

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

“Nacimientos prematuros. Análisis de correspondencia entre discursos y dispositivos de clínicas y hospitales locales con respecto a la valoración personal de profesionales intervinientes en este tipo de problemáticas”

Investigación de pregrado

Apellido y nombre del autor: Forace, Solange Agata Laura.

Matrícula y año: 4932/1999.

Director: Lic. Fermín Más.



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T8 F	hca
	N° INVENTARIO:
	2210

Notas metodológicas



TEORÍA FUNDAMENTADA

Murcia y Jaramillo (2000), en su artículo *Tendencias cualitativas de investigación en ciencias sociales. Una posibilidad para realizar estudios sociales en Educación Física* explican que la teoría fundamentada tiene sus inicios en 1967 con los trabajos de Glasser y Strauss. Desde los autores, esta teoría contribuiría a cerrar la brecha entre la teoría y la investigación empírica. Al apoyarse teóricamente en el interaccionismo simbólico y en la sociología cualitativa, se constituiría en una alternativa a las teorías funcionalistas y estructuralistas.

La teoría fundada se describe como un modo de hacer análisis. De la Cuesta (1998) siguiendo a Strauss, considera que su objetivo es el de generar teoría a partir de textos recogidos en contextos naturales y sus hallazgos son formulaciones teóricas de la realidad. Según Sandoval (1997), la teoría fundada:

Es una Metodología General para desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados; es una forma de pensar a cerca de los datos y poderlos conceptualizar.... Aun cuando son muchos los puntos de afinidad en los que la teoría fundamentada se identifica con otras aproximaciones de investigación cualitativa, se diferencia de aquellas por su énfasis en la construcción de teoría.

El método de la teoría fundamentada es el de Comparación Constante, que connota, como dice Sandoval, una continua revisión y comparación de los datos capturados para ir construyendo teoría de la realidad. En términos de Velasco y Díaz de Rada, el método de ésta tendencia ayuda a que el antropólogo elabore y compare nuevas categorías mentales e introduzca nociones de espacio y tiempo, de oposición y contradicción, que pueden ser extrañas al pensamiento tradicional.

Strauss (1970), define sus procedimientos básicos en: Recogida de datos, codificación y reflexión analítica en notas. Para elaborar la teoría, es fundamental que se descubran, construyan y relacionen las categorías

encontradas; estas constituyen el elemento conceptual de la teoría y muestran las relaciones entre ellas y los datos.

Los datos se recogen con base en el muestreo teórico, el cual, a decir Glasser y Strauss (1967), es el medio o sistema por el que el investigador decide con base analítica, que datos buscar y registrar. Por ello, la recogida de datos en la investigación etnográfica se debe guiar por una teoría de diseño emergente, pues estos escenarios y medios pueden ir cambiando en la medida que va apareciendo nueva información.

La teoría Fundamentada, establece la distinción entre la teoría formal y la teoría sustantiva, haciendo énfasis en la teoría sustantiva.

La teoría sustantiva está relacionada con la interacción permanente que el investigador logra en el proceso de recolección de datos; de los cuales pueden ir surgiendo nuevas hipótesis para ser verificadas. En tal sentido, esta teoría es el resultado del procesamiento sistemático de los datos de campo (mediante procesos de codificación y categorización). Glasser y Strauss (1967).

La teoría formal se identifica con el estilo de recolección de datos y el análisis teórico, a través del cual se hace posible la construcción de hipótesis y se compara constantemente con la teoría de los datos que van surgiendo de la investigación .

La teoría Fundada, puede partir de teorías bien fundamentadas, donde se extraen una serie de hipótesis, las cuales buscan ser demostradas mediante la comparación constante con la realidad cultural; caso de las investigaciones desarrolladas por Davis y Macintyre. En ese proceso de comparación entre las teorías llamadas formales y las teorías sustantivas se va construyendo la teoría sobre el fenómeno estudiado. Existe sin embargo, la posibilidad de iniciar la investigación con un marco bibliográfico poco estructurado, en cuyo caso, a medida que se avanza en la comprensión de los datos y la construcción de la teoría sustantiva, se va estableciendo la comparación con la teoría formal. Hammersley y Atkinson (1994).

MUESTRO TEORICO

Para Osses, S., Sánchez, I. y Ibáñez, F. (2006). En su *Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico*, el muestreo teórico se refiere a los entrevistados o hechos a observar en la estrategia de investigación. Esto significa que los individuos que serán entrevistados, o hechos a observar, son considerados como aquellos que, en forma suficiente, pueden contribuir al desarrollo de la teoría para lo cual se realiza el trabajo en terreno.

El investigador comienza con la selección de varios casos que pueden compararse y contrastarse. Éstos se eligen por su posible relevancia para el campo teórico que se pretende estudiar. En las primeras fases de la recolección y análisis de datos, se seleccionan casos por sus semejanzas. Posteriormente, se eligen por sus diferencias. Glaser y Strauss (1967) recomiendan este proceso de minimización – maximización de las diferencias entre los casos seleccionados, por su utilidad en la generación de teoría. Las semejanzas permiten la identificación de una categoría, el esbozo de sus atributos y la especificación de sus condiciones de aparición. Las diferencias entre los casos elegidos hacen posible la elaboración de los atributos de las categorías, la determinación de sus subvariantes y la delimitación de su alcance.

Se inicia el proceso, seleccionando y estudiando una muestra homogénea de individuos, hechos o situaciones, para posteriormente, cuando la teoría empiece a perfilarse, ir a una muestra heterogénea, la cual permitirá confirmar o descartar las condiciones que están siendo utilizadas para desarrollar las proposiciones iniciales Mella (2003).

SATURACION TEORICA

Esta estrategia metodológica del Método de Comparación Constante (MCC), acerca a los investigadores a la posibilidad de verificación, sin apartarlos del objetivo central que es la generación de teoría. Valles (1997) se refiere a este punto en los siguientes términos: "En el MCC, no hay un intento de verificar la universalidad ni la prueba de causas sugeridas u otras propiedades. Y al no haber prueba, este procedimiento únicamente requiere la



saturación de la información. El objetivo no es tanto la verificación como la generación de teoría”.

Según lo afirmado en relación al muestreo teórico, si el investigador adopta el MCC, no podrá usar otro criterio para fijar el tamaño muestral sino el de saturación y el tamaño deberá ser incrementado hasta que se logre el nivel de saturación. Así, el muestreo teórico no tiene un tamaño definido por cálculos probabilísticos, sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, vale decir, hasta cuando el dato adicional que se recolecta, no agrega información significativa a lo que ya se tiene.

Como lo expresa Creswell (1998), el proceso de obtener información en la teoría fundamentada -cuya lógica de obtención de datos corresponde al método de comparación constante- es un proceso en zigzag: ir al campo de observación para obtener datos, analizarlos, ir nuevamente al campo, obtener datos y analizarlos, etc. Tantas veces se va al campo como sea necesario hasta que la categoría de información es considerada como saturada.

CODIFICACION Y CATEGORIZACION: CLARIFICACION CONCEPTUAL

Codificación y categorización son, respectivamente, los aspectos físico-manipulativo y conceptual de una misma actividad, a las que, indistintamente suelen referirse algunos investigadores con una u otra denominación. Según Rodríguez (1996) hay diferencias entre estos conceptos, las cuales se señalan a continuación.

La categorización, hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico. Las categorías soportan un significado o tipo de significado y pueden referirse a situaciones, contextos, actividades, acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias, procesos, etc.

La codificación, en cambio, es la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que se considera incluida. Los códigos, que representan a las categorías, consisten, por tanto, en marcas que añadimos a las unidades de datos, para indicar la

categoría a que pertenecen. Estas marcas pueden tener un carácter numérico o visual (colores), haciendo corresponder cada número o color con una categoría concreta, aunque es más frecuente utilizar palabras o abreviaturas de palabras con las que se han etiquetado las categorías.

En síntesis, categorización y codificación son, por tanto, actividades que giran en torno a una operación fundamental: la decisión sobre las asociaciones de cada unidad a una determinada categoría.

Existen tres procesos diferentes en la elaboración del sistema de categorías: deductivo, inductivo y deductivo-inductivo. En el primero, se parte de un marco teórico para la conceptualización y amplitud de las categorías. En el segundo, se parte de registros narrativos, cuadernos de campo, cassettes, etc. y, a partir de ese material, se extraen los rasgos que serán agrupados en función de la semejanza de ciertas características, pertinentes al objeto de investigación. En el tercer proceso a seguir para la elaboración del sistema de categorías, se parte de un marco teórico para definir las macrocategorías y, posteriormente, se procede a la elaboración de listas de rasgos extraídos a partir de los registros que se realizan en el contexto natural.

BIBLIOGRAFÍA

Creswell J. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. Londres: Sage.

De la cuesta, b. (1998, abril 24-25-26 y mayo 8-9-10. Manizales). Taller de investigación cualitativa. En: memorias del seminario taller de investigación cualitativa, Universidad de Caldas. Facultad de ciencias para la salud. Programa de enfermería.

Glaser, b y Struss, a. (1967) *El desarrollo de la teoría fundada*. Chicago, Illinois: Aldine.

Hammersley, m. y Atkinson, P. (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós. 300p.isbn. 84-493-0012-6.

Mella, O. (2003). Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación. Orientaciones teórico-metodológicas y técnicas de investigación. Santiago de Chile: Primus.

Murcia, N. y Jaramillo, L. (2000). Tendencias cualitativas de investigación en ciencias sociales. Una posibilidad para realizar estudios sociales en educación física. [revista digital – Buenos Aires - año 5 - n° 25 -] <http://www.efdeportes.com/efd25b/cualit1.htm> [consultado, mayo 2008].

Osses, s., Sánchez, I. y Ibáñez, F. (2006). Investigación cualitativa en educación. hacia la generación de teoría a través del proceso analítico.[página en línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052006000100007&script=sci_arttext [consultado, mayo 2008]

Rodríguez, G., Gil, J. y García, J. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe.

Sandoval, C. (agosto de 1997) Investigación cualitativa. Módulo 4. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Universidad de Antioquía. Medellín: ascun..433p. isbn.958-9329-18-7.

Strauss, A. (1970) Descubriendo nuevas teorías de teorías previas. en: t shibutani (comp): naturaleza humana y comportamiento colectivo. Ensayos en honor a helbert blumer, Nueva Jersey: Prentice-Hall.

Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: síntesis s.a.

Velazco, H. y Díaz, A. (1999) la lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. 2ª.ed. Madrid: Trotta. 303. p. isbn: 84-8164-195-2.

Borradores de análisis de las entrevistas a informantes calificados



Codificación de las Entrevistas. Análisis de las Categorías de nacimiento y nacimientos prematuros. Extracción de citas.

1. Psicóloga Directora del grupo GESTAR.
2. Enfermera de Centro de Salud. (Barrio el Martillo)
3. Médico neonatólogo Htal. de la Comunidad.
4. Médico neonatólogo de La Clínica del Niño y la Madre.
5. Médico obstetra del Hospital Materno Infantil.
6. Médica obstetra de un centro de salud, (barrio El Martillo).
7. Médica obstetra responsable del Programa Materno Infantil.
8. Especialista en Bioética.

1. *“Con respecto a la concepción que tenemos los psicólogos del grupo GESTAR y la mía en particular, tiene que ver con el psicoanálisis. Donde nosotros sostenemos que un sujeto tiene un nacimiento mucho antes que advenga al mundo, mucho antes que se produzca el nacimiento biológico”.*

“Para nosotros prematuro es todo ser viviente que nace en un estado de indefensión biológica, a diferencia de otros mamíferos que apenas nacen o a las pocas horas o a los pocos días ya pueden conseguir su propio alimento, pueden caminar por sí mismos, defenderse. El viviente, el parletre, como le dice Lacan, requiere de ocupar un lugar en la red de significantes nuestros para poder ser”.

“Entonces, esta red de significantes es donde el cuerpo prematuro del niño se va a insertar, tomando lo que necesite para vivir...sutil pero efectivamente el cuerpo del niño se ve capturado en las redes del deseo del otro”.

“Para la medicina perinatal, los bebés prematuros son estipificados, cuantificados según los gramos que pese al nacer: más de 1500 gramos, menos de 1000 gramos, bebé prematuro, bebé extremadamente prematuro”.

“Nosotros vamos a considerar alrededor del nacimiento todas aquellas variables que tienen que ver, no con el tiempo cronológico, sino con el tiempo lógico, es decir, algo de esa estructura materna estaba preparada para alojar el nuevo ser y darle identidad”.

2. *“Y el hecho del nacimiento desde mi práctica, yo tuve la posibilidad o la experiencia de recibir chicos y es una experiencia, más allá de lo que pueda decir cualquier profesional, el que lo vive, lo vive como algo milagroso. Ver que sale vida de un vientre, de un útero, es algo que te llena. Esto es una experiencia muy subjetiva, pero creo que es algo milagroso y que poder participar y brindarle los primeros cuidados es algo muy especial”.*

3. *“Antes por definición, era considerado prematuro un bebé que tenía menos de 37 semanas de edad gestacional, ahora hay un nuevo concepto que entre la 36 y las 37 semanas, se considera cercano a término, menor de 36 semanas de gestación es prematuro”.*

4. *“Y con respecto al recién nacido prematuro, tenemos prematuros con una amplia gama de enfermedades y patologías. El prematuro, fundamentalmente su problema es el peso y quedan internados acá para alimentarlos con sonda nasogástrica y otros prematuros que tienen deficiencias en la parte respiratoria y que requieren terapia intensiva con respirador, antibióticos, etc.”.*

“Hay que catalogar a cada paciente por la edad gestacional, esta va de acuerdo a la semana en que está, que tenga en el embarazo. Un recién nacido se considera prematuro cuando es menor de 37 semanas. Hay prematuros que son límites, chicos de 36 semanas que pueden pesar 2,700Kg y pueden estar en seguida con su mamá y hay pacientes que tienen edades gestacionales de 28, 29, 30 semanas y son los que quedan internados en neonatología. El recién nacido a término es de 37 semanas para arriba.

“Médicamente, obstetricamente es todo bebé que deja el seno materno, o el útero y pasa a la vida extrauterina. Cuando no se da en los 9 meses que dura un embarazo, ahí para atrás hablamos de parto prematuro con todas las consecuencias que puede traer a nivel de la madre, a nivel del feto que ya es un recién nacido y a nivel de la paciente en todo su entorno. Recibir un chico con todos los cuidados y todos los problemas que se vienen o todos los problemitas, no irreversibles todos, pero no va a ser un chiquito aquel que nazca prematuramente o muy prematuramente, no va a ser un chico que va a

cumplir las etapas normales como cualquier otro chico, va a haber que estar al lado mucho más tiempo”.

5. *“De las 26 semanas en adelante es parto inmaduro, de las 32 semanas en adelante parto prematuro. Si es un bebé prematuro de tantos Kg. Va a ser un bebé que va a ir al respirador, es un bebé que va al servicio de neonatología más complejo de terapia, eso lo da el Materno, esa contención, ese parto, ese bebé lo ve el Materno”.*

6. *“Desde el punto de vista médico obviamente cuanto hablamos de prematuro es un niño que tiene menos de 36 semanas de gestación. El otro es un nacimiento a término promedio, entre las 38 y las 42 semanas”.*

“Todo cachorro humano nace prematuro, pero el que termine prematuro 27 semanas, 28 semanas, que rompió bolsa y pasó a la incubadora va a tener, va a ser aún más prematuro, porque el nene que nace a término tiene una prematurez fisiológica, pero el otro no, no llegó a terminar su desarrollo, esos niños, niñitos que nacen a los seis meses, hoy con la tecnología, incubadora y demás, esos niñitos pueden subsistir pero vas a notar que esa prematurez, va a tener una diferencia en la edad mental y la cronológica que es significativa, vas a tener diferencias en lo que es la motricidad fina del niño, supongamos de tres años, son niños que requieren de mucha estimulación temprana, muchos controles”.

ANALISIS:

En relación al concepto de prematurez del recién nacido pueden diferenciarse claramente entre los entrevistados dos discursos: por un lado, aquel que va a considerar al nacimiento como un hecho puramente biológico: todo bebé que deja el útero materno y pasa a la vida extrauterina. Mientras que el nacimiento prematuro va a ser definido en función de la edad gestacional y del peso al nacer: menos de 36 a 37 semanas de gestación y menos de 2Kg.,

teniendo en cuenta que un nacimiento en término es aquel que se produce entre las 37 y las 42 semanas de gestación. También se hace mención de las deficiencias orgánicas que padece el recién nacido producto de su inmadurez física.

Ante este acontecimiento inesperado que irrumpe el proceso de anidación biológica normal, se tendrá en cuenta únicamente la recuperación y tratamiento del cuerpo del bebé y se dispondrá de todos los medios y tecnologías necesarias para que esto sea posible. Debido a la fragilidad del recién nacido que mencionan los entrevistados es que se hace imprescindible su permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales hasta que por fin pueda ser dado de alta.

Un recién nacido prematuro necesita cuidados neonatales específicos que, en la mayoría de los casos lo conducen directamente a una Unidad de Cuidados Intensivos, esto es a una Terapia Intensiva Neonatal. Allí innumerables acciones de urgencia tratarán de enmendar lo faltante con el propósito de que estas acciones rápidas colaboren a concluir lo inacabado. Lo recibe un sustituto del útero que lo albergaba: la incubadora, un interior vidriado, que tiene como misión protegerlo y hacer que viva. (Helman y Villavella, op. cit.).

Si bien no se debe minimizar la importancia de los cuidados y atención que se brindan desde esta concepción al bebé prematuro ya que resultan ser imprescindibles, tampoco es correcto no reconocer que resultan insuficientes al no dar cuenta de la totalidad de la complejidad que presenta el recién nacido en todos sus niveles, es decir, no solamente prestar atención al nivel biológico, sino también al psico-afectivo y al social, de esta manera se podría dar mayor participación al grupo familiar en el tratamiento del frágil e inmaduro bebé.

Por otro lado, se evidencia un discurso que va a considerar a todo bebé como prematuro, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacer. Todo cachorro humano, debido a su indefensión necesita de Otro que lo asista y lo haga ingresar en la red de significantes que precede a todo nacimiento biológico.

Dice una de las entrevistadas: “nosotros sostenemos que un sujeto tiene un nacimiento mucho antes que advenga al mundo, mucho antes que se produzca el nacimiento biológico” y agrega: “Nosotros vamos a considerar



alrededor del nacimiento todas aquellas variables que tienen que ver, no con el tiempo cronológico, sino con el tiempo lógico, es decir, algo de esa estructura materna estaba preparada para alojar el nuevo ser y darle identidad.

Es decir que, para esta entrevistada existe nacimiento mucho antes de que ese bebé pase a la vida extrauterina, y eso tiene que ver con la posibilidad de fantasear a ese bebé que está por nacer y darle un lugar dentro de la estructura materna y del grupo familiar que lo precede y que es tan importante a la hora de brindarle los cuidados necesarios para su supervivencia.

En coherencia con este pensamiento y en concordancia con lo que plantea Dinerstein, González y Brundi (2000), esta mirada distinta a la puramente biológica incorpora humanización en la atención neonatal, ya que ubica al niño como sujeto, portador de un nombre, una historia, un deseo. El recién nacido prematuro será a partir de entonces un sujeto, en oposición al puro objeto de las prácticas médicas.

“Los recién nacidos internados no son concebidos sólo como objetos de prácticas médicas, sino como sujetos, portadores de un nombre, una filiación y una genealogía, que es el modo de hacer lazo y de pertenecer a la humanidad”. González, Larguía y Lomuto (2007).

En el libro: “Clínica psicoanalítica con bebés prematuros”, Catherine Matheline (1998), piensa a la maternidad no como algo dado naturalmente, sino como algo que debe ser elaborado.

Esta autora, plantea el hecho ya demostrado científicamente, de que el bebé percibe desde el nacimiento el rostro de su madre, su olor y su voz, reacciona a sus caricias y a la presencia de quienes lo rodean, por lo tanto, el recién nacido no debe ser considerado como un mero cuerpo biológico, objeto de la medicina y a merced de sus únicas intervenciones y esto porque para que se desarrolle plenamente deberá ser introducido por otro responsable de su cuidado en la dimensión del deseo y de la palabra, a fin de que pueda constituirse como sujeto deseante.

El recién nacido siempre es prematuro, independientemente de su condición médica, ya que es un ser frágil e indefenso que indefectiblemente necesita del amor, la contención, las caricias y la atención de un cuidador que atienda a todas sus necesidades y demandas.

Al respecto nos dice una de las entrevistadas: *Para nosotros prematuro es todo ser viviente que nace en un estado de indefensión biológica, a diferencia de otros mamíferos que apenas nacen o a las pocas horas o a los pocos días ya pueden conseguir su propio alimento, pueden caminar por sí mismos, defenderse. El viviente, el parletre, como le dice Lacan, requiere de ocupar un lugar en la red de significantes nuestros para poder ser. Entonces, esta red de significantes es donde el cuerpo prematuro del niño se va a insertar, tomando lo que necesite para vivir...sutil pero efectivamente el cuerpo del niño se ve capturado en las redes del deseo del otro.*

Codificación de etas: análisis de la categoría: bioética

Subcategorías: vida y muerte, equidad.

Extracción de citas.

2. *“En el caso de un nacimiento prematuro yo tengo un interrogante o me cuestiono a veces, no todos los nacimientos prematuros, pero sí cuando son prematuros extremos y teniendo experiencia en la parte de neonatología, muchas veces me cuestionaba si todos los procedimientos y todo lo que se hace con el afán de mantener y conservar la vida de se bebé, me cuestionaba si realmente vale la pena que pasen por todo eso, más allá del resultado. Muchas veces esos chicos viven, quedan en condiciones que, no sé si ellos si se vieran desde afuera o si son concientes de lo que están viviendo, si realmente quisieran pasar por todo eso. Muchas veces es como que la medicina avanza, avanza, avanza y...pero por el otro lado uno se cuestiona, porque, quién tiene derecho a privarlos de vivir. Es un dilema, un cuestionamiento filosófico”.*

4. *“En general, uno toma las conductas del tratamiento y se las explica a los padres, se le explica por qué tal cosa, por qué la otra, son limitadas las excepciones en las que uno trata de hablar con los padres en el sentido, cuando vas a usar una medicación que es nueva o algún tratamiento que puede correr riesgo la vida del bebé. Hay pacientes que se ponen amarillos, si hay ictericia hay que hacerle recambio de sangre, todos esos procedimientos, si bien uno está acostumbrado a hacerlo, se corre un riesgo, en ese caso consultamos a los padres lo que estamos haciendo”.*

6. *“Yo siempre digo: no todos nacimos de las mismas líneas de largada, ni siquiera el recién nacido, porque el recién nacido de una mamá que no tuvo una nutrición para llevar las proteínas que necesita, calcio, ácido fólico, no tiene la misma capacidad del otro chiquitito que la mamá la tuvo, porque a demás está informada de otras cosas, tiene conocimiento de otras cosas, atiende a la estimulación precoz y temprana con el niño, entonces, hay que salvar esas diferencias, esta situación económica hasta en el recién nacido”.*

7. *“Convoca a todas las mamás que no tienen obra social y a las púerperas hasta 45 días y a los niños menores de 6 años, este plan nos sirve, a demás de identificar al grupo de mujeres sin obra social y tener un control un poco más estricto, o sea , que realmente el Estado cumpla la función, se haga el control que debe hacerse con esa mamá y esos niños, donde la vacunación, el control del embarazo, desde el peso, la nutrición, porque ahí también se trabaja con las trabajadoras sociales, va a ser un entrecruzamiento de datos con el SIP, vamos a hacer que de alguna manera sea obligatoria la utilización de este sistema informático en los dos niveles, en el primer nivel de atención y en el segundo de htal.”.*

“Tener una ley en salud, así como educación tiene su ley, que salud también tenga su ley, para que estemos parejos, porque sino pasa que en tal Municipio tienen 10 psicólogos, la otra tiene tres y capaz que aquel tiene 10 no porque es más grande, sino porque a aquel le pagan más que a este que tiene tres.

“Lo que nosotros buscamos, de alguna manera es facilitarle, darle las herramientas que necesita este municipio, un ecógrafo, porque cada vez que va a sacar un turno al Materno tiene un turno de acá a dos meses, pasaron dos meses en que la mamá no se hizo ninguna ecografía, bueno, entonces, a través de las necesidades que nos van a dar, nosotros tratamos de conseguirle esa herramienta o ese insumo... son todas condiciones que debemos de alguna manera desde Región con los Municipios, que todos tengan en forma obligatoria”.

8. *“Bioética es una ética aplicada que surge alrededor de los años '70 en EEUU fundamentalmente como una reacción digamos en primer lugar de los pacientes respecto a la medicalización de la vida y como se dice en la jerga “el paternalismo médico”, es decir, se han generado situaciones de investigación sin conservar los protocolos que respetan la dignidad de las personas y eso generó primero en la opinión pública un gran debate y en última instancia también los médicos sintieron que debían estar preparados para responder a estas nuevas demandas entre las necesidades de los pacientes y las propias necesidades de los médicos, sobre todo de los profesionales de la salud. Se genera una disciplina que en EEUU tiene una corriente deductivista porque se*

llama bioética de los principios, donde se genera una serie de principios y de reglas que regulan la actividad profesional de la salud teniendo en cuenta ese respeto por el otro, es decir, lo que ha acompañado a la medicina hipocrática de toda la vida que era el principio de beneficencia se modifica rescatando lo que se llama el principio de autonomía, de la posibilidad de decidir respecto de las intervenciones médicas, es decir, que la voz del paciente tuviese sentido y tuviese una escucha. Luego, posteriormente a esta perspectiva deductivista se generan otras perspectivas, por ejemplo, la personalista en Europa que es digamos, una bioética más casuística, más abocada a la singularidad, es decir, menos deductiva con respecto a esta que origina realmente el nacimiento de la bioética y en Latinoamérica toma una particular dimensión porque el tercer principio, yo te había mencionado el principio de beneficencia, el principio de autonomía y el tercer principio que está en juego es el principio de justicia, entendiendo por justicia, justicia distributiva, es decir, distribución de recursos escasos, equitativa de recursos escasos y ese es el gran problema de Latinoamérica, es el gran problema de los países subdesarrollados, por lo tanto la bioética en los países subdesarrollados tiene una preocupación mucho más social que la posición más individualista te diría con que ha nacido”.

