



Volumen 9

Número 1

Noviembre, 2008

Boletín Informativo del Programa de Salud de la Madre, la Niña y el Niño
Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, UPR

La partería: vital para la protección de la salud de la mujer

José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG, FABM

La reciente controversia sobre el Proyecto del Senado 2407, para garantizar el derecho de las madres a conocer la tasa de cesáreas que tienen sus obstetras, ha tenido un efecto positivo.¹ Logró que el problema de la inaceptable tasa de cesáreas que sufren nuestras madres en Puerto Rico recibiera la atención de todos los actores en el escenario de la salud reproductiva puertorriqueña. Los activistas del parto humanizado hemos logrado traer el problema a la actualidad noticiosa. Los defensores de la cesárea indiscriminada han tenido, por su parte, que asumir posiciones defensivas y/o quedar retratados como defensores de lo indefendible. En el medio de toda la discusión, entiendo que se ha demostrado la importancia de defender los derechos de las madres y de sus bebés a recuperar el rol protagónico que les corresponde en el parto. Aunque el trecho por andar todavía es muy largo, la gata está fuera de la canasta y tenemos una mejor oportunidad de

educar y apoderar a la comunidad, y ya no tengo duda de que el triunfo será del parto humanizado.

Alguien me dijo hace tiempo que la palabra "crisis" en un idioma chino significa también oportunidad. Lo peor que le podía pasar a nuestras madres era que el problema de las cesáreas se mantuviera encerrado en la relación individual de la madre con su obstetra. Ese ambiente impone la obligación ética de la relación fiduciaria del obstetra con su paciente. Esa relación es una inherentemente desigual. De un lado está el proveedor, con su bata blanca, la autoridad y el prestigio que la comunidad le ha otorgado. Del otro lado, la madre, a menudo desconociendo sus derechos, con poco o ningún conocimiento de los riesgos de la alternativa "cesárea" para éste y sus futuros bebés, y cargando en su vientre lo más preciado en la vida, su hijo. Su vulnerabilidad en esa relación desigual queda demostrada en el hecho de que ella accederá a

(continúa en la página 15)

En este número:

La partería: vital para la protección de la salud de la mujer	1
El derecho a ser madres y padres en el hospital	2
Violencia doméstica durante el embarazo	4
La satisfacción del parto en el hospital	6
Publicaciones	16
Actividades y Noticias	16
Solicitud Ingreso MPH/MCH	17

El derecho a ser madres y padres en el hospital: Barreras y Lecciones aprendidas

Nellie Zambrana; Jaime Negrón

Uno de los contextos más restrictivos de la sociedad moderna lo es el hospital. Esta es una incómoda realidad que vivimos los padres de bebés, tanto de bebés saludables como de bebés que necesitan apoyos médicos. Las restricciones absurdas e innecesarias, la violación a los derechos de participación y toma de decisiones informadas y la actitud de insensibilidad y demostración de poder son parte de un protocolo manifiesto en todos los hospitales del país. Muy a pesar de tener amplia legislación sobre lactancia y acompañamiento conjunto, políticas públicas de manejo sensible, hasta procuradorías de la mujer y el paciente, nuestro sistema hospitalario y de servicios médicos dista mucho de demostrar una práctica afirmativa de esos mandatos.

Este tema es muy amplio por lo que en este escrito solo abordaremos las experiencias que muchas madres y padres estamos

viviendo al dar a luz a nuestros hijos/as. Incluso discutiremos el cómo estar bien informados sobre los manejos y derechos que nos asisten, aumenta la resistencia del sistema a aceptar que podemos ser parte del proceso de toma de decisiones.

Barreras invisibles pero poderosas

La *primera barrera* que tiene el hospital es el *lenguaje opresivo* que usa y mantiene. Una vez estás admitida se dice que estás "recluida" en el hospital, aún cuando vas a "trabajar" (trabajo de parto) para que nazca tu bebé. Este vocablo que denota poder y es muy fuerte, también se usa para las cárceles. A los prisioneros/as se les llama "reclusos/as" porque son recluidos por un mandato de alta autoridad. Las instrucciones que recibimos son las "órdenes" de los/as médicos.

Sin decir que el hospital sea una cárcel, el contexto represivo y controlador lo asemeja bastante a una prisión. El mismo es un lugar de muchos controles, donde se experimenta la aplicación de la autoridad en

una línea de mando donde *el paciente recluido es el sujeto de menor poder*. Esta es precisamente la *segunda barrera*: la desigualdad en el poder. A pesar de ser la razón de ser de la medicina, - se busca el bienestar físico y mental del/de la paciente y adelantar el conocimiento en el cuidado de la salud - la persona recluida no tiene ningún poder de decisión o el mismo está siendo extorsionado y sabotado en muchas ocasiones.

Tercera barrera: mucho personal y equipo no siempre equivale a un trato sensible y humano. El mismo avance que presupone tener hospitales más equipados con los/as especialistas más variados y más servicios no necesariamente permite tener hospitales de avanzada en el manejo de sus pacientes. Uno puede percibir cómo las órdenes mal indicadas promueven el malestar de los empleados y del personal de

apoyo que labora allí. Lamentablemente, quienes recibimos el embate de esas malas decisiones o errores somos los pacientes y nuestras familias. Es decir que no solo la institución se vuelve atropellante con los allí "recluidos" sino con sus empleados que se tienen que someter a la misma línea de mando.

Ambiente coercitivo. Muy a pesar de ser el/la paciente el ente que en la mayor parte de los casos financia la práctica médica, es el/la paciente el que lleva la peor parte en la pirámide económica: no puede decidir sin temer, no puede exigir sin sentirse intimidado/a, no puede denunciar los atropellos sin recibir un trato hostil y distante y sobre todo, no se piensa en el tiempo y la energía que esto consume a la persona "recluida" y a su familia. Por lo tanto, el reclamo de unos derechos se hace prácticamente una misión imposible que solo unos pocos se atreven a hacer, siendo la *cuarta barrera*.

La burocracia que se torna inútil: quinta barrera. La situación no mejora aún cuando haces la pre admisión al hospital porque una vez te presentes en el mismo a la hora convenida, tú y tu esposo o compañero, recibirán

"Dar a luz y amamantar a los hijos en el hospital requiere de apoderamiento continuo, actitud crítica y mucha esperanza."
Nellie Zambrana

un sinnúmero de instrucciones para leer, sin tiempo para analizarlas o cuestionarlas, firmar documentos y hacer diligencias que hiciste cuando realizaste el alta tres o cuatro días antes. En ocasiones hacer llamadas y anotar procedimientos a seguir no sirve de nada para adelantar pasos.

La burocracia inefectiva, más equipo y personal no necesariamente equivale a mejor manejo de situaciones, el ambiente coercitivo, la desigualdad en el poder y lenguaje opresivo son las barreras que limitan el poder de decisión y bienestar emocional de los pacientes y sus familias. Más adelante discutimos la situación de las familias que van a parir a un hospital, que ya han decidido amamantar a su bebé desde su nacimiento, y las múltiples manifestaciones de estas barreras en todo el proceso. Daremos énfasis a la experiencia del nacimiento por cesárea y la admisión a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU por sus siglas en inglés).

Apoderamiento del evento de ser madres y padres: ¡hay que pujar!

En nuestros tiempos, la tarea de traer un hijo/a al mundo es casi una labor destinada a otros menos a sus padres y madres. En nuestra sociedad el hospital es el lugar privilegiado para esto y con ello casi se renuncia al derecho de ser padres y madres de esa criatura. Las parejas que han tomado la decisión informada de amamantar y lactar llevan la peor parte en esta historia. A pesar de estar mejor informados que otros padres, éstos sienten y perciben más el atropello a sus ideas y decisiones que otros padres menos informados. Peor, aún cuando el personal sabe que son padres con alta escolaridad y multiparos (no son primerizos) las luchas de poder para demostrar “que los que saben son ellos” son casi diarias.

Por experiencia propia tenemos que decir que el estar más informado se convierte en una desventaja porque nos convertimos en una amenaza al poder que presupone la institución sobre nosotros. En ese contexto es el personal hospitalario el que “debe” dictar las pautas y no a la inversa. Como diría el refranero boricua: *“Los pajaritos le quieren tirar a las escopetas”*, y es precisamente ese el efecto neto de tener una relación de poder tan desigual. Sí, los “pajaritos” le tenemos que tirar a las “escopetas” porque al reclamar el balance justo en el poder se tiene que reconocer el rol legal y natural, social y afectivo que tenemos para con nuestros hijos, aún en el hospital. Así, como ahora nos preocupamos del daño irreparable que hemos hecho

los seres humanos con nuestras conductas al medioambiente, a la flora y fauna del planeta, el mensaje del refrán no puede ser más apropiado.

Las salas de cuidado intensivo: intenso caminar para todos y todas

El ambiente en las salas de cuidado intensivo son más controladas y hay muchas –no siempre buenas– razones para ello. Es un lugar donde debe practicarse el control de infecciones ya que los bebés que allí se encuentran están a un riesgo mayor de muerte que otros bebés. Estos es así porque la mayoría ha nacido de muy bajo peso, prematuramente, tienen condiciones congénitas y/o perinatales de cuidado y requieren de equipo de apoyo sofisticado, así como un personal especializado en este cuidado intenso. Esas pueden verse como las buenas razones. Las malas razones para controlar el lugar es la visión institucional de que los padres y madres somos menos importantes para la recuperación de los bebés que el resto del personal.

