienen un alto impacto en el desarrollo del bebé ya que la recurrencia de situaciones estresantes pueden traer aparejados retrocesos transitorios de capacidades ya adquiridas, altera el estado de confianza en relación a la sobrevivencia del bebé de alto riesgo y quiebra la esfera emocional de los padres interfiriendo en el proceso de vinculación que ya

ha presentado obstáculos por las condiciones iniciales de prematurez, promueve en los padres la tendencia a la sobre protección a largo plazo incidiendo en conductas a futuro conocidas como "niño vulnerable".

Para las instituciones en salud representa un ahorro.

Cuadro de impacto económico: Día de internación con ARM \$ 1.150 (pesos argentinos) / Fuente: div. Facturación Htal. Durand abril 2011. Los costos varían notablemente en diversas instituciones según equipamiento de alta complejidad.

Muestra N° 42	Grupo Experimental N° 19	Grupo Control N° 23
Cantidad de días	7	96
Gasto Hospitalario	\$ 8.050 U\$ 1.894	\$ 110.400 U\$ 25.976

Otros resultados significativos:

De los datos obtenidos se ha desprendido una información relevante y estadísticamente significativa estableciendo una relación directa entre las variables: masaje- sueño y capacidad atencional

Acerca del instrumento de medición: para constatar la frecuencia de implementación del masaje en el hogar, hemos diseñado un calendario mensual de auto administración en el que las madres debían consignar la realización del masaje. Luego de la experiencia piloto, quedó establecido un nuevo criterio de exclusión como condición necesaria: Quedan excluidos de la muestra los bebés que no reciban masaje al menos tres veces por semana. Otra finalidad del calendario fue agudizar la mirada interpretativa y decodificación de señales que emite el bebé durante o al finalizar el masaje. Las madres debían

completar las siguientes opciones en los mismos casilleros que indicaban la frecuencia: A- Atento-contento vivaz / B- Duerme más / C- Lloro / D- No nota cambios. Un espacio para "observaciones" ofrece la posibilidad de comentar otros observables.

Resultados:

Se obtuvieron 109 calendarios con 2.329 casilleros completos.

El procesamiento estadístico (spss) de los datos arrojó el siguiente resultado:

En 1º lugar el estado de atención ligado a un estado emocional: opción A "Atento-contento" representó el mayor porcentaje de respuestas 58.8%, resulta estadísticamente significativo al 95% de confianza respecto de los ítems B-C-D (duerme más- llora- no nota cambios, respectivamente)

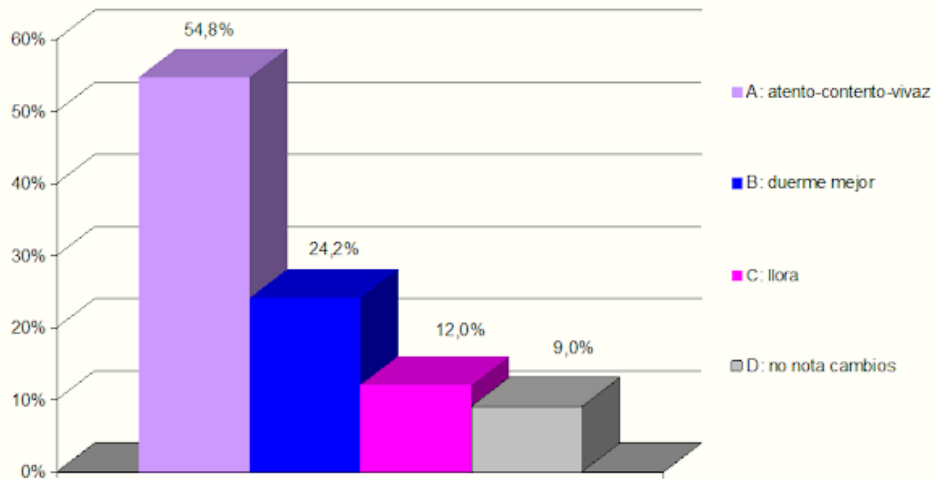
En 2º lugar la opción B "duerme más"



representa el 24.2% demostrando que el masaje favorece el sueño.

Respuestas obtenidas de los calendarios

n° CALENDARIOS: 109 – n° DE CASILLEROS: 2.329



DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS AL 95% DE CONFIANZA (PRUEBA T)

RESPUESTA ENTRE "A" Y "B"- "C"- "D"

36

¿Qué sucede durante el sueño?

El sueño no es un mero descanso, sino una necesidad vital. Las alteraciones del sueño pueden estar ligadas a una anomalía cerebral orgánica o funcional, o bien a una falta de organización del ritmo circadiano y se considera con igual importancia a una adecuada curva de peso ascendente, indispensable para la óptima evolución clínica. No se puede considerar el sueño como una situación pasiva por falta de vigilia; es más bien un estado de gran actividad en el que se producen cambios en las funciones corporales:

- Eliminación de toxicidad, refuerzo de las defensas naturales: sistema inmune

- Cicatrización de heridas por renovación

de la epidermis

- Fijación de minerales necesarios para el organismo, fortalecimiento de la osamenta, tonificación de los músculos y restauración de tejidos

- Modificaciones hormonales, bioquímicas, metabólicas y de temperatura,

- Reparación y depuración celular

- Liberación de la hormona somatotrofa hipofisaria o hormona de crecimiento

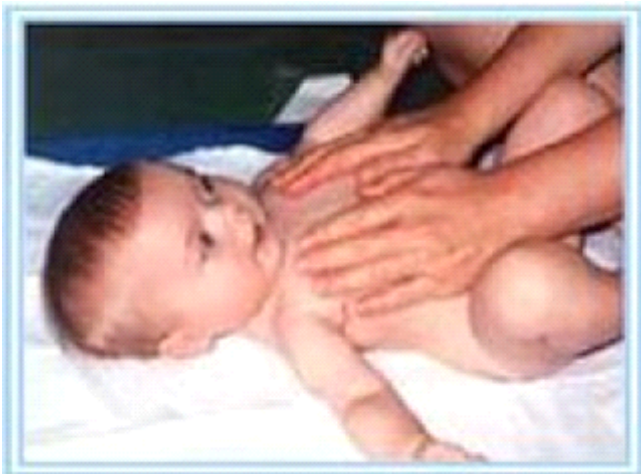
Asímismo existe una interdependencia entre la **calidad del sueño y la capacidad de aprendizaje**. Durante el sueño el cerebro se

mantiene activo: almacena información percibida durante el día ya que las regiones cerebrales implicadas en el aprendizaje del día anterior se reactivan durante el sueño, incluyendo el aprendizaje de habilidades motrices.

Constituye además un mecanismo de autorregulación del estrés o autodefensa ante estados de sobre- excitación, cumpliendo una función reparadora y que impacta positivamente en el temperamento.

Sueño y vigilia son estados complementarios para una buena calidad de vida.

El Masaje Terapéutico regula el tono muscular e induce a estados de relajación facilitando la transición vigilia - sueño. Al mismo



tiempo hemos constatado a través de la observación directa y de los relatos de las madres, que el masaje favorece un estado de bienestar, calma y relajación también durante la vigilia. Este estado de alerta atento y tranquilo (como lo define Brazelton, B.) le permite al bebé interactuar con el medio y aprehender los estímulos de manera adecuada. El estado de alerta atento potencia simultáneamente la incorporación de información y la capacidad para la organización de respuestas promoviendo un feed back con el entorno que retroalimenta positivamente el vínculo con el adulto cuidador, en primera instancia, como presentador

del mundo externo, optimizando los procesos de aprendizaje y conocimiento.

Queremos destacar que en los calendarios la capacidad atencional como señal de respuesta, estaba asociada a un estado emocional “Atento-contento”, esta interconexión resultante de la interacción del bebé con la madre a través del masaje, no resulta casual ni azarosa, como explica Berruezo y Adelantado: “ ...el tono muscular...por medio de la formación reticular, está estrechamente unido a los procesos de atención y percepción. Encontramos así una fuerte interrelación entre la actividad tónica muscular y la actividad tónica cerebral (Da Fonseca,1998). De este modo, al intervenir sobre el control de la tonicidad muscular, intervenimos también sobre los procesos de atención, lo que resulta imprescindible para cualquier aprendizaje. La función tónica, por ser generadora de las actitudes, se pone en relación tanto con la vida afectiva, como con la interpretación perceptiva de la realidad” (Berruezo y Adelantado, P.P, 2000)

Para ilustrar la vivencia de interacción afectiva que se organiza alrededor del intercambio con el bebé a través del masaje transcribo algunas frases espontáneas de las madres recogidas en las entrevistas de seguimiento:



“Antes parecía que le dolía el cuerpecito, ahora está más relajada, cuando le hago en la cabeza y brazos siento que le doy cariño”
“Está tranquila, más expresiva”
“Durante el masaje se pone contenta, se sonríe, quiere jugar”
“Espera que le hagan para que lo disfrute, fue una buena experiencia porque la beba me conoció a mí”

La organización del sueño y el ambiente en UCIN:

El ritmo circadiano se organiza a partir de los ciclos vigilia-sueño, hambre-saciedad; siendo un aspecto significativo en los patrones diarios de los ritmos corporales, el mismo regula los estados de alerta y la capacidad cognitiva entre otros. Durante el período de internación en UCIN existen diversos factores ambientales perturbadores para la organización del ritmo circadiano.

1-El estímulo lumínico: *La luz permanece las 24 hs. casi con igual intensidad.*

2-Los estímulos sonoros *de alta intensidad provenientes de la tecnología que monitorea el estado clínico del bebé y se percibe aún durante el sueño, sumado a los ruidos del personal (voces, pasos, radios etc.) y las visitas.*

3-La frecuencia de la alimentación *regular cada 3 hs. durante el día y la noche.*

Cuando el tiempo de internación es prolongado, la re organización del ciclo sueño - vigilia resulta más costosa al regresar al hogar.

Implicancias del Masaje Terapéutico en la conducta del bebé prematuro

*Según el Dr. Lejarraga, H. los **trastornos de conducta** frecuentes en los niños nacidos prematuros son:*

- Irritabilidad relacionada con la inmadurez
- Estados de desorganización psicomotriz causada por incapacidad de autorregulación
- Hipertonía que obstaculiza el alcance de estados de relajación
- Alto nivel de actividad
- Menor capacidad de interacción (vinculadas generalmente al período de internación)
- Patrones de sueño alterados
- Dificultades atencionales e hiperactividad que pueden interferir en los procesos de aprendizaje en edad escolar.

*A partir de los datos obtenidos nos preguntamos si éstos podrían ser **predictivos** en el*

comportamiento futuro del niño al presentarse optimizados tempranamente los aspectos: **Atención y Sueño**, considerando la interrelación entre ambos en la incidencia de los procesos de aprendizaje y en la socialización; sobre todo partiendo de modalidades de interacción entre padres e hijos, como estilos estables y no como conductas aisladas.

1° Programa sistematizado: Finalizada la investigación, entre mayo 2009/ junio 2011, se ha implementado en el Htal. Carlos G. Durand, el **Programa APIC:** Asistencia Preventiva, Investigación y Capacitación, con el apoyo del servicio de pediatría.

Contextos de funcionamiento:

UCIN: Comenzamos a concurrir semanalmente, para trabajar con las madres en UCIN realizando intercambios sobre pautas de crianza, reforzar su rol materno, promover la red de apoyo interna y pensar la organización del alta con algunas sugerencias concretas para regresar al hogar junto con la entrega de una guía para padres elaborada para ese contexto (ver en <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=66152>) e introducirlas en la experiencia del masaje.

Consultorios de seguimiento: se continuó con la enseñanza del masaje y seguimiento, se incluyeron a todos los bebés con la participación activa de madres y padres. La modalidad de enseñanza varió individual y grupal según la afluencia de familias a las consultas.

Extramuro: presentaciones de la investigación y capacitaciones en diversos contextos académicos.

Proyección, perspectiva y campo de acción:

Nuestra perspectiva actual es difundir cada vez más esta tarea que requiere recursos humanos y que complementa los recursos tecnológicos y medicamentosos.

Situamos nuestra práctica desde la Promoción y Educación para la Salud en Atención Primaria, apuntando a mejorar la calidad de vida desde una perspectiva bio-psico-social (sobre todo en aquellos grupos de mayor riesgo biológico y ambiental). Ante la falta de recursos tecnológicos, Colombia en la década de los '70 creativamente desarrolló el Método Mamá Canguro (MMK), dejando su impronta en el área materno-infantil con excelentes resultados. Este configura uno de los antecedentes más claros de la eficacia en instrumentar a los padres e involucrarlos tempranamente en un rol activo para la salud de sus hijos.

Un camino similar estamos consolidando con el Masaje Terapéutico para bebés. En países desarrollados como Inglaterra y Canadá ya se ha incorporado al sistema de salud en la atención de la madre y el bebé durante el puerperio.

Actualmente nos encontramos cumpliendo nuestro principal objetivo de replicar acciones a través de la capacitación profesional en Masaje Terapéutico para bebés de Alto Riesgo, a agentes de salud y centros de salud públicos y privados, quienes debieran considerarlo como factor protector con un significativo impacto humano a corto y largo plazo y el beneficio económico a través de la prevención.