“La bioética parte fundamentalmente de ser una disciplina filosófica, las disciplinas filosóficas no establecen verdades al estilo de: “aquí empieza, qué es la muerte y qué es la vida son preguntas filosóficas y como todas las preguntas filosóficas no tienen final cerrado, tienen final abierto, lo que sí hay ciertas convenciones que tienen que ver por ejemplo, con el tema de la muerte , con la muerte cerebral que es un concepto o mejor dicho la muerte encefálica es lo correcto, la convención con la cual suponemos que alguien está muerto cuando todavía late su corazón, aunque su cerebro ha muerto”.

“Lo mismo te puedo hablar de la vida, es decir, desde dónde empieza la vida humana es un tema que no tenemos resuelto porque eso viene de la mano de temas muy importantes como son el aborto, como son el hecho de si conservo o no a un prematuro con tal o cual bajo peso, es decir, a veces son las posibilidades digamos económicas las que determinan que un niño con bajo peso siga viviendo y otro se considere, no digo inviable, pero sí muy difícil y se lo deje. En los hospitales públicos si tantos pesan menos de 900 g. es tan prematuro que no se gasta en él lo necesario, pero si vos tenés dinero

probablemente eso funcione, si lo hacés en una clínica privada, tenés una serie de posibilidades más, esto hace a la inequidad de los recursos. Son cuestiones abiertas y la idea es que como son cuestiones abiertas es que podamos establecer un diálogo donde se respete fundamentalmente la opinión del paciente”.

“Porque el hecho del prematuro muchas veces tiene que ver con el no cuidado, con la mala alimentación, con la falta de nutrientes, con un montón de cuestiones, entonces tenemos que ir a las causas, es decir, porque entonces no tendríamos muchos prematuros y al no tener muchos prematuros podríamos atenderlos a todos y no que eso sea un recurso extraordinario, sino ordinario”.

“De todas maneras creo que hay cuestiones médicas que marcan también, si no hay desarrollo, tiempos, de pronto sería una cuestión contranatura. Pero que esto no sea una cuestión económica, sino una cuestión de puro límite natural y no que con su mismo peso, como decíamos, unos vivan y otros no, esto creo que es generar este principio de equidad que es darle a todos la misma posibilidad, después cada uno de nosotros resolverá esa posibilidad como pueda, a veces muy bien, a veces regular, pero como puede, pero darle esa posibilidad”.

ANALISIS:

La cuestión de la vida y la muerte como dilemas que le corresponden analizar a la bioética en su calidad de ética aplicada, surgió a partir de la inquietud de una de las entrevistadas con respecto a cuáles son los parámetros y los límites presentes en el tratamiento de un recién nacido prematuro. Lo que la entrevistada se interroga es a quién le corresponde la función de decidir si ese niño vive o no y hasta dónde es posible insistir con los procedimientos médicos a fin de salvarle la vida.

Para dar respuesta a estos cuestionamientos resultó de gran utilidad realizar una entrevista a una especialista en bioética, a fin de que diera a conocer la posición de esta disciplina respecto de los dilemas en cuestión.

En los casos donde se deben tomar decisiones de esta índole, la bioética se basa en una serie de principios que son: el principio de beneficencia, es decir, que con el procedimiento se está por sobre todo beneficiando al paciente; el principio de no maleficencia, que implica no solamente propiciar un bien sino a demás no causar malestar ni daño alguno; el principio de autonomía que respeta la posibilidad del paciente de decidir y prestar consentimiento y por último; el principio de justicia, que tiene que ver con la equidad en el acceso a la salud y a las prestaciones médicas.

De acuerdo a la especialista en bioética, la vida y la muerte son términos que no se pueden delimitar claramente y esto se debe a que la disciplina filosófica no es una disciplina cerrada que dicta certezas, sino abierta a discusión continua. (faltaría relacionarlo con algún material teórico que no tengo!)

Lo que sí puede decir es que hay ciertas convenciones respecto de la muerte, por ejemplo: de la muerte encefálica, con la cual se estima que alguien está muerto cuando todavía late su corazón, aunque su cerebro ha muerto”.

En relación a poder determinar el momento donde empieza la vida, si bien es un dilema que la bioética aún no ha resuelto, sí se sabe que tiene que ver con el tema del aborto.

Con respecto a la ética aplicada a los casos de nacimientos prematuros plantea la necesidad de respetar el principio de justicia de la bioética, que como se mencionó anteriormente se caracteriza por la equidad en el acceso a la salud, de esta manera, el factor económico no sería la condición única para acceder a un tratamiento y brindar al prematuro la posibilidad de vivir sino que estaría sujeta a los propios límites naturales.

Al respecto opina la entrevistada: “muchas veces son las posibilidades digamos económicas las que determinan que un niño con bajo peso siga viviendo y otro se considere, no digo inviable, pero sí muy difícil y se lo deje. En los hospitales públicos si tantos pesan menos de 900 g. es tan prematuro que no se gasta en él lo necesario, pero si vos tenés dinero probablemente eso

funcione, si lo hacés en una clínica privada, tenés una serie de posibilidades más, esto hace a la inequidad de los recursos. Son cuestiones abiertas y la idea es que como son cuestiones abiertas es que podamos establecer un diálogo donde se respete fundamentalmente la opinión del paciente”.

A partir de aquí es importante considerar a la equidad, no solamente como uno de los principios fundamentales de la bioética que debe ser respetado, sino también como un tema inherente a lo social y a las políticas públicas que deben garantizar por igual el acceso a la salud de toda la población.

En relación a la información recabada en las entrevistas, puede decirse que una de las funciones que tiene el programa Materno Infantil, es que desde la Región Sanitaria se brinden los insumos y herramientas necesarias a cada Municipio para que estos puedan brindar a las mamás embarazadas la mejor calidad en la atención, haciendo que los controles que deben realizarse sean obligatorios, y contribuyendo de esta manera a la prevención y detección precoz de enfermedades que puedan poner en riesgo el embarazo.

Otra de las cuestiones que surgen es en relación a que no todos los niños tienen las mismas condiciones de vida y por ende su acceso a la salud no es el mismo.

De modo tal que es necesario que para que la equidad se cumpla, las políticas públicas deberán intervenir garantizándola.

Al respecto podemos dar cuenta de la salud pública como una ciencia aplicada y pragmática: su objetivo y metodología debe ajustarse a las condiciones de cada lugar y circunstancia. Es tarea y patrimonio del sector público, del gobierno. Cuando hablamos de salud pública nos referimos a la salud de la totalidad de la población.

Con respecto al principio de autonomía al que hace referencia la especialista en bioética y que tiene que ver con la información que se le da al paciente respecto a su condición de salud y la posibilidad de que éste pueda dar su consentimiento en relación a un tratamiento, uno de los profesionales entrevistados dio a conocer la manera de proceder en estas circunstancias:

“En general, uno toma las conductas del tratamiento y se las explica a los padres, se le explica por qué tal cosa, por qué la otra, son limitadas las excepciones en las que uno trata de hablar con los padres en el sentido,

cuando vas a usar una medicación que es nueva o algún tratamiento que puede correr riesgo la vida del bebé...todos esos procedimientos, si bien uno está acostumbrado a hacerlo, se corre un riesgo, en ese caso consultamos a los padres lo que estamos haciendo”.

A partir de sus dichos podemos observar que los papás de los bebés internados en la UCIN son informados de los procedimientos y tratamientos que se brindan a sus hijos a fin de que presten su consentimiento, de modo tal que podría decirse que en este caso es respetado el principio de autonomía y que es una de las condiciones fundamentales para dar cumplimiento y poner en práctica a la disciplina bioética dentro de la práctica profesional.



CODIFICACION de las etas. Análisis de las categorías: SALUD Y ENFERMEDAD. Extracción de citas.

2. *“Que si por ahí todos tenemos esa concepción de que la salud es el bienestar bio-psico-social y no nada más que la ausencia de enfermedad, todos tenemos ese concepto porque lo estudiamos, lo aprendimos tal vez en la universidad”.*

“Más allá de la concepción que tenemos todos de la salud como bienestar, porque hablar de bienestar también es subjetivo, o sea, bienestar bio-psico-social o la ausencia de enfermedad no te da la pauta, porque si nos ponemos a pensaren bienestar, una persona que consume droga, que consume cocaína, en el momento que consume cocaína, esa persona está sintiendo bienestar y no estamos hablando de salud si esa persona consume cocaína, o sea que no está en un estado de bienestar. Entonces el bienestar se da cuando una persona está plena, o sea, más allá que no sienta dolencias, que se sienta bien para enfrentar los problemas, que tenga...no va a ser una vida sin problemas, pero sí va a tener esa fortaleza para poder enfrentar los problemas, es decir, yo creo que más allá que...hay hipertensos que conviven con una enfermedad crónica pero son personas sanas, porque ellos saben sobrellevar. los diabéticos que saben sobrellevar su enfermedad, que cumplen con la medicación y son personas sanas, o sea tienen su enfermedad crónica pero son sanos porque ellos pudieron aceptar la enfermedad, pudieron asumir el tratamiento y llevan una vida totalmente normal, o sea que yo pienso que va más no por el bienestar que podés sentir en ese momento, sino por la plenitud y cómo vos podés sobrellevar tu vida”.

4. *“En realidad el concepto de salud es desde que se gesta el chico,*

Después la salud del recién nacido sano, lo que hablábamos hoy, se lo examina al bebé e inmediatamente se lo trata de mandar con su mamá para que no se pierda al chiquito. Y con respecto al recién nacido prematuro, tenemos prematuros con una amplia gama de enfermedades y patologías. El prematuro, fundamentalmente su problema es el peso y quedan internados acá para alimentarlos con sonda nasogástrica y otros prematuros que tienen

deficiencias en la parte respiratoria y que requieren terapia intensiva con respirador, antibióticos, etc.”.

5. *“Estar sano significa estar sano no solamente físico sino también mentalmente, para decir que una persona está sana con él mismo y con su entorno, tanto física como mentalmente y enfermedad todo lo contrario, digamos de la parte física o de la parte psicológica también o no estar bien con uno mismo, eso no es estar en salud por más que uno no tenga ningún resfrío, ningún síntoma, ninguna hemorragia, lo que sea, pero el no estar bien uno mismo o el entorno o mentalmente”.*

6. *“El de salud es un concepto que cada vez es más amplio, porque no nos podemos quedar solamente con la definición de la ONU, que consiste en enfermedad, invalidez, sino también en las condiciones de vida, el acceso a lo básico: trabajo, condiciones adecuadas, alimento que le permita satisfacer las necesidades básicas de la canasta fliar, ir a la escuela, tomar el colectivo, tener agua potable, tener una red de obras sanitarias cloacal, todo eso es el concepto de salud, la vivienda digna”.*

7. *“Nosotros lo que estamos haciendo en la región es encarar a la salud realmente no como enfermedad, sino realmente este concepto de trabajar desde el área social, psicológica, ambiental, porque estamos viendo y sumamos por primera vez a este grupo de salud geógrafas”.*

8. *“Es coincidente con el de la OMS que es el concepto de salud no orgánica, sino salud, nosotros nos resistimos a decir bio-psico-social porque es una definición un tanto remanida pero fundamentalmente entender por salud algo que respete todas las dimensiones del ser humano, no simplemente las orgánicas, por lo tanto, esto que te preocupa que es la asistencia al dolor psíquico está totalmente contemplado, no se podría hacer ningún dictamen bioético si no se tiene en cuenta al sufrimiento psíquico, el dolor psíquico en toda la extensión, es la social, la interdisciplinaria y la bioética, por lo tanto,*

todas las disciplinas que tienen que decir algo respecto de la salud de la persona están implicadas”.

ANALISIS:

Algunos entrevistados hacen mención de que ya no es posible pensar a la salud únicamente en términos de ausencia de enfermedad, por lo tanto el concepto de salud implicaría que debe ser considerado desde una visión más integral.

Aunque en algunos casos se hace referencia a la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud, quien define a la misma como: un estado de completo bienestar físico, mental y social, no consistiendo solamente en ausencia de enfermedad; y si bien esta definición presenta de acuerdo a Almirón (2008) las siguientes ventajas: por un lado, considerar a la salud ya no en términos negativos y por el otro, tener en cuenta no solamente el estado físico, sino también mental y social, se destaca el hecho de que la mayoría de ellos coinciden en que la salud posee múltiples aspectos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de abordarla, como por ejemplo: condiciones de vida, acceso a lo básico, aspectos sociales, ambientales y psicológicos del ser humano.

Esta idea es coherente con la carta de Ottawa pronunciada el 21 de noviembre de 1986 por la Organización Mundial de la Salud cuyo objetivo fue: “salud para todos en el año 2000”, y define a la salud como *un recurso para la vida cotidiana... un concepto positivo enfatizando los recursos personales y sociales así como las capacidades físicas, mencionando que las condiciones fundamentales y los recursos para la salud son la paz, vivienda, educación, alimentación, ingreso, recursos sostenibles, justicia social y equidad.*

Siguiendo la misma línea de pensamiento, la salud sería *el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a los servicios de salud, así como el resultado de las formas de*

organización social de la producción, las que a su vez pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida. El proceso salud-enfermedad no sería un concepto abstracto y estaría definido en el contexto histórico de determinada sociedad y en el momento determinado de su desarrollo, debiendo ser construida y conquistada la salud por la población en su lucha cotidiana, significando el derecho a la salud la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, para todos los habitantes, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad. (8va. Conferencia Nacional de Salud de Brasil, 1986).

Lo que proponen Guerra y Landaburu (1998), es que cuando hablamos de salud podemos pensar en un equilibrio activo que incluye la propia interioridad del sujeto, su relación con el medio natural, familiar y social. La salud no es igual a ausencia de señales de sufrimiento ni es un estado al que el sujeto arribará o perderá en forma definitiva. Salud implica la noción de adaptación crítica y no aceptación rígida.

A partir de las citas extraídas es posible afirmar que los entrevistados reconocen en sus dichos la idea de que la salud es un concepto que no puede ser únicamente definido en función de la ausencia de enfermedad ni de bienestar bio-psico-social, sino que van un paso más allá y en general concuerdan en que se debe tener en cuenta otros aspectos de la vida cotidiana que tienen que ver con la posibilidad de acceder a todos aquellos recursos que les permitan mejorar su calidad de vida y como consecuencia directa su salud.

Es así que la especialista en bioética afirma: “todas las disciplinas que tienen que decir algo con respecto a la salud están implicadas”. Esto significa que no solamente la medicina se encuentra habilitada para hablar de salud, también todas las disciplinas que hacen al bienestar total del ser humano, en este sentido podemos incluir a todas aquellas que aportan sus conocimientos y saber para poder mejorar la calidad de vida de las personas y su acceso a la salud.

Esta diversidad disciplinar puede ser explicada mejor por Samaja (2004) quien sostiene que la salud no es patrimonio exclusivo de ninguna jurisdicción disciplinaria y que por ello es necesario integrar todos los estratos en los que

se ponen en juego los valores de la salud humana: molecular, celular, anátomo-clínico, individual, grupal, societal y global.

Pero además de las diferentes disciplinas también se debe incorporar a los usuarios de los servicios de salud, sanitaristas, políticos, empresarios y todos los actores de la comunidad en la medida en que la salud es un patrimonio, un bien que debe ser defendido por todos los sectores de la sociedad en su conjunto.

Almeida Filho y Silva Paim () desarrollan esta idea al entender a la Salud Colectiva como *campo científico*, donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto salud y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo varios ángulos; y como *ámbito de prácticas*, donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como "sector salud".

Conforme a lo expresado por estos autores, el objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites tanto de lo biológico como de lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades, así como también, la organización de los servicios de salud, y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos. En ese sentido, y acorde al modelo complejo que propone Samaja, el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones.

"La salud sería un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad". Almeida Filho y Silva Paim (op. cit.).

Otro punto de vista es el que incluyen dos de los entrevistados y que tiene que ver con la dimensión subjetiva: estar bien con uno mismo y con el entorno, sentirse pleno y poder afrontar los problemas de la vida, lo cual significa no que no nos vamos a enfermar, pero sí que cuando lo hagamos vamos a disponer de la fortaleza necesaria para sobrellevar la enfermedad y llevar una vida lo más saludable posible.

Desde esta misma línea de trabajo Rodríguez Salgado (1997), desarrolla la idea de que la rotulación de enfermo puede proceder de sí mismo, del

sistema médico o de la sociedad en general. Existe una diferencia entre sentirse enfermo, tener una enfermedad y ser considerado enfermo. Pero nunca el hombre está plenamente sano o plenamente enfermo. Además de la sanción personal (el sentirse enfermo) y de la definición profesional (estar enfermo, tener una enfermedad), está también la definición dada por la comunidad inexperta, o por el saber implícito, no teórico de las comunidades. Esta tercera dimensión es la que podemos llamar la de ser considerado enfermo.

Esta idea que se encuentra en concordancia con lo que expresan los entrevistados quiere decir que hay una dimensión que pertenece al proceso de salud y enfermedad que debe ser tomada en cuenta a la hora de todo abordaje y es la que tiene que ver con la dimensión subjetiva. Esta implica el sentir de la propia persona respecto a su condición de sano o de enfermo, independientemente de la realidad objetiva que la comunidad científica o inexperta le pueda aportar.

Entonces, es necesario comprender que la salud no puede ser entendida meramente como algo estático, es decir, como un estado ausente de enfermedad, sino como un proceso sujeto a variaciones a lo largo de la vida.

De acuerdo a los entrevistados se deben tener en cuenta todas las dimensiones que hacen a la vida misma del ser humano y su complejidad. Es por eso que el proceso de salud y enfermedad no puede ser abordado desde una única disciplina que aporte su única mirada del problema. La complejidad exige, siguiendo a Samaja (op. cit.) múltiples niveles de análisis.

A fin de superar esta visión reduccionista de la salud y la enfermedad este autor propone la construcción de una transdisciplina, esta debe afrontar el obstáculo de la fractura entre tres grandes campos científicos: 1-ciencias naturales, 2-ciencias culturales y 3-ciencias formales.

Desde esta perspectiva *la problemática de las ciencias de la salud no puede arrinconarse en ninguno de estos segmentos de manera exclusiva: los tres campos científicos deben ser reclamados por las ciencias de la salud como propios de su praxis efectiva. Las ciencias de la salud estudian en los tres niveles de la realidad: cosas, sujetos y reglas.* (Samaja, 2004).

Análisis de categorías: *INTERDISCIPLINA Y ROL DEL PSICÓLOGO.*
Extracción de citas.

1- *“El grupo de extensión GESTAR se concibe como un grupo interdisciplinario ya desde los inicios”.*

“Nosotros como psicólogos vamos a estar compartiendo el ámbito de decisión, vamos a tener en la mano una historia clínica, vamos a escuchar un médico hablando de una mujer embarazada, de un recién nacido pre término y tenemos que saber qué quiere decir”.

“Ante los límites de la medicina, ahí está el psicólogo, no para hacer maravillas ni para hacer magia, sino para acompañar y aportar con su saber un transitar más aliviado al sufrimiento”.

“El rol del psicólogo perinatal es aportar un saber allí donde el saber de la medicina se agota, es acompañar un transitar gestacional que no es el que la mamá esperaba”.

2- *“Sí , se trabaja, en casi todos los programas es interdisciplinario, es organizado por, tal vez dos profesionales, pero van participando los distintos profesionales...creo que si realmente tuviéramos el espacio para integrarnos, espacios de formación juntos, todos juntos, como que el funcionamiento del equipo en mi sala, o sea, habría un funcionamiento mucho mejor, porque como que al tener un espacio de formación o un espacio de diálogo o de charla y de unificación de criterios, se trabaja en una forma mucho mejor, pero a veces hay esas falencias porque falta integración...,, debería ser un equipo interdisciplinario que trabaja, que tiene el mismo espacio de formación”.*

3- *“Otro paso fundamental en un nacimiento prematuro es el seguimiento, nacen muy inmaduros y tienen complicaciones de todos sus órganos, entonces, básicamente es conformar un equipo y un seguimiento a largo plazo porque no solamente el neonatólogo, sino también el contar con el oftalmólogo, neumonólogo si hay una complicaciones respiratorias que eso es muy frecuente, nutricionista porque son de baja talla, bajo peso y bueno, e ir conociendo al resto del equipo, porque nosotros somos una comunidad*



cerrada, después los prematuros terminan yendo a la guardia con pediatras de otros servicios y también lo tienen que conocer, se trabaja en equipo” .

“Y como te decía, tienen complicaciones de todos los sistemas, dependiendo de la edad gestacional y del peso, entonces, es un trabajo multidisciplinario, como te decía, básicamente, el que maneja el barco es el neonatólogo”.

4- *“Es fundamental, a parte de los neonatólogos y enfermería, también tenemos los interconsultores, pacientitos que puedan tener problemas neurológicos, son el neurólogo; cardiológicos, cardiología infantil, traumatología infantil y también, hace tiempo, no sé si está viniendo ahora, teníamos una psicóloga que hablaba con los distintos padres, fundamentalmente con los de recién nacidos prematuros que tenían un tiempo bastante largo internados. Entonces, ella hablaba y les preguntaba cuales eran sus motivaciones”.*

5- *“Sí, con otras especialidades. Tenemos aquí en la sala clínicos, cirujanos, que ellos pertenecen al servicio y después dentro del htal. cuando se requiere una interconsulta con alguna hematóloga o la psicóloga del htal. se la llama, pero sí acá contamos con la mayoría de las especialidades. Por ahí con neurología, con neurocirugía consultamos con el Htal. Regiona”l.*

“Es fundamental, es necesaria, ninguna especialidad puede manejarse por sí sola, tiene que estar interrelacionado el médico con el resto. En el caso nuestro por más que sea algo muy concreto, pero también en ginecología nos basamos en la interdisciplina. Es fundamental, sobre todo para la parte clínica, quirúrgica, hematológica y acá últimamente en la parte psicológica mucho”.

“Si hay alguna sospecha o alguna necesidad por parte del médico o de la paciente se hace una interconsulta con el servicio de salud mental, pero generalmente se hace cuando están internadas, en el consultorio por ahí o no lo manifiesta la paciente o no salta nada a la vista y eso se ve acá en el momento de su internación con algún problema cuando nace el bebé o si el embarazo no vino deseado o una violación, eso bueno, ya se hace la interconsulta son salud mental y ahí es donde más se ve”.

6- *“El trabajo interdisciplinario es como la meta a lograr, cuesta porque a veces atender y consultar al paciente no es lo mismo que el trabajo interdisciplinario, pero se trata en lo posible de ponerle la mejor buena voluntad, yo creo que falta bastante en la formación de grado para poder salir con algo más sólido a trabajar. No se si se puede llamar interdisciplina, pero por lo menos hay una comunicación más fluída entre las distintas áreas de la medicina o con psicología o con psicopedagogía, pero falta, cuesta formación, porque en la formación de grado no hay”.*

“Estas cosas son dificultades concretas de la práctica, más allá que tenemos que trabajar con un caso cada cual desde su área, pero eso en mi experiencia necesita del aceitado de la cotidianeidad”.

“En la dinámica de grupo cuesta...todo esto ya es dificultad práctica para el trabajo en la interdisciplina”.

7- *“Para mí la interdisciplina, porque hoy es fundamental, puede existir y esto yo lo aprendí más que nunca, no porque me lo dio la universidad, sino que me lo dio este post grado de médicos comunitarios, yo aprendí que con la interdisciplina se pueden hacer muchas cosas, que se puede trabajar de verdad por la comunidad y para la comunidad y para uno mismo como profesional, el tema es aceptar y abrir la cabeza, que la verdad esto la facultad no nos prepara, yo estoy hablando de medicina, por ahí hoy sí hay otras facultades que están interviniendo, pero uno lo va aprendiendo con la experiencia de los años. Yo en este último tiempo, yo trabajo mucho con educación y acá se trabaja mucho con educación, en las maneras de prevención”.*

“Otro momento en que vimos que la interdisciplina es fundamental es con esta epidemia de la gripe, si no nos hubiéramos puesto todos de acuerdo, las diferentes áreas, decir bueno, vamos a trabajar con la ONG, vamos a trabajar con la salita, vamos a trabajar con la comunidad, vamos a trabajar con el vecino”.

“Que todas las mamás se hagan estos estudios, que todas las mamás tengan un control más cercano y ahí entra la interdisciplina, la trabajadora social, la que si la mamá no vino decirle: bueno mirá esta mamá no está viniendo, porque para eso están los registros del SIP y el SIPA, podemos

citarla, podés ir hasta el domicilio, están los médicos comunitarios y están los agentes promotores de salud que también trabajan en los centros de salud”.

“Eso va a prevenir al parto prematuro, realmente es un trabajo interdisciplinario, no tiene que ser nada más que el médico, la enfermera, la enfermera que cuando la mamá está en la sala de espera se acerca y le pregunta: te estás controlando, hace rato no te veo, qué pasó que no venís?. O en la escuela, en el caso de embarazos adolescentes, la escuela se acerca mucho a trabajar”.

