

MÓDULO PSICOPEDAGÓGICO DEL VÍNCULO MATERNO - INFANTIL



MÓDULO PSICOPEDAGÓGICO DEL VÍNCULO MATERNO - INFANTIL



Esta iniciativa se realiza con el apoyo de la Fundación Panamericana para el Desarrollo y con el financiamiento del Gobierno de los Estados Unidos

Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil

Centro de Atención Psicosocial (CAPS)
Jr. Caracas 2380 Jesús María, Lima-Perú
Teléfono: (511) 4621600, (511) 4621700
psico@caps.org.pe

Fundación Panamericana para el Desarrollo (PADF)
Calle Junín 142 (Oficina 602). Miraflores, Lima
informacionperu@padf.org
padf.org

Creado y producido por el CAPS en el marco del Proyecto: "Promoción del bienestar psicosocial para el desarrollo sostenible de la población migrante y de acogida en Lima y Tumbes" del programa "Integrando Horizontes".

Directora de programas de PADF - Perú: Karina Sarmiento Torres
Coordinadora de proyecto PADF - Perú: Claudia Reto Carreño
Directora Ejecutiva de CAPS: Jacquely Fontela Salinas
Coordinadora de proyecto de CAPS: Ericka Jiménez Cereceda

Elaboración de contenidos:

Arletty Calmet Morales, Liz Coronel Llacua, Rocío Gutiérrez Rodríguez, Carlos Jibaja Zárate, Ana María Osorio Torres, Carmen Wurst Calle

Revisión técnica y edición:

Carlos Jibaja Zárate, Ericka Jiménez Cereceda, Jennifer Flores Armstrong, Carmen Wurst Calle

Cuidado del proceso de edición: Miriam De la Cruz Ramírez

Corrección de estilo: Ruth Moreano Villena

Diagramación y diseño: Andrick Astonitas Villafuerte

Primera edición - Setiembre 2023

Tiraje: 500 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-09291

Se terminó de imprimir en noviembre del 2023 en:

Tarea Asociación Gráfica Educativa

Pasaje María Auxiliadora 156 - 164 Breña, Lima-Perú

tareagrafica@tareagrafica.com

Derechos reservados. Se autoriza la producción de este documento por cualquier medio, siempre y cuando se haga referencia a la fuente bibliográfica.

Jiménez, E. (Coord). (2023). Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil. Lima; Centro de Atención Psicosocial y PADF.

"Esta publicación es posible gracias al apoyo del gobierno de Estados Unidos. Los contenidos son responsabilidad del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y no necesariamente reflejan las opiniones de PADF ni del gobierno de los Estados Unidos de América".

ÍNDICE

Introducción	7
Propuesta	8
Metodología	9
Uso	10
Pautas para el facilitador	11
Estructura	14
Desarrollo	16
Sesión 1: Apego	17
1.1. Secuencia metodológica de actividades	17
1.2. Información importante Sesión 1 – Material para el facilitador	19
1.3. Material de soporte para el facilitador	20
Sesión 2: Duelo en el vínculo materno infantil	22
2.1. Secuencia metodológica de actividades	22
2.2. Información importante Sesión 2 – Material para el facilitador	25
2.3. Material de soporte para el facilitador	26
Sesión 3: Facilitación del inicio del vínculo madre - bebé	30
3.1. Secuencia metodológica de actividades	31
3.2. Información importante Sesión 3 – Material para el facilitador	33
3.3. Material de soporte para el facilitador	33
Sesión 4: Contexto nacional de los servicios públicos materno - perinatales	36
4.1. Secuencia metodológica de actividades	36
4.2. Información importante Sesión 4 – Material para el facilitador	38
4.3. Material de soporte para el facilitador	40
Sesión 5: Intervenciones psicosociales para el fortalecimiento del vínculo madre - bebé – parte I	42
5.1. Secuencia metodológica de actividades	42
5.2. Información importante Sesión 5 – Material para el facilitador	46
5.3. Material de soporte para el facilitador	48
Sesión 6: Intervenciones psicosociales para el fortalecimiento del vínculo madre - bebé – parte II	53
6.1. Secuencia metodológica de actividades	53
6.2. Información importante Sesión 6 – Material para el facilitador	55
6.3. Material de soporte para el facilitador	56
Sesión 7: Discusión de casos migración y parentalidad	59
7.1. Secuencia metodológica de actividades	60
7.2. Información importante Sesión 7 – Material para el facilitador	63
7.3. Material de soporte para el facilitador	64
Sesión 8: Autocuidado - síndrome de agotamiento profesional	66
8.1. Secuencia metodológica de actividades	67
8.2. Información importante Sesión 8 – Material para el facilitador	69
8.3. Material de soporte para el facilitador	70
Sesión anexa sobre población vulnerable principalmente en situación de migración	73
Material de consulta anexo para el facilitador	80
Anexo	94
Bibliografía	108



INTRODUCCIÓN

El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil busca aportar al fortalecimiento de las competencias de las y los profesionales encargados de la atención de madres gestantes en contexto de vulnerabilidad social, con especial atención en mujeres refugiadas y migrantes. Este proyecto de acción educativa está enmarcado en el proyecto “Promoción del bienestar psicosocial para el desarrollo sostenible de la población migrante y de acogida en Lima y Tumbes”.

Los profesionales de la salud que se encargan de la atención materno-perinatal a poblaciones en situación de vulnerabilidad, especialmente, mujeres refugiadas y migrantes, desarrollan acciones de atención, cuidado, vigilancia del embarazo, crecimiento y desarrollo del bebé, tareas de gran relevancia para su desarrollo futuro. Por otro lado, pensar en la salud materna perinatal significa colocar a la madre gestante como sujeto principal de atención con la finalidad de que goce de un buen estado físico, emocional y mental, de esa manera, alcanzará un embarazo a buen término y un parto seguro. Esta experiencia sostiene a la madre para brindar los cuidados necesarios a su bebé, lo cual garantiza su efectivo desarrollo bio-psico-social.

Para ello, resulta necesario que los profesionales de salud, quienes brindan atención a las madres gestantes en los diversos establecimientos de salud públicos y privados, fortalezcan capacidades para sus actuaciones profesionales en beneficio del desarrollo de las futuras generaciones.

El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil contiene 8 sesiones de aprendizaje, las cuales están planteadas de forma didáctica para poner en marcha una experiencia de aprendizaje vivencial, participativa y significativa dirigido a los profesionales de la salud que brindan atención a la madre gestante.

PROPUESTA DEL MÓDULO PSICOPEDAGÓGICO

¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO EL MÓDULO EDUCATIVO?

El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil está dirigido a profesionales de salud, principalmente obstetras, quienes brindan atención en salud a madres gestantes en contexto de vulnerabilidad social, preferentemente refugiados y migrantes. La atención se brinda en los establecimientos de salud de las localidades de intervención del proyecto.

¿QUÉ SE LOGRARÁ AL APLICAR EL MÓDULO?

Objetivo general

Contar con una herramienta educativa didáctica de naturaleza formativa y participativa con la finalidad de fortalecer las capacidades de atención, soporte y acompañamiento de los profesionales de la salud que brindan atención a madres gestantes en condiciones de vulnerabilidad, principalmente, refugiados y migrantes.

Objetivos propuestos

1. Que las y los participantes reconozcan y valoren el apego como proceso vital para el desarrollo biopsicosocial de las personas.
2. Que las y los participantes identifiquen las características y expresiones de la vivencia del duelo en el vínculo materno-infantil.
3. Que las y los participantes reconozcan la importancia de favorecer, desde su actuación, condiciones socioemocionales en las madres gestantes para la generación del vínculo madre-niño.
4. Que las y los participantes identifiquen y analicen la situación actual de los servicios públicos perinatales en relación con la atención pertinente y oportuna a las madres gestantes.
5. Que las y los participantes identifiquen la importancia de desarrollar acciones de soporte a las madres gestantes mediante una atención diligente y cálida en los servicios públicos de atención perinatal.
6. Que las y los participantes identifiquen la importancia de desarrollar acciones de soporte y apoyo a las madres gestantes para el mejor manejo de las dificultades físicas, emocionales y sociales que surgen en este período.
7. Que las y los participantes comprendan la dimensión de la vivencia de la maternidad y el desarrollo de su intervención específica e individualizada buscando consonancia y adaptación en el desempeño de su rol profesional y el plano personal.
8. Que las y los participantes identifiquen herramientas para prevenir, controlar y evitar las implicancias del síndrome de agotamiento profesional y así potenciar el manejo de sus recursos personales de autocuidado.

METODOLOGÍA DEL MÓDULO PSICOPEDAGÓGICO

Las sesiones educativas propuestas en el Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil están organizadas para favorecer el desarrollo de capacidades cognitivas, actitudinales y procedimentales de los profesionales de la salud que participan en el proyecto “Promoción del bienestar psicosocial para el desarrollo sostenible de la población migrante y de acogida en Lima y Tumbes”.

Las sesiones educativas del Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil están formuladas bajo una metodología vivencial, reflexiva y participativa. Se busca, a través de las diversas actividades propuestas, favorecer los procesos de enseñanza-aprendizaje mediante un conjunto de recursos y estrategias acorde a los propósitos que plantea las sesiones.



Participativa: promueve el rol activo y protagónico de las y los participantes, utilizando como recurso el trabajo grupal para la construcción colectiva del aprendizaje.



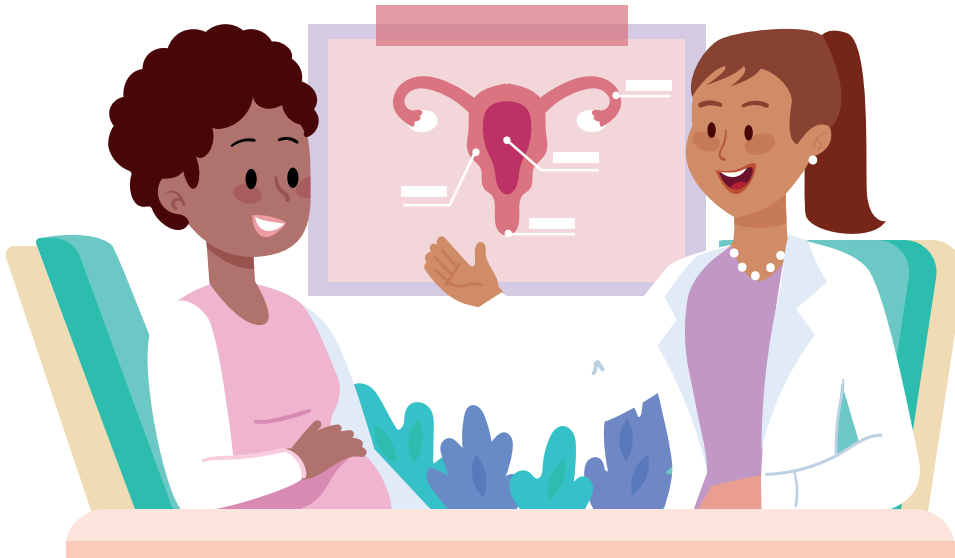
Vivencial: a través de las técnicas propuestas, se promueve distintas vivencias y experiencias en las y los participantes, lo que permite que se amplíe el campo perceptivo, además, conlleva a ser flexibles y espontáneos.



Reflexiva: las actividades planteadas buscan que las y los participantes analicen, critiquen, tomen decisiones y planteen propuestas de acción en base a lo aprendido.

La estructura de cada sesión comprende los siguientes momentos:

Actividades de introducción	Busca dinamizar y preparar a las y los participantes para el abordaje del tema de la sesión.
Actividades de desarrollo temático	Aborda, con las y los participantes, los nuevos aprendizajes a partir de información que se comparte, favoreciendo la comprensión, reflexión y asimilación de los conocimientos presentados.
Actividades de cierre y recojo de aprendizajes	Busca que las y los participantes contrasten los conocimientos adquiridos en la sesión.



USO DEL MÓDULO PSICOPEDAGÓGICO

El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil será utilizado por las personas que requieran realizar facilitación de sesiones de aprendizaje sobre vínculo materno-infantil.

El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil puede ser usado también por los profesionales de la salud interesados en el tema y que busquen fortalecer las capacidades de su personal con quienes atienden a las madres gestantes.

PAUTAS PARA EL FACILITADOR

El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil es una propuesta de formación para el facilitador que plantea un rol mediador en el desarrollo de una experiencia educativa de carácter significativo y participativo.

Al hacer uso del módulo es importante considerar lo siguiente:

1	Realizar una lectura detenida de las sesiones con la finalidad de familiarizarse con las actividades propuestas, la metodología y los contenidos. Algunas sesiones requerirán la preparación de materiales extras para su desarrollo.
2	Revisar la sesión educativa e identificar las características de las y los participantes para proponer adaptaciones acordes a las condiciones disponibles para desarrollar los talleres de formación, sin perder el objetivo propuesto en la sesión de aprendizaje.
3	Tomar en cuenta el tiempo planteado para el desarrollo de las sesiones, las cuales son referenciales y calculadas en función al promedio de las diversas actividades propuestas.
4	Respetar la secuencia metodológica de la sesión educativa, que comprende el desarrollo de actividades de introducción, desarrollo temático, de cierre y recojo de aprendizajes.
5	En la sesión de aprendizaje, brindar la información teórica con los nuevos conocimientos a las y los participantes. Asimismo, cada sesión de aprendizaje cuenta con material de soporte para que el facilitador profundice su conocimiento sobre el tema a abordar.
6	En caso de contar con más de un facilitador, organizar las responsabilidades para el desarrollo de las actividades de la sesión de aprendizaje; asimismo, tener un buen nivel de coordinación entre los facilitadores para unificar criterios.
7	Generar la participación como elemento básico en el proceso de aprendizaje de las y los participantes, basado en la interacción, la expresión de opiniones y la reflexión.
8	Favorecer el adecuado manejo de las relaciones y responsabilidades entre las y los participantes en cada una de las sesiones de aprendizaje. Por ello, es importante construir un conjunto de normas de convivencia que señale los comportamientos que se esperan y que permitirá manejar las sesiones en un marco de responsabilidad, compromiso y respeto.

9	El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil se constituya en una propuesta para el desarrollo de talleres de capacitación de manera presencial, pero con las adecuaciones pertinentes puede ser replicada también de manera virtual utilizando plataformas como Zoom, Google Meet, Microsoft Teams, entre otras.
10	El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil ofrece una caja de herramientas para que los facilitadores, en función a las características de las y los participantes, efectúen las adecuaciones que estimen pertinentes, respetando el objetivo propuesto para la sesión de aprendizaje.

¿Cómo puede propiciar el facilitador la construcción de saberes?

Para que se produzca el aprendizaje, es fundamental que tenga un sentido, una lógica y una utilidad que lo haga importante para la persona que aprende, de esto trata el aprendizaje significativo.

Además, el aprendizaje se realiza en una interacción con los otros (facilitador y pares), es decir, en el marco de una relación interpersonal caracterizado por un clima armónico, distendido, de reciprocidad y mucha confianza.

El facilitador de las sesiones del Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil propiciará el aprendizaje en las y los participantes:

- Movilizando el pensamiento a través de la formulación de preguntas que generen la reflexión, que se constituyan en un recurso didáctico para la construcción de conocimientos, recoger saberes previos, favorecer que las y los participantes piensen, descubran situaciones, establezcan relaciones entre un hecho o situación, también para plantear procedimientos y propuestas.
- Mediante la formulación de preguntas abiertas, se permitirá que las y los participantes expresen sus ideas y se estimule la reflexión.
 - ¿Por qué creen ustedes ...?
 - ¿Qué relación encuentran entre...?
 - ¿Alguien piensa diferente? Explique su respuesta...
 - ¿Cómo sucedió...?
 - ¿A qué se debe...?
 - ¿Qué utilidad tiene...?
 - ¿Cómo hacen los...?
 - ¿Qué opinan ustedes de ...?

- A través de la generación de debates y sondeos de opinión, debe buscar que las y los participantes expresen sus opiniones, tomen posiciones, fundamenten su manera de pensar, aclaren sus valores, respeten la opinión de otros, cuestionen sus verdades. El facilitador debe asumir un rol neutral escuchando y promoviendo la participación, además de estar atento para centrar la discusión cuando esta se dispersa.

El facilitador siempre debe indagar a partir de preguntas (¿cómo se han sentido?, ¿qué han aprendido?). De esta manera, surge la oportunidad de recapitular lo que se ha expresado, resaltar las ideas principales, aclarar dudas, complementar información y estimular a las y los participantes a llegar a conclusiones.

- Se promueven actividades para comparar y analizar situaciones con la finalidad de proponer alternativas de solución para determinadas situaciones.

Aspectos para el desarrollo de una sesión

- Dar la bienvenida a las y los participantes en la sesión inicial del Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil y generar un espacio de interacción utilizando una técnica de presentación.
- Prever los materiales requeridos para las actividades planteadas en la sesión de aprendizaje.
- Nombrar en el equipo facilitador a un responsable del registro de las y los participantes y de las actividades de la sesión, también debe recabar los medios de verificación. Esta información servirá para elaborar el informe respectivo sobre el desarrollo de la sesión.
- Preparar y acondicionar el lugar asignado para el desarrollo de la sesión educativa; si es necesario, realizar ajustes a las actividades de la sesión.
- Realizar la convocatoria a la sesión educativa brindando información sobre el día, la hora, la duración, el lugar y los temas. Presentarla de manera atractiva y clara a través de un medio informativo asequible a las y los participantes (invitaciones escritas o virtuales).
- El facilitador debe ser cordial, amigable, mostrar actitud proactiva y positiva durante el desarrollo de las sesiones de aprendizaje.
- Al finalizar las sesiones, verificar que se haya logrado cubrir las expectativas de las y los participantes.

ESTRUCTURA DEL MÓDULO PSICOPEDAGÓGICO

El Módulo Psicopedagógico del Vínculo materno-infantil está estructurado en 8 sesiones educativas que abordan diversas temáticas relacionadas al fortalecimiento del vínculo madre-bebé.

Sesión 1	Apego.
Sesión 2	Duelo en el vínculo materno-infantil.
Sesión 3	Facilitación del inicio del vínculo madre-bebé.
Sesión 4	Contexto nacional de los servicios públicos perinatales.
Sesión 5	Intervenciones psicosociales para el fortalecimiento del vínculo madre-bebé. Parte 1.
Sesión 6	Intervenciones psicosociales para el fortalecimiento del vínculo madre-bebé. Parte 2.
Sesión 7	Discusión de casos de migración y parentalidad.
Sesión 8	Autocuidado: síndrome de agotamiento profesional.

Además, incluye una sección con material de consulta denominado Anexo para el facilitador:

- Caja de herramientas de estrategias y técnicas.
- Material anexo de consulta para el facilitador.



DESARROLLO DEL MÓDULO PSICOPEDAGÓGICO

SESIÓN 1: APEGO



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes reconozcan y valoren el apego como proceso vital para el desarrollo biopsicosocial de las personas.



Información importante

- El apego es un proceso vital en la ontogénesis humana, no solo porque incrementa la probabilidad de supervivencia en la infancia, sino porque optimiza el desarrollo de una personalidad adaptativa a lo largo de la vida (*Bowlby, 1969/1999*).
- El apego se inicia desde el mismo momento en que la madre se “vincula” con su hijo en su condición de madre, y esto ocurre desde el momento que conoce su estado de embarazo, y prosigue durante la vida adulta y la vejez.



Contenido temático

- El apego.
- Importancia del apego.
- Apego, vínculo afectivo y relación madre-niño (*Bowlby*).
- Tipos de apego.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

1.1. Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN DE LA SESIÓN Y RECOJO DE SABERES PREVIOS SOBRE APEGO (5 min)



A. Presentación de la sesión

- El facilitador inicia la sesión dando la bienvenida a las y los participantes y les agradece por su presencia; resalta el compromiso con el fomento y mantenimiento de la salud integral.
- El facilitador presenta a las y los participantes el objetivo y la importancia de los temas a abordar en el fortalecimiento de capacidades de los profesionales de la salud que trabajan en la atención de mujeres en etapa de gestación y postparto.
- Si las condiciones del desarrollo de la sesión lo permiten, el facilitador puede realizar una breve dinámica de presentación para que las y los participantes se reconozcan e identifiquen.

B. Lluvia de ideas sobre el apego

- El facilitador solicita a las y los participantes sus opiniones sobre algunos aspectos relacionados al apego.

Tarjeta preguntas para la lluvia de ideas sobre apego

- ¿Qué entendemos por apego?
- ¿Por qué hablamos de apego cuando trabajamos en el sector salud?

- Al realizar las preguntas propuestas, el facilitador debe ir anotando las ideas que expresen las y los participantes. Es importante que las respuestas sean visualizadas por el grupo.
- El facilitador revisa las ideas y las comenta. Luego, las agrupa con ideas similares. Es importante que el facilitador revise todas las ideas expresadas por las y los participantes rescatando el aporte que brindan. Finalmente, el facilitador ofrece opiniones sobre lo trabajado.

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO

TRANSFERIR CONOCIMIENTOS SOBRE APEGO (75 min)



A. Exposición dialogada sobre apego

- El facilitador inicia esta secuencia invitando a las y los participantes a reflexionar con las siguientes preguntas:

Tarjetas con preguntas para reflexionar sobre apego

- ¿Cómo las primeras relaciones y contactos establecidos en las primeras etapas de desarrollo van a dar cuenta de cómo seremos en la etapa adulta?
- ¿Cómo se presenta el apego en nosotros y cómo somos ante los distintos estilos de apego?

- El facilitador socializa las respuestas que expresen las y los participantes y les brinda su opinión.
- El facilitador presenta una exposición dialogada sobre las siguientes ideas:
 - Conceptualización del apego.
 - Importancia del apego.
 - Apego, vínculo afectivo y relación madre-niño (John Bowlby).
 - Tipos de apego.

B. Análisis de caso (trabajo grupal)

- El facilitador presenta el caso a revisar: lee para todo el grupo y va aclarando dudas e inquietudes si se expresaran. Seguidamente, brinda indicaciones para efectuar el trabajo grupal.

Trabajemos en grupo

María llegó al centro hospitalario acompañada de su tía y su hermano, ya que, desde el inicio del embarazo, el padre de su hijo estuvo ausente. Además de no haber planeado quedar embarazada, tuvo una gestación difícil, con muchos síntomas, cansancio y la sensación creciente de resignación. Tras dar a luz, sintió una mezcla de agotamiento, rabia y ganas de llorar. El día del parto, cuando la enfermera le trajo a su bebé, su primera reacción fue de rechazo, sentía que ni siquiera tenía energías para afrontarlo. De pronto, María dejó de responder preguntas y comentarios del personal médico, como si se desconectara de la situación...

Preguntas para trabajar en grupo

- 1.- ¿Qué tipo de apego muestra la mamá?
- 2.- De seguir así, ¿qué consecuencias podría traer?
- 3.- ¿De qué modo podría intervenir el personal de salud?

- El facilitador forma grupos de trabajo equitativos con las y los participantes, quienes luego de revisar el caso deben arribar a conclusiones sobre las preguntas planteadas.
- El facilitador dirige la plenaria de las y los participantes y refuerza lo trabajado con la información propuesta.

ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXTENSIÓN DEL APRENDIZAJE: HOY APRENDÍ (10 min)



- El facilitador solicita a las y los participantes que completen la siguiente frase: "Hoy aprendí..." y va tomando nota de lo que expresen.
- Finalmente, el facilitador comenta información recabada y cierra a la sesión.

Recursos

- Material de escritorio: plumones, hojas, cinta adhesiva, etc.
- Tarjeta con caso grupal.
- Tarjeta para la lluvia de ideas sobre apego.
- Tarjeta con preguntas para reflexionar sobre apego.

1.2. Información importante - Material para el facilitador

- El desarrollo de la Teoría del Apego y el concepto de vínculo están estrechamente unidos a la figura de John Bowlby (1907-1990), psicoanalista británico, quien centró su atención en las experiencias tempranas dentro del vínculo que experimentaban los niños y sus cuidadores y cómo las vicisitudes de esta relación iban a marcar una situación de desempeño futuro.

- El apego es la primera relación del recién nacido con su madre o con un cuidador principal que se supone es constante y receptivo a las señales del niño de pocos años. El niño recurre a su figura de apego como fuente de protección para explorar su entorno.
- El apego es un proceso que no termina con el parto, la lactancia o las interacciones que el cuidador brinda al niño. No se da de forma automática, sino que se va forjando en los diversos momentos en los que se brinda atención a sus necesidades y van infundidas de sensibilidad. La relación de apego actúa como un sistema de regulación emocional, cuyo objetivo principal es la experiencia de seguridad.

Tipos de apego

- **Apego evitativo.** Genera incomodidad en la conexión, se sienten desconfiados de las interacciones con los demás, temen perder la conexión emocional, se sienten inseguros.
- **Apego ansioso o desorganizado.** Se presentan como personas muy sensibles, temen el rechazo, la pérdida de conexión emocional o el abandono, y suelen demostrar mucha ira cuando hay una situación problemática. Las personas suelen pasar de una relación a otra por temor a la pérdida, generando relaciones de dependencia en la que buscan tener el control del otro.
- **Apego temeroso.** Las personas son impredecibles con quienes más les importa, no tienen seguridad para vincularse y se sienten dubitativos para establecer relaciones.
- **Apego seguro.** Las personas presentan baja ansiedad, no sienten miedo a relacionarse y se sienten seguros; además, son empáticos.

1.3. Material de soporte para el facilitador

Apego, vínculo afectivo y relación madre-niño – John Bowlby

- La formación del vínculo confiable y seguro depende de un cuidador constante y atento que pueda comunicarse con el niño de pocos meses y no solo se preocupe de cubrir sus necesidades de limpieza o alimentación, como se entiende popularmente. Esta necesidad de atención permanente sugiere una entrega casi total por parte de la madre o del cuidador.
- El cerebro de un recién nacido tiene todas las neuronas de las que dispondrá el resto de la vida; sin embargo, apenas están conectadas entre sí. Durante su desarrollo, se tendrán que crear estas conexiones para lo cual es absolutamente imprescindible la estimulación de las personas que cuidan al bebé. Este proceso es necesario para construir las vías neuronales de las que, posteriormente, emergen las capacidades cognitivas, emocionales y sociales. Tras su nacimiento, todo cuerpo de un niño o niña tiene que terminar de desarrollarse, madurar huesos, músculos, órganos y, especialmente, su cerebro. El recién nacido no puede mantenerse con vida por sí mismo, es profundamente dependiente de otro quien lo cuide y haga por él todo lo que no puede hacer por sí mismo. Necesitan sentir a esa persona disponible para cuidarlos, para sentirse seguros.

Estas necesidades son tan importantes para seguir con vida y desarrollarse adecuadamente; requieren tener a otro ser sensible, afectuoso y capaz de estar disponible para él. Esto hace que la necesidad constitutiva del ser humano, es decir, la necesidad del bebé y del niño, desde la que se organizan todas las demás y que guían su desarrollo, es sentir que tiene disponible a sus figuras de cuidado y son sensibles a sus necesidades y que los quieran; esta unión afectiva, fuerte, significativa y estrecha recibe el nombre de *apego*.

- Durante su primer año de vida, los adultos protectores deben inundar el cerebro del bebé con sensaciones de seguridad y autoconfianza en sus relaciones interpersonales como en sí mismos. A partir de ello, el bebé desarrollará su personalidad. El cuidador debe hacerle sentir la disponibilidad e incondicionalidad desde el principio de su vida y, muy en especial, durante este primer año. El personal de salud, médico, obstetras, enfermeras, entre otros, cumplen un papel privilegiado al mostrar a las madres gestantes la necesidad fundamental de sus hijos, que es estar a su lado, pendientes de él, de su bienestar y de sus necesidades.