BIBLIOGRAFÍA

Montagu A.; (1971). *Sentido del tacto- Touching: the Human Significant of the Skin-* Edit. Harper & Row:N. York

Tallis J., y cols. (2005). *Estimulación Temprana e Intervención Oportuna.* Edit. Miño y Dávila: Argentina

D'Alvia compilador (2005). *Calidad de vida, la relación bio - psico -social del sujeto.* Lugar Ed.:Argentina.

Damasio, A. (1996). *El error de Descartes, La emoción, la razón y el cerebro humano.* Barcelona, Edit. Crítica Grijalbo:España

Ministerio Salud Presidencia de la Nación, Dirección Nacional Salud Materno Infantil (2003) *Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo Fustiñana -2º Edic.* Argentina.

Leboyer, (1978). *Shantala-un Arte tradicional el masaje de los niños.* Ed. Hachette

Lejarraga, H. (2004). *Desarrollo del niño en contexto- Ed.* Paidós:Argentina

Oiberman, A.. (2008). *Observando a los bebés... Técnicas vinculares madre-bebé padre- bebé.* Lugar Editorial: Arg.

Berruezo y Adelantado, (2000). *P.P en Psicomotricidad: prácticas y conceptos.* Miño y Dávila Editores:España- Argentina

Sitios web para consultas:

<http://www6.miami.edu/touch-research/>

http://www.unicef.org/argentina/spanish/media_18793.htm

www.infanciaycrianza.com.ar

<http://www.sarda.org.ar/>



Paula Alejandra Landen. (Argentina)

Licenciada en Psicomotricidad.

Prof. De Educación Preescolar

Dedicada a la Atención de bebés, niños/as pequeños/as y escolares, en el campo de la Estimulación Temprana y la Terapia Psicomotriz.

Realizo Orientación y Acompañamiento a las familias en temas de Crianza y Desarrollo.

Ex co coordinadora del Equipo de Psicomotricidad en el Htal. Carlos G. Durand (1994 - 2006)

Coordinadora de la 1º Investigación Argentina "Masaje Infantil y Salud" (con bebés prematuros y familias), en el contexto del Programa de Seguimiento de Alto Riesgo, en el Hospital Carlos G.

Durand, Buenos Aires, Argentina. (2004 - 2011)

Creadora de la Técnica Landen, de Masaje Terapéutico y Vinculante para y con bebés prematuros.

Docente Terciaria en la Tecnicatura Superior de Psicomotricidad, Instituto Superior Padre Luis Tezza. (2008 / actualidad)

Ex integrante del Comité de Familia y Salud Mental de la Soc. Argentina de Pediatría

Integrante del Capítulo de Vínculo Temprano de la Sociedad Argentina de Primera Infancia.

Autora del libros "Interacciones Tempranas - prohibida la educación a distancia" (2013) Edit Albatros. "Cuento para lxs que nacen de pronto y de repente" (2020) Edit. Mil Trazos.

La nutrición **en** los primeros 1000 días



Lic. María Sol Blanco Fux MP. 2489

Licenciada en Nutrición

Profesora Universitaria para el nivel Secundario y Superior

Diploma de Formación Especializada en Enfermedad Celíaca. Universidad de Sevilla

Hoy en día, el periodo que denominamos “los primeros 1000 días de vida”, ha tomado mucha relevancia, debido a que se considera un momento de oportunidades, ya que en esta etapa se forman la mayor parte de los órganos y tejidos y también el potencial físico e intelectual de cada persona. Por ello una buena alimentación en esos “mil días críticos” será un seguro de salud para el resto de su vida futura.

Para conocer un poco más del tema, conversamos con la Lic. en Nutrición Sol Blanco Fux, quien nos comenta cómo es la alimentación en este periodo de oportunidades, tanto en la madre cómo en el bebé.

El ser humano desde que nace hasta que muere transita distintas etapas de la vida, que deben estar acompañadas por un buen estado alimenticio.

Cuando una mujer decide llevar a cabo un embarazo se van a efectuar distintos cambios físicos que pueden llegar a repercutir sobre el estado alimenticio.

A raíz de esto, como primera medida se debe evaluar a la madre gestante, para determinar si la misma presenta problemas en el peso ya sea por bajo o exceso, para ello se utiliza como instrumento de evaluación la gráfica IMC.

Gracias a esa información tendremos un panorama de cómo va a ser el incremento de peso durante el periodo de gestación y así poder determinar cantidad de calorías que requiere para garantizar un embarazo óptimo y reducir el posterior riesgo de enfermedades en el niño.

Estado nutricional inicial	Aumento de peso total (Kgs.)	Aumento de peso semanal a partir de la 10ª semana de gestación (Grs.)
Bajo peso	12 – 18	400 – 600
Normal	10 – 13	330 – 430
Sobrepeso	7 – 10	230 – 330
Obesidad	6 – 7	200 – 230

Fuente: Atalah E., Castillo C., Castro R.



El plan alimenticio que va a abordar dicha madre debe cumplir con las leyes fundamentales de la alimentación (cantidad – Calidad- Armonía y Adecuación),

Ley de Cantidad: la cantidad de la alimentación debe ser suficiente para cubrir las exigencias calóricas.

Ley de Calidad: debe ser completo en su composición para ofrecer al organismo, es decir que aporte todos los principios nutritivos.

Ley de Armonía: la cantidad de los nutrientes que va a aportar dicho plan deben ser proporcional entre sí.

Ley de adecuación: el plan alimenticio es único e individualizado, ya que se elaborará de acuerdo a los gustos y preferencias de la embarazada.

El tipo de alimentación que va a llevar a cabo esa madre gestante, tiene que ser lo más completa y variada posible, debido que es a partir de los alimentos que va a obtener las calorías que requiere, hidratos de carbono, proteínas y grasas. Además debemos instalar hábitos saludables para la incorporación de alimentos reales, es decir que nos aporten tanto las vitaminas y minerales que se va a requerir en dicha instancia, haciendo hincapié en alimentos fuentes en hierro, calcio, Magnesio, Sodio, y vitaminas A, B6,y C.

El período de lactancia, es un momento clave, no solamente porque se genera una situación de conexión entre la madre y su hijo, sino que también ese niño que acaba de nacer va a recibir a través de la leche materna todos los nutrientes que necesita para su crecimiento, además de ser un factor de protección contra el desarrollo de enfermedades en el lactante.

Para que la madre logre una producción adecuada de leche es importante que lleve a cabo una alimentación completa, es decir consumir

cereales preferentemente integrales al igual que las legumbres, priorizar de 3 a 5 porciones diarias de frutas y verduras, fomentar el consumo de carnes magras, principalmente el pescado que es rico en Omega3, y reducir el consumo de alimentos ultra procesados, ya que a nivel nutricional no les va a estar aportando nutrientes esenciales. En relación a la leche materna, no hay ningún alimento que pueda llegar a interferir en el sabor o cambio de aspecto de la misma. Por ejemplo: es normal escuchar que si la madre consume brócoli le puede provocar gases al lactante cuando eso no ocurre.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la alimentación complementaria en los niños, recomendada a partir de los 6 meses, debido a que el niño/a tiene la capacidad de poder sentarse y reduce la posibilidad de asfixias, además está demostrado que la incorporación temprana de los alimentos sólidos puede ocasionar obesidad a futuro. En dicho periodo comienza la introducción de alimentos sólidos o líquidos que son muy distintos a la leche materna o fórmula infantil. Cabe aclarar que la base de la alimentación en el inicio de la etapa continúa siendo la leche materna o fórmula infantil, ya que cubre todas las necesidades nutricionales durante el primer mes de vida.

Es recomendable ofrecer a esos niños que están en pleno crecimiento alimentos reales y evitar que las preferencias alimentarias de los padres terminen afectando su alimentación, es decir como a mí no me gusta la polenta no se lo ofrezco, impidiendo la posibilidad que lo descubra.

Hoy en día a la hora de alimentar a nuestros hijos, los padres suelen aplicar dos métodos, por un lado, la incorporación de alimentos a través de las papillas, y por el otro lado el BLW (Baby Led Weaning) es decir una

alimentación autorregulada. Este último plantea:

Que el niño se siente en la mesa junto al resto de la familia, es decir que no haya un tiempo distinto para la incorporación de las comidas.

Ofrecer al niño los mismos alimentos que consume su familia.

Que puedan explorar con los alimentos, como llevarlos a la boca, tocarlos, observar los colores.

No importa que método vayamos a aplicar, tenemos que tener en cuenta, en ofrecerle los alimentos, y adaptar texturas y tamaños de acuerdo al mes que se encuentre transitando.



Alimento	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	>2 años
Leche materna				
Fórmulas adaptadas (en caso de no estar con LM)				
Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado, aceite de oliva				
Leche entera, yogur, queso tierno (pueden ofrecerse en pequeñas cantidades a partir de los 9 o 10 meses)				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda, etc.)				Por encima de los 3 años
Alimentos superfluos (azúcares, miel, cacao, bollería, galletas, embutidos y charcutería)	Cuanto más tarde y en menor cantidad mejor (siempre a partir de los 12 meses)			

En la siguiente gráfica, se pueden apreciar los grupos de alimentos, y en qué mes es recomendable incorporarlos. Hay que tener en cuenta que hay ciertos alimentos que están prohibidos incorporar hasta el año, como por ejemplo la miel, por la presencia de la bacteria *Clostridium Botulinum* (Botulismo), o también la carne picada, los médicos pediatras retrasan la

incorporación de este alimento por lo menos hasta los 5 años, por otra bacteria que es la *Escherichia Coli* ocasionando el Síndrome Urémico Hemolítico (SHU).

En conclusión se debe promover el consumo de alimentos saludables, y reforzar los hábitos alimenticios que contribuyan a mantener la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Baldomero Lopez, V., Cabrera, P., Castro, E., Delfante, A., Iglesias, M., Lofrano, J., Llames, L., Rodota, L. Salvo, A., Spaccesi, A., Stasi, M. y Vilallonga, L. (2013) *Handbook de Nutrición Clínica*, Editorial Akadia.
- Critzmann, Sabrina. (2019) *Hoy no es siempre*, Grupo editorial Planeta.
- López, L y Suárez, M (2005) *Fundamentos de la Nutrición Normal*, editorial El Ateneo.

NACER CON DERECHOS

Experiencia de las mujeres y cumplimiento de la Ley de Parto Respetado en casos de internación neonatológica

nacerconderechos2019@gmail.com
Agosto de 2021

Objetivos: Describir la experiencia de las mujeres en relación al cumplimiento de la Ley 25.929, "Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento", en aquellos casos que requieren internación neonatológica.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 373 mujeres de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires.

Resultados: El 68,4% de los nacimientos fueron por cesárea. El 42,6% de las mujeres encuestadas tuvieron trabajo de parto. 84,6% refirieron estar acompañadas por una persona de su elección durante el mismo. Quienes no estuvieron acompañadas señalaron como motivo principal (63,6%) que la institución no lo permitió. En el 60% de los casos no hubo contacto inmediato con el/la

bebé luego del nacimiento. En aquellos casos en que lo hubo, solo el 4% tuvo contacto piel a piel durante una hora ininterrumpida o más. Casi la mitad de la muestra (49,3%) podía ingresar sin restricción a las salas de internación. Un 4,5% mencionó restricciones vinculadas a momentos de limpieza, ingreso de nuevos/as pacientes, cambios de guardia, horarios de lactancia, situaciones críticas o sugerencias del personal hospitalario de retirarse por algunas horas. El 82,6% manifestó haber participado activamente en el cuidado de la persona recién nacida. Conclusiones: El relevamiento da cuenta del incumplimiento en muchos aspectos de la legislación vigente. Se considera importante incluir especialistas en salud mental perinatal y realizar capacitaciones para el personal de salud.

Palabras claves: Neonatología - Acceso irrestricto - Contacto piel a piel - Parto Respetado - Salud Mental Perinatal

Introducción

La institucionalización del parto data de finales del siglo XIX, cuando los nacimientos pasan del hogar al hospital y de la atención de matronas a la asistencia del médico. Así, estos eventos vitales comenzaron a ser tratados como eventuales enfermedades controladas por profesionales de la medicina⁽¹⁾. De este modo, la concepción medicalizada de la asistencia de la salud reproductiva produjo una atención seriada, indiscriminada, recurriendo a prácticas rutinarias e interfiriendo en los procesos fisiológicos. Hubo una apropiación y enajenación del cuerpo de la mujer, subordinándolo al poder y autoridad de la ciencia, desplazando el protagonismo de la experiencia⁽²⁻³⁾.

1.El artículo utiliza lenguaje inclusivo en todos los términos pertinentes. En este caso, se optó por el género masculino debido al contexto histórico en el cual sólo los varones ejercían la medicina.

La hospitalización también estableció que las personas recién nacidas sanas, fueran separadas de sus madres al nacer y alojadas en "nurseries" hasta el momento del alta médica. Lo mismo sucedía con aquellas que nacían enfermas o en forma prematura, siendo atendidas por enfermeras y limitando el ingreso de las madres debido a los temores que suponía la posibilidad de una infección transmitida por las visitas⁽⁴⁾. También existía preocupación por la salud emocional, lo que puso el foco en los aspectos psicológicos de la relación madre-hija/o. En Estados Unidos, Jackson (1946)⁽⁴⁾ fue pionera en proponer el alojamiento conjunto para favorecer la confianza en las mujeres y el desarrollo saludable de la persona recién nacida desde los inicios. Klaus y Kennell (1976)⁽⁵⁾ investigaron acerca de la existencia de un período sensible inmediatamente luego del parto, durante el cual se iniciaría el proceso de vinculación materno-filial. Propusieron reducir las separaciones al mínimo posible, a fin de proteger dicho momento.