8- *“Es absolutamente demandante la interdisciplina, fijate que se manejan estos niveles de la interdisciplina, de la multidisciplina que implican la presencia de... y aún conservan compartimientos estancos. La que tiene que ver con la inter, es donde actúan entre ellos reconociendo los diversos discursos y demás, pero todavía conserva en la interdisciplina su discurso. La propuesta de máxima que por supuesto todavía no se da es la transdisciplina, es decir, la posibilidad de generar un discurso que supere los discursos individuales, pero para eso hace falta mucho ejercicio, mucha escucha, los psicólogos están muy acostumbrados a esto pero el resto de las disciplinas no ya que es una tarea la verdad difícil, pero creo que es una especie de guía hacia donde vamos, generando un discurso mucho más rico, y no un discurso unilateral, sino un discurso complejo con todas estas aristas”.*

“Tenemos como marco teórico lo que se llama la ética discursiva, donde estamos obligados a lograr consenso. Aquel que no está totalmente de acuerdo debe hacer el esfuerzo hasta lograr el acuerdo, creo que en dos situaciones nada más no logramos el acuerdo, entonces utilizamos la mayoría que también está prevista, pero en realidad tratamos de que nunca sea la mayoría la que genere una decisión, sino la obligación de lograr un consenso. Si es una urgencia y no hay muchas personas del comité que estén trabajando en el hospital, se reúnen los que están y se llama a los disponibles, siempre sabemos que alguno va a llegar y siempre tiene que haber un externo porque el interno de pronto está fucionalizado, el externo tiene mayor objetividad. En general, la idea es que siempre tiene que haber interdisciplina”

ANALISIS:

Todos los entrevistados están de acuerdo y coinciden con que la interdisciplina es adecuada y necesaria en los ámbitos de trabajo donde se desempeñan. Así mismo, todos ellos refieren trabajar interdisciplinariamente pese a que en la cotidianeidad no les resulta una tarea sencilla. La cita de Fazio y Sokolovsky (2006), resulta esencial entonces, para comprender de qué se trata el trabajo en equipo: *la acción interdisciplinaria es condicionada y condicionante del equipo para resolver las diferencias que puedan surgir. Las diferencias en el equipo de trabajo en la medida que sean ejes superadores permitirán el crecimiento del grupo, a la vez que mejorar su capacidad de acción y reacción frente a distintas situaciones en las que deba intervenir.*

Dentro de la misma línea de pensamiento y en relación a los equipos interdisciplinarios, Stolkiner (1999) considera que el énfasis deberá estar puesto en la producción de acciones sin perder de vista que “las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas”.

De modo tal que, para que la interdisciplina sea posible a pesar de las dificultades prácticas con que se encuentran los miembros del equipo, estos deberán aceptar las diferencias y la complejidad de los problemas a abordar, reconociendo que la única manera de resolverlos exitosamente es a través del trabajo interdisciplinario, sin dejar de lado a demás que cada uno de ellos se encuentra atravesado por su propia disciplina, de manera tal que será imprescindible superar en la práctica la fragmentación del saber que impide este accionar conjunto y armonioso que solo es característico del trabajo interdisciplinario.

Algunos de ellos expresan así mismo las dificultades que interfieren al querer implementar la interdisciplinariedad, estas dificultades se deben tanto a la escasa formación teórica en el tema que la Universidad debiera brindar, como a aquellas que son inherentes a la práctica misma y que tienen que ver por ejemplo, con la escasa participación en actividades comunes que les permitan aunar criterios o con la imposibilidad de compartir los mismos días y horarios de trabajo para poder reunirse e intercambiar diálogo.

En relación a estos inconvenientes que plantean los profesionales entrevistados, Stolkiner (op. cit.) dice al respecto: *Ya es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo.*

En este párrafo, la autora señala que solo debemos considerar como interdisciplinarios a aquellos equipos donde exista un marco de representaciones comunes entre las diferentes disciplinas que lo integren, en el caso de equipos asistenciales, sugiere que esto solo se podrá lograr a través de la participación en actividades y dispositivos compartidos que les permitan lograr una construcción conceptual común de cada problema a abordar, lo esencial entonces sería que los distintos profesionales, al reconocer la importancia de la interdisciplina, puedan llevar a la práctica lo que esta requiere para su buen funcionamiento y que puedan superar ellos mismos estas imposibilidades que señalan, que si bien son reales y ejercen una influencia negativa en la práctica misma no son imposibles de modificar.

En el caso de los médicos neonatólogos, el contacto con otras especialidades de la medicina es fundamental dado que el recién nacido prematuro presenta complicaciones en diferentes órganos del cuerpo. Si bien se nombra al servicio de psicología como parte de esa interdisciplina, solo se lo tiene en cuenta secundariamente, cuando los padres presentan alguna dificultad especial y manifiesta, pero no como parte de la atención integral del recién nacido y su grupo familiar. A respecto de esto puede decirse que la interdisciplina debe ser pensada como una herramienta que en el campo del conocimiento *ofrece un camino para superar aquella fragmentación del saber que la especialización parece hacer inevitable, permitiéndonos realizar una cierta unidad del saber, no como una "reducción a la identidad" sino como toma*

de conciencia de la complejidad de las realidades que nos rodean, la cual requiere que el verdadero entender de esta complejidad, consista en tomar en cuenta las diferencias y al mismo tiempo comprender las razones y el sentido de su estar juntas y relacionadas. (Agazzi, E. 2002).

De acuerdo a este autor, la interdisciplina permite dar solución a la fragmentación que la especialización supone a través del reconocimiento de las diferencias que hacen a la complejidad de la realidad. Y a demás agrega: “la interdisciplinariedad no puede pensarse como contraposición a la especialización, sino como una armonización de varias especializaciones en vista de la comprensión y solución de un problema”. (Agazzi *op.cit.*).

Los médicos a quienes se entrevistó refieren como fundamental el trabajo interdisciplinario y expresan llevarlo a la práctica a través de la acción conjunta entre las distintas especialidades de la medicina que están implicadas de acuerdo a la patología que presente cada recién nacido, esto pone en evidencia el reconocimiento de la complejidad que caracteriza la vida del bebé prematuro pero solo en parte, es decir, solo en función de lo orgánico ya que, como expresé anteriormente, la inclusión de la atención psicológica solo es secundaria y en algunos casos puntuales. A demás cabría la pregunta de si esa especialización se encuentra fragmentada o si presenta la armonización necesaria para que el trabajo verdaderamente pueda decirse interdisciplinario.

De acuerdo a la psicóloga integrante del grupo Gestar la función del psicólogo es acompañar y aportar un saber diferente al exclusivo de la medicina allí donde esta no puede dar respuesta: “*ante los límites de la medicina, ahí está el psicólogo, no para hacer maravillas ni para hacer magia, sino para acompañar y aportar con su saber un transitar más aliviado al sufrimiento...El rol del psicólogo perinatal es aportar un saber allí donde el saber de la medicina se agota*”.

En este sentido, podemos pensar a la interdisciplina como un entrecruzamiento de discursos, tal como fue manifestado por la especialista en bioética, quien a de más propone como máxima a la transdisciplina, instancia superadora de los discursos individuales que sin embargo en la práctica aún no se ha podido lograr.

En relación a la transdisciplina, Stolkiner (*op. cit.*), recurre a la metáfora de la orquesta para ser explicada: *en la que cada instrumento tiene su*

especificidad, su técnica y sus ensayos particulares. Si llegamos antes de que el concierto comience, oiremos una polifonía inarmónica. Sin embargo, cuando la sinfonía comienza, es una. Un solo producto que, no obstante, contiene la diversidad de sonidos de cada instrumento de una manera que no se explica por simple adición. Si reemplazáramos los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa única sinfonía, esa unidad que desaparecerá apenas termine la ejecución, sería lo transdisciplinario. Este momento transdisciplinario sería, por ejemplo, el producto de una investigación referida a un problema definido conceptualmente de manera interdisciplinaria o la estrategia que se propone un equipo asistencial frente a una situación específica. Es una situación en construcción continua, no un estado. La tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar.

De modo tal que la transdisciplina no es un estado, sino un producto, una unidad resultante de la actividad del equipo interdisciplinario, que se renovará con cada nuevo problema a solucionar.

A partir del presente análisis puede concluirse que todos los entrevistados reconocen la importancia del trabajo interdisciplinario y en consecuencia dicen llevarlo a la práctica a pesar de los obstáculos con los que se encuentran. Es posible no obstante, que muchos de ellos no lo hayan logrado todavía y que se encuentren en la mera yuxtaposición de disciplinas o en su encuentro casual, ya que el verdadero trabajo interdisciplinario requiere de un marco de referencia común logrado a través de la participación en actividades compartidas que permitan la unificación de criterios, situación que por los dichos de los entrevistados aún no han podido llevar a la práctica plenamente.

Codificación de las etas. Análisis de las Categorías: Prevención y atención del recién nacido prematuro. Extracción de citas.

1. *“El grupo GESTAR, comienza en la Unidad Sanitaria Centenario intentando investigar cuáles eran las causas de aborto, cómo se podía prevenir el aborto en la mujer”.*

“Lo que tratábamos nosotros era de apuntalar esa función materna ya desde el comienzo con algún vínculo o algún referente del que sintiera la mujer embarazada. Después incorporamos profesora de educación física, que se llamaba el proyecto algo así como: “abordaje integral de la mujer embarazada y del hijo por venir”, por venir lo usamos bastante en el proyecto y en los informes, porque por venir no tomamos solamente porvenir en el tiempo, sino por venir en relación al futuro auspicioso que nosotros queríamos para ese bebé. Prevenir ya desde los inicios de la gestación. “prevenir la morbi-mortalidad materno infantil en el ámbito de la Salud Pública en partido de General Pueyrredón. Disminuir la enfermedad y la mortalidad tanto en el bebé como en la mamá. . Y después de ahí, lo último que trabajamos en el grupo GESTAR fue directamente con mujeres embarazadas, hospitalizadas a raíz de una gestosis. Una mujer embarazada, ya no nos importaba si era primigesta o si era múltipara, pero que, junto con ese embarazo, ella tenía una patología, entonces el bebé tenía una patología y por ese motivo estaba hospitalizada. Así que bueno, ese es el último trabajo que hicimos, siempre de forma interdisciplinaria y trabajábamos siempre con el médico toco-ginecólogo”.

“Sí, yo estuve trabajando como psicóloga en la UCIN de la clínica Colón, de decir, en la unidad de cuidados intensivos neonatales, ahí estuve trabajando un tiempo ... estuve con la dra. Moretti, neonatóloga. Estube con el dr. Fernando Esteban también neonatólogo. No te podría decir que había ahí un acuerdo en la concepción de un bebé prematuro, sí te puedo decir que me hicieron un espacio de trabajo, con lo cual, algo de los aspectos emocionales, algo de la subjetividad de la madre, ellos pensaban que influía en el desarrollo del bebé”.

2. *“Bueno, en cuanto a la atención de embarazos, se hacen los controles mensuales con obstétricas u obstetras-ginecólogas. Cuando el embarazo tiene alguna complicación, lo ve la ginecóloga-obstetra, se le hace el control mensual, todos los análisis de laboratorio, se le entrega leche para su nutrición, se le entrega hierro y ácido fólico, y ahora se está comenzando un taller de psicoprofilaxis y cuidado del embarazo”.*

“En cuanto a los recién nacidos, se hace el control a partir de los 7 días de vida, ese es el primer control. El control es desde los 7 días hasta los 2 años de vida, es un control mensual. Y a los recién nacidos prematuros, una vez que se le dio el alta en el hospital, Y se le hace, una vez que sale, se lo controla coma a un recién nacido más, más allá que después tenga controles con algún neonatólogo hasta el año en el Materno. Pero acá se le hacen los controles mensuales como a los demás lactantes”.

“En realidad se están bajando programas desde Nación, el proyecto tiene que ser producido entre los profesionales, puede ser obtétricas solas, obstetras y ginecólogas. Generalmente se dan charlas, donde es un espacio para la embarazada, para que pueda hablar de sus miedos, de sus preocupaciones y se invitan a distintos profesionales: psicólogos, pediatras, odontólogos, porque entran todos los cuidados desde el embarazo y todo lo que viene después, cuando nace el bebé”.

“El control de la embarazada mensual, bueno, se le hace control de peso, se le hace control de medición de útero, se le hace monitoreo y a partir de eso, todos esos controles, a través de la ecografía, que se le hace una trimestral, a través de esos parámetros, y si no hay ninguna otra complicación, como la que puede ser hipertensión, que eso a veces induce al parto precoz. Estas son las medidas que toman para detectar un parto prematuro”.

3. *“El nacimiento y prematuro, básicamente la primera etapa esa a cargo del obstetra, diagnosticar o tener en cuenta cuáles van a ser los embarazos de riesgo, seguirlos y en base a eso informarle a los pediatras cuáles son los embarazos de riesgo para que estén preparados, tanto el personal médico, como enfermería, como el área de neonatología, para que estén Preparados para ese nacimiento”.*

“La parte fundamental de los prematuros o de todo embarazo de riesgo es detectarlo con anticipación, porque un recién nacido prematuro nace con muchas complicaciones, entonces, estar anticipado al hecho ya es una ventaja y después, otro paso fundamental en un nacimiento prematuro es el seguimiento, nacen muy inmaduros y tienen complicaciones de todos sus órganos, entonces, básicamente es conformar un equipo y un seguimiento a largo plazo”.

“El tratamiento de un bebé prematuro es un bebé que nace antes de tiempo y tiene todos los órganos inmaduros, o sea que tiene complicaciones de todos los órganos, entonces, es un trabajo multidisciplinario, como te decía, básicamente, el que maneja el barco es el neonatólogo. Lo más importante después de su nacimiento es el tratamiento de su aparato respiratorio, porque al ser prematuro, tiene inmadurez cerebral y pulmonar, entonces, la mayoría de las veces necesitan respirador, asistencia respiratoria, eso por el lado pulmonar”.

“La mamá tiene que estar básicamente la mayor parte del tiempo posible con el bebé, sobre todo para disminuir su ansiedad y para ayudar al equipo de enfermería con el tratamiento y después, muchas veces se los nutre con la sonda nasogástrica, se lo alimenta con la leche de la mamá, entonces la mamá tiene que estar en el hospital para sacarse la leche y para dejársela a la enfermera y guardarla, y una vez que se lo empieza a descomplejizar, se le sacan todos los accesos vasculares, se le seca el respirador, es bueno que la mamá lo tenga en brazos y siempre se los tiene en cuenta a los padres, sobre todo las enfermeras para ayudar a cambiarlos y esas cosas para que ellos se sientan bien”

“Para los padres es libre, el papá y la mamá pueden entrar todo el tiempo. Los hermanos y los abuelos, los abuelos no sé si el sábado o el domingo, pero una sola vez y los hermanos también, una sola vez, pero los padres sí, todo el tiempo que quieran”.

¿Hay alguna atención de tipo psicológica a los padres?

No, la verdad que no.

¿Considerás que sería importante incluirlo?

Sí, para los padres no es una situación fácil y tal vez sería conveniente.

4. "A parte de los neonatólogos y enfermería, también tenemos los interconsultores, pacientitos que puedan tener problemas neurológicos, son el neurólogo; cardiológicos, cardiología infantil, traumatología infantil y también , hace tiempo, no sé si está viniendo ahora, teníamos una psicóloga que hablaba con los distintos padres, fundamentalmente con los de recién nacidos prematuros que tenían un tiempo bastante largo internados. Entonces, ella hablaba y les preguntaba cuales eran sus motivaciones".

"Igualmente con nosotros tenemos varios pacientes prematuros internados. Lo fundamental para un papá de un recién nacido prematuro es el apoyo de otro papá de un recién nacido prematuro que está dado de alta o que esté en mejores condiciones. Ellos se apoyan mucho, de acá han salido amistades por el hecho de compartir 2, 3 meses en la neonatología y siempre uno le pone el hombro al otro cuando la situación también es difícil.

"Bueno, estos son muy variables, desde la regulación de la temperatura para lo cual el bebé necesita incubadora con distintos grados de temperatura. El cuidado de la piel es fundamental también , el del recién nacido es su primer mecanismo de defensa, entonces, tratamos de lastimarla lo menos posible cuando ponemos catéter, sacamos sangre, etc. porque es una puerta de entrada a la infección. Después tratamos de aminorar la mayor cantidad de ruido, la luz de la terapia generalmente la atenuamos con alguna mantita sobre la incubadora y sobre todo, tratamos de respetarle su tiempo de sueño, por ahí la enfermera va a atender al bebé y en ese momento está despierto, y por ahí nosotros lo examinamos, salvo la urgencia por supuesto, pero tratamos de respetar la relación vigilia- sueño, ruido, luces y bueno, después todo lo que requiere un recién nacido prematuro, que puede ser desde una zondita para alimentarlo, hasta un respirador con tubos en el pecho cuando realmente está grave".

"En general, uno toma las conductas del tratamiento y se las explica a los padres, se le explica por qué tal cosa, por qué la otra, son limitadas las excepciones en las que uno trata de hablar con los padres en el sentido, cuando vas a usar una medicación que es nueva o algún tratamiento que puede correr riesgo la vida del bebé. Hay pacientes que se ponen amarillos, si hay ictericia hay que hacerle recambio de sangre, todos esos procedimientos



si bien uno está acostumbrado a hacerlo, se corre un riesgo, en ese caso consultamos a los padres lo que estamos haciendo”.

“Acá el régimen de visitas es muy abierto, las mamás entran cada 3 horas, de las siete de la mañana a las diez de la noche. A la noche tratamos de que se vayan a su casa a descansar, los padres entran a la mañana y a la tarde. Yo particularmente si estoy de guardia y viene alguna abuela para ver al bebé, si no tenemos muchos pacientes la dejo pasar. Ese es el régimen de visita y a veces lo hacemos con los hermanitos. No está estipulado , pero en mi guardia lo hacemos”.

“ Fundamental, imaginate un bebé que está grave, que nosotros estamos trabajando con el bebé, lo estamos oscultando, sacando sangre, haciendo esto, lo otro, ese bebé cuando viene la madre y el solo contacto piel a piel hace que cambie totalmente su medio interno, su sensibilidad, etc., sí eso es fundamental. Siempre, algunos papás tienen miedo a tocar al bebé porque es muy chiquito y nosotros insistimos con eso porque es fundamental para ellos”.

5. *“La atención es la del consultorio externo, hay un consultorio general y un consultorio de alto riesgo para las patologías, las hipertensas, las diabéticas, ese tipo de patologías, hay un consultorio de infanto juvenil y si hay alguna sospecha o alguna necesidad por parte del médico o de la paciente se hace una interconsulta con el servicio de salud mental, pero generalmente se hace cuando están internadas, en el consultorio por ahí o no lo manifiesta la paciente o no salta nada a la vista y eso se ve acá en el momento de su internación con algún problema cuando nace el bebé o si el embarazo no vino deseado o una violación, eso bueno, ya se hace la interconsulta son salud mental y ahí es donde más se ve.*

“El embarazo de riesgo principalmente por antecedentes, ya hay antecedentes que te marcan que esa paciente puede o no tener un problemita, ya sea hipertensión, alguna enfermedad autoinmune, cuando tienen muchas cesáreas, eso también es un embarazo de riesgo, cuando tienen varias cesáreas y van a su cuarta, quinta cesárea, esa cesárea va a ser de riesgo, ya el embarazo puede ser de riesgo por el hecho de que no llegue a término, también muchas adolescentes, 15, 16 años y los factores para detectarlo son

en base a lo que se pide en el embarazo, el asunto de la sangre, los controles de presión arterial que se hace en cada control y ahí se detecta, sobre todo esas dos, las dos principales patologías que son hipertensión y diabetes se detectan con los controles ya sea de laboratorio o con la simple toma de la presión arterial. Bueno un embarazo gemelar doble puede ser considerado un embarazo de riesgo, que tengan dos y no uno, son embarazos que terminan antes de tiempo también, las cesáreas anteriores y el embarazo adolescente por todo lo que ello implica”.

“Generalmente una vez que nace si es prematuro, bueno, hay una serie de laboratorios que se les pide, glucemia, otras hormonas, de acuerdo al peso o no, ese chiquito va a quedar internado o no, se le da el alta a partir de los 2 Kg. Y si sigue internado acá más que nada controlarle la función pulmonar, el prematuro no desarrollo todavía bien los pulmones, a veces se da una medicación para favorecer el desarrollo pulmonar, hay veces que se necesita o no estar intubado, si no está intubado va a estar en incubadora para permitir ese orden hasta que pueda empezar a tomar leche materna, si no está alimentado con sondita, generalmente ahí con el laboratorio y una vez que se da el alta hay un consultorio de neonatología que lo sigue fuera de lo que sería un control normal en forma más seguidita y más periódica, ahí ya más que anda tiene que ver con el neonatólogo, pero a grandes rasgos es eso”.

“Está el curso que hace la obstétrica, el curso parto y bueno ahí se charla más que nada en base a cómo va a ser su parto, qué significa un parto, una cesárea, cuándo venís a htal. y cuándo no y eso las ayuda a las madre, digamos, tomándolo como un modo de contención, las ayuda porque van sabiendo la ansiedad a lo desconocido, pero plan desde el servicio de psicología que yo sepa no. Están las interconsultas cuando nosotros pedimos”.

“Si se pidió la interconsulta ya la paciente queda digamos en contacto con el servicio de psicología o si no el mismo neonatólogo hace la interconsulta de acá para ir conteniendo a la madre y que la madre se sienta bien charlando con una psicóloga, pero sí, sí eso seguro”.

“Y sí, sobre todo en madre muy jóvenes lo van a precisar, no van a quedar solas generalmente, entonces la madre o el padre, es decir, los abuelos del chiquito, es importante la protección para cuando vuelva a la casa y sobre todo si son madres jóvenes o primerizas”.

6. *“La prevención no es solamente la vacuna, es una parte, pero hay que prevenir todo lo otro. Prevención es que el niño pueda tener un cuento para jugar, para leer y no esté viendo la cantidad de horas que ve por TV, que pueda ir al jardín, es prevenir que ese sujeto en lo social tenga un futuro y no un adolescente que tenga relaciones sexuales porque el único proyecto que puede tener propio es el de tener un chico o que un chico también con todas estas condiciones caiga en adicciones, robo”.*

“Acá nosotros el embarazo de riesgo lo derivamos, por ejemplo, embarazo adolescente. Si hay una mamá que tiene antecedentes, diabetes, algún problema en general la derivamos al consultorio que está en el Htal. Nosotros hacemos la detección precoz, esta imposibilidad no es por la capacitación profesional, sino para poder verla más seguido, con controles más frecuentes, estudios, análisis que acá no se hacen, entonces están más contenidas, derivamos al paciente”.

“Está el programa nacional de educación sexual y reproducción. Se reparten anticonceptivos orales, inyectables, preservativos, dispositivos intrauterinos. Se llama: programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Yo estoy luchando porque no es cuestión de darles pastillas como si fuera un kiosco, se hacen charlas, en realidad yo en el otro centro de salud lo veo pero con otro estilo, se hacen talleres. Entonces en ese grupo no solo se da la pastilla o el DIU, sino temas que el grupo quiere, entonces suele salir el tema de violencia doméstica, abuso sexual, drogodependencia, adicciones y bueno, esto estamos complementando con otra compañera psicóloga y una enfermera, aprovechamos eso, se le entrega el anticonceptivo, fijarse si tiene todos sus estudios de prevención hechos, chequeos, pero está bueno que el venir a buscar el anticonceptivo sea un disparador para ver otras cosas”.

“No, no hay ningún programa desde salud mental y si vos detectás algo lo derivás a salud mental cumpliendo todos los requisitos que te marca el servicio de admisión.y si, me cargan porque dicen que este consultorio es de psico-ginecología”.

7. *“En Vigilancia Perinatal nosotros ahí estamos viendo la mortalidad neonatal, ahora estamos por presentar un trabajo que es la mortalidad neonatal del 2008 sobre la base de datos que tenemos desde región y desde el Ministerio, la idea es ver qué justamente podemos prevenir y cambiar para esta mortalidad neonatal, viendo a la mamá y a ese recién nacido”.*

“El otro pilar que tenemos, el programa SIP es el programa de Sistema Informático Perinatal que eso es en todo Latinoamérica y donde ahora nosotros sumamos al SIP el SIPA , la idea cuál es: tener una base de datos real que no sea un obstáculo como estamos viendo hasta ahora y que podamos trabajar en el momento, no con una sábana, no con un dato viejo, sino actualizado, esto también hace que nosotros esos datos los vamos a cruzar con otro plan que está en el Programa Materno Infantil que es el Plan Nacer, que es un plan de Nación, que ahí convoca a todas las mamás que no tienen obra social y a las puérperas hasta 45 días y a los niños menores de 6 años, este plan nos sirve, a demás de identificar al grupo de mujeres sin obra social y tener un control un poco más estricto, o sea , que realmente el Estado cumpla la función, se haga el control que debe hacerse con esa mamá y esos niños, donde la vacunación, el control del embarazo, desde el peso, la nutrición, porque ahí también se trabaja con las trabajadoras sociales, va a ser un entrecruzamiento de datos con el SIP, vamos a hacer que de alguna manera sea obligatoria la utilización de este sistema informático en los dos niveles, en el primer nivel de atención y en el segundo de htal., para que funcione el plan Nacer”.

“Y el tercer programa, es el Programa Adolescente, que es otro grupo que nos interesa, que en realidad van todos de la mano, porque la mamá adolescente va a estar en este programa, va a estar en el plan Nacer, va a estar en la vigilancia, por eso hay un solo programa que es el Materno Infantil que tiene esos pies”.

“Nuestro programa también maneja el programa de planificación y reproducción, o sea todo lo que es la entrega de anticoncepción, que puede ser desde anticonceptivos orales, inyectables, diu y también va de la mano con el HIV, que es programa de prevención de HIV, con la entrega de preservativos”.

“No, este es un programa que te va a dar datos y te va a decir de tantas mamás, no sé, esta mamá es fumadora, esta es adicta, esta mamá tiene HIV, esta mamá es anémica, luego juntamos todos esos datos y vamos a ver qué

pasó o cuáles son las patologías más frecuentes y lo que está buscando este programa Vigilar es bueno, todas estas mamás que les pasa esto, dónde es, en tal lugar?, será que hay algún problema ambiental o algo que hace que esta mamá tenga esta patología o es que hay alguna mamá que lo que le falta es tomar alguna medida de prevención en anticoncepción porque vive en un barrio que la unidad periférica le que da a 30 Km., entonces no llega, entonces será que para ese grupo de población tenemos que poner un centro de salud más cercano para que haga este trabajo?”.

