





**Cuidado y promoción del Desarrollo Infantil
en los servicios del Primer Nivel de Atención**

**PNUD-Proyecto Desarrolla
ASSE
ATI (Atención y Desarrollo
a la Temprana Infancia y a su Familia)**



ÍNDICE

- 9 I. INTRODUCCIÓN.
- 10 II. UNA OPORTUNIDAD: LOS SERVICIOS DE SALUD COMO GARANTES DEL CUIDADO Y PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL.
- 15 **MÓDULO I - EMBARAZO**
 - I. LA ATENCIÓN Y EL CONTROL DEL EMBARAZO.
 - 17 II. ASPECTOS NUTRICIONALES A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL EMBARAZO
 - 26 III. ASPECTOS EMOCIONALES A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL EMBARAZO
 - 30 IV. ALERTAS PARA EL CUIDADO DE LA MUJER EMBARAZADA Y SUS CONSECUENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS.
- 34 **MÓDULO II - 0 A 12 MESES**
 - I. EL NACIMIENTO
 - 35 II. ASPECTOS NUTRICIONALES A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL PRIMER AÑO.
 - 44 III. ASPECTOS EMOCIONALES A TOMAR EN CUENTA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.
 - 49 IV. ALERTAS PARA EL CUIDADO DEL DESARROLLO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO.
- 56 **MÓDULO III - 12 A 24 MESES**
 - I. ASPECTOS NUTRICIONALES A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL SEGUNDO AÑO.
 - 63 II. ASPECTOS EMOCIONALES A TOMAR EN CUENTA EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA.
 - 70 III. ALERTAS PARA EL CUIDADO DEL DESARROLLO EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA DEL NIÑO.
- 73 BIBLIOGRAFÍA.



I. INTRODUCCIÓN

En el marco del apoyo al convenio firmado entre MSP- ASSE- PLAN CAIF- MIDES, que el PNUD realizó a través del Proyecto Desarrolla durante los años 2008-2009, se creó un acuerdo de trabajo para realizar una serie de capacitaciones a personal de salud de ASSE y de centros CAIF de todo el país, con el objetivo de mejorar desempeños institucionales y fortalecer las capacidades de atención a la primera infancia.

Para el caso específico del personal de Salud de ASSE, el Proyecto Desarrolla realizó un acuerdo de trabajo con el Área de Capacitación de ASSE y el Área de Infancia y Adolescencia, mediante el cual se realizaron una serie de actividades de capacitación.

A través de un llamado público para contratar una firma especializada en temas vinculados al desarrollo infantil, finalmente fue seleccionada la organización Atención y Desarrollo a la Temprana Infancia y a su Familia (ATI). Con esta firma se realizó en una primera instancia el co diseño del programa de capacitación, ejecutando posteriormente un conjunto de talleres.

El programa de capacitación consistió en la organización de tres módulos integrados cuyos objetivos fueron los de lograr que los equipos de salud reflexionaran e incorporaran a sus prácticas algunos aspectos conceptuales sobre los cuidados y promoción del desarrollo en la primera infancia, fortaleciendo la utilización de la información y construcción de planes de trabajo para mejoras de desempeño.

Los profesionales de la salud y principalmente aquellos que se encuentran trabajando en el primer nivel de atención, tienen un papel privilegiado para acompañar y orientar a las familias para el logro de las mejores condiciones de desarrollo físico, emocional, social e intelectual durante los primeros años de vida de sus hijos*.

Para ello, la dotación de capacidades para llevar adelante la evaluación y estimulación del desarrollo de los niños se torna una tarea imprescindible. Esto enfrenta al desafío de que todo el equipo de salud posea los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para trabajar con las familias en este tema.

Con este objetivo, se ejecutaron una serie de talleres teórico - vivenciales en todo el país, definiéndose tres unidades temáticas. Las mismas obedecen a tres etapas del desarrollo del niño, ellas son: i) embarazo; ii) el niño de 0 a 12 meses y iii) el niño de 12 a 24 meses.

A su vez cada unidad temática intentó contemplar y trabajar en tres áreas de conocimiento, ellas fueron: i) la promoción del desarrollo desde las prácticas de nutrición; ii) la promoción del desarrollo desde el cuidado emocional de los niños y adultos referentes y iii) las alertas del desarrollo.

* Por cuestiones de simplificación y comodidad en la lectura, se ha optado por usar en algunos casos el término general los niños, hijos, niño o hijo, sin que ello implique discriminación de género.

La metodología de capacitación se basó en técnicas vivenciales, para lo cual se recurrió a dinámicas basadas en recursos audiovisuales y trabajos grupales.

Una vez culminados los talleres previstos, fue valorada la utilidad de contar con un documento escrito que resumiera los principales contenidos trabajados durante los mismos. Con este objetivo se elaboró el presente documento, intentando relatar estos contenidos, mediante la búsqueda de una lectura amena y sencilla, buscando ser una herramienta práctica para el trabajo cotidiano del personal de salud.