Importancia del apego

- Todos, como seres humanos, mantenemos vínculos afectivos; estaríamos en situación precaria y de riesgo si no contáramos con esta relación afectiva. La importancia del primer contacto entre la madre y el bebé es valorado por todas las teorías y disciplinas psicológicas, ellas destacan este aspecto, pues se ve reflejado en los desempeños de las personas en su etapa adulta.
- El desarrollo de la teoría del apego y el concepto de vínculo están estrechamente unidos a la figura de John Bowlby (1907-1990), psicoanalista británico, quien centró su atención en las experiencias tempranas del vínculo que experimentaban los niños y sus cuidadores, y cómo las vicisitudes de esta relación iban a marcar una situación de desempeño futuro. Bowlby realizó una investigación con niños que estaban institucionalizados por robo y las experiencias previas que tuvieron de maltrato y abuso. También destacó el estudio realizado en niños que fueron separados de sus madres a edad temprana y cómo ello afectaba su salud mental. Bowlby encontró que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en el niño o niña es influida por el patrón de apego o el vínculo que desarrollan durante el primer año de vida con el cuidador, generalmente la madre, aunque puede ser otra persona. Bowlby plantea que tanto los niños como sus madres y cuidadores desarrollan la necesidad biológica de mantenerse en contacto entre sí, este mecanismo de protección les permite sobrevivir para tener sus propios hijos y así perpetuar la especie. Cabe señalar que Bowlby estuvo muy influenciado, a nivel general, por la teoría etológica, pero, sobre todo, por el estudio de Konrad Lorenz sobre la impronta realizado con patos y gansos en los años 50.
- Siguiendo el paradigma teórico de Bowlby, Ainsworth (1969, 1978) subrayó que el sistema de apego (innato y biológicamente dirigido) es modificable, y que las diferencias cualitativas en el comportamiento de apego en los niños pueden verse influidas por el comportamiento de los cuidadores (Grossman, 1995). Este descubrimiento condujo a la clasificación de los estilos de apego en la infancia y adultez, que se considera un aspecto central de la aportación de la teoría del apego a la psicoterapia.
- Además, Ainsworth (1967) contribuyó a la definición del concepto de base segura, el cual jugó un papel central en la evolución del concepto de apego más allá de la proximidad, pues incluyó la influencia de las expectativas del niño sobre el cuidador. Además, identificó, de manera preliminar, el tipo de interacciones padre-hijo que tenían mayor probabilidad de generar un estilo de apego seguro, así como también los distintos tipos de apego inseguro.

El apego es un proceso que sirve de base a todas las relaciones afectivas y, en general, en todas sus relaciones interpersonales a lo largo de su vida.

SESIÓN 2: DUELO EN EL VÍNCULO MATERNO-INFANTIL



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes identifiquen las características y expresiones de la vivencia del duelo en el vínculo materno-infantil.



Información importante

- Durante la gestación, se desarrolla un fuerte vínculo en el que la madre despliega una serie de representaciones con relación a su bebé. Durante la lactancia, la madre inicia un vínculo crucial para el desarrollo emocional del bebé que guarda relación con el modo en que su bebé fue representado y vivenciado durante la gestación. La madre necesita de un contexto familiar y social receptivo que la apoye y enseñe destrezas para asumir su rol materno.
- En la época actual, hay una variación en cuanto a la experiencia y el rol materno. Se debe revisar la idealización social sobre cómo debe ser una madre: totalmente abnegada, incapaz de sentir cansancio, dedicada a su hijo de manera exclusiva.
- El duelo es una reacción natural, normal, de cualquier ser humano que ha perdido algo, especialmente, personas de sus círculos más cercanos.



Contenido temático

- Vínculo materno-filial.
- Duelo materno.
- Factores del duelo en el vínculo materno-infantil.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

2.1. Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN

RECOGIENDO SABERES: LISTA DE PALABRAS SOBRE DUELO Y VÍNCULO (10 min)



- El facilitador forma grupos equitativos y solicita que elaboren una lista de ideas sobre las palabras “vínculo” y “duelo”.
- El facilitador fomenta que un representante por grupo muestre la lista de ideas recopiladas en su equipo, y destaca las más relevantes y relacionadas con el tema de la sesión.

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO

TRANSFERIR CONOCIMIENTOS: VÍNCULO MATERNO-FILIAL Y DUELO (70 min)



A. Presentación de información sobre vínculo materno-filial y duelo

- El facilitador prepara tarjetas con las principales ideas de la sesión:
 - Vínculo materno-filial.
 - Duelo en el establecimiento del vínculo materno-filial.
 - Factores en el duelo.
- Al presentar las ideas a las y los participantes, el facilitador debe favorecer su participación y expresión de opiniones.

B. Análisis de caso (trabajo grupal)

- El facilitador presenta a las y los participantes la lectura “No quiero a mi bebé: Historia de un embarazo conflictuado” (autora Lic. Liz coronel) y propone una lectura conjunta. Para que la actividad sea participativa, fomenta la lectura por partes, designando entre las y los participantes momentos para su intervención.

Lectura: “No quiero a mi bebé: Historia de un embarazo conflictuado”

Carmen es una mujer que llegó buscando atención psicológica cuando estaba en el tercer mes de un embarazo complicado. Teníamos sesiones virtuales, ella recostada en la cama y con mucho malestar, el bebé le reactivaba síntomas de gastritis, no podía comer, todo le caía mal, sentía mucha pesadez, náuseas, hinchazón. Desde el primer momento me aclaró que ella no quería a ese bebé, que había pensado en abortarlo, pero su esposo no quería. Ella ya tenía otra hija, Luz de 10 años, por la que tenía un afecto muy grande. Me contaba que su primer embarazo no fue así, Luz no la hizo sufrir tanto. En cambio, parecía que este bebé solo había llegado para hacerle daño.

Cuando iba a sus controles, no se sentía cómoda, al contrario, se sentía perseguida, amenazada; yo no podía darle medicamentos para aliviar sus malestares, porque había que proteger al bebé de los posibles efectos nocivos de la medicación. Desde que se embarazó, ella dejó de existir; todo el mundo giraba alrededor del bebé, a nadie parecía importarle lo que ella estuviera sintiendo. Cuando cometía algún descuido, se lo reprochaban fuertemente, - ¿cómo podía ser? -le decían- si ya no era madre primeriza. Ella debía saber, debía ser más cuidadosa. Entonces, era natural que desarrollara odio hacia su bebé -pensé. Pero, para Carmen, era un malestar muy intenso que persistía aún después de haber encontrado profesionales de la salud amables, debía haber una historia detrás... y la había. Con el tiempo, y muy gradualmente, empezó a contarme las constantes situaciones de violencia que vivió con su mamá, las humillaciones, los golpes. Con el único que conservaba algún vínculo era con su papá, que después del divorcio intentó obtener la tenencia. Pasaron por el juzgado muchas veces, se demostró cómo su mamá se ensañó con ella, pero el juez nunca concedió que vaya a vivir con su padre, había vivido atrapada con una madre cruel. Pero no era todo, ella tenía una hermana menor, la favorita de su mamá, de la que estaba celosa con toda razón. Unos días antes de cumplir 18 años tuvo que ir al juzgado junto a su mamá para que no se suspenda la pensión de alimentos que pasaba su papá. Dejaron a la hermana de 12 en la casa. Cuando volvieron, la encontraron tirada en el suelo, muerta. La hermana había querido colgar la ropa para secar, al parecer, había cables sueltos, se electrocutó. Este hecho la dejó con un sentimiento de culpa tan grande que aún ahora le duele.

Todas estas historias se le reactivaron como heridas sangrantes con el embarazo, en la medida en que pudo contarme, pudo ser escuchada, pudo desprenderse de esas historias de terror, pudo darse cuenta de que no fue su culpa, empezó a emerger los sentimientos afectivos hacia su hijo, empezó a hablar de él con ilusión. Pude acompañarla hasta que el bebé tuvo 2 meses, lo llamó Moisés, y cada vez que lo veía, se decía a sí misma, cómo pude no haberlo querido.

Carmen recuperó la capacidad de maternar a su hijo porque pudo ser contenida, acogida, escuchada. Su situación fue extrema, pero cualquier gestante con cierta dificultad o conflicto se beneficiaría enormemente de una actitud receptiva, que no juzga y que simplemente escucha con atención, de una presencia humana que escucha.

- Concluida la lectura, el facilitador solicita a las y los participantes responder las siguientes preguntas:
Tarjeta preguntas para la lectura: “No quiero a mi bebé: Historia de un embarazo conflictuado”

¿Qué sucedía con Carmen?	
¿Cómo se manifiesta la formación del vínculo materno-filial?	
¿Qué factores del duelo presentaba Carmen?	
Además de lo descrito en la lectura, ¿qué otras acciones se podrían plantear para que Carmen supere el duelo que experimentaba?	

- El facilitador fomenta el diálogo entre las y los participantes con las respuestas.

ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXTENSIÓN DEL APRENDIZAJE: “FRASES RESUMEN” (10 min)



- El facilitador solicita que se conformen grupos de 3 o 4 participantes y les pide que elaboren una frase sobre el tema abordado en la sesión.
- El facilitador da paso a que las y los participantes presenten las frases y las comenta. Para que las frases propuestas sean visualizadas por las y los participantes, deben ir escribiéndose y colocando a la vista de todas y todos. Al finalizar esta actividad, se cierra a la sesión.

Recursos

- Material de escritorio: plumones, hojas, cinta adhesiva, etc.
- Tarjeta con lectura: “No quiero a mi bebé: Historia de un embarazo conflictuado”.
- Tarjeta de preguntas para la lectura “No quiero a mi bebé: Historia de un embarazo conflictuado”.

2.2. Información importante - Material para el facilitador

- Las dimensiones biológica, psicológica y social se entrecruzan y van generando las bases de una identidad en el niño o niña. Los seres humanos, a diferencia de las sociedades animales, poseen un lenguaje simbólico que propicia la construcción de conocimientos y patrones sociales de relación que se transmiten generacionalmente a través del lenguaje. Los seres humanos vivimos el mundo a través de los significados que le dan sentido a la vida. Es así como, durante el embarazo, la madre empieza a imaginar a su bebe y le otorga significados y emociones: se imagina cómo será, si se va a parecer a ella, al abuelo o a su pareja, etc. La madre va a ofrecerle un mundo de significados a la llegada de su hijo, lo reviste con sus afectos, de su propia historia. Si bien durante la gestación se desarrolla el bebé biológicamente en un período de nueve meses, la madre le otorga al cuerpo y existencia del bebe una serie de representaciones que son la matriz simbólica de la futura identidad de su hijo o hija.
- Cada madre siente y vivencia a su bebe de manera especial. Una madre puede tener dos o tres hijos/as y con cada uno de ellos/ellas van a desarrollar un vínculo especial y diferente que va a depender de su estado emocional y de cómo el bebé reacciona a su cuidado, del ciclo de vida de la madre, etc. De esta experiencia y del soporte con el que cuente, surge la cualidad del vínculo de la madre con su hijo.
- El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe (Meza Davalos et al.,2008). Es una respuesta adaptativa normal que suele producirse, por ejemplo, en el contexto de la muerte de un ser querido o como reacción ante la pérdida de una persona amada, objeto o ideal muy valorado. El duelo produce un efecto emocional, usualmente relacionado con la muerte, aunque no es el único factor que lo desencadena. También genera duelo la separación con la pareja, los hijos, pérdida de un ideal, pérdida del empleo, salida del país, pérdida de una propiedad, pérdida de una de las partes del cuerpo, pérdida de las representaciones internas, valores, afectos, etc.
- El duelo genera tristeza, falta de interés, poca energía, retiro de relaciones interpersonales, ensimismamiento. Actividades que antes producían disfrute, ahora le exigen mucho esfuerzo realizarlas. Las personas, cuando se vinculan con otra, tienen los recuerdos, imágenes, momentos compartidos emocionalmente con la persona querida, y cuando la pierden inician el trabajo de duelo. De manera paulatina, se desprenden de estos recuerdos y experiencias compartidas con ella, generando dolor psicológico, tristeza y ansiedad.

La diada madre-hijo se torna fundamental, dado que constituye un modelo de relación que se mantiene a lo largo de la vida.

2.3. Material de soporte para el facilitador

Duelo en el vínculo infantil

Vínculo materno filial durante el embarazo

- La figura materna representa a aquella persona que el niño o niña toma como el objeto inicial con la cual va a identificarse, es decir, la persona con la que se va a vincular de manera especial. Se constituye en una representante que le va a otorgar al hijo/a el lenguaje de la afectividad (caricias, ternura); es una figura social y cultural con el que desarrollará capacidades y experiencias de confianza.
- El niño o niña no nace en el vacío, no es un hecho vital descontextualizado, sino que existe una novela familiar: ¿dónde está el padre?, ¿cómo son las relaciones al interior de la familia?, ¿cómo son los abuelos paternos y maternos? La historia es el marco en el cual el niño o niña se ubica al llegar a una familia, la historia previa al nacimiento tiene un importante rol condicionante en la historia del recién nacido.
- El desarrollo del vínculo simbólico entre la madre y su hijo ocurre cuando se está formando al interior de ella, en un proceso biológico que se da de manera natural; la madre experimenta una sensación de simbiosis, de sincronía necesaria para el desarrollo físico y mental del bebé. Es importante identificar cómo se siente la madre frente a lo que experimenta y siente hacia su bebé en gestación para el mejor desarrollo del vínculo.
- En la creación del vínculo madre-niño se toma en cuenta la posibilidad para la madre de amar y ser amada por el bebé, aspecto que debe forjarse antes de que el niño comience a hablar y socializar. Lo que sugiere es que se formen vínculos de relación personal, seguridad y afecto, los cuales se establecen a nivel preverbal como la emisión y la recepción de señales sociales y de afecto, la negociación de intenciones y la intersubjetividad.
- A lo largo del desarrollo de la gestación, en la madre se presentan diferentes ansiedades frente al embarazo, parto y lactancia (ansiedad acerca de estar o no embarazada, temor por la situación económica y de protección, las nuevas sensaciones corporales que trae el embarazo, etc.). Igualmente, meses más tarde la criatura puede ser sentida como un ser peligroso que patea, percibida como una amenaza de daño físico y severo a la madre. Tales situaciones se pueden mezclar con sentimientos de fealdad o inferioridad, base de muchas depresiones y fantasías celosas con respecto al marido (“soy fea no me quiere a mí, quiere a otra”), el temor a la responsabilidad asumida, a no ser capaz de dar a luz y de criar a un niño/a, en general, temor del hijo/a.
- La angustia es constitutiva de la relación madre-hijo, el hijo/a experimenta emociones conectadas que vibran a la par con las de la madre. Esta ansiedad tanto la de la madre como la del bebé es un elemento afectivo para tomar en cuenta. Se hace necesaria la presencia del soporte del entorno (el padre del bebé, un familiar o amistad que acompañe a la madre). En el caso del niño, la madre será quien ayude a tramitar la angustia.
- La fuente de apoyo y soporte de su familia o de su entorno tiene como función proteger físicamente a la madre, alejarla de otros quehaceres diarios para que se involucre totalmente con el bebé, lo cuide física y emocionalmente, le brinde el saber y la experiencia de vivenciar su maternidad. Aun así, la madre corre el riesgo de ser abandonada, criticada, desvalorizada o sabotada por su red de soporte al no cumplir con las expectativas que surgen sobre el cumplimiento de su rol. Este temor condiciona su pensamiento y maneras de actuar.

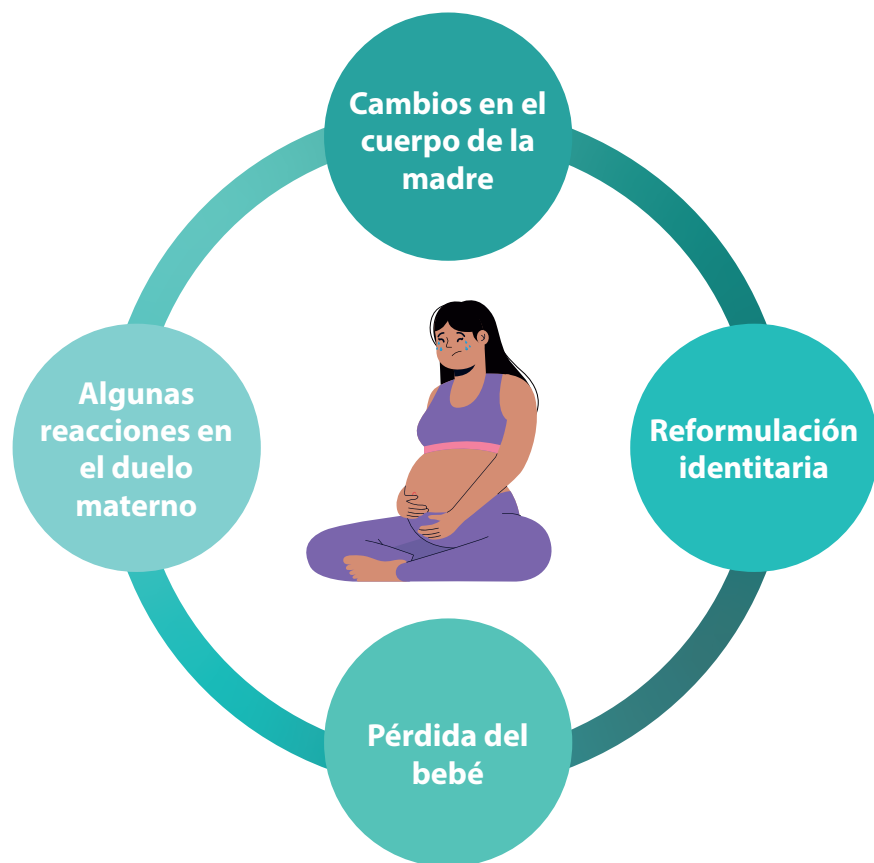
En el duelo materno, se evidencian cuatro factores:

<p>Cambios en el cuerpo de la madre Pérdidas con el cuerpo, descontrol metabólico por el cual las madres gestantes tienen culpabilidad o malestar al manifestarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La madre en espera pierde el control sobre su cuerpo. • Incrementa la ansiedad del yo ante la pérdida de funciones básicas. • Tiene náuseas, vómitos, malestares, aumenta el apetito, la digestión puede hacerse más lenta, estreñimiento, las mamas crecen y pueden doler o aumentar sensibilidad, calambres, entumecimiento, dolores de espalda. • Ocurre cambios en la propia imagen corporal: peso, aumento de volumen de abdomen, mamas, inseguridad en la autoestima personal. • Ansiedad con relación a cómo se autopercebe y es percibida por la pareja y otros.
<p>Reformulación identitaria Pasa un trance de pensar en sí misma a pensarse con su hijo, y darle espacio al cuidado que requiere. Tiene que dar lugar al desarrollo de capacidades para asumir el nuevo rol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El embarazo es un tránsito identitario: de lo personal individualizado, tiene que abrir su identidad a la noción de que es ella y su bebé. • Pasa del eje libertad individual y propia voluntad al eje del cuidado de ella y el bebé. • Las capacidades para la vida autónoma (liderazgo, asertividad, competencia, cumplimiento de metas, autoeficacia) pierden prioridad en la configuración de los estados emocionales de la madre. • Necesita desarrollar capacidades que requieren los roles para la maternidad (cuidado, protección, prevención, búsqueda de modelos maternos, espera, tolerancia para sobrellevar los cambios, contención, y afrontamiento de ansiedades y temores por el parto y por ser madre, etc.). • No es que haya un cambio “esencial” sino un reacomodo de estados emocionales de la futura madre para dar espacio a sus nuevos roles.
<p>Algunas reacciones emocionales en el duelo materno Diferentes formas de reaccionar frente al duelo materno, algunas pueden tener formas extremas como la depresión y psicosis puerperal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El embarazo para la mujer tiene un complejo plano psicológico que se entrelaza con los planos físico-biológico y del entorno familiar y social. • Ruptura del balance emocional ante las diversas pérdidas. • En un extremo de esta ruptura de las bases psicológicas, tenemos las reacciones agudas y las psicosis puerperales. • En el extremo de una mayor flexibilidad emocional, un duelo iniciado con la confianza en la capacidad de volver a quedar embarazada y llevar a buen puerto el nacimiento de otro bebé.

Pérdida fetal

La madre brinda significados y sentimientos amorosos al bebé en gestación. Cuando sucede una pérdida, experimenta dolor psíquico, pese a la pérdida subsiste en la mente, siente dolor por la pérdida del cuerpo imaginado y amado del feto.

- El vínculo con el feto se sigue desarrollando psicológicamente, lo que implica un cambio en la mente de la madre y su configuración identitaria.
- El vínculo madre-hijo toma relevancia amorosa en la subjetividad de la madre.
- El amor materno es el deseo de la madre de unir, en una fusión y simbiosis natural, las representaciones mentales de sí (la madre) y las de su hija/o imaginado o representado. El feto es parte de la imagen integrada de la madre.
- La pérdida del feto altera las representaciones materno-filial amorosamente revestidas en la mente de la madre.
- Duelo de proporciones semejantes al del bebé nacido, pero perdido.
- Formas compensatorias: reasumir su capacidad de ser mamá con otro embarazo.
- Mujeres que han tenido varias pérdidas y no han logrado llevar a término su embarazo.
- Mujeres que tienen problemas de fertilidad: el sentimiento de pérdida está en la propia capacidad de la mujer para ser madre.



Trastornos mentales o del comportamiento asociados al embarazo, parto y puerperio

Depresión – ansiedad en el embarazo

- 8.5% a 11% de mujeres embarazadas sufrirán síntomas de depresión y/o ansiedad de moderado a severos (Gaynes et al., 2005).

Depresión Posparto

- 6.5% al 12.9% de las mujeres sufren algún grado de depresión posparto.
- Síntomas como enojo, miedo y/o culpa, falta de interés en el bebé, trastornos del apetito y del sueño, dificultad para concentrarse y en la toma de decisiones, pensamientos agresivos hacia el bebé o a sí misma (Rodrigues y Angelo, 2016).

Trastorno de pánico posparto

- El 11% de las madres primerizas lo padecen.
- Experimentan síntomas tales como nerviosismo, ataques de pánico reincidentes (hiperventilación, dolor de pecho, palpitaciones o miedo (Wisner, Peindl y Hanusa, 1996).

Trastorno obsesivo-compulsivo posparto

- Del 3% al 5% de las madres primerizas lo experimentan.
- Los síntomas que presentan son (1) obsesiones (pensamientos persistentes o imágenes mentales repetitivas relacionadas o no con el bebé), (2) compulsiones (hacer cosas una y otra vez para reducir el miedo) y (3) sentimiento de horror acerca de las obsesiones. Estas madres saben que sus pensamientos son raros y muy raras veces los ponen en práctica (Brandes et al., 2004).

Psicosis puerperal posparto

- Tiene un inicio súbito de síntomas psiquiátricos durante las primeras semanas después del parto.
- Hay cambios de humor, depresión, ansiedad, delirios y alucinaciones, entre otros.
- El trastorno está asociado a un riesgo de suicidio o de infanticidio.
- Parto con factor desencadenante.

SESIÓN 3: FACILITACIÓN DEL INICIO DEL VÍNCULO MADRE-NIÑO



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes reconozcan la importancia de favorecer, desde su actuación, condiciones socioemocionales en las madres gestantes para la generación del vínculo madre-niño.

Información importante



- La capacidad para desarrollar una identidad materna positiva radica en el propio estilo de apego infantil de la madre, desde el cual se han construido las relaciones con otros y la capacidad de percibirse a sí misma como proveedora de protección y cuidados. Ambos son aspectos fundamentales en el establecimiento del vínculo materno-fetal.
- Un enfoque de intervención dirigido a la promoción del vínculo materno-fetal debe, a su vez, fomentar las prácticas de cuidado y salud en el embarazo a través de la empatía y el deseo de cuidar y proteger al feto.
- Trabajar una intervención desde un enfoque interdisciplinar basada en la mentalización por una mejoría en la capacidad reflexiva de las madres para el vínculo materno-fetal ofrece efectos positivos a corto y largo plazo. Potenciar los recursos internos de las mujeres, es decir, su capacidad de resiliencia, y el papel de la pareja de crianza y las redes sociales de apoyo, incide en la salud física y emocional de madres y bebés. Además, incide en la vinculación postnatal, el apego infantil, las pautas de crianza y parentalidad positiva y la prevención, entre otras, del abuso y maltrato.



Contenido temático

- Implicación emocional vínculo madre-niño.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

3.1. Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN

RECOJO DE SABERES PREVIOS CON LECTURA INTRODUCTORIA:
LA HUELLA DE LA ESPERANZA (20 min)



A. Reflexión introductoria

- El facilitador inicia la sesión con la lectura “La huella de la esperanza”.

Lectura: La huella de la esperanza

La construcción de una sociedad más justa y más humana parte del cuidado a la infancia. La carencia, el abandono, la violencia, en definitiva, el dolor que los niños sufren y que no es escuchado a tiempo será el germen de la violencia social, del crimen, la intolerancia, la segregación y todo aquello que nos hace daño.

Todo lo que nos horroriza cuando vemos noticias tuvo un inicio, se fue gestando en una vivencia de dolor tan intolerable que solo fue posible evacuarla a fin de salvar la vida. No hubo nadie que acogiera ese sufrimiento, que le pusiera palabras. Cuando nos quejamos de lo inhumano del actuar de algunas personas, estamos diciendo que no hubo nadie que humanice a ese que, en algún momento, fue un niño desamparado, violentado, que anduvo a la deriva y que, finalmente, colapsó. Es a través del vínculo que un bebé y un niño se humanizan.

Ahora, quisiera hablarles no solo a los padres sino a todos los que tienen niños alrededor, tíos, abuelos, profesores, padrinos, personal de la salud, etc. Por distintos motivos, a veces, los padres no pueden hacerse cargo de sus hijos, les dan todo lo que atañe al cuidado físico, pero no pueden proporcionarles cuidado emocional. Sepan que pueden hacer mucho escuchándolos, hablándoles, jugando con ellos, poniendo palabras a su malestar. El vínculo que crean con ellos será la base que les permita sortear hasta las condiciones más adversas. Se preguntan cómo alguien que enfrentó las más duras situaciones puede ser ahora un hombre, una mujer que logró cierta estabilidad, que trabaja, que estudia, que construye. Esa persona tuvo a alguien quien, a través del contacto afectivo, instaló una potencia para lidiar con las dificultades. Dejó la huella de la esperanza, de la confianza en el mundo, de que valía la pena seguir luchando. Probablemente, no modificó las condiciones que le tocó vivir, pero le cambió la vida.

Todos podemos hacer algo por la infancia, todos podemos aportar en la construcción de una sociedad más humana, todos podemos hacer la diferencia, ese alguien que, a través del vínculo, permite que el niño pueda seguir creyendo, que no pierda la fe.

- A continuación, el facilitador invita a las y los participantes a contribuir con sus opiniones sobre la lectura.

Preguntas sobre la lectura “La huella de la esperanza”

- ¿Qué aspectos se abordan en la lectura?
- ¿Qué importancia e implicancias tiene el vínculo afectivo para un niño con un adulto referente?
- ¿Qué responsabilidades nos toca asumir en el fomento del vínculo afectivo de un niño?

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO

TRANSFERIR CONOCIMIENTOS: IMPLICACIÓN EMOCIONAL VÍNCULO MADRE-NIÑO (50 min)



A. Exposición dialogada sobre la implicación emocional vínculo madre-niño

- El facilitador presenta a las y los participantes una frase y solicita expresen si están de acuerdo o no con lo que afirma y por qué.

La forma de relacionarse que tiene una persona a lo largo de su vida con el mundo y con los otros está condicionada por los vínculos que establece con la familia y el entorno durante sus primeros años.

- A continuación, el facilitador realiza una exposición dialogada sobre la implicación emocional en el vínculo madre-niño.

ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXTENSIÓN DEL APRENDIZAJE: FRASES INCOMPLETAS (20 min)



- El facilitador presenta un conjunto de frases y solicita a las y los participantes que las completen con las ideas abordadas en la sesión.

Tarjetas: frases incompletas

- Un bebé necesita la estimulación afectuosa de su cuidador porque ...
- Examinar el vínculo madre-bebé permite...
- Las madres más vinculadas con sus niños generan ...
- Los niños expuestos a una mayor sensibilidad en las interacciones maternas durante los primeros meses de vida muestran...

- El facilitador refuerza las ideas expresadas y presenta la información basada en el tema de la sesión.

Recursos

- Lectura: "La huella de la esperanza".
- Frase para exposición dialogada.
- Tarjeta: Frases incompletas.

3.2. Información importante - Material para el facilitador

“Bajos niveles de calor materno se asociaron con la presencia de rasgos insensibles de la personalidad”.