La familia en la NICU y el vínculo con el bebé

La inclusión de los padres y madres en estas salas, sobre todo las madres lactantes, no se ha dado por un acto de humanidad de parte de los hospitales sino por toda la evidencia que existe que apoya el apego físico y vínculo amoroso entre bebé y madres/padres en este periodo crítico del desarrollo. Las investigaciones de Tiffany Field sobre el toque y caricia humana y el masaje en bebés prematuros y en mujeres parturientas¹ han sido reveladores de las verdades que otras culturas menos medicalizadas ya se han apropiado, sobre los beneficios del apego humano piel con piel.

La verdadera precursora de esta modalidad fue Cicely Williams (1893-1992) una generosísima mujer, doctora en medicina, jamaicana educada en Inglaterra, quien tuvo la visión *desde el futuro* pero en el siglo pasado- de que muchos males humanos se erradicarían con el afecto, el apego humano y las virtudes de la leche materna y el amamantamiento². Mucho nos falta hacer, un país que tiene altas cifras en cesáreas “innecesarias”, altas cifras de medicación peligrosa y arriesgada y un tremendo problema de salud mental y violencia doméstica.

Como psicóloga y estudiosa del desarrollo humano, entiendo que muchos de los problemas humanos tienen su raíz en el desapego y desarraigo entre las personas. Estas prácticas desintegradoras y violentas comienzan en el hogar y continúan con las principales instituciones (Continúa en la página 10)

Violencia doméstica durante el embarazo

Jennifer Abreu; Larissa Cruz Cano; Maria J. Diaz; Lorena Jaramillo; Olga Rodríguez Laguer; René R. Dávila Torres. Programa de Salud de la Madre y el Niño/a, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Medicas UPR.

La violencia doméstica es una de las facetas del problema más amplio de violencia intrafamiliar. Se caracteriza por un patrón de conductas coercivas hacia la mujer que pueden incluir: el abuso físico, el abuso emocional y el abuso sexual¹. Es un problema persistente y preocupante, así como, frecuentemente devastador en la sociedad, afectando las vidas de muchas mujeres y sus familiares. La violencia se caracteriza por ser una conducta restrictiva diseñada para ejercer poder y control sobre una persona en una relación íntima mediante el uso de la intimidación, la amenaza y conducta hostigante².

El perpetrador en la mayoría de los casos es la pareja de la víctima (novio, esposo, o pareja consensual). Una de cada cinco mujeres embarazada experimentará abuso físico violento, lo que supone un real problema de salud pública³.

Un estudio canadiense señala tres grupos de factores de riesgo asociados con el abuso físico en la mujer. Estas son: a) la inestabilidad social, tales como: juventud, pobreza, educación, ser soltera y embarazo no planificado; b) estilos de vida no saludables, tales como: pobre dieta, uso de sustancias legales e ilegales, y problemas emocionales; y c) la salud física, tales como: problemas médicos y tratamientos previos⁴.

Los padecimientos que se asocian a la violencia se clasifican en no fatales-fatales y los que afectan la salud mental. Entre los resultados no fatales se incluyen: el dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor muscular, dolor pélvico crónico, infecciones vaginales recurrentes, inflamación pélvica, infecciones de transmisión sexual, asma e incapacidad permanente o parcial. Por otro lado, entre los padecimientos asociados a la salud mental se encuentran: las

alteraciones del sueño, la alimentación inapropiada, la depresión, la disfunción sexual, la ansiedad, los trastornos de personalidad múltiple. Finalmente las consecuencias fatales pueden ser suicidio u homicidio¹.

El abuso se traduce en aislamiento social progresivo, la intimidación, afecciones a la salud física, la salud mental y lesiones reiteradas. El blanco más frecuente de abuso o golpes es en la parte superior del brazo, el antebrazo, la cara y el cuello. Las mujeres embarazadas son el grupo que se encuentra en mayor riesgo⁵.

La prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo comenzó a estudiarse hace poco más de diez años y las cifras muestran una variación entre el 4 al 17 por ciento, según el tipo y la edad de la población estudiada⁶. Una revisión sistemática de literatura fue realizada en 1996 y encontró una prevalencia de exposición a la violencia durante el embarazo que variaba de un 0.9 a 20.1

por ciento en Norteamérica y Australia, respectivamente. Se identificaron factores de riesgo tales como: la edad (15 a 25 años), el estado socioeconómico (bajo nivel de pobreza) y el estado civil (soltera)⁶.

La prevalencia de abuso durante el embarazo varía de acuerdo a los tipos de violencia. La literatura internacional reporta prevalencia entre 4 a 25 por ciento en México⁷. En el norte de Israel se ha identificado el abuso psicológico como el más prevalente con un 24 por ciento; seguido por el abuso físico con una prevalencia de 17 por ciento y el abuso sexual con un 5 por ciento⁸.

En otro estudio, realizado en Vancouver, se entrevistaron a 4,750 mujeres embarazadas. Se reportó una prevalencia de 1.2 por ciento a exposición a violencia física por parte de su pareja durante el

“La etapa del embarazo es la mejor para detectar signos y síntomas de violencia doméstica. Por esto los ginecólogos obstetras son claves en el proceso. Es importante que se adiestren y eduquen para cernir la violencia doméstica por medio de entrevistas, ya que se ha comprobado que es la herramienta más efectiva para detectar la violencia doméstica.”

embarazo y un 1.5 por ciento sentían miedo de su compañero durante el embarazo⁶. En México se realizó un estudio con 110 mujeres, la mayoría de estas mujeres reportó maltrato. Informaron que la violencia se inició en el transcurso de la vida en común, 9.1 por ciento durante el embarazo y 5.4



por ciento en el momento que la pareja se enteró del embarazo¹.

En países donde se ha estudiado con mayor profundidad la violencia doméstica y el embarazo, se ha descrito que las mujeres embarazadas que son violentadas están a mayor riesgo de tener abortos espontáneos, son cuatro veces más propensas a tener infantes bajo peso y sus hijos tenían 40 veces más riesgo de morir en el primer año de vida. Estimaciones recientes del Banco Mundial indican que la violencia dirigida a la mujer hace que esta pierda uno de cada cinco días de vida saludable en su edad reproductiva¹.

La etapa del embarazo es la mejor para detectar signos y síntomas de violencia doméstica. Por esto los ginecólogos obstetras son claves en el proceso⁹. Es importante que se adiestren y eduquen para cernir la violencia doméstica por medio de entrevistas, ya que se ha comprobado que es la herramienta más efectiva para detectar la violencia doméstica. Para que una mujer auto-revele que está siendo abusada necesita privacidad, confianza, profesionales sensibles y que no juzguen su conducta. Los profesionales deben comprender que la violencia es un problema de salud pública por sus consecuencias¹⁰. Investigaciones realizadas señalan que las mujeres golpeadas son más propensas a utilizar el sistema médico, acudir a las salas de urgencia, tomar drogas recetadas, padecer de alcoholismo y fármaco dependencia, intentos suicidas

y requerir tratamiento psiquiátrico, al compararlas con las no golpeadas¹.

En general se recomienda aumentar el conocimiento de la vinculación entre la violencia de género y la salud en el ámbito nacional; desarrollar investigaciones sobre el tema y reconocer el problema de la violencia doméstica como uno de alta prevalencia de tal modo que se formulen políticas de salud que realmente protejan los derechos de la mujer en los diferentes ámbitos de su vida.

Referencias:

1. Valdéz R. Sanín L. La Violencia Doméstica durante el Embarazo y su relación con el peso al nacer. 1996. Mex. Vol. 38 No. 5, 352-362.
2. Espinosa L. & Osborne K. Domestic Violence During Pregnancy: Implications for Practice. Journal of Midwifery & Women's Health. 2002. Vol. 47, No. 4, 305-317.
3. Richardson JO., Coid J., Petruckevitch., Shan W. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. British Med J. 2002. Vol. 324. Iss 7332, 274-78.
4. Johnson JK., Haider F., Ellis K., Hay DM., Lindow SW. The Prevalence of Domestic Violence in Pregnant Women. 2003. Vol. 110, 272-275.
5. Widding L., Olor P. Domestic violence during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000. 79, 625-30.
6. Lanssen P., Holt V., Sugg N., Emanuel I., Critchlow C., Henderson A. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. Am J Obstet Gynecol. 2003. 188, 1341-147.
7. Castro R., Peek-Asa C., Ruiz A. Violence against Women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. Am J Public Health. 2003. Vol. 93, No. 7, 1110-16.
8. Fisher M., Yassour Borochowitz Y., Neter E. Domestic Abuse in Pregnancy: Results from a Phone Survey in Northern Israel. IMAJ. 2003. Vol. 5, 5-39.
9. Faundes A., Andalf J. Sexual Violence Against Women. J Gynecol Obst. 2002. 78 Suppl 1, 67-73.
10. Guedes A., Bott S., Cuca Y. Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Int J Gynecol Obst. 2002. 78, Suppl 1, 57-63.