II. UNA OPORTUNIDAD: LOS SERVICIOS DE SALUD COMO GARANTES DEL CUIDADO Y PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

Tanto a nivel internacional como nacional existe el consenso de que los primeros años de vida de los niños son fundamentales para sentar las bases para el buen desarrollo futuro de los individuos. Las primeras experiencias vividas, junto al desarrollo del cerebro, en un equilibrio entre la biología y los estímulos del entorno, generan efectos para toda la vida: “El cuidado y nutrición tempranos tienen un impacto decisivo y duradero sobre el desarrollo de las personas, su habilidad para aprender y su capacidad para regular sus emociones”¹.

Es entre el nacimiento y los primeros años de vida cuando se estructuran las bases fundamentales de las características físicas y psicológicas que acompañarán al individuo por el resto de su vida². Estructuras que se irán consolidando y perfeccionando a lo largo del tiempo pero que no volverán a los niveles de plasticidad cerebral de los primeros años.

Si los niños en estos períodos de alta potencialidad y vulnerabilidad no cuentan con familias, comunidades, equipos de salud y educación debidamente informados y estimulantes, no sólo se están perdiendo oportunidades de desarrollo fundamentales sino que se arriesgan daños permanentes en su desarrollo.

El sector salud dispone de una importante oportunidad para cuidar y promover el desarrollo infantil debido a su cercanía con el niño y su familia en los primeros años de vida. Posee la posibilidad de instrumentar actividades de promoción del desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas, de prevención primaria de los déficit y de atención y/o correcta derivación en caso de diagnóstico de retraso o rezago.

Es relevante la necesidad de tomar conciencia sobre el alcance que tiene la vigilancia del desarrollo para el futuro del niño y de la sociedad en general. Los servicios de salud tienen la posibilidad de ofrecerles a las familias diversas posibilidades para fortalecer su rol en el desarrollo de sus hijos. La promoción de factores protectores, de habilidades de crianza que refuercen el vínculo entre padres e hijos, así como la promoción de cambios ambientales en el interior del hogar, son algunos de los ejemplos que marcan posibilidades ciertas de trabajo en esta dirección.

1- Desarrollo Integral en la Infancia: una Prioridad para la Salud. Manual de Desarrollo Temprano para Profesionales de la Salud. Cassie Landers, Raúl Mercer, Helia Molina, Mary Eming Young (2006)
2- Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, Chile, junio 2006

Cuidar y promover el desarrollo infantil desde los servicios de salud es trabajar en la garantía de los derechos del niño. El artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño manifiesta que todo niño tiene “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

Los servicios de salud tienen también **una oportunidad única y fundamental para trabajar** aspectos nutricionales en tanto la desnutrición tiene efectos profundos en el desarrollo del niño cuando se produce durante el período que va desde la concepción hasta el segundo año de vida.

Poseen además un lugar privilegiado para la promoción de vínculos afectivos saludables, y más precisamente de vínculos de apego seguro que se establecen entre el cuidador y el bebé.

Promover experiencias que fortalezcan los vínculos entre el cuidador y el bebé, incidirán en el desarrollo cerebral, afectando el número de neuronas, sus conexiones y la manera en que éstas se entrelazan. Promover este vínculo será central ya que el cuidador se presta como un “cerebro externo” proveyendo de mecanismos regulatorios, no presentes aún en el bebé, y estimulando el desarrollo cerebral del mismo. (Schore, 1994)

Las intervenciones oportunas no sólo son importantes para el individuo, sino que además generan beneficios para toda la sociedad. Numerosos estudios económicos muestran que son más efectivas y tienen un mayor retorno de la inversión cuando se realizan de manera temprana.

El pensar a los servicios de salud como garantes del cuidado y de la promoción del desarrollo infantil, supone comenzar a incorporar una mirada amplia sobre el rol de las familias y por ende el relacionamiento de los servicios con éstas.

Esto supone, entre otras cosas, que todo el equipo de salud tome conciencia de las acciones, actitudes y sentimientos que se ponen en juego diariamente en el contacto con las familias.

No basta sólo con incorporar herramientas de conocimiento, sino que, además de éstas, trabajar en la promoción del desarrollo desde los servicios de salud, implica la construcción de espacios físicos, de ambientes y de sistemas de atención, que sean proclives a habilitar a las familias en la tarea del desarrollo.

“La vigilancia y detección oportuna permiten el relevamiento sistemático de las características de desarrollo en cada edad, sus desviaciones (normales o no) y la decisión de conductas que estén acordes a la situación detectada. En líneas generales, la detección oportuna permite la posibilidad de ofrecer alternativas terapéuticas que van desde el ámbito asistencial, a la

consulta especializada, con el fin de modificar el curso evolutivo del problema detectado (desde lograr la recuperación total a evitar secuelas y discapacidades)”³.

Sin duda la detección oportuna de trastornos del desarrollo, realizando intervenciones tempranas, es un objetivo importante a lograr por parte de los servicios de salud. Pero concebirlos sólo como lugares de alerta, en los cuales se pueden detectar “desvíos” del desarrollo, es limitarlos a una esfera clínica, no vincular y por ende no promover la salud integral, que es lo que finalmente se busca.