Bisby

- Harry Harlow (1975), psicólogo estadounidense que se propuso estudiar en el laboratorio la teoría del apego y de la privación maternal, realizó un experimento con monos Rhesus, que, bajo los estándares éticos actuales, sería irrealizable por la crueldad que involucraba.
- Los monos expuestos a este tipo de experiencias presentaron evidentes alteraciones en su manera de comportarse después de haber pasado 30 días en la jaula, pero los que permanecieron un año completo quedaban en un estado de pasividad total (relacionada con la catatonia) e indiferencia hacia los demás, estado del cual no se recuperaban.
- La crianza es un trabajo, es un esfuerzo diario, muchas veces gratificante, pero muchas veces también frustrante y angustiante. No todos esperan a ese niño que llega a cambiar sus vidas. No todos están preparados, pero lo terminan asumiendo. Es un trabajo particular porque no se puede hacer desde la obligación, sino que solo es posible desde el deseo. Para que el deseo surja, a veces, es necesario que alguien escuche y acompañe a esos padres, quienes no necesitan reproches sino descargar su angustia, su inseguridad, su frustración. Solo así podrán devolver una nueva mirada hacia el pequeñito que tanto los necesita.
- Hay que desmitificar la crianza. Hace mucho daño censurar los sentimientos hostiles que surgen en los padres de cuando en cuando. Es natural sentir cansancio o enojarse con los hijos, a todos les pasa en algún momento. Lo importante es saber que la crianza es así, que no son malos padres por sentir rabia, pero que los niños no tienen la culpa de sus dificultades. Es deber de la sociedad acompañar este proceso tan importante. Mientras más contención y apoyo encuentren los padres, mejor podrán comprender las necesidades de sus hijos.

3.3. Material de soporte para el facilitador

Facilitación del inicio del vínculo madre-niño

El experimento de Harlow y la privación materna: sustituyendo a la madre

- Qué importancia puede tener un gesto amable, el acercamiento a un niño y, más aún, la importancia de un primer acercamiento entre una madre y su hijo. Entonces, ¿qué sucede cuando solo se puede dar el cuidado físico a un niño? Se han desarrollado un sinnúmero de experimentos y experiencias naturales en orfanatos en los que se evidenciaba la muerte de muchos bebés pese a contar con condiciones adecuadas de alimentación, limpieza y cuidado. René Spitz (1985) estudió las alteraciones psicológicas en niños institucionalizados u hospitalizados y separados de sus madres, y comprobó que en casos graves podían llegar a la muerte por *marasmo*, este hecho ocurría, sobre todo, a partir de los 6 y 9 meses de vida. Bebés aparentemente sanos entraban en un estado de depresión, dejaban de mantener contacto visual, de alimentarse, de comunicar, hasta que “la enfermedad” los llevaba inevitablemente a la muerte.

- Harlow (1975) efectuó la separación de algunas crías de monos Rhesus de sus madres y observó de qué manera se expresaba su privación maternal, pero no se limitó a observar pasivamente, sino que introdujo en su investigación dos artefactos que le permitían saber lo que sentían las crías de los monos. Uno de ellos era una estructura de alambre con un biberón lleno, y la otra era una figura similar a un mono adulto, recubierto con felpa suave, pero sin biberón. Ambos objetos, a su manera, simulaban ser una madre, aunque la naturaleza de lo que le podían ofrecer a la cría era muy diferente. Las crías mostraban una clara tendencia a estar aferrados al muñeco de felpa, a pesar de no proporcionar comida. El apego hacia este objeto era mucho más notorio que el que profesaban hacia la estructura con el biberón, lo cual iba a favor de la idea de que es el vínculo íntimo entre madres y crías lo realmente importante, y no el simple alimento. El artefacto con felpa parecía proporcionar una sensación de seguridad que resultaba determinante para que los pequeños monos se decidiesen a emprender ciertas tareas por propia iniciativa e incluso se abrazaban con mayor fuerza a este cuando tenían miedo. En los momentos en los que se introducía algún cambio en el entorno que generaba estrés, las crías corrían a abrazar al artefacto suave. Y, cuando se separaba a los animales de este artefacto de felpa, mostraban signos de desesperación y miedo, gritando y buscando todo el rato a la figura protectora. Cuando se volvía a poner al muñeco de felpa a su alcance, se recuperaban, aunque permanecían a la defensiva por si volvían a perder de vista a esta madre artificial.

Implicación emocional vínculo madre-niño

- Botero (2008) señala que “desde el vientre, el bebé es capaz de discriminar los sentimientos de su madre, y, lo que es más, es capaz de responder a ellos, las ansiedades emocionales de los bebés no nacidos son mucho más primitivas que las nuestras”. Aspecto como la hipersomnolia que experimenta la madre es una manifestación de esta condición que invita a la madre a ensimismarse, estado natural y de protección a su preñez; y en ocasiones, si existe alguna condición o patología previa en la madre, y de acuerdo con su personalidad, puede presentarse una depresión intensa.
- Una relación implica un encuentro de dos o más, en el cual cada parte aporta particularidades que permiten el entrelazamiento más o menos estable y duradero enmarcado a partir del entorno en el que se dé cada relación. Dicho encuentro genera un impacto emocional que permite la conexión y facilita la lectura de lo emocional en esa relación humana.
- Las propuestas y respuestas del bebé, inclusive desde el vientre materno, las disposiciones físico-emocionales en la comunicación madre-bebé, corresponden no solamente a impulsos biológicos, sino que también nutren y sostienen su crecimiento emocional. Si la relación se inscribe a partir del “compromiso emocional” de las dos partes, se configura una “relación emocional”.
- Uno de los principales acompañantes para la madre es el padre; él hace parte directa de la relación, inmerso en un torbellino emocional que lo ubica de manera particular en la relación madre-bebé, tiene que tramitar sus propios miedos, angustias y fantasías, sostener a la madre y asumirse como padre de un ser que no experimenta y no conoce. Otra realidad es la que enfrentan las madres que vivencian solas este proceso, tales como las mujeres refugiadas y migrantes, quienes requieren encontrar una red de soporte alternativa en sus grupos amicales y también en los servicios de salud que permitan fortalecerlas y enfrentar las vivencias frente a su maternidad.

- El cuidado, la contención, el trato especial y considerado del medio que la rodea, el halago y la celebración por su condición de madre, le permiten la elaboración, tolerancia y la salida de ese estado emocional. La madre en un estado de indefensión, necesitada de protección, comprensión; requiere del acompañamiento de otras mentes que la sostengan, que reciclen sus emociones y ansiedades más primitivas y puedan devolverle de forma amable y cálida lo que necesita, que la comprendan al conocer los avatares psíquicos de ese momento vital.
- En las ansiedades del parto, la madre alberga en su vientre a un ser que ve, al que se le atribuyen ciertas características imaginarias y con quien existe una íntima e insustituible relación cuerpo a cuerpo, mente a mente. El momento del parto se constituye en una fuente de ansiedad para la madre y para el bebé, en mutua relación, en la medida en que la experiencia se connota dolorosa, traumática, de riesgo y separación. La madre pone a prueba sus capacidades con gran temor de no lograrlo; el bebé debe hacer su más grande esfuerzo hasta el momento, que lo empuja hacia el mundo exterior; su organismo se ha esforzado por funcionar y ya la madre se debe hacer cargo de este y de sus necesidades visibles y particulares.
- En el parto se genera el encuentro con ese ser pensado, soñado, anhelado, pero a la vez desconocido, enigmático, que se lleva algo de la propia vida. Después que el niño nace, la relación implica un cuerpo con necesidades particulares que la madre deberá leer y suplir; esta lectura no parte de un proceso cognitivo, sino de una puesta en escena de la emocionalidad. Tanto la madre como el niño despliegan sus recursos emocionales en pro de sostener la relación.
- La separación de dos organismos que hasta ese momento han vivido juntos, el uno dentro del otro y a expensas de este, en una relación total de dependencia y de contacto íntimo y permanente; a partir la expulsión, la criatura cobra vida propia, debiendo en ese mismo instante hacerse cargo de una variedad de funciones fisiológicas que hasta ese momento cumplía su madre, como la respiración, alimentación y evacuación entre otras.
- La lactancia es uno de los principales encuentros que pone a prueba los aciertos y desaciertos de una relación. Dentro de las ansiedades experimentadas por la madre y por el bebé frente a la lactancia, existe el temor a que el bebé no se esté alimentando lo suficiente; el dolor que algunas mujeres sienten cuando el bebé succiona el seno; el encuentro con sensaciones desconocidas hasta el momento; el rechazo que algunos bebés presentan. Experiencias que influirán en la asunción del encuentro e imprimirán un sello relacional entre los dos. La ansiedad de no tener leche, la situación extrema de los bebés “dormilones”, que toman el pezón y se quedan dormidos, sensación percibida por la madre como de rechazo o desprecio hacia un pecho inservible, una madre que siente que va fracasando en su tarea y que no logra relacionarse adecuadamente con su hijo, experimentando un dolor enorme que puede llegar a serle intolerable.

SESIÓN 4: CONTEXTO NACIONAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS MATERNO- PERINATALES



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes identifiquen y analicen la situación actual en los servicios públicos perinatales en la atención pertinente y oportuna a las madres gestantes.

Información importante



- En concordancia con las directrices establecidas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Perú viene invirtiendo en la salud materno-perinatal aunando esfuerzos con otros actores para garantizar la efectividad de las intervenciones públicas.
- Con respecto a la salud de las madres, la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia la inequidad y la exclusión social.
- Aspectos como el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales se presentan como condicionantes en la atención de las mujeres gestantes.
- El problema de la mortalidad materna y perinatal se hace bastante complejo en países subdesarrollados, que se caracterizan por presentar altos índices de pobreza y analfabetismo, bajo estatus de la mujer, barreras culturales, malnutrición, vías de comunicación en mal estado (inaccesibilidad geográfica), sistemas de salud con problemas en su organización y con escasa capacidad de atención.



Contenido temático

- Salud materno-perinatal.
- Datos de la situación actual de los servicios públicos materno-perinatales.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

4.1. Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN

RECOJO DE SABERES PREVIOS: PRESENTACIÓN DE LA SESIÓN Y SONDEO ENTRE PARTICIPANTES (15 min)



A. Sondeo entre participantes

- El facilitador inicia presentando a las y los participantes el tema y objetivo de la sesión.

- A continuación, el facilitador pregunta a las y los participantes:

Tarjeta preguntas sondeo entre participantes

- ¿Quiénes de los participantes trabajan atendiendo a recién nacidos?
- ¿Quién de los participantes trabajan atendiendo a madres gestantes?

- El facilitador solicita que con una sola palabra califiquen la atención que brindan. Se toma nota de lo que expresan y se genera diálogo sobre ello.
- Finalmente, el facilitador resalta la importancia de brindar a los usuarios que atienden un servicio amigable, cálido y propositivo ante la realidad que atraviese cada usuario que acude a su servicio.

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO

TRANSFERIR CONOCIMIENTOS: SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL (55 min)



A. Lluvia de ideas en tarjetas y exposición dialogada

- El facilitador plantea a las y los participantes la siguiente pregunta:

Tarjeta con preguntas sobre servicios públicos para atención de salud materno-perinatal

¿Cuál considera usted el problema más importante que afecta la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y/o calidad de los servicios públicos para atender la salud materno-perinatal?

- Las y los participantes colocan sus respuestas en tarjetas que luego serán ubicadas en un lugar visible para que puedan ser revisadas. A partir de ello, el facilitador presenta información sobre la situación de los servicios públicos de salud materno- perinatal. El facilitador debe destacar la responsabilidad del Estado y las instituciones de salud de realizar desde su espacio de actuación la responsabilidad y compromiso en brindar una atención pertinente, con calidad y eficiencia.

ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXTENSIÓN DEL APRENDIZAJE: SITUACIONES ¿Y QUÉ PUEDO HACER? (20 min)



A. Trabajo grupal: ¿Y qué puedo hacer?

- El facilitador indica a las y los participantes que se han seleccionado un conjunto de situaciones y, en equipos de 3 o 4 integrantes, deberán plantear una alternativa de acción propositiva desde su lugar de actuación.

- **Tarjetas para situaciones ¿Y qué puedo hacer?**

Situación 1: Contamos con limitada infraestructura para desarrollar las acciones de atención a las madres gestantes. ¿Qué se puede hacer?

Situación 2: Hay nuevo personal en el equipo profesional que brinda atención a gestantes. Se advierte que manejan criterios de atención disimiles, aunque todos con mucha experiencia e iniciativa para realizar su trabajo. ¿Qué se puede hacer?

Situación 3: Llega a tu servicio de atención a gestantes una joven madre quien está sumida en una profunda crisis, solo atina a llorar. ¿Qué se puede hacer?

Situación 4: Se han presentado en tu establecimiento de salud un grupo de profesionales que pertenecen a una asociación; han expresado su interés de apoyar actividades en beneficio de mujeres gestantes con limitados recursos económicos. Los jefes de tu institución no están muy convencidos de esta propuesta. ¿Qué se puede hacer?

- Se sugiere que los equipos sean creativos, innovadores y “romper límites”, para brindar a las madres gestantes la atención que requieren y merecen recibir.

Recursos

- Tarjeta con preguntas sondeo.
- Tarjeta con preguntas para lluvia de ideas sobre servicios públicos para atender salud materno perinatal.
- Tarjeta para situaciones ¿Y qué puedo hacer?
- Material de escritorio: plumones, hojas cinta adhesiva, etc.

4.2. Información importante - Material para el facilitador

Algunas definiciones previas

- La salud es un derecho humano que debe ser garantizado, promovido por el estado a través de las políticas públicas, partidas presupuestales que permitan acceso a todas las personas sin restricciones. Requiere:
 - que las usuarias se reconozcan como ciudadanas, sujetos con derechos;
 - que los profesionales de salud desempeñen su rol como garantes de derecho;
 - que se respeten derechos expresados en decisiones para su atención (atendidos en su idioma, en concordancia con sus prácticas culturales, etc.).

Mujer como sujeto de derechos humanos y políticas públicas. Esta mirada permite verla como titular de un conjunto de derechos que el Estado y la sociedad están comprometidos a respetar y promover. Implica, además, mirar las diversas brechas de género que impiden al acceso a un conjunto de servicios diversos.

- Salud materna: salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

- Salud materno-neonatal: incorpora la salud del recién nacido hasta los 28 días.
- Salud materno-perinatal: incorpora la salud fetal desde las 28 semanas hasta la primera semana de nacido vivo. Aspecto que ha sido relevado en función a las ocurrencias que ocurren en período previo al parto.

Salud materna y sus determinantes sociales

- Educación sexual integral.
- Deseo reproductivo, la posibilidad que se tengan los hijos deseados.
- Embarazo adolescente.
- Violencia basada en género.
- Servicios de planificación familiar, acceso a servicios.
- Embarazo infantil y uniones tempranas, embarazo a edades tempranas y el riesgo de mortalidad materna.
- Acceso a servicios públicos y desigualdades sociales.

¿Cómo se vive la maternidad en el Perú?

- Maternidad no deseada.
- Inicio sexual desinformada y sin acceso a métodos anticonceptivos.
- Violencia de género, violencia sexual.
- Mujeres indígenas y de zonas rurales sin servicios.
- Pobreza y extrema pobreza.

Contexto nacional de los servicios públicos materno-perinatales

- Pensar las políticas de salud por parte del Estado para atender la salud de las mujeres implica pensar cómo se perciben los servicios de salud, que es un derecho humano acceder a estos con criterios de calidad, accesibles y que alcance a todas las personas sin distinción. La salud es un derecho humano que el Estado debe garantizar.
- A pesar de las mejoras significativas de la salud materna durante los últimos años, todavía se encuentran grandes desigualdades por lugar de residencia y nivel de educación, sobre todo, entre las mujeres que viven en la región de la selva y en el área rural. La atención calificada en el parto hace la diferencia entre la vida y la muerte. Por ello, las políticas de calidad de los servicios de salud materna son importantes para la garantía de la salud y la vida de las mujeres gestantes.
- Reducción de la mortalidad materna. Entre los años 2004 – 2010, se registra 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. De las muertes maternas se registra en Lima Metropolitana el mayor número de casos, seguido por los casos reportados en la región San Martín y Loreto.
- El puerperio es el momento del proceso de la maternidad en el que se producen mayor número de muertes maternas.
- El embarazo adolescente es un problema en el país, tiene rostro de adolescente pobre, rural e indígena.
- Durante el 2021 y el 2022, la mortalidad materna en el Perú tuvo un incremento del 45% y un 63% respecto al 2019, de tal manera que hubo un retroceso de 13 años en los avances que se tenían en la reducción de la mortalidad materna en el país. La pandemia por COVID-19 desnudó graves problemas en el sistema de salud como la precariedad del primer nivel de atención, que debió ser la primera barrera de contención de la pandemia en las gestantes.

4.3. Material de soporte para el facilitador

Contexto nacional de los servicios públicos materno-perinatales

Sujeto de los servicios materno-perinatales y atención de salud

- En el paradigma “binomio madre-niño”, utilizado en el abordaje de la salud pública a la madre y el niño en los años 80, queda descartado analizar de forma diferenciada las necesidades y derechos de la madre y del niño. Por ende, debe haber un enfoque conjunto para el mantenimiento de su salud.
- En el paradigma “salud de la mujer”, si bien ella requería una atención particular y específica debido a su naturaleza biológica, este paradigma limitaba la mirada a un solo tipo de mujer, desconociendo diferencias en función a los contextos, ciclos de vida y cultura de las mujeres. Por ello, se ve la obligación de complejizar las intervenciones y prestar atención a las condiciones y características de la mujer que recibe la atención.
- El paradigma de la “salud materno” centra su atención en las mujeres gestantes y madres, y deja de lado a aquellas que no lo son y que son mujeres que ameritan recibir una serie de intervenciones para la atención de su salud. Esto lleva a otorgar la mirada de una atención integral en salud a la mujer con la finalidad de que acceda a información oportuna y recibir cuidados preventivos.
- El paradigma de la salud sexual y reproductiva surge al evidenciarse la necesidad de brindar cuidados integrales a la mujer más allá de un embarazo, y a recibir atención para el disfrute y satisfacción de vivir su sexualidad de forma saludable y responsable.
- La mujer es sujeto de derechos humanos y políticas públicas. Este enfoque permite verla como titular de un conjunto de derechos que el Estado y la sociedad están comprometidos a respetar y promover. Implica, además, mirar las diversas brechas de género que impiden al acceso a un conjunto de servicios diversos.

Compromiso del Estado con la salud materno-perinatal

- El Estado peruano ha reforzado sus compromisos, incorporando los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las principales políticas y estrategias nacionales de desarrollo. La salud materna considerada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades.
- Mejorar la salud materna es fundamental para tratar algunas causas subyacentes a la mortalidad materna, la cual a nivel mundial constituye un problema de salud pública, pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países.
- Según la Encuesta Nacional de Desarrollo Social (2021), en el periodo de 35 años transcurridos entre las encuestas de 1986 y 2021, la fecundidad ha descendido de 4,3 a 2,0 hijas o hijos por mujer; y en los últimos cinco años, la fecundidad, en términos porcentuales, disminuyó en 20,0%, es decir, pasó de 2,5 a 2,0 hijas o hijos por mujer.
- Para el 2030, la meta es reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.
- Para 2030, proponen poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivos.

- Para 2030, se debe garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de la planificación de la familia, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Norma técnica de salud para la atención de la salud materna

- De acuerdo a lo señalado en los protocolos para la atención de mujeres embarazadas, si bien la gestación no es un proceso que pueda ser considerado como una dolencia o enfermedad que deba ser atendida por el personal médico, los cambios que se producen tanto en el cuerpo de la gestante, como el proceso de desarrollo del feto que le permita sobrevivir fuera del vientre materno, requieren de un control adecuado a fin de evitar cualquier posible complicación que ponga en peligro la vida y salud de la gestante, así como la del producto.
- Según la norma técnica N.º 105-MINSA/DGSP/V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna”, establece en su numeral 5.2.3. que todo establecimiento de salud debe brindar un mínimo de 6 atenciones de control prenatal a una gestante que acudan a dicho establecimiento, siendo obligatorio que, durante el primer o segundo control, sea atendida por un profesional gineco-obstetra, o en su ausencia, por un médico cirujano.
- La atención prenatal se define como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, la misma que permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto; quienes no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; sin embargo, al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente.
- Es importante que la primera atención prenatal se realice tempranamente para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y en el parto. El 81,5% de últimos nacimientos ocurridos en los cinco años precedentes a la Encuesta tuvieron su primera atención en los primeros tres meses de embarazo. Los porcentajes difieren si se trata en cuanto al área de residencia, en el área urbana 84,1% y área rural 73,6%.

Desafíos de nuestro sistema de salud

- Jerárquico. Las políticas se aplican verticalmente; no se consultan, se deciden en las altas jerarquías.
- Biomédico. Sistema que aún persiste sin tomar en cuenta aspecto sociales y culturales.
- Centrado en salud como curación, salud versus enfermedad.
- Centrado en hospitales (alta complejidad). Son necesarios, pero se requiere reforzar los cuidados en salud en el primer nivel de atención.
- Hegemonía médica.
- Invisibiliza la participación y aportes de otros/as integrantes del equipo de salud.

SESIÓN 5: INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA EL FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO MADRE-NIÑO 1



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes identifiquen la importancia de desarrollar acciones de soporte a las madres gestantes mediante una atención diligente y cálida en los servicios públicos de atención perinatal.



Información importante

- El embarazo constituye un momento especial para la mujer gestante, pues se movilizan una serie de emociones tanto positivas como negativas. Por otra parte, en aquellas mujeres que presentan una mayor vulnerabilidad, el embarazo por sí mismo puede tener un efecto perturbador sobre su propia salud psíquica.
- La ansiedad en el embarazo no es síntoma de patología necesariamente, es una ansiedad normal y necesaria, aunque a veces sobrepasan los niveles esperables y pueden causar gran angustia y malestar, siendo necesaria la intervención desde salud mental.



Contenido temático

- Habilidades para la atención de madres gestantes.
- Atención a madres gestantes que acuden a los servicios para atención materno-perinatal.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

5.1. Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN

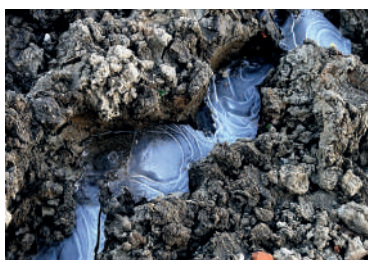
RECOGER SABERES PREVIOS: EL JARDINERO (15 min)



A. **Dinámica: El jardinero**

- El facilitador comparte tres imágenes de terrenos: una con tierra seca, otra con tierra contaminada, y otra con tierra verde y saludable. A continuación, plantea a las y los participantes la siguiente situación: “Vamos a imaginar que somos jardineros y que nos asignan cuidar cada uno de los tres terrenos, ¿qué haríamos para cuidar estos terrenos?”.

¿Qué haríamos para cuidar estos terrenos?



- El facilitador efectúa una comparación metafórica de las imágenes con las diversas situaciones que experimentan las mujeres cuando enfrentan un embarazo (deseo, edad, vulneración, con y sin soporte, etc.). “Hay madres que, con las vivencias de sus entornos familiares, sociales, con las experiencias y dolor que puede haber vivenciado, condicionan su capacidad para desempeñar capacidades de cuidado y atención hacia sus hijos. Desde la atención que se les brinda a las madres gestantes, se debe generar algún entorno de contención para que se pueda apoyar al desarrollo de las condiciones y ejerzan efectivamente su rol como madre”.
- El facilitador destaca, finalmente, que en las intervenciones que realizan las y los profesionales de la salud el despliegue de habilidades sociales para la atención y contención de las madres gestantes es fundamental para brindar un trato cálido y acogedor.

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO

“TRANSFERIR CONOCIMIENTOS”: HABILIDADES PARA LA ATENCIÓN Y SOPORTE A MADRES GESTANTES (65 min)



A. Análisis de video y exposición dialogada

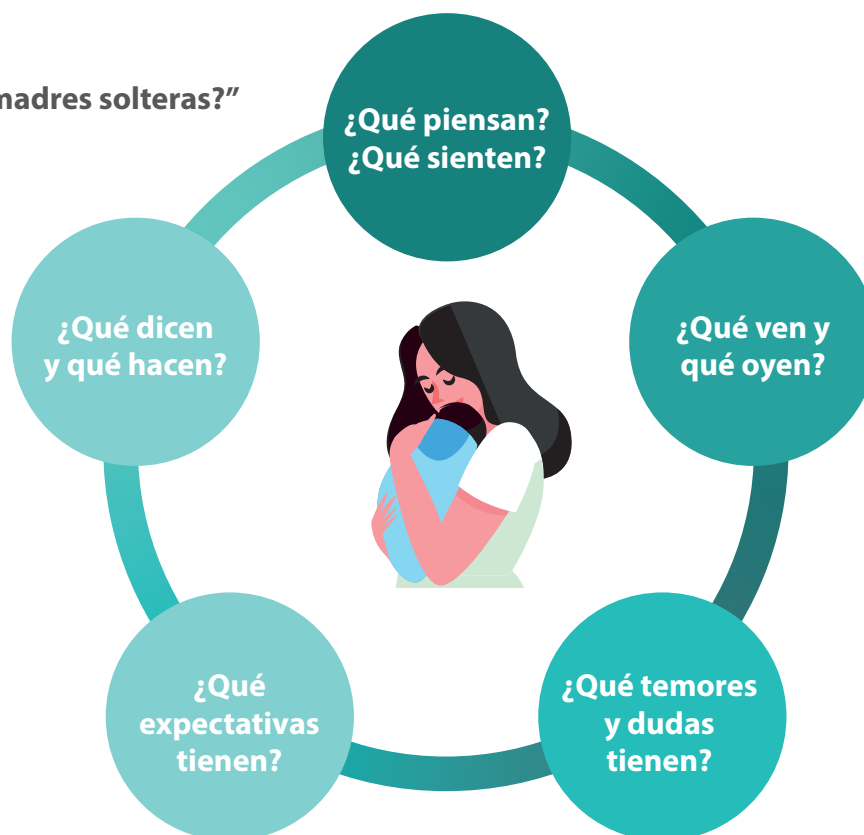
- El facilitador indica a las y los participantes que se va a proyectar el video “Empatía: ponerse en el lugar del otro”.
(enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=9UY6V0razbk>)
- El facilitador comenta el video con las y los participantes, brinda información sobre las siguientes habilidades: empatía, escucha activa y buen trato. Además, enfatiza cómo estas deben reflejarse en las intervenciones que realizan con madres gestantes.

- Posteriormente, el facilitador forma tres grupos equitativos integrados por las y los participantes y les distribuye una ficha:
 - “¿Y qué... para madres solteras?
 - “¿Y qué... para madres refuzgiadas y migrantes?
 - “¿Y qué... para madres adolescentes?

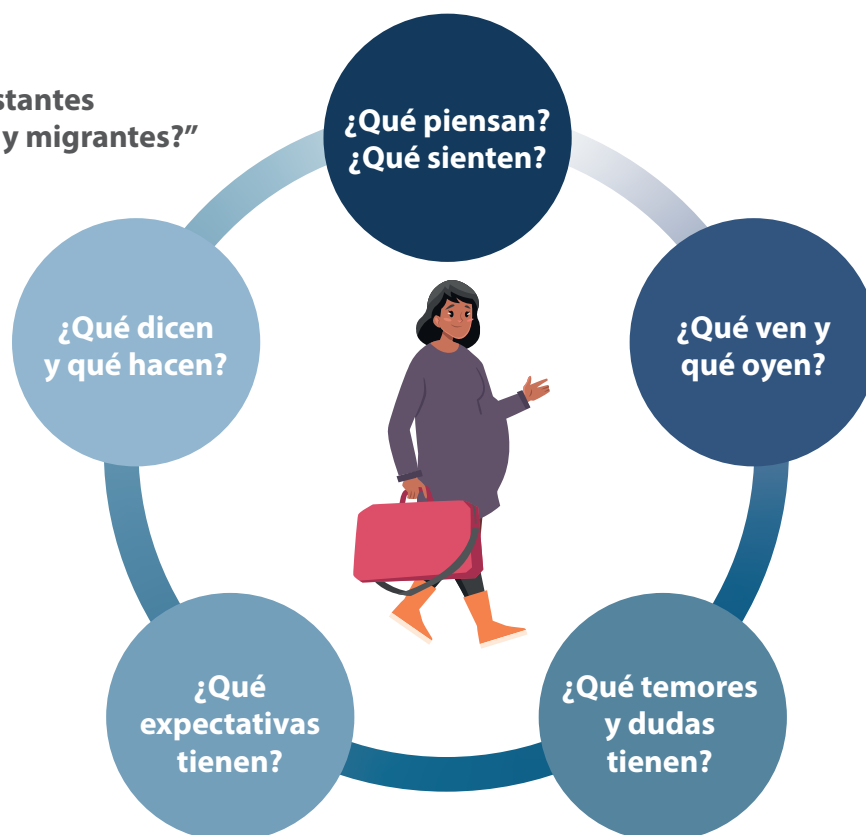
Luego, las y los participantes presentan en plenaria el trabajo realizado.