“Ahora yo tengo patología materna, todas las patologías que hubo desde enero a julio 2009; se hicieron 2463 partos, de esos 2463, 2443 están en el SIP, en ese sistema informático que yo te decía, de ahí vos tenés los porcentajes de edades. La mayoría de las mamás, el más alto que es el del 36% es entre 25 y 34 años, pero también hay un nivel de 15 a 19 que es del 21%, casi el 22% de mamás. De toda la patología de esos 2463 partos, amenaza de partos prematuros 168, correspondería a un 7%, las causas de amenaza de parto prematuro...y la mayoría infección urinaria, otras patologías como hipertensión o la mamá que trabaja, la mamá que no descansa, esa son la mayoría de amenazas de parto prematuro o cesáreas muy seguidas, entonces el útero no llega a descansar. Todavía se producen un montón de partos prematuros, lo que nosotros estamos buscando con la vigilancia perinatal es evitar los partos prematuros, porque esos partos prematuros si no tienen un cuidado adecuado ya sea dentro del Htal., o cuando se vaya del Htal. es un probable niño que se va a morir y es ahí donde trabaja este programa de mirar, el programa de la lactancia, tomar la teta, todo lo que va a evitar una muerte. Eso nosotros por eso lo tenemos así detallado”.

“Sí, el programa lo que hace es bajarlos a los Municipios, el Municipio debe de alguna manera prevenir el parto prematuro con un buen control prenatal en la mamá, un buen control prenatal en la mamá, o sea un control como debe ser, con la cantidad de controles necesarios, con la cantidad de laboratorios, con ecografías que se tengan en tiempo y forma, porque a veces pasa que la mamá va al control pero nunca llega a un estudio porque los turnos son re alejados, entonces, lo que nosotros buscamos, de alguna manera es facilitarle, darle las herramientas que necesita este municipio, un ecógrafo, porque cada vez que va a sacar un turno al Materno tiene un turno de acá a

dos meses, pasaron dos meses en que la mamá no se hizo ninguna ecografía, bueno, entonces, a través de las necesidades que nos van a dar, nosotros tratamos de conseguirle esa herramienta o ese insumo, ya de esa manera vos estás haciendo prevención del parto prematuro...por eso es fundamental trabajar la prevención”.

“El momento de la teta que es otro momento difícil, que un bebé prematuro tiene que tener una buena lactancia, entonces, otro de los puntos que tenemos que trabajar muy bien es el de la lactancia, para que ese bebé prematuro no se complique. El bebé prematuro es un bebé que hay que cuidarlo muy bien.

“Porque a veces pasa que en Htal. vos le diste todo, la mamá recibe todo y resulta que va a un hogar donde todo lo que hiciste en un montón de días se perdió y es ahí donde tenemos que apuntar nosotros y es ahí donde todavía cuesta intervenir, a dónde va, a qué casa va, con quién va a estar”.

8. Realmente esto tiene que ver con el tema de la justicia distributiva, ahí deberíamos tener una norma lo más universal posible para no dejar afuera, porque generalmente la decisión de los padres, si la persona no es autónoma queda en manos de lo que le dice el médico y el médico tampoco tiene una decisión autónoma porque tiene los recursos que tiene, que no son muchos. Porque el hecho del prematuro muchas veces tiene que ver con el no cuidado, con la mala alimentación, con la falta de nutrientes, con un montón de cuestiones, entonces tenemos que ir a las causas, es decir, porque entonces no tendríamos muchos prematuros y al no tener muchos prematuros podríamos atenderlos a todos y no que eso sea un recurso extraordinario, sino ordinario. De todas maneras creo que hay cuestiones médicas que marcan también, si no hay desarrollo, tiempos, de pronto sería una cuestión contranatura. Pero que esto no sea una cuestión económica, sino una cuestión de puro límite natural y no que con su mismo peso, como decíamos, unos vivan y otros no, esto creo que es generar este principio de equidad que es darle a todos la misma posibilidad, después cada uno de nosotros resolverá esa posibilidad como pueda, a veces muy bien, a veces regular, pero como puede, pero darle esa posibilidad”.

ANALISIS:

En relación a la prevención, puede decirse que varios de los profesionales trabajan o intentan trabajar desde la misma.

Por un lado, el grupo GESTAR, cuyo objetivo es prevenir la morbi-mortalidad infantil llevó a cabo una investigación para detectar las causas de aborto y poder prevenirlo, a demás realizaron en una Unidad Sanitaria talleres con las mamás embarazadas a los cuales dieron el nombre de “abordaje integral de la mujer embarazada y del hijo por venir”, el término por venir no fue utilizado únicamente en función de porvenir en el tiempo, sino por venir en relación al futuro auspicioso que los profesionales deseaban para ese bebé. Se trataba, según lo dicho por la entrevistada de prevenir ya desde los inicios de la gestación, apuntalando la función materna desde el comienzo.

Por otro lado, los médicos mencionan las causas que hacen que un embarazo sea de riesgo y como consecuencia, tenga mayores probabilidades de desencadenar en un parto prematuro, es por ello que consideran de suma importancia que las mamás realicen todos los controles y estudios requeridos en el embarazo a fin de poder detectar precozmente todos aquellos antecedentes que puedan desencadenar en un parto prematuro y de esta manera prevenirlo.

Tanto en el Htal. Materno Infantil como en los centros de salud se realizan talleres de psicoprofilaxis, así como también charlas con las mujeres embarazadas, donde se trabajan entre otras cosas, temas inherentes al cuidado y a la preparación para el parto. Algunos de los programas de prevención que se realizan son bajados desde Nación, mientras que otros surgen de la labor cotidiana y de las problemáticas con que se enfrentan los profesionales de salud en su ámbito de trabajo. En todos ellos se trabaja con las mamás temas que tienen que ver con los cuidados que deben llevar a cabo en el embarazo a fin de poder prevenir abortos y diversas enfermedades así como también de tener la posibilidad de detectarlas tempranamente tanto en ellas como en el bebé, prepararlas para la llegada del recién nacido e informarles de los cuidados que tendrán que brindarles una vez que nazcan a fin de que propiciarles una vida saludable.

Desde el Programa Materno Infantil, existen varios pilares fundamentales, uno de ellos es el Programa de Vigilancia Perinatal, que hace posible la detección de la mortalidad neonatal en la Región Sanitaria, e intenta buscar la manera de prevenirla, este programa es acompañado por el SIP (sistema informático perinatal), donde se vuelcan estadísticas en una base de datos y que junto con el plan Nacer, que es un plan de Nación, que convoca a todas aquellas mamás que no tienen obra social y a las puérperas hasta 45 días y a los niños menores de 6 años, sirve para identificar al grupo de mujeres sin obra social y tener un control un poco más estricto, a demás de que desde el Estado se haga el control que debe hacerse con esas mamás y esos niños, en lo que respecta a la vacunación, el control del embarazo, etc.

Otro de los programas con los que se trabaja es con el Programa Adolescentes, que se encuentra articulado con los anteriores.

A demás la Región Sanitaria se ocupa del programa de Planificación y Reproducción, desde el cual se hace la entrega de anticonceptivos orales e inyectables, diu y preservativos. La entrega de preservativos contribuye también al programa de Prevención del HIV.

Dice la entrevistada: "Todavía se producen un montón de partos prematuros, lo que nosotros estamos buscando con la vigilancia perinatal es evitar los partos prematuros, porque esos partos prematuros si no tienen un cuidado adecuado ya sea dentro del Htal., o cuando se vaya del Htal. es un probable niño que se va a morir y es ahí donde trabaja este programa de mirar, el programa de la lactancia, tomar la teta, todo lo que va a evitar una muerte".

Lo que el Programa Materno Infantil busca es que la prevención de los partos prematuros se haga a través de los controles adecuados en el embarazo y para ello intenta bajar sus programas a los Municipios a fin de que estos brinden una buena atención y control prenatal con la cantidad de laboratorios necesarios, con ecografías que se tengan en tiempo y forma, etc.

De esta manera, lo que el Programa busca es poder facilitarle y darle las herramientas e insumos que necesita cada Municipio para poder brindar la mayor calidad en la atención de la embarazada y del bebé recién nacido y como consecuencia directa contribuir a la prevención de patología.

Por último, están quienes opinan que la prevención debe ir un paso más adelante e incluir la posibilidad de igualar las condiciones de vida y el acceso a

la salud en toda la población, desde este punto de vista se consideraría que uno de los requisitos de la prevención es que sea equitativa.

En cuanto a la atención del recién nacido, los médicos dan cuenta principalmente de los procedimientos médicos que se efectúan al bebé con deficiencias producto de su inmadurez y falta de desarrollo orgánico, entre estos procedimientos se encuentran, por ejemplo: el uso del respirador, la incubadora, zonda, etc. Cuando se les pregunta por la inclusión del grupo familiar en el tratamiento del bebé, responden que es muy importante para la recuperación del mismo, fundamentalmente lo es la presencia de la madre, ya que ésta debe acercarse a la neo diariamente para estar con su hijo y hacerles llegar a las enfermeras la leche que alimentará al bebé a través de la zonda, hasta que esté listo para succionar por sí solo del pecho materno.

En los diferentes servicios de neonatología hay un régimen de visitas para los padres y familiares del bebé, los hay de dos clases: algunos más abiertos permitiendo la entrada de los padres a toda hora y momento del día y otros que funcionan con visitas en horarios más restringidos.

Si bien algunos de ellos mencionan la inclusión del psicólogo en la atención de los padres, no es algo que se hace con demasiada formalidad, en algunos casos se consulta al servicio de salud mental, pero solo cuando desde el cuerpo médico o desde el servicio de enfermería se detecta una situación especial. A pesar de ello, todos reconocen la necesidad de la atención y contención psicológica a estos papás que se encuentran atravesando un momento difícil con respecto a la salud de su hijo recién nacido.

González y Naddeo, (2007), en su artículo publicado en la Revista del Hospital Sardá, resaltan el valor de la humanización de la atención neonatal, sin que ello suponga contradicción con los avances científicos, tecnológicos: *advertido el discurso médico de que la recuperación no se agota en el plano de lo orgánico, como parte de su estrategia, el Servicio de Neonatología convoca a otras disciplinas para la asistencia y el cuidado de la salud de los recién nacidos y de su familia, y entre ellas al servicio de Salud Mental. De tal modo se reconoce que el nacimiento no es un hecho meramente biológico*

Desde la experiencia de la psicóloga integrante del grupo GESTAR, también tuvo la posibilidad de formar parte de un equipo de neonatología en la clínica Colón, ella refiere que tenía su espacio de trabajo en la unidad de

cuidados intensivos neonatales, con lo cual cree que algo de los aspectos emocionales y de la subjetividad de la madre los médicos reconocían que influía en el desarrollo del bebé.

Dicen Dinerstein, González y Brundi (2000): *El momento en que los neonatólogos comienzan a preocuparse de manera creciente por los fenómenos psico-afectivos y neuro-psicológicos que influyen el desarrollo del recién nacido prematuro, es cuando comienzan a mejorar los resultados médicos y el pronóstico de estos bebés.*

Esta nueva mirada, promulga la humanización en la atención neonatal, como consecuencia de poder ubicar al niño como sujeto, portador de un nombre, una historia, un ser de deseo. El recién nacido pasará a ser ahora un sujeto, en oposición a puro objeto de las prácticas médicas. Dinerstein et al. (2000).



Entrevistas desgravadas

26 de Agosto 2009.

Entrevista a la lic. Elizabet Arougueti, docente de la Universidad Nacional de Mar del Plata, facultad de Psicología. Integrante del equipo de extensión GESTAR.

Edor.: Contame de manera general cómo fue la experiencia en el Programa GESTAR.

Eda.: La primera aclaración que tengo para hacerte es que no se trataba de un, se trataba de un grupo de extensión que sigue estando constituido programa en la facultad, aunque este año no hemos presentado proyecto. El grupo de extensión presenta un proyecto anual a la Secretaría de Extensión, en este caso, la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología y se hace por cuestiones reorganizativas que no se ha presentado proyecto.

El grupo de extensión GESTAR se concibe como un grupo interdisciplinario ya desde los inicios. En sus comienzos tenía conformado hasta una abogada, especialista en derecho de familia, la dra. Casals, que actualmente está trabajando en un centro de protección de los derechos del niño en el barrio La Herradura. Estaba conformado también por la licenciada La Rocca, especialista en bioética y el dr. Mario Pestrelini, toco-ginecólogo, que él ha sido el pilar de la conformación del grupo GESTAR, porque justamente estuvo a cargo de un programa de atención a la mujer embarazada en la Municipalidad, también trabajaba, trabaja actualmente en los dos niveles de atención perinatal en el ámbito de la Salud Pública.

Mario trabaja en la Unidad Sanitaria Centenario, nivel 1 y 2 de atención perinatal. Quiere decir: embarazo normal con bajo riesgo hasta la semana 37 de gestación o en su defecto, cuando hay un diagnóstico de patología gestacional se deriva directamente al Htal. Materno Infantil, al HIEMI, Victoria Tetamanti. Mario trabaja en la Unidad Sanitaria Centenario como te lo acabo de contar y también trabaja en el Htal. Materno Infantil.

Entonces, el grupo GESTAR, comienza en la Unidad Sanitaria Centenario intentando investigar cuáles eran las causas de aborto, cómo se podía prevenir el aborto en la mujer, una patología, más que una patología un acto. Yo presenté un trabajo para un seminario de un post grado junto con la lic. Beatriz Markis, donde era el aborto tomado como un acto. El deseo del acto

de abortar, porque en realidad uno se entera del aborto cuando ya fue cometido, ya fue hecho, cometido suena a delito, tema que dejo para otro momento, cuando ya fue consumado uno podría decir. Bueno, así empezó el grupo GESTAR, trabajando con Mario Pestrelini, en la Unidad Sanitaria Centenario. El segundo paso fue trabajar con las madres primigestas que concurrían a la sala, ya fuera porque era el primer bebé, ya se aporque él detectaba algo en las entrevistas del consultorio, las derivaba a un taller también conformado junto con Mario Pestrelini y en ese momento la lic. en Servicio Social Silvana, que en este momento no me estoy acordando el apellido porque se fue en el año 2002-2003, ya me voy a acordar..., con la lic. en servicio social y también trabajaba en la sala y en ese taller estábamos los tres juntos.

Venían las mujeres embarazadas con su pareja, su hermana, con su mamá, porque a lo mejor eran mujeres que su marido estaba en el penal, a veces eran adolescentes, a veces no sabían cuál era el papá y entonces venían con dos parejas. Entonces lo que tratábamos nosotros era de apuntalar esa función materna ya desde el comienzo con algún vínculo o algún referente del que sintiera la mujer embarazada. Así que eso lo hicimos durante bastante tiempo. Después incorporamos profesora de educación física, que se llamaba el proyecto algo así como: "abordaje integral de la mujer embarazada y del hijo por venir", por venir lo usamos bastante en el proyecto y en los informes, porque por venir no tomamos solamente porvenir en el tiempo, sino por venir en relación al futuro auspicioso que nosotros queríamos para ese bebé. Prevenir ya desde los inicios de la gestación. Después lo que hicimos fue... hice un trabajo, no como grupo, sino en forma personal en la guardia de obstetricia del Hotal. Materno Infantil y ahí un poco era el abordaje de la mujer embarazada en la urgencia y tomamos, no todos los partos eran urgentes, pero sí esta cosa de: "llega el bebé", este momento único que implica un cambio en el cuerpo de la mamá, un cambio en el grupo familiar, eh..., pasar por el parto y el nacimiento y ahí estuve en la sala de parto, en la sala de parto al lado de la mujer cuando tenía el bebé; una experiencia única, te diría que sí. Y después de ahí, lo último que trabajamos en el grupo GESTAR fue directamente con mujeres embarazadas, hospitalizadas a raíz de una gestosis. Una mujer embarazada, ya no nos importaba si era primigesta o si era múltipara, pero

que, junto con ese embarazo, ella tenía una patología, entonces el bebé tenía una patología y por ese motivo estaba hospitalizada. Así que bueno, ese es el último trabajo que hicimos, siempre de forma interdisciplinaria y trabajábamos siempre con el médico toco-ginecólogo. En el último tiempo Elda. Mario Pestrelini no nos acompañó y estuvimos trabajando con el dr. Sergio Saralegui, jefe del centro perinatal del Materno infantil.

Edor.: entonces, el grupo de extensión sigue vigente en la facultad, pero no está articulado con ningún centro de salud o con el ,Materno...

Eda.: en este momento no hay proyectos en ejecución, estamos todavía evaluando lo ejecutado.

Edor.: ¿Cuáles fueron los objetivos específicos para los cuales fue creado el programa y si considerás que fueron cumplidos?

Eda.: Mirá acá los tenés, si querés copialos. Es: "prevenir la morbi-mortalidad materno infantil en el ámbito de la Salud Pública en partido de General Pueyrredón. Los objetivos generales rara vez se alcanzan, uno tiende hacia ellos, pero no te podría decir yo que los alcanzamos, sí te puedo decir que a ello apuntan todas las acciones que se arman desde el grupo, disminuir la enfermedad y la mortalidad tanto en el bebé como en la mamá.

Edor.: ¿En qué año se inicia el grupo de extensión GESTAR?

Eda.: El grupo de extensión formalmente, creo que la primera ordenanza del Consejo Académico, en el año 2003. No obstante nosotros ya veníamos trabajando en el área desde el año 1999. En el año 1999 presenté un trabajo en el Congreso de Obstetrifcia y Ginecología acá en Mar del Plata que se llamaba: "A cerca de la ausencia de embarazo en mujere con prácticas médicamente asistidas", es decir, en aquellas mujeres que recurren a la fertilización asistida o a otras prácticas médicas que tratan de ayudarla en esto de no poder concebir un hijo biológicamente.

Edor.: ¿Cuál es la concepción que desde el grupo mantuvieron a cerca de nacimiento en general y nacimiento prematuro en particular?

Eda.: No hemos trabajado específicamente con bebés prematuros a menos no desde el grupo de extensión. Sí, yo estuve trabajando como psicóloga en la UCIN de la clínica Colón, de decir, en la unidad de cuidados intensivos neonatales, ahí estuve trabajando un tiempo y no te podría yo decir que ahí había... estuve con la dra. Moretti, neonatóloga. Estube con el dr. Fernando Esteban también neonatólogo. No te podría decir que había ahí un acuerdo en la concepción de un bebé prematuro, sí te puedo decir que me hicieron un espacio de trabajo, con lo cual, algo de los aspectos emocionales, algo de la subjetividad de la madre, ellos pensaban que influía en el desarrollo del bebé.

Ahora con respecto a la concepción que tenemos los psicólogos del grupo GESTAR y la mía en particular, tiene que ver con el psicoanálisis. Donde nosotros sostenemos que un sujeto tiene un nacimiento mucho antes que advenga al mundo, mucho antes que se produzca el nacimiento biológico.

Yo había buscado en algunos textos, justamente para aclarar estos puntos.

Es siempre desde el psicoanálisis: "En el principio está la función materna, los bebés no existen. En el momento del nacimiento el niño ingresa en un espacio no accesible directamente al sentido común, aunque sí lo hace desde la preocupación maternal primaria. Espacio que también es espacio de los otros, lugar en el que intervienen los sonidos, la mirada, el tacto y cualifican a los proceso pura y cuantitativos del placer y displacer. En esta red de significantes es donde el cuerpo prematuro del niño"... Y atención acá con esto de prematuro, porque es importante que vos lo puedas trabajar. ¿Cuál sería la concepción de prematuro para la medicina perinatal y qué es lo que pensamos nosotros los psicoanalistas como prematurez?.

Para nosotros prematuro es todo ser viviente que nace en un estado de indefensión biológica, a diferencia de otros mamíferos que apenas nacen o a las pocas horas o a los pocos días ya pueden conseguir su propio alimento, pueden caminar por sí mismos, defenderse. El viviente, el parletre, como le dice Lacan, requiere de ocupar un lugar en la red de significantes nuestros para poder ser.

Ahora vamos a ver el concepto de prematurez para el psicoanálisis y prematurez para la medicina perinatal. Este texto que estamos leyendo se llama: "Clínica psicoanalítica: niños y adolescentes", y es un texto de Mariza

Rodulfo y Ricardo Rodulfo: "Entonces, esta red de significantes es donde el cuerpo prematuro del niño se va a insertar, tomando lo que necesite para vivir...sutil pero efectivamente el cuerpo del niño se ve capturado en las redes del deseo del otro...Este cuerpo primordialmente desamparado, tomado a su cargo por la ley de alianza, es escamoteado por el lenguaje y será recibido como cuerpo del sujeto a partir de esta primera mediación significativa. Esta intervención era poner remedio a la falta del ser y posición de auto sustentarse en lo biológico". Esto no sé si responde a tu pregunta...

Edor.: Sí, la concepción es desde el psicoanálisis y prematuros no son todos los niños que nacen antes de la semana 36 de gestación, sino que para el psicoanálisis todos los nacimientos son prematuros, debido a la indefensión de todo ser humano al nacer...

Eda.: Perfecto... yo tenía registrado como prematuro previo a la semana 37 de gestación, te comento porque en este punto los médicos son muy puntillosos. También pensé que por ahí te podría servir...Este es un texto de Alfredo Jerusalinski, que es: "Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil" y acá esto me parecía muy interesante porque acá el aplica conceptos específicos del psicoanálisis al desarrollo. Toma esto por ejemplo: "La cadena por tanto, es la cadena significativa del cuerpo, lo ordena en un mirar, escuchar, dirigirse, recibir, entregar, donde las funciones nutricias y excrementicias o los principios perceptivo seden su lugar al ordenamiento simbólico del cuerpo. Capturado por otro que rearma ese cuerpo a una posición imaginaria".

Para la medicina perinatal, los bebés prematuros son estipificados, cuantificados según los gramos que pese al nacer: más de 1500 gramos, menos de 1000 gramos, bebé prematuro, bebé extremadamente prematuro; eso también creo que da indicios de enfermedad del nacimiento prematuro. Desde lo biológico, el impacto que causa en la madre y es un dato que hay que poder manejar sobre todo cuando se trabaja en forma interdisciplinaria, porque los bebés hasta que no pesan 2 Kg. No salen de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Estamos hablando de bebés que no tienen otra patología asociada, sí? Sino que bajo peso al nacer. La pregunta sería: ¿es importante conocer el abordaje biomédico del parto prematuro? Sí porque nosotros como psicólogos vamos a estar compartiendo el ámbito de decisión ,

vamos a tener en la mano una historia clínica, vamos a escuchar un médico hablando de una mujer embarazada, de un recién nacido pre término y tenemos que saber qué quiere decir.

El abordaje de los partos pre términos y del recién nacido de alto riesgo, en la Maternidad Sardá, es de la siguiente manera: los psicólogos de la Maternidad Ramón Sardá concurren al pase de sala que hace el médico tocoginecólogo obstetra, qué quiere decir esto?, no que acompaña en las revisiones, sino que cuando se hace una lectura de las historias clínicas de las mujeres con patologías gestacionales prevalentes previas, en general ya están recibiendo una atención, salvo estos casos que decíamos eran imprevistos, previos al parto, como pueden ser que desencadenan el parto sin patología previa, estos son los casos menos frecuentes.

Entonces, que el psicólogo forme parte del pase de sala quiere decir cuando el residente agarra la historia clínica y dice: habitación tal, fulana de tal y da la descripción de cómo está la mujer, como está el embarazo y como está el bebé; entonces, una vez que el psicólogo está participando en esta reunión, en general, la demanda surge, no de la mujer, surge del médico, entonces el médico dice: "hay un gemelar de 28 semanas de gestación y un feto muerto", hay un feto muerto y un feto vivo, así hablan los médicos, nosotros ya sabemos que no hablamos así. Entonces hay que intervenir con esa mujer que estaba esperando dos hijos y uno se murió, no pueden sacarle el feto muerto porque no se puede interrumpir ese embarazo porque correría riesgo el otro y esa mujer tiene que llegar a lo que más se aproxime a la semana 37 de gestación por el bebé que está vivo. Entonces, ahí es donde probablemente nos llamen a nosotros para poder trabajar en forma conjunta, en la medida en que esa mujer pueda empezar a pensar no en el muerto que tiene adentro, sino en el que está vivo y mínimamente si era un varón y una nena y el que se murió era el varón, empezar a duelar a ese bebé que posiblemente ya tenía un nombre, aunque tengan otro, y bueno, esto es lo que constituye a que la mujer pueda tener ese embarazo, el tiempo que el bebé, el otro bebé, necesita para nacer, digamos con el menor riesgo posible. O aquellos casos de bebés que ya tienen una patología o aquellas mamás que son diabéticas, llevan mucho tiempo de gestación, llega un momento que ya no aguantan, que ya lo quieren tener porque han dejado a otros hijos en la casa y ella está internada, entonces, así

llega la paciente en el equipo de salud de la Maternidad Sardá. Llega porque uno empieza a escuchar como viene esa gestación, ese devenir gestacional y ante los límites de la medicina, ahí está el psicólogo, no para hacer maravillas ni para hacer magia, sino para acompañar y aportar con su saber un transitar más aliviado al sufrimiento. A partir de poder simbolizar lo que estas dificultades vienen ocasionando o rompiendo el cuerpo, irrumpiendo en el cuerpo o con hipertensión gestacional.

Edor.: La pregunta que tenía para hacerte era en relación a la concepción que tenés y cuál es la importancia que le das al trabajo interdisciplinario, pero ya me lo contestaste. La otra pregunta que también ya fuiste contestando era cuál es el rol del psicólogo en estos ámbitos de trabajo, ¿querés agregar algo más?

Eda.: El rol del psicólogo perinatal es aportar un saber allí donde el saber de la medicina se agota, es acompañar un transitar gestacional que no es el que la mamá esperaba, acompañar aquellas gestaciones que no fueron deseadas, es decir, quedó embarazada, es decir, cambió de pareja y porque quería retener al marido pensó que teniendo otro hijo, en realidad no es ese bebé el esperado, sino el temor de la mamá a estar sola. Bueno y a veces hay bebés deseados, no obstante la mamá venía ya con una patología pregestacional, era diabética pregestacional, porque hay diabetes gestacional y diabetes pregestacional y bueno, este transcurrir de este embarazo viene cargado de inyecciones de insulina, comer churrasco a las tres de la mañana, mediciones, controles, etc. Y no estamos hablando de patologías por ejemplo: bebés producto de violaciones, embarazos en adolescentes de 12 años, pensá que ...también podemos pensar que el rol del psicólogo perinatal es ayudar a un mejor nacer.