A su vez, en la década

del 70 en Europa, Michel Odent⁽⁶⁾ desarrolló su trabajo orientado a "devolver" el parto a las mujeres, resguardando su intimidad, brindándoles libertad y realizando intervenciones mínimas en el transcurso del nacimiento. Odent se apoyó en las enseñanzas de Frederick Leboyer⁽⁶⁾, médico que promovió un recibimiento para las personas recién nacidas libre de violencias e intervenciones bruscas. Leboyer la describió, no como un objeto, sino como una persona necesitada de afecto y cuidados desde el primer momento en que llega al mundo, incluyendo la reunión inmediata con la madre luego del nacimiento⁽⁷⁾.

En el contexto latinoamericano, en el año 1979 en Colombia, se utilizó por primera vez el "Método Madre Canguro" en los cuidados de quienes nacen prematuramente como alternativa a la incubadora⁽⁸⁾. En la misma línea, Nils Bergman⁽⁹⁾, médico neonatólogo, promovió este método centrado tanto en los beneficios del contacto piel con piel (COPAP), como en las consecuencias de una separación temprana.

En Argentina, el servicio

de Neonatología de la Maternidad Sardá desarrolló desde la década del 70 un modelo de atención que ponía el foco en la familia, la mujer y la persona recién nacida. Contó con un equipo proveniente del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, allí Florencio Escardó generó un cambio en las salas de internación abriendo las puertas para que las madres pudieran permanecer con sus hijas/os⁽¹⁰⁾. Surgió así en la Sardá, el modelo de atención de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) que se fue implementando a partir de la práctica misma dentro de la institución.

Este modelo incluye entre sus principios la protección de los derechos, la promoción de la participación familiar y de la comunidad, apoyando asimismo la iniciativa de UNICEF, "Hospital Amigo de la Madre y el Niño" (HAMN, 2011) para la promoción de la lactancia.⁽¹¹⁾

Las críticas que se realizaron a la atención durante el parto y nacimiento⁽¹²⁾, posibilitaron la Declaración de Fortaleza por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985)⁽¹³⁾ en la que

2. Incluimos en este término tanto el ingreso y permanencia en UCIN, la participación de la familia en los cuidados, así como también el primer contacto luego del nacimiento y la duración del mismo.

se establecieron recomendaciones para una atención perinatal adecuada y segura, considerando los aspectos familiares, psicológicos y sociales del embarazo, en pos de una experiencia positiva de parto. Esta declaración fue ratificada en el año 2018.⁽¹⁴⁾

Además de las prácticas hospitalarias y lo propuesto por organismos internacionales, en Argentina la legislación avanzó en materia de derechos infantiles. En 1994, se incorporó a la Constitución Argentina la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989). Ese mismo año⁽¹⁵⁾, se incluyeron los derechos del niño hospitalizado (SAP y UNICEF, 1994) cuyos artículos promueven que la persona recién nacida no sea separada de su madre y la participación y acompañamiento de la familia durante la internación. En 2004, se sancionó la Ley Nacional 25.929 "Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento" reglamentada en 2015; la misma, presta especial consideración a los derechos vinculados con el binomio madre-hijo/a, el contacto inmediato e ininterrumpido, el acceso continuado en caso de

internación, la lactancia, conforme a las recomendaciones mundiales (OMS, OPS). Sin embargo, los avances en materia legislativa y las recomendaciones de organismos internacionales, no siempre se han visto reflejados en la atención de la salud.

En Iberoamérica, un estudio realizado para conocer el estado del acceso a las neonatologías concluyó que es necesario un cambio de la cultura organizacional para lograr el cumplimiento de los derechos de las familias en casos de internación⁽¹⁶⁾. En Paraguay se realizó una investigación para evaluar si se aplican cuidados del neurodesarrollo en unidades neonatales de acuerdo al protocolo de atención de ese país. Los resultados arrojaron que ningún hospital cumple con ello, siendo los cuidados reales muy alejados de los propuestos; recomendaron monitorear sistemáticamente la implementación de las normativas⁽¹⁷⁾.

Los estudios que se realizaron en Argentina pusieron el foco en el modelo MSCF; en Santiago del Estero, se estudiaron los factores

facilitadores y obstaculizadores en el logro de los objetivos establecidos por dicho modelo en un Hospital Regional. Los resultados demostraron que la posibilidad de aplicarlo radica en el interés de conocerlo e implementarlo. Sin embargo, los obstaculizadores tienen que ver con poco conocimiento de lo que significa una MSCF y su implicancia, no existiendo capacitación para llevarlo a cabo⁽¹⁸⁾. En Córdoba se evaluó el cumplimiento del modelo MSCF en el departamento de Neonatología del Hospital Materno Provincial. Los resultados evidenciaron cumplimiento en las variables "protección de derechos", "COPAP", "HAMN" y "promoción en la participación"⁽¹⁹⁾. En Buenos Aires, se realizó un diagnóstico de la cultura organizacional en diversas instituciones; se demostró que no está consolidado el compromiso de los integrantes de las maternidades con la iniciativa MSCF⁽²⁰⁾.

La legislación vigente, las recomendaciones internacionales y nacionales en relación a la atención de la salud perinatal, requieren de

3. Sistema Informático Perinatal, año 2017 Ministerio de Salud de la Nación, p.12

4. Resolución 306/2002 "Norma de organización y funcionamiento de los servicios de neonatología", Ministerio de Salud de la Nación.

relevamientos que puedan dar cuenta periódicamente del grado de cumplimiento de los derechos. De esta manera, el objetivo de la presente investigación es describir la experiencia de las mujeres en relación al cumplimiento de la Ley 25.929 "Derechos de Padres e hijos durante el proceso de nacimiento", en aquellos casos que requieren internación neonatológica.

Material y Métodos

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, retrospectivo. Esta investigación forma parte de un estudio más amplio que incluye las experiencias de mujeres en relación al cumplimiento de la Ley de Parto Respetado. En este trabajo, sólo se analizaron los casos de nacimientos seguidos de internación.

La muestra estuvo conformada por 373 mujeres que reportaron haber tenido uno o más hijos/as en instituciones de la Provincia de Buenos Aires y en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el período comprendido entre 2017-2019.

La primera versión del instrumento estaba compuesta por 36 preguntas. Estas fueron

revisadas por una experta en el área de perinatalidad y, a partir de la devolución de la misma, se realizaron modificaciones para clarificarlas. Luego se hizo una prueba piloto, enviando la encuesta a mujeres que participaban en un grupo de crianza, después de la cual no fue necesario realizar más correcciones. Al encuadrarse en una investigación más amplia, para el análisis no se tuvieron en cuenta tres preguntas que no resultaban pertinentes para el objetivo de este estudio, junto a otra pregunta de análisis cualitativo. Por lo tanto, la versión analizada contó con 32 preguntas y tres dimensiones. Una dimensión que incluía preguntas sobre el acompañamiento, por ejemplo "¿Estuviste acompañada por algún ser querido/a durante el trabajo de parto?". Otra área hacía referencia al acceso continuado con preguntas sobre el mismo: "¿Cómo era el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos?". Una última dimensión indagaba sobre la humanización de los cuidados, por ejemplo: "¿Pudiste vos y/o tu pareja hacer contacto piel a piel?"

La difusión de la

encuesta fue a través de un método no probabilístico de tipo bola de nieve. Con su respectivo consentimiento informado, fue realizada a través de servicios de mensajería (Whatsapp) y redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter y LinkedIn).

Se utilizó el programa R versión 4.0.3 para el análisis descriptivo de frecuencias.

Resultados

La vía de nacimiento fue en el 68,4% de la muestra, por cesárea. El tiempo de duración de la mayoría de las internaciones (68,9%) fue menor a 15 días. El mayor porcentaje de las mismas (42,7%) tuvo lugar en unidades de observación o aislamiento, el 34,5% en terapia intensiva y el 22,6% en terapia intermedia.

Los resultados se presentan a continuación en tres ejes: apoyo psicoemocional durante el trabajo de parto, nacimiento e internación; primer contacto y acceso a neonatología y, por último, humanización de los cuidados.

Apoyo psicoemocional

El 42,6% de las mujeres encuestadas tuvieron trabajo de parto y, de este total,

5. Artículo 4 inciso b)

6. Ac. A. Miguel Largaía. Comunicación personal. Las funciones de los padres en UCIN. 2018.

84,5% refirieron estar acompañadas por una persona de su confianza y elección durante el mismo. Las mujeres que no estuvieron acompañadas señalaron como motivo principal que la institución no se los permitió (63,6%). Al indagar sobre el momento del nacimiento, el 82,6% estuvo acompañada durante el mismo, mientras que en el caso de las mujeres que estuvieron solas, al 64,6% la institución no les permitió el ingreso de un acompañante.

También se indagó si las mujeres tuvieron apoyo psicológico durante la internación, siendo algo poco frecuente. De aquellos casos cuya respuesta fue afirmativa, en su mayoría refirieron haber recibido apoyo siempre de la misma persona. Este acompañamiento fue percibido como positivo en la mayoría de los casos.

Al momento de iniciar la lactancia, el 65,4% manifestó sentirse apoyada por quienes la asistieron. El 53,9% de los casos se fue de alta con lactancia exclusiva, el 40,1% de forma mixta y el 5,9% con leche de fórmula.

Acceso continuado: Primer contacto y acceso a neonatología

En el 60% de los casos

no hubo contacto inmediato luego del nacimiento. En aquellos casos en que sí lo hubo, sólo el 4% (6 mujeres), tuvo contacto piel a piel durante una hora ininterrumpida o más. En el 67% de los casos, el contacto duró aproximadamente 5 minutos. De las 222 mujeres que no pudieron estar en contacto inmediatamente después del nacimiento con su hijo/a, el 41,4% citaron como motivo que la persona recién nacida tuvo que ser atendida por un profesional de la salud debido a un problema médico.

Al indagar acerca del ingreso del grupo familiar a las salas de internación, se encontró que casi la mitad de la muestra (49,3%) podía ingresar sin restricción. Un 4,5% mencionó restricciones que estaban vinculadas a momentos de limpieza, ingreso de nuevos/as pacientes, cambios de guardia, horarios de lactancia, situaciones críticas o sugerencias del personal hospitalario de retirarse por algunas horas.

En el 71,9% de los casos el ingreso de abuelos y abuelas era permitido, con una frecuencia estimada de una vez por semana (71,8%). Las hermanas y los hermanos podían ingresar (48,6%) con una

frecuencia de una vez a la semana (60,8%).

En relación con la existencia de condiciones que favorecen el acceso y el vínculo, un 63,3% de la muestra refirió que las instituciones no contaban con un lugar para pasar la noche. En un 34% de los casos, las instituciones no disponían de un centro de lactancia materna.

Por último, en lo que refiere a las indicaciones sobre acceso a las unidades de neonatología, el 51,4% indicó que la sala de internación contaba con señalización visible referida al horario de ingreso.

Humanización de los cuidados

Al preguntar si las encuestadas pudieron participar activamente en el cuidado de su hijo/a, en el 82,6% de los casos esto sucedió siempre/casi siempre. Cuando se indagó sobre si las madres y/o sus parejas pudieron realizar contacto piel a piel a lo largo de la internación, el 55,2% dijeron que siempre/casi siempre, el 23,3% algunas veces, mientras el 20,9% dijo que nunca.

El 82,6% refirió que siempre les fueron comunicados los procedimientos médicos llevados a cabo y en un 82,5%

de los casos, fueron percibidos como claros y comprensibles por las familias.

Discusión

El primero de los ejes evaluados hace referencia al acompañamiento de profesionales y familiares a lo largo del proceso de parto, nacimiento y posterior internación. Si bien las mujeres refirieron en su mayoría haber estado acompañadas durante el trabajo de parto (84,5%) y el período expulsivo (82,6%), más del 60% de quienes no estuvieron acompañadas refirieron que el motivo fue que la institución no lo permitió.

La Ley 25.929 garantiza el derecho a elegir una persona de confianza para ser acompañada durante el trabajo de parto, parto y postparto inmediato. También lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (1985). Un porcentaje mayor al 15% de las encuestadas no contó con dicho acompañamiento. Es preocupante, en términos del cumplimiento de un derecho, que la razón para aquellas que no accedieron haya sido en un alto porcentaje el impedimento por parte de la institución.

En relación a la vía de nacimiento, el 68,4% fue por cesárea. La evidencia científica

disponible da cuenta de que, a nivel poblacional, las tasas de cesáreas que superan el 10% no redundan en una reducción de la mortalidad materna y neonatal.⁽²¹⁾

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación considera la tasa de cesárea útil para investigarla como indicador indirecto de empoderamiento de las mujeres y de los condicionantes no médicos para la realización de esta práctica.

Sobre el acompañamiento psicológico durante la internación, sólo un 20% contestó haberlo recibido. La atención fue positiva para más del 50% y algo positiva para más del 30%. Ante este resultado, contrario a los beneficios y la normativa vigente, se abre la pregunta por los factores que obstaculizan la inclusión de psicóloga/o perinatal dentro de las neonatologías.