La satisfacción del parto en el hospital desde la expectativa de la mujer

Marimil Padilla Rivera, Ana Parrilla Rodríguez, José J. Gorrín Peralta. Programa de Salud de la Madre y el Niño/a, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Medicas UPR.

A través de la historia de la humanidad, la mujer ha pasado por la experiencia del parto y ha evolucionado en su manera de parir.¹ Durante el proceso evolutivo de la raza humana nuestros ancestros pasaron de caminar en cuatro extremidades a asumir la posición erguida y utilizar las dos extremidades inferiores para su transporte.² Como resultado, la pelvis y el canal vaginal cambiaron en forma y en tamaño para permitir la locomoción bípeda. Ante estos cambios, el feto tiene que hacer una serie de movimientos para nacer y, además, tiene que emerger con el rostro hacia la parte posterior de la madre.² Esto hace que para una mujer sola, sea difícil el manejo de la salida del bebé y que necesite buscar asistencia para el parto.¹

La mujer siempre fue la protagonista de los eventos que resultan de su función biológica de parir, pues, era ella quien coordinaba con la persona que le atendería en su parto.³ Tradicionalmente, era asistida por otras mujeres con la sabiduría y el peritaje sobre el parto, que se transmitía de generación en generación.⁴ Desde principios del siglo veinte, como resultado de traer los partos al hospital, la mujer comienza a perder el control y la participación consciente de su parto. Al establecerse en los Estados Unidos el sistema alopático de la medicina se generaliza el modelo médico del parto.⁵ Como consecuencia, el hombre obstetra surge como el encargado del parto en el hospital.⁵ Esta práctica se volvió cada vez más tecnocrática y deshumanizante según avanzaba el siglo dando pie a que la mujer se enajenara cada vez más de su sabiduría inicial y su conexión síquica del parto.^{4,6}

Cuando la mujer pierde el protagonismo de su parto, su proceso psíquico y fisiológico no se conecta en su totalidad y por ende no se activan todos los elementos necesarios para lograr un parto satisfactorio.⁷ La parturienta se enfrenta a la dicotomía entre lo que soñó como el parto ideal y la realidad que presenta la sala de partos.⁸

Cuando se define la experiencia de parto en el marco de los conceptos biomédicos, se tiende a conceptualizar el funcionamiento del cuerpo como el de una máquina. Muchas investigaciones han demostrado que independientemente de que los indicadores clínicos sean adecuados, no necesariamente existe una

correlación positiva con la satisfacción que expresa la mujer.⁹ Entonces, se ha generalizado la idea de que el parto tiene que ser una experiencia desagradable y de ahí, que quizás la mujer haya tenido que agarrarse de otros parámetros para encontrar algo satisfactorio en su experiencia al convertirse en madre.

Para los años sesenta las mujeres formaron parte de un movimiento que inició un llamado masivo hacia el parto humanizado y sin violencia; este movimiento a su vez trajo el parto en las casas y el renacimiento de las parteras en los Estados Unidos.¹⁰

Una vez se comienza a reconocer que la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto es una variable que hay que tomar en cuenta, y que a la vez depende de otras variables, dio pie a que comenzaran los estudios de manera sistemática y formal.¹¹ Los análisis de la valoración de la satisfacción se han conducido desde varios puntos de vista y los acercamientos para el estudio se han hecho tanto desde los aspectos cuantitativos como cualitativos. Se han abordado los aspectos biomédicos, sociológicos y psicológicos para dilucidar los determinantes de la satisfacción con la experiencia de parto.^{7,12,13}

La satisfacción del paciente es uno de los resultados más importantes de las medidas de la calidad de los servicios de salud y su provisión.¹² En el ámbito de los servicios de salud materno-infantil, se reconoce que la satisfacción de la mujer con su parto es un indicador del cuidado de maternidad, independiente de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y/o perinatal. Varios autores coinciden en que la satisfacción del paciente es utilizada por los proveedores de salud, administradores y encargados de formular las políticas para el avalúo de la calidad del cuidado de salud, para tomar decisiones acerca de la organización y provisión de los servicios, para evitar litigación por eventos de mala práctica y/o malocurrencia y mantenerse competitivos en el mercado.¹²

Intervenciones Médico-Hospitalarias

El modelo medicalizado y tecnocrático de atención del parto se basa en el paradigma de que los eventos transcurran con seguridad, controladamente y con el menor dolor posible para lograr un resultado sin

complicaciones para “los clientes”, la madre y el/la niño/a.⁴ Cuando una mujer llega a un hospital para dar a luz, generalmente, se comienza el manejo rutinario del parto y muchas de estas rutinas de intervención hospitalaria se realizan por uso y costumbre, como resultado de opiniones, sin estar sustentadas por la evidencia científica.¹⁴

Muchas mujeres son admitidas a la sala de partos cuando aún no están en la etapa activa del parto, para, entonces, ser sometidas a muchos procedimientos automáticamente con el propósito de que todo el proceso se dé de una manera “segura” y para cumplir con los protocolos.⁴ La mujer es sometida al rasurado de la vulva y a la administración de la enema para limpiar el recto, para luego ser conectada al monitor electrónico con el fin de registrar los latidos fetales y la frecuencia de las contracciones.¹⁵ A la parturienta se le obliga a permanecer en posición supina en una camilla con barandas elevadas, se le hacen punciones venosas para tomar muestras de sangre y colocar un catéter para tener acceso y poder administrar sustancias por vía intravenosa.¹⁵

La práctica de la inducción del parto se ha generalizado entre de los obstetras, ya para 1974 en Inglaterra la tasa era de 41%.¹⁶ En Estados Unidos, según datos de 2005, la tasa del parto fue de 22.3%.¹⁷ En Puerto se han reportado tasas de inducción de un 59.5%.¹⁸ Estas intervenciones hospitalarias no toman en consideración lo que las mujeres quieren en su parto y cuáles son sus expectativas.¹⁹ Se ha encontrado que a mayor cantidad de intervenciones menor es el sentimiento de logro y de satisfacción con el parto.¹⁹ La evidencia apunta hacia una asociación negativa entre la satisfacción y la inducción y/o aumento del parto^{13, 21-23} y se ha reportado que el Riesgo Relativo (RR) para expresarse negativamente cuando sufren aumento o inducción de parto es 2.4 y 2.9, respectivamente, con una significancia de $p < 0.001$.²²

Método de Parto

La satisfacción del parto ha sido estudiada según el tipo de parto encontrándose una satisfacción mayor en las mujeres que tienen un parto vaginal¹³. De igual manera se ha encontrado que los partos instrumentados ya sea con fórceps o con extracción al vacío están relacionados con una menor satisfacción con el parto, siendo esta una relación estadísticamente significativa.^{11, 20}

En cuanto al parto por cesárea, la literatura estudiada es congruente en los hallazgos de asociarlo a insatisfacción.^{20, 24} La mujer tiene un riesgo mayor de sentimientos negativos sobre la experiencia del parto, y

está menos propensa a sentirse que estuvo en control de su parto.^{19, 25}

Expectativa Antenatal

Las expectativas antenatales que se hace la mujer para el parto es otra dimensión abordada en los estudios de satisfacción con la experiencia de parto. Las ideas y actitudes que tenga consigo la embarazada acerca del parto y cómo va a transcurrir y aun, de las decisiones que le toque tomar, pueden estar afectadas por múltiples condiciones.²⁶ Las mujeres que desde antes del parto están bien preocupadas por el dolor que experimentarán, demuestran menos satisfacción y tienen menor sensación de bienestar emocional.⁸ Las mujeres que tenían mayor nivel educativo y de clase social superior mostraron menor satisfacción con las expectativas que se habían trazado.¹³

Control Personal

Cuando se define el “control” como manejo del dolor durante el trabajo de parto se ha encontrado una correlación moderada entre mayor control del dolor y menos insatisfacción del parto, y entre estar en control del dolor y más satisfacción de parto.⁹ Por otro lado cuando se define control como el auto control sobre su comportamiento y sobre los eventos alrededor de la parturienta se ha encontrado que del total de mujeres con una alta satisfacción sobre su parto, el 60% indicaron que su satisfacción aumentó dado que ellas sentían estar en control.²⁷ Green et al. encontraron que las mujeres que tuvieron control sobre el personal de hospital obtuvieron mayor control sobre sus contracciones y también sobre el control de su comportamiento durante el parto.⁸

Por otro lado, Waldenstrom et al encontraron que las mujeres que estaban envueltas en la toma de decisiones, durante el desarrollo y culminación del proceso del parto indicaron sentirse más en control de sí mismas.²⁸ Los resultados de este estudio indican que estar en control contribuye a una satisfacción positiva sobre el parto.