Estaba leyendo en el texto de Francois Doltó que se llama: "Los niños y su derecho a la verdad", en el texto ella habla de que la importancia de los padres no es demostrar que son perfectos, porque esto es imposible, no hay padres ni madres perfectos, sí poder mostrar la contradicción, esto sería poder contarle al hijo la dificultad que tuvo, qué sintió ella cuando tuvo ese embarazo, qué pasó cuando esperaba un bebé de tres kilos y tiene un bebé de novecientos gramos, qué le pasa a ella cuando le dan el alta y no se va con el bebé en brazos, qué pasa cuando toda la ropa le queda grande, la ropa doble cero le queda grande, qué pasa cuando ella había hecho un curso de pre parto

donde todo es ser “revista ser padres”, todo es un bebé criado diría mi abuela, y ella tiene un bebé que es alimentado por una sonda, ¿qué pasa con esto, con esta preparación para el parto que ella tuvo? Porque esto es lo que los médicos no incluyen en las preparaciones tradicionales, realidad que no es esperada, deseada fantaseada y el temo a la muerte, así que fijate vos cuantas cosas para el psicólogo en el ámbito perinatal.

Edor.: ¿Qué es para vos la psicología perinatal y cuál es su alcance en la ciudad de Mar del Plata?

Eda.: Bueno, la psicología perinatal es una especialización de la psicología abocada a todas aquellas patologías que acontecen alrededor del nacimiento. También hemos incluido a veces el área de salud reproductiva por esto que yo te decía de prevenir embarazos no deseados, prevención de enfermedades de transmisión sexual. El término perinatal también es un término que viene de la medicina, el término perinatal tendría que ver con... desde el nacimiento del bebé o de la semana 37 hasta que el bebé tiene 30 o 45 días, eso es digamos lo que abarca el la medicina perinatal, el abordaje perinatal, peri; alrededor del nacimiento. Alrededor del nacimiento sería, para no poner tanto número, un poco antes del nacimiento biológico y un tiempo después

Nosotros vamos a considerar alrededor del nacimiento todas aquellas variables que tienen que ver, no con el tiempo cronológico, sino con el tiempo lógico, es decir, algo de esa estructura materna estaba preparada para alojar el nuevo ser y darle identidad. Digo estructura materna no sin la función paterna, que sería para otro momento.

Entonces, psicología perinatal consistiría en estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento en aquellas patologías, síntomas y sufrimientos que rodean al nacimiento. En relación a la ciudad de Mar del Plata, yo no estoy en condiciones de decirte cómo se atiende el embarazo en la ciudad de Mar del Plata, sí te puedo decir de mi pasaje por la Clínica Colón, por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. No sé cómo se trabaja en otros lugares.

Edor.: ¿Conocés experiencias o ámbitos de salud donde se incorpore al psicólogo en esta área?

Eda.: Yo tenía conocimiento que en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata había algún tipo de abordaje con las mamás de bebés prematuros que quedaban internados en neonatología, creo que era al modo de...no sé si grupo terapéutico o de reflexión, pero era algo así como: un psicólogo del Servicio de Salud Mental trabajando articuladamente con Neonatología en relación a l apoyo de madres y padres que quedaban internados. La verdad que de otras áreas no sé.

Edor.: ¿Cuál es tu opinión en relación a la implementación de la Psicología Perinatal en el ámbito de la facultad?

Eda.: ¿Desde dónde haces la pregunta?

Edor.: Por ejemplo;; en la facultad hay ámbitos como Psicología del Deporte que no se ve nada, salvo algun seminario, pero sabés que existe, pero de Psicología Perinatal ni siquiera circula el nombre en los pasillos, no hay ni siquiera un seminario, entonces quería saber qué opinión te merece esto?

Eda.: Lo podría pensar como una línea de desarrollo dentro del ámbito académico, como algo para rendir cuenta y seguir avanzando, darle alguna forma académica a este conocimiento o a este saber hacer a través de un seminario, uno podría pensar un seminario de orientación, no?.



Entrevista a Manuela Rodríguez, enfermera del Centro de Salud Municipal del barrio el Martillo. 08/09/09

Edor.: ¿En qué sala trabajás?

Eda.: en la sala "el Martillo".

Edor.: ¿Cómo está conformado el equipo de profesionales de la sala?

Eda.: Hay cuatro pediatras, tres a la mañana y uno a la tarde; un médico clínico a la mañana y dos médicas clínicas a la tarde; después hay dos psicólogas, tres asistentes sociales, tres administrativas, cuatro enfermeras más el turno noche; es una sala que tiene guardia nocturna y tiene un médico y un enfermero; después hay una psicopedagoga, una terapeuta ocupacional y tres odontólogos.

Edor.: ¿Cuáles son los servicios que en el centro de salud brindan en relación a la atención de embarazos, recién nacidos y recién nacidos prematuros?

Eda.: Bueno, en cuanto a la atención de embarazos, se hacen los controles mensuales con obstétricas, que me había olvidado de nombrar, u obstetras-ginecólogas. Cuando el embarazo tiene alguna complicación, lo ve la ginecóloga-obstetra, se le hace el control mensual, todos los análisis de laboratorio, se le entrega leche para su nutrición, se le entrega hierro y ácido fólico, y ahora se está comenzando un taller de psicoprofilaxis y cuidado del embarazo.

En cuanto a los recién nacidos, se hace el control a partir de los 7 días de vida, ese es el primer control. El control es desde los 7 días hasta los 2 años de vida, es un control mensual. Y a los recién nacidos prematuros, una vez que se le dio el alta en el hospital, que generalmente según el tiempo que estuvo en neonatología, por ejemplo: se le da la vacuna BCG, que es la primer vacuna que reciben los bebés, primero hepatitis y luego BCG. La BCG se les da a los 45 días, en realidad después de que tengas más de 2.200 Kg. Y se le hace, una vez que sale, se lo controla coma a un recién nacido más, más allá que después tenga controles con algún neonatólogo hasta el año en el Materno. Pero acá se le hacen los controles mensuales como a los demás lactantes.

Edor.: Este taller que me decías de psicoprofilaxis, contame cómo surge, cómo lo están implementando.

Eda.: Sí, en realidad se están bajando programas desde Nación, el proyecto tiene que ser producido entre los profesionales, puede ser obstétricas solas, obstetras y ginecólogas. Ahora este proyecto lo están comenzando a realizar, lo están realizando obstétricas, obstetras y enfermeras. Generalmente se dan charlas, donde es un espacio para la embarazada, para que pueda hablar de sus miedos, de sus preocupaciones y se invitan a distintos profesionales: psicólogos, pediatras, odontólogos, porque entran todos los cuidados desde el embarazo y todo lo que viene después, cuando nace el bebé.

Edor.: ¿Trabajan en el programa interdisciplinariamente?

Eda.: Sí, se trabaja, en casi todos los programas es interdisciplinario, es organizado por, tal vez dos profesionales, pero van participando los distintos profesionales.

Edor.: ¿Se implementa algún programa especial en este momento en relación al recién nacido y su familia?

Eda.: El programa que es: "Atención al niño sano", plan de lactantes, ese es un programa donde se le hace un control mensual al bebé, junto con pediatras enfermeras y terapeuta ocupacional. A veces participan también psicólogos y estimulación temprana. El programa consiste en citar a los chicos de la misma edad, un día por semana, y se les da, primero una charla y después se le hacen los controles antropométricos. En este momento no está asistiendo, pero hay nutricionista y si es necesario se hace la interconsulta con la nutricionista y ellas, junto con los pediatras, si detectan que hay una mala nutrición o si hay problemas con la lactancia materna, se les da también leche con vitaminas, leches maternizadas, cuando son menores de 6 meses. Bueno, se le hacen los controles, se les hace la charla, también ahí trabajan las asistentes sociales, están muy abocadas a lo que es la parte de lactantes, detectan si hay riesgos para los niños o para la familia, mucho a través del plan lactantes, violencia familiar, porque ahí se trabaja bien con la familia. Participa generalmente la mamá que es la que va a la consulta pediátrica y este plan de lactantes es hasta los 2 años. Después de los 2 años los controles son anuales, pero el plan

de lactantes es hasta los 2 años. Eso es básicamente el plan de lactantes, después consulta por enfermedad, se lo atiende cualquier día.

Edor.: ¿Cómo se detectan los partos prematuros?

Eda.: A través de ese control que yo te decía, que es el control de la embarazada mensual, bueno, se le hace control de peso, se le hace control de medición de útero, se le hace monitoreo y a partir de eso, todos esos controles, a través de la ecografía, que se le hace una trimestral, a través de esos parámetros, y si no hay ninguna otra complicación, como la que puede ser hipertensión, que eso a veces induce al parto precoz. Estas son las medidas que toman para detectar un parto prematuro.

Edor.: Y una vez que detectan el riesgo, ¿cómo proceden?

Eda.: Una vez que se detecta algún riesgo para la embarazada y el bebé se lo deriva directamente al Materno, para que siga allá con los controles o se la interne.

Edor.: ¿Cómo entendés vos y valoras desde tu práctica cotidiana el hecho de un nacimiento de un ser humano y también en el caso de un nacimiento prematuro?

Eda.: En el caso de un nacimiento prematuro yo tengo un interrogante o me cuestiono a veces, no todos los nacimientos prematuros, pero sí cuando son prematuros extremos y teniendo experiencia en la parte de neonatología, muchas veces me cuestionaba si todos los procedimientos y todo lo que se hace con el afán de mantener y conservar la vida de se bebé, me cuestionaba si realmente vale la pena que pasen por todo eso, más allá del resultado. Muchas veces esos chicos viven, quedan en condiciones que, no sé si ellos si se vieran desde afuera o si son concientes de lo que están viviendo, si realmente quisieran pasar por todo eso. Muchas veces es como que la medicina avanza, avanza, avanza y...pero por el otro lado uno se cuestiona, porque, quién tiene derecho a privarlos de vivir. Es un dilema, un cuestionamiento filosófico.

Y el hecho del nacimiento desde mi práctica, yo tuve la posibilidad o la experiencia de recibir chicos y es una experiencia, más allá de lo que pueda

decir cualquier profesional, el que lo vive, lo vive como algo milagroso. Ver que sale vida de un vientre, de un útero, es algo que te llena. Esto es una experiencia muy subjetiva, pero creo que es algo milagroso y que poder participar y brindarle los primeros cuidados es algo muy especial.

Edor.: ¿Cómo caracterizarías la concepción que se tiene de salud y enfermedad en el equipo de profesionales de la sala donde trabajás?

Eda.: En realidad hay espacios en la Municipalidad que son Ateneos, se hacen por especialidad: enfermería, pediatría, clínica médica. Tenemos nuestros espacios de reflexión, tal vez sería bueno que esos espacios estuvieran integrados, porque a veces, yo desde mi concepción como persona, noto que si por ahí todos tenemos esa concepción de que la salud es el bienestar bio-psico-social y no nada más que la ausencia de enfermedad, todos tenemos ese concepto porque lo estudiamos, lo aprendimos tal vez en la universidad, pero a veces creo que si realmente tuviéramos el espacio para integrarnos, espacios de formación juntos, todos juntos, como que el funcionamiento del equipo en mi sala, o sea, habría un funcionamiento mucho mejor, porque como que al tener un espacio de formación o un espacio de diálogo o de charla y de unificación de criterios, se trabaja en una forma mucho mejor.

Sí, yo creo que se ve claramente que mucha gente que trabaja ahí está interesada en la salud comunitaria, en la salud pública, en las intervenciones que se pueden hacer, porque yo creo que, y muchos de los profesionales que están ahí, creemos que la detección temprana es fundamental para bueno, no llegar al tratamiento o a la rehabilitación, por eso trabajamos desde la atención primaria, pero a veces hay esas falencias porque falta integración, debería ser un equipo interdisciplinario que trabaja, que tiene el mismo espacio de formación.

Edor.: ¿Cuál es el concepto que tenés vos de salud y enfermedad?

Eda.: Bueno, como te dije hace un rato, más allá de la concepción que tenemos todos de la salud como bienestar, porque hablar de bienestar también es subjetivo, o sea, bienestar bio-psico-social o la ausencia de enfermedad no te da la pauta, porque si nos ponemos a pensaren bienestar, una persona que consume droga, que consume cocaína, en el momento que consume cocaína,

esa persona está sintiendo bienestar y noi estamos hablando de salud si esa persona consume cocaína, o sea que no está en un estado de bienestar. Entonces el bienestar se da cuando una persona está plena, o sea, más allá que no sienta dolencias, que se sienta bien para enfrentar los problemas, que tenga...no va a ser una vida sin problemas, pero sí va a tener esa fortaleza para poder enfrentar los problemas, es decir, yo creo que más allá que...hay hipertensos que conviven con una enfermedad crónica pero son personas sanas, porque ellos saben sobrellevar, los diabéticos que saben sobrellevar su enfermedad, que cumplen con la medicación y son personas sanas, o sea tienen su enfermedad crónica pero son sanos porque ellos pudieron aceptar la enfermedad, pudieron asumir el tratamiento y llevan una vida totalmente normal, o sea que yo pienso que va más no por el bienestar que podés sentir en ese momento, sino por la plenitud y cómo vos podés sobrellevar tu vida.

Entrevista a Lucas Argumedo, médico residente del Hospital de la Comunidad.
08/09/09.

Edor.: Contame cómo es el trabajo que hacés en el Htal de la Comunidad y desde cuándo trabajás ahí?

Edo.: El trabajo consta por rotaciones por las diferentes áreas del servicio que son: pediatría ambulatoria, internación, neonatología y terapia intensiva y a demás rotaciones con especialistas y rotaciones en hospitales de Buenos Aires, en el hospital Italiano de Buenos Aires. En este momento estoy haciendo pediatría ambulatoria, guardia y aparte de eso las guardias, tenemos guardias por mes y guardias extras.

Edor.: ¿Cómo está conformado el equipo de trabajo de neonatología?

Edo.: De neo está: el neonatólogo, que es el jefe de la neo, está la jefa de enfermería y después están las enfermeras en el horario de la neo que son una por turno: una en el turno mañana, una en el turno tarde y una en el turno noche. Después hay un residente a cargo de la neo y nada más.

Edor.: ¿Cuál es el trabajo que vos hacés en la neo?

Edo.: En la neo, cuando yo roto por neo, voy cuando estoy de guardia, que el que está de guardia también se hace cargo de la neo, cuando roto por la neo, lo que hago junto con el neonatólogo, pero tomando las decisiones él, las decisiones de tratamiento sobre todo, lo que hago es revisar al paciente, de fijarme las complicaciones, instaurar los tratamientos y diagnosticar las posibles complicaciones.

Edor.: ¿Cuál es el concepto que en el equipo se trabaja de salud, nacimiento y nacimiento prematuro?

Edo.: El nacimiento y prematuro, básicamente la primera etapa esa a cargo del obstetra, diagnosticar o tener en cuenta cuáles van a ser los embarazos de riesgo, seguirlos y en base a eso informarle a los pediatras cuáles son los embarazos de riesgo para que estén preparados, tanto el personal médico, como enfermería, como el área de neonatología, para que estén preparados para ese nacimiento, como para que no lo agarre de sorpresa. Tanto preparar



el respirador, preparar toda la medicación y también tener conocimiento, más o menos de cómo va a ser el recién nacido, sobre todo si es prematuro, cuánto va a pesar, porque a menor peso más complicaciones, entonces tener en cuenta cuánto personal va a necesitar, por lo general siempre en la recepción de un embarazo de riesgo en lugar de dos médicos hay tres, porque si hay que hacer reanimación.

Edor.: ¿Cuándo un bebé es considerado prematuro?

Edo.: Antes por definición, era considerado prematuro un bebé que tenía menos de 37 semanas de edad gestacional, ahora hay un nuevo concepto que entre la 36 y las 37 semanas, se considera cercano a término, menor de 36 semanas de gestación es prematuro.

Edor.: ¿Cuál es tu propia concepción a cerca de nacimiento y nacimiento prematuro?

Edo.: La verdad que la parte fundamental de los prematuros o de todo embarazo de riesgo es detectarlo con anticipación, porque un recién nacido prematuro nace con muchas complicaciones, entonces, estar anticipado al hecho ya es una ventaja y después, otro paso fundamental en un nacimiento prematuro es el seguimiento, nacen muy inmaduros y tienen complicaciones de todos sus órganos, entonces, básicamente es conformar un equipo y un seguimiento a largo plazo porque no solamente el neonatólogo, sino también el contar con el oftalmólogo, neumonólogo si hay una complicaciones respiratorias que eso es muy frecuente, nutricionista porque son de baja talla, bajo peso y bueno, e ir conociendo al resto del equipo, porque nosotros somos una comunidad cerrada, después los prematuros terminan yendo a la guardia con pediatras de otros servicios y también lo tienen que conocer, se trabaja en equipo.

Edor.: ¿Cómo se detecta un parto prematuro?

Edo.: Eso es una tarea del obstetra, el parto prematuro, primero lo importante es siempre saber que edad gestacional tiene el feto porque si el obstetra toma mal la edad gestacional del feto va a sospechar parto prematuro de un parto a término o va a pensar que es un parto a término y es un prematuro. Entonces,

lo primero es que hay que identificar bien la edad gestacional con ecografías y para eso es importante que la embarazada tenga una ecografía, sobre todo en el primer trimestre, si a demás sabe la última fecha de menstruación, con esos dos parámetros se puede saber bien la edad gestacional, esto es para saber la edad gestacional. Si está antes de término y comienza el trabajo de parto, eso ya es amenaza de parto prematuro, para eso la embarazada tiene que saber bien cuáles son los síntomas de una contracción, cuándo es una contracción, porque en el embarazo hay contracciones normales y otras que son contracciones de trabajo de parto y después tiene que llegar al centro de salud para que el médico a cargo le haga un tacto vaginal y vea si a demás de estar con contracciones está dilatando, si está dilatando va a ser un parto prematuro, lo que se hace, hay que madurar el feto y tratar de inhibir el parto porque tiene que madurar la parte pulmonar, sino va a ser inmaduro, dar corticoides, porque si nace sin corticoides hay riesgo. Cuando está en trabajo de parto se le hace la ecografía del feto y bueno, si el trabajo de parto continúa, bueno, siempre se trata de esperar un poquito hasta que el feto esté maduro.

Edor.: ¿Cuáles son los tratamientos que se le brindan al bebé prematuro y si se incluye al grupo familiar en el mismo?

Edo.: El tratamiento de un bebé prematuro es un bebé que nace antes de tiempo y tiene todos los órganos inmaduros, o sea que tiene complicaciones de todos los órganos, dependiendo siempre de en qué edad gestacional nace y cuánto es el peso, mientras más chiquito y sobre todo si es menor a 1Kg., antes los menores de 1 Kg. Es muy difícil que sobrevivan, ahora ya los menores de 1 Kg. Ya sobreviven la mayoría y los que están en riesgo son los bebés de 500g. y como te decía, tienen complicaciones de todos los sistemas, dependiendo de la edad gestacional y del peso, entonces, es un trabajo multidisciplinario, como te decía, básicamente, el que maneja el barco es el neonatólogo. Lo más importante después de su nacimiento es el tratamiento de su aparato respiratorio, porque al ser prematuro, tiene inmadurez cerebral y pulmonar, entonces, la mayoría de las veces necesitan respirador, asistencia respiratoria, eso por el lado pulmonar. Después dentro de las complicaciones gastrointestinales, lo que hacen es una enterocolitis necrotisante, que básicamente es una isquemia, es como un infarto en el intestino, que ,o que



hace es que se perfore, es una complicación grave, por eso lo que hay que hacer, es no alimentarlo de forma temprana porque si lo alimentás de forma temprana no tiene la vasculatura de todo el tubo digestivo desarrollado y de produce una necrosis.

Edor.: ¿Y ahí el bebé solamente va a ser alimentado por sonda?

Edo.: Primero, lo principal, si está compensado, se tardan un par de semanas o una semana a veces, todo lo que es la parte respiratoria y cardiovascular, para eso necesitan drogas, para que funcione bien el corazón. Apenas nace tiene dificultades respiratorias, se le coloca el respirador. Ellos tienen el ombligo y en el ombligo hay una arteria y dos venas, entonces se le coloca un catéter que va a la circulación central y por ahí se pueden pasar las drogas, dopamina, son todas drogas para que funcione bien el corazón. O sea que tenemos: aparato respiratorio con el respirador, lo cardiovascular con drogas.

Ayunado y con sonda, con el correr del tiempo, si todo viene bien, lo que se empieza es a alimentar por sonda. Pero para tropismo intestinal, no para nutrirlo. Cuando pasa un tiempo que está sin nutrir y está con sonda, solamente para tropismo, lo que se hace, se le da una nutrición que es por vena, que es una solución de aminoácidos, lípidos e hidratos de carbono, con calcio, fósforo y todos los nutrientes necesarios pero que se pasan por vía endovenosa. Cuando ya, a medida que se va aumentando, progresando la leche por sonda, se va siempre despacito, llega a un volumen equivalente a lo parental, se suspende lo parental, se deja por sonda y después una vez que se llega al volumen mazo, de a poquito empieza a succionar, a succionar mamadera, después la teta de la madre, hasta que solamente pueda estar con succión y ya está.

Edor.: ¿Cuándo se le da el alta al bebé?

Edo.: El alta se le da cuando está con un peso por arriba de los 2Kg., mayormente si está con una nutrición adecuada, sin asistencia respiratoria y sin requerimiento de oxígeno, sí, porque puede estar sin respirador pero puede estar con oxígeno, no tiene que tener requerimiento de oxígeno, no tiene que estar complejizado y tiene que tener la nutrición adecuada, o sea, se la tiene que dar la madre por complemento o por leche materna. La mayoría es por las

dos cosas, complemento y leche materna porque son de bajo peso, y después de ahí se hace un control bastante seguido.

En relación a la visión, lo maneja el oftalmólogo, la mayoría de los prematuros no tienen desarrollada la retina y el oftalmólogo hace muchas veces un tratamiento con láser.

Edor.: ¿Hay alguna inclusión del grupo familiar en el tratamiento?

Edo.: La mamá tiene que estar básicamente la mayor parte del tiempo posible con el bebé, sobre todo para disminuir su ansiedad y para ayudar al equipo de enfermería con el tratamiento y después, muchas veces se los nutre con la sonda nasogástrica, se lo alimenta con la leche de la mamá, entonces la mamá tiene que estar en el hospital para sacarse la leche y para dejársela a la enfermera y guardarla, y una vez que se lo empieza a descomplejizar, se le sacan todos los accesos vasculares, se le seca el respirador, es bueno que la mamá lo tenga en brazos y siempre se los tiene en cuenta a los padres, sobre todo las enfermeras para ayudar a cambiarlos y esas cosas para que ellos se sientan bien.

Edor.: ¿Cómo es el régimen de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?

Edo.: Para los padres es libre, el papá y la mamá pueden entrar todo el tiempo. Los hermanos y los abuelos, los abuelos no sé si el sábado o el domingo, pero una sola vez y los hermanos también, una sola vez, pero los padres sí, todo el tiempo que quieran.

Edor.: ¿Hay alguna atención de tipo psicológica a los padres?

Edo.: No, la verdad que no.

Edor.: ¿Considerás que sería importante incluirlo?

Edo.: Sí, para los padres no es una situación fácil y tal vez sería conveniente.

Entrevista al médico neonatólogo, DR. Alfredo Méndez, Clínica del Niño y la Madre. 13/09/09

Edor.: ¿Cuál es el trabajo que lleva a cabo en la clínica y desde cuándo?

Edo.: Bueno, el trabajo es la recepción del recién nacido y el cuidado de los pacientes recién nacidos que están enfermos, que pueden ser recién nacidos en término o recién nacidos prematuros y esto lo hago desde el año '89. Con respecto al recién nacido normal, lo que tratamos es de que el chico lo antes posible, esté en contacto con su madre, después de hacer el examen físico, pesarlo, etc. se lo entregamos enseguida.

Edor.: ¿Cuándo un bebé es considerado prematuro?

Edo.: bueno, todos los nacimientos, hay que catalogar a cada paciente por la edad gestacional, esta va de acuerdo a la semana en que está, que tenga en el embarazo. Un recién nacido se considera prematuro cuando es menor de 37 semanas. Hay prematuros que son límites, chicos de 36 semanas que pueden pesar 2,700Kg y pueden estar en seguida con su mamá y hay pacientes que tienen edades gestacionales de 28, 29, 30 semanas y son los que quedan internados en neonatología. El recién nacido a término es de 37 semanas para arriba.

Edor.: ¿Cómo se encuentra conformado el equipo de profesionales de la unidad de cuidados intensivos neonatales y qué funciones desempeñan?

Edo.: Bueno, acá en el servicio somos siete médicos que trabajamos, hacemos guardias en los distintos días, nuestra función es la recepción y cuidado del recién nacido patológico y este equipo de parto está conformado por los obstetras, que son los que se encargan de hacer la recepción y control del embarazo y fundamentalmente la gente de enfermería que son, el profesional que más tiempo está en contacto con los recién nacidos y ellos pueden ver las variaciones y las modificaciones del bebé, algún cambio clínico y después vienen a nosotros y de esa forma hacemos el tratamiento que requiere el chico.

Edor.: Entonces, éste sería un trabajo interdisciplinario, ¿qué importancia le concede a éste trabajo?

Edo.: Es fundamental, a parte de los neonatólogos y enfermería, también tenemos los interconsultores, pacientitos que puedan tener problemas neurológicos, son el neurólogo; cardiológicos, cardiología infantil, traumatología infantil y también , hace tiempo, no sé si está viniendo ahora, teníamos una psicóloga que hablaba con los distintos padres, fundamentalmente con los de recién nacidos prematuros que tenían un tiempo bastante largo internados. Entonces, ella hablaba y les preguntaba cuales eran sus motivaciones.

Edor.: Entonces, en ese momento había una inclusión de lo que es apoyo y atención psicológica en esta situación.