El carné de salud del niño es un instrumento que permite realizar la vigilancia del desarrollo infantil en forma rápida y efectiva. Además es muy útil su utilización en los controles para que el equipo de salud comparta con los padres y con la familia los avances o signos de alerta en el desarrollo de sus hijos.

Pensar que los servicios de salud como lugares privilegiados para el cuidado y la promoción del desarrollo infantil, conducen a pensar que es necesario un importante número de recursos materiales para poder llevarlo a cabo. Sin embargo, existen un conjunto de aptitudes y actitudes a ser desarrolladas por los equipos, que pueden ser de mayor utilidad y efectividad a la hora de promover el desarrollo y que no requieren de mayor inversión.

Veamos algunos ejemplos;

La Escucha; el control de la salud del bebé se basa principalmente en la atención del examen clínico de éste. Pero además de esto, es posible promover la escucha de la narración espontánea de los padres o cuidadores, ésta puede proporcionar importante información sobre distintas problemáticas que enfrentan las familias a la hora de la crianza, así como favorecer el diálogo con el equipo de salud.

La Observación y mirada atenta permitirá a los integrantes de los equipos desarrollar la capacidad de reconocer las distintas expresiones en la mirada del bebé, su tono muscular, su reactividad a estímulos. En el cuidador, tomar en cuenta los aspectos no verbales que acompañan el contenido del relato a través de sus gestos y su postura corporal.

La Empatía; la empatía es la capacidad de ponerse en el lugar, “en la piel”, “en los zapatos” del otro. Entender lo que las personas sienten aceptando sus sentimientos como parte de su realidad, independientemente de que estos sean justificados o no. Para ponerse en el lugar del otro también es necesario considerar qué sentimos nosotros frente a esa situación. La empatía con los usuarios permite que éstos experimenten confianza, puedan brindar más “libremente” información y compartan sus experiencias vitales, cómo se sienten, y puedan aportar información significativa.

Acciones como llamar al paciente por su nombre; aceptar lo que piensa y siente; reconocer y elogiar lo que está haciendo bien; dar información pertinente y corta; usar lenguaje sencillo, son maneras de acercarse, de ayudar a que se sientan cómodos y además será una herramienta muy efectiva para conocer mejor su realidad al acortar la distancia entre ambos⁴.

Cuando se recibe en la consulta a un niño pequeño, se está siempre recibiendo a sus padres o cuidadores. Las intervenciones en Primera infancia son a la vez intervenciones con los adultos que sostienen al niño.

El contacto con el cuidador es clave para la promoción y el cuidado del desarrollo, por ende la capacidad de observar la calidad de los cuidados brindados es una parte sustantiva de esta tarea. Estar atentos a la sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador; a la estabilidad de la relación; la incidencia de determinantes sociales y económicas y el estado emocional del cuidador, son algunos de los aspectos que permiten brindar mucha información para la acción de los equipos de salud.

Los padres y el ambiente familiar tienen un rol decisivo en el desarrollo y bienestar de los niños y niñas. Cuando los padres y referentes familiares en contacto con el niño adquieren mayor conocimiento sobre el desarrollo infantil pueden estar en condiciones de ofrecerles ambientes más estimulantes en sus hogares.

Los adultos deben aprender a reconocer las necesidades y deseos del niño y responder en forma continente y apropiada a las señales y mensajes emitidos por el bebé. Por el contrario, los cuidados inadecuados tienen consecuencias adversas en la salud, desarrollo e incluso sobrevivencia de los bebés. Durante los períodos de mayor plasticidad, la ausencia de estimulación adecuada tiene efectos serios y permanentes.

La dotación de información oportuna y precisa para fomentar la capacidad de los adultos para una crianza atenta y promotora del desarrollo, es una tarea fundamental que puede ser llevada a cabo, aunque no en forma exclusiva, por los servicios de salud.

No olvidar que recibir en la consulta a un niño pequeño implica siempre recibir también a sus padres o cuidadores. Las intervenciones en Primera Infancia son a la vez intervenciones con los adultos que sostienen al niño.



Modulo I - EMBARAZO

I. LA ATENCIÓN Y EL CONTROL DEL EMBARAZO



El embarazo es un momento de apertura en que especialmente la mujer, pero también el hombre, pueden y muchas veces desean recibir información y orientación sobre la futura crianza de su hijo.

Si nos ponemos en situación de una mujer embarazada o de una pareja que espera un hijo, que acude a un servicio de salud, ¿cuáles serían las expectativas sobre la asistencia a recibir?; ¿cómo nos gustaría ser tratados por los diferentes actores dentro del servicio (administrativos, auxiliar de enfermería, médico, etc.)?; ¿cuál es la expectativa en relación a la consulta?