Aspectos Demográficos

En los aspectos demográficos de la satisfacción del parto estaremos evaluando los dos grupos de mujeres impactadas por este evento: las primíparas y múltiparas. Green et al. encontraron que la múltipara tiene más control externo e interno en su parto, indicando que este grupo identificó un mayor control sobre el personal hospitalario y mayor control de sus contracciones.⁸

Otros trabajos han reportado que las expectativas sobre el control de decisiones, control de su cuerpo y no dolor en las primíparas son mayores que en las

multíparas y que las expectativas de las primíparas sobre técnicas útiles en el parto son mayores que las expectativas de las múltiparas.²⁹ Por otro lado se ha encontrado que no hay diferencia estadística en la satisfacción del parto y el manejo del dolor entre las primíparas y múltiparas⁹, aunque se ha identificado que las primíparas reportaron mayores sentimientos negativos sobre la experiencia del parto que las múltiparas.²⁴

Acompañamiento

Históricamente, la mujer ha recibido la atención y el apoyo de otras mujeres durante el parto. En muchas instituciones hospitalarias el acompañamiento durante el parto ha sido restringido, lo que ha contribuido a la deshumanización del parto.⁴ Aunque con el surgir de la educación para el parto se le ha hecho espacio a la pareja de la parturienta en la sala de partos, en la mayoría de los hospitales se limita la cantidad de personas que acompañarán a la mujer en su experiencia. Según señala Michel Odent, basándose en su experiencia y en las investigaciones del Centro de Investigación Primal en Inglaterra, la mujer de parto en un momento dado va a necesitar la presencia de una figura maternal.³⁰ Se ha observado que cuando las primigrávidas son dejadas solas durante el proceso de parto, tienen cinco veces más posibilidad de sentirse que no tienen control.⁸

Se ha estudiado la presencia de la enfermera, la enfermera partera y la partera en relación con la satisfacción del parto encontrándose que la satisfacción con los servicios de enfermería estaba determinada principalmente con la participación que le daba a la parturienta en la toma de decisiones.³¹ Por otro lado, existe una diferencia estadísticamente significativa entre el apoyo de la enfermera y partera una mayor satisfacción del parto.²⁸ La literatura científica reporta que la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto está relacionada positivamente con la presencia de la enfermera de manera más fuerte que el acompañamiento por el esposo ($p < 0.001$).¹²

Con respecto a la partera se ha descrito que la importancia de la partera es invaluable²¹ y tiene un impacto estadísticamente significativo de reducir la percepción negativa del parto en la mujer.²²

Hodnett et al. realizaron un meta análisis para examinar el efecto del acompañamiento en el parto sobre diferentes variables, entre ellas, la satisfacción con la experiencia de parto.³² En dicha revisión, se encontró que contar con el apoyo continuo de una persona exclusivamente para ella lograba una menor probabilidad de reportar insatisfacción (RR=0.73).³² La satisfacción no dependía si el hospital permitía acompañantes adicionales a las que proveía el hospital, si la doula era parte del staff del hospital o no, si era rutinario el monitor fetal ni de la etapa en que se comenzaba el apoyo.³²

La variable más consistente relacionada a satisfacción fue el control de la mujer sobre eventos externos, sobre su comportamiento y durante las contracciones, con el manejo del dolor y que la mujer se sienta protagonista del proceso y sea participe de la toma de decisiones.

Otras variables que resaltan son: menor satisfacción de las primíparas, menor satisfacción con el parto por cesárea, la poca influencia de las clases de educación antenatal, y las intervenciones menores.

Recomendaciones para la

Formulación de Política Pública

Las Naciones Unidas recomiendan, en su plan de trabajo mundial el cual surgió de la Conferencia de El Cairo de 1994, fomentar la toma de conciencia acerca de la necesidad de conseguir condiciones de equidad para la mujer, de manera que contribuya a su apoderamiento y autonomía. Para ello es necesario que se desarrollen políticas públicas para lograr el mejoramiento de su estatus político, social, económico y de salud.³³ Por lo tanto, este programa de acción, provee el marco ideal para formular nuestras recomendaciones para lograr cambios a favor de la humanización del parto en Puerto Rico.

El primer principio es educar a la mujer para lograr su apoderamiento y autonomía. A través de la educación, la parturienta está en mejor posición de tener el poder de tomar decisiones.⁶ El proceso de educación deberá contener información acerca de sus derechos y deberes como consumidora de los servicios de salud. También, conocer las diversas opciones de servicios de salud, en este caso, las opciones para su cuidado prenatal, parto, posparto, lactancia y el cuidado del recién nacido.⁶ De esta manera, la mujer tendrá las destrezas y la autoconfianza de escoger los servicios que mejor se acomoden a sus necesidades y preferencias. Como

“En el ámbito de los servicios de salud materno-infantil, se reconoce que la satisfacción de la mujer con su parto es un indicador del cuidado de maternidad, independiente de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y/o perinatal.”

consecuencia, se despertará en la mujer la conciencia de identificar y de evaluar los diversos componentes que inciden en la satisfacción con su proceso de parto, independientemente de los resultados obtenidos con su bebé.¹⁴

El segundo principio consiste de solicitar a las instituciones de salud que revisen sus rutinas y tecnología de intervenciones para el parto a la luz de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.³⁴ De esta manera, las instituciones públicas y privadas tendrán la evidencia científica para tomar las medidas necesarias para atender las necesidades de la parturienta.

Otro aspecto para nuestras recomendaciones consiste en que se incorpore la práctica de evaluar la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto. La evaluación de la satisfacción de los servicios de salud por parte de los consumidores es una práctica altamente recomendada y adoptada por muchos.¹² Es importante que se despierte el interés de las instituciones en evaluar la satisfacción de la parturienta, porque es un indicador precursor del bienestar de la salud física, emocional y psicológica de la mujer.^{7,12,13}

Referencias

1. Rosenberg KR, Trevathan WR. The Evolution Of Human Birth: New Look at Human Evolution. Special Editions. Scientific American 2003, 81-85.
2. Trevathan WR, Smith EO, McKenna JJ. (Eds.). Evolutionary Medicine. New York: Oxford University Press. 1999.
3. Trevathan WR. An Evolutionary Perspective on Authoritative Knowledge about Birth. In Davis-Floyd RE, Sargent C F (Eds.). Childbirth and Authoritative Knowledge (pp.80-88). Berkeley and Los Angeles, CA, US: University of California Press.1997.
4. Davis-Floyd R E. Birth as an American Rite of Passage (2nd ed.). Berkeley and Los Angeles, CA, US: University of California Press. 2003.
5. Jordan B. Authoritative Knowledge and Its Construction. In Davis-Floyd RE, Sargent C F (Eds.). Childbirth and Authoritative Knowledge (pp.80-88). Berkeley and Los Angeles, CA, US: University of California Press.1997.
6. Wagner M. Fish can't see the water: the need to dehumanize birth. Int J Gynaecol Obstet 2001; 75:S25-S37.
7. Maher JM. Rethinking Women's Birth Experience: Medical Frameworks and Personal Narratives. Hacate 2003; 29(2):140- 52.
8. Green JM, Baston HA. Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. Birth 2003; 30: 235-47.
9. McCrea BH, Wright ME. Satisfaction in Childbirth and Perceptions of Personal Control in Pain Relief during Labour. J Adv Nurs. 1999; 29(4): 877-84.
10. Granju K A. The midwife of modern midwifery. 1999 <http://www.salon.com/people/bc/1999/06/01/gaskin>
11. Geary M, Fanagan M, Boylan P. Maternal Satisfaction with Management in Labour and Preference for Mode of Delivery. J Perinat Med 1997; 25: 433-39.
12. Goodman P, Manckey MC, Tavakoli AS. Factors Related to Childbirth Satisfaction. J Adv Nurs. 2003; 46(2):212-19.
13. Smith LF. Development of a Multidimensional Labor Satisfaction Questionnaire: Dimensions, Validity, and Internal Reliability. Quality in Health Care 2001;10:17-22.
14. Burgo C. Parir con Pasión; Escenarios, Escenas y Protagonistas del Parto y del Nacimiento. Buenos Aires, República Argentina: Longseller S.A. 2004.
15. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Williams Obstetrics (22nd ed.). United States: McGraw-Hill Companies. 2005.
16. Cartwright A. Mother's experience of Induction. BMJ 1977; 2:745-9.
17. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: Final data for 2005. National vital statistics reports; vol 56 no 6. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2005.
18. Departamento de Salud. Secretaría Auxiliar para la Prevención y Control de Enfermedades. División de Madres, Niños y Adolescentes. Elección del parto por cesárea: Experiencias y actitudes de la mujer en la toma de decisión y la práctica del médico. Julio, 2005.
19. Parrilla Rodríguez AM, Gorrín Peralta JJ, Dávila Torres RR. Conocimiento, las actitudes y las experiencias del embarazo y el parto en un grupo de madres puertorriqueñas con parto por cesárea. Revista Puertorriqueña de Salud Pública y Medicina 2008;10:16-24.
20. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, Experiences and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. Birth 1990;17:15-24.
21. Sadler LC, Davison T, McCowan LME. Maternal Satisfaction with Active Management of Labor: a Randomized Controlled Trial. Birth 2001;28: 225-35.
22. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a Nation Sample. Birth 2004; 31:17-27.
23. Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's Perceptions, Expectation and Satisfaction with Induced Labour-A Questionnaire-Base Study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005, 123, 56-61.
24. Rizk DEE, Nasser M, Thomas L, Ezimokhai M. Women. J Prenatal Med 2001; 29: 298-307.
25. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Childbirth Connection, October 2006.
26. Smith LF. The WOMB (Women's views of birth) antenatal satisfaction questionnaire: development, dimensions, internal reliability, and validity. Br J Gen Pract 1999; 49:971- 75.
27. Simkin P. Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. Birth 1991;18:203-10.
28. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The Childbirth Experience: A Study of 295 New Mothers. Birth 1996; 23:144-53.
29. Booth CL, Meltzoff AN. Expected and Actual Experience in Labour and Delivery and their Relationship to Maternal Attachment. J Reprod Infant Psychol 1984; 2:79-91.
30. Odent M. The Scientification of Love, London, England: Free Association Books. 1999.
31. Séguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. The Components of Women's Satisfaction with Maternity Care. Birth 1989; 16:109-210.
32. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Review). (Electronic Version). The Cochrane Library 2005; (1):1-69.
33. UNFPA. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm
34. Olza I, Lebrero Martínez E. ¿Nacer por Cesárea? Cómo evitar cesáreas innecesarias y vivir cesáreas respetuosas. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma. 2006.