Ficha:

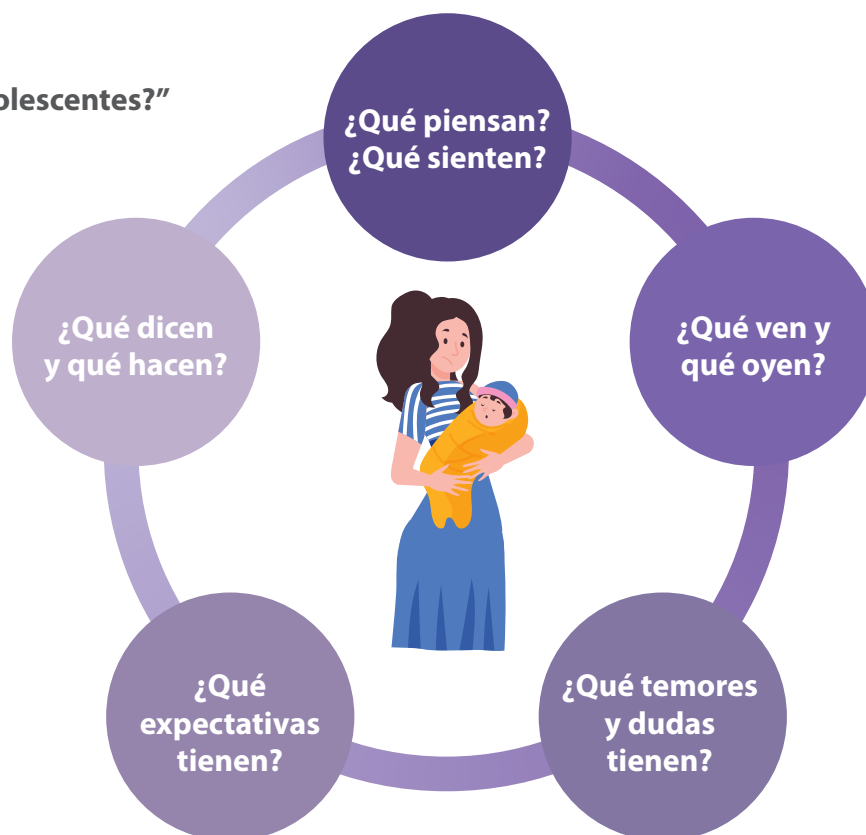
**“¿Y qué...
dirigido a madres solteras?”**



Ficha:
"¿Y qué...
madres gestantes
refugiadas y migrantes?"



Ficha:
"¿Y qué...
madres adolescentes?"



ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXPANSIÓN DEL APRENDIZAJE (10 min)



A. Técnica grafiti

- El facilitador pregunta a las y los participantes: ¿cómo se sienten al culminar la sesión? Las respuestas se deben plasmar en una hoja, y expresarlas a través de frases, dibujos o símbolos.
- Finalmente, invitar a las y los participantes a mostrar lo expresado. El facilitador debe revisar las diversas expresiones y comentar lo trabajado.

Recursos

- Matriz dinámica “El jardinero”.
- Fichas: “¿Y qué... madres solteras?”, “¿Y qué...madres refugiada y migrantes?”, “¿Y qué... madres adolescentes?”.
- Video “Empatía: Ponerse en el lugar del otro”.
(enlace <https://www.youtube.com/watch?v=9UY6V0razbk>)
- Material de escritorio: plumones, papelógrafos, tarjetas, cinta adhesiva, etc.

5.2. Información importante - Material para el facilitador

La empatía

- La empatía es un aspecto clave en una buena comunicación. Es la habilidad de comprender las emociones, los sentimientos, las necesidades de las otras personas. Significa ponerse en su lugar, comprender cómo se siente y responder, de manera respetuosa y adecuada, ante la expresión de esos sentimientos.
- Un profesional de la salud debe brindar un trato empático a las madres gestantes y puérperas para comprenderlas, entender qué les preocupa y cómo se sienten cuando acuden al servicio de salud. También es importante pensar en su entorno, por ejemplo, en las condiciones materiales de cada familia que, en ocasiones, limita la adopción de algunas prácticas de salud.
- La empatía debe expresarse en las actitudes y formas de comunicarnos con las mujeres gestantes y puérperas, por ejemplo:
 - saludando atentamente, presentándonos y preguntando el nombre de la madre gestante o puérpera;
 - practicando la atención y escucha activa;
 - fortaleciendo la confianza en los profesionales y en el establecimiento de salud;
 - empleando un lenguaje amigable, sencillo y comprensible. No se recomienda usar palabras técnicas, y si es necesario emplearlas, se debe explicar su significado y utilizar ejemplos;
 - valorando los conocimientos y reflexiones de la madre gestante o puérpera. Si detectamos que alguno es no adecuado o nocivo para su salud y bienestar, explicarle con respeto que no es una buena práctica brindándole orientación adecuada y de manera motivadora.

- Para mejorar la capacidad de empatizar con la madre gestante o puérpera se debe:
 - reconocer los sentimientos de la persona e identificar el contexto;
 - prestar atención al tono y ritmo de la voz;
 - observar las señales no verbales: mirada, gestos, actitud corporal;
 - escuchar con atención;
 - no emitir juicios, no anticiparnos antes que brinden su opinión;
 - ofrecer apoyo cuando lo requieran.

Buen trato

- El buen trato es una forma de relación entre las personas, se basa en el reconocimiento, respeto y valoración de la dignidad del otro.
- Se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los demás; asimismo, por la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones.
- El buen trato se basa en una comunicación empática. Es importante conocer las características socioculturales de las diversas familias de las mujeres gestantes y puérperas de los servicios de salud.
- Características de un buen trato:
 - es un derecho de las mujeres gestantes y puérperas;
 - supone la humanización de la atención, acto que permite defender los derechos de la persona;
 - permite reconocer la dignidad de todo ser humano;
 - ayuda a brindar una atención accesible, segura, controlada, oportuna, en un entorno respetuoso de usos y costumbres, con información y comunicación comprensible, personalizable en la medida de lo posible.

La escucha activa

- La escucha activa supone la comprensión y la conexión emocional con la persona que se comunica. Se trata de comprender la perspectiva de la otra persona y de reconocer sus sentimientos, lo que fortalece los lazos con las personas.
- La escucha activa es importante para una comunicación de calidad. A través de la escucha activa, se puede:
 - profundizar en el conocimiento de las prácticas de las mujeres gestantes y puérperas en sus contextos sociales, características culturales, así como sus expectativas;
 - entender mejor cómo mujeres gestantes y puérperas comprenden e integran nuevas prácticas para la asunción de su rol parental.

Atención psicosocial a mujeres gestantes y puérperas

- En el proceso de atención que recibe una mujer gestante y puérpera en los servicios de salud es importante establecer la confianza para garantizar la continuidad del servicio. En este escenario, todos sus miembros, profesionales de la salud, personal administrativo, personal de vigilancia, personal de limpieza, entre otros, tienen una gran responsabilidad en la recepción y canalización de la atención, ya que, sin intención, pueden “ponerse barreras” con su comportamiento y actitudes. También, las barreras pueden presentarse en los procedimientos para acceder al servicio de salud. Estos pueden ser largos, no bien explicados, o suponen mucho tiempo de espera, lo que genera malestar o predispone negativamente a la madre gestante o puérpera cuando acude para recibir atención en un establecimiento de salud.

- Ante los ojos de una mujer gestante o puérpera, el servicio de salud es un todo. Y si esta experiencia es grata en la puerta de entrada, porque recibió una atención oportuna, amable y respetuosa, su opinión será muy positiva, ella se sentirá a gusto y confiará en los servicios de salud, más aún si se mantienen en las diversas áreas y servicios. Por el contrario, si en los servicios de salud no se establece una comunicación adecuada, un trato amable y respetuoso, es probable que la opinión de la madre sea negativa; por ejemplo, cuando al llamar por teléfono para obtener una cita, la persona que atiende no brinda toda la información necesaria, tiene un trato cortante, demora mucho en atender y no brinda ayuda.

5.3. Material de soporte para el facilitador

Intervenciones psicosociales para el fortalecimiento del vínculo madre-niño

Habilidades comunicacionales

La comunicación interpersonal se da en la convivencia, en la vida en común. Según Blake Harolsen (2005), la comunicación interpersonal es “la interacción que tiene lugar en forma directa entre dos o más personas, las señales comunicacionales son las expresiones del comportamiento de un individuo, las cuales son recibidas por otro que las interpreta y que por ello terminan afectando su comportamiento”.

Ahmed (2012) hace una recopilación de las categorizaciones de las teorías de comunicación interpersonal, las cuales organiza en los siguientes criterios:

- a. Centrada en el individuo, que se enfoca en entender cómo los individuos planean, producen y procesan los mensajes interpersonales.
- b. Centrada en el discurso o la interacción, enfocada en entender la comunicación interpersonal como un mensaje o una acción conjunta realizada entre las personas.
- c. Centrada en la relación, es decir, centrada en entender el rol de la comunicación en el desarrollo y sustento de las relaciones sociales.

La comunicación interpersonal es básica para la convivencia humana en los diferentes entornos en los que nos desarrollamos diariamente. En el marco de las intervenciones que se efectúan con las madres gestantes y puérperas en los establecimientos e instituciones de salud, contextualizaremos la comunicación interpersonal en los entornos de la atención en salud.

La comunicación tiene un papel esencial en las profesiones relacionadas a la salud. Por ello, las habilidades comunicativas son una parte fundamental de la competencia profesional. Una adecuada comunicación en estos espacios repercute en:

- una mayor confianza en la relación de los profesionales de la salud con sus pacientes;
- facilitar una mayor adhesión terapéutica en los pacientes;
- generar mejores resultados clínicos en el tratamiento de las enfermedades.

La comunicación, como competencia de las profesiones de la salud, es susceptible de enseñarse, aprenderse y evaluarse.

- Las habilidades comunicacionales se entienden como un conjunto de procesos lingüísticos que se desarrollan durante la vida con el fin de participar con eficiencia y destreza en todas las esferas de la comunicación en la sociedad.
- Hablar, escuchar, leer y escribir son las habilidades del lenguaje. A partir de ellas, nos desenvolvemos en la sociedad, y a través de su desarrollo, nos volvemos competentes comunicativamente.

Habilidades comunicacionales en la atención de mujeres gestantes y puérperas:

La vivencia del período de gestación o a las vivencias luego de la llegada del bebé son experiencias únicas para cada mujer gestante y puérpera, siendo importante tener en cuenta sus creencias, valores y costumbres.

El cuidado implica respeto y comprensión por el otro y esto puede conseguirse, en parte, a través de las habilidades comunicacionales de los y las profesionales de la salud tales como la empatía y la escucha activa.

- **Comunicación informativa.** Es entendida como la capacidad de brindar información asegurando que la comprendan.
- **Escucha activa.** Está referida a la disposición física y mental para escuchar la totalidad del mensaje que emiten las mujeres gestantes y puérperas, tomando en cuenta, además, la comunicación verbal o no verbal. Al escuchar, transmitimos al otro nuestra disponibilidad, siempre y cuando lo hagamos en el sentido de escuchar para comprender y no para responder. Escuchar implica prestar atención y demostrar que se hace.
- **Empatía.** Es la disposición del profesional de la salud que le permite sumergirse y observar las experiencias de mujeres gestantes y puérperas desde su marco de referencia interno, es decir, desde su mundo subjetivo. Esto se logra captando a través de la forma en la que las mujeres gestantes y puérperas significan su entorno y cómo comunican sus sentimientos, ideas, etc. La empatía nos permite ponernos en el lugar del otro con la finalidad de comprender los sentimientos y situaciones de esta persona.
Una actitud empática es la disposición de la persona de entender ese marco de referencia interior del otro. La forma conductual en la que este componente se muestra es a través de la escucha activa, mencionada anteriormente, y en la respuesta empática. Esta es descrita como la habilidad de “comunicar verbal y no verbalmente lo comprendido mediante diferentes modos de responder”.
- **Respeto.** Se refiere a la recepción, aceptación y comprensión de lo que se transmite en la interacción, sin juzgar.
- **Autenticidad o congruencia.** Actitud que permite al profesional de la salud mostrarse cómo es en la relación con la mujer gestante y puérpera. Se trata de que exista coherencia entre lo que el profesional piensa internamente y la forma en la que lo comunica a través de lenguaje verbal y no verbal.
- **Asertividad o conducta socialmente hábil.** Se refiere al conjunto de conductas del profesional de la salud en un contexto interpersonal que le permiten expresar a la mujer gestante y puérpera sus emociones, derechos, opiniones y actitudes de forma adecuada, respetando a los demás, y que le permiten resolver problemas inmediatos y minimizar la probabilidad de la aparición de otros.

Comunicación interpersonal en los servicios de salud

- En Canadá, en el año 1992, se realizó un encuentro de representantes de facultades de medicina con la finalidad de favorecer un espacio para la toma de consciencia respecto de la falta de desarrollo de habilidades comunicativas sobre los planes de estudio que formaban a sus profesionales de salud. En esta reunión, participaron panelistas de países como Australia, Estados Unidos, Gran Bretaña, en este espacio, se logró reconocer a la comunicación como una de las más importantes herramientas de los profesionales de la salud para la aplicación de la atención primaria, señalando que: “...la interacción entre los pacientes y los profesionales de la salud contemplaba la construcción de una relación que requería el desarrollo de habilidades interaccionales para alcanzar resultados positivos en la mejora de la salud de los pacientes”.

- Algunas formas de cómo la comunicación interpersonal interviene en la mejora de los resultados en salud es que:
 - facilita el entendimiento de los pacientes del tratamiento médicos planteado, asegurando que este se cumpla para la mejora y restablecimiento de la salud;
 - la comunicación interpersonal entre los profesionales de la salud y los pacientes pueden afectar los procesos motivacionales y cognitivos que cimientan los comportamientos relacionados a una vida saludable;
 - promueve el involucramiento y la toma de decisiones de los pacientes.
- En el proceso comunicativo intervienen las personas que se comunican, las cuales intercambian roles: son interlocutores que reciben y emiten mensajes. Hay un proceso de retroalimentación y se emplea un medio de comunicación. Por ejemplo, para comunicar las pautas de la lactancia materna exclusiva, se puede emplear un rotafolio mientras explica de forma oral. Además, se debe escuchar a la mamá y tomar en cuenta sus temores, dudas, experiencias, además de considerar sus particularidades culturales.
- Todo proceso de comunicación tiene un contexto y un tiempo, por lo que hay que dosificar la información. La idea es aprovechar esa oportunidad de comunicación para fortalecer la confianza con la persona usuaria, garantizar la comprensión del mensaje sobre la buena práctica para la salud y motivarla para que la ponga en práctica.

En las intervenciones psicosociales, en la atención de la madre gestantes

- Winnicott (1965) señalaba: “No existe tal cosa llamada bebé”, y lo decía al referirse a que el bebé en soledad no puede existir, no es capaz de subsistir sin el cuidado físico y emocional de su madre o del cuidador primario. También nos dice que, durante la etapa del embarazo, la mujer entra en una fase que llama *sensibilización material primaria*, la que le permite estar en sintonía con las necesidades del bebé, adaptarse activamente. Para que esto sea posible, el padre, la familia y la comunidad en su conjunto deben actuar conteniendo a esa mujer que se encuentra en su etapa de máxima sensibilidad, con lo cual puede lograr un desarrollo notable, pero también que es un riesgo para que entre en una fuerte crisis.

Las madres gestantes y puérperas valoran que los profesionales les brinden la atención con vocación, compromiso social, trato humano, amable, empatía y calidez.

- Escuchar con atención lo que transmite. Entender lo más importante para ellas en el momento que requiere la atención y ayudarles a determinar sus prioridades.
- Abordar a las madres y brindarles contención emocional, acompañarlas, tener un gesto amable, contenerla, brindarle un gesto físico ante situaciones complicadas en el desarrollo de la gestación de las madres. Dejar que exprese su dolor, liberar con el llanto y brindarle acompañamiento.
- Si la madre o puérpera no quiere hablar, también se debe respetar su silencio y acompañarla.
- Apoyar a las madres gestantes y puérperas a atender sus necesidades urgentes y, de ser posible, sus preocupaciones.
- Ser consciente, implica detener el juicio crítico y poner en suspenso nuestra opinión para poder escuchar más allá de lo que, en principio, puede sonar perturbador, angustiante u hostil. Solo si permitimos que la madre se exprese libremente, sin juzgarla y con una actitud receptiva, vamos a poder ayudarla a liberarse del exceso de dolor, rabia y frustración que impiden su vínculo afectivo con el bebé.

- Ser consciente de los afectos. Solo si la madre se permite ser consciente de sus sentimientos hostiles hacia el bebé, va a poder contenerlos y no descargarlos; va a poder seguir cuidando y amando a su bebé. Si se siente avergonzada o amenazada por sus sentimientos, tenderá a la descarga. Descuidos, agotamiento o enfermedades vendrán a reemplazar las palabras no dichas, los afectos y pensamientos rechazados.
- Ofrecer información precisa para ayudar a las personas a tomar decisiones según sea necesario.
- Como profesionales de la salud, debemos permitirnos sentir sin juicios de valor. A pesar del agotamiento, malestar y aún el rechazo que puede provocar alguna madre gestante, por su descuido, negligencia, obstinación, etc., el profesional de la salud deberá contener el malestar y no descargarlos sobre la paciente en forma de recriminación, advertencia o desatención.
- El personal profesional debe ayudarlas a conectar con sus seres queridos y buscar apoyo social.

Atención a madres gestantes que acuden a los servicios para atención materno-perinatal

- Madre saludable, que acude contenta e ilusionada. Lo más importante es no perturbarla con un exceso de indicaciones, darle la confianza de que ella va a saber hacer, de que puede seguir su instinto.
- Madre en situación de crisis, embarazo no deseado, duelo, rompimiento con la pareja, desalojo familiar. Lo que hay que hacer es contenerla, coger su relato – historia y derivarla a servicios psicosociales, tal es el caso de las madres adolescentes.
- Madre apática o traumatizada, mujer que ha sufrido un sin número de situaciones violentas y que tiene al niño sin deseo. Armar redes de soporte emocional y derivación psicológica.
- Madre conflictuada, sintomática, hiperémesis, etc. quiere al bebé, pero siente mucha preocupación respecto al futuro. Contener y armar redes, evaluar derivación psicológica y conectar con algún familiar o persona cercana para que le brinde soporte.

Señales de alerta para derivación psicológica de madres embarazadas

- Estado de tristeza, llanto o irritabilidad persistente, apatía, angustia.
- Hiperémesis gravídica (nauseas persistentes).
- Preeclampsia.
- Alergias.
- Bajo peso o exceso de peso, etc.

Manejo de recursos psicosociales (Zuckerfeld, 2016)

- Tiene proyectos, cuenta con expectativas, planes a corto o mediano plazo, no se estanca.
- Buen humor, mantiene una actitud positiva.
- Hace frente a situaciones dolorosas, acepta y es consciente de lo que va viviendo.
- Solidaridad. Tiene una red de apoyo y soporte.
- Autocontrol. Puede controlar sus emociones y reacciones.

Niveles de ayuda

- Apoyo formal. Se brinda desde el sistema de ayuda profesional o un sistema de ayuda natural organizada.
- Apoyo informal. Se brinda desde el sistema de ayuda natural desde una persona.

Pregunte siempre por las otras necesidades o preocupaciones que puedan tener las mujeres gestantes y puérperas.

No asuma que el desarrollo de un embarazo, y sus posibles dificultades, son la principal preocupación de las mujeres gestantes y puérperas. Puede que tengan otras preocupaciones, como financieras, familiares (violencia doméstica) y problemas de salud, en particular, de salud mental.

Ponga en contacto a las mujeres gestantes y puérperas con los servicios y apoyos pertinentes para atender sus necesidades y preocupaciones.

SESIÓN 6: INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA EL FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO MADRE-NIÑO 2



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes identifiquen la importancia de desarrollar acciones de soporte y apoyo a las madres gestantes para el mejor manejo de las dificultades físicas, emocionales y sociales que surgen en este período.



Información importante

- Las habilidades sociales para la atención a madres gestantes incluyen conductas verbales y no verbales: manejo de la escucha activa, la empatía y el buen trato.
- Manejar habilidades que permitan brindar una atención eficiente y eficaz en las intervenciones con madres gestantes reforzará y mejorará su satisfacción en la atención, además de promover la práctica de conductas de salud y autocuidado.



Contenido temático

- Intervención psicosocial para favorecer vínculo madre-bebé. Manejo de recursos psicosociales.
- Soporte profesional e institucional.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

6.1. Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN

RECOGER SABERES PREVIOS: REVISAMOS NUESTRAS EXPERIENCIAS (15 min)



A. Trabajo grupal: Revisamos nuestras experiencias

- El facilitador forma con las y los participantes grupos de 3 o 4 integrantes. Luego solicita que revisen alguna experiencia laboral con mujeres gestantes o puérperas que les fue difícil de atender. Se les pide reflexionar apoyándose con estas dos preguntas:

Preguntas de apoyo para reflexión sobre nuestras experiencias

- ¿Qué hicieron en ese momento?
- ¿Qué harían de diferente?

- El facilitador indica que después de haber dialogado en grupo, se realiza una plenaria para que compartan las conclusiones a las que arribaron los grupos.
- El facilitador está atento a las presentaciones que las y los participantes hacen de sus trabajos grupales para brindar aportes, aclarar dudas e inquietudes.

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO

TRANSFERIR CONOCIMIENTOS “SONDEO DE OPINIONES Y EXPOSICIÓN” (40 min)



A. **Sondeo de opiniones: “¿Qué es lo más difícil de atender en una gestante?”**

- El facilitador indica a las y los participantes que deben responder a la siguiente pregunta:
 - ¿Qué es lo más difícil de atender en una gestante?
- El facilitador revisa las diversas opiniones de las y los participantes expresando opiniones que refuercen o aclaren inquietudes y/o afirmaciones.

B. **Exposición dialogada**

- El facilitador presenta información a las y los participantes referente a:
 - intervención psicosocial para favorecer vínculo madre-bebé;
 - señales de alerta;
 - manejo de recursos psicosociales;
 - instituciones y programas alternativos de atención a madre gestantes.

ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXPANDIR EL APRENDIZAJE. ANÁLISIS DE VIDEO (25 min)



A. **Análisis de video y compartir opiniones**

- El facilitador presenta a las y los participantes el video TANI: Taller de los niños, amor y servicio a las familias. Enlace en YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=85UtBFvWd4I>
- Se dialoga sobre:
 - las acciones que se desarrollan en la organización TANI en beneficio de niños, niñas y madres gestantes;
 - la actitud, desempeño y afectos que se observa en los colaboradores de la organización TANI al realizar su labor;
 - las actitudes, desempeños y afectos que caracterizan el desempeño laboral de las y los participantes.

El facilitador cierra la sesión destacando lo importante de brindar, desde sus propios espacios laborales, la atención y espacio de escucha a las madres gestantes.

Recursos

- Video: TANI: Taller de los niños, amor y servicio a las familias (enlace YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=85UtBFvWd4I>)
- Material de escritorio: cinta adhesiva, papelógrafos, plumones gruesos.

6.2. Información importante - Material para el facilitador

Intervención psicosocial para fortalecer vínculo madre-bebé

- En las intervenciones psicosociales para fortalecer madre-bebé se debe:
 - abordar a las madres y brindarles contención emocional, acompañar, tener un gesto amable, brindarle un gesto físico antes situaciones complicadas en el desarrollo de la gestación de las madres;
 - dejar que exprese su dolor, liberar con el llanto y brindarle acompañamiento;
 - si no desea hablar, también se debe respetar su silencio y acompañarla.

“No hay otra forma de fomentar el vínculo madre-bebé que cuidando a la madre física y emocionalmente”.



“No se puede obligar a una madre a querer a su bebé, pero se puede ser receptor y continente de los sentimientos hostiles para que los tiernos puedan emerger”.



Soporte profesional e institucional



- Es preciso un abordaje interdisciplinario (profesionales de la atención: enfermera, nutricionista, psicóloga, trabajador social, médico, obstetras, etc.). Trabajar interdisciplinariamente permite abordar de forma efectiva todas las necesidades que pueda tener una mujer embarazada y su bebé. Es importante que los distintos profesionales mantengan la comunicación, en especial, de las pacientes que despiertan alguna preocupación.
- Es importante favorecer la conexión y participación de las mujeres embarazadas en redes sociales e institucionales para contar con espacios que posibiliten alguna respuesta o vinculación que permitan manejar y/o superar las contingencias que puedan presentarse. Las redes sociales e institucionales colocan a la mujer embarazada frente a un grupo de personas que le permiten construir puentes y permiten cruzar de un extremo al otro. Estos puentes se entrelazan y posibilitan una red de vinculaciones que brindan condiciones humanas para superar y manejar diversos momentos.
- Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, tales como la falta de dinero o empleo, o apoyo en caso de una enfermedad. Uno de los aspectos positivos de las redes es que pueden evitar problemas de salud mental, como el estrés y la depresión.

6.3. Material de soporte para el facilitador

Información de programas que brindan apoyo para la atención a madres gestantes

Programas - Instituciones	Descripción
<p>Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS</p> 	<p>Promovemos que las gestantes, niñas, niños y/o adolescentes de los hogares más pobres, con su participación y compromiso voluntario, accedan a la salud preventiva materno-infantil y a los servicios de escolaridad sin deserción. Por el cumplimiento de sus corresponsabilidades, se les abona un incentivo monetario de S/ 100 soles mensuales, con entrega bimestral.</p> <p>Requisitos para afiliarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con clasificación socioeconómica (CSE) de hogar pobre o pobre extremo vigente, de acuerdo con el SISFOH. • Hogar cuenta con al menos un miembro objetivo, como: gestante o menor con edad hasta los 14 años exactos. • El titular del hogar cuenta con DNI azul o electrónico. • Todos los miembros del hogar deben contar con DNI, con excepción de los niños menores de 3 meses, quienes podrán contar con certificado de nacido vivo en línea o CUI. • Todos los miembros objetivo (MO) del hogar, tienen identificado el nombre del establecimiento de salud y/o institución educativa donde cumplirán su corresponsabilidad en el año en que gestiona su afiliación. <p>Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS https://www.gob.pe/institucion/juntos/institucional</p>
<p>Unidades de Protección Especial - MIMP</p> 	<p>Dependen de la Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes (DGNNA) y son las instancias administrativas del MIMP que actúan en el procedimiento por desprotección familiar de las niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos, dictando las medidas de protección que garanticen el pleno ejercicio de derechos de las niñas, niños o adolescentes y/o que restituyan los derechos que les han sido vulnerados.</p> <p>Las funciones de las UPE son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actuar de oficio o por comunicación escrita o verbal ante situaciones de presunta desprotección familiar. • Iniciar y dirigir el procedimiento por desprotección familiar. • Evaluar los factores de riesgo y de protección. • Brindar atención inmediata a las niñas, niños y adolescentes, que son trasladados al servicio de las UPE. <p>Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes https://www.mimp.gob.pe/direcciones/dgнна/</p>

Programas - Instituciones	Descripción
<p>Programa de acompañamiento a madres gestantes y familias con niños hasta el primer año de vida – Fundación Baltazar y Nicolás</p> 	<p>Petroperú, con el apoyo técnico de especialistas de la Fundación Baltazar y Nicolás, impulsó el Programa de Acompañamiento a Madres Gestantes y Familias con Niños hasta el primer año de vida que residan en Conchán y Talara.</p> <p>Acompañamiento a las Familias, centrada en una mirada de respeto, escucha activa, contención y orientación a madres y padres; incluyendo una visión integradora, que permita el abordaje de la familia y de su entorno más cercano “la comunidad”.</p> <p>Promoviendo 4 objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento saludable. • Mejorar prácticas de crianza y cuidado con apego. • Adecuado estado nutricional de gestantes, niños y niñas. • Potenciar las estrategias de lucha con el COVID19. <p>Programa de acompañamiento a madres gestantes y familias con niños hasta el primer año de vida https://fundacionbaltazarynicolas.org/proyectos-externos/programa-de-acompanamiento-a-madres-gestantes-y-familias-con-ninos-hasta-el-primer-ano-de-vida/</p>
<p>Programa Nacional Cuna Más - MIDIS</p> 	<p>Creado con el propósito de brindar servicios para la atención integral de calidad y pertinente a niñas y niños menores de 3 años en zonas de pobreza y extrema pobreza que permitan cultivar y guiar cuidadosamente su potencial intelectual, emocional, social y moral, guiados con una perspectiva de interculturalidad, equidad, derechos y ciudadanía.</p> <p>Brinda los servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado diurno, servicio integral a niñas y niños entre 6 a 36 meses de edad que requieren la atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades. • Acompañamiento a Familias, realizan visitas a hogares y sesiones grupales con madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses y sus familias para fortalecer las prácticas de cuidado y aprendizaje infantil. <p>Programa Nacional Cuna Más – Midis https://www.gob.pe/cunamas</p>

Programas - Instituciones	Descripción
<p>Línea 100</p> 	<p>Brinda información, orientación, consejería y soporte emocional en quechua, aimara y castellano para las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar o que conozcan un caso.</p> <p>La llamada es gratuita al número 100, desde un teléfono fijo o celular desde cualquier parte del país. La Línea 100 funciona las 24 horas, todos los días de la semana.</p> <p>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP https://www.gob.pe/institucion/mimp/campa%C3%B1as/23869-buscas-ayuda-llama-a-la-linea-100</p>
<p>Centros de Emergencia Mujer – CEM</p> 	<p>Son servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar y personas afectadas por violencia sexual. Permite acceder a asesoría legal, contención emocional y apoyo social a nivel nacional.</p> <p>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP https://www.gob.pe/mimp</p>

SESIÓN 7: DISCUSIÓN DE CASOS: MIGRACIÓN Y PARENTALIDAD



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes comprenden la dimensión de la vivencia de la maternidad y el desarrollo de su intervención específica e individualizada buscando consonancia y adaptación del personal de la salud en el desempeño de su rol profesional y el plano personal.