Edo.: Sí, igualmente con nosotros tenemos varios pacientes prematuros internados. Lo fundamental para un papá de un recién nacido prematuro es el apoyo de otro papá de un recién nacido prematuro que está dado de alta o que esté en mejores condiciones. Ellos se apoyan mucho, de acá han salido amistades por el hecho de compartir 2, 3 meses en la neonatología y siempre uno le pone el hombro al otro cuando la situación también es difícil.

Edor.: ¿Estas relaciones se dan espontáneamente o hay o hay algún profesional que se haga cargo de fomentar estas relaciones?

Edo.: No, en general se dan previo al ingreso a la sala, cuando están empezando a darle el biberón o a amamantarlos por sonda y comentan y se comentan sobre los problemas que tiene cada uno de sus bebés, y ahí va surgiendo una comunicación entre ellos.

Edor.: ¿Cuál es el concepto de salud, de nacimiento y de nacimiento prematuro que poseen en el equipo de neonatología?

Edo.: Bueno, salud es un recién nacido que tuvo todo su embarazo, en realidad el concepto de salud es desde que se gesta el chico, esa parte son los obstetras los que controlan el curso del embarazo, que le hacen cerologías, mediciones, ecografías, etc. como para ver y valorar los obstetras. Después la salud del recién nacido sano, lo que hablábamos hoy, se lo examina al bebé e inmediatamente se lo trata de mandar con su mamá para que no se pierda al chiquito. Y con respecto al recién nacido prematuro, tenemos prematuros con una amplia gama de enfermedades y patologías. El prematuro,

fundamentalmente su problema es el peso y quedan internados acá para alimentarlos con sonda nasogástrica y otros prematuros que tienen deficiencias en la parte respiratoria y que requieren terapia intensiva con respirador, antibióticos, etc.

Edor.: ¿Cuáles son los cuidados que en la unidad de cuidados intensivos neonatales se le brindan al bebé prematuro?

Edo.: Bueno, estos son muy variables, desde la regulación de la temperatura para lo cual el bebé necesita incubadora con distintos grados de temperatura. El cuidado de la piel es fundamental también, el del recién nacido es su primer mecanismo de defensa, entonces, tratamos de lastimarla lo menos posible cuando ponemos catéter, sacamos sangre, etc. porque es una puerta de entrada a la infección. Después tratamos de aminorar la mayor cantidad de ruido, la luz de la terapia generalmente la atenúamos con alguna mantita sobre la incubadora y sobre todo, tratamos de respetarle su tiempo de sueño, por ahí la enfermera va a atender al bebé y en ese momento está despierto, y por ahí nosotros lo examinamos, salvo la urgencia por supuesto, pero tratamos de respetar la relación vigilia- sueño, ruido, luces y bueno, después todo lo que requiere un recién nacido prematuro, que puede ser desde una zondita para alimentarlo, hasta un respirador con tubos en el pecho cuando realmente está grave.

Edor.: ¿Se incluye al grupo familiar en el tratamiento?

Edo.: En general, uno toma las conductas del tratamiento y se las explica a los padres, se le explica por qué tal cosa, por qué la otra, son limitadas las excepciones en las que uno trata de hablar con los padres en el sentido, cuando vas a usar una medicación que es nueva o algún tratamiento que puede correr riesgo la vida del bebé. Hay pacientes que se ponen amarillos, si hay ictericia hay que hacerle recambio de sangre, todos esos procedimientos, si bien uno está acostumbrado a hacerlo, se corre un riesgo, en ese caso consultamos a los padres lo que estamos haciendo.

Edor.: ¿Cómo es el régimen de visita de la unidad de cuidados intensivos neonatales?

Edo.: Acá el régimen de visitas es muy abierto, las mamás entran cada 3 horas, de las siete de la mañana a las diez de la noche. A la noche tratamos de que se vayan a su casa a descansar, los padres entran a la mañana y a la tarde. Yo particularmente si estoy de guardia y viene alguna abuela para ver al bebé, si no tenemos muchos pacientes la dejo pasar. Ese es el régimen de visita y a veces lo hacemos con los hermanitos. No está estipulado , pero en mi guardia lo hacemos.

Edor.: No está estipulado por la clínica o por el servicio, es una decisión del médico de guardia digamos.

Edo.: Exacto.

Edor.: Entonces, ¿reconoce cierta importancia a lo que es el contacto de la familia con el bebé para su recuperación?

Edo.: Es fundamental, imaginate un bebé que está grave, que nosotros estamos trabajando con el bebé, lo estamos oscultando, sacando sangre, haciendo esto, lo otro, ese bebé cuando viene la madre y el solo contacto piel a piel hace que cambie totalmente su medio interno, su sensibilidad, etc., sí eso es fundamental. Siempre, algunos papás tienen miedo a tocar al bebé porque es muy chiquito y nosotros insistimos con eso porque es fundamental para ellos.

Edor.: Una vez que se le da el alta al bebé, ¿Hay algún tipo de seguimiento?

Edo.: Yo particularmente no hago el seguimiento por consultorio, pero hay dos compañeros de acá del servicio que lo hacen. Cuando los bebés son prematuros, puede ser que lo sigamos los neonatólogos o por ahí un pediatra que está al tanto de lo que está pasando con su pacientito, cuando se va de alta por ahí lo puede seguir el pediatra. Con respecto a los seguimientos, un bebé prematuro tiene varios: seguimiento auditivo, ocular, crecimiento si tiene algún problema, los bebés prematuros pueden tener hemorragia en la cabecita, hay pacientes que se les da el alta, después hay que controlarlo porque generalmente esa hemorragia desaparece totalmente. Hy pacientes que requieren un seguimiento multidisciplinario, como te decía, hoy, por algún

problemita genético o traumatológico, etc. lo van viendo los especialistas guiados por algún pediatra o neonatólogo.

Edor.: ¿Cuándo se le da el alta al bebé prematuro?

Edo.: El recién nacido prematuro, una vez que supera todas sus patologías o enfermedades, tenemos un promedio de peso entre los 2Kg. Y los 2,200Kg. Y una edad gestacional por arriba de las 36 semanas. Tenemos que asegurarnos, primero que el bebé regule temperatura en la cuna, por lo general están en la incubadora mucho tiempo, después se lo pasa a una cuna vestido y se fija que regule temperatura y lo otro fundamental es que tenga una buena succión, porque si no se alimenta bien el bebé, no le pueden dar el alta. También hay casos excepcionales donde los bebés se van con sonda nasogástrica a su casa, se siguen alimentando de esa forma y con controles también en el consultorio. Pero hay veces que llegan al peso pero por su edad gestacional no coordinan la succión con la tragada digamos, entonces prefieren mantenerlo con la sonda durante un tiempo y darle la externación.

Edor.: ¿Hay algo que le gustaría agregar en relación a estos temas?

Edo.: Mirá es un trabajo que realmente me gusta mucho, la verdad es que trabajar con los chicos de otras personas es muy importante y sobre todo con chicos prematuros. Acá en la sala tenemos un montón de fotos de chicos que han pesado 600, 800, 700 gramos y que cada dos por tres nos vienen a visitar, es muy lindo, la verdad que trabajar con recién nacidos a mí me gusta mucho.

Entrevista a Sergio Saralegui, médico obstetra del Htal Materno INFANTIL

Edor.: ¿cuál es tu formación profesional y qué cargo ocupás en el Htal?

Edo.: Mi formación, médico recibido en el '88, empecé acá en el año '89, empecé la residencia y la terminé en el '93 y a partir de ahí soy médico de planta de acá y desde el 2006, jefe de sala obstétrica, sala de partos.

Edor.: ¿en qué consiste el trabajo que realizás en el htal.?

Edo.: En mi caso desde hace tres años, digamos el sector de partos y prepartos, es la coordinación de este lugar, durante doce años hice consultorio externo y lo que mantengo desde ese entonces es una guardia por semana a demás de mi cargo.

Edor.: ¿se trabaja de forma interdisciplinaria?

Edo.: Sí, con otras especialidades. Tenemos aquí en la sala clínicos, cirujanos, que ellos pertenecen al servicio y después dentro del htal. cuando se requiere una interconsulta con alguna hematóloga o la psicóloga del htal. se la llama, pero sí acá contamos con la mayoría de las especialidades. Por ahí con neurología, con neurocirugía consultamos con el Htal. Regional.

Edor.: de acuerdo a tu experiencia: ¿cuál es tu opinión respecto de la interdisciplina?

Edo.: es fundamental, es necesaria, ninguna especialidad puede manejarse por sí sola, tiene que estar interrelacionado el médico con el resto. En el caso nuestro por más que sea algo muy concreto, pero también en ginecología nos basamos en la interdisciplina. Es fundamental, sobre todo para la parte clínica, quirúrgica, hematológica y acá últimamente en la parte psicológica mucho. Vienen chicas muy jóvenes con un entorno complicado, chicas muy jóvenes donde se ven embarazos no deseados o la forma en que quedan embarazadas es producto de una violación.

Edor.: ¿cuál es concepto que tenés de salud y de enfermedad?

Edo.: Son las definiciones que hay, digamos, estar sano significa estar sano no solamente físico sino también mentalmente, para decir que una persona está sana con él mismo y con su entorno, tanto física como mentalmente y enfermedad todo lo contrario, digamos de la parte física o de la parte psicológica también o no estar bien con uno mismo, eso no es estar en salud por más que uno no tenga ningún resfrío, ningún síntoma, ninguna hemorragia, lo que sea, pero el no estar bien uno mismo o el entorno o mentalmente.

Edor.: y cuál es el concepto que tenés de nacimiento y de nacimiento prematuro?

Edo.: Médicamente, obstetricamente es todo bebé que deja el seno materno, o el útero y pasa a la vida extrauterina. Cuando no se da en los 9 meses que dura un embarazo, ahí para atrás hablamos de parto prematuro con todas las consecuencias que puede traer a nivel de la madre, a nivel del feto que ya es un recién nacido y a nivel de la paciente en todo su entorno. Recibir un chico con todos los cuidados y todos los problemas que se vienen o todos los problemitas, no irreversibles todos, pero no va a ser un chiquito aquel que nazca prematuramente o muy prematuramente, no va a ser un chico que va a cumplir las etapas normales como cualquier otro chico, va a haber que estar al lado mucho más tiempo.

Edor.: qué atención se le brinda a la embarazada en el hospital y si se incluye atención psicológica?

Edo.: La atención es la del consultorio externo, hay un consultorio general y un consultorio de alto riesgo para las patologías, las hipertensas, las diabéticas, ese tipo de patologías, hay un consultorio de infante juvenil y si hay alguna sospecha o alguna necesidad por parte del médico o de la paciente se hace una interconsulta con el servicio de salud mental, pero generalmente se hace cuando están internadas, en el consultorio por ahí o no lo manifiesta la paciente o no salta nada a la vista y eso se ve acá en el momento de su internación con algún problema cuando nace el bebé o si el embarazo no vino deseado o una violación, eso bueno, ya se hace la interconsulta son salud mental y ahí es donde más se ve.

Edor.: ¿cómo se detecta un embarazo de riesgo?

Edo.: el embarazo de riesgo principalmente por antecedentes, ya hay antecedentes que te marcan que esa paciente puede o no tener un problemita, ya sea hipertensión, alguna enfermedad autoinmune, cuando tienen muchas cesárea, eso también es un embarazo de riesgo, cuando tienen varias cesáreas y van a su cuarta, quinta cesárea, esa cesárea va a ser de riesgo, ya el embarazo puede ser de riesgo por el hecho de que no llegue a término, también muchas adolescentes, 15, 16 años y los factores para detectarlo son en base a lo que se pide en el embarazo, el asunto de la sangre, los controles de presión arterial que se hace en cada control y ahí se detecta, sobre todo esas dos, las dos principales patologías que son hipertensión y diabetes se detectan con los controles ya sea de laboratorio o con la simple toma de la presión arterial. Bueno un embarazo gemelar doble puede ser considerado un embarazo de riesgo, que tengan dos y no uno, son embarazos que terminan antes de tiempo también, las cesáreas anteriores y el embarazo adolescente por todo lo que ello implica.

Edor.: En el caso de las salitas se que cuando es un embarazo de riesgo lo derivan al Materno, ustedes atienden solo a los embarazos de riesgo?

Edo.: no, no acá se trata el embarazo en el consultorio de alto riesgo y en el consultorio general de embarazadas digamos normales, acá las derivan desde la salita, las derivan muy tempranamente cuando se detecta alguna patología y sino a los siete meses, a los siete meses y medio ya se vienen acá, hacen sus dos o tres últimos controles acá.

Edor: cuáles son los servicios de atención que se les brinda al recién nacido?

Edo.: Acá te lo tendría que contestar más el neonatólogo pero generalmente una vez que nace si es prematuro, bueno, hay una serie de laboratorios que se les pide, glucemia, otras hormonas, de acuerdo al peso o no, ese chiquito va a quedar internado o no, se le da el alta a partir de los 2 Kg. Y si sigue internado acá más que nada controlarle la función pulmonar, el prematuro no desarrollo todavía bien los pulmones, a veces se da una medicación para favorecer el desarrollo pulmonar, hay veces que se necesita o no estar intubado, si no está intubado va a estar en incubadora para permitir ese orden hasta que pueda

empezar a tomar leche materna, si no está alimentado con sonda, generalmente ahí con el laboratorio y una vez que se da el alta hay un consultorio de neonatología que lo sigue fuera de lo que sería un control normal en forma más seguidita y más periódica, ahí ya más que anda tiene que ver con el neonatólogo, pero a grandes rasgos es eso.

Es el factor medio interno que se llama estando internado, con el laboratorio a veces se da alguna medicación o no, son más propensos a hacer infecciones, por los tubitos que pueden llegar a tener o simplemente por su inmadurez en el hígado, tampoco está maduro, no metaboliza bien los antibióticos que por ahí hay que darle, sobre todo en la parte de infecciones y hay que cuidarlos mucho en eso. Una vez que se les da el alta el control es mucho más seguido que si nació normalmente con un buen peso.

Edor.: el seguimiento es mucho más estricto?

Edor.: sí, el seguimiento es, neo tiene un consultorio especial, bueno no tiene dividido su consultorio, o sí como nosotros tenemos dividido entre el embarazo normal y patológico, los neonatólogos también tienen los consultorios de rutina, pero igual a la mayoría de ellos se los sigue en la salita, generalmente los consultorios que están acá son para los chicos que han nacido con algún problema, no solamente por prematuridad, sino que han nacido con algún problema, que han sido operados por algo y se hace el control acá o los prematuros me parece que semanalmente, mensualmente en lugar de derivarlo ya a la salita, hasta el primer año, generalmente hacen el control acá.

Edor.: vos como obstetra, no trabajas con bebés prematuros?

Edo.: no, una vez que nació, nosotros no es que nos desentendamos, pero se pasa a neonatología y con el neonatólogo será nuestro informante para un futuro embarazo de la madre saber como nació su anterior bebé, que cuidados se le hizo, que requirió, que no requirió.

Edor.: y hay algún programa de contención o algún grupo que trabaje prevención de embarazos, es decir lo que es salud materno infantil?

Edo.: no, programas no, está el curso que hace la obstétrica, el curso preparto y bueno ahí se charla más que anda en base a cómo va a ser su parto, qué

significa un parto, una cesárea, cuándo venís a htal. y cuándo no y eso las ayuda a las madre, digamos, tomándolo como un modo de contención, las ayuda porque van sabiendo la ansiedad a lo desconocido, pero plan desde el servicio de psicología que yo sepa no. Están las interconsultas cuando nosotros pedimos y nada más.

Edor.: bueno, a pesar de no trabajar con bebés prematuros te pregunto si tenés conocimiento de que haya algún tipo de atención psicológica a padres de bebés prematuros?

Edo.: en la parte de neonatología pienso que sí, seguro, o bien si se pidió la interconsulta ya la paciente queda digamos en contacto con el servicio de psicología o si no el mismo neonatólogo hace la interconsulta de acá para ir conteniendo a la madre y que la madre se sienta bien charlando con una psicóloga, pero sí, sí eso seguro.

Edor.: Crees que es importante incluir al tratamiento del bebé al grupo familiar, no solamente a la madre?

Edo.: y sí, sobre todo en madre muy jóvenes lo van a precisar, no van a quedar solas generalmente, entonces la madre o el padre, es decir, los abuelos del chiquito,

Es importante la protección para cuando vuelva a la casa y sobre todo si son madres jóvenes o primerizas, si tiene un buen entorno seguro.

Entrevista a Josefina Nicolau, médico obstetra del Centro de salud

Edor.: ¿Cuál es tu formación profesional y qué cargo ocupás en el centro de salud?

Eda.: Soy médico gineco-obstetra y acá en este centro de salud, en esta sala agente ginecológica. Médica especialista en atención primaria, a demás soy psicóloga.

Edor.: ¿cómo está conformado el equipo de trabajo?

Eda.: Acá el equipo de trabajo consta de médico clínico, endocrinóloga, pediatra, obstétricas que son las parteras, ginecóloga, enfermería, ginecología, psicopedagogía y los médicos de guardia.

Edor.: ¿qué opinión tenés desde tu experiencia y formación del trabajo interdisciplinario?

Eda.: Bueno, el trabajo interdisciplinario es como la meta a lograr, cuesta porque a veces atender y consultar al paciente no es lo mismo que el trabajo interdisciplinario, pero se trata en lo posible de ponerle la mejor buena voluntad, yo creo que falta bastante en la formación de grado para poder salir con algo más sólido a trabajar. No se si se puede llamar interdisciplina, pero por lo menos hay una comunicación más fluída entre las distintas áreas de la medicina o con psicología o con psicopedagogía, pero falta, cuesta formación, porque en la formación de grado no hay. En psicología pasa así, se habla mucho, pero cuando se habla de los médicos dicen: porque el médico receta psicofármacos, nunca estuvo en contacto trabajando con un profesional médico y se asusta y después cuando trabajás en un equipo de salud te das cuenta que la cosa no es tan así, pero me refiero a esto que es lo académico, no se la trascendencia práctica. Tampoco se profundiza demasiado, en la dinámica del grupo cuesta y a demás a veces cuesta aquí, por ejemplo, estoy dos veces por semana y en otra sala estoy tres veces por semana, entonces no siempre estan los mismos profesionales todo el tiempo, es por una cuestión de poco recurso humano y a veces eso hace que el vínculo no se afiance como debe ser. El día miércoles yo trabajo acá, la psicóloga solo está a la tarde y no se ve

con al gente de la mañana, todo esto ya es dificultad práctica para el trabajo en la interdisciplina, tenés que ver qué dificultades hay, tenés que tratar de decir: mirá, a Juancito fijate con la asistente social, fijate a ver que pasa en la casa, porque esta mamá es una mamá adolescente y la ves como muy limitada en sus capacidades, hasta para el control del embarazo, hacele una visita para ver con quien convive, con quién está; pero hay veces que no te encontrás con lña social porque hoy le tocó hacer tal programa y hoy no viene... estas cosas dificultan el trabajo y las reuniones de equipo, poruqe la mayor parte de profesionales trabajamos a la mañana, pero a la tarde hay un equipo grande. Estas cosas son dificultades concretas de la práctica, más allá que tenemos que trabajar con un caso cada cual desde su área, pero eso en mi experiencia necesita del aceitado de la cotidianeidad.

Nuestra salud pública no es solo pública, también tenemos las obras sociales y la salud privada, entonces el profesional en general es el mismo que atiende en el centro de salud, que trabaja en su consultorio o que trabaja en una obra social, tres, cuatro trabajos. Distinto sería que solo en la salud pública, ahí estaríamos tocando el cielo con las manos, porque trabajar 5, 6 horas en equipos que estarían ocupándose a full únicamente de esto.

Edor.: ¿se hace el intento de trabajar interdisciplinariamente?

Eda.: Sobre todo con pediatría, el intercambio es con pediatría, porque nosotros volvemos a ver a la paciente puérpera si se controló el embarazo acá y la volvemos a ver después que tuvo su bebé en el Materno Infantil o en alguna otra clínica. A veces también vemos pacientes que no controlaron su embarazo acá, que hicieron todo el control prenatal en privado y tuvieron su bebé en el Materno y por el área programática les corresponde desde acá la atención al recién nacido y nosotros la recepcionamos la mamá.

Edor.: ¿cuál el concepto que desde tu formación tenés de salud y enfermedad?

Eda.: El de salud es un concepto que cada vez es más amplio, porque no nos podemos quedar solamente con la definición de la ONU, que consiste en enfermedad, invalidez, sino también en las condiciones de vida, el acceso a lo básico: trabajo, condiciones adecuadas, alimento que le permita satisfacer las necesidades básicas de la canasta fliar, ir a la escuela, tomar el colectivo,

tener agua potable, tener una red de obras sanitarias cloacal, todo eso es el concepto de salud, la vivienda digna, porque ya no es solo que no se enferme, es que se enferma y se enferma por estrés, el estrés que te da la inseguridad laboral, cuánto tiempo va a estar y trabajar en condiciones adecuadas, entonces esto altera su rendimiento laboral, altera su lugar fliar., todo el proyecto de vida que ya armó, que tenga un proyecto de vida saludable. La gente con pocos recursos económicos no come, no puede acceder a alimentos libres de grasas trans, lo que puede no es lo que le va a favorecer a su salud; el peso, peso extremo, embarazada obesa que tiene un niño de bajo peso, porque bueno, no hay recurso para que la persona pueda alimentarse adecuadamente. No es que este chico es asmático o que esta señora es gordita, sino que sus condiciones de vida no le permiten tener una condición de salud.

Hay cosas que se pueden mejorar, pero no nos engañemos, cuando uno va a comprar los alimentos, vas a comprar algo con un bajo contenido colesterílico tiene un costo. Eso es salud, el tema es no poder tener la casa calefaccionada en el invierno porque no alcanza, después poder calzarse, vestirse.

Edor.: es decir que incluirías a la prevención en el concepto de salud?

Eda.: Sí, pero la prevención no es solamente la vacuna, es una parte, pero hay que prevenir todo lo otro. Prevención es que el niño pueda tener un cuento para jugar, para leer y no esté viendo la cantidad de horas que ve por TV, que pueda ir al jardín, es prevenir que ese sujeto en lo social tenga un futuro y no un adolescente que tenga relaciones sexuales porque el único proyecto que puede tener propio es el de tener un chico o que un chico también con todas estas condiciones caiga en adicciones, robo.

Yo siempre digo: no todos nacimos de las mismas líneas de largada, ni siquiera el recién nacido, porque el recién nacido de una mamá que no tuvo una nutrición para llevar las proteínas que necesita, calcio, ácido fólico, no tiene la misma capacidad del otro chiquitito que la mamá la tuvo, porque a demás está informada de otras cosas, tiene conocimiento de otras cosas, atiende a la estimulación precoz y temprana con el niño, entonces, hay que salvar esas diferencias, esta situación económica hasta en el recién nacido.

Edor.: ¿cuáles son las condiciones que hacen que un parto sea prematuro y se pueda detectar?

Eda.: Hay causas físicas como infecciones urinarias que causan aborto muy temprano, bueno y hay otras cosas como por ejemplo en las mamás que trabajan, no tanto en este barrio, pero si te vas a la zona del puerto, que trabajan en las fábricas de pescado y trabajan 14 hs. paradas en un cuarto con el frío y la humedad, tienen las piernas edematizadas, no solamente nacen prematuros, también nacen de muy bajo peso, porque hay muchos recién nacidos de término, pero de muy bajo peso para su edad. Se habla de 3Kg. 3,500Kg. de peso adecuado para la fecha de 40 semanas, pero tenés muchos chiquitos de 2,800Kg. 2,500Kg. que son de bajo peso para su edad gestacional y por su desarrollo son niños de 40 semanas, un chiquito que no tuvo el desarrollo de masa corporal porque por ahí su mamá trabajaba muchas horas y tampoco tenía la cantidad de calorías de calidad.

Edor.: ¿cuál es el concepto que tenés de nacimiento y de nacimiento prematuro?

Eda.: Desde el punto de vista médico obviamente cuanto hablamos de prematuro es un niño que tiene menos de 36 semanas de gestación. El otro es un nacimiento a término promedio, entre las 38 y las 42 semanas.

Todo cachorro humano nace prematuro, pero el que termine prematuro 27 semanas, 28 semanas, que rompió bolsa y pasó a la incubadora va a tener, va a ser aún más prematuro, porque el nene que nace a término tiene una prematurez fisiológica, pero el otro no, no llegó a terminar su desarrollo, esos niños, niñitos que nacen a los seis meses, hoy con la tecnología, incubadora y demás, esos niñitos pueden subsistir pero vas a notar que esa prematurez, va a tener una diferencia en la edad mental y la cronológica que es significativa, vas a tener diferencias en lo que es la motricidad fina del niño, supongamos de tres años, son niños que requieren de mucha estimulación temprana, muchos controles.

Edor.: Cuando detectas un embarazo de riesgo, continúan atendiéndose acá o las derivás al Materno?

Eda.: Acá nosotros el embarazo de riesgo lo derivamos, por ejemplo, embarazo adolescente. Si hay una mamá que tiene antecedentes, diabetes, algún problema en general la derivamos al consultorio que está en el Htal. Nosotros hacemos la detección precoz, esta imposibilidad no es por la capacitación profesional, sino para poder verla más seguido, con controles más frecuentes, estudios, análisis que acá no se hacen, entonces están más contenidas, derivamos al paciente.

Edor.: ¿por qué considerás al embarazo adolescente como un embarazo de riesgo?