sociales como lo son la escuela y las comunidades. Pero antes del hogar está el nacimiento como evento médico que ocurre en el hospital. El pediatra, padre y abuelo, Mario Ramírez Carmoega escribió, en el artículo *Cómo criar a nuestros hijos*³ una reflexión sobre la violencia humana en las relaciones sociales y dice lo siguiente:

“Ante las continuas noticias de violencia, maltrato y abuso de niños, es necesario evaluar los estilos de crianza de las pasadas generaciones en nuestro país, creo que estamos viendo los resultados, (nada buenos) de una crianza donde las reglas son, entre muchas, que al nacer el bebé solo se lo enseñan a la madre para enseguida llevárselo al “nursery”, produciendo una separación de madre e hijo desde el momento de nacer; se alimenta a los bebés con leches artificiales, con biberones y mamaderas plásticas, no se puede coger al bebé mucho, por que lo malcrías o lo engrías. (acortado por autores con permiso).”

Por otro lado, los estudios sobre los servicios centrados en la familia^{4,5} y en Puerto Rico los trabajos de García, García, Varcárcel y Zambrana⁶, Parrilla⁷, Gorrín⁸, y otros han promovido y empujado una visión más transdisciplinaria y humana en el manejo médico-hospitalario de esta población y sus familias. Si las familias están bien informadas y apoderadas serán más efectivas.

De la misma manera hay que reconocer un movimiento social-político internacional avalado por UNICEF por desarrollar hospitales más amigos de la infancia y la niñez, y por ende de la familia humana. Estas iniciativas son mucho más amplias que decir y anunciarse o invertir dinero en promoción sobre lactancia e inclusión familiar. En Puerto Rico tenemos un largo e intenso camino por recorrer aún. Para más información sobre el enfoque de UNICEF ver Hospital Amigo del Niño, el Código Internacional de World Health Organization.⁹

Nuestra experiencia lactando en NICU: lecciones aprendidas

Una vez admitidos los bebés en las salas de NICU, por razones de continuar tratamiento con medicamentos, mantenerlo en incubadora con oxígeno, darle apoyos más intensos, intervenir quirúrgicamente u otro, las directrices a seguir son las de los médicos neonatólogos/as y su equipo de

trabajo, no las de tu pediatra ni el personal de “nursery”. Es básicamente otro departamento con reglas distintas. Para una madre primeriza es bastante ansiogénico; para una madre multipara y madura es un cambio de 360°.

Como casi ninguna mujer saludable y con historial prenatal impecable puede imaginar que tendrá a su bebé en la NICU, el evento en sí mismo es chocante y muy difícil para asimilarlo. Ese momento de desequilibrio hace una gran diferencia porque hay más resistencia a aceptar todo sin cuestionar. ¡Y eso es bueno! Si tu intención – es lactar a tu bebé – como fue la nuestra-, deberás seguir firmando -y afirmando con voz firme- documentos que protejan tu decisión, por lo que tú y tu esposo o compañero tendrán que estar prestos a leer y discutir los mismos.

En ese momento te das cuenta –aún si lactaste anteriormente y fuiste cesárea- que ya la familia ha entrado a un territorio “distinto” y que hay que volver a reafirmar y defender nuestro rol de madre y padre con mayor intensidad. Hay que volver a hacer muchas preguntas e incluso repasar los capítulos que tal vez se leyeron muy rápido y que hablan de esta posibilidad. No dejen -ambos padres- de consultar a su médico especialista en lactancia – si ya lo tienen- pues es un/a aliado/a importante en estos momentos.

Recuerda que tú te sentirás un poco más débil y vulnerable: acabas de parir con dolores o incomodidades, o peor, acabas de despertar de una anestesia y sientes el dolor de la operación en todo tu abdomen lo que te incomoda el caminar, al doblarte, sentarte y al lactar. Tu bebé se quedará en la NICU hospitalizado y **no** lo llevarán a tu cuarto porque requiere de los apoyos de esa sala: no hay vuelta atrás. En este momento deben tomar una decisión: si su bebé entra solo/a a la NICU o si entran ambos con él/ella. Aquí traspasan otro umbral.

Eres tú y tu familia los que se tienen que mover hacia la NICU, como lo hicimos nosotros. Sobre todo tú, que quieres lactarlo y amamantarlo/a y cuyo alimento y amor son insustituibles, deberás tener una actitud asertiva y positiva, esperanzadora sin límites para sentirte apoderada de tu derecho. Con almohada y banqueta en manos, deberás acudir al cuidado y atención de tu criatura; su corazón te hablará y te dirá “Sigue conmigo, Mami”.

Todo les parecerá más difícil y te consumirá energía física y mental. Pero, por nuestra experiencia

con dos cesáreas, la lactancia es casi un deber para rescatar el vínculo físico y afectivo de amor, promover la continuidad del nacimiento y desarrollo y para fortalecer el poder familiar. Las madres y los padres tenemos que vencer temores, restituir las actitudes positivas y de lucha y ser valientes y asertivos. Es muy importante pensar que todos los eventos, planificados o incidentales, podrán adelantar una causa importante.

Imagina el peor escenario. Intenta imaginar el peor escenario para que te prepares (se preparen) con el discurso y la actitud asertiva y respetuosa.

Horarios y rutinas – al lactar no hay una rutina como la de los bebés que toman fórmula o toman botella, pero el personal de enfermería sí necesita horario para hacer sus notas de progreso, por lo que debes –tu mamá o tu esposo/compañero te deben ayudar– llevar un horario que te convenga a ti. **Recuerda que el personal se rota el horario, pero tú no.**

Puedes guardar la leche que te extraigas para las madrugadas y así poder dormir. El padre del bebé puede alimentarlo con tu leche, aún en NICU, pero debe ser asertivo para que lo dejen entrar, en horas distintas a las de visita. Si el bebé está en NICU y puede chupar, y decides dormir, las enfermeras le dan tu leche, pero lo harán con botella y mamadera, no con vasitos ni goteros como sugieren las mejores prácticas⁷. Por esta razón debes tratar de dar el pecho lo más que puedas y así estimularlo a que aprenda a chupar del mismo.

Cuando estés más fuerte, la segunda o tercera noche, debes hacer las siestas de dos horas aproximadamente y así alimentarlo totalmente yendo tú misma a NICU.

No hay permiso para uso de baños sanitarios en unidades de NICU y PICU, parece tonto, pero realmente es absurdo y pasa. Al irnos del hospital tuvimos una conversación con la supervisora del área sobre ese asunto. En ese momento (marzo 2007) estaban “haciendo planos para construir un baño para madres-padres.”

Rescatar las tareas de bañarlo y cambiar pañales y el visitarlo a toda hora para hablarle, cantarle,

estimularlo, besarlo, tocarlo. En esto debes insistir, que tu estadía en NICU es por tu bebé.

Horario para familiares- Hoy día ya hay un poco de más flexibilidad con el horario, el cual era –hace un año– solamente a de 1:00 a 2:00 pm y de 7:00 a 8:00pm. Las horas han variado según la consultora de March of Dimes, Laura Negrón, del Hospital Auxilio Mutuo.

Las visitas del padre, sus abuelos y hermanos son bien reconfortantes y continúan el vínculo familiar. Los hermanos mayores – como lo hicimos nosotros– comienzan su apego con el bebé allí mismo y esto es sumamente importante para ambos.

Que su hermano/a le lleve un regalo al hospital. Un dato curioso es que una enfermera le puso un osito de peluche con el nombre del hospital en su cunita. Al otro día otra enfermera me dijo que no podía tener peluches en su cuna. Yo le contesté que el oso era del hospital y que lo había puesto el mismo personal. Pero para dejar ver su poder me dijo: “Es que se supone que se lo lleven a su casa”.

Mi respuesta fue que tenían que ponerse de acuerdo entonces en las reglas y dejarlo saber.

Sacarte leche allí - debes reclamar el único espacio que hay para las madres que lactan, la salita de lactancia dentro de la NICU. Que no le den tu leche en botella mientras tú estás ahí o en los predios del hospital. Pide que te llamen al celular y te consigan, y que la guarden para la madrugada o cuando tú informes que no estarás.