Información importante

- “Mejor ponerse a pensar de nuevo al pie de lo que pasa y no al pie de la letra” (Ignacio Lewkowicz).
- La maternidad en diversas sociedades ha sido interiorizada en la construcción de las feminidades como un mandato natural, una práctica obligatoria y normalizada en el plan de vida de las mujeres sin cuestionamientos ni reflexiones. Se ha buscado definir la relación de identificación de las mujeres con la naturaleza y se ha considerado que ellas son seres con leyes biológicas que no les permiten espacio para la libertad de decisión, aun cuando la sociedad plantee que las mujeres deciden su maternidad de manera voluntaria.
- La visión que una persona tiene de sí misma se configura desde la infancia y se va transformando con relación a los contextos y las interacciones sociales que establece a lo largo de la vida; por ello, la identidad no es única ni estática, como tampoco lo son las relaciones, los medios o los roles. Así, una persona o un profesional puede definirse –y redefinirse– a sí mismo por sus distintos momentos vitales que enfrenta y que le permite autoreflexionar sobre sus vivencias y experiencias.



Contenido temático

- Análisis de casos.
- Reflexión sobre aspectos referidos a la actuación profesional con madres gestantes.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

7.1. Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN

RECOGER SABERES PREVIOS: “ESTO ME RECUERDA...” (10 min)



A. Técnica “Esto me recuerda...”

- El facilitador informa a las y los participantes que mencionará una frase y que designará de manera aleatoria a cualquiera de ellos para que mencione otra frase que guarde relación. Por ejemplo: “Pensé en una madre gestante” y el participante elegido puede mencionar: “Esto me recuerda... controles prenatales”.
- El facilitador indica, además, que las respuestas deben darse de forma rápida. Por ello, debe animarlos a recordar lo trabajado en las sesiones previas.
- Para que la expresión de ideas sea fluida y relacionadas con los temas trabajados, en el taller, se pueden preparar tarjetas que propongan las frases sobre las que se desarrolla el “Esto me recuerda...”.

Tarjeta para técnica “Esto me recuerda...”

Pensé en vínculo...	Pensé en bebé...
Pensé en náuseas...	Pensé en apego...
Pensé en madre refugiada y migrante...	Pensé en madre adolescente...
Pensé en madre soltera...	Pensé en familia...
Pensé en depresión...	Pensé en mortalidad materna...
Pensé en parto...	...

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO

TRANSFERIR CONOCIMIENTOS. DISCUSIÓN DE CASOS (65 min)



A. Análisis de casos

- El facilitador indica a las y los participantes que realizarán una revisión y discusión de casos.

Consideraciones para el análisis de casos:

- Que es un espacio y oportunidad para compartir, revisar y pensar sobre una situación propuesta y que acontece en su práctica profesional.
- Que es una oportunidad para evaluar una situación desde diversas perspectivas, escenarios con la finalidad de reactualizar y metabolizar nuestras intervenciones.
- Que es un espacio para encontrar coincidencias y también para disentir.
- Que es una posibilidad para ver la situación desde el orden del saber, desde el orden del sentir y desde la experiencia.

- El facilitador forma cuatro grupos y les asigna el caso a analizar. En cada grupo, las y los participantes deben leer el caso asignado, dialogar e ir anotando las principales ideas para llegar a conclusiones.

Caso 1. Laura, madre gestante de 17 años

Laura, quien tiene casi 8 meses de gestación, se despertó con dolores en la zona pélvica abdominal y al revisarse notó que había un sangrado. Inmediatamente, se sintió culpable pues había faltado a su chequeo médico, por lo que tampoco había ido a recoger el suplemento de hierro que, de acuerdo con exámenes previos, necesitaba con urgencia. Le habían sugerido estar en reposo y mejorar su alimentación pues su embarazo corría riesgo. Mientras tanto, su mamá hacía horas extras para poder sostenerlas.

Al igual que la ocasión anterior Laura no contaba con el pasaje para ir hasta el hospital a realizar su chequeo, estaba sola en casa, preocupada, con angustia, y tenía muchas ganas de llorar. Pensó en su criatura, y se armó de valor para pedir ayuda con la finalidad de llegar a emergencias.

Su vecina, quien siempre la observaba, la acompañó y cubrió sus pasajes, esta le preguntó dónde estaba el padre, pero Laura prefirió no contestar.

El personal médico que la atendió le explicó que su estado era crítico y que, de haber venido a sus chequeos, se hubieran dado cuenta de que tenía una infección a los riñones. La obstetra, quien la había atendido anteriormente e incluso la había apoyado a gestionar los medicamentos, le dijo de forma enérgica que no podría seguir siendo así de irresponsable, que tenía que pensar en su criatura y que debía de aprender a cuidarse si quería cuidar bien a otro ser.

Caso 2. Teodora, 40 años, obstetra

Teo estaba a punto de salir temprano de casa cuando, al despedirse de Claudio, su hijo de 10 años, notó que tenía los ojos llorosos. Al preguntar qué le pasaba, Claudio le dijo que ella nunca iba a sus presentaciones y encima había llegado tarde a su cumpleaños organizado por su abuela.

Teo intentó explicarle que tuvo que cubrir la guardia de su compañera. Ella no quería decirle que no solamente le debía el favor a su compañera, sino que necesitaba el dinero extra para poder cubrir la cuota del mes del departamento donde vivían; no quería preocuparlo con cosas de adultos y, a la vez, sabía que tendría que tomar más turnos para llegar a cubrir su presupuesto de fin de mes.

Pensar en vacaciones se veía muy difícil. El tiempo le ganaba y Claudio le seguía reclamando. Ese día, Teo llegó tarde al trabajo, recibió una llamada de atención (memo) además del descuento que le harían, pues no era la primera vez que sucedía. Entre sus atenciones del día, intentó darse un espacio para poder tomarse un café, ya que la noche anterior había llegado cerca a la media noche a su casa, se sentía muy cansada y lo único que la mantenía en pie era saber que tenía que sacar adelante a su hogar. Mientras pensaba en su dolor de cabeza y del alma por los reclamos de su hijo, le asignaron la atención a Laura, mujer gestante de 17 años con un embarazo de riesgo, a quien le enseñó cómo gestionar sus medicamentos y le ayudó a sacar una cita con uno de los mejores doctores del hospital. Laura no había ido a los chequeos, no había recogido los suplementos y ahora estaba en emergencias con una infección no tratada. Teo pensó en el bebé de Laura, y sintió que ella estaba siendo muy irresponsable, que sus esfuerzos habían sido en vano.

- El facilitador realiza la plenaria con los grupos y brinda opiniones que permitan aclarar dudas e inquietudes que surjan.




ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXPANDIR EL APRENDIZAJE. TÉCNICA CARITAS (15 min)



A. Técnica “Caritas”

- El facilitador presenta una matriz con tres imágenes que expresan tres reacciones (felicidad, tristeza e inconformidad) y solicita a las y los participantes que expresen su experiencia de participación en la sesión completando la frase: “Hoy me siento..... porque” y colocan su expresión en una de las tres secciones de la matriz elaborada.

Recursos

- Tarjetas para técnica "Esto me recuerda..."
- Tarjetas con "Casos para análisis".
- Matriz para técnica "Caritas".
- Material de escritorio: plumones, papelógrafos, cinta adhesiva, etc.

7.2. Información importante - Material para el facilitador

- Las personas somos seres que necesitan de la interacción con otros, hasta tal punto que a lo largo de toda nuestra evolución como especie hemos desarrollado un sistema de sociedades que nos permiten disfrutar de la sensación de que pertenecemos a algo mucho mayor que nosotros.
- Mediante la observación y la reflexión de nuestras acciones podemos realizar una descripción del conocimiento tácito que está implícito en ellas. Cuando las describimos, las convertimos en conocimiento en acción y él mismo es siempre una construcción.
- Las acciones y su descripción están siempre en la base de todo proceso de construcción de conocimiento. La reflexión facilita la permanente confrontación y análisis entre una práctica impuesta, una práctica deseada y la práctica asumida; entre los condicionantes personales y contextuales. Por ello, se constituye en un puente entre lo que se hace, lo que se aspira hacer y lo que señalan las teorías, la propuesta curricular y las propuestas editoriales. Ese puente es, a su vez, la única posibilidad de transformación profunda y duradera de las prácticas.
- Reflexionar, como el acto de considerar de nuevo y detenidamente una cosa, se hace fundamental en una práctica en la que se ha estado participando. La reflexión supone "la capacidad de ir y venir de lo particular a lo general, de encontrar marcos de interpretación teóricos para dar cuenta de una situación singular, así como de identificar rápidamente incidentes críticos o prácticas que permitan desarrollar o cuestionar".
- Los profesionales brindamos muy poco tiempo a reflexionar sobre las consideraciones sobre cómo percibimos y nos sentimos con nosotros mismos, con nuestras vidas y con nuestro entorno social ante de la multiplicidad de circunstancias que nos rodean y que nos afectan directa o indirectamente, para bien o para mal y que se ven reflejadas en la variada y multiproblemática realidad que presentan las usuarias: madres gestantes.
Hay planos superpuestos: el plano personal versus el plano laboral. Desde el plano personal se superponen aspectos del contexto en el que se desenvuelve: sus preocupaciones, dificultades en su casa, todo aquello que puede pasar con su familia. Y desde el plano laboral, se enfrenta a situaciones complicadas, que parecieran no tener posibilidades de acción y en las cuales se espera emitan respuesta, "es como si fueran a la guerra sin armas". Cuando estamos ejerciendo nuestro rol profesional para atender a los usuarios, tenemos en nuestra cabeza lo que tenemos que hacer y también está actuando la manera como nos sentimos desde esas situaciones que son parte de nosotras mismas.

- Como el profesional debe confluir diversos aspectos, por una lado, la realidad que trae la madre gestante que requiere de la atención de su servicio, las metas que debe reflejar como resultado de su intervención, el procedimiento que debe cumplir según lo pauteado en las normas y protocolos de atención, situaciones variadas que obligan a pensar en diversos planos, la atención profesional se torna en un tarea complicada que debe tenerse en cuenta, ya que va generando “movilizaciones personales” en el profesional. Por ello, el profesional de la salud debe desplegar acciones que le permitan sostenerse, tratar de atender estas realidades paralelas, reconocer lo que está pasando.

“¿Por qué hablar de curar cuando a menudo basta con acompañar a un ser en desamparo?”
Maud Mannoni

7.3. Material de soporte para el facilitador

- En las ansiedades del parto, la madre alberga en su vientre a un ser al que se le atribuyen ciertas características imaginarias y con quien existe una íntima e insustituible relación cuerpo a cuerpo, mente a mente. El momento del parto se constituye en una fuente de ansiedad para la madre y para el bebé, en mutua relación, en la medida en que la experiencia se connota dolorosa, traumática, de riesgo y separación. La madre pone a prueba sus capacidades con gran temor de no lograrlo; el bebé debe hacer su más grande esfuerzo hasta el momento, que lo empuja hacia el mundo exterior; su organismo se ha esforzado por funcionar y ya la madre se debe hacer cargo de este y de sus necesidades visibles y particulares.
- La relación entre la madre y el bebé se establece a partir del encuentro emocional entre dos mentes; inicialmente una de ellas: la madre quien contiene al bebé, transitando por una serie de ansiedades e identificaciones que caracterizan y hacen única la relación en compañía de otras mentes que contienen la relación. Mahler (1963) plantea que existe “una dependencia emocional respecto de la madre que se mantiene, aunque disminuyendo paulatinamente, a lo largo de toda la vida, verdad universal de la existencia humana”. La díada madre-hijo se torna fundamental, dado que constituye un modelo de relación que se mantiene a lo largo de la vida.
- Tubert (1996) plantea que la maternidad tiene una base biológica, pero va más allá: “La maternidad no es puramente natural ni exclusivamente cultural; compromete tanto lo corporal como lo psíquico, consciente e inconsciente; participa de los registros real, imaginario y simbólico”. Es decir, la maternidad se construye a partir de una articulación entre la psiquis, el cuerpo y la cultura. Asimismo, cuestiona que las representaciones de la maternidad tengan un poder reductor (se busca que todas las mujeres tengan como objetivo ser madres y esta experiencia es presentada como grata de manera magnificada sin evidenciar su complejidad) y uniformadora (se plantea que las experiencias de maternidad son iguales, con lo que se desconoce las identidades diversas de las mujeres).

- Resulta interesante analizar cómo en el modelo tradicional de género la feminidad se define con muchas de las características eminentemente maternas: cuidados, calidez, empatía, sensibilidad, atención a las necesidades del otro.
- Todo ello en torno al discurso de lo que supone “ser una mujer” y “una buena madre”, mitificando la maternidad como un estado ideal y aspiración última de todas las mujeres. Los discursos predominantes tratan de imponerse a la experiencia individual. El juicio social responsabiliza a las madres de las dificultades que pueden surgir en el desarrollo psicoafectivo de los niños, al tiempo que minusvalora las renunciaciones y los cuidados maternos, considerados como la actuación “normal” e instintiva de todas las mujeres generando además en el imaginario colectivo una descripción única sobre las cualidades maternas, que condiciona a las mujeres que son madres y favorece el cuestionamiento de sus decisiones.

SESIÓN 8: AUTOCUIDADO – SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes identifiquen herramientas para prevenir, controlar y evitar las implicancias del síndrome de agotamiento profesional y así potenciar el manejo de sus recursos personales de autocuidado.



Información importante

- El síndrome de agotamiento profesional o Burnout es un estado de cansancio, desgaste físico, emocional y mental, ocasionado por la exposición prolongada a situaciones altamente demandantes del trabajo.
- El estrés es una reacción general de nuestro organismo ante una situación que se percibe como amenazante.
- Al presentarse el síndrome de agotamiento profesional o Burnout, principalmente en profesionales cuya labor gira en torno al contacto con las personas, representa un problema significativo sobre el cual se debe incidir, no solo por el malestar que genera en el individuo que lo padece, sino también por las implicaciones que tiene sobre el desempeño laboral y, por consiguiente, sobre el bienestar de quienes requieren de los servicios que se prestan.



Contenido temático

- Conceptualización del síndrome de agotamiento profesional.
- Factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento profesional.
- Fases del síndrome de agotamiento profesional.
- Detección del síndrome de agotamiento profesional.
- Estrategias de afrontamiento: promover conducta saludable, autocuidado, estrategias protectoras y niveles de acción.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

8.1. Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN



RECOGER SABERES PREVIOS: TÉCNICA LLUVIA DE IDEAS (10 min)

A. Técnica “Lluvia de ideas sobre síndrome de Burnout”

- El facilitador plantea algunas preguntas a las y los participantes.

Lluvia de ideas sobre síndrome de Burnout

- ¿Qué es el agotamiento profesional o síndrome de Burnout?
- ¿Qué sentimos cuando trabajamos con personas que se encuentran en situación vulnerable?

El facilitador revisa las diversas ideas expresadas por las y los participantes, y brinda sus opiniones para reforzar lo expresado, aclarar inquietudes y dudas.

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO



TRANSFERIR CONOCIMIENTOS. SONDEO DE OPINIONES Y EXPOSICIÓN DIALOGADA (10 min)

A. Técnica “Sondeo de opiniones síndrome de Burnout”

- El facilitador propone preguntas a las y los participantes sobre algunas vivencias con relación al síndrome de agotamiento profesional.

Sondeo de opiniones síndrome de Burnout

- ¿En alguna ocasión han vivido alguna fase del síndrome de agotamiento profesional?, ¿qué experimentaron?, ¿cómo se sintieron?
- Pueden contarnos su experiencia o escribirla.

- El facilitador recoge las opiniones de las y los participantes y las valora. Cuestiona la idea errónea respecto de que se debe obviar la naturaleza humana del profesional de la salud. Por el contrario, el facilitador debe proponer que los profesionales se ejerciten en la revisión y reflexión de sus experiencias con la finalidad de que se genere aprendizaje para la vida profesional y personal. Puede mencionar lo siguiente: “Todas y todos en algún momento hemos sufrido estragos del síndrome de agotamiento profesional. Es importante reconocer que esto es cíclico, y es posible que se vuelva a experimentar. La ganancia está en desarrollar estrategias para detectarlo y enfrentarlo”.

B. Exposición dialogada

- El facilitador presenta a las y los participantes información sobre los siguientes tópicos:
 - Conceptualización del síndrome de agotamiento profesional.
 - Factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento profesional.
 - Fases del síndrome de agotamiento profesional.
 - Detección del síndrome de agotamiento profesional.
 - Estrategias de afrontamiento: promover conducta saludable, autocuidado, estrategias protectoras y niveles de acción.
- Durante la presentación de la información, el facilitador debe fomentar la participación de las y los participantes solicitando su opinión sobre lo presentado, también puede abrir la posibilidad de mencionar ejemplos o vivencias.

ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXPANDIR EL APRENDIZAJE. PLAN DE AUTOCUIDADO (10 min)



A. Trabajo grupal: ¿Y qué podemos hacer?

- El facilitador anuncia la elaboración de un plan de autocuidado. Para ello, completarán la información de la matriz, tomando en cuenta las diversas áreas. Deben proponer actividades que van a implementar con frecuencia.

Plan de autocuidado

Área	Actividades a implementar	Frecuencia
Física (alimentación, sueño, ejercicio, salud)		
Emocional (expresión emocional)		
Espiritual (autorreflexión, meditación, lectura, pasar tiempo con la naturaleza)		
Relaciones interpersonales (tiempo para la familia, amigos, agendar reuniones, chatear o conectarse por medios virtuales)		
Profesional / trabajo (capacitación, relación con compañeros de trabajo, trabajo con sentido)		
Financiera (crea un plan de ahorro)		

- El facilitador solicita a las y los participantes que brinden su opinión sobre el trabajo realizado en la elaboración de su plan de autocuidado. Puede indagar con las siguientes preguntas: ¿cómo lo realizó les ayudará en sus labores?, ¿cómo es posible ponerlo en práctica? Puede resaltar el compromiso y responsabilidad de cada uno para poner en marcha el desarrollo de estrategias de autocuidado.

Recursos

- Tarjeta de preguntas para “Lluvia de ideas sobre síndrome de Burnout”.
- Tarjeta de preguntas: Sondeo de opiniones síndrome de Burnout.
- Matriz para el plan de autocuidado.
- Material de escritorio: papelógrafos, hojas, lápices, cinta autoadhesiva, plumones gruesos, etc.

8.2. Información importante - Material para el facilitador

Síndrome de agotamiento profesional y autocuidado

- El síndrome de agotamiento profesional, también denominado síndrome de estar quemado o de desgaste profesional, se considera como fase avanzada del estrés laboral; es fácil encontrarlo en las instituciones dedicadas a dar servicio, principalmente en los trabajadores que tienen trato directo con personas en situación de vulnerabilidad y que su problemática demanda alguna necesidad.
- Es un síndrome que se caracteriza por un conjunto de malestares, síntomas y manifestaciones físicas y emocionales; en ocasiones, no se perciben o no se toman en cuenta; por ello, se dejan pasar.
- Las y los profesionales de la salud se abruman cuidando a sus pacientes y descuidan otros aspectos de su vida, lo cual los lleva a desvincularse de sus seres queridos cuando son los vínculos lo que los sostienen.

Fases del síndrome de agotamiento profesional

- **Fase de agotamiento emocional.** Sentimiento de fracaso al intentar cambiar situaciones que originan estrés, pérdida de energía, frustración, agotamiento, fatiga, irritabilidad, desgaste emocional, pérdida del disfrute de las tareas e insatisfacción laboral.
- **Fase de despersonalización o deshumanización.** Al no poder cambiar la situación estresora, se presenta distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferencia hacia los demás (incluido los usuarios, familiares, etc.)
- **Fase de abandono de la realización personal.** Se evalúa de manera negativa el propio trabajo, este pierde significado valor. Aparecen sentimiento de fracaso, inadecuación e insatisfacción, se aparta de actividades familiares, sociales, recreativas.

¿A qué se exponen las y los profesionales de la salud cuando trabajan con personas que sufren o están en condición vulnerable?

Pueden tener efectos en dos dimensiones:

- **Psicológica.** Al ser testigos o confidentes, sienten emociones tales como impotencia, frustración, rabia, pena.
- **Física.** Pueden sentir tensión y manifestaciones corporales por la cantidad de pacientes atendidos, tener dificultades de comunicación, trabajar en espacios no confortables, distanciamientos cuando trabajan lejos de la familia.

Factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento profesional

- Se trata de un conjunto de características que conlleva a que algún tipo de síntoma o malestar salga a flote y se manifieste de manera abrupta. Algunos factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento profesional son el trabajo con poblaciones en estado de vulnerabilidad y la ausencia de apoyo institucional.
 - Sobrecarga laboral.
 - Relaciones tensas con compañeros del trabajo.
 - Situaciones de acoso laboral.
 - Problemas de salud física y mental.
 - Abuso en el consumo de alcohol y otras drogas.
 - Vida sedentaria, falta de ejercicio físico.
 - Problemas de pareja y/o familiares.
 - Pérdida de algún miembro del núcleo familiar.
 - Proceso de adaptación por migración.

¿Cómo detectamos el síndrome de agotamiento profesional?

- **Autoconocimiento profesional**
 - Reconocer qué me gusta, cómo me relaciono con las personas, cómo reacciono ante determinadas situaciones, cuándo estoy con alegría, tristeza, ira, miedo.
 - Plantearme las preguntas cómo soy, qué siento.
 - ¿Puedo detectar cambios en mi estado emocional?, ¿puedo darme cuenta cuándo cambia mi estado emocional?, ¿por qué?
 - Prestar atención a las señales del cuerpo, a las sensaciones.
- **Conocimiento del síndrome de agotamiento profesional**
 - Identificar las principales características de manifestación del síndrome.
 - Usar el inventario de Burnout de Maslach. Es un instrumento autoadministrado que evalúa estrés crónico en profesionales de la salud.
 - Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos; su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

El autocuidado

- Son prácticas cotidianas y decisiones que realiza una persona o grupo para cuidarse.
- Se emplean por libre decisión para fortalecer y restablecer la salud.
- Es responsabilidad personal y propia.
- Son indispensables para preservar la salud integral de las y los profesionales.
- Favorecerán a las usuarias y usuarios, y a la institución misma.
- Genera bienestar personal, satisfacción laboral y socialización satisfactoria.

8.3. Material de soporte para el facilitador

Síndrome de agotamiento profesional y autocuidado

Dimensiones del síndrome de agotamiento profesional

- **Agotamiento extenuante**

Es el cansancio y fatiga física. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás; presenta sensaciones de sobre-esfuerzo físico y hastío emocional.
- **Sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo**

Desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes, irónicas y frías (insensibilidad) hacia las personas a quienes brinda su servicio (usuarios). En ocasiones, también a los miembros de su equipo de trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación. Busca distanciarse, trabaja utilizando en ocasiones etiquetas despectivas para referirse a las personas, busca culpables por sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.

- **Sensación de ineficacia y falta de logros**

Surge cuando se verifica que las demandas que se les hace exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión, una baja autoestima y la presencia de un autoconcepto negativo. Como consecuencia, se da la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión.

Estrategias para abordar el síndrome de agotamiento profesional

- **Promover conductas saludables**

- Tenga una rutina diaria.
- Manténgase ocupado en algunos momentos del día con cosas que motiven o distraigan.
- Planee actividades con los familiares en casa (juegos de mesa, cocinar juntos, alguna actividad compartida).
- En caso de que el ciclo del sueño se altere, tome consciencia del cambio de rutina y haga cambios en sus hábitos que impide sus horas de sueño.
- Separe el tiempo de trabajo del tiempo que le dedica a otras actividades en su vida. Hable de otros temas que no sean de trabajo en sus ratos de descanso.
- Sugiera un “tiempo para preocuparse” acotado durante el día. Después poner la voluntad de focalizarse en otros temas y actividades en casa.
- Las noticias falsas abundan. Seleccione con cuidado qué escucha o lee, y no se “intoxique” con excesiva información negativa.
- Tenga tiempos límite para el uso de las redes sociales; evite personas que estén muy cargadas y que la busquen para desahogarse.
- Ponga freno a pensamientos angustiantes y de catástrofe de manera consciente. “Basta de tanto pensamiento negativo, ahora voy a pensar algo positivo”.
- Tenga una rutina de ejercicios, lea libros que disfrute, medite.

El autocuidado

- El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas, y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad (Tobón, 2003).
- Los profesionales de salud que brindan atención a personas vulnerables se convierten en depositarios de historias dolorosas y crueles de abuso, esto los pone en riesgo de desarrollar síndrome de agotamiento profesional, en estos casos, su salud integral sufre serias repercusiones, así como diversos efectos desfavorables en su desempeño laboral y en sus relaciones interpersonales en general. En este contexto, la incorporación de la práctica del autocuidado surge como una necesidad para preservar la salud y bienestar general de los profesionales de salud de forma individual y grupal para asegurar que las víctimas de violencia reciban una atención efectiva y de calidad.
- El autocuidado debe ser interiorizado y practicado con convicción. Implica, por lo tanto, una toma de conciencia acerca de los efectos del desgaste profesional por empatía en la propia salud física, mental y emocional, para que a partir de esta se pueda elaborar un plan personalizado de prevención y recuperación con acciones individuales y colectivas.
- El estilo de vida de las personas que tienen una tarea de gran estrés, como es el caso de los profesionales de la salud, favorece o afecta la salud integral. Una estrategia para tomar en cuenta lo constituye el desarrollo de actividades físicas, alimentación balanceada, descanso y actividad social; asimismo, el fomento de redes sociales como un factor protector que debe cultivarse y mantenerse como soporte esencial en la vida de los servidores. De ser necesario en casos más álgidos es esencial e insoslayable recibir psicoterapia individual de forma continua.