Eda.: Por la inmadurez de la mamá, hay una mamá de 15 años, por ejemplo, está embarazada de dos encuentros sexuales, ni sabía como cuidarse y su pareja tiene 16 años, es una mamá que no le presta, vos hablás pero no viste lo que es un adolescente?. Hay que trabajar el tema de la adolescencia, ver desde si fuma, si se acuesta tarde, pero es como que no tienen conciencia, vos te das cuenta de que todavía no está internalizado eso de que hay un bebé, entonces, vos dirás: lo internalizará cuando nazca, en realidad lo va a internalizar con suerte, con muchísima suerte la abuela, alguna adolescente, pero chicas de 12, 13, 14 años vos te das cuenta que después no es ni la hermanita, es la mamá biológica pero no es la hermana, una confusión de funciones y de roles y de poder hacerse cargo porque también está toda esta cosa que están enganchadas con el embarazo pero totalmente infantil, el cuadernito con figuritas, que está bien, es muy alegre para el bebé, pero cuando nació el bebé es todo una alegría, pero el bebé demanda y demanda mucho, entonces, esta nena que a lo mejor estuvo contenida durante su embarazo, generalmente la pareja nunca se hace cargo. Si hablamos de porcentajes, la mayoría pasó de de cabeza le león a cola de ratón, porque de estar con su familia, están los abuelos y su majestad el bebé y ella es una nena, entonces, esto de dar el pecho es agotador, dar el pecho a demanda, a la una a las dos de la mañana, estar cansada, estar con sueño, quiere charlar con amigas, quiere mirar la tele y el bebé está ahí como una piedra en el zapato y de estas cosas termina haciéndose cargo, digo en el mejor de los casos, la abuela. Después la chica quiere ir a bailar porque es lo lógico, es la edad, quiere ir a la escuela y está el bebé.

Y es maravilloso cuando una joven consulta, a veces acompañada de su mamá, de qué métodos anticonceptivos puede utilizar porque va a tener relaciones sexuales, entonces hay que aprovechar ahí y hablar de lo que es la genitalidad segura, la procreación responsable, pero no es la mayoría.

Edor.: ¿existe algún programa espacial en relación a lo que es salud materno infantil?

Eda.: Está el programa nacional de educación sexual y reproducción. Se reparten anticonceptivos orales, inyectables, preservativos, dispositivos intrauterinos. Se llama: programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Yo estoy luchando porque no es cuestión de darles pastillas como si fuera un kiosco, se hacen charlas, en realidad yo en el otro centro de salud lo veo pero con otro estilo, se hacen talleres. Entonces en ese grupo no solo se da la pastilla o el DIU, sino temas que el grupo quiere, entonces suele salir el tema de violencia doméstica, abuso sexual, drogodependencia, adicciones y bueno, esto estamos complementando con otra compañera psicóloga y una enfermera, aprovechamos eso, se le entrega el anticonceptivo, fijarse si tiene todos sus estudios de prevención hechos, chequeos. Pero no es en todos los centros de salud, depende de la formación, porque hay lugares, centros de salud donde los anticonceptivos los entrega la obstétrica, que yo no digo que no puede, pero está bueno que el venir a buscar el anticonceptivo sea un disparador para ver otras cosas.

Edor.: ¿hay algún tipo de programa o de contención psicológica para la mujer embarazada, sea o no de riesgo?

Eda.: No, no hay ningún programa desde salud mental y si vos detectás algo lo derivás a salud mental cumpliendo todos los requisitos que te marca el servicio de admisión.

Edor.: ¿crees que es importante la contención psicológica en el embarazo?

Eda.: y si, me cargan porque dicen que este consultorio es de psicoginecología.

Entrevista Mónica Melgarejo, Médica ginecóloga Responsable del Programa Materno Infantil. 21/10/2009.

Edor.: contame cuál es tu perfil profesional y que cargo desempeñas en el Programa Materno Infantil?

Eda.: Yo soy toco ginecóloga, hace 20 años que hago obstetricia y ginecología, estoy acá en la Región desde agosto con Gustavo Rodríguez. En realidad mi trabajo de base es en el Municipio de Mar Chiquita, trabajo justamente en las unidades sanitarias y directora de prevención primaria hasta hace poco, ahora estoy haciendo la gestión para la dirección de Mar Chiquita y bueno, estoy formada desde la residencia en hospitales públicos y todo lo que es asistencia en la comunidad, porque hice el post grado de médicos comunitarios, lo hice como ginecóloga, actualmente sigo trabajando en unidades sanitarias como ginecóloga y realmente me pareció un buen lugar para intervenir desde región como municipio chico, porque uno también ve esas diferencias entre los municipios chicos y los municipios grandes, en población siempre hablamos y bueno de estar acá en un grupo de trabajo, un equipo, porque el Programa Materno Infantil estoy yo coordinando lo que es el programa conmigo trabajan el Dr. Daniel Quiroga que es del Programa de Insuficiencia Respiratoria Aguda y con otro programa, nosotros lamentablemente vemos mucha muerte neonatal, pero esa patología siempre se encaró desde los meses de esa patología y esta convocatoria que tenemos desde región es trabajar todo el año y no nada más dos meses, sino trabajar todo el año en el programa con el dr. Daniel Quiroga; neonatólogo del Htal. Materno Infantil, donde en este programa también están convocadas trabajadoras sociales, psicólogas, la parte de administración, enfermería, le damos mucha importancia también a la enfermería, ese es uno de los pies del programa.

El otro pie que tiene, que es el más importante, no es el más importante, sino que por ahí ahora estamos dándole un hincapié un poco más fuerte es el de Vigilancia Perinatal. En Vigilancia Perinatal se armó ya un equipo donde también hay antropólogas, psicóloga, pediatra, la dra. Enza Belluso, estoy yo como ginecóloga, bueno nosotros ahí estamos viendo la mortalidad neonatal, ahora estamos por presentar un trabajo que es la mortalidad neonatal del 2008 sobre la base de datos que tenemos desde región y desde el Ministerio, la idea

es ver qué justamente podemos prevenir y cambiar para esta mortalidad neonatal, viendo a la mamá y a ese recién nacido, porque vemos al recién nacido, en tiempo que tenemos una clasificación de estas otras cosas. Este programa realmente a nosotros nos está sirviendo para ver algunos obstáculos que están apareciendo en la parte interna, en lo que es el trabajo desde las unidades sanitarias y en la recolección de datos, estamos viendo que hay que mejorar muchas cosas desde nosotros y desde los htales. Hasta ahora lo que estamos haciendo es el informe de los obstáculos internos y externos y estamos viendo para llegar a una base de datos.

El otro pilar que tenemos, bueno, en este trabajo ya como referente con la dra. Enza Belluso, ella es también toco ginecóloga del Materno y es la que trabaja en el programa SIP, el programa SIP es el programa de Sistema Informático Perinatal que eso es en todo Latinoamérica y donde ahora nosotros sumamos al SIP el SIPA y esto lo hicimos hace poco, justamente hace 15 días, una capacitación, vinieron de provincia y de nación, que es para los centros de atención primaria, la idea cuál es: tener una base de datos real que no sea un obstáculo como estamos viendo hasta ahora y que podamos trabajar en el momento, no con una sábana, no con un dato viejo, sino actualizado, esto también hace que nosotros esos datos los vamos a cruzar con otro plan que está en el Programa Materno Infantil que es el Plan Nacer, que es un plan de Nación, que ahí convoca a todas las mamás que no tienen obra social y a las púerperas hasta 45 días y a los niños menores de 6 años, este plan nos sirve, a demás de identificar al grupo de mujeres sin obra social y tener un control un poco más estricto, o sea, que realmente el Estado cumpla la función, se haga el control que debe hacerse con esa mamá y esos niños, donde la vacunación, el control del embarazo, desde el peso, la nutrición, porque ahí también se trabaja con las trabajadoras sociales, va a ser un entrecruzamiento de datos con el SIP, vamos a hacer que de alguna manera sea obligatoria la utilización de este sistema informático en los dos niveles, en el primer nivel de atención y en el segundo de htales., para que funcione el plan Nacer. Porque qué diferencia tiene el SIP con el plan Nacer? El plan Nacer, hoy de alguna manera estimula un poco más porque fondos, uno de los pocos planes que hace que por ejemplo, en un Municipio donde trabaje bien el plan Nacer, que significa un buen control de la mamá, un buen control del embarazo, hace que este

Municipio tenga sus beneficios, desde insumos, o sea desde fondos que se utilizan exclusivamente, que pueden ser como para pagar una trabajadora social como para pagar un monitor fetal, para conseguir una ambulancia, eso también hace que se estimule a la gente que trabaja en este plan. Y el plan Nacer hace que si vos, por ejemplo tenés una consulta, tiene un monto, si vos vas a buscar a esa mamá que dejó de venir porque tuvo una infección urinaria y es una amenaza de parto prematuro, bueno vas a buscar, y todo esto está normado y reglamentado que viene desde Nación, ese es el otro programa.

Y el tercer programa, que todavía no tenemos nuestro referente, pero que justamente recién venimos de una reunión a nivel de prevención y protección del niño, es el Programa Adolescente, que es otro grupo que nos interesa, que en realidad van todos de la mano, porque la mamá adolescente va a estar en este programa, va a estar en el plan Nacer, va a estar en la vigilancia, por eso hay un solo programa que es el Materno Infantil que tiene esos pies. Nosotros lo que estamos haciendo en la región es encarar a la salud realmente no como enfermedad, sino realmente este concepto de trabajar desde el área social, psicológica, ambiental, porque estamos viendo y sumamos por primera vez a este grupo de salud geógrafas, por lo cual es la idea, las chicas de la Universidad, que hicimos un convenio vienen y nosotros les dijimos, no sé, mirá en el barrio Las Heras, tenemos tantas mamás que se les murieron los chicos por tal motivo, nos ubican en el tiempo, nos ubican en el mapa y nosotros también podemos trabajar desde algo más real. Este trabajo en equipo es un trabajo que va costando, que nos vamos conociendo, pero bueno, que hace que el enfoque de salud sea distinto, no ver nada más a la paciente, a la mamá o al niño enfermo, sino hacer la prevención, entonces ahí convocás a otras áreas, a veces esa convocación no es tan fácil. El otro pie que nosotros vemos, realmente es el del compromiso, de alguna manera sí elegimos este de vigilancia perinatal y digamos, bueno por donde empezamos. Hubo 180 muertes de niños neonatal en 2008 en región, cuál fue el Municipio que más muertes tuvo? : Mar del Plata, porque es más grande, porque tiene más población, qué pasó. O sea, empezamos a trabajar con General Pueyrredón, después de ahí los otros 15 Municipios, somos 16, va a ser más fácil porque la población es más chica, porque es distinto, acá es más variado, la población es distinta, empezás a ver que hay grupos, no es lo mismo un



bebé que nazca con 2,300 Kg. Y que la mamá viva en Gascón y Entre Ríos, en un lugar del centro de Mar del Plata, a decir la mamá de 2,300 Kg. Que nació en el barrio Hipódromo, esa mamá va a tener otra patología, va a tener otro clima, otro ambiente, todo va a ser distinto, entonces, esta identificación y este trabajo es el que queremos conseguir desde región, ampliar y hacer un poco más amplia esta definición de salud, ese es el cambio que estamos haciendo. Nuestro programa también maneja el programa de planificación y reproducción, o sea todo lo que es la entrega de anticoncepción, que puede ser desde anticonceptivos orales, inyectables, diu y también va de la mano con el HIV, que es programa de prevención de HIV, con la entrega de preservativos. A veces la entrega de insumos no va en tiempo y forma, es todo una cadena que a veces se corta, que a veces el programa puede ser muy bueno, pero no tenemos continuidad de insumos y eso hace que el programa no funcione, porque desde la región nos estamos planteando, nos estamos poniendo firmes como equipo, decir bueno, si no nos mandan en tiempo y forma, no nos conviene seguir esperando de ahí, pongámonos de acuerdo y si las pastillas no llegan siempre como deben llegar desde nación, será convenirte que nos planteemos desde región y digamos: hagamos una compra comunitaria para todos los Municipios y que realmente este programa funcione como debe ser, sino estamos gastando energía en algo que nunca podemos terminar de solucionar. Esas también son decisiones difíciles que a veces generan otros conflictos en otras áreas, pero bueno, el hecho de que hoy nuestro director de región entienda que estas cosas se digan y se traten de solucionar, a los que estamos de bajo de nuestro director e intentado cambiar, vamos armando el equipo de trabajo. Pero ya te digo, el Programa Materno Infantil es un programa muy amplio, es muy interesante, porque también nosotros como todos los programas vamos trabajando de la mano con otra áreas, nuestro programa trabaja con el área de epidemiología, todo lo que es inmunización, o sea todo lo que es vacunación, nosotros directamente, el programa no se encarga de vacunar, sí epidemiología, pero sí tenemos que estar atentos porque nuestro programa también hace la entrega de leche, entonces, es todo un trabajo y lo establecemos como equipo, con las diferentes áreas de salud y tratamos de bajar a cada Municipio, bueno, vamos a tal Municipio y nos sentamos con la gente del lugar y le preguntamos cuál es la propuesta de ellos,

porque son los que más conocen el territorio y nosotros tratar de adaptarnos a ese caso, no ser tan estructurados, porque ya está demostrado que tan estructurado no estamos consiguiendo muy buenas cosas y creo que eso de abrir un poco más la cabeza y aceptar que los otros jueguen con nosotros y que intervengan también es importante, así que bueno, eso es lo que nosotros desde este programa estamos encaminando, desde la Región a los municipios y la intervención, que es otro tema, porque no todos participan ni intervienen de la misma manera, porque es algo que se viene haciendo desde hace mucho tiempo y hay muchos programas que perdieron credibilidad por el hecho, por ejemplo, la falta de insumos, entonces, por ejemplo, uno tiene que salir y remontar algo que a veces ya está muy descreído, eso también es un trabajo nuestro desde Región.

Edor.: Me hablaste del trabajo interdisciplinario que llevan a cabo desde el programa y también de la intervención con otros actores sociales, cuál es tu opinión con respecto a la interdisciplina?

Eda.: para mí la interdisciplina, porque hoy es fundamental, puede existir y esto yo lo aprendí más que nunca, no porque me lo dio la universidad, sino que me lo dio este post grado de médicos comunitarios, yo aprendí que con la interdisciplina se pueden hacer muchas cosas, que se puede trabajar de verdad por la comunidad y para la comunidad y para uno mismo como profesional, el tema es aceptar y abrir la cabeza, que la verdad esto la facultad no nos prepara, yo estoy hablando de medicina, por ahí hoy sí hay otras facultades que están interviniendo, pero uno lo va aprendiendo con la experiencia de los años. Yo en este último tiempo, yo trabajo mucho con educación y acá se trabaja mucho con educación, en las maneras de prevención, y otro momento en que vimos que la interdisciplina es fundamental es con esta epidemia de la gripe, si no nos hubiéramos puesto todos de acuerdo, las diferentes áreas, decir bueno, vamos a trabajar con la ONG, vamos a trabajar con la salita, vamos a trabajar con la comunidad, vamos a trabajar con el vecino, vamos a trabajar entre todos, creo que esta región supo trabajar muy bien la epidemia de la gripe con este trabajo interdisciplinario y esto se comprobó y esto nos sirve de bandera para decir: "mirá está bueno, se pudo, sirve, vamos por más".

Edor.: ¿cómo es la manera que tienen de intervenir e interactuar tanto con las salitas como con el Htal?

Eda.: Sí, nosotros hacemos así: Región, cada programa tiene su referente en cada Municipio, el Municipio manda a su referente, se supone que cada referente es el encargado de ese Municipio de trabajar con su gente, entonces viene acá, nosotros por ejemplo le mostramos el programa de vigilancia perinatal, ellos deben bajar a su Municipio, comentar y tratar con sus recursos de bajar ese programa. A veces pasa que los recursos son escasos, eso pasa en todos lados, entonces a veces no podés terminar de bajar el programa, piden ayuda, nosotros desde la Región vamos, recorremos el Municipio y vemos a ver de qué manera se puede acomodar. Eso por un lado, después el control de cada programa lo hace el referente con su secretario de salud en su Municipio, porque amén de haber las reuniones de los referentes de los programas, también están las reuniones de los secretarios de salud con el director de salud, en esas reuniones que están los consejos regionales de salud, donde están los secretarios de salud, se habla de los programas, se cuenta cómo están los Municipios, qué falta afilar, qué no falta afilar, hay respuesta, no hay respuesta y eso es un trabajo desde Región con los secretarios; y la participación, lo que se insiste es que se participe, porque antes en las reuniones regionales iba muy poca gente, bueno, estamos tratando de que vengan, que participen, que entiendan que es importante porque sino no podemos avanzar, porque nosotros podemos venir con todos los programas acá, con las mejores ideas y quedan acá y si quedan acá no sirve, entonces tenemos que tratar de que esto se cumpla y se trate de hacer, sabemos que a veces no se puede en todos los Municipios por justamente la parte económica y la falta de recursos y porque también a veces en salud, porque eso es otra cosa que estamos peleando, tener una ley en salud, así como educación tiene su ley, que educación también tenga su ley, para que estemos parejos, porque sino pasa que en tal Municipio tienen 10 psicólogos, la otra tiene tres y capaz que aquel tiene 10 no porque es más grande, sino porque a aquel le pagan más que a este que tiene tres.

Edor.: Otra de las cosas de las que hablaste es del concepto de salud, me lo resumiste no solo como ausencia de enfermedad, sino que me lo explicaste como un concepto integrador que incluye varios aspectos, ¿cuál sería el concepto que desde el programa y desde su experiencia profesional tienen de nacimiento y de nacimiento prematuro?

Eda.: Nosotros, nacimiento desde el momento, a partir de las 20 semanas, acá hay diferencias en nacimientos si vamos a hablar de edad gestacional, el Htal Materno Infantil ve un grupo de mamás, el Htal. Regional ve otro grupo de mamás, y eso se basa en la edad gestacional,; hasta tal edad gestacional, ejemplo: hasta las 16 semanas se evalúa en el Htal Regional a la mamá, a veces antes ya la mandan al Materno y a partir de las 16 semanas va al Materno. De las 26 semanas en adelante es parto inmaduro, de las 32 semanas en adelante parto prematuro. Si es un bebé prematuro de tantos Kg. Va a ser un bebé que va a ir al respirador, es un bebé que va al servicio de neonatología más complejo de terapia, eso lo da el Materno, esa contención, ese parto, ese bebé lo ve el Materno. El Regional se ocuparía de lo que es la parte ginecológica, de anticoncepción y lo que es aborto, si la mamá pierde un bebé de 12 semanas que es un aborto, esa mamá va al Regional, no va al Materno. Eso ya la mamá lo tiene establecido porque eso ya se ve en el control prenatal en las Unidades Sanitarias, la mamá a medida que se la va controlando, la mamá, no sé, que tenga una hemorragia en un primer trimestre viene con amenaza de aborto, nosotros desde las Unidades Sanitarias ya la vamos viendo y la mamá que está con pérdidas, está de 12 semanas o de 2 meses, 3 meses, el embarazo para nosotros dura 40 semanas, no como la mamá cuenta 9 meses. Nosotros ya guiamos: si pasa esto y esto tenés que ir a tal lado, primero generalmente va a la Unidad Sanitaria o al Htal Municipal y si es una intervención que desde el Municipio no puede por complejidad nos corresponde el HIGA y el HIEMI, la mayoría de los Municipios tienen sus Htales. Chicos donde generalmente se resuelve y en el HIGA y al HIEMI ya llegan en situaciones por complejidad, a pesar que culturalmente la gente prefiere venir a los Htales. Porque encuentra todo y es verdad; yo siempre digo: no hay nada mejor que los htales estatales porque vas a tener todo, todos los médicos, todo el servicio, no tendrás la mejor hotelería pero sí vas a tener los mejores profesionales y te lo van a resolver y eso la gente lo sabe. Entonces,

nosotros vamos preparando a la mamá para ese nacimiento: bueno, mirá, este es un embarazo de riesgo porque no sé, sos diabética, tenés tres cesáreas, seguramente no sé, en el Htal. Municipal no se te va a poder hacer toda la complejidad, vas a ir al Materno, entonces, prematuros, hoy yo acá justo no tengo datos. Por ejemplo, ahora yo tengo patología materna, todas las patologías que hubo desde enero a julio 2009; se hicieron 2463 partos, de esos 2463, 2443 están en el SIP, en ese sistema informático que yo te decía, de ahí vos tenés los porcentajes de edades. La mayoría de las mamás, el más alto que es el del 36% es entre 25 y 34 años, pero también hay un nivel de 15 a 19 que es del 21%, casi el 22% de mamás. De toda la patología de esos 2463 partos, amenaza de partos prematuros 168, correspondería a un 7%, las causas de amenaza de parto prematuro...y la mayoría infección urinaria, otras patologías como hipertensión o la mamá que trabaja, la mamá que no descansa, esa son la mayoría de amenazas de parto prematuro o cesáreas muy seguidas, entonces el útero no llega a descansar. Todavía se producen un montón de partos prematuros, lo que nosotros estamos buscando con la vigilancia perinatal es evitar los partos prematuros, porque esos partos prematuros si no tienen un cuidado adecuado ya sea dentro del Htal. o cuando se vaya del Htal. es un probable niño que se va a morir y es ahí donde trabaja este programa de mirar, el programa de la lactancia, tomar la teta, todo lo que va a evitar una muerte. Eso nosotros por eso lo tenemos así detallado.

Edor.: ¿El programa, a demás de esta estadística, cuenta con programas de prevención específicos?

Eda.: No, este es un programa que te va a dar datos y te va a decir de tantas mamás, no sé, esta mamá es fumadora, esta es adicta, esta mamá tiene HIV, esta mamá es anémica, luego juntamos todos esos datos y vamos a ver qué pasó o cuáles son las patologías más frecuentes y lo que está buscando este programa Vigilar es bueno, todas estas mamás que les pasa esto, dónde es, en tal lugar?, será que hay algún problema ambiental o algo que hace que esta mamá tenga esta patología o es que hay alguna mamá que lo que le falta es tomar alguna medida de prevención en anticoncepción porque vive en un barrio que la unidad periférica le que da a 30 Km., entonces no llega, entonces será que para ese grupo de población tenemos que poner un centro de salud más

cercano para que haga este trabajo?. Eso es lo que nosotros estamos buscando, porque generalmente vemos que las ubicaciones de los centros de salud a veces no están donde deberían estar, que a veces pasa que hay unidades o centros de salud que hicieron la gente de la fomento y si se armó en ese lugar es porque realmente se necesita, porque por algo se armó ahí, pero a veces pasa que si tiene otro centro de salud cerquita no tiene sentido que esté ahí, entonces esa va a ser otra lucha que va a tener el secretario de salud que por qué tiene que estar. Bueno, nuestra idea también es esta, este sistema que va con DNI, con domicilio, con un montón de datos, que podamos utilizarlo nosotros como dato para conseguir algo, para buscar algo.

Edor.:¿Me podés contar algo del programa que tenga que ver con la prevención de salud materno-infantil?

Eda.: Sí, el programa lo que hace es bajarlos a los Municipios, el Municipio debe de alguna manera prevenir el parto prematuro con un buen control prenatal en la mamá, un buen control prenatal en la mamá, o sea un control como debe ser, con la cantidad de controles necesarios, con la cantidad de laboratorios, con ecografías que se tengan en tiempo y forma, porque a veces pasa que la mamá va al control pero nunca llega a un estudio porque los turnos son re alejados, entonces, lo que nosotros buscamos, de alguna manera es facilitarle, darle las herramientas que necesita este municipio, un ecógrafo, porque cada vez que va a sacar un turno al Materno tiene un turno de acá a dos meses, pasaron dos meses en que la mamá no se hizo ninguna ecografía, bueno, entonces, a través de las necesidades que nos van a dar, nosotros tratamos de conseguirle esa herramienta o ese insumo, ya de esa manera vos estás haciendo prevención del parto prematuro. No tiene laboratorio, hay enfermedades por ejemplo la toxoplasmosis, que es muy común que a veces la mamá no lo tiene en cuenta, el HIV, son todas condiciones que debemos de alguna manera desde Región con los Municipios, que todos tengan en forma obligatoria, que todas las mamás se hagan estos estudios, que todas las mamás tengan un control más cercano y ahí entra la interdisciplina, la trabajadora social, la que si la mamá no vino decirle: bueno mirá esta mamá no está viniendo, porque para eso están los registros del SIP y el SIPA, podemos citarla, podés ir hasta el domicilio, están los médicos comunitarios y están los

agentes promotores de salud que también trabajan en los centros de salud que no todos lo tienen, porque también el promotor de salud tiene que estar capacitado, vos no poder mandar a cualquiera a la casa que haga un interrogatorio o que busque datos porque podés generar otro conflicto, es todo un tema lo de los promotores de salud que también desde la Región se está trabajando y hay Municipios que ya los tienen y ya los están trabajando. Todo eso va a prevenir al parto prematuro, realmente es un trabajo interdisciplinario, no tiene que ser nada más que el médico, la enfermera, la enfermera que cuando la mamá está en la sala de espera se acerca y le pregunta: te estás controlando, hace rato no te veo, qué pasó que no venís?. O en la escuela, en el caso de embarazos adolescentes, la escuela se acerca mucho a trabajar, hay una ley que nos avala de trabajar salud con las escuelas, no como antes, sino que nosotros podemos ir a hablar de anticoncepción en la escuela, ya no es como antes que tenían que pedir una autorización especial, igual en muchas escuelas pedimos autorización para ir a hablar de ciertos temas, pero ya vas a hablar a cuarto, quinto grado, donde ellas quieran y la maestra es la que conoce al grupo, sabe que van a ir a hablar profesionales en cada Municipio de estos temas, y bueno, ahí es cuando yo hablaba de los programas de los insumos, entonces si vos vas a la escuela y les estás diciendo que hay un programa que te da anticonceptivos, que te va a ayudar a cuidar y nosotros pretendemos que ese Municipio tenga los tenga, porque sino estamos dando un discurso que no sirve. Tampoco pasa por la pastilla, el preservativo, nosotros donde más trabajamos es en el preservativo; prevención de embarazos: preservativo, enfermedades de transmisión sexual, porque esas enfermedades de transmisión sexual si la chica queda embarazada también le puede producir un parto prematuro, es ahí donde nosotros enfocamos en el tema de reproducción, es en el uso adecuado, oportuno y bien usado del preservativo, que no quede nada más en que quedó embarazada porque no había pastillas, donde el preservativo lo entregamos gratis y hay un montón de programas en diferentes áreas entregando preservativos, porque la gente tiene la idea de que quedó embarazada esa chica porque no tenía pastilla, entonces, no mirá también está el preservativo y también respetar algunas pautas culturales que todavía vemos que en determinados Municipios es común que la chica esté embarazada a los 16 años porque la abuela tuvo a la mamá a los 16

y la mamá la tuvo a los 16, ¿por qué ella no lo va a tener a los 16 o porque es una manera de salir de su casa. Yo que hago ginecología hace 20 años, sí existen todavía los embarazos no deseados pero también hay un grupo de adolescentes que los buscan, algunos lo buscan porque quieren saber cuán fértil soy, la escuela es por eso fundamental trabajar la prevención, o en la sociedad de fomento, donde si vos tenés un líder barrial, social a ese hay que aprovechar y esas son las cosas que nosotros desde salud tenemos que ver, no decir: no es de salud no, pero es de salud porque está trabajando con nosotros en la prevención, sumemos justamente para evitar el parto prematuro que a su vez el parto prematuro y en una mamá adolescente, ya de por sí el parto prematuro implica que vos estés con tu nene, que a vos te den el alta como mamá pero que te tengas que quedar en el Htal. porque tenés que quedarte a cuidar de tu chico, a veces hay lugares donde la mamá puede quedarse con la criatura, otras veces tenés que ir a tu casa, tenés que ir y venir, tenés que darle la teta, tenés que venir a ver cómo está y si tenés otros chicos ya te cambia la estructura y si sos mamá adolescente y si no tenés esa preparación o ese apoyo psicológico que se necesita en esa etapa y en la adolescente más, después tenemos otros problemas: un parto prematuro, una mamá que no está contenida, su condición fliar. O no necesariamente mamá y papá, hoy el grupo familiar es distinto, eso también lo tenemos que ver, no pensar nada más en mamá y papá, capaz que vive con un tutor, una amiga, con una madrina, yo siempre digo: elegir a alguien que te va a acompañar en este embarazo, no importa que no sea ni tu mamá ni tu hermana, pero a veces hay una amiga, una madrina, alguien que a vos te va a acompañar en el momento del parto, en el momento de la teta que es otro momento difícil, que un bebé prematuro tiene que tener una buena lactancia, entonces, otro de los puntos que tenemos que trabajar muy bien es el de la lactancia, para que ese bebé prematuro no se complique. El bebé prematuro es un bebé que hay que cuidarlo muy bien, hay bebés prematuros que están fantásticos, que crecen re bien con la teta y nada más y el cariño. Está comprobado y se sabe: mucha teta te cura todo y eso también se lo tenés que inculcar a la mamá en el embarazo. Depende, ya te digo, el hecho de que la mamá tenga que viajar o quedarse en un lugar, a veces le dan hospedaje en el Htal., a veces hay un grupo de gente que trabaja en el Htal. que acompaña a la mamá o la misma

trabajadora social ya sabe que esa mamá se va a quedar varios días entonces la contiene a ella y a ese bebé, que no sabés a veces cuántos días va a estar y a dónde va a ir, porque a veces pasa que en Htal. vos le diste todo, la mamá recibe todo y resulta que va a un hogar donde todo lo que hiciste en un montón de días se perdió y es ahí donde tenemos que apuntar nosotros y es ahí donde todavía cuesta intervenir, a dónde va, a qué casa va, con quién va a estar, bárbaro, la mamá no fuma pero todos fuman alrededor de él, bueno esa son las cosas que tenemos que cambiar, bueno es parte de nuestro camino como sociedad, nuestro crecimiento como sociedad, que va a llevar un tiempo pero que vale la pena lograrlo.