En el segundo eje se evaluó el acceso continuado. Al momento del nacimiento, el 40,5% de las encuestadas pudo tener contacto inmediato con su bebé, siendo 5 minutos la duración aproximada. Por lo tanto, además de registrarse un 60% de casos que no tuvieron contacto inmediato, las que sí accedieron lo tuvieron en un

lapso de tiempo demasiado corto. A modo de hipótesis, se podría pensar en un cumplimiento formal de una práctica que supondría el desconocimiento o la desestimación de su importancia. Sólo 6 mujeres tuvieron contacto con sus hijos/as durante una hora o más.

De las 222 mujeres que no pudieron estar en contacto inmediatamente después del nacimiento con su bebé, el 41,4% refirió como motivo que su hija/o tuvo que ser atendida/o debido a un problema médico. En lo referente a este dato, cabe destacar los estudios de Nils Bergman⁽⁹⁾: las personas nacidas en forma prematura que recibieron cuidados en contacto piel con piel sobre el pecho de su madre, obtuvieron mejores resultados fisiológicos y mayor estabilidad que aquellas que fueron controladas en servocunas. Si bien la encuesta no especifica la condición del "problema médico" en las respuestas, abre un interrogante para futuras investigaciones en torno al elevado porcentaje de binomios que no tuvieron contacto inmediato y la justificación en torno a su condición de salud.

Es así que es clave la participación de las familias en

los cuidados de la persona recién nacida, siendo asimismo un derecho promulgado en la Ley 25.929. En relación a la internación el 49,3% de la muestra refirió haber tenido acceso irrestricto a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Resulta interesante destacar algunos comentarios entre las respuestas que aludían a criterios particulares de la institución para permitir el acceso, por ejemplo: “estaba restringido el ingreso durante los cambios de guardia y las dos horas de limpieza”. Asimismo, otros consideraron irrestricto el acceso tomando como salvedad la necesidad del equipo médico o del personal de realizar algunas intervenciones: “Sin restricciones salvo horarios de limpieza o si estaban atendiendo a un bebé recién nacido. Pero super entendible.” Al respecto, Miguel Larguía observa que si hubiera que pedirle a los padres que salgan cada vez que hay que realizar un procedimiento estarían más tiempo fuera de las unidades que junto a sus hijos. Es de destacar entonces que, toda vez que aparecen condiciones para el acceso, este deja de ser irrestricto. Se evidencia aquí la necesidad de profundizar tanto en la capacitación de los y las

profesionales como en la información a la comunidad sobre sus derechos en torno a la permanencia y acceso en las salas de internación. En este mismo tema, la investigación encontró que el 51,4% de las instituciones contaba con señalización en relación al horario de ingreso a neonatología. Estos carteles, son símbolos de una cultura institucional que considera a la familia como “visita”.

Sobre los factores que favorecen el acceso continuado es llamativo que el 63,3% de los resultados señalan que las instituciones no contaban con un lugar para pasar la noche y, el 34% que no tenían un centro de lactancia materna, dificultando así la presencia permanente de las familias. Surge la pregunta por la relación entre estos resultados y el 46,1% de quienes se fueron de alta sin lactancia exclusiva.

En cuanto a la información sobre la salud neonatal y los procedimientos realizados, el 82,6% de las mujeres respondió haberla recibido. La misma fue percibida por las familias como comprensible. Dentro de las prácticas que humanizan la internación se considera fundamental la comunicación del

equipo médico con la familia, junto a una participación activa de la misma en los cuidados y toma de decisiones.

Según los resultados el 55,2% de las encuestadas refirió haber realizado contacto piel a piel durante la internación, mientras que para el resto de las mujeres ese contacto fue esporádico o nulo. Fomentar el contacto piel con piel genera beneficios a nivel físico, afectivo y psicológico para la persona recién nacida, su madre y su padre. Resulta alarmante que, con todos los beneficios descritos en la literatura científica, casi la mitad de las encuestadas no haya podido practicarlo.

Por último, cabe señalar que las limitaciones del presente estudio están vinculadas con la falta de datos sociodemográficos y la ausencia de distinción entre instituciones del ámbito público y aquellas del ámbito privado. Asimismo, al ser una encuesta que alcanza a aquellas personas con acceso a redes sociales es menester aclarar que no se puede aseverar el grado de representatividad de la misma.

Conclusiones

La investigación da cuenta del incumplimiento en

muchos aspectos de la legislación vigente.

Es menester destacar la importancia del trabajo de especialistas en salud mental perinatal en las instituciones y la experiencia satisfactoria de las mujeres que contaron con su asistencia y acompañamiento; las políticas sanitarias deben hacer efectivo su inclusión en la

UCI. También parece pertinente la inclusión de un proceso continuo de capacitación para el personal de salud en materia de derechos y la reflexión sobre su práctica cotidiana.

Asimismo sería conveniente avanzar en la investigación sobre aquellos factores que interfieren en el COPAP y en el acceso irrestricto.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo de la Comisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos del Distrito XV de la Provincia de Buenos Aires y el aliento de María Aurelia González, Ludmila Jurkowski, Rocío Manubens y la Red de Familias Prematuras.



Lic. Carolina Vandam
MN 27.769 - MP 99.023

*Lic. en Psicología Clínica (UBA)
Formación en Salud Mental Perinatal (ex-concurrente Maternidad Sardá)
Atención clínica de personas adultas en consultorio privado
Perito psicóloga del Juzgado de Familia N°3 de San Isidro
Especialización en curso: Prevención y Asistencia en Infancia y niñez (UBA).*



Lic. Cintia González
MN 59002 - MP96.897.

*Lic. en Psicología (UBA)
Psicóloga clínica con formación Perinatal
Terapeuta de pareja y familia con orientación sistémica.
Diplomada en terapia narrativa.
Coordinadora técnica de Hogar convivencial de niñas, niños y adolescentes
Miembro de Las Otras Caras, psicólogas perinatales*



Lic. Natalia Liguori
MN 47.600 - MP 96.341.

*Psicóloga (UCES), certificada e Salud Mental Perinatal (IESMP),
diplomada en Sexualidades, Parentalidades y Reproducción Humana (UAI). Directora y docente de Impronta Perinatal. Docente en cursos de posgrado en AASM y UNSAM.
Integrante de la Asoc. Civil Dando a Luz,
Integrante de la Mesa Transdisciplinaria para la Prevención y Erradicación de la Violencia Obstétrica del Defensor del Pueblo de la Nación y el Comité Asesor de la UPA. Área de archivos adjuntos*



Lic. Paola Casadesús
MP 93958

*Licenciada en psicología (UBA)
Formación en Salud Mental Perinatal y Terapias Cognitivas.
Promotora de Lactancia Materna.
Ex integrante de Amamanta, Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna.
Miembro de la Red Nacional de Salud Mental Perinatal.
Integrante del Espacio de Orientación Perinatal y CASAIP de la Red Nacional de Salud Perinatal.
Integrante del Staff de Mamam Red de Grupos.
Coordinadora de Mamam Del Viso.
Terapeuta Cognitiva en Fundación Prosam.
Atención individual on line*



- (1) Canevari Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. - 1a ed. - Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.
- (2) Fornes, V. (2009). *Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto*. En *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba.
- (3) Oiberman, A., Mansilla, M., Carballo, R., y Elizondo, C. (2019). *El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencias*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Premio Facultad de Psicología 2019. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- (4) Ungerer R., de Miranda A. (1999). *História do alojamento conjunto*. Artigo especial *Jornal de pediatria*. Sociedade brasileira de pediatria (Rio J.) 1999; 75(1): 5-10
- (5) Klaus M.H., Kennell J.H. (1978). *La relación madre-hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Editorial Médica Panamericana.
- (6) Odent M. (1985). *Nacimiento renacido*. edit. Errepar, Bs. As., 25.
- (7) Leboyer, F. (2008). *Por un nacimiento sin violencia*. Mandala Ediciones. 1ra Ed. 1976.
- (8) Monasterolo, R. C. (1998). *Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término*. *An Esp .Pediatr* 48, 631-633.
- (9) Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. (2004). *Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns*. *Acta Pædiatr* 2004; 93: 779–785. Stockholm. ISSN 0803-5253
- (10)) Uriburu, G., Mercer, R., Romero, M., Zamberlin, N., Herrero, B. (2008). *El modelo de maternidad centrada en la familia: experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: estudio de buenas prácticas* (pp. 59-59).
- (11) Larguía AM, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pietrantonio E, Bianculli P, Ortiz Z, Cuyul A y Esandi ME. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo UNICEF*
- (12) Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. (2013). *La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto*. *Revisión de la bibliografía*. *Matronas Prof*; 14(2): 62-66.
- (13) Organización Mundial de la Salud (1985). *Recomendaciones sobre el nacimiento*. *Declaración de Fortaleza*. Traducción ACPAM. *Lancet*, 2, 436-7.
- (14) OMS (2019). *Recomendaciones de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (15) Puga, T. F. (2001). "Los derechos del niño". *Arch.argent.pediatr*; 99(2), 150-161
- (16) Bueno, M. T. M., Quiroga, A., Rodríguez, S., & Sola, A. (2016). *Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar*. *Anales de Pediatría* (Vol. 85,

BIBLIOGRAFÍA

- (12) Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. (2013). *La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Matronas Prof; 14(2): 62-66.*
- (13) Organización Mundial de la Salud (1985). *Recomendaciones sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Traducción ACPAM. Lancet, 2, 436-7.*
- (14) OMS (2019). *Recomendaciones de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*
- (15) Puga, T. F. (2001). "Los derechos del niño". *Arch.argent.pediatr; 99(2), 150-161*
- (16) Bueno, M. T. M., Quiroga, A., Rodríguez, S., & Sola, A. (2016). *Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar. Anales de Pediatría (Vol. 85, No. 2, pp. 95-101). Elsevier Doyma.*
- (17) Escobar, R. & Strübing, E. (2016). *Exploración de una herramienta para evaluar si se aplican cuidados del neurodesarrollo en unidades neonatales. Pediatría (Asunción), 43(3), 189-198.*
- (18) Mansilla, M. (2019). *Factores facilitadores y obstaculizadores en el logro de los objetivos establecidos por el modelo maternidad segura y centrada en la familia: Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo." Santiago del Estero. Abril - Mayo 2014*
- (19) Sánchez Zanón, N. (2012). *"Cumplimiento del modelo maternidad segura centrada en la familia en el Departamento de Neonatología Hospital Materno Provincial Córdoba. Septiembre - Octubre 2012*
- (20) Ramos S., Romero M., Ortiz Z. y Brizuela V. (2015). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia: La cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr. 2015;113(6):510-518*
- (21) OMS, 2015 *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. WHO | World Health Organization › publications › cs-statement*



Consecuencias psicoemocionales de la Pandemia en madres y padres de bebés nacidos en el contexto de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio y Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio en la ciudad de Mar del Plata.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo indagar acerca de la experiencia de gestación, nacimiento y crianza de hijas/os que nacieron en contexto de ASPO y DISPO en el marco de la pandemia provocada por el virus Sars-Cov2-19, relevando los aspectos positivos y negativos de este acontecimiento, analizado desde la autopercepción de las madres y los padres de la ciudad de Mar del Plata. A través de una metodología exploratoria, de enfoque mixto (cuali-cuantitativa), y diseño mixto, se ha hallado que el aislamiento social respecto de la red de sostén de la gestante, día y/o familia ha resultado el principal aspecto negativo; que la imposibilidad de acompañamiento en controles, ecografías y/o nacimiento ha resultado en un evento adverso, donde pueden verse reflejadas cuestiones como la vulneración de derechos, dificultades en la formulación y aplicación de



Nancy Di Virgilio - M.P.46209

Lic. en Psicología. Especialista en Ps Perinatal y de la primera infancia.
Especialista en Docencia universitaria.



Ana Laura Marinone - M.P. 47.480

Lic. en Psicología con formación en Ps. Perinatal.

protocolos, y las desigualdades e inequidades del acceso al Sistema de Salud; y que el respeto por la intimidad de la día y/o núcleo familiar en los primeros días posteriores al nacimiento ha sido percibido como positivo, por lo que podría estar reflejando la necesidad de numerosas familias de que esta práctica se instale familiar y socialmente más allá del contexto de Pandemia.

Palabras Clave:

Consecuencias psicoemocionales en madres/padres – Pandemia – contexto ASPO/DISPO – Aspectos significativos positivos/negativos - Red de sostén

Introducción

Desde que el Gobierno de la República Argentina dispuso el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (en adelante ASPO) el 20/03/20 las familias, y por

ende la sociedad toda, ha sido sacudida con un acontecimiento inédito en estas últimas décadas que ha sido, el virus Covid-19.

La tercera ronda de la Encuesta Rápida realizada por UNICEF (2020) relevó información sobre los efectos emocionales en la primera infancia. Allí se observa que poco más del 40% de los hogares con menores de hasta 6 años manifiesta que han sufrido alteraciones respecto de las comidas en el tiempo que se lleva de cuarentena. El 42% refiere alteraciones del sueño y, finalmente, el 15% de las niñas y los niños presenta problemas de comunicación. Es habitual que los efectos no estén aislados, sino combinados; por ejemplo, alteraciones en el sueño y las comidas o problemas de comunicación y de sueño. Por otro lado, las medidas de aislamiento han generado efectos en torno al acceso a los servicios de salud de las familias. El 42% de los hogares encuestados no pudo mantener los controles de salud para el conjunto del hogar o alguno de sus miembros y al 20% no le fue posible continuar la vacunación de sus hijas e hijos.