Apoyo social

- Para lograr impactar sobre el afrontamiento de apoyo, se deben implementar medidas dirigidas a mejorar las relaciones interpersonales entre los compañeros de trabajo y promover espacios para la interacción de los empleados con sus familiares y amigos.
- La comunicación efectiva entre los trabajadores y quienes lo rodean ayuda a disminuir la percepción negativa de un estresor y a hacer uso de sus competencias para enfrentarse al mismo. Esto es atribuible a que el consejo, el consuelo, la compañía y el soporte emocional tienen un impacto positivo sobre factores protectores tales como la confianza, la autoestima y la sensación de autoeficacia.
- Se puede fortalecer el trabajo en equipo para el análisis de casos y situaciones difíciles e incidentes críticos. Además, se puede organizar sesiones de supervisión con apoyo externo, este espacio brindará a las y los participantes retroalimentación y soporte necesarios. Los espacios de análisis también buscan fortalecer el trabajo en redes de servicios de salud y, particularmente, de instituciones que trabajen temas afines.
- A través del apoyo social en el trabajo, las personas obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda. El apoyo social en el trabajo aparece en los estudios sobre el estrés laboral, además el síndrome de quemarse como una de las principales variables que permiten prevenir y aliviar las respuestas que la persona genera ante los estresores y sus efectos.

Estrategias protectoras y niveles de acción

- **A nivel individual**
 - Búsqueda de espacios y tiempos propios.
 - Tener una vida íntegra, plena y con sentido.
 - Espacio de ocio, como un espacio de recreación.
 - Reconocer los límites de sus funciones.
 - Reconocer las fortalezas y desafíos propios.
 - Capacitación.
 - Es importante implementar estrategias de autocuidado.
- **A nivel de equipo**
 - Espacios de conversación, reconocimiento y contención emocional.
 - Intercambiar experiencias personales y de la propia práctica.
 - Organizar reuniones de presentación y discusión de casos, intercambiar experiencias de atención, supervisión de casos, reuniones técnicas y de diseño de programas.
 - Mejorar el servicio, disminuir la sensación de agobio y estrés.
 - Compartir responsabilidades en la toma de decisiones.
 - Un clima que promueva el desarrollo de capacidades y autonomía.
 - Compartir asuntos no relacionados necesariamente con el tema.
- **A nivel de organización o instituciones**
 - La existencia de cultura organizacional, con marcos teóricos, ideológicos, normativa clara y conocimiento de derechos y deberes reducirán la ambigüedad y el conflicto.
 - Las jefaturas deben estar en condiciones institucionales que permita percibir y explorar el sentir del equipo.
 - Los equipos deben tomar un rol activo frente las decisiones que los afectan.
 - Favorecer estilos de funcionamiento que generen responsabilidad compartida.

SESIÓN ANEXA SOBRE POBLACION VULNERABLE PRINCIPALMENTE EN SITUACIÓN DE MIGRACIÓN



Objetivo de aprendizaje de la sesión

Que las y los participantes comprendan las condiciones socioemocionales que enfrentan las mujeres en contextos de migración y que inciden en el desempeño de su parentalidad.

Información importante



- Los seres humanos siempre han migrado, y lo han hecho por diversas causas: en busca de medios de subsistencia, huyendo de condiciones naturales o sociales adversas, por el deseo de conocer o la voluntad de aprender, siguiendo afectos o dejando horrores, etc.
- Comprender la migración como un fenómeno de alcance mundial que requiere ser pensado conforme a la singularidad de cada contexto.
- Tener presente que las mujeres refugiadas y migrantes están atravesadas por una doble vulnerabilidad: ser mujer, refugiada y migrante.
- Las mujeres gestante refugiadas y migrantes confrontan su condición en un país que no es el suyo, donde hay cambios importantes en la cultura, en la forma de pensar, en las costumbres y en todo lo que las rodea. De igual manera, los niños y las niñas viven cambios importantes, ya que viven el duelo de dejar su hogar, su entorno, amigos, familiares cercanos y afectos que se van adquiriendo en la vida.



Contenido temático

- Migración.
- Feminización y migración.
- Migración y parentalidad.



Tiempo total de la sesión

90 minutos.

Secuencia metodológica de actividades

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN

RECOGER SABERES PREVIOS: LLUVIA DE IDEAS (10 min)



A. Lluvia de ideas a partir de opiniones

- El facilitador pregunta a las y los participantes sobre las experiencias que hayan pasado al tratar con mujeres gestantes, ¿qué sucedía?
- El facilitador comenta sobre la experiencia y favorece que se brinden opiniones.

ACTIVIDAD 2: DESARROLLO TEMÁTICO

TRANSFERIR CONOCIMIENTOS: ANÁLISIS DE VIDEO Y EXPOSICIÓN GRUPAL (65 min)



Análisis de video y exposición dialogada

- El facilitador indica a las y los participantes que observen el video “Una embarazada y joven venezolana migrante con sueños y sus metas” <https://www.youtube.com/watch?v=Mc4KUxX2Kho>. Luego, solicita que tomen nota de los aspectos que llama su atención y genera inquietud.
- Luego de observar el video, el facilitador presenta imágenes que serán colocadas como una exposición gráfica. Solicita a las y los participantes que las observen y anoten los aspectos que les llama su atención o genera inquietud.



- El facilitador entabla un diálogo sobre lo observado en el video y las imágenes. Para ello, se puede formular algunas preguntas motivadoras.

Preguntas para análisis de video

- ¿Qué sensación nos genera lo observado en el video y las imágenes?
 - A partir de lo observado, ¿qué situaciones estarán experimentando estas mujeres en el aspecto afectivo-emocional y sociofamiliar?, ¿cómo las condiciona su situación de refugiada y migrante?
 - ¿Cómo estarán desarrollando su proceso de embarazo, qué satisfacciones y dificultades puede estar vivenciando?
- El facilitador realiza una exposición dialogada sobre la situación migratoria, la maternidad y parentalidad.

ACTIVIDAD 3: CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJES

EXPANDIR EL APRENDIZAJE: COMPLETAR FRASE (15 min)



A. Completar frase: “Ahora pienso...”

- El facilitador propone a las y los participantes las frases para que sea completada. Asimismo, dialogan sobre lo expresado.

Frases a completar

- “Ahora pienso que las mujeres gestantes, y madres refugiadas y migrantes son...”.
- “Ahora pienso que las mujeres gestantes, y madres refugiadas migrantes merecen...”.

Recursos

- Video “Una embarazo y joven venezolana migrante con sueños y sus metas”
<https://www.youtube.com/watch?v=Mc4KUxX2Kho>
- Imágenes de mujeres en contexto de migración.
- Material de escritorio: cinta adhesiva o limpiatipo, papelógrafos, plumones, etc.
- Tarjetas con preguntas de lluvia de ideas.
- Tarjetas con frases a completar “Ahora pienso...”.

Información importante para el facilitador

Migración

- La palabra migrar implica referirse al movimiento de personas o grupo de personas a través de un espacio geográfico o territorio para radicar en un lugar diferente del que son originarios. Ello supone un desplazamiento situado en contextos y circunstancias históricas, y motivado por razones sociales, políticas o económicas, entre otras.
- La migración no es solamente un fenómeno demográfico, sino que tiene una multiplicidad de repercusiones en la vida de las personas que migran, generando mayor vulnerabilidad para la salud y el bienestar físico y psicológico de las poblaciones refugiadas y migrantes y sus familiares (Urzúa y Cabieses, 2018).
- Las migraciones no son neutras ni impersonales; se cargan de sentidos de las personas que las protagonizan y el contexto en que las lleven a cabo, factores estructurales que las definen y determinan. Las migraciones se hacen de rostros, motivaciones, acciones de varones, de mujeres de diversas condiciones.

Mujer y migración

- Las mujeres constituyen aproximadamente la mitad de las personas que migran por ello tomar en cuenta la variable de género en los procesos migratorios es imperativo. Son cada vez más las mujeres que migran y que lo hacen en forma autónoma.

- Mirar la migración desde la feminización implica tomar en cuenta que, en cuanto a empleo, se deriva en inserciones laborales precarias y de bajo costo en los países de destino, ocupándose principalmente en áreas de cuidados y servicios. En estos espacios, el requerimiento de mujeres es mayor, pero con una ausencia de regulación y remuneración reducida que suele ir acompañada de una situación migratoria irregular. Por otra parte, permite visualizar las débiles e inexistentes redes comunitarias y familiares que genera limitada capacidad para asumir las tareas domésticas y de cuidado de los miembros dependientes de sus familias.
- Las mujeres refugiadas y migrantes asumen un papel central en las cadenas globales económicas familiares y por qué no, de un país. La mayoría de ellas dejan sus países de origen como consecuencia de condiciones socioeconómicas adversas vinculadas a políticas de ajuste estructural, que las empujan a buscar alternativas en los procesos de sostenimiento de sus familias. Suele pensarse a las refugiadas y migrantes como personas vulnerables. Por ello, resulta importante poder discernir que la vulnerabilidad no es inherente a la persona que migra, sino que depende de cómo la persona se encuentra en lugar que ocupa y habita, y las relaciones sociales en las que se inserta en los diversos ámbitos de la vida social. Es importante también prestar atención a las prácticas que generan discriminación y exclusión, y que impactan en la subjetividad de las mujeres y las vuelve más vulnerables, motivando generalizaciones, descalificaciones. Por ello, es necesario que se recupere la heterogeneidad de situaciones.

Mujeres y varones siempre han tomado parte en los procesos migratorios; sin embargo, ellas han quedado invisibilizadas como consecuencia de aproximaciones que privilegian la figura del varón autónomo o las colocan en un lugar de subordinación a las decisiones masculinas y en el papel de acompañantes de proyectos familiares.

Material de soporte para el facilitador

Familia y migración

- Desde una mirada tradicional, la familia es el escenario donde se comparte, hay apoyo y conexión real entre sus miembros. ¿Y qué sucede cuándo los miembros de las familias están pasando por cambios?, ¿qué sucede cuando la madre y/o el padre viven situaciones angustiantes, preocupaciones económicas, de vivienda, de empleo y de surgir en otro lugar que no conocen? Es preciso también prestar atención a la presencia significativa de niños y niñas refugiados y migrantes, lo cual conlleva a considerar la relación que se configura en su cuidado y crianza, en la relación parental, que se debiera constituir en una acción caracterizada por un estado emocional de expresión de amor y protección hacia sus hijos e hijas, y que va teniendo lugar en un espacio social diferente, de no pertenencia social y cultural.

La carga de trabajo reproductivo no les permite a las mujeres migrantes acceder al mercado de trabajo; por ello, renuncian a tener un trabajo remunerado y se ven obligadas a realizar actividades que les permita estar con sus hijas e hijos aprovechando las escasas horas en que estos están en la escuela o en una guardería para realizar trabajo tales como vender comida, limpiar alguna casa u oficinas. Así buscan compatibilizar trabajo productivo y trabajo reproductivo.

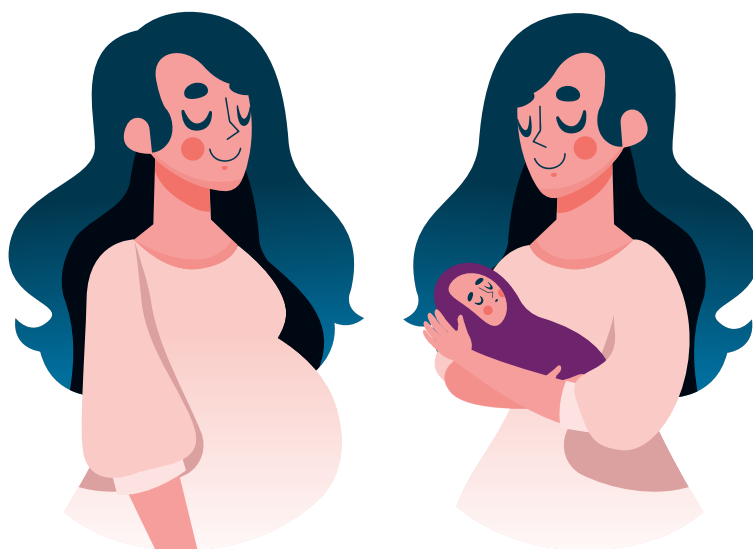
- Todas las personas desde que nacen se desenvuelven en el primer entorno que es la familia, donde se comienzan a adquirir valores, creencias y estilos de vida. Méndez y Corella (2017) explican que la familia es el centro emocional y de formación de un niño niña, pues desde el hogar se van desarrollando todas sus potencialidades como habilidades, capacidades e integración a la sociedad de forma efectiva. Las pautas de crianza dentro del contexto familiar son normas y procesos que cada padre imparte en sus hijos en su educación y valores formativos. El cuidado y crianza de los niños y niñas puede conllevarse en una dimensión subjetiva familiar, pues en cada grupo familiar se realiza ese intercambio de convivencia, mediante las normas y la calidez de las interacciones que se desarrollen. Entonces, se puede inferir que cada familia es única para cada individuo; por ello, los padres y madres tienen características diferentes que van desde la situación de cada niño o niña, su conducta y su cultura, de acuerdo al país y sus creencias propias: la familia es única dentro de cada país y cada visión. Pero cuando esta migra o cambia de país, la situación cambia en base a su vínculo de afectividad.

Las mujeres refugiadas y migrantes transitan por pérdidas de identidad y de posibilidades que ya no recuperarán en corto plazo: perder su reconocimiento profesional, la posibilidad de acceder a un trabajo adecuado a sus capacidades o que compaginen sus responsabilidades familiares y laborales. En una encuesta realizada por OIM en el 2019, se encuentra que el 58,8% de mujeres venezolanas declaró haber padecido en el último año malestares emocionales como tristeza, miedo, enojo y preocupación; de ellas, el 55% indicó que lo siente siempre o casi siempre.

Encontramos a las mujeres refugiadas y migrantes con limitadas redes de apoyo en la familia y escasas redes de apoyo y espacios de encuentro en el entorno. A ello se suma que cuentan con menores oportunidades de formación, de trabajo, de familiarizarse con el entorno cultural, institucional y laboral. Así, se reducen sus probabilidades de acceder a un medio de vida estable.

- Los miembros de una familia tienen un patrón determinado por las tradiciones, costumbres que son llevadas a una rutina y convivencia que inciden en las características y desempeños de las personas. Las familias que atraviesan por el fenómeno de las migraciones se enfrentan a cambios importantes en sus dinámicas familiares y asunción de roles que pueden devenir en conductas y actitudes de abandono, maltrato, negligencia o descuido. La migración genera en las familias dificultades emocionales desencadenadas por la separación, y el duelo ante las pérdidas de los afectos, las rutinas, los bienes, las tradiciones, entre otros. Por ello, el proceso migratorio implica la reconstrucción de nuevos vínculos de diferentes roles en el sistema familiar, y la crianza en una familia refugiada y migrante sufre cambios inesperados y van dependiendo de la responsabilidad, estabilidad y organización de los padres. Se constituye en un proceso de confrontación para los padres, de reinención de la visión del amor a sus hijos plagada por los sacrificios y adaptaciones que vivencian.

- Una persona refugiada y migrante vive un proceso de afectación psicológica que proyecta en su familia o vincula en este problema a los hijos, que comienzan a sentir inseguridades, miedos e inestabilidad ante todo lo nuevo que ve. Además, con las carencias y las debilidades de la familia, los niños al migrar también viven un duelo por la casa que dejan, por sus compañeros de clases y por su colegio, extrañan un compendio de afectos que quedan en el aire, en añoranza y en nostalgia. Las familias que migran deben vivir este proceso como una prueba de fuego, en el que se despliegan otras dificultades que afectan directamente las pautas de crianza. Las costumbres de antes ahora son otras, las rutinas, los estilos de vida; muchas veces los hijos se sienten abandonados, aislados, acarreado dificultades en diversas áreas como efectos negativos en la autoestima y su salud mental, mientras sus padres están en la búsqueda de la estabilidad.
- En contextos migratorios, la rutina de los niños y niñas, sus afectos, sus amistades y su entorno cambian profundamente, cambios que inciden en el bienestar de la familia en general. Es así que, en este nuevo inicio, la familia vive un contraste de emociones, de pensamientos encontrados que se proyectan con unos padres que buscan una mejor calidad de vida para sus hijos. Por ello, tienen muchas ganas de trabajar, de impulsarse de lograr la estabilidad lo más pronto posible. Por otra parte, los niños y niñas tienen miedo al cambio, no quieren separarse de sus padres que son su único entorno, donde hay exposición a la soledad y a la preocupación; pero a pesar de dichos sentimientos, están obligados a comprender que su padre y/o madre, están buscando oportunidades. En torno a la parentalidad en contexto de migración, se observan conductas y actitudes en tres tiempos: parentalidad previa a la migración, durante la migración y en el proceso de asentamiento. Todos los padres y madres comparten prácticas parentales que son transversales a todas las sociedades, como el ser responsables de las necesidades básicas de sus hijos, resguardar su seguridad, mantenerlos a salvo y darles las bases para su socialización. Sin embargo, hay pautas de crianza que son propias de cada grupo social, los que son transmitidas generacionalmente.
- Los valores familiares podrían categorizarse dentro de dos modelos culturales: *cultura independiente* y *cultura interdependiente*, los cuales se basan en dos ejes: un eje de distancia interpersonal, basado en la cercanía que desarrollan las personas. El otro eje es el de *agencia*, que se relaciona con el grado de autonomía que desarrollan las personas.
- El ejercicio de la parentalidad establece que las culturas predominantemente individualistas promueven fuertemente la autonomía a lo largo del desarrollo de sus miembros, los estilos parentales tienden a fomentar el desarrollo de habilidades como la responsabilidad, la independencia, la autorrealización y el éxito académico, priorizan la resolución autónoma de los conflictos y valoran la privacidad. Los cuidadores insertos en culturas colectivistas tienden a hacer mayor uso de las redes familiares y tienden a hacer uso de estilos de crianza autoritarios, que se basan en la aceptación de las normas, jerarquías y una autoridad patriarcal. Se promueve la interdependencia en el núcleo familiar, sin embargo, sus límites difusos provocan mayor dificultad para lograr la autonomía e individualidad.



MATERIAL DE CONSULTA ANEXO PARA EL FACILITADOR

CAJA DE HERRAMIENTAS

Este apartado se constituye en un compendio de técnicas, estrategias y recursos metodológicos que pueden convertirse en alternativas para realizar adecuaciones y mejora en el desarrollo de las sesiones de aprendizaje del presente módulo. Ello se debe al carácter flexible y la posibilidad que tiene el presente material para ser replicado con otros grupos poblacionales que no se encuentren involucrados al proyecto.

Caja de Herramientas: **Técnicas y estrategias para la actividad de introducción en las sesiones de aprendizaje**

TÉCNICA DE INTRODUCCIÓN N.º 1

Encuentro a ciegas

Desarrollo

- Se explica a las y los participantes que van a caminar por el ambiente estirando los brazos y con los ojos cerrados. Cuando escuchen la palmada, se detienen y tocan a otro participante a quien le preguntan: “¿Quién es?, ¿cuál es su color preferido? Si coincidiera se quedan juntos y van a buscar a otros ciegos a quienes preguntarán lo mismo. Si coinciden en la elección del color, se juntan a su grupo.
- Cuando los grupos se han establecido, se les pide que se realice una pequeña presentación grupal intercambiando información sobre el lugar donde laboran, lo que más les agrada de su labor profesional y qué anhelo profesional tiene por lograr.

TÉCNICA DE INTRODUCCIÓN N.º 2

Rompecabezas

Desarrollo

- Se forma cinco grupos equitativos.
- Se prepara cinco imágenes de tamaño A3 y se recortan a manera de rompecabezas. Luego, se coloca en un sobre, el cual se entregará al azar a cada grupo.
- Los grupos deben armar el rompecabezas, se pueden ayudar con cinta adhesiva y un papelote.
- Se plantea las siguientes preguntas a los grupos: ¿cómo se organizaron para armar el rompecabezas?, ¿qué estrategia usaron para lograrlo?, ¿qué nos sugiere la imagen del rompecabezas? Conforme los grupos brindan respuestas, el facilitador genera un diálogo sobre las opiniones expresadas.

Desarrollo

- Se forman cuatro grupos entre las y los participantes, y se les debe entregar un papelote y un plumón.
- Cada grupo dibujará una figura de manera colaborativa partir de trazos individuales. Por ejemplo, un participante hace un trazo, el segundo participante dibuja otro trazo a partir del anterior de tal manera que amplía lo dibujado. Así sucesivamente cada participante va completando el dibujo con el trazo que decida realizar.
- Se indicar a las y los participantes que no deben dialogar durante el desarrollo de los trazos.
- Para esta actividad, se les brindará el tiempo de 1 minutos y medio (90 segundos).
- Finalizado el tiempo para elaborar el dibujo, los grupos observan el dibujo construido y, en común acuerdo, le ponen un título. Luego, lo presentan al plenario.
- Se concluye generando diálogo entre las y los participantes sobre lo desarrollado. Se plantean las siguientes interrogantes: ¿cómo se sintieron?, ¿fue fácil seguir la secuencia del anterior participante para elaborar el dibujo?, ¿por qué?

Desarrollo

- Cada participante tendrá una hoja de papel y un plumón.
- Luego, se plantea la siguiente pregunta: ¿qué es lo que más le gusta del trabajo que realiza?
- La respuesta debe ser breve; por ejemplo, “Porque estoy en contacto con la gente” o “Porque me permite ser creativo”, etc.
- Cada participante escribe en la hoja su nombre y la respuesta a la pregunta. Se colocará la hoja en el pecho o la espalda, con una cinta adhesiva o alfiler.
- Se coloca música y, al ritmo de ella, las y los participantes se desplazan por el ambiente bailando. Se brindar tiempo para que las y los participantes encuentren a quienes tengan respuestas iguales o semejantes a las propias.
- Conforme van encontrando a las y los participantes con respuestas afines, se van cogiendo del brazo y continúan bailando juntos, continúan buscando nuevos compañeros que puedan integrarse al grupo.

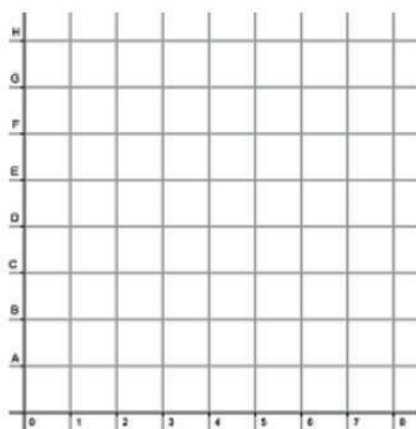
- Al parar la música, se revisa cuántos grupos se han formado. Si hay muchas personas solas, se da una segunda oportunidad para que encuentren un grupo. Si los grupos fueran muy numerosos, se los divide para que los integrantes sean equitativos.
- Cuando la mayoría de las y los participantes sea parte de un grupo, se detiene la música. Se brinda un corto tiempo para que intercambien sus respuestas sobre el porqué de sus respuestas en sus hojas. Luego exponen como grupo la razón y afinidad de sus respuestas.

TÉCNICA DE INTRODUCCIÓN N.º 5

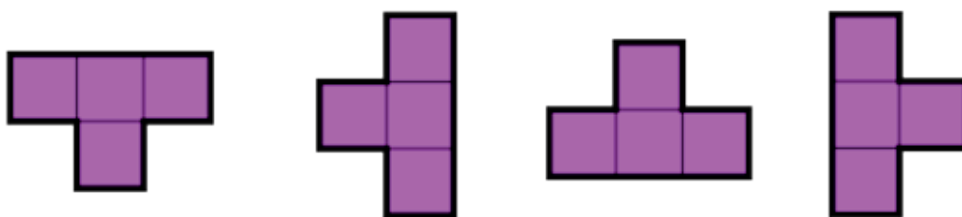
Baile naval en papel

Desarrollo

- Se prepara el dibujo de un diagrama cartesiano en una tarjeta del tamaño de un cuarto de hoja.
- Cada integrante recibe dos diagramas.



- Cada integrante dibuja un barco ocupando solo cuatro (04) cuadraditos en cualquier posición



- Se forman parejas entre las y los participantes y, por turnos, un jugador propone una "coordenada (A,5), (E,3)" con la finalidad de adivinar la ubicación del barco del otro jugador.
- Si adivina una coordenada, el jugador del barco tocado dirá "herido"; si no, dirá "salvado".
- Si un barco es tocado en sus cuatro coordenadas el jugador dirá "hundido".
- Gana el primer jugador que hunda un barco.

Desarrollo

- Preparar previamente una pelota con cintillos de papel con preguntas pegadas en toda su superficie.
- Las y los participantes se colocan en círculo, se entrega la pelota, la que debe pasarse de mano en mano, y a una señal se detiene el recorrido de la pelota.
- El participante que se queda con la pelota en la mano coge unos de los cintillos de papel y responde a la pregunta que contiene.
- Luego que el participante responde la pregunta, se retoma el recorrido de la pelota.
- Se repite la secuencia realizada hasta que la mayoría de las y los participantes lo haya realizado.

Desarrollo

- Indicar a las y los participantes que el facilitador expresará una palabra y, a continuación, las y los participantes deberán expresar lo opuesto. Por ejemplo, si el facilitador dice “arriba”, la respuesta será “abajo”; si dice derecha, las y los participantes dirán “izquierda”.
- Luego, para hacer más amena la actividad, se puede proponer una cadena de palabras que las y los participantes deberán responder con otra cadena, pero con las palabras opuestas. Por ejemplo, si el facilitador dice “arriba, abajo, arriba”, las y los participantes dirán “abajo, arriba, abajo”.
- Para hacerlo más ameno, se puede acompañar con movimientos y de forma cantada la cadena de palabras.

Caja de Herramientas: **Técnicas y estrategias para el desarrollo temático en las sesiones de aprendizaje**

TÉCNICA DE DESARROLLO TEMÁTICO N.º 1

El juicio

Desarrollo

- Para aplicar esta técnica, se designa diversos papeles entre las y los participantes:
 - **Acusada.** Mujer refugiada y migrante embarazada que no asume conductas y actitudes para el buen desarrollo de su embarazo.
 - **Abogado defensor.** Presenta su defensa y puede también interrogar a los testigos.
 - **Juez.** Tendrá a su cargo la dirección del juicio, brindando oportunidad a todos los actores para que brinden sus alegatos y descargos con la finalidad de que le permitan tomar una decisión justa.
 - **Fiscal.** Asumirá el rol de abogado acusador.
 - **Testigos.** Se divide a las y los participantes en dos grupos de testigos. Cada grupo de testigos nombra a un portavoz que expresará lo que ha evidenciado en torno al caso y que también podría responder las preguntas del abogado defensor y el fiscal.
 - **Jurado.** Un grupo de participantes son designados como jurados, deben reflexionar sobre lo escuchado.
 - **Secretario.** Toma nota de la participación de todos los convocados.
- Se brinda a las y los participantes un tiempo de siete (07) minutos para que preparen sus alegatos, pueden usar escritos para apoyarse en su exposición.
- El Juicio inicia con la Lectura que realiza el secretario del Acta de Acusación.
- Las y los participantes del juicio tienen el tiempo de 90 segundos para expresarse y presentar sus alegatos.
- El jurado debe deliberar en torno a todo lo escuchado, llegando a un veredicto. Puede encontrar culpable o inocente al acusado.
- El participante que desempeña el rol de juez dictará sentencia luego de escuchar y analizar los alegatos del acusado, el fiscal, los testigos y el veredicto del jurado.

TÉCNICA DE DESARROLLO TEMÁTICO N.º 2

Rompecabezas

Desarrollo

- Mantener los grupos formados en una dinámica anterior.
- Con las imágenes del rompecabezas, y nuevas imágenes que han sido seleccionadas, se indica a las y los participantes que imaginen que están en un museo gráfico y que, después de visualizar las imágenes expuestas, deben elaborar un mensaje alusivo a la vivencia de la maternidad y el rol de una “buena madre”; pueden tomar como referencia dos o tres de las imágenes expuestas.

Para realizar esta actividad, se entrega un papelote, plumones de colores, crayones, colores para que presenten sus mensajes de la manera más creativa posible.

- Luego, cada grupo presenta su frase y se retroalimenta el trabajo realizado.
- Se presenta la información importante mediante una exposición dialogada con las y los participantes:
 - Identidad materna.
 - Representaciones de la maternidad.
 - Vivencia de la maternidad.