Durante el trabajo en grupos realizado en los talleres de capacitación, se pudo observar que muchas veces no coincide la expectativa del paciente y la del equipo de salud. A modo de ejemplo de lo que suele entenderse como una consulta de una mujer embarazada y su pareja, se presentó la escena de la consulta ecográfica de la película “Ligeramente embarazada” que ilustra esquemáticamente estos aspectos⁵.

En una primera consulta por embarazo, a la que concurre una pareja joven, la mujer, ante la confirmación del mismo, comienza a llorar y ambos muestran su desconcierto, temor y asombro. El técnico/profesional que parece muy simpático los felicita, hace bromas alusivas a la nueva etapa a la que se enfrentarán y prosigue con la consulta. Atento a los procedimientos, casi no los mira, hace pocas preguntas personales y en muchas ocasiones confunde a la paciente con otra paciente familiar de la misma.

El hecho es que la protagonista de esta película tiene un embarazo no buscado, fruto de una relación casual, ¿será importante tener en cuenta el llanto de esta paciente y el desconcierto de ambos?

⁵- Esta película se encuentra en Club de Videos.

¿Qué preguntas haría usted en esta situación?; ¿De qué manera tener en cuenta información que va más allá de las palabras, como el llanto y las expresiones de temor y asombro de ambos padres?

Es fundamental el vínculo que se establece en una primera consulta y para esto, es necesario tomar en cuenta las diversas expresiones emocionales de los usuarios. Esto nos ayuda a ponernos en el lugar del otro.



Así como la noticia de un embarazo puede ser “explosiva” en el ámbito laboral, muchas veces lo es también en los equipos por ejemplo ante una usuaria que a nuestro entender, no tiene las mínimas condiciones necesarias para estar nuevamente embarazada.

La primera consulta es un momento privilegiado de captación, en donde la comunicación con el equipo de salud es clave para lograr la continuidad de la asistencia.

Si bien es una práctica aún no frecuente en los servicios de salud, la consulta preconcepcional es muy importante para lograr el mejor desarrollo de la gestación y disminuir los factores de riesgo reproductivo. La consulta previa al embarazo brinda a la pareja la información necesaria para:

- Introducir el concepto de la preparación del organismo materno al decidir buscar un embarazo.
- Identificar y modificar conductas de riesgo.
- Prevenir malformaciones del tubo nervioso central.
- Readecuar medicamentos ante tratamientos crónicos en busca de aquellos no teratogénicos.
- Prevenir, diagnosticar y tratar precozmente cualquier tipo de trastorno.
- Detectar infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, los embarazos captados durante el primer trimestre permiten desarrollar en forma óptima acciones educativas y preventivas que resultan en menor morbilidad perinatal.

El control temprano permite:

- Detectar y eliminar riesgos que incrementen la morbilidad.
- La identificación temprana de embarazos de alto riesgo.
- Ajustar el cálculo de la edad gestacional mediante una ecografía precoz.
- Fijar un cronograma de consultas que permita planificar las actividades.

Además del control temprano, la regularidad de los controles del embarazo permite:

- Desarrollar las acciones oportunas en los momentos más apropiados de la cronología gravídica.
- Preparar a la madre para los cambios fisiológicos y emocionales propios de este período.
- Prevenir o detectar precozmente los elementos patológicos que pueden complicar el embarazo en cada trimestre.
- Adecuar la frecuencia de los controles según el grado de riesgo.

II. ASPECTOS NUTRICIONALES A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo, al igual que la infancia temprana, es una ventana de oportunidades para realizar intervenciones efectivas. El máximo rendimiento de las inversiones nutricionales se obtiene cuando están centradas en las etapas tempranas de la vida ya que éstas tienen impacto en todo el ciclo vital.

Por tanto, el estado nutricional materno debe ser visto no sólo en el período relativamente corto de un embarazo, sino como el resultado de un proceso continuo, que comienza en la vida intrauterina de la propia madre.

El estado nutricional de la mujer previo al embarazo es un factor clave: tanto el bajo peso como el sobrepeso y la obesidad constituyen un riesgo para la salud de la mujer embarazada y el futuro bebé.

Ganancia de peso materno

El incremento óptimo es el que se asocia con:

- Óptimos resultados para la madre, en términos de prevención de la mortalidad materna y las complicaciones del embarazo, el trabajo de parto y parto.
- Un peso corporal posparto que permita una lactancia adecuada.

- Óptimos resultados para el niño, en términos de permitir el crecimiento y maduración fetal adecuados y, en la prevención de morbilidad y mortalidad gestacional y perinatal.

La última consulta de expertos (FAO/OMS/UNU 2004) sobre necesidades de energía durante el embarazo recomienda que mujeres sanas y bien nutridas, deban ganar 10 a 14 kg durante el embarazo, con un promedio de 12 kg.

¿Esta recomendación se aplica para todas las mujeres?

La relación lineal entre el aumento de peso gestacional y peso al nacer está influenciado por el índice de masa corporal de la mujer antes del embarazo⁶.