Conforme ha ido avanzando el conocimiento del virus, los gobiernos nacionales y provinciales han ido llevando a

cabido recomendaciones. Respecto de las consultas obstétricas, en las Recomendaciones que publicó el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires al 13/04/20 en relación a Consultorios Externos (CAPS y Hospitales) y Guardias Obstétricas no hay referencia explícita alguna a que la persona embarazada puede asistir acompañada por alguien de su elección. Esto significa que las mismas no incluyen a la persona acompañante como parte de la población con la que trabajar/cuidar y en todo momento se habla de embarazada. Lo anterior, sumado a que en las recomendaciones se aspira a disminuir la circulación -en términos de cantidad de personas que circulan por estos espacios de salud-, podría hacer pensar que el objeto de cuidado es sólo la persona gestante.

En vistas a la evidencia de que en los últimos 20 años los partos se han tratado más como un problema médico que como un proceso natural, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) ha emitido nuevas recomendaciones para reducir las intervenciones médicas innecesarias. La nueva guía de la OMS incluye 56

recomendaciones, entre las que se incluyen poder elegir al acompañante durante el alumbramiento; asegurar un cuidado respetuoso y una buena comunicación entre la mujer y el equipo médico; y que la persona gestante pueda elegir alguien que la acompañe en el proceso del parto.

En el mismo sentido, la Ley n° 25.929 de Parto Humanizado (Ministerio de Justicia y Derechos humanos, 2015) en su Artículo 2° establece el derecho de toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto: al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer; a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto; y a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que no requiera de cuidados especiales, entre otros.

En su artículo Primera Infancia: impacto emocional en la Pandemia, Unicef (2021) plantea que

“Todos los vínculos han estado profundamente comprometidos durante la pandemia y es posible que las relaciones de sostén de muchas niñas y niños se hayan desestabilizado, incluso porque los cuidadores y cuidadoras durante la pandemia han visto sus subjetividades afectadas y desorganizadas” p31.

Unicef plantea que los factores de protección son aquellos recursos que permiten a niños y niñas atravesar de modo más protegido las situaciones adversas que les toca vivir. Durante la pandemia, los factores de protección han sido los vínculos saludables y contenedores, los afectos cercanos, la conexión con los otros, las actividades culturales y de juego. Esto puede extrapolarse a los adultos que transitan por el período perinatal. Se conoce de la vulnerabilidad que conlleva el período perinatal en quien gesta en particular y de los factores de riesgo (Oberman, 2012) que pueden incidir su salud mental. Es por esto que, teniendo en cuenta que la gestación, el nacimiento y la crianza significan para quienes la transitan y acompañan un período de crisis vital y evolutiva, es posible inferir que cuestiones

tales como la posibilidad/imposibilidad de acompañamiento, presencia o ausencia de la red de sostén, interrupción o sostenimiento de los vínculos socioafectivos entre otras, podrían conllevar consecuencias psicoemocionales en las personas que se encuentran atravesando dicha crisis en el contexto de aislamiento social debido a la Pandemia.

Material y método

La presente investigación constituyó un estudio exploratorio de enfoque y diseño mixto (cuali-cuantitativo).

El objetivo general del presente estudio fue indagar las consecuencias psicoemocionales del ASPO y DISPO en la experiencia de gestación, nacimiento y la crianza de hijas/os nacidas/os entre el 20/03/20 y el 30/09/2021, desde la autopercepción de las madres y los padres, considerando los aspectos positivos y negativos de esa experiencia.

Objetivos específicos:

1.-Identificar si hubo consecuencias de la ASPO o DISPO en la gestación, nacimiento y crianza de niñas y niños que nacieron en este contexto.

2.-Explicitar de qué manera impactó la ASPO y DISPO en esos ámbitos.

3.-Describir desde la autopercepción de las madres y los padres los aspectos positivos o beneficios, y aspectos negativos u obstáculos que observan.

La muestra estuvo compuesta por un total de 35 personas autoseleccionadas, que accedieron voluntariamente a participar de la realización de una encuesta. El requisito para dicha participación fue el de ser madre, padre y/o principal cuidador/a de una niña o niño nacido entre el 20/03/2020 y el 30/09/2021 (momento de realización del presente estudio). La totalidad de personas encuestadas resultaron ser mujeres heterocis que gestaron a sus hijas/os.

La difusión de la encuesta se realizó a través de un método no probabilístico. Con su respectivo consentimiento informado, fue realizada a través de servicio de mensajería (Whatsapp) y redes sociales (Instagram y Facebook). La encuesta fue formulada en dos partes. La primera, con dos preguntas abiertas (de tipo cualitativas) destinadas a

indagar tanto sobre la experiencia de crianza en el contexto de Pandemia, como acerca de los aspectos percibidos como positivos y negativos de este contexto, en relación a la gestación, nacimiento y/o crianza (del bebé). En una segunda sección, se realizó una serie de preguntas (de tipo cuantitativas) a fin de recabar datos sobre: fecha de nacimiento del hijo/a nacido/a en contexto de Pandemia; posibilidad de acompañamiento de la persona gestante a controles obstétricos, ecografías y nacimiento (parto vaginal/cesárea); posibilidad de permanencia quien la acompañaba durante el período de internación obstétrica/neonatal; visitas, acompañamiento y/o ayuda de familiares o personas allegadas luego del nacimiento. La formulación de dicha encuesta en estas dos secciones descriptas, tuvo la intención de que la recolección de los datos específicos no generara posibles sesgos o direccionamiento de las respuestas a las preguntas abiertas.

Resultados

Vivencias personales acerca de la crianza en contexto de

Pandemia

En primer lugar, al realizar la pregunta abierta acerca de cómo fue para la encuestada la experiencia de criar a su hijo/a nacido/a en el contexto de la Pandemia, se destaca que la alusión a expresiones como *soledad*, *el poco acompañamiento* y *el aislamiento* estuvo presente en 13 de las encuestadas, lo que representa aproximadamente un 38% de la muestra.

“El embarazo fue muy solitario en todo aspecto. El papá no pudo entrar a ninguna ecografía ni control, no pudo ver al bebé en vivo a lo largo de todo el crecimiento (filmé todas las eco y se las mostraba cuando salía). Las noticias, fueran buenas o no muy buenas, las recibía sola. El bebé en la panza no escuchó voces de otras personas (yo le ponía audios de los abuelos o tíos para que escuche otras voces y pudiera identificarlos). Mismo cuando nació, las primeras veces que salimos y veía otras personas se quedaba mirando sorprendido, como que era raro que existieran otros”.

“El contacto virtual era diario, pero no alcanzaba. Se diluía. No tener ningún tipo de ayuda generó mucha soledad. En el curso de parto en línea

tampoco sentí contención, y durante el trabajo de parto tampoco, todo lo contrario, como que molestaba. Quizás me tocó una partera sin ganas o sin vocación, pero bueno, ya pasó. Pero soledad sería la palabra principal para describir la crianza.”

También ha resultado significativa la caracterización de esta experiencia como “buena” o “muy buena”, “linda”, “hermosa”, “positiva” o “disfrutada” en 23% de las encuestadas (N=8).

Luego, las palabras o expresiones frecuentes para describir dicha experiencia que se extraen del relato de las encuestadas han sido “miedo” - o la alusión a un “extra” o “plus” de miedo (sumado al temor ya conocido que conlleva la llegada de un hijo)- (21%); “difícil” o “complicada” (18%); la mención a la ambivalencia (con expresiones como “positiva y negativa” o “hermosa y agotadora”, o explícitamente “ambivalente”) en un 18% de las respuestas.

También resulta destacable entre los temas que emergieron, la referencia a la incertidumbre, la desinformación y el desconocimiento de cuestiones relativas al contexto de Pandemia, la enfermedad y los

contagios (en 4 encuestadas, lo que representa cerca de un 12% de la muestra total).

Dos de las encuestadas describieron esta experiencia utilizando los términos “tristeza” y “angustia”. Tres de ellas (cerca de un 9% de la muestra) se refirieron particularmente a la aparición de reacciones de angustia o de miedo de sus bebés ante la presencia de familiares o amigos, o el temor a que el aislamiento social producto del contexto de pandemia pudiera afectar la socialización futura o a mediano-largo plazo del bebé.

También otras tres encuestadas señalaron la situación de la alteración en las consultas o controles médicos, la reducción de la accesibilidad a (los) profesionales (obstetra, pediatra) y/o déficits en la atención, tanto por la sobrecarga de (los) profesionales abocados a la atención de pacientes con Covid como por el contagio del propio personal de Salud.

Nuevamente tres de ellas refirieron expresamente no ser madres primerizas, con lo cual hacían mención al hecho de cómo esta experiencia ha sido “nueva” o “diferente” a las anteriores. Como contrapartida, se halló que 15% de la muestra total (5 encuestadas) aclararon

en sus respuestas que resultaba difícil diferenciar (“no puedo comparar”, “es difícil saber”) que aspectos de esta experiencia se debieron a la crianza en general, y cuáles a la crianza en pandemia en particular, ya que era éste/a su primer/a hijo/a.

Otras dos encuestadas utilizaron la expresión “cómoda” para describir la experiencia de crianza, aclarando que se encontraron ellas y/o sus parejas transcurriendo más tiempo en la casa. E igual número de madres refirieron los cuidados sanitarios o precauciones de higiene hacia sus bebés, vividos como extremos:

“¡La experiencia fue totalmente nueva! Hubo precauciones que tuvimos que aplicar que antes tal vez no se tenían en cuenta. A veces sentía que las precauciones de higiene rozaban lo maniático u obsesivo. Y desde ya que se me cruzaron por la cabeza si no estaré siendo exagerada o sobreprotectora. Pero como el contexto era totalmente nuevo así también las reglas de crianza”.

Por otra parte, tres de las encuestadas hicieron referencia en sus respuestas a las dificultades asociadas con el nacimiento prematuro de sus

bebés y/o la internación en el Servicio de Neonatología; y una mencionó la experiencia de haber sufrido Depresión Post Parto.

Dos de las encuestadas hicieron alusión en esta pregunta a expresiones como “sufrí violencia obstétrica” o “en un control no la pasé nada bien”, relatando hechos de maltrato o vulneración de derechos. Luego, se suman a estos relatos expresiones individuales (es decir, que se registraron sólo en una encuestada) tales como vulnerabilidad, sensibilidad, la vivencia de no notar diferencias con respecto a otra experiencia anterior de crianza, palabras como “agotadora”, “rutinaria” o “monótona”, o la preocupación de una madre por la exposición que consideró excesiva de su bebé recién nacido a pantallas y celulares –por ser éste el único medio de contacto del bebé con personas del círculo afectivo y familiares-.

“El gran tema de la cuarentena fue el celular. Previamente, Sofi (hija mayor) no tenía acceso pero en esos meses fue su único medio de comunicación con sus abus y primas. Luca, a horas de nacer, ya tenía una pantallita en su cara porque era la única forma de que la familia y amigos lo

conocieran y vieran su crecimiento”.

Gestación, nacimiento y crianza en contexto de pandemia: aspectos positivos y negativos
 Resulta destacable que al preguntar a las encuestadas acerca de los posibles aspectos valorados positivamente de su experiencia, una amplia mayoría (62%, N=21) destacó el hecho de no haber recibido visitas en la clínica u hospital como también en la casa durante los primeros días posteriores al nacimiento, haciendo mención al respeto por la intimidad y el vínculo de la díada madre-hijo/a o la familia nuclear.

“Aún así, hay cuestiones que fueron positivas, por ejemplo el no invadir esos momentos importantes de encuentro y conexión. Antes de la pandemia la gente solía copar la casa del recién nacido, pero con esto de los posibles contagios de Covid han disminuido las visitas, quizás por ese lado sí fue positivo, por el respeto hacia mapadres de un recién nacido, que se encuentran en un momento sumamente especial y nuevo”.

“Me parece positivo que esta pandemia creo que generó más conciencia en todos con respecto

a las visitas a un recién nacido”.

“Lo que consideré positivo del nacimiento fue que nadie pudiera venir a mi casa... suena raro pero es así, cuando es tan chiquita, me resultó muy positivo que nadie pudiera venir ni al hospital ni a mi casa por un tiempo, así no la expuse a un montón de otras cosas... que ahora que estamos en pandemia puedo pensar, “mirá vos, a cuántas cosas uno expone a un recién nacido”, cuando tanta gente lo viene a ver, lo agarra, lo toca. Así que eso es positivo, el poder estar en familia nosotros solos”.

Asociado a esta cuestión, encontramos también como aspecto positivo destacado, la referencia en 11 de las encuestas (32%) a una “mayor conexión” en la pareja, la tríada (madre-padre-bebé) o la familia nuclear (incluyendo otros hermanos o hermanas).

“La conexión durante seis meses de los tres fue única, a tal punto que en broma decimos que tendremos otro hijo pero si hay otra pandemia”.