TÉCNICA DE DESARROLLO TEMÁTICO N.º 3

Mensajes a través de una canción

Desarrollo

- Preparar en hojas las letras de las siguientes canciones:
 - “Yo te esperaba”, Alejandra Guzmán.
 - “Respiras y yo”, Roxana.
 - “Al fondo a la izquierda”, Pastora Soler.
 - “Bebe” Paty Gantú.
- Las letras de las canciones serán distribuidas a los grupos, una canción por grupo. Las y los participantes deben leer las letras de las canciones y analizarlas.
 - ¿Cuál es el tema y mensaje que transmite la canción?
 - ¿Qué aspectos destacan sobre el vínculo materno-fetal?
 - En su práctica profesional, ¿han identificado en la canción asignada algunas sensaciones e impresiones que han vivenciado las madres gestantes que han atendido?, ¿cómo han abordado esas sensaciones o impresiones?, ¿eran gestantes peruanas o de otra nacionalidad?
 - ¿Consideran que las gestantes peruanas sienten, piensan y vivencia el vínculo materno-fetal y el apego de manera diferente?, ¿por qué?
- Luego, se proyecta a las y los participantes el video “La teoría del apego, cómo la infancia afecta la vida”. Para finalizar, se entrega a las y los participantes una tarjeta y se les solicita que escriban una palabra que refleje lo trabajado en la actividad.
- Anexo con letra de las canciones para análisis
 - “Yo te esperaba”, Alejandra Guzmán (<https://www.youtube.com/watch?v=A4n9AKtEFiE>)
 - “Respiras y yo”, Roxana (https://www.youtube.com/watch?v=oLx_dMdJm9Y)
 - “Al fondo a la izquierda”, Pastora Soler (<https://www.youtube.com/watch?v=GW2CpoAv80I>)
 - “Bebe”, Paty Gantú (<https://youtu.be/FIHGzA35dDg?si=zfH7zquNofr41AQC>)
 - Video “La teoría del apego, cómo la infancia afecta la vida”
<https://www.youtube.com/watch?v=GN31nFXFJNM>

Desarrollo

- Se forman grupos y se entregan las lecturas seleccionadas. Se les pide que realicen una lectura detallada y discutan sobre la información y datos que llaman más su atención. El resultado del debate se registra en un papelógrafo. Deben ser creativos y muy visuales.
- Al terminar, se colocan los papelógrafos en espacios estratégicos del ambiente, se puede enumerar a los grupos para llevar un orden.
- Luego, se pide a cada grupo que transite por el ambiente revisando cada papelógrafo. Al detenerse, realizan la lectura de las ideas destacadas por cada grupo, deben tomar nota de la información que llama su atención.
- Luego, en forma ordenada, cada grupo dará a conocer la información que han seleccionado explicando el porqué.

Desarrollo

- En la sesión previa, el facilitador indica a las y los participantes que asistan a la sesión con vestimenta cómoda. Además, se trabajará sin celulares u otros equipos. Por tanto, estarán apagados durante la actividad.
- Las y los participantes hacen un círculo y se presentan mencionando su nombre desde la derecha y en orden hasta llegar al último participante.
- Se les pide que tomen una posición cómoda. Si la infraestructura lo permite, pueden estar echados y con los ojos cerrados.
- La sesión se acompaña con una música suave y relajante.
- El facilitador, con voz neutral, va desarrollando una narración:
 “Esta es una práctica de relajación física, vamos a tratar de relajar los músculos de tu cuerpo. Vamos a iniciar cerrando los ojos e imaginando que sobre nuestra cabeza tenemos una gran luz que ingresa a nuestro cerebro, recorre nuestros ojos y salen algunas chispas por nuestros iris. Luego, esa luz recorre nuestras orejas, se dirige, luego, hacia nuestra nariz y nuestra boca, recorre cada uno de nuestros dientes, lengua y boca.
 Ahora vamos a imaginar que esa luz baja por nuestro cuello y baja a nuestro pecho e ingresa al corazón como dos chispas de luz. Luego, se va extendiendo por todo el lado derecho de su organismo, se extiende por sus brazos, regresa a su tronco, pasa por sus caderas y baja por sus piernas, llega a las rodillas, pantorrillas, finalmente, la luz baja a sus pies, y luego regresa y envuelve todo su cuerpo, es como si te envolviera un manto de energía.

- Ahora, estiras lentamente las piernas, los brazos, mueves tu cabeza, abres lentamente tus ojos, observas a tu alrededor y te pones nuevamente en contacto con las personas que te rodean".
 - Se plantean a las y los participantes las siguientes preguntas: ¿cómo se sienten?, ¿qué sensación han experimentado?,
 - Se continúa interrogando: ¿qué actividades los relaja?, ¿con qué frecuencia lo hacen?, ¿cómo se han sentido cuando han realizado esta actividad?
- Comentar impresiones con las y los participantes: "Todos tenemos actividades o técnicas particulares que nos hacen sentir bien y muchas veces no lo practicamos por la rutina de actividades que realizamos, el estrés, la débil organización de nuestras actividades, entre otras".
- Cuando estamos tensos, sentimos cansancio, desgano, desmotivación, ¿qué parte de nuestro cuerpo nos da la primera señal de tensión? Se brinda oportunidad para que las y los participantes expresen sus opiniones y luego se apunta: "Generalmente, no atendemos las señales que nuestro cuerpo nos brinda, lo cual provoca que lleguemos a altos estados de tensión. Por ello, es necesario estar atentos a esas señales para disminuir la tensión, sentirnos mejor y no afectar nuestra salud mental".

TÉCNICA DE DESARROLLO TEMÁTICO N.º 6

Las ventanas

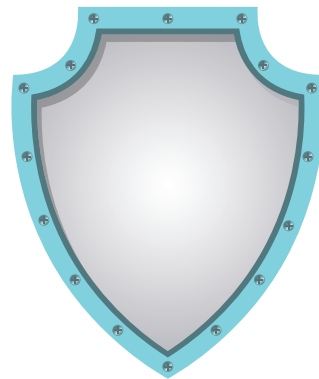
Desarrollo

- Se inicia con el siguiente comentario: "El desarrollo de nuestras labores profesionales con personas que presentan dificultades nos genera mucha carga, desmotivación y cansancio, lo cual ocasiona el síndrome de agotamiento profesional. Por ello, es importante aprender a manejar estrategias que nos permitan hacer frente a sus manifestaciones".
- Escribir la frase SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL, en pizarra o papelote, de tal manera que sea visible para las y los participantes. Se coloca, asimismo, la imagen de dos ventanas: una abierta y otra cerrada (este material debe ser elaborado previamente).
- **Explicar a las y los participantes que, en la ventana cerrada, se colocarán en tarjetas las características que se presentan en un profesional que viene padeciendo el síndrome de agotamiento profesional; asimismo, en la ventana abierta, propondrán acciones para manejar para enfrentar el síndrome de agotamiento profesional. Para el desarrollo de esta actividad, se entrega a las y las participantes tarjetas de papel y plumones.**
- El facilitador leerá las tarjetas y fomentará el diálogo entre las y los participantes sobre lo expresado. También, destacará las ideas con información relevante.



Desarrollo

- Para iniciar, se pega la imagen de una gestante y madre puérpera en papelógrafos.
- Luego, se plantea la siguiente interrogante mostrando las imágenes:
 - ¿Qué habilidades y competencias son necesarias para desarrollar intervenciones con las gestantes y madres puérperas?
- **Las respuestas se escribirán en tarjetas (entregar una tarjeta y un plumón a cada participante).**
- Posteriormente, se plantean estas preguntas a las y los participantes:
 - ¿Necesitaremos habilidades y/o competencias diferentes para brindar atención a las mujeres refugiadas y migrantes? ¿Por qué?
 Preguntar, además:
 - ¿Cómo influyen estas habilidades en el desarrollo de sus intervenciones y atenciones a gestantes y madre puérperas?
 - ¿Cuáles de las habilidades y competencias mencionadas consideran más importantes en el desarrollo de sus intervenciones y atenciones a gestantes y madre puérperas?
 Anotar las respuestas y solicitar ideas para representar con un símbolo cada habilidad y competencia.
- Seguidamente, se entrega a cada participante la ficha “Escudo de armas” y se pide que, de la lista trabajada en la secuencia anterior, seleccionen cuatro habilidades y competencias personales que consideran son su fortaleza y potencialidad para desarrollar su intervención profesional con madres gestantes y puérperas.
- El facilitador realiza una breve explicación sobre las habilidades y competencias para el desarrollo de intervenciones psicosociales con madres gestantes y puérperas.
- Para finalizar, a manera de una exposición gráfica, se pega en la pared todos los escudos elaborados por las y los participantes, y se les motiva a cada a que identifiquen las coincidencias, lo novedoso y también las diferencias con las respuestas de sus colegas.
- El facilitador comenta con las y los participantes sobre la importancia de reconocer las habilidades y competencias, y ponerlas en práctica en el desarrollo de intervenciones psicosociales con madres gestantes y puérpera y también en diversas facetas de desempeño de nuestra vida.



Caja de Herramientas: **Técnicas y estrategias para la actividad de cierre y recojo de aprendizaje en las sesiones de aprendizaje**

TÉCNICA DE CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJE N.º 1

Un mensaje sentido

Desarrollo

- A partir de la información importante y el material para soporte para el facilitador, se solicita a las y los participantes revisar el trabajo efectuado sobre la vivencia de la maternidad y el rol de una “buena madre”. Si lo consideran conveniente, efectúe cambios. Además, puede pedirles que preparen una presentación creativa de su fase, puede ser una barra, una tonada de canción, un rapeo o canto en hip hop, entre otras.
- Después de presentar su nuevo mensaje, se pregunta a las y los participantes si existe una única forma de ser una “buena madre” y quién lo define. El facilitador debe motivar el diálogo a partir de las respuestas.
- **Finalizar solicitando a las y los participantes que definan su sentir sobre lo trabajado en la sesión.**

TÉCNICA DE CIERRE Y RECOJO DE APRENDIZAJE N.º 2

Una carta especial

Desarrollo

- Las y los participantes continúan trabajando en grupo, se les indica que tienen la oportunidad de escribir una carta dirigida a la ministra de salud, en él deben plasmar las siguientes ideas:
 - Las necesidades que presentan las madres gestantes y puérperas.
 - Sus impresiones sobre la información revisada en la actividad anterior.
 - Plantear alternativas frente a la situación que exponen.Entregar un papelógrafo y plumones para desarrollar esta actividad.
- Posteriormente, las y los participantes socializan en plenaria la carta elaborada y se realiza un diálogo conjunto. Asimismo, se anima a ser propositivos en sus intervenciones en el desarrollo de sus programas o en iniciativas conjuntas con otras organizaciones e instituciones locales.

Desarrollo

- Se elabora en un papelógrafo la imagen que se muestra a la derecha.
- **Se explica que un iceberg es una masa de hielo que flota en el mar y que solo exhibe el 10% de su volumen, porque el mar impide ver su tamaño y forma completa.**
- Se trabajará con los equipos formados para las actividades anteriores.

Se explica a las y los participantes que deberán identificar lo siguiente:

- Lo visible o evidente respecto del apego y el vínculo madre-niño. ¿Cuáles son los elementos evidentes para todos?
 - Lo invisible o no evidente. ¿Cuáles son los elementos que se esconden en relación con el apego y el vínculo madre-niño?
 - Lo que no deja encontrar soluciones en relación con el apego y el vínculo madre-niño. ¿Qué o quiénes se oponen a la búsqueda y ejecución de acciones para solucionar el problema?
 - Lo que no deja ver el problema. ¿Cuáles son los obstáculos que impiden se trate con claridad y transparencia aspectos relacionados con el apego y la relación madre- niño?
- Cada grupo trabaja un aspecto y luego lo pone en consenso presentando en tarjetas lo trabajado. Durante la presentación de cada grupo, se intercambian opiniones y se retroalimenta lo trabajado.

Apego y vínculo madre niño**Desarrollo**

- Con ayuda de una pelota, se recoge las apreciaciones de las y los participantes sobre lo trabajado en la sesión. La pelota se pasará de manera aleatoria entre las y los participantes.

Caja de Herramientas: **Técnicas y estrategias para el desarrollo de sesiones virtuales**

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA VIRTUAL N.º 1

Jamboard

Jamboard es una pizarra digital que permite colaborar en tiempo real a través de un dispositivo electrónico: PC o móvil que cuente con un navegador web o la aplicación móvil Google.

Características

- Los usuarios de sesiones de hasta 50 participantes pueden trabajar a la vez en el mismo Jamboard.
- **Con Jamboard se puede realizar las siguientes actividades:**
 - Escribir y dibujar con el lápiz óptico de la pizarra.
 - Insertar imágenes de Google.
 - Arrastrar y cambiar el tamaño del texto y de las imágenes.
 - Dibujar un cuadro, una estrella, un gato o un dragón.

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA VIRTUAL N.º 2

Mentimeter

Mentimeter es la aplicación que permite responder preguntas e inquietudes que se le soliciten.

Características

- La audiencia tiene que acceder: www.menti.com e introducir el código de la presentación para participar.
- Ideal para desarrollar lluvias de ideas virtuales.
- Se observan en tiempo real a las opiniones que viertan las y los participantes.
- Se pueden formar nubes de palabras, lo cual es una forma vibrante de visualizar las ideas expresadas por las y los participantes.
- No hay límite al número de personas que pueden participar en una presentación de Mentimeter.

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA VIRTUAL N.º 3

Google Classroom

Google Classroom es una de las herramientas digitales educativas más populares. Es un aula virtual gratuita con una interfaz muy visual, parecida a una red social y que incorpora todas las herramientas de Google: e-mail, Drive, Meet, Calendar, etc.

Características

- Brinda acceso a las tareas y documentos en un espacio de trabajo.
- Tanto facilitador y las y los participantes pueden subir sus documentos y con opción de ver a quiénes están conectados.

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA VIRTUAL N.º 4

Zoom

Zoom, es una herramienta digital dedicado exclusivamente a las videoconferencias.

Características

- Su sistema es más complejo que Google Meet, pues Zoom permite hacer videoconferencias con más personas: hasta 1000 participantes en versión premium de pago y 100 participantes en su versión gratuita.
- Brinda la opción de grabar pantalla y transcribir las conversaciones de manera automática.

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA VIRTUAL N.º 5

AppSorteos – La ruleta aleatoria

Es una herramienta digital gratuita que permite organizar sorteos de manera gratuita entre las y los participantes.

Características

- Se debe ingresar los nombres para que se use la ruleta aleatoria.

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA VIRTUAL N.º 6

Wordwall

Wordwall puede usarse para crear actividades tanto interactivas como imprimibles. Las actividades se crean mediante un sistema de plantillas que se seleccionan y luego introducen su contenido.

Características

- **Crea actividades personalizadas para su salón de clases.**
- Se puede crear una actividad interactiva en solo un par de minutos, tales como cuestionarios, búsqueda de pares, juegos de palabras y mucho más.

ANEXO

LECTURA 01:

Análisis y situación de salud. Situación Epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú SE 52-2022

ANÁLISIS Y SITUACIÓN DE SALUD

Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, SE 52 - 2022

I. INTRODUCCIÓN

La salud materna ocupa un lugar importante en la agenda política nacional e internacional. En el Perú, con el incremento de las coberturas de atención prenatal, parto institucional, atención de parto por profesional de salud y la reducción sostenida de la mortalidad materna hasta el 2019, se lograron importantes avances en salud materna.^{1,2,3}

La muerte materna, constituye un importante indicador que refleja la evolución de la salud materna y la capacidad resolutoria del sistema de salud de un país, actualmente está incluida en el tercer objetivo establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).^{4, 5}

Desde el inicio de la pandemia por la COVID -19 en marzo del 2020, en el Perú, al igual que en los países de la región de las Américas, se presentó incremento de muertes maternas, entre los factores que explican esto figuran las dificultades en el acceso a la inmunización y disponibilidad de vacunas para las gestantes, la saturación de los servicios y las barreras en el acceso a cuidados especiales.⁶

En el Perú, con el fin de reducir la exposición y el riesgo de la infección por la COVID - 19, se implementaron medidas para la respuesta y control de la pandemia, considerándose restricciones y cambios en la modalidad de la atención prenatal (APN), lo que, agregado a la condición de especial vulnerabilidad durante la gestación, contribuyó al incremento de las muertes maternas.

Sin embargo, la inmunización contra la COVID-19 a las gestantes, que se inició en el Perú, en junio del 2021,⁷ impacto positivamente en la reducción en la mortalidad materna, ya que a partir de II semestre de 2021 la reducción de la MM por esta causa ha sido progresiva y se ha mantenido.

En este contexto la implementación de estrategias como la inmunización contra la COVID-19 antes o durante el embarazo, contribuye en la reducción del impacto de la COVID -19 y en mitigar la morbilidad y mortalidad.³

Así mismo, se deben asegurar el acceso oportuno a los servicios de salud, la atención calificada de las principales complicaciones obstétricas como hemorragias y trastornos hipertensivos, por lo que, el planteamiento de intervenciones, que contribuyan en la reducción de la muerte materna, debe continuar siendo priorizados a nivel nacional.

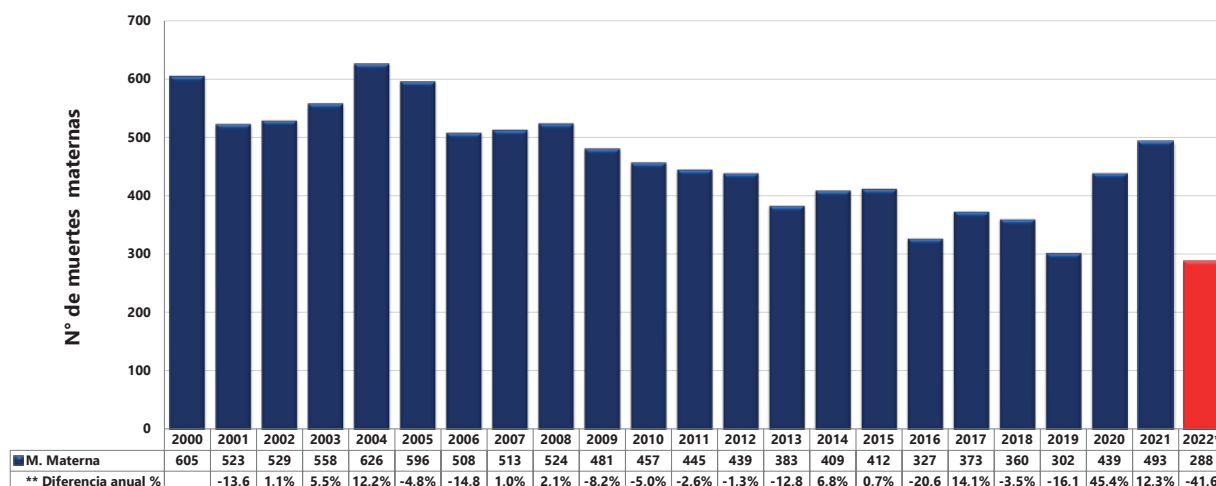
II. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Hasta la semana epidemiológica (SE) 52 del 2022, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 288 muertes maternas (MM) clasificadas preliminarmente como directas e indirectas, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación, lo que representa una disminución de 41,6 % (-205) comparado al mismo periodo del 2021. (Figura 1).

El promedio de notificación semanal de MM en 2022, fue de 5,5 MM, con un mínimo de 1 MM (SE 20, 44 y 46) y un máximo de 12 MM (SE 07), observándose la disminución progresiva del promedio semanal de MM a partir del II trimestre, con el promedio más bajo en el IV trimestre (4,2).

El promedio semanal presentado durante el 2022, mantiene valores similares a algunos años de la etapa prepandemia.

Boletín Epidemiológico del Perú SE 52-2022 (del 25 al 31 de diciembre 2022)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

*Hasta SE 52 del año 2022 (Al 31 de diciembre 2022) /** Diferencia porcentual con respecto al año anterior.

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

Figura 1. Número de muertes maternas, Perú, 2000 – 2022*

2.1 Departamento de procedencia

Hasta la SE 52 - 2022, los departamentos que notificaron el mayor número de MM según procedencia fueron Lima (31), Piura (28), La Libertad (27), Cajamarca (26), Loreto (21) y Lambayeque (17), que concentraron el 52,1 % del total de muertes en este período.

El departamento de Huancavelica (+1) presentó incremento de muertes a nivel nacional. Por otro lado, los departamentos que presentaron mayor disminución en comparación al mismo periodo 2021 fueron Lima (-62), San Martín (-16) y Lambayeque (-15).

Muerte materna a causa de COVID-19: Hasta la SE 52 - 2022, los departamentos de Lima (2), Madre de Dios (1), Piura (1), Huánuco (1), Pasco (1), La Libertad (1), Apurímac (1), Puno (1) y Lambayeque (1), notificaron muertes maternas a causa de COVID – 19, según procedencia.

2.2 Departamento de ocurrencia

Hasta la SE 52 - 2022, los departamentos que reportaron el mayor número de MM según ocurrencia fueron Lima (39), Piura (28), La Libertad (27), Cajamarca (24), Loreto (23) y Lambayeque (21), que concentraron el 56,3 % del total de muertes en este período. Fig.2.

Los departamentos de Huancavelica (+2) y Moquegua (+1) presentaron incremento de muertes a nivel nacional. Por otro lado, los departamentos que presentaron mayor disminución en comparación al mismo periodo 2021 fueron Lima (-51), Lambayeque (-17) y San Martín (-15). Tabla 1.

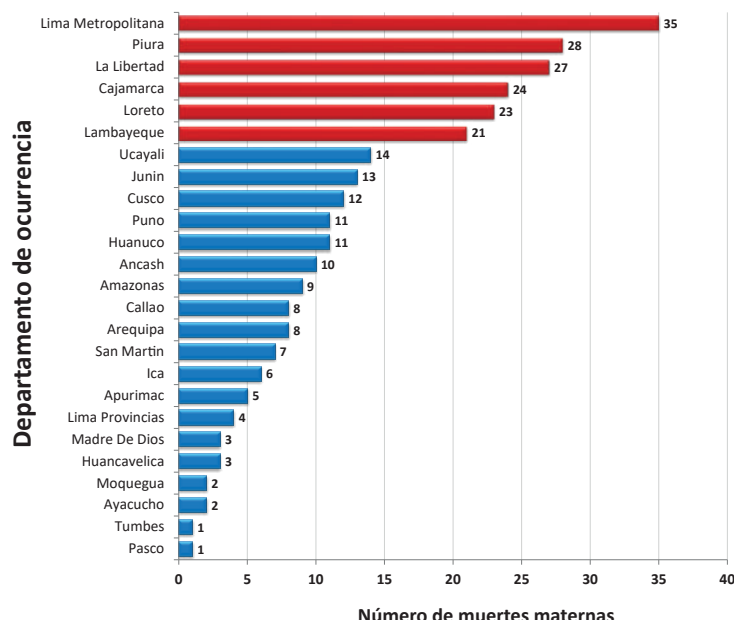


Tabla 1. Número de muertes maternas según departamento de ocurrencia, 2021* - 2022*

Departamento de ocurrencia	2021*	2022*	Diferencia N°
Huancavelica	1	3	2
Moquegua	1	2	1
Madre De Dios	4	3	-1
Apurimac	7	5	-2
Cajamarca	26	24	-2
Lima	6	4	-2
Tacna	3	0	-3
La Libertad	31	27	-4
Tumbes	5	1	-4
Ucayali	18	14	-4
Amazonas	14	9	-5
Lima Metropolitana Diris L. Este	14	9	-5
Pasco	6	1	-5
Cusco	18	12	-6
Loreto	29	23	-6
Callao	15	8	-7
Huanuco	18	11	-7
Junin	20	13	-7
Puno	18	11	-7
Arequipa	16	8	-8
Ayacucho	12	2	-10
Lima Metropolitana Diris L. Norte	15	5	-10
Lima Metropolitana Diris L. Sur	14	4	-10
Piura	39	28	-11
Ica	18	6	-12
Ancash	24	10	-14
San Martin	22	7	-15
Lambayeque	38	21	-17
Lima Metropolitana Diris L. Centro	41	17	-24
Total general	493	288	-205

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. *Hasta SE 49-2022

*Hasta SE 52 del año 2022 (Al 31 de diciembre 2022) /**Provincia Constitucional del Callao.

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

Para el análisis el departamento de Lima fue dividido en Lima Provincias y Lima Metropolitana (DIRIS Lima Norte, DIRIS Lima Sur, DIRIS Lima Este, DIRIS Lima Centro).

Figura 2. Número de muertes maternas según departamento de ocurrencia, 2022*

2.3 Grupo de edad

Hasta la SE 52 - 2022, la edad promedio de las fallecidas fue de 29,9 años, con un rango de edad entre los 15 a 46 años.

La proporción de MM en el grupo de fallecidas de 15 a 19 años, es menor comprado a lo presentado en el periodo pre pandemia (2015 – 2019). El 51,7 %, procedían de los departamentos de Loreto (7), La Libertad (5) y Amazonas (3).

En cuanto a las etapas de vida, el 4,9 % (14) de MM ocurrió en mujeres adolescentes (15 a 17 años), el 41,7 % (120) en mujeres jóvenes (18 a 29 años) y el 53,5 % (154) corresponde a mujeres adultas (30 a 59 años).

2.4 Momento de fallecimiento

La información que se presenta sobre el momento y lugar de fallecimiento corresponde al 96% de los datos válidos hasta la SE 52 del 2022, disponibles de la investigación epidemiológica y la notificación inmediata. Esta información podría variar cuando se complete y actualicen los datos de la investigación epidemiológica.

Hasta la SE 52 - 2022, el puerperio representa el momento con mayor número de MM, se observa disminución del 4,7 % en la proporción de MM ocurridas durante el puerperio comparado al 2021. Así mismo, la proporción de MM ocurridas en este periodo es similar al quinquenio anterior a la pandemia por la COVID-19 (2015 - 2019). Por otro lado, se observa incremento del 3,9 % en la proporción de MM ocurridas durante el embarazo comparado al 2021. (Tabla 2).

Tabla 2. Características de las muertes maternas, Perú, 2015 – 2022*

Características del fallecimiento	2015 - 2019	2020	2021	2022*
Momento	%	%	%	%
Puerperio	59,8	60,6	64,8	60,1
Embarazo	30,7	31,9	27,2	33,3
Parto	7,7	6,9	6,7	6,5
Desconocido/Otros	1,8	0,5	1,2	—
Lugar				0,0
Institucional	77,0	75,5	76,0	65,9
MINSA	63,5	62,0	60,6	53,3
EsSalud	11,5	10,9	14,0	12,0
PNP/FFAA	0,3	0,5	—	—
Privados	1,8	2,1	1,4	0,7
Extra institucional	23,0	24,5	24,0	34,1
Domicilio	11,7	13,0	13,2	18,1
Trayecto	9,5	8,6	9,3	13,8
Otros	1,9	3,0	1,4	2,2
Nivel - Categoría del EESS de fallecimiento (solo muertes institucionales)				
I Nivel	14,9	6,1	4,3	6,6
II Nivel	41,4	54,0	53,5	53,3
III Nivel	43,1	39,6	41,7	39,0
Sin datos	0,6	0,3	0,5	1,1

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. *Hasta SE 49-2022

*Hasta SE 52 del año 2022 (Al 31 de diciembre 2022).

Datos válidos disponibles de la investigación epidemiológica y notificación inmediata al 07/01/2023. N= 276 (2022)

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

2.5 Lugar de fallecimiento

Las MM ocurren principalmente en establecimientos de salud (EESS), en su mayoría en EESS del Ministerio de Salud (MINSA). Hasta la SE 52 - 2022, la mayor proporción de MM fueron institucionales (65,9 %), y ocurrieron principalmente en EESS del II nivel de atención (53,3 %).

Comparado al quinquenio anterior a la pandemia por la COVID-19 (2015 - 2019), en el 2020, 2021 y 2022, la MM institucional ocurre principalmente en EESS de II nivel de atención, así mismo, se observa disminución en la proporción de MM ocurridas en el I nivel de atención. (Tabla 2). En este periodo se observa un incremento en la proporción de MM extra institucionales (+10,1 %) comparado al 2021.