El índice de masa corporal (IMC) permite determinar si una persona presenta bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad. Se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (en kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (en m)}$$

El resultado obtenido se compara con los rangos de normalidad establecidos por la OMS para adultos: 18.5 a 24.9

En el caso de la embarazada, el rango de normalidad varía según las semanas de gestación, por lo tanto esto debe ser tenido en cuenta al momento de realizar la evaluación.

Mujeres con bajo peso pregestacional: IMC menor a 20

Para disminuir el riesgo de bajo peso al nacer en los hijos de estas mujeres, se requiere que durante el embarazo tengan una ganancia de peso de entre 12,5 y 18 kg, y se hace necesario un seguimiento más frecuente.

Mujeres que inician su gestación con sobrepeso: IMC entre 25 y 29.9

Las mujeres con sobrepeso antes del embarazo o en el primer trimestre presentan con mayor frecuencia: diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, especialmente si la ganancia de peso durante el embarazo es alta. Para disminuir estos riesgos se recomienda que aumenten entre 7,0 y 11,5 kg.

Mujeres que presentan obesidad al iniciar su gestación: IMC mayor de 30

Deben aumentar de 6 a 7 kg y no ser sometidas a tratamiento para reducir el peso, ya que esto aumenta el riesgo de mortalidad intrauterina.

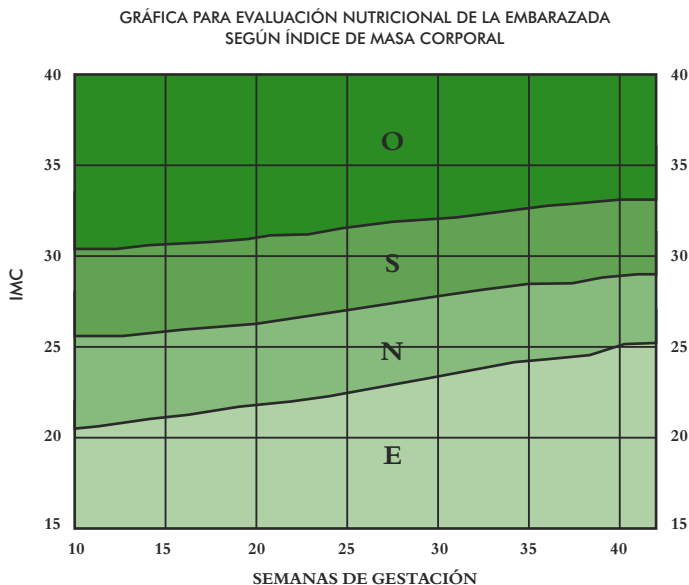
Prevenir la obesidad disminuirá la morbimortalidad obstétrica y neonatal relacionada con la obesidad materna y la macrosomía fetal.

6- Fuente: FAO, 2004. Human energy requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation.

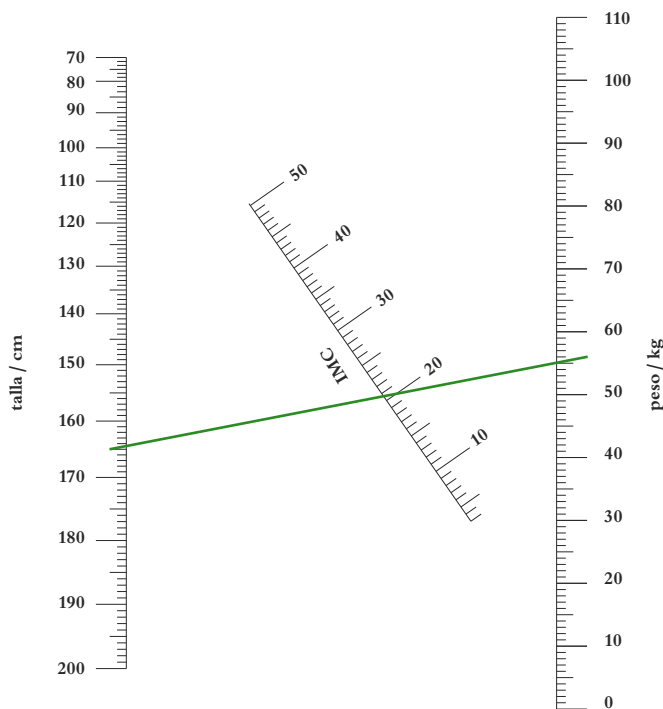
Instrumentos para la evaluación nutricional de la embarazada

¿Qué instrumento utilizar para la evaluación de nutricional de la embarazada?

La gráfica del Ministerio de Salud de Chile, realizada por Atalah E, y col, resulta un instrumento útil, ya que permite integrar la evaluación nutricional pregestacional de la mujer a la ganancia de peso, así como realizar el seguimiento de su Estado Nutricional durante el embarazo.