Además, 26% de las encuestadas (N= 9) expresaron como aspecto positivo la reducción del trabajo de la

madre, la posibilidad de trabajar desde casa durante la gestación y/o la crianza, y la no necesidad de delegar los cuidados de su bebé en otras personas o en guardería o jardín maternal –cuando previo a la pandemia hubieran tenido que hacerlo-. También en relación a esta cuestión, 4 encuestadas destacaron una mayor tranquilidad en el embarazo, una mayor “conexión con la panza”, o –en palabras de una de ellas- con su “yo mamá”, debido al aislamiento.

“Y después todo lo que se generó en la pandemia nos benefició, porque se cortó todo, entonces siento que no me perdí de nada (incluso las salidas de mis amigas, porque no hubo). El puerperio es tan hacia adentro que con eso la pandemia nos acompañó”.

Ligado a lo anterior, también 6 encuestadas destacaron como positiva la mayor presencia del padre en la casa (por reducción horaria o “home office”) como consecuencia del contexto de pandemia.

Otros aspectos mencionados como positivos resultaron variables, tales como la buena atención de los profesionales e instituciones (9%); la no

exposición a recibir comentarios indeseados sobre crianza como consecuencia de un mayor aislamiento social (N=1); el hecho de no estar expuesta a realizar compras excesivas e innecesarias de artículos de bebés (N=1); el apoyo y comunicación de modo virtual con familiares y profesionales (N=2); y la descripción de esta experiencia en términos generales como “más positiva que negativa” (N=3).

Por otra parte, al preguntar a las encuestadas acerca de los posibles aspectos valorados negativamente de su experiencia, fue posible destacar dos cuestiones que se reiteraron en las respuestas con mayor recurrencia. En primer lugar, 68% de las encuestadas (N= 23) remarcaron como aspecto negativo cuestiones referidas al aislamiento social: la reducción de su vida social, de las salidas, el verse imposibilitadas de compartir el embarazo, “mostrar la panza” o que familiares y amistades puedan conocer a su bebé; y sumado a estas cuestiones, otras similares como la imposibilidad de realizar el curso de preparto y así conocer a otras futuras madres o parejas –en expresión de varias encuestadas, lo que ellas refirieron como hacer “tribu”- o

la suspensión de celebraciones o ritos sociales como el baby shower.

“En la gestación fue feo porque estuve sola, no podía ver a mi mamá y hermanas y fue el primer embarazo y necesitaba de eso, y que vean la panza crecer”.

“Las cuestiones negativas, no poder relacionarnos con la familia y amigos que recién lo alzaron a los casi 4 meses de nacido. Que lo conocieran por un vidrio. Que no pudiéramos compartir la mayor parte del embarazo. Fue y es el distanciamiento social una de las cosas más negativas”.

“Pese a que estábamos “distráidos” en nuestra propia realidad y estábamos a full con las videollamadas, no tener el acompañamiento de la familia empezó a ser insostenible a partir del tercer mes. Y ahí empezó otro dilema moral entre verlos y cumplir con la cuarentena (...). Era loquísimo que algo tan normal como ir a la casa de los abuelos de repente fuera una situación tan estresante, entre lidiar con la conciencia y dibujar permisos de circulación (aún me acuerdo los nervios que tenía la primera vez que fui manejando con las criaturas). Pero bueno, ambas partes asumíamos los riesgos porque era necesario

vernors, por el bien de la salud mental”.

En segundo lugar, también resultó destacable la mención como aspecto negativo de este contexto, a la imposibilidad de las mujeres durante la gestación a estar acompañadas en los controles obstétricos y/o en las ecografías, en un 38% de las respuestas (N=13).

“Podría decir que algunas cosas se vivieron con angustia y bronca. Que no dejen pasar al papá a las consultas y ecos. Tuvimos la posibilidad de hacer dos ecos privadas y ahí sí pasó el padre. Terrible”.

Otras cuestiones valoradas como negativas fueron el miedo al contagio de Covid del bebé, la pareja o la familia toda (N=10), y en relación a esto expresiones como “ansiedad”, “pánico”, “miedo” o “estrés” en el 15 de las respuestas (N=5). Además, 5 de ellas refirieron como aspecto negativo la vivencia de constante incertidumbre acerca de cómo sería el parto o nacimiento así como los controles obstétricos en un contexto tan cambiante, mientras que una de ellas refirió como punto más negativo el no poder estar acompañada en el momento mismo del parto.

Debe sumarse, además, la mención a otros aspectos negativos, tales como:

- Imposibilidad de recibir ayuda de la red de sostén (familia, amigos) durante el postparto, así como de dejar al bebé al cuidado de éstos (12%)
- Contagio de Covid de la madre, padre y/o bebé (9%)
- Desempleo de la madre, el padre y/o familiares, dificultades económicas o problemas de cobertura de la Obra Social como consecuencia del contexto de Pandemia (9%)
- Separación temporaria de la pareja parental por restricciones de viajes, o imposibilidad de realizar viajes planificados durante el embarazo (9%)
- La obligación de utilizar barbijo durante el parto o la internación (6%)
- Enfermedad y/o fallecimiento de personas allegadas (6%).

Acompañamiento a los controles obstétricos

Del total de encuestadas (N=35), el 71% (25 madres) afirmó que pudo asistir acompañada, y el 29% (15 madres) expresó que no pudo asistir acompañada. De

ese 71% (N=25) de madres que pudo ir acompañada, el 48% (N=12) asistió acompañada a la totalidad de los controles y el 52% (N=13) acompañada con alternancia dependiendo de cómo estaba la situación epidemiológica en la ciudad.

Acompañamiento a los controles ecográficos

El 37% de las madres dijo no haber podido asistir a las ecografías con un acompañante (13 mujeres) y el resto (22 mujeres, que forman el 63% del total de la muestra, N=35), dijo que sí pudieron estar acompañadas en los controles ecográficos. Del total de mujeres (22) que pudo asistir con un acompañante, el 50% (N=11) lo hizo en todos los controles y el otro 50% (N=11) pudo asistir de manera alternativa según el momento en que la población de Mar del Plata estaba transitando la pandemia respecto a la situación epidemiológica. Una persona de aquellas que no pudieron asistir con un acompañante expresó que en el momento de la ecografía se llevaba a cabo una videollamada con su pareja y así, en tiempo real pudo asistir de manera virtual su pareja al control:

“Hasta que se decretó el aislamiento sí pude ir con mi pareja. Luego no, sola. Pero hacíamos videollamada durante la consulta”.

Nacimiento: modalidad y acompañamiento

El 29% (N=10) de las encuestadas pudo transitar por un trabajo de parto culminando en un parto vaginal y al 71% (N=25) se le practicó cesárea. Si bien no se indagaba la causa de la realización de la práctica, algunas de las respuestas agregadas por las mujeres en esta pregunta fueron los motivos por el que se le realizó la misma. Ellos son: “Complicación en el trabajo de parto”, “falta de dilatación”, “embarazo de riesgo”, “urgencia”, “posición podálica” y “cesáreas anteriores” Del total de encuestadas (N=35), el 46% no pudo estar acompañada en el parto (N=16) y el 54% (N=19) sí lo pudo hacer.

Permanencia del acompañante en internación

El 89% (N=31) de las encuestadas ha estado acompañada y el 11% (N=4) no pudo estarlo. Pero de ese 89% (N=31), tres de ellas (el 8%) expresaron que pudieron

permanecer previo pago extra, una (el 3%) estuvo con su bebé Internación en Neonatología con horarios “muy acotados” y una (el 3%) cuyo acompañante pudo permanecer las primeras 24 hs.

Tiempo transcurrido desde que nació su hijo/ hija hasta que fue conocido por alguien de la familia o del círculo de amistad.

Del total de sujetos (N=35), el 9% (N=3) lo/la conoció el mismo día. Han sido abuelos y abuelas que asistieron ese día. El 40% (N=14) lo fue a conocer en la semana; el 14% (N=5) lo/la conoció entre los 8 a 15 días y el 9% (N=3) entre los 16 y los 30 días. Prácticamente el 30% fue a conocerlo/a después de los dos meses (N=10). En general se trató de personas que tenían que viajar y por la ASPO y la DISPO no podían viajar debido a la prohibición de hacerlo.

Tipo de ayuda recibida

De total de mujeres encuestadas (N=35), el 37% (N=15) no recibió ningún tipo de ayuda luego de la externación, y el 63% (N=25) sí recibió ayuda.

Las respuestas acerca de qué tipos de ayuda fue recibida han sido de diverso tipo. El valor más alto resultó ser la ayuda con

comida, luego compras, tareas domésticas y compañía, cuidados del bebé y apoyo por videollamadas.

Discusión y Conclusiones

Si bien existió un gran porcentaje (71%, 25 madres) que pudo asistir a los controles obstétricos acompañadas, no todas lo hicieron de manera continuada.

En el caso de las madres que respondieron haber ido al control ecográfico acompañada, se observa una tendencia menor a lo que ocurrió con la asistencia a los controles obstétricos. Esto puede tomarse como una vulneración del derecho de la persona gestante de estar acompañada en todo el proceso del embarazo tal como lo estipula la ley y las recomendaciones internacionales. Por otro lado, las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para la organización de consultas obstétricas no incluyen a la persona acompañante como parte de la población con la que trabajar/cuidar y en todo momento se habla de embarazada. Sumando esto a que en los objetivos en las recomendaciones se aspira a

disminuir la circulación en términos de cantidad de personas que circulan por estos espacios de salud, podría pensarse que se concibe como objeto de cuidado sólo a la persona gestante.

Puede observarse además, la utilización de la herramienta tecnológica para sustituir la modalidad presencial.

Si bien los porcentajes de cesáreas practicadas en las madres encuestadas alcanza al 71% del total, y estos hallazgos son congruentes con los realizados por Puca (2020), no se ha indagado lo suficiente como para arribar a una conclusión al respecto.

Se requiere mayor indagación para entender si hubo alguna relación entre el tipo de parto practicado y el ingreso del acompañante a la sala de parto. El 10% de las mujeres que tuvieron parto vaginal no pudo estar acompañada en el nacimiento de su bebé y el 40% de las mujeres a quienes se les practicó una cesárea no estuvo acompañada en el nacimiento de su hijo o hija. ¿Podría esto estar relacionado a la falta de información de las diferentes formas de transmisión del virus Sars-COV2 en el comienzo de la pandemia?.

Es posible inferir que existe en la

población encuestada una falta de sostén a la madre, padre, los padres o pareja parental. Sería necesario seguir indagando si esta falta en la red de sostén puede suplirse con otro tipo de agrupamientos como por ejemplo grupo de padres en puerperio, utilización de comunicaciones a través de redes de grupos, creados según las necesidades que poseen las madres en estos momentos.

El tiempo transcurrido en intimidad y sin interferencias externas tanto durante el período de internación postparto como en los primeros días en casa, fue percibido como facilitador para el conocimiento del vínculo, la construcción del maternaje y el paternaje y la adaptación de la díada o tríada a esta nueva etapa vital; con lo cual esto podría pensarse como un factor de protección, y podría estar manifestando una necesidad de las familias que sería preciso contemplar más allá del período de aislamiento social o de pandemia, en tanto práctica social y cultural a revisarse.

Al decir de Oiberman,

“Un acontecimiento imprevisto, puede convertirse en un hecho traumático o no, dependiendo de la respuesta que se pueda formular ante él y del soporte que

se pueda ofrecer a sus protagonistas” (2013, p.31).

El presente trabajo constituye una primera aproximación, aún muy cercana en el tiempo, hacia aquellas vivencias y situaciones que pueden estar reflejando las consecuencias directas de este contexto tan inusual, disruptivo y crítico, sobre la experiencia de personas y familias en plena crisis vital y evolutiva.

Resulta posible concluir entonces, que el aislamiento social respecto de la red de sostén de la gestante, díada y/o familia ha resultado el principal aspecto negativo, e -inferimos- pueda quizás constituirse como factor de riesgo para esta población; que en este sentido, también la imposibilidad de acompañamiento en controles, ecografías y/o nacimiento del bebé ha resultado en un evento adverso, donde pueden verse reflejadas cuestiones como la vulneración de derechos, dificultades en la formulación y aplicación de protocolos, y las desigualdades e inequidades del acceso al Sistema de Salud, entre otras; y que el respeto por la intimidad de la díada o núcleo familiar en los primeros días posteriores al nacimiento ha sido percibido como positivo, por lo que podría estar reflejando la

necesidad de numerosas familias de que esta práctica se instale familiar y socialmente más allá del contexto de Pandemia.



BIBLIOGRAFÍA

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Informe sobre parto respetado. Mi decisión debe ser respetada. Sobre el derecho al parto respetado en contexto de COVID-19. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sobre_parto_respetado_4.pdf

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2015). Ley 25929 de Parto Humanizado. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

Ministerio de Salud (2020). Covid-19. Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contexto de pandemia. Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid-19-recomendaciones-atencion-embarazadas-recien-nacidos.pdf>.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020). Recomendaciones: Organización de consultas obstétricas. Disponible en <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/docs/efectores/Organizacion%20de%20consultas%20obtetricas%20en%20el%20marco%20de%20covid%2019.pdf>

Oiberman, A; Santos, S. (2015). 25 años acompañando el nacer y sus después: La Psicología Perinatal. Premio Estímulo 2011. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. 1-30.