Uno más uno es dos, más uno, son tres: No estés sola. Trata de no estar sola, si es posible, que tu esposo o compañero te acompañe, la situación la podrán manejar dos mejor que uno. Si fuera posible tener a una hermana, prima o buena amiga, aumenta tu apoyo y tu asertividad. Busca apoyo de la consultora de March of Dimes, si tu bebé es prematuro/a. Busca apoyo de tu pediatra, trata que sea especialista en lactancia.

Puebas y análisis: Que le hagan sus análisis cuando estés tú o ambos, mejor, para poder preguntar, informarse, y aclarar dudas; incluso tú, mamá, lo puedes calmar dándole pecho si llora. Es importante

“De la misma manera hay que reconocer un movimiento social-político internacional avalado por UNICEF por desarrollar hospitales más amigos de la infancia y la niñez, y por ende de la familia humana. Estas iniciativas son mucho más amplias que decir y anunciarse o invertir dinero en promoción sobre lactancia e inclusión familiar.”

que te informen diariamente de lo que le han hecho en tu ausencia.

Vacunas – En el caso de bebés que están “bien” o “*well babies*”, como lo fue el nuestro este es un evento que puedes posponer para más tarde; pueden ser semanas o meses. Infórmate bien con la última literatura al respecto. Recuerda que tu bebé ha sido pinchado por lo menos una vez al día para medir sus niveles de azúcar, lo cual es rutinario, sin contar las veces que le han inyectado antibióticos u otros medicamentos, si fuera el caso. Deja las vacunas para la primera cita con el pediatra, si fuera posible. Un bebé en NICU –aún los “*well babies*” son objeto de múltiples pinchazos.

Protege y defiende el derecho de ver y contemplar a tu bebé. El NICU es una unidad muy restrictiva que aún tiene que mejorar sus prácticas a favor de las madres lactantes. Aunque ellos olviden que lactar es amamantar, y que amamantar significa arrullar y contemplar a tu bebé cuando lo alimentas, tú nunca lo debes olvidar. Incluso te dirán que no lo metas mientras lo amamantas – como me dijo una enfermera a mí por lo que ten bien presente la estimulación positiva que le estás dando. Te dirán que el bebé se duerme y que no chupa por lo que debes tener bien presente que los recién nacidos NO requieren grandes cantidades de alimento.

Protege tu directriz de darle solo el pecho – esto es la parte más controversial. Te dirán que el azúcar le ha bajado en lo que tú produces más leche y la realidad es que ellos pueden ayudar a que ese proceso sea paulatino y exitoso porque ellos le aplican suero que controla el azúcar de tu bebé y lo pueden ajustar hasta que tu bebé aprenda a pegarse bien del pecho (cosa que los infantes humanos tienen que aprender ya que no lo saben instintivamente).

Indicadores numéricos de salud. El deseo honesto de los neonatólogos es ver los números de tu bebé mejorar, y eso es bueno. Lo que no es bueno es traducir siempre los números a favor de seguir interviniendo al bebé por encima de los esfuerzos de los padres por seguir lactando. Ejemplo clásico es cuando los niveles de azúcar bajan, la excusa es “dejar la lactancia y dar fórmula para subir la azúcar”. Aluden a

que el bebé neurológicamente se perjudica si la azúcar baja y este argumento atemoriza a los padres. ¿Quién pueden objetar eso si te lo dice un neonatólogo? !! Ninguno!! Pero lo que no dicen es que el suero- que pueden controlar- puede irse reduciendo según la madre aumenta su producción de leche tornando el proceso en uno paulatino y mucho más sensible. Sus deseos pueden ser buenos, pero no saben como manejar la situación a favor de la lactancia ni de los padres; y por ello te presionan para que le des fórmula.

El segundo día de nacido, el segundo día en la NICU esto nos ocurrió a nosotros. En un momento de debilidad y cansancio – nuestro médicopediatra estaba

fuera del área metro- y transamos. Yo misma le dí la botella con la fórmula y me dije a mí misma: “Esto es solo una medicina que va durar muy poco.” Al otro día -24 horas completadas- los niveles de azúcar se elevaron e inmediatamente cambiamos la directriz nuevamente a leche materna exclusiva.

Llega a acuerdos con las enfermeras/os y que se pongan por escrito, ellos lo anotan todo porque hay distintos turnos y es el procedimiento correcto para ambos, personal y padres. Usa un trato amable siempre con todas y todos. Son

parte de un sistema muy complejo, pero también pueden ser muy solidarios y cordiales en muchas ocasiones.

Lleva tu equipo de sacarte [las copas, botellas o bolsas, bolígrafo para rotular, cojín, etc] leche, excepto la máquina porque te la proven allí. Es mucho mejor que te saques leche en la salita porque estás donde está tu bebé. Coteja y anota las bolsas que dejas para que puedas planificar y decidir en caso de emergencia (otros niños, tareas escolares, etc) cuánto tiempo te quedarás en la NICU. Incluso, lleva una banqueta para poner los pies y una almohada o dona (para poner el bebé en tu regazo, sin que moleste la herida).

Lleva meriendas nutritivas que no requieran refrigeración, o que puedas mantener en loncheras

“Como hemos podido probar con nuestras experiencias, tal trato “humanizado” se confunde con no permitir a los padres y madres asumir más control y poder de su rol como principales responsables y custodios de sus bebés; de manipular el proceso de nacimiento hacia uno más medicado y controlado por los médicos; de manipular las actitudes y creencias de las mujeres sobre sus destrezas y capacidades en el manejo de sus bebés y de restringir a las familias su pleno desempeño como cuidadores y alimentadores vía el amamantamiento.”

insuladas, agua, nueces, frutas secas, etc. En los hospitales hay cafeterías lo cual facilita un espacio para que converses con tu esposo o compañero o familiar de las incidencias del día, los progresos del bebé y allí pueden hacer planes sobre cómo bregar con otros hijos o el trabajo, etc.

Diario de incidencias. Si estas sola, o acompañada, lleva un diario de incidencias en una agenda o “planner” y ten siempre tu libreta de teléfonos. Te ayudará a recordar horario, eventos, etc.

Lee toda la información sobre lactancia que haya en el hospital. Con esa información es que das tus luchas ya que tienen que practicar lo que predicán. Haz contacto con la manejadora de la sala de nursery y mantén cordiales relaciones con tu neonatólogo/a y enfermeras en NICU. Otra persona clave es la supervisora de enfermería.

No es permitido preguntar por aspectos específicos de salud de otros bebés por la Ley HIPPA. Puedes ser empática con los demás familiares y decir, “*Esperamos que esté mejor...*”. Escucha sin comentar, pero sé solidaria. En un momento de tensión yo me desesperé y no fui sensitiva y exclamé en voz alta: “Mi bebé está bien es un well baby... no lo traten como si estuviera enfermo”. A veces es muy doloroso, pero otros padres están sufriendo probablemente más que tú.

Aprende observando – la forma en que los/as enfermeros/as lo arropan es una manera de mantenerlos acurrucados que simula la estrechez del útero –parecen pastelitos, se llama “swaddle”. Propioceptivamente les da información táctil y motora y los previene de las temperaturas bajas del NICU. Aprende a envolverlos y hazlo con ternura y siempre hablándole y mirándole. Amamanta de esa forma. Aprende a cambiarles el pañal con los electrodos que tienen. Estos son papellitos adhesivos que se pueden remover y volver a poner. Estos te dan información de latidos, pulmones, etc.

Si has decidido acampar, planifica todo. Recuerda que puedes pasar las 24 horas en la NICU, pero lo tienes que reclamar todos los días porque el personal rota y las directrices no siempre son cumplidas a cabalidad en el cambio de turnos. Muy pocas mujeres cuyos bebés están en NICU han podido quedarse por más de 18 horas lactando a sus bebés y cuidando de éstos, yo fui una de ellas. Otra posibilidad es “acampar” entre la sala de espera y la NICU las 24 horas. Ambas estrategias de acompañamiento se tienen que luchar y planificar con los esposos y compañeros, abuelos y demás familiares que brindan apoyo con las meriendas, comidas, dinero, transportación, tareas del hogar, cuidado

de otros hijos y tareas escolares y extracurriculares de los menores escolares.

Negociar su traslado a cuarto regular. ¿Cuándo seguir el tratamiento en una unidad hospitalaria que no sea NICU? Ya hay varios precedentes en los que el bebé sano no tiene que hacer necesariamente en la NICU. Lo puede continuar en la unidad pediátrica del hospital en un cuarto semiprivado o privado, según sus posibilidades. Allí ambos estarán más cómodos para continuar la lactancia, los horarios son más amplios y la recuperación es rápida porque psicológicamente tienes mejor disposición. Recordemos que el mayor sustento de la criatura es la madre y ésta debe estar cómoda y alimentada. El hospital te proveerá de los alimentos a tí como madre lactante.

Para continuar su tratamiento poco invasivo, tu bebé y tú pueden hacer la transición a un cuarto regular en el piso de Pediatría, pero es algo que debes dialogar con tu pediatra y con la/el neonatólogo/a en la NICU. Es la decisión del neonatólogo en jefe de la NICU. Nosotros pudimos hacer, sin mayor complicación. Lo pedimos a la neonatólogo de turno que nos visitó justamente en el periodo de visitas. Ella lo ponderó y realizó consultas. Nosotros asumimos una actitud de paciencia y diplomacia lo cual fue recompensado con creces.