NOMOGRAMA PARA OBTENER ÍNDICE MASA CORPORAL



Para practicar el uso de la Gráfica de valoración antropométrica veamos algunos ejemplos:

CASO 1:

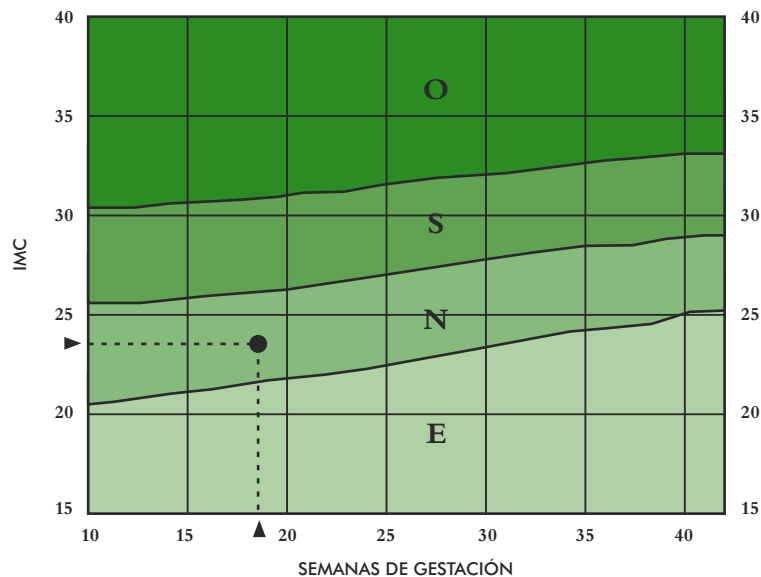
Edad gestacional:
16 semanas.
Peso: 60 kg.
Talla: 160 cm.
El IMC empleando
nomograma o fórmula
(peso/talla²)
 $60/1,6^2=60/2,56=23,4$



Graficar en la curva:

Ubicar el valor de IMC en el eje vertical de la gráfica. Ubicar la semana de gestación en el eje horizontal. Ubicar un punto en la intersección de ambas rectas.

GRÁFICA PARA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL



- Determinar el diagnóstico antropométrico: como se puede observar el punto graficado se ubica en la categoría N, por lo tanto el diagnóstico antropométrico de la mujer en este control es normal.


CASO 2:

19 años
Edad gestacional:
17 semanas de gestación.
Peso: 54,5 Kg
Talla: 162cm.



Con estos datos, calcula el IMC empleando nomograma o fórmula (peso/talla²). Grafica en la curva y determina el diagnóstico antropométrico.

CASO 3:

<p>32 años Edad gestacional: 24 semanas de gestación Peso: 78,4 kg Talla: 1,59 m</p>		<p>Con estos datos, calcula el IMC empleando nomograma o fórmula (peso/talla²). Grafica en la curva y determina el diagnóstico antropométrico.</p>
--	---	---

ALIMENTACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA Necesidades de Energía

Cuando una mujer está embarazada las necesidades de energía aumentan, es decir que a la alimentación habitual deben agregarse calorías extras. Estos requerimientos aumentados no son iguales durante toda la gestación, sino que varían de acuerdo al trimestre.

Las Recomendaciones Nutricionales (Ministerio de Salud Pública 2005) para la población uruguaya son:

- incrementar 300 kcal en el segundo trimestre
- incrementar 475 kcal durante el tercer trimestre

Entonces ¿una mujer embarazada debe comer por dos como se dice popularmente?

En realidad, las 300 kcal extras necesarias en el 2º trimestre, equivalen a agregar:

1 fruta + 1 pancito (tipo porteño)

Y para llegar a las 475Kcal extras necesarias en el 3º trimestre,
basta con además de lo anterior agregar:

1 taza de leche⁷

Nutrientes claves durante el embarazo⁸
Calcio / Hierro / Ácido fólico / Ácidos grasos esenciales

El Calcio

Las necesidades de calcio de la mujer embarazada se estiman entre 1000 y 1200 mg por día. Si la mujer no consume suficientes alimentos fuente de este mineral, el calcio necesario para la mineralización del esqueleto del bebé se obtendrá de las reservas óseas maternas. Esto expondrá a la mujer a mayor riesgo de desarrollar patologías como osteoporosis en etapas posteriores de su ciclo vital.

¿Cómo se cubren éstas necesidades?

Consumiendo tres porciones de lácteos al día (leche, quesos, yogur). Por ejemplo: 1 taza de

⁷- Fuente: "33 meses en que se define el partido, 33 ideas para jugarlo".

Programa Nacional Salud de la Niñez – MSP/RUANDI/UNICEF

⁸- (National Academy of Sciences, 1997)

leche (250 cc) + 1 taza de yogur + 1 trozo de queso (30g). Si bien este consumo no parece difícil de alcanzar, sabemos que el consumo de lácteos de las mujeres uruguayas está por debajo de la recomendación.

Estrategias que podemos recomendar para mejorar el consumo de calcio

- Adicionar leche en polvo a las comidas.
- Utilizar leche en preparaciones como:
budines, salsa blanca, sopas, postres de leche, licuados, etc.
- Utilizar leche como líquido de cocción en lugar de agua al preparar: arroz, fideos, harina de maíz, etc.