Organización de las Naciones Unidas (2020). Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos. Noticias ONU. Disponible en <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>

Puca, L. (2020). Padres primerizos: cuestionario evaluativo de la experiencia en el nacimiento de su hijo. Perinatal. 13-20. disponible en <https://www.psicologosdistrtox.org/wp-content/uploads/2021/04/REVISTA3-dic-2020-ISSN.pdf>

Unicef (2021). Primera Infancia: Impacto emocional en la Pandemia. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/10606/file/Primera%20infancia.%20Impacto%20emocional%20en%20la%20pandemia%20.pdf>.

entina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27611-2020-346233>

MATERNIDADES DIVERSAS

LOS PRIMEROS MIL DÍAS POR DOS

En esta oportunidad nos preguntamos ¿cómo serán Los Primeros Mil Días de aquellas personas y familias a las que llegan más de un bebé o beba a la vez? ¿Cómo será cuando llegan dos? ¿Cuáles serán las fantasías y los temores que acompañan la noticia, la espera, el nacimiento, las noches y el día a día? ¿Qué demandará la crianza? ¿Se multiplicará por dos el trabajo? ¿Cómo será soñar a dos, amamantar a dos...amar a dos?

Los nacimientos múltiples han estado presentes siempre en la historia de la humanidad, mellizos, trillizos, y más. El Jefe de la Unidad de Medicina Materno Fetal de Clínica INDISA (España), el Dr. Jorge Gutiérrez, explica que en el último tiempo han aumentado los embarazos múltiples debido en parte, a la postergación de la maternidad y al hecho de tener que recurrir a los avances de la medicina reproductiva.

¿Qué es un embarazo múltiple? Es un embarazo con dos o más fetos simultáneamente en la

cavidad uterina (dobles, triples, cuádruples, o incluso más).

Este tipo de gestación se puede dar de dos maneras:

- *Monocigóticos o gemelos: se originan a partir de la fecundación de un único óvulo por un espermatozoide; el embrión se divide dos o más veces dando lugar a gemelos que comparten la misma carga genética, y tienen características físicas idénticas.*
- *Multicigóticos o mellizos: se originan cuando dos o más óvulos son fecundados por dos o más espermatozoides, dando lugar a embriones diferentes que tienen un parecido pero no comparten la misma carga genética, y pueden ser de diferente sexo. Existen diversas razones por las cuales se pueden generar estos embarazos.*
 - *La herencia: si en la familia hubo un embarazo múltiple, es posible que alguien más de la familia tenga un embarazo de*

este tipo.

- *La edad de quien gesta: a partir de los 30 años de edad el cuerpo genera más hormonas y esto puede propiciar un embarazo múltiple.*
- *El haber tenido un embarazo previo también aumenta las opciones de tener un embarazo múltiple.*
- *Otra de las causas del incremento de este tipo de embarazos en el último tiempo está relacionada con los adelantos en nuevas tecnologías reproductivas, el incremento de centros que realizan tratamientos de fertilidad, y el hecho de que éstos últimos privilegian el éxito del procedimiento antes que el control en el número de embriones*

que llegarán a término. (Clínica Indisa, 2022)

Más allá del camino que cada persona haya transitado en la búsqueda de su hijo o hija, Oiberman (2005) asevera “Ser madre en la especie humana excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural, histórico y psicológico.”. La llegada de un nuevo ser implica cambios y transformaciones en quien materna y en su entorno afectivo: nuevos roles, nuevas prioridades, un reordenamiento de casi todos los aspectos de la vida. Se ven implicados también no solo el cuerpo de quien gesta o materna sino también su psiquismo, sus vínculos, historia personal y por supuesto su futuro.

Este antiguo proverbio africano llama la

“Se necesita una aldea para criar a un niño”

(Proverbio africano)

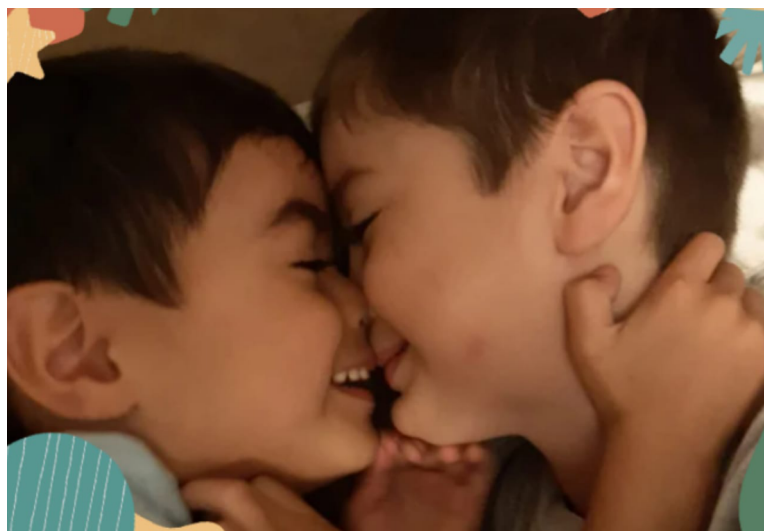
atención hacia la necesaria colaboración en la crianza. La responsabilidad no es sólo de la madre y del padre, o de quienes ejercen estos roles, sino que es necesaria toda la familia extensa y círculo afectivo para que cada niño se desarrolle, aprenda y alcance todo su potencial en un ambiente seguro y saludable. Junto a la idea de que la crianza no es solo “cosas de mujeres” celebramos que en la actualidad nos estemos cuestionando que las tareas de cuidado y domésticas hayan sido impuestas como patrimonio de lo femenino, desestimando cualquier otro deseo o aspiración, como si las mujeres nacióramos con ciertos genes o aptitudes innatas que nos hacen especialmente aptas para ello. La carga física y mental que soportan quienes maternan y se abocan al cuidado del hogar sin que estas tareas hayan sido



libremente elegidas, así como el malestar emocional que provoca relegar el cuidado de sí y las aspiraciones personales, han sido temas de numerosas investigaciones, y publicaciones y de hasta libros enteros.

Pensamos como necesaria la implicación de otras en la crianza de niños y en los quehaceres del hogar, no sólo en vista al infante que crece sino también, poniendo de relieve la salud y bienestar de su cuidador o cuidadora principal, que como sabemos en las familias heterocis por norma general sigue siendo la mujer.

Para responder a los interrogantes



Nombrar “Los Mil Días” nos permite poner el foco en la fragilidad pero a la vez en la potencialidad del período perinatal, siendo tan importante la salud física como mental de quienes protagonizan la escena perinatal.

planteados antes nos acompañan con sus historias tres mujeres que fueron mamá por dos, y que hoy tienen la bondad de compartir con nosotras un poquito de esos mil días; lo hicieron participando amablemente de una entrevista, vemos que nos respondieron?

Cuando preguntamos ¿cómo supieron que serían mamá por dos y cómo se sintieron?

Aylén supo que sería mamá de dos en la primera ecografía, aunque algo sospechaba, porque había tenido dos embarazos previos y esta vez tenía “mucho panza”. Al recibir la noticia sintió mucho miedo. El papá estaba muy contento aunque ambos sentían temor e incertidumbre por cómo sería la vida con dos bebés.

Sofía nos contó que la noche anterior a la primera ecografía soñó que eran dos, y que desde pequeña decía que quería tener mellizos; entonces cuando el ecógrafo le dijo: “está todo perfecto pero tengo que decirles algo”; ella respondió: - “dos dos” e inmediatamente comenzó a reírse de



nervios y de alegría. Cuenta que el papá de los mellizos estuvo sin hablar por cinco minutos.

Para Anabella la noticia de que tendría dos hijos llegó de la mano del Juzgado de Familia; D y M son hijos del corazón y tenían 10 meses cuando llegaron a su familia. Nos cuenta que sintió una felicidad inmensa, mezclada con miedo, ansiedad y mucha incertidumbre, y que el papá sintió mucho entusiasmo, aunque a veces también ansiedad.

Como vemos las tres familias recibieron la noticia con sorpresa y alegría, aún Aylén y Sofía que pudieron intuirlo se sorprendieron. Vemos también que a pesar de las diferencias particulares de cada historia, la alegría, la ansiedad y la incertidumbre se hicieron presente.

¿Cómo fué el nacimiento y los primeros días en casa?

El nacimiento de J. y M., según recuerda Aylén fue muy rápido, como nacieron prematuros tuvieron que quedarse 15 días en neonatología y agrega. "Al llegar a casa fue nuestro momento para relajarnos, por suerte me arreglé bastante bien cuando el papá se iba a trabajar nos quedábamos solitos y se portaban muy bien".

Sofía nos cuenta que fue su primer embarazo, I. y L. nacieron también por cesárea, recuerda: "Los primeros días en casa fueron raros. Yo no podía hacer mucho por la cesárea y eso me mataba. Pero más allá de eso, bastante mejor de lo que esperaba"

Anabella relata que para ella y su esposo la llegada de D y M trajo mucha felicidad, y recuerda: "Fueron días de mucha alegría, de mucha conexión, también hubo momentos difíciles...teníamos que adaptarnos los cuatro. Siempre tuvimos mucha ayuda, todos querían conocerlos y teníamos manos y brazos a disposición, ¡todavía los tenemos!"

Uno de los mitos en torno a mellizos o gemelos es que puede ser difícil diferenciarlos físicamente si son muy parecidos, pero sabemos que quienes interactúen con ellos siempre encontrarán diferencias. También es importante tener presente que cada uno tendrá necesidades, gustos y aficiones diferentes, por lo que será preciso reconocerlas y fomentarlas en la medida de lo posible.

Así mismo considerar los méritos de cada uno por separado y de manera independiente, no desde el fomento de la competitividad, sino reconociendo esfuerzos o virtudes en diferentes momentos. Todas las personas tenemos cosas buenas y no tan buenas, y es importante tanto reconocer las buenas como ayudarles a tolerar sus dificultades.

Las tres mamás refieren que pueden reconocer lo particular en cada uno de sus hijos;

Aylen dice: "Tienen carácter súper diferentes, él es súper tranquilo y ella es un poco más difícil de llevar"

Sofía nos cuenta que L. es súper inquieto, y sociable. Por su parte I. es más tranquila, es generosa y casi siempre está feliz"

Anabela manifiesta "D. y M. son muy distintos, polos opuestos, con respecto a su carácter y también sus gustos"

Elas coinciden en lo intenso del día a día y en lo lindo que es verlos crecer e interactuar entre ellos.

"Nuestra vida cambió 100%, tenemos dos mini terremotos que dieron vuelta la casa y nuestras vidas. Así mismo somos un lío hermoso, elegiría mil vidas más con ellos. Hay peleas, gritos, pero ellos nos dan los mimos y amor más lindos que jamás pude imaginar" (Anabella)

Invitamos a cada mamá a dedicar unas palabras a quienes esperan mellizos.



Aylén: "Le diría que al principio todas tenemos ese miedo de no poder pero es una experiencia única y cada momento es especial"

Sofía: "Qué es lo más lindo! A medida que van creciendo comparten más cosas entre ellos. Juegan juntos, se buscan cuando falta el otro".

Anabella: "Les diría que se preparen, que todo cambia, que los disfruten porque crecen muy

rápido, que es mucho el trabajo pero doble la recompensa. Y aunque si es un laburo tremendo y a veces vas a sentir que no das más. Ellos te dan todo su amor y por dos. Y eso le gana a todo."

Recordamos que este espacio no busca dar cuenta exhaustivamente de cómo es cada maternidad. Simplemente mostramos unas pinceladas de experiencias que a veces no vemos o no imaginamos. Más que certezas nos gusta generar interrogantes, curiosidad, mostrar que están ahí. Pensamos que visibilizar las distintas formas de transitar la maternidad nos puede ayudar a comprender y empatizar con otros que recorren a su manera la experiencia de ser familia.

Estamos muy agradecidas con Aylén, Sofía y Anabella que nos prestaron sus palabras para mostrar una vez más lo diverso de la maternidad. Muchas gracias!



Carla Escobar - M.P. 47.930
Lic. en Psicología con formación en
Ps Perinatal



Claudia Rosana González - M.P 45918
Lic. en Psicología con formación en
Ps Perinatal.
Técnica en Puericultura

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández, Ana M. (2021) *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. 1ra Ed. Paidós: Buenos Aires
- Gutierrez, J. (s/f) *Embarazo múltiples, causas y cuidados*. Indisa Clínica de Familia. Recuperado el 20/01/2022 de <https://www.indisa.cl/blog/embarazos-multiples-causas-y-cuidados/>
- Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología Perinatal*. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Oiberman, A (2005) *Historia de las Madres en Occidente: repensando la maternidad*. *Psicodebate. Psicología Cultura y Sociedad* N°5. pp 115-130.
- Toribio Caballero, S. (2014) *Crianza de Gemelos y/o Mellizos*. *Aesthesis Terapia Psicológica* Recuperado el 20/01/22 de www.psicologosmadridcapital.com/blog/crianza-de-gemelos-yo-mellizos/

Sembrando entre redes

Desafíos en la incorporación de la Psicología Perinatal en Centros de Salud. Relatos de una experiencia en la Unidad Sanitaria Nro 2 de la ciudad de Mar del Plata.



Ps. María Pusterla - M.P. 46111

Con formación en Psicología Perinatal y de la primera Infancia y en Infancia e Instituciones.