Hay que hacer trámites de papeleo formal y legal por lo que el padre del bebé debe estar presente para ayudarte; si no un familiar cercano. Te escoltarán a ti y a tu bebé, no estarás sola. Una vez en el piso de Pediatría, harán casi todos los procedimientos de un alta: llenarás documentos, te indicarán las normas, te visitará la dietista porque te llevarán la comida a tí para tu consumo. Te llamarán “madre lactante” cuando te lleven el alimento, lo cual es un “upgrade” y un reconocimiento. Le tomarán signos vitales al bebé y harán lo necesario para continuar su tratamiento allí. Le asignarán un médico pediatra del piso. Si tu pediatra tiene privilegios en el hospital, podrá visitarlo también.

Como dijimos, es indispensable establecer efectiva y asertiva comunicación con los y las neonatólogos/as y el personal diariamente; nunca asuman nada ni den nada por hecho. Estas salas son muy protegidas, higiénicas, muy reguladas, con poco o ningún mobiliario, muy frío y a veces puede ser hostil. Debes orientarte con tu pediatra y educador/a en lactancia, tomar decisiones informadas y recordar que ustedes, padres y madres, que desean asumir su rol con responsabilidad y amor, tienen que asumir su derecho.

La meta: un trato humanizado a las familias que paren en el hospital

Parecería que estamos pidiendo algo que existe: un trato humanizado hacia las familias durante el proceso de parto y estancia en un hospital. Como hemos podido probar con nuestras experiencias, tal trato "humanizado" se confunde con no permitir a los padres y madres asumir más control y poder de su rol como principales responsables y custodios de sus bebés; de manipular el proceso de nacimiento hacia uno más medicado y controlado por los médicos; de manipular las actitudes y creencias de las mujeres sobre sus destrezas y capacidades en el manejo de sus bebés y de restringir a las familias su pleno desempeño como cuidadores y alimentadores vía el amamantamiento. Son muchos los estudios e informes de la Organización Mundial de la Salud y de UNICEF que apuntan hacia esta y muchas otras deficiencias en el manejo hospitalario de los partos –tanto vaginales como por cesárea – principalmente en países de alta tecnología y desarrollo.⁸

Como hemos discutido, tal confusión tiene una raíz muy política; es una forma de negación consciente a reconocer que el poder se tiene que compartir y en ocasiones ceder a las mujeres parturientas y lactantes, a los padres amorosos y apegados y a las familias unidas que reclaman su derecho a ser el regazo más importante de sus hijos. Los mejores manejos provienen de obstetras que respetan y dignifican el proceso de "dar a luz" a un(a) nuevo miembro de la especie humana. La Dra. Yolanda Molinaris, obstetra-ginecóloga, es una de ellas:

"Hago lo posible por respetar el proceso de parto y a la mujer. Les suplico que no dejen de denunciar los incumplimientos de las leyes acerca del parto, acompañamiento y lactancia por parte de los hospitales. Ustedes [las mujeres]son las que pueden lograr los cambios". (citada con su permiso)

La Dra. Ana Parrilla, experta en lactancia, reclama que la clase médica tiene un compromiso ministerial, pero que incumple en cada caso de atropello a la mujer que quiere parir y amamantar a su hijo(a). Veamos:

"Aún cuando apoderamos a la madre para que sea ella la que tome todas las decisiones, los médicos somos los facilitadores del proceso y nunca debemos abusar del privilegio que nos otorgan las madres cuando tienen plena confianza en la información que les ofrecemos. En estos días con los problemas de la clase médica he sentido una gran vergüenza ajena, es bueno saber que quedamos algunos que mantenemos las ideas de

Hipócrates y Galeno vivas...el principio "Primum non nocere" del latín - Lo primero es no hacer daño". (con su permiso)

Como salubrista, la Dra. Parrilla cree en el activismo de parte de la comunidad para cambiar leyes o crear políticas públicas que defiendan nuestros derechos. Un/activista es una persona que participa activamente en la lucha por los cambios sociales y políticos a favor de los derechos de los seres humanos, la flora y la fauna. Les invito a que- como padres y madres- se conviertan en activistas y defensores (advocates)de la crianza de apego y de la lactancia materna desde el hospital, a que rompan barreras y den lecciones de amor.

Referencias

1. Field T (2001). Masaje therapy facilitates weight gain in preterm infants. *Curr Dir Psychol Sci.* 2001;10:51-5.
2. Sobre Cicely Williams <http://www.joyousjam.info/jamaicanhistoryfebruary2004/id9.html>
3. Ramírez-Carmoega M. Cómo criar a nuestros hijos. www.promani.org. 2007.
4. Blair C, Ramey C. Early intervention with low birth weight infants: the path to second generation research. En M.J. Guralnick, Ed., *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes; 1996.
5. Shiono P, Behrman R. Low birth weight: Analysis and recommendations. *Future of Children* (1995, Spring); 5(1): 4-18.
6. García I, García L, Valcárcel M, Ferrer C, Zambrana N, Martínez L. Intervención con Familias de Recién Nacidos Prematuros a Riesgo de Deficiencias del Desarrollo. Conferencia ofrecida en el Quinto Congreso Puertorriqueño de Investigación en Educación, San Juan, PR; 2002, marzo.
7. Parrilla Rodríguez AM. (2001). Guía práctica para una lactancia exitosa. San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico; 2001.
8. Gorrín-Peralta J. (2007, nov.) Cuál es el futuro de los programas y servicios de salud de madres y niños. *Mani-Informa*. 2007;8:1,11-12.
9. Hospital Amigo del Niño, el Código Internacional de World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: Author; 2003.

"Agradecemos profundamente el apoyo profesional y humano que recibimos del Dr. Mario Ramírez Carmoega en todo momento, sus sabios consejos y su constante presencia."

Nota:

Nellie Zambrana es psicóloga y se desempeña como catedrática de la Facultad de Educación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Jaime Negrón es contador y se desempeña como ayudante legislativo. Son los padres de Aura Noelia e Ignacio José, ambos nacidos por cesárea y lactados desde el hospital.

(La Partería) cualquier cosa que se le presente, aunque sea a través de engaño, como la alternativa superior para la salud, y la vida, de su bebé. A menos que ella comprenda de forma integral la situación real en cuanto al modelo óptimo para su salud y la de su bebé, puede ser víctima fácil de quien abuse de esa relación fiduciaria. Su educación y apoderamiento, y la de su pareja, es esencial.

En Puerto Rico tenemos la tasa nacional de cesáreas más alta del mundo. El 48.1% de los bebés de nuestro país nacidos en 2005 nacieron a través de cirugía mayor, la cesárea. La tasa de cesáreas en Estados Unidos para ese año fue de 30.3%.² Desde 2006, la revista oficial del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) presentó un excelente editorial escrito por Robert Resnik, MD, FACOG, de la Escuela de Medicina de la Universidad de California en San Diego.³ En el mismo se hacía la pregunta de si se puede justificar una tasa de cesáreas de 29% en los Estados Unidos. Los cambios en las prácticas obstétricas, decía el editorialista, no han producido cambios en las tasas de muertes perinatales o de perlesía cerebral. El tema de los beneficios y riesgos maternos para la madre también se discuten, concluyendo que no hay evidencia científica que justifique una cesárea por beneficio materno en ausencia de una indicación médica u obstétrica.

Los riesgos de la cesárea para la madre, por otro lado, quedan claramente demostrados con evidencia científica. Figuran prominentemente las complicaciones de placentación anormal. La placenta accreta ha aumentado su incidencia de 1/19,000 partos en la década de 1960-70, a una incidencia de 1/533, según un estudio reciente de la Universidad de Chicago.³ La mortalidad materna de esta complicación es 7%, además de que significa usualmente el final del potencial reproductivo de la madre, la cual a menudo requiere una histerectomía de emergencia, con sus complicaciones asociadas y transfusiones de sangre. En otro artículo de esa misma revista de ACOG, el doctor Getahun resume los riesgos de la cesárea en provocar mayor probabilidad de placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta en embarazos futuros, con aumentos de la mortalidad perinatal y materna.⁴

La tasa de cesáreas primarias en Puerto Rico para 2005 fue de 32.9%, más de dos veces más que la tasa establecida por las metas de salud de los Estados Unidos para 2010, que es de 15.5%.^{5,6} Nuestra tasa de partos vaginales después de una cesárea, por otro lado, fue de 3.8% en 2004, cuando la meta para 2010 en los

Estados Unidos es de 37%.⁵ Estas estadísticas son las producidas por los obstetras del país, los únicos proveedores que reciben privilegios obstétricos en nuestros hospitales, con la excepción del servicio de enfermeras parteras en el hospital de la UPR en Carolina. Estas profesionales han acumulado una tasa de cesáreas de 11.3% y una tasa de episiotomías de 8.5% entre 2003 y 2008.⁷

Creo que ha llegado el momento en que los esfuerzos para humanizar la atención al embarazo y al parto tienen que incluir la defensa y apoyo de un proveedor alterno de atención a la salud reproductiva. Mientras continuamos nuestro trabajo de educación a la familia en cuanto a sus derechos reproductivos, de incorporar más obstetras dispuestos a cambiar sus prácticas hacia una atención más humanizada, de humanizar también las políticas hospitalarias en los servicios de maternidad, y de apoyar legislación para proteger los derechos de la diada madre/bebé, debemos también promover legislación para que las parteras puedan ejercer su profesión. En los Estados Unidos las enfermeras parteras están haciendo alrededor del 10.6% de los partos.⁸ En Europa, por otro lado, hacen el 75% de los partos, y sus resultados son mejores que en los Estados Unidos y en Puerto Rico, a un costo económico para el sistema muy por debajo del actual.⁹ La crisis de las cesáreas es una oportunidad histórica para un cambio de paradigmas. Con la partería podemos lograr una reducción dramática de la medicalización innecesaria, humanizar el parto, y mejorar nuestros indicadores de salud reproductiva en Puerto Rico. Todo depende de nosotros.