El Hierro

Es necesario para la formación de glóbulos rojos, el transporte de oxígeno en sangre desde los pulmones hasta los tejidos.

Las necesidades de hierro se duplican durante la gestación y no logran cubrirse a través de la alimentación.

De acuerdo a los lineamientos de la OMS, en embarazadas se deben indicar suplementos de hierro medicamentosos en forma rutinaria y además buscar mecanismos que mejoren el consumo debido a que se sabe que la adhesión al tratamiento es baja.

La Guía de Prevención de Deficiencias de Hierro, Programa Nacional de Nutrición, MSP 2007, establece:

Suplementar con hierro medicamentoso a todas las embarazadas desde su primer control, con 60 mg de hierro elemental en días alternos o dos veces por semana, durante toda la gestación y los 6 primeros meses de lactancia, como mínimo.

La suplementación debe ser combinada con una dieta rica en hierro que incluya:

- carnes de todo tipo y vísceras, fuente de hierro hemínico y con mayor biodisponibilidad.
- productos panificados y pastas. A partir del año 2006 existe una ley para la fortificación de la harina de trigo.
- leche en polvo fortificada con hierro. Los programas de INDA proveen de leche con Fe aminoquelado de alta biodisponibilidad.
- leguminosas
- verduras de color verde oscuro

A la hora de realizar recomendaciones para mejorar el aporte de hierro en la alimentación debemos recordar que hay dos tipos de hierro presente en los alimentos: hemínico y no hemínico.

Las fuentes de hierro hemínico son la hemoglobina y mioglobina de las carnes, pollo y pescado y su absorción es de aproximadamente un 25%.

Las fuentes de hierro no hemínico son los huevos, cereales, lentejas, porotos, frutas y vegetales. Es el tipo más abundante en la dieta y su absorción está determinada por el estado de hierro de cada persona y otros factores de la dieta cuando se encuentran presentes en el mismo tiempo de comida.

Los factores estimuladores de la absorción del hierro no hemínico son el ácido ascórbico (frutas, principalmente cítricas, vegetales), las carnes, pollo y pescado.

Los factores inhibidores de la absorción del hierro no hemínico son los fitatos (el salvado, cereales integrales, avena, cocoa, nueces, porotos de soja) y compuestos fenólicos (té, café, cocoa).

El Ácido Fólico

Su déficit se vincula con la mayor incidencia de malformaciones del tubo neural. Es especialmente importante durante el primer trimestre de embarazo. Sin embargo, muchas mujeres transitan ésta etapa sin conocer que están embarazadas o consultan tardíamente.

Para garantizar el consumo adecuado de éste nutriente en todas las mujeres en edad fértil y especialmente en aquellas que planifican la gestación, se estableció una ley de fortificación de harinas y derivados.

Durante el embarazo, las mujeres deben recibir suplemento de 400 microgramos por día, durante el primer trimestre de gestación (MSP, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, 2006)

La suplementación debe ser combinada con una alimentación rica en Ácido Fólico:

- verduras de color verde oscuro, leguminosas, naranja y alimentos fortificados como: harina de trigo y productos elaborados con ella (pastas, panes, etc).

Los Ácidos Grasos

El cerebro está constituido principalmente por lípidos, de los cuales el 60-65% son ácidos grasos poliinsaturados, principalmente Docosahexaenoico (DHA) y Araquidónico (AA).

El AA es un ácido de la serie omega 6, cuyo rol en la estructura y función cerebral no es menos importante que la del DHA, sin embargo su aporte a través de la dieta (como tal o como su precursor linoléico), es más alto y de mayor constancia.

El DHA, es un omega 3 (derivado del alfa linolénico), está mucho menos disponible a partir de la dieta y su carencia parece ser crucial durante el período gestacional y durante la lactancia. Juega un rol fundamental en el desarrollo cerebral y de la retina del recién nacido.

El mayor depósito de DHA en la retina y corteza cerebral se produce en la segunda mitad del embarazo y primeros meses de vida extrauterina, lo que no puede ser revertido en etapas posteriores de la vida. Durante este período, la velocidad de transformación de los precursores a nivel hepático no es suficiente para cubrir los requerimientos metabólicos de estos ácidos grasos.

Es la madre quien los aporta a través del transporte placentario durante la gestación y a través de la leche durante la lactancia. El adecuado aporte a través de la dieta materna, es de vital importancia.

¿Qué estrategias podemos recomendar para mejorar el aporte de la dieta?

- Promover el consumo de pescado al menos 1 vez por semana. Los más ricos en omega 3 son: atún, palometa, sardina.
- Recomendar el agregado de aceites vegetales en crudo a las comidas una vez que están preparadas.
- El **aceite de soja y el de canola** son especialmente ricos en linolénico que es precursor del DHA.

El mejor desarrollo fetal y del embarazo se logra conociendo las características y vulnerabilidad de cada etapa, fortaleciendo los mecanismos de protección ante estímulos hostiles o de riesgo.