Claudia Rosana González - M.P 45918

*Lic. en Psicología con formación en Ps Perinatal.
Técnica en Puericultura*

El presente artículo pretende alentar e impulsar a profesionales especializados en psicología perinatal al desafío de la construcción de dispositivos de atención perinatal en Centros de Salud.

Son vastas las manifestaciones de colegas sobre experiencias de impedimentos para realizar intervenciones, para abrir espacios, para trabajar desde una visión interdisciplinaria, convirtiéndose en espectadores pasivos e impotentes ante intervenciones iatrogénicas.

La falta de protocolos para el abordaje de la muerte gestacional, las dificultades en el manejo de la información con pacientes en situaciones críticas, la falta de detección de riesgo vincular, son algunos de los escenarios encontrados. La interdisciplina que implicaría entrar en diálogo para

acordar objetivos terapéuticos comunes, se desdibuja o desaparece e impacta en la dimensión subjetiva de pacientes y agentes de salud.

El campo de lo perinatal ha dado una “vuelta de timón” cuando se incorporó la dimensión de la palabra, al decir de Alicia Oiberman (2014)

“...si coloquialmente “a las palabras se las lleva el viento”, en este caso ocurre todo lo contrario: cuando las palabras tienen alas y pueden permanecer, en nuestra escucha, no se las lleva el viento, pero siempre y cuando nosotros, como psicólogos, las podamos sujetar.” (p.13)

Y sujetar con palabras no es únicamente darle sentido, sostén, elaboración y concatenación a las emociones, conlleva además el compromiso profesional de no silenciar lo obturado, de generar mecanismos de apertura hacia el cambio.

Un paciente que recientemente había perdido a su compañera de vida en el parto de su hijo nos dijo “estoy agotado, me tienen de acá para allá con los turnos, necesito que alguien me facilite y alivie al menos eso”, a veces no se trata de complejas intervenciones, sí de tener un poco de empatía y sentido común.

Pensar un dispositivo interdisciplinario de abordaje perinatal sería un escenario novedoso para dichos Centros de Salud ya que los ubicaría en la vanguardia por estar a la altura de la época

con una mirada de salud integral, que rompa con el paradigma médico hegemónico respecto de las concepciones de embarazo, parto y puerperio.

Sabemos que la manera en que la(s) maternidad(es) son atravesadas por las personas gestantes excede el hecho biológico y tiene significados culturales, psicológicos, históricos y sociales. En este sentido, Winnicott (1956) observa la capacidad empática de la madre para entender y sensibilizarse con las necesidades del bebé y así satisfacerlas. Ofrece el término de "Preocupación Materna Primaria" como aquel estado psicológico de quien adviene madre y despliega la función de sostén, fundamental para el desarrollo biopsicológico del recién nacido. Para ello, la persona que opera en esa función debe tener capacidad de modular los estados angustiantes del bebé en una atmósfera transformadora.

La mirada profesional durante los procesos perinatales permitirían detectar tempranamente interrupciones en la construcción del maternaje, alteraciones en la salud mental de quien materna, y/o situaciones que dificulten el vínculo temprano, entre otras.

Ahora bien, Gustavo Aruguete (2001) plantea que

"... las redes son formas de interacción social, definidas por un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas..." (Gustavo Aruguete, 2001, (p. 1).

Es este último aspecto interesante a destacar, la fortaleza de la red reside en el establecimiento de intereses comunes, problemáticas y fines a tratar de manera conjunta a modo de organización social. La mayoría de las

veces el psicólogo o la psicóloga entra a la institución donde ya hay conformada una red, en la que los eventos perinatales no son visualizados como elementos significativos, motivo por el que debe sembrar entre redes interrogantes, reflexiones, contenido, demanda.

A modo de compartir experiencias, nos encontramos construyendo un dispositivo de atención perinatal territorial. La iniciativa surgió a partir de un convenio entre el Programa Envión sede Puerto (Programa de Responsabilidad Social Compartida, Municipalidad de General Pueyrredón) y el Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Bs. As, Distrito X, en el marco de las prácticas de Residencias de la Carrera de Especialización de la Ps. Perinatal y Primera Infancia.

La propuesta es ofrecer la mirada perinatal en las instituciones territoriales donde circulan personas gestantes e impulsar el acceso a los recursos disponibles del Envión Puerto y del Centro de Salud Nro 2 de Mar del Plata en relación a los procesos perinatales.

Dentro de la labor que realizamos en la Unidad Sanitaria Nro 2 (institución que no cuenta con psicólogos/as perinatales contratados), abrimos un espacio de consultoría y acompañamiento durante el embarazo, puerperio y primeros meses luego del nacimiento. La demanda es espontánea y con derivaciones por profesionales de la Sala y del Envión Puerto. Los objetivos son:

Evaluación de la salud mental de quien materna y del contexto socioambiental (utilización de la Entrevista Psicológica Perinatal, observación de life events, evaluación de riesgo vincular, evaluación y acompañamiento del tránsito por el puerperio, etc)

Acompañamiento en la

construcción y proceso de maternaje (se trabaja en torno a la inscripción psíquica del embarazo, en la observación de las representaciones maternas teniendo en cuenta los conceptos de bebé imaginario, fantaseado y real)

Articulación con instituciones para el acceso a la salud, educación y demás derechos.

Brindar acceso a la información sobre recursos disponibles y lo atinente a los derechos siguiendo el modelo de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Promoción de la salud sexual integral.

Fortalecimiento del vínculo temprano (a través de la promoción de la lactancia materna, la mirada y detección de señales comunicacionales del bebé).

Otras de las propuestas a realizar en el futuro, cuando haya apertura, son los espacios de capacitación para profesionales y agentes de salud, talleres para las personas gestantes y sus parejas (encuentros grupales e intercambio de experiencias y apoyo mutuo frente a los cambios emocionales y psicoafectivos relacionados con el embarazo y el puerperio), evaluación del desarrollo cognitivo de bebés entre 6 y 30 meses a través del instrumento de la EAIS (Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz). Con respecto a esta última propuesta, me detengo en unas líneas por su importancia teniendo en cuenta los alcances preventivos y de atención dentro de los mil días del bebé. Desde que éste nace hasta que adquiere el lenguaje expresivo se lo considera un momento fértil y fundamental para el desarrollo cognitivo . El diagnóstico temprano y la

estimulación brindan herramientas que contribuyen al mismo en función de la plasticidad neuronal y el desarrollo neurológico. Los resultados son muy beneficiosos en materia de estimulación cognitiva. La EAIS es un instrumento de evaluación de la inteligencia práctica o sensoriomotriz (validada en la Argentina) y además ofrece información valiosa sobre los aspectos vinculares en la díada madre o cuidador/a principal-hijo/a convirtiéndose en una herramienta diagnóstica.

Volviendo a la construcción del dispositivo, en sus comienzos y dadas las dimensiones pequeñas del lugar, no teníamos espacio físico de atención, ni había un conocimiento real de nuestro quehacer por el cuerpo de profesionales del lugar. Entonces nos abocamos a generar lazos con miembros de la institución, ofreciendo el espacio, permaneciendo en los pasillos de la sala de espera (terreno fértil para motorizar y detectar la demanda), colocando afiches sobre nuestra propuesta, realizando intervenciones in situ. Asimismo empezamos a construir alianza con una pediatra que no sólo se



BIBLIOGRAFÍA

mostraba disponible para trabajar en el sentido de la interdisciplina sino que nos hizo de nexo con profesionales de otras disciplinas. Al observar la dinámica de la institución, percibimos que había un consultorio vacío el mismo día que se realizaban los primeros controles luego del nacimiento, por lo que pudimos disponer de ese espacio. Actualmente estamos intentando incorporar la EPP (entrevista psicológica perinatal) en las historias clínicas aunque ya podemos dejarlas en formato papel. Pasó tiempo desde que “parecía que no hacíamos nada” porque la demanda no aparecía hasta el día de hoy que nos están esperando con alguna consulta al ingresar.

La Dra. Minnicelli (2013) se refiere al concepto de ceremonia mínima como el **“...dispositivo socio/educativo y/o clínico-metodológico, clave y llave para múltiples intervenciones posibles...un dispositivo para pensar y habilitar alternativas de intervención no convencionales.” (p. 43)**

La psicología perinatal llegó para quedarse, siempre que esté en el corazón de quienes lo “militamos” la certeza de que son las ceremonias mínimas como atender en los pasillos, ir en busca de la demanda, ofrecer la incorporación de la EPP (entrevista psicológica perinatal) a profesionales de la medicina, colocar afiches de difusión, las que generan condiciones de posibilidad para que aquello que está silenciado comience a circular.

Aruguete, G. *Redes sociales: Una propuesta organizacional alternativa. Paper presentado en la jornada sobre gestión de las organizaciones de la sociedad civil realizada el 8/11/2001 en Bs. As, organizada por el posgrado en Organizaciones sin Fines de Lucro (CEDES, UDESA, UDTT).*

Minnicelli M. (2013) *Ceremonias mínimas . Una apuesta a la educación en el área del consumo. Homo Sapiens Ediciones. Rosario*

Oberman A. (2013). *Nacer y Acompañar. Abordajes Clínicos de la Psicología Perinatal. Lugar Editorial Winnicott, D. (1958) Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Editorial Laia*

Cuento para lxs que nacen De pronto y de repente

Tan chiquita como Pulgarcito y tan valiente como los astronautas, Laureana escucha el relato de su nacimiento prematuro.

Pregunta curiosa a su mamá y resignifica su llegada al mundo. Entre palabras y miradas abrazadoras, conoce cómo era y percibe quién es hoy.

Un libro que cuenta de modo tierno cómo es nacer prematuro. Un libro para entender sin miedo la experiencia intensa de llegar al mundo.



El libro de las Interacciones Tempranas



La crianza es un juego emocional ambivalente entre padres y niños en desarrollo. Desde hace décadas, estamos asistiendo a un cambio en el estilo de crianza que se traduce en una disminución del tiempo compartido, tanto por una mayor exigencia laboral de los padres como por la agencia completa de los niños.

La sociedad consumista nos exige cada vez más, y así nos aleja de nuestros hijos desde etapas muy tempranas. Esto lleva a un tipo de funcionamiento familiar en el que, sin darnos cuenta, se aceleran los procesos de desarrollo o quedan a la deriva, provocando un desajuste en las interacciones tempranas. Y ahí surgen muchos interrogantes: ¿hacia dónde encauzar los esfuerzos, la energía y el tiempo? ¿Hacia quién destinar las decisiones: al niño o al qué dirán? ¿Cómo revalorizar la observación y la escucha?.

Este libro es un llamado de atención para co-construir una infancia saludable, y ofrece recursos y estrategias para replantear y resolver las preocupaciones acerca de los límites, los miedos, los berrinches y los trastornos de alimentación y sueño, desde una perspectiva vincular entre padres e hijos.

El nudo materno



Contratapa: En estas desgarradoras memorias, la escritora Jane Lazarre confronta el mito de «la buena madre» con un autorretrato íntimo y visceral de su maternidad. Sin evitar temas incómodos, esta obra derribará muchas ideas preconcebidas sobre el hecho de ser madre, poniendo de relieve el papel fundamental que los cuidados y los afectos tienen, no sólo en la vida íntima, sino también en la esfera pública. Pero se equivocará quien solo lo lea desde este punto de vista: el libro de Lazarre también aborda aspectos como los conflictos raciales de los setenta, la búsqueda de la pedagogía alternativa o las relaciones intergeneracionales.

Publicado originalmente en 1976, *El nudo materno* es un clásico del feminismo cuya lectura es tan relevante hoy como hace cuarenta años.

LA MADRE QUE PUEDO SER



Contratapa: Paulina Simon Torres es una mujer en completo estado de ebullición, que escribió esta crónica magistral sobre la maternidad del siglo XXI.

Despojada de sentimentalismos, asume su amor y deseo de ser madre a pesar de la soledad que siente en el día a día. Hay enojo y hay ternura frente a los hijos. Como cuando su bebé grita y llora desafortadamente si no está en sus brazos. O cuando se despierta a la madrugada contra su voluntad porque el mayor le abre el ojo, estirándole los párpados con los dedos. Después, cuando ella siente que ha hecho todo mal, puede ver que sus hijos son hermosos y que debe aprender a ser otra mujer.

Simon Torres, periodista y escritora ecuatoriana, cuenta una historia real y una experiencia universal. En sus propias palabras, aquí está la fuerza de un texto escrito con honestidad de cuerpo y alma:

“Voy a ser la madre que tenga que ser. Ya lo soy.

Es bastante para mí comprometerme a eso después de casi ocho años y ciento y pico de páginas. Voy a despedir a la mujer en constante estado de autoflagelación, ella me aleja de todo lo que puede ser divertido en la crianza. A la mala madre, porque ella me sabotea las vacaciones prolongadas; a la ama de casa que se siente siempre explotada contra su voluntad, a la que vive con el cronómetro en la mano para cumplir con todas las rutinas.

Voy a despedir a todas ellas y voy a ser yo: la madre que puedo ser.”

Número 5, Marzo 2022

ISSN EN TRÁMITE



E.P.P.I.C.A

Equipo de Psicología Perinatal
Investigación, Capacitación y Asistencia

WWW.EPPICA.AR

REVISTA PERINATAL
— ARGENTINA —