Referencias

1. Proyecto del Senado 2407. Para crear la "Ley para el Acceso a la Información de Estadísticas de Cesáreas". María del L. Santiago. 6/24/2008. <http://www.oslpr.org/buscar/>
2. Departamento de Salud de Puerto Rico – Estadísticas Vitales – 2005.
3. Resnik R. Can a 29% Cesarean Delivery Rate Possibly Be Justified? *Obstet Gynecol* 2006;107:752-3.
4. Getahun D et al. Previous Cesarean Delivery and Risks of Placenta Previa and Placental Abruption. *Obstet Gynecol* 2006;107:771-7.
5. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: Final data for 2005. *National vital statistics reports; vol 56 no 6*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2005.
6. US Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010*. 2nd ed. Understanding and Improving Health and Objectives for improving health. 1&2 vols. Washington, DC: US Government printing Office.
7. Programa de Adiestramiento de Enfermeras Parteras. Escuela Graduada de Salud Pública, RCM, UPR. Comunicación personal, 2008.
8. CNM-Attended Birth statistics – FactSheet. ACNM Jun. 2008. www.midwife.org
9. Wagner M. *Pursuing the Birth Machine – the search for appropriate birth technology*. Camperdown, Australia. ACE Graphics;1994.

Publicaciones



- Parrilla Rodríguez AM, Gorrín Peralta JJ, Dávila Torres RR. Conocimiento, las actitudes y las experiencias del embarazo y el parto en un grupo de madres puertorriqueñas con parto por cesárea. Revista Puertorriqueña de Salud Pública y Medicina 2008; 10: 16-24.
- Parrilla-Rodríguez AM, Gorrín-Peralta JJ. Formula labeling violations to the WHO Code: A quantitative and qualitative analysis. PR Health Sci J 2008;27:49-54.

- Parrilla-Rodríguez AM, Dávila-Torres RR, Rivera-Santiago, J. Prevalence of Type of Delivery and type of Infant Feeding in a Hospital. [Abstract]. Breastfeed Med 2008;3:199.
- Parrilla-Rodríguez AM, Ortiz Santiago V, Dávila-Torres RR. Relation Between Support from Fathers and Initiation and Duration of Breastfeeding. [Abstract]. Breastfeed Med 2008;3:199.



Actividades y Noticias

- **GRUPO DE APOYO DE LACTANCIA Y CRIANZA** - reuniones un sábado al mes de 1:30pm - 3:30 pm. Se ofrecen para el beneficio de parejas lactantes y sus familiares. Próximas fechas: 6 de diciembre de 2008, 7 de febrero, 14 de marzo, 18 de abril, 16 de mayo y junio 27 de 2009. Lugar: Calle Cerra #612, Parada 15, Edificio UTIER en Santurce. Salón 2do piso.
- **GRUPO DE APOYO DE CESÁREAS** - reuniones un miércoles al mes de 4:00pm - 6:00 pm en la calle Cerra #612, Parada 15, Edificio UTIER en Santurce. Salón 2do piso. Próximas fechas: 6 de diciembre de 2008, 7 de febrero, 14 de marzo, 18 de abril, 16 de mayo y junio 27 de 2009. Para información adicional: www.promani.org.
- **CLE - CURSO DE ADIESTRAMIENTO EN EDUCADOR EN LACTANCIA MATERNA** - Dirigido a profesionales de la salud y otros profesionales que desean adquirir el conocimiento y las destrezas necesarias para proveer apoyo rutinario en lactancia materna; capacita al participante para convertirse en un adiestrador efectivo en el tema. Se ofrece dos veces al año en febrero y septiembre, tiene una duración de 8 viernes con un total de 60 horas contacto de las cuales 12 son en práctica e intervención en manejo y trabajo de campo. Próximo ofrecimiento comienza el 6 de febrero de 2009 y se extiende hasta el 17 de abril de 2008. Se requiere pre-matrícula. Para información y registro llamar al 787-759-6546. <http://www.rcm.upr.edu/mch/cle.htm>
- **SOLICITUDES DE ADMISIÓN AL CLMA** - El Programa de Madres y Niños estará aceptando solicitudes de admisión para su programa de educación continuada a distancia del Certificado Profesional en

Manejo de Lactancia Materna. La fecha límite para radicar solicitud será el 15 de mayo de 2009. La solicitud de admisión se puede obtener a través de la siguiente página electrónica:

<http://www.rcm.upr.edu/mch/cLMA2.htm>

- **11VO CONGRESO ARGENTINO DE LACTANCIA MATERNA** - Nuestra facultad participó en el 11vo Congreso Argentino de Lactancia Materna que se llevo a cabo del 1 a 4 de octubre de 2008 en Buenos Aires. Se presentaron dos trabajos de investigación desarrollados por nuestros estudiantes y la facultad:
 - "*El impacto económico de la compra de leche artificial y de la admisión al hospital por diarrea en el ingreso personal de las familias puertorriqueñas*" de nuestra egresada Elvia Pérez-Hernández en colaboración con los profesores Dávila y Parrilla.
 - "*La Experiencias con la lactancia materna entre un grupo de madres puertorriqueñas sometidas a cesárea*" de los profesores Parrilla, Gorrín y DávilaEste congreso contó con la participación de renombrados expertos en el campo a nivel nacional e internacional.
- **CARTEL PREMIADO** - Un cartel del trabajo de investigación de nuestra estudiante la Lcda. Vilma Ortiz titulado "*Relation between support from fathers and initiation and duration of breastfeeding*" fue premiado Segundo lugar en la categoría de carteles en la 13va Reunión Anual de la Academia de Medicina de la Lactancia Materna, llevada a cabo en Dearborn, Michigan. Este trabajo fue realizado con la colaboración y supervisión de los profesores Dávila y Parrilla.

Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud de la Madre y el Niño

El Programa de Salud de la Madre y el Niño está aceptando solicitudes para el programa de estudios conducente al grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud de la Madre y el Niño para el año académico 2009-2010. Nuestro programa académico tiene como objetivo el proveer a sus estudiantes con los conocimientos, habilidades y actitudes esenciales para impartir un cuidado de salud integral a los grupos de madres y niños en una población determinada además de desempeñarse como investigadores de las variables determinantes de la situación existente de salud en madres y niños.

Pueden solicitar ingreso aquellas personas con un grado mínimo de bachillerato en una de las profesiones reconocidas de la salud de una universidad acreditada. Se podrán considerar otros profesionales interesados en la salud de las madres y los niños.

El programa diurno es uno combinado donde el estudiante asistirá a los cursos de concentración en horario vespertino. Sin embargo el programa vespertino ofrece todos sus cursos en horario vespertino. Los requisitos

generales de admisión son: (1) Poseer como mínimo el grado de bachillerato o su equivalente de una universidad reconocida. (2) Haber tomado el examen de Admisión a Estudios de Posgrado (EXADEP) o el Graduate Record Examination (GRE) en o antes del 14 de febrero de 2009. la Examen de Admisión a Estudios de Posgrado (EXADEP). (3) Poseer dominio del idioma español se requiere además, habilidad para leer y comprender el idioma inglés. Asistir a una entrevista. (4) Radicar la solicitud de admisión en o antes de la fecha límite.

Los requisitos específicos siguen a continuación: (1). los profesionales de la salud deben presentar evidencia de licencia vigente para ejercer en Puerto Rico, requisito indispensable; (2) Los profesionales de la salud deberán demostrar evidencia de un mínimo de dos (2) años de experiencia de trabajo en el campo de la salud; y (3) haber aprobado un curso de álgebra a nivel universitario.

Fecha límite para radicar solicitud:

15 de febrero de 2009

Para información: 787-759-6546

Editora:

Ana M. Parrilla, MD, MPH, FABM
Catedrática Asociada y Coordinadora de la División de Alcance y Educación a la Comunidad
Programa de Salud de la Madre y el Niño
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico
PO Box 365067
San Juan, Puerto Rico 00936-5067

Para colaboraciones favor de comunicarse al teléfono:
787-758-2525 ext. 1445
Fax: 787-759-6546
Email: aparrilla@rcm.upr.edu



Nota aclaratoria de la editora:

"Creemos firmemente en la sensibilidad hacia el género femenino. La mujer, sin importar su edad, debe ser considerada, nunca debe pasar inadvertida, sin embargo, para ser más fácil la lectura de este boletín, usamos el género masculino la mayoría de las veces sin que esto implique que menoscamos al género femenino"