Nutrición y desarrollo del Sistema Nervioso Central del bebé:

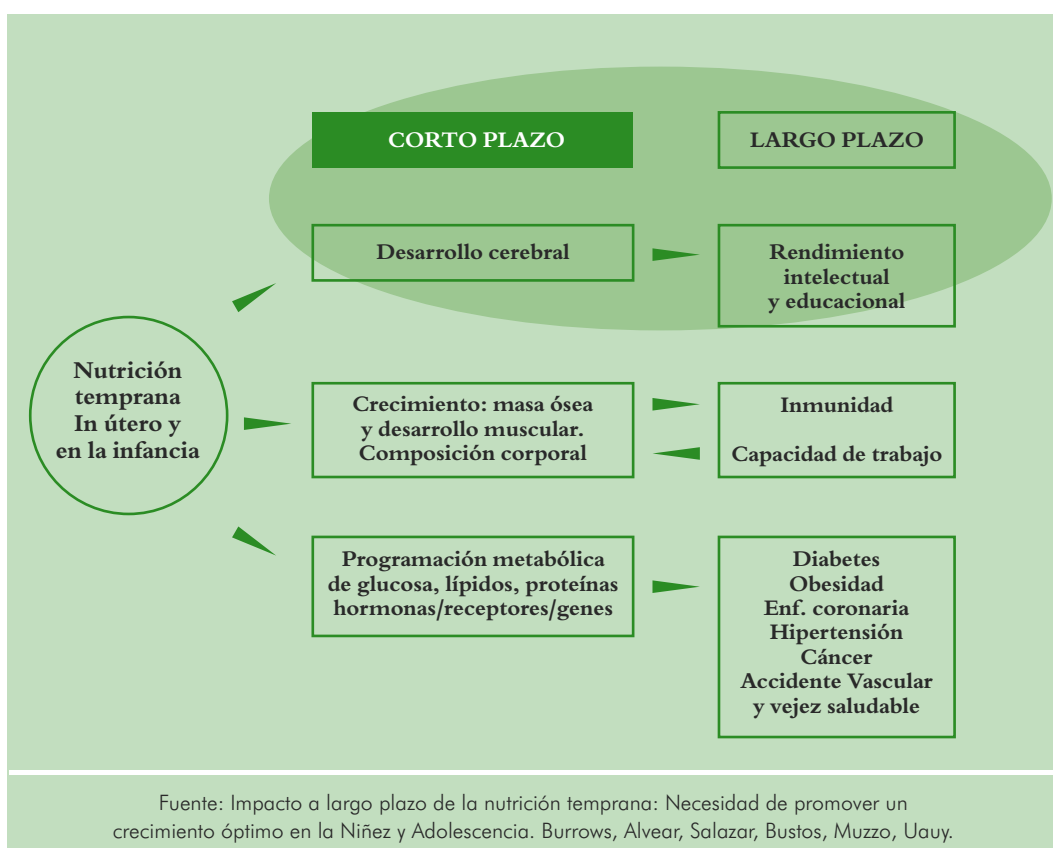
Posibles consecuencias del déficit nutricional durante la etapa prenatal:

- En el 2º trimestre afecta el número de neuronas.
- En el 3º trimestre produce menor maduración neuronal y cantidad de glías.

En el período post natal, cuanto más temprano ocurre el déficit nutricional, menor es el crecimiento cerebral y cuanto más prolongado es, mayor será el deterioro.

Desnutrición específica:

- Ferropenia provoca trastornos del comportamiento y reduce el cociente intelectual.
- Las secuelas persisten 10 años más tarde, con un mayor índice de repetición y fracaso educativo.
- El Hierro actúa en procesos oxidativos, en la mielinización del SN y en la conformación del hipocampo.



III. ASPECTOS EMOCIONALES A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL EMBARAZO



El embarazo es un proceso que genera cambios tanto en la mujer como en el hombre, no sólo a nivel físico sino también emocional.

Desde el embarazo los padres van imaginando el futuro del niño¹⁰. Estas primeras vivencias inciden en el futuro del desarrollo del niño, brindando una base desde la cual ya se va trazando una historia. En algunas ocasiones cuando las expectativas no son flexibles, se puede llegar a obturar el desarrollo saludable.

El embarazo es un proceso multidimensional en el que inciden: la historia de ambos padres, su familia de origen, fantasías, expectativas y proyectos.

El bebé crece en el útero, pero también en la mente de la madre, del padre y de la familia.

Poder conectar con nuestras propias experiencias nos ayuda a reflexionar sobre las vivencias parentales y familiares que pueden tener las mujeres y hombres que concurren a las consultas en relación al futuro nacimiento. Su realidad no necesariamente es la misma que la nuestra, pero si podemos ponernos en su lugar, “recordar” nuestras propias vivencias, seguramente podamos comprenderlos y acompañarlos mejor.

Con el nacimiento del bebé nacen también una madre y un padre. Los futuros padres hacen una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar y sentir y en su estilo de vida.

10- Proponemos visitar la pag. Youtube y ver imágenes editadas por ATI, “La Odisea de la Vida”
<http://www.youtube.com/