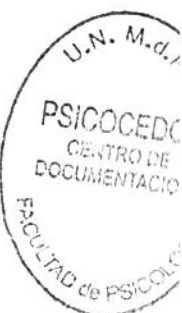
Entrevista Susana La Rocca, ESPECIALISTA EN BIOÉTICA. 10/09/09.

Edor: contame cuál es tu perfil profesional.

Eda.: Bien, yo soy profesora en filosofía, magíster en epistemología y metodología de la ciencia y especialista en bioética.

Edor.: ¿qué es la bioética, cuál es su campo y con qué problemáticas trabaja?

Eda.: La bioética es una ética aplicada que surge alrededor de los años '70 en EEUU fundamentalmente como una reacción digamos en primer lugar de los pacientes respecto a la medicalización de la vida y como se dice en la jerga "el paternalismo médico", es decir, se han generado situaciones de investigación sin conservar los protocolos que respetan la dignidad de las personas y eso generó primero en la opinión pública un gran debate y en última instancia también los médicos sintieron que debían estar preparados para responder da estas nuevas demandas entre las necesidades de los pacientes y las propias necesidades de los médicos, sobre todo de los profesionales de la salud. Se genera una disciplina que en EEUU tiene una corriente deductivista porque se llama bioética de Ips principios, donde se genera una serie de principios y de reglas que regulan la actividad profesional de la salud teniendo en cuenta ese respeto por el otro, es decir, lo que ha acompañado a la medicina hipocrática de toda la vida que era el principio de beneficencia se modifica rescatando lo que se llama el principio de autonomía, de la posibilidad de decidir respecto de las intervenciones médicas, es decir, que la voz del paciente tuviese sentido y tuviese una escucha. Luego, posteriormente a esta perspectiva deductivista se generan otras perspectivas, por ejemplo, la personalista en Europa que es digamos, una bioética más casuística, más abocada a la singularidad, es decir, menos deductiva con respecto a esta que origina realmente el nacimiento de la bioética y en Latinoamérica toma una particular dimensión porque el tercer principio, yo te había mencionado el principio de beneficencia, el principio de autonomía y el tercer principio que está en juego es el principio de justicia, entendiendo por justicia, justicia distributiva, es decir, distribución de recursos



escasos, equitativa de recursos escasos y ese es el gran problema de Latinoamérica, es el gran problema de los países subdesarrollados, por lo tanto la bioética en los países subdesarrollados tiene una preocupación mucho más social que la posición más individualista te diría con que ha nacido. Esta es más o menos la perspectiva con que se ha movido en los '70, en los '80, en los '90 y en lo que va del milenio.

Edor.: desde la bioética: ¿cuál es el concepto de salud y de enfermedad que se considera?

Eda.: bien, es coincidente con el de la OMS que es el concepto de salud no orgánica, sino salud, nosotros nos resistimos a decir bio-psico-social porque es una definición un tanto remanida pero fundamentalmente entender por salud algo que respete todas las dimensiones del ser humano, no simplemente las orgánicas, por lo tanto, esto que te preocupa que es la asistencia al dolor psíquico está totalmente contemplado, no se podría hacer ningún dictamen bioético si no se tiene en cuenta al sufrimiento psíquico, el dolor psíquico en toda la extensión, es la social, la interdisciplinaria y la bioética, por lo tanto, todas las disciplinas que tienen que decir algo respecto de la salud de la persona están implicadas, es decir, no solamente psicólogos, los terapeutas ocupacionales, los asistentes sociales, los antropólogos, por supuesto los abogados que nunca pueden faltar porque también toda esta cuestión que es de hecho, necesita ser de derecho y generalmente el derecho viene muy posteriormente, primero se dan las cosas y después viene el derecho a subsanar esos vacíos de poder. Pero la idea es esto, en todo aquello la salud implica bienestar y el bienestar tiene tantas dimensiones, entonces la perspectiva biológica o la perspectiva médica exclusivamente es una limitación en la consideración de la atención a la salud considerada como un todo, como salud integral.

Edor.: ya que mencionaste a la interdisciplina, ¿cuál crees que sea su importancia?

Eda.: es absolutamente demandante la interdisciplina, fijate que se manejan estos niveles de la interdisciplina, de la multidisciplinaria que implican la presencia de... y aún conservan compartimientos estancos. La que tiene que ver con la

inter, es donde actúan entre ellos reconociendo los diversos discursos y demás, pero todavía conserva en la interdisciplina su discurso. La propuesta de máxima que por supuesto todavía no se da es la transdisciplina, es decir, la posibilidad de generar un discurso que supere los discursos individuales, pero para eso hace falta mucho ejercicio, mucha escucha, los psicólogos están muy acostumbrados a esto pero el resto de las disciplinas no ya que es una tarea la verdad difícil, pero creo que es una especie de guía hacia donde vamos, generando un discurso mucho más rico, y no un discurso unilateral, sino un discurso complejo con todas estas aristas.

Edor.: ¿cuáles son los conceptos de vida y de muerte para la bioética?
¿cuándo empezaría el momento de la vida?

Eda.: la bioética parte fundamentalmente de ser una disciplina filosófica, las disciplinas filosóficas no establecen verdades al estilo de: "aquí empieza", por supuesto que las personas tienen siempre que decir algo desde una perspectiva porque no pueden decir en abstracto, pero realmente primero es un discurso secular, no es un discurso religioso y después es un discurso digamos que puede revisarse tantas veces sea posible, qué es la muerte y qué es la vida son preguntas filosóficas y como todas las preguntas filosóficas no tienen final cerrado, tienen final abierto, lo que sí hay ciertas convenciones que tienen que ver por ejemplo, con el tema de la muerte, con la muerte cerebral que es un concepto o mejor dicho la muerte encefálica es lo correcto, la convención con la cual suponemos que alguien está muerto cuando todavía late su corazón, aunque su cerebro ha muerto. Pero esta es una idea muy nueva que vino de la mano de la necesidad de los trasplantes, por ejemplo, cómo tenemos realmente aceptado hasta ahí una convención de decir: "fulano que todavía respira, que todavía le late el corazón está muerto. Es algo muy nuevo y que implica que indudablemente no todo el mundo lo acepta, entonces, la idea es que la autonomía se ejerza desde las perspectivas, no del profesional, sino de la perspectiva del protagonista que es el paciente. Lo mismo te puedo hablar de la vida, es decir, desde dónde empieza la vida humana es un tema que no tenemos resuelto porque eso viene de la mano de temas muy importantes como son el aborto, como son el hecho de si conservo o no a un prematuro con tal o cual bajo peso, es decir, a veces son las posibilidades

digamos económicas las que determinan que un niño con bajo peso siga viviendo y otro se considere, no digo inviable, pero sí muy difícil y se lo deje. En los hospitales públicos si tantos pesan menos de 900 g. es tan prematuro que no se gasta en él lo necesario, pero si vos tenés dinero probablemente eso funcione, si lo hacés en una clínica privada, tenés una serie de posibilidades más, esto hace a la inequidad de los recursos. Son cuestiones abiertas y la idea es que como son cuestiones abiertas es que podamos establecer un diálogo donde se respete fundamentalmente la opinión del paciente. El profesional en algunos casos puede hacer lugar a lo que se llama "objeción de conciencia", o sea que pide un aborto y el profesional no está de acuerdo, puede negarse, pero tiene que delegar, en abortos no punibles, no?. Puede, debe necesariamente delegar en otro profesional. Y en el caso de que no hubiera otro profesional, no puede alegar objeción e conciencia. Esto está muy lejos del conocimiento de los médicos, la verdad estamos iniciando el camino.

Edor.: contame de algún trabajo que hayas realizado en el campo de la bioética
Eda.: Mirá, yo trabajo desde hace 15 años en el comité de bioética del Hospital Privado de Comunidad, allí nos llegan una serie de consultas. El comité tiene como función asesorar, no es vinculante. Lo que el comité dictamina no obliga a los profesionales a obrar de acuerdo a ese dictamen profesional, lo que él hace es: lo evalúa y después decide. Tiene una actividad consultiva. Hemos recibido casos, consultas de todo tipo relacionados por ejemplo: cuando se debe sacar el soporte vital porque ya no hay más nada que hacer y gracias a la actividad del comité hay una directiva en el hospital que establece las pautas que se llama de retiro de soporte vital que tiene que ver fundamentalmente con una decisión anticipada del paciente, para eso hay que tener presente la vida y la muerte, en todo momento. Incluso, porque hace mucho tiempo que está, por ahí son resistidas, es decir, de pronto, hace muy poco tiempo sucedió que una enferma que era absolutamente Terminal y llevaba tres años con una sonda nasogástrica, lo que le provocaba trastornos de todo tipo, la persona no estaba conciente, la hija decide que si se puede provocar el retiro de la sonda, lo que en poco tiempo implicaba la muerte, porque aquí los valores que se ponen en juego son, que es el más importante: la calidad de vida o la cantidad de vida,

entonces con el médico de pronto deciden con el médico llevar a cabo esta cuestión y otros profesionales se oponen a esto. Fijate que no está para nada claro. Hay directivas que a uno le parecen claras porque en realidad de todo esto hemos podido hablar hace muy poco tiempo. Sacamos el año pasado un libro sobre anencefalia que tiene que ver con la posibilidad de de hacer aborto terapéutico o más vale, más que aborto terapéutico que tiene toda una connotación biológica fuerte, decir interrupción de un embarazo inviable, por qué? Porque el anencefálico nace sin prácticamente, las grandes cuestiones, los matices que puede tener, en general no tiene cerebro o lo tiene muy incipiente, lo cual implica que si no se muere el el útero se muere en breve. Esto ocasiona en la madre un dolor psíquico terrible porque está llevando adentro no la vida , sino la muerte, entonces, la ley ordena que sea a los siete meses cuando se puede hacer el aborto, pero el diagnóstico es a los tres, de cuatro meses de puro sufrimiento, lo que implica que vos estés con la panza y alguien dice: es nena, es nene, cuándo va a nacer?, a todas estas preguntas vos las ves negativamente porque no va a suceder nada de eso, mientras tanto se producen una serie de cuestiones como que hay: el líquido amniótico es mucho, el parto es bien complejo, porque al no tener cuello el parto es sumamente complejo y puede traer cuestiones orgánicas importantes. Fijate aún que hasta hace un año que ha salido una ley incipienteen la provincia había que recurrir al juez para interrumpir el embarazo. Nosotros sacamos un libro donde se ven todos estos aspectos filosóficos que implican esto que me preguntaste al principio de qué es la vida y qué es la muerte visto desde muchas perspectivas por cómo vivieron algunos de los protagonistas esta situación, que no se hizo vía la entrevista a la protagonista porque era generarle un daño doble al que vivió, más el relato, sino que se hizo a través de los que habían participado, generalmente médicos. El aspecto psicológico, el aspecto legal y todos estos aspectos conformaron la posibilidad de resolver este problema.

En otras investigaciones, un tema es el uso del placebo y en otras las obligaciones post investigación. La persona puede estar 5,6 años tomando una medicación que se está probando y de pronto la investigación demuestra que es correcta, entonces, que es buena, que es eficaz, entonces, a partir del momento que la investigación cae, la persona no tiene más medicación, la

tiene que comprar, entonces, esa persona que ha puesto su cuerpo, su tiempo, su buena voluntad y demás, no consideramos bioético dejarla sin medicación, los laboratorios se niegan a seguir proveyéndoles la medicación. Esta declaración obliga al laboratorio a darle la medicación, lo que pasa es que hay un problema, que muchas veces, y desde el punto de vista psicológico lo vas a entender, muchas veces el laboratorio demuestra que la droga no es eficaz pero sí ha sido eficaz para ese sujeto que a lo mejor por cuestiones psicológicas ha oficiado como placebo, entonces qué hacemos?. El laboratorio dice que no le voy a dar algo que nom está probado científicamente, entonces qué hacer en ese caso, si hay un buen consentimiento informado uno podría decirle: mire, esta medicación no está probada, pero a mí me hace bien, pero ud, asume el riesgo de tomarla?. Bueno, ahí hay otro problema, así que en estas cuestiones estamos.

Edor.: vos me hablaste del comité de bioética al cual pertenecés, qué profesionales lo conforman?

Eda.: Bien, médicos y enfermeros, lic. en servicio social, dos representantes de la comunidad, son profesionales pero tienen la tarea de ponerse en la piel del paciente, abogados, dos profesores de filosofía que tienen la especialidad, entre los profesionales médicos hay un psiquiatra y una psicóloga. La ventaja de este comité, que tal vez es uno de los pocos en Mar del Plata, es el único porque hay otros comités pero, por ejemplo, a veces se reúnen cuando se presenta un caso. Nosotros nos reunimos todas las semanas con funciones de asesoramiento en el caso de que haya un caso, de producción porque generalmente asistimos a congresos o cuestiones lo que llamamos bibliográfico, es decir, la capacitación propia, uno permanentemente debe seguir y algo que consideramos fundamentalmente importante que es la docencia. Mirá la docencia siempre hemos hecho charlas, los profesionales generalmente dan charlas respecto de especialidades médicas y cada 2 o 3 meses nosotros metemos algo, no te digo con mucho éxito, porque esas cuestiones son un poco resistidas, porque en general, cuando desde el imaginario se habla de un comité de bioética parece que fuera alguien que viene a investigar o a sancionar la tarea y no es para nada porque algo que está excluido totalmente del comité es el juzgamiento del profesional, eso lo

hará el comité deontológico o los pares pero para nada, es más, por funciones está prohibido. Pero por ejemplo, respecto a esa pregunta que me hiciste al principio de de la vida o la muerte, las enfermeras de terapia intensiva estaban con respecto a lo que se llamaba INCUCIBA, el paciente tiene que estar compensado, con una temperatura corporal buena, respirando con asistencia respiratoria y en un momento llega la gente del INCUCAIBA, taclea la aorta y provoca el paro cardíaco y ahí abre y saca los órganos, entonces, un montón de enfermeras entendían que eso directamente era provocar la muerte, porque no tienen el concepto de muerte encefálica, entonces eso les generaba muchísima angustia, entonces lo que hicimos fue pasar por todo el equipo a dar charlas respecto de qué era la muerte encefálica, por qué era importante considerarla, etc., etc. de día, de noche, respetando los horarios de las personas. Otra de las tareas de docencia fue hablar sobre directivas al final de la vida, es decir, si las personas sabían qué era un testamento vital, el hecho de poder decir: "cuando yo muera quiero que se haga conmigo...tratamientos extraordinarios, sino simplemente los ordinarios", ese es el testamento vital, qué validez tenía, por ejemplo: qué pasaba con los testigos de Jehová respecto a la no transfusión que pasa con el hecho de retirar el soporte vital, sobre todas estas medidas hicimos una encuesta prácticamente a todo el personal de salud, en donde realmente se compró que algunos sabían y otros no sabían, entonces hicimos la devolución con muy buen público y después de eso a pedido de los mismos dijimos, bueno, si la gente conoce sus propios límites vamos a ofrecer un espacio de reflexión, hicimos los talleres, con un resultado desastroso.

Y la última cuestión que hicimos, , propiciamos lo que se llamó la semana de la confidencialidad, porque en el hospital se instaló la historia clínica electrónica que por más que haya códigos y demás suele haber falta de confidencialidad, alguien se mete, alguien se olvida, deja la máquina abierta y otro se entera, sobre todo por los compañeros, puede pasar con los pacientes, pero como a demás los compañeros, los mismos profesionales se atienden ahí, la curiosidad genera que el personal se fije y de pronto lo difunda, entonces hicimos lo que se llamó la semana de la confidencialidad, donde se le ofreció a cada uno en el momento que fichaba con la tarjetita, una línea de pensamiento y luego los invitamos a esas reuniones de los viernes al medio día que estuvo realmente

plena, pero la gente de la noche no pudo venir, así que dimos la charla a las doce de la noche.

Con todas estas cosas que hacemos, que es mucho, todavía hay mucho que hacer por que ya te digo, a veces es desconocimiento y a veces es temor, entonces, a veces uno tiene que ir piloteando estas situaciones para integrar una institución, cuando tenemos una ley de comité de ética la obligación de que todas las clínicas y los hospitales deban tener un comité de ética, pero claro, no hay personas formadas, es algo absolutamente a don harem, entonces la gente de pronto considera que no puede estar perdiendo su tiempo, estas cuestiones que se suceden, donde hay mucho para hacer, pero realmente es una tarea gratificante en la medida que de pronto uno ve y pone en palabras cosas que los demás no han podido poner en palabras y de pronto hay un gran alivio y una gran apertura respecto al tratamiento de ciertos temas y es terapéutico también para los que hacemos esto porque es una satisfacción saber que a pesar que es muy difícil todo porque vivimos en una sociedad sin prójimo, sin otro y nosotros como mucha gente estamos convencidos que sin otro no hay posibilidad, entonces hay que reconstituir al otro y desde su autonomía, no a otro funcional, sino a otro autónomo.

Edor.: Cuando los consultan por una problemática en particular: ¿cómo se construye una decisión y quiénes participan de la misma?

Eda.: si hay tiempo y no es algo urgente, por ejemplo, si hay una zonda nasogástrica hace tres años, la persona puede esperar una semana más. Nosotros nos reunimos los miércoles, si hay tiempo la decisión es tomada por todos, estamos obligados, nosotros lo tenemos como marco teórico lo que se llama la ética discursiva, donde estamos obligados a lograr consenso. Aquel que no está totalmente de acuerdo debe hacer el esfuerzo hasta lograr el acuerdo, creo que en dos situaciones nada más no logramos el acuerdo, entonces utilizamos la mayoría que también está prevista, pero en realidad tratamos de que nunca sea la mayoría la que genere una decisión, sino la obligación de lograr un consenso. Si es una urgencia y no hay muchas personas del comité que estén trabajando en el hospital, se reúnen los que están y se llama a los disponibles, siempre sabemos que alguno va a llegar y siempre tiene que haber un externo porque el interno de pronto está

fucionalizado, el externo tiene mayor objetividad. En general , la idea es que siempre tiene que haber interdisciplina.

Edor.: ¿alguna vez tuvieron que resolver un problema en relación a un nacimiento prematuro?

Eda.: No porque este hospital es un hospital que cuenta con un gran servicio de neonatología y es un hospital privado, entonces no hemos tenido estas cuestiones, pero sí sabemos, por ejemplo, que en el Materno han ocurrido muchos casos y más que nada, más que en Mar del Plata, te diría que en la provincia, ni siquiera en la periferia porque tienen excelentes instalaciones hospitalarias, pero sí en las provincias, en las provincias de pronto no tienen recursos, donde a demás se acompaña de un grado de desnutrición muy terrible, hay otras cuestiones, de pronto si lo salvas, va a la humilde casa a donde vive, entonces, que se yo, de pronto las instancias sociales determinan esta injusticia de que unos vivan y otros no con el mismo peso.

Edor.: las decisiones de acuerdo a lo que decís se tomaría en función de cada caso en particular, sin generalizar?

Eda.: Esto es muy importante, la ley sirve como una pauta general pero lo importante es el caso, y la ley debe ser lo suficientemente amplia como para generar esta posibilidad de discusión. Vos fijate que en el caso de la anencefalia, ahora es muy probable que nadie sepa que hasta que la ley lo instrumentalice se va a poder abortar o interrumpir el embarazo, pero fijate que que muchas mamás por ejemplo consideran por creencia o por convicción que no importa que es lo que sea este hijo y que lo quiere y hemos tenido testimonio de personas, porque son muy horrorosos los niños, son monstruos, porque a demás tienen malformaciones congénitas a demás de esta otra, fijate que ha tenido problemas en el desarrollo, al no haber desarrollado su sistema nervioso generan disfunciones en todo el resto del organismo y sin embargo estas personas dicen: "yo lo quiero tener, no importa que tenga esta enfermedad tan terrible, yo igual lo voy a ver y lo voy a vestir y cuando se muera se muera". Porque muchas veces la hipocresía es que los dejan nacer y los dejan sin ningún tipo de atención, no los ve ni la madre ni nada, los dejan en un lugar y allí mueren, entonces de pronto es una hipocresía que alguien se

siga desarrollando, provocando daño y después abandonarlo y esta otra persona que hacía el relato decía; "miren que se sonríe, parece que tuviera hoyuelos", es decir, cómo investir vos a ese niño y ese es un derecho también, por eso no puede ser una ley que diga que a los tres meses si hay un diagnóstico anencefálico se interrumpe el embarazo, porque si la madre decide que lo quiere llevar a término tiene que llevarlo a término, porque sino estamos provocando daño a la mamá y daño al niño, beneficio al niño ya no le podemos hacer porque tiene un daño tan grande que no es posible hacer beneficio, pero estamos haciendo maleficio, ya sea que la mamá lo quiere tener y le decimos que no, hacemos un maleficio y si la mamá no lo quiere tener y decimos que sí, también estamos haciendo maleficio. Vos fijate que es la autonomía la que realmente, que tiene que ser una autonomía fundada, no capricho, porque también los límites de la autonomía están muy bien marcados porque , por eso hablamos de autonomía mediada simbólicamente, es decir, alguien que vive con otros y no alguien que se le ocurre cualquier cosa arbitrariamente. Esta idea de la ley tiene que ser suficientemente amplia que permita que la decisión sea de medida al caso, lo cual es muy difícil, ya que parece que establecida la ley es una receta que en realidad no hay receta, hay singularidad.

Edor.: ya que no has trabajado con problemáticas asociadas a bebés prematuros, la pregunta sería: desde tu formación y conocimientos, ¿cómo consideras vos que se tomaría una decisión con respecto a un bebé prematuro, de bajo peso?

Eda.: Realmente esto tiene que ver con el tema de la justicia distributiva, ahí deberíamos tener una norma lo más universal posible para no dejar afuera, porque generalmente la decisión de los padres, si la persona no es autónoma queda en manos de lo que le dice el médico y el médico tampoco tiene una decisión autónoma porque tiene los recursos que tiene, que no son muchos. Porque el hecho del prematuro muchas veces tiene que ver con el no cuidado, con la mala alimentación, con la falta de nutrientes, con un montón de cuestiones, entonces tenemos que ir a las causas, es decir, porque entonces no tendríamos muchos prematuros y al no tener muchos prematuros podríamos atenderlos a todos y no que eso sea un recurso extraordinario, sino ordinario. De todas maneras creo que hay cuestiones médicas que marcan también, si no

hay desarrollo, tiempos, de pronto sería una cuestión contranatura. Pero que esto no sea una cuestión económica, sino una cuestión de puro límite natural y no que con su mismo peso, como decíamos, unos vivan y otros no, esto creo que es generar este principio de equidad que es darle a todos la misma posibilidad, después cada uno de nosotros resolverá esa posibilidad como pueda, a veces muy bien, a veces regular, pero como puede, pero darle esa posibilidad.