2.6 Causas de muerte materna

La información presentada, sobre las causas de MM, corresponde al 91 % de los datos válidos disponibles de la notificación inmediata e investigación epidemiológica, y podría variar al completarse y/o actualizarse los datos de la investigación epidemiológica.

Causas directas: Durante el 2022, se observa que la proporción de las causas directas es mayor en comparación a lo observado en el 2021 (+14,3 %) y 2020 (+7,4 %), observándose similitud en lo observado en el quinquenio anterior a la pandemia por la COVID-19 (2015 - 2019) y a partir del II semestre 2021 (Tabla 3).

Tabla 3. Muerte materna según causas de defunción, 2015 - 2022*

CAUSAS DE DEFUNCIÓN	2015 - 2019	2020	2021	2022*	2021	
					I Sem.	II Sem.
	%	%	%	%	%	%
Causas Directas	64,7	56,9	50,0	64,3	39,9	67,0
Hemorragia obstétrica	22,8	19,1	19,0	27,4	16,9	22,5
Trastornos hipertensivos	22,5	21,9	16,7	21,7	14,0	21,4
Otras causas obstétricas directas	4,8	5,1	3,1	6,5	2,3	4,4
Aborto y sus complicaciones	6,5	2,3	4,1	1,9	1,9	7,7
Infección obstétrica /Sepsis	4,7	3,5	3,7	1,9	1,6	7,1
Otras directas (poco específicas)	3,2	4,9	3,5	4,9	3,2	3,8
Causas Indirectas	35,3	43,1	50,0	35,7	60,1	33,0
Enfermedad por la COVID - 19	—	16,6	28,8	3,8	40,6	8,8
Enfermedad cerebrovascular/ Sistema nerv.	4,6	3,5	2,7	3,4	2,3	3,3
Otras causas indirectas	7,5	3,3	3,5	4,2	3,2	3,8
Enfermedades neoplásicas	4,4	2,1	1,8	4,2	2,6	0,5
Trastorno cardiovascular/vascular	4,3	2,6	2,9	3,8	2,3	3,8
Enfermedad del sistema respiratorio	3,9	4,0	2,0	3,8	1,6	2,7
Enfermedad sistema digestivo	2,6	1,6	1,2	3,0	1,3	1,1
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4,7	4,7	2,7	3,8	1,3	4,9
Otras indirectas (poco específicas)	3,3	4,9	4,5	5,7	4,9	3,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. *Hasta SE 49-2022

*Hasta SE 52 del año 2022 (Al 31 de diciembre 2022). N= 263 (2022)

Datos válidos disponibles de la investigación epidemiológica y notificación inmediata al 07/01/2023.

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

COVID-19: MM notificadas al sistema de vigilancia epidemiológica como fallecidas a causa de la COVID -19 confirmada o sospechosa.

Las hemorragias (27,4 %) y trastornos hipertensivos (21,7 %) ocupan el primer y segundo lugar a nivel nacional, siendo las principales causas directas de MM. Así mismo, la proporción de MM a causa de hemorragia durante este periodo se ha incrementado en 4,6% comparado al quinquenio pre pandemia (Tabla 3).

Causas indirectas: El incremento progresivo de las causas indirectas ocurridas con el inicio de la pandemia por la COVID - 19 en 2020 se presentó hasta el I semestre de 2021, desplazando a las causas directas que, hasta antes de la pandemia por la COVID-19 fueron las predominantes a nivel nacional (Tabla 3).

Con el inicio de la inmunización a gestantes contra la COVID-19, en el II semestre 2021 se produjo una disminución en las MM. Así mismo, a partir del II semestre del 2021, las causas directas (hemorragias y trastornos hipertensivos) pasaron a valores similares a los presentados en el periodo pre pandemia. Durante el 2022, la proporción de causas indirectas se presenta similar a lo observado en el periodo prepandemia (2015-2019), siendo las más frecuentes las enfermedades neoplásicas (4,2 %). Respecto a las fallecidas a causa de la COVID - 19 (3,8 %), la proporción ha disminuido en comparación a lo presentado en 2020 y 2021.

III. CONCLUSIONES

- Hasta la SE 52- 2022, se tienen notificadas 288 MM, observándose una disminución del 46,1% (-205) de MM directas e indirectas, en comparación al mismo periodo del 2021 (493).
- La disminución de las MM observada partir del II semestre del 2021, continuó en 2022, con 5,5 MM semanales en 2022, llegando a tener picos de 12 muertes por semana.
- Lima, Piura y La Libertad, son los departamentos que presentaron el mayor número de MM.
- Las MM ocurren principalmente en la etapa del puerperio (60,1 %), así mismo ocurren en su mayoría en establecimientos de salud (65,9 %), y principalmente del II nivel de atención.
- Las MM ocurrieron principalmente debido a causas directas, (hemorragia y trastornos hipertensivos) pasando a valores similares a los presentados hasta el 2019.
- Sin bien, la enfermedad por la COVID-19, en 2022 forma parte de las causas de muerte materna indirectas, ya no representa la principal causa de MM en este grupo como lo fue durante el 2020 y 2021.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. MINSA. Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Perú, 2002 - 2016. [citado 09 de enero de 2023]. Disponible: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vigilancia/vigilancia_2019.pdf
2. Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. 2016. [citado 09 de enero de 2023]. Disponible en: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Encuesta Demográfica de Salud Familiar – ENDES 2020. [citado 09 de enero de 2023]. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Agenda de desarrollo sostenible. [citado 09 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
5. Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. La Agenda 2030 y los ODS. [citado 09 de enero de 2023]. Disponible en: <http://onu.org.pe/ods/>
6. Arnedo F, Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100269>.
7. MINSA. Protocolo para la vacunación de gestantes. 2021. Lima: MINSA; 2021 [citado 09 de enero de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1942907/PROTOCOLO%20GESTANTES.pdf>.

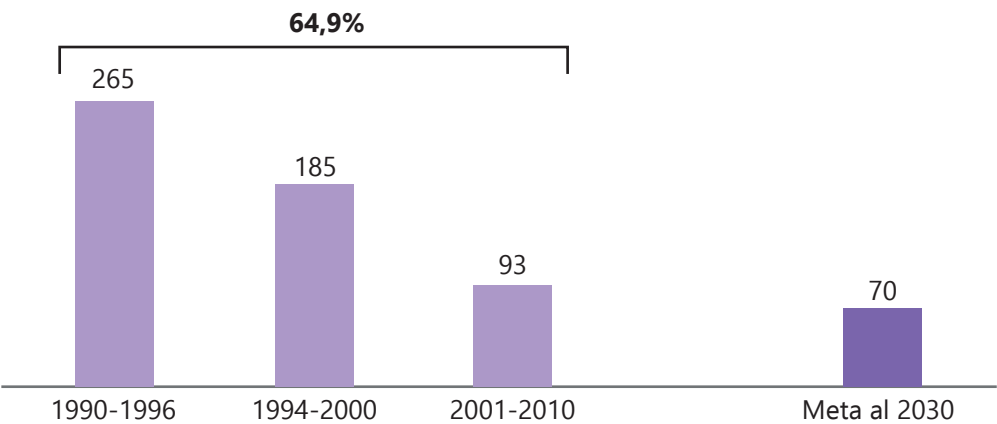
Elaborado por: Lic. Obst. Fabiola Gil Cipirán
Unidad Técnica de Vigilancia Epidemiológica de ITS, MMN, IAAS – Centro
Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

LECTURA 02:

Datos del contexto nacional de los servicios perinatales (Recopilado por Lic. Rocío Gutiérrez)

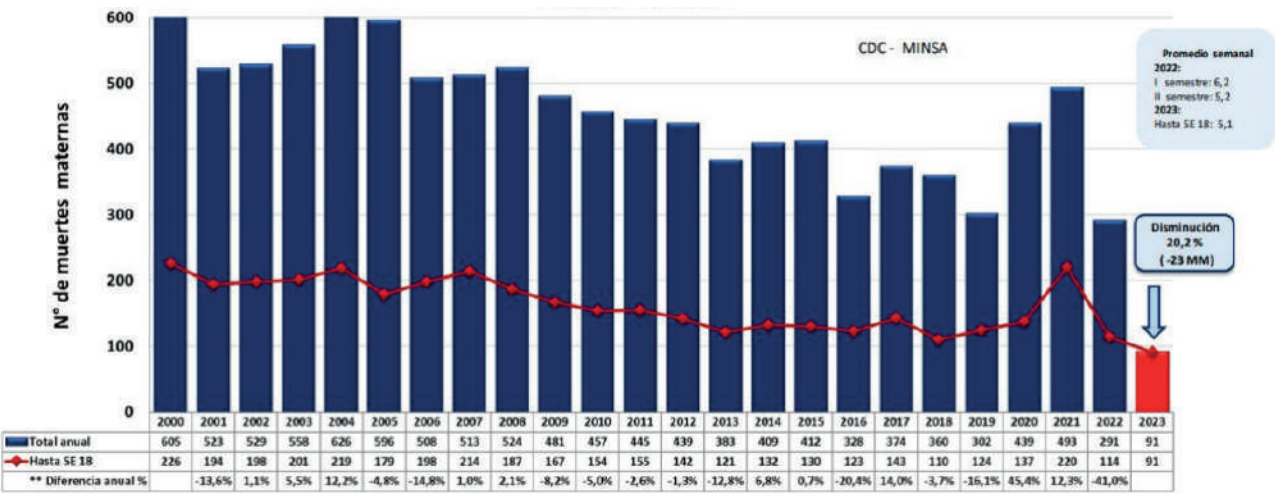
La atención integral y universal de la salud sexual y reproductiva

PERÚ: ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA, 1990 - 2022
(Por cada 100 000 nacidos vivos)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

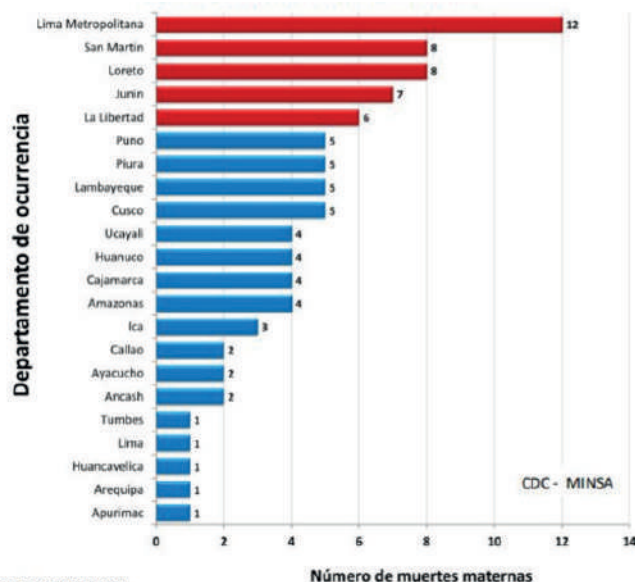
Número de muertes maternas anual y hasta SE 18, Perú 2000 - 2023*



*2023: Hasta la SE 18 (06/05/2023)

** Se consideraron las muertes maternas de clasificación preliminar directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.
No incluye muertes maternas tardías.

Muerte materna directa e indirecta según ocurrencia, Perú, 2023*



*2023: Hasta la SE 18 (06/05/2023)

Se ha considerado las muertes maternas de clasificación preliminar directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

Muerte materna directa e indirecta según ocurrencia, Perú, hasta SE 18, 2022 - 2023

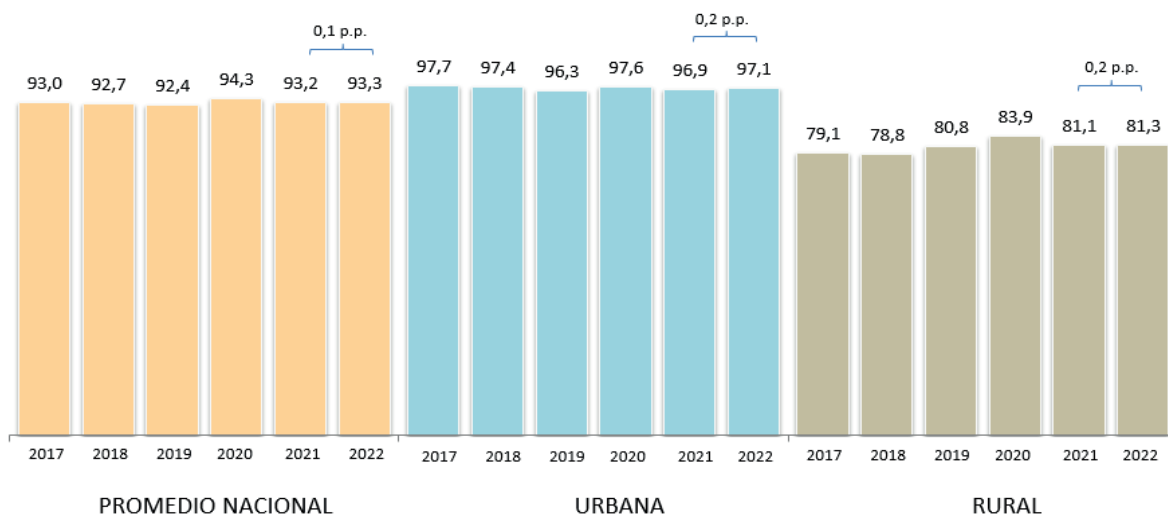
Departamento de ocurrencia	2022*	2023*	Diferencia N°
San Martín	3	8	5
Amazonas		4	4
Cusco	2	5	3
Ayacucho		2	2
Junín	5	7	2
Callao	1	2	1
Lambayeque	4	5	1
Tumbes		1	1
Ancash	2	2	0
Ica	3	3	0
Lima Metropolitana Diris L. Centro	6	6	0
Apurímac	2	1	-1
Huancavelica	2	1	-1
Lima	2	1	-1
Lima Metropolitana Diris L. Este	4	3	-1
Moquegua	1		-1
Pasco	1		-1
Puno	6	5	-1
Cajamarca	6	4	-2
Huanuco	6	4	-2
Lima Metropolitana Diris L. Sur	4	2	-2
Lima Metropolitana Diris L. Norte	3	1	-2
Loreto	10	8	-2
Madre De Dios	2		-2
Arequipa	4	1	-3
Ucayali	8	4	-4
La Libertad	13	6	-7
Piura	14	5	-9
Total general	114	91	-23

Muerte maternas según características del fallecimiento, 2020 - 2023*

Características del fallecimiento	2020	2021	2022	2023*
Momento	%	%	%	%
Puerperio	62,8	66,3	60,7	62,8
Embarazo	29,9	25,6	33,1	27,9
Parto	6,8	6,9	6,2	8,1
Desconocido/Otros	0,5	1,2	-	1,2
Lugar				
Institucional	75,6	76,0	65,9	66,3
MINSa	62,3	60,6	53,4	58,1
EsSalud	10,7	14,0	11,7	8,1
PNP/FFAA	0,5	0,5	-	-
Privados	2,1	1,4	0,7	-
Extra institucional	24,4	24,0	34,1	33,7
Domicilio	12,8	13,2	17,9	15,1
Trayecto	8,7	9,6	14,1	16,3
Otros	3,0	1,2	2,1	2,3
Nivel - Categoría del EESS de fallecimiento (solo muertes institucionales)				
I Nivel	5,4	4,3	6,8	7,0
II Nivel	55,3	53,5	53,4	57,9
III Nivel	39,0	41,7	38,2	33,3
Sin datos	0,3	0,5	1,6	1,8

CDC - MINSA

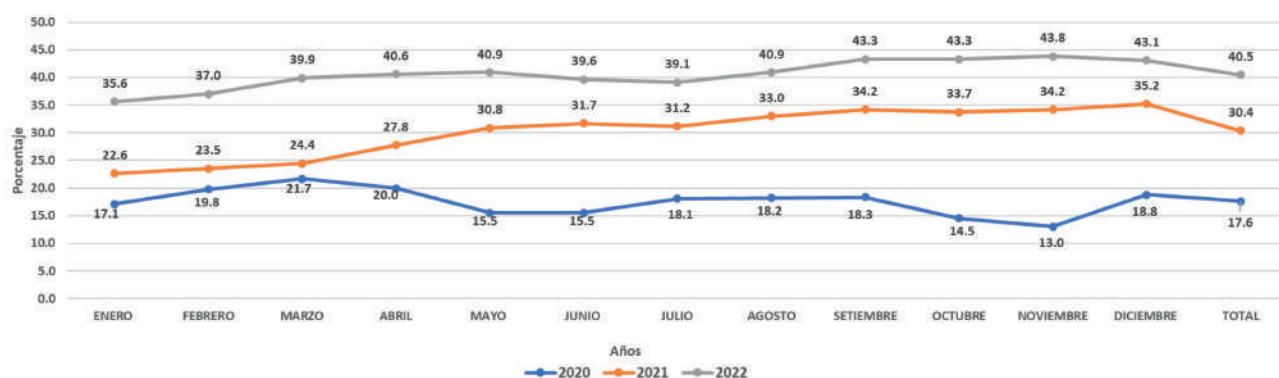
Perú: porcentaje de parto insitucional del último nacimiento en los cinco años antes de la encuesta, según área de residencia



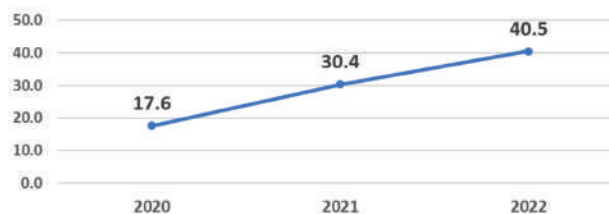
* Diferencia significativa ($p < 0.10$).
 ** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).
 *** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud

Procentaje de gestante con paquete preventivo 2020 - 2022

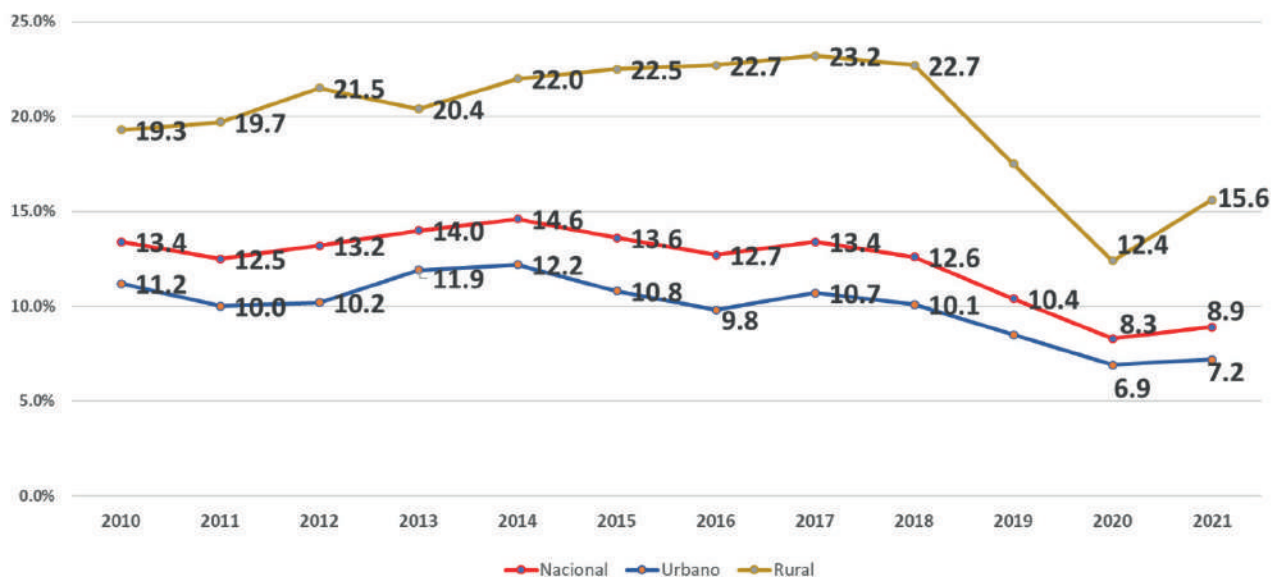


INDICADOR	2020	2021	2022
Porcentaje de Gestante con paquete preventivo	17,6	30,4	40,5



Fuente: HIS-MINSA

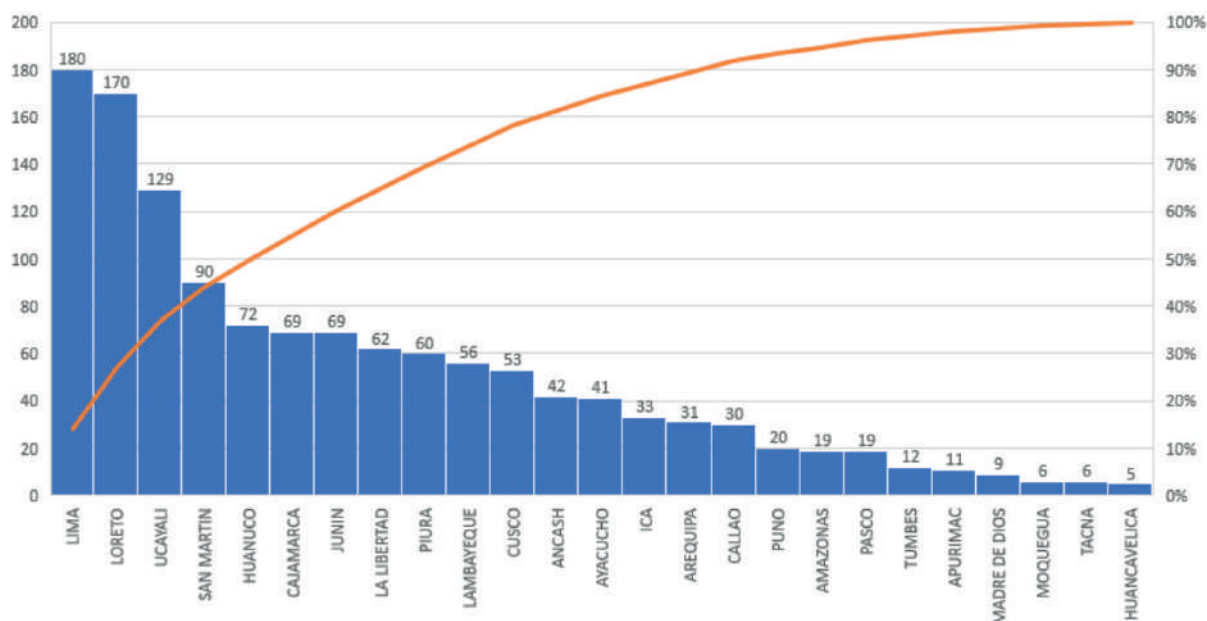
Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas. 2010 - 2021



Fuente: HIS-MINSA

Partos en adolescentes en menores de 15 años

Número de partos en menores de 15 años. Nivel regional período 2019-2022



Fuente: Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en línea. Período 2019-2022

LECTURA 03:

Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos. Su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

- **Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:**

- Subescala de agotamiento o cansancio emocional, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Puntuación máxima 30.
- Subescala de realización personal, evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación máxima 48.

- **Rangos de Medida de la Escala**

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Unas pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

- **Cálculo de Puntuaciones.** Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total obtenido	Indicios de burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

- **Valoración de puntuaciones**

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el grado del síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente.

Valores de referencia

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0 - 18	19 - 26	27 - 54
Despersonalización	0 - 5	6 - 9	10 - 30
Realización personal	0 - 33	34 - 39	40 - 56

• **Cuestionario Burnout**

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Unas pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes.	
5	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	

11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes.	
16	Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Love*. Oxford: Johns Hopkins Press.
- Álvarez, E. (2021). El apego desde el útero. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 11(2), 1-18.
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/El_apego_desde_el_uterio_E.Alvarez.pdf
- Asociación Kallpa (2003). *Con la salud sí se juega. Manual para talleres de capacitación*. Asociación Kallpa.
- Bisby, M. A., Kimonis, E. R. y Goulter, N. (2017). Low Maternal Warmth Mediates the Relationship Between Emotional Neglect and Callous-Unemotional Traits Among Male Juvenile Offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 26(7), 1790-1798. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0719-3>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* (6.ª ed.). Morata. https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Bowlby.VinculosAfectivos.PR_.pdf
- Brandes, M., Soares, C.N., & Cohen, L.S. (2004). Postpartum onset obsessive compulsive disorder: Diagnosis and Management. *Archives in Women's Mental Health*, 7, 99-110.
- Centro de Atención Psicosocial-CAPS (2023). *Material formativo de los espacios de desarrollo del vínculo materno-infantil*. CAPS.
- Coronel, L. (2018, octubre 30). *La huella de la esperanza*. Wordpress.com. <https://lacausadelosninos.wordpress.com/2018/10/30/la-huella-de-la-esperanza/>
- Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr KN, Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., Miller WC. (2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. (Evidence Report/Technology Assessment N° 119). Prepared by the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Grossman, K. (1995). Evolution and history of attachment research. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social developmental and clinical perspectives* (pp. 85–122). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Perú. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2018*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
Meza Dávalos, Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez

- MINSA, UNICEF, Siempre con el pueblo. (2022). *Tiempo de amar, tiempo de comunicar: Conectando con las familias*.
<https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2022-11/cuaderno%20de%20trabajo%20personal%20de%20salud%20programa%20educativo%20nov%202022.pdf>
- OMINT. (2023, 1 de agosto). *Cuestionario Burnout 2021*. Página web OMINT.
<https://www.omint.com.ar/website2/Portals/0/images/news-prestadores/CUESTIONARIO-BURNO-UT-INTERACTIVO.PDF>
- Palacios-Hernández, B., (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia de factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343845607003>
- Paricio del Castillo, R. & Polo Usaola, C. (2020). Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Revista de la Asociación Española de la Neuropsiquiatría*, 40(138), 35-54.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020003>
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2020). *Reinventarse sobre la marcha: Mujeres refugiadas y migrantes de Venezuela – Un estudio de sus condiciones y accesos a medios de vida en Colombia, Ecuador y Perú*. PNUD.
<https://www.r4v.info/es/document/reinventarse-sobre-la-marcha-mujeres-refugiadas-y-migrante-s-de-venezuela-un-estudio-de-sus>
- Repetecur Safrany, K. & Quezada Len, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria Universidad Nacional de México*. 6(11) 1-15.
https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf
- Rodrigues da Silva Barbosa, M. A., & Ângelo, M. (2016) Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. *Enfermería Global*, 15(2), 232-255.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200009
- Salazar Muñoz, M. (2021). *Parentalidad, cuidados y bienestar infantil*. El desafío de la intervención en contextos adversos. RIL editores.
https://www.psiucv.cl/shared-files/12704/?2021_Libro-Parentalidad-cuidados-y-bienestar-infantil.-El-desafio-de-la-intervencion-en-contextos-adversos.-Chile-2021-1.pdf
- Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Suomi, S. J., & Harlow, H. F. (1975). Experiencias tempranas y psicopatología inducida en monos Rhesus. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (7)2, 205 -229.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80570203.pdf>
- Tobón correa, O. (2003). El autocuidado. Una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud, 8.
<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1870>
- Tubert, S. (1993). Demanda de hijo y deseo de ser madre. *Debate Feminista*, (8) 8, 349-355.

- Urzúa, A., & Cabieses, B. (2018). Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(4). 1-12. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/341>
- Villa González, I. C., Giraldo Vásquez, I. C., Ramírez Velásquez, M. A., Orozco Henao, G., & Blanco Carmona, L. M. (2016). Vínculo prenatal: la importancia de los estilos vinculares en el cuidado gestacional. *Katharsis*, (22), 267–303. <https://doi.org/10.25057/25005731.822>
- Wisner, K.L., Peindl, K. S., & Hanusa, B.H. (1996). Effects of childbearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder. *Journal of Affective Disorders*, 41, 173-180.

Se terminó de imprimir en los talleres gráficos de
Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña
Correo e.: tareagrafica@tareagrafica.com
Página web: www.tareagrafica.com
Teléfs.: 424-8104 / 424-3411
Noviembre 2023
Lima - Perú



Jr. Caracas 2380 Jesús María - Lima

 www.caps.org.pe

 psico@caps.org.pe

 [CentroDeAtencionPsicosocial](https://www.facebook.com/CentroDeAtencionPsicosocial)

 (511) 462 1600 / 462 1700

LIMA

961 366 610 / 970 844 672

946 245 518 / 970 856 848

TUMBES

970 854 076 / 936 579 158

936 585 694 / 970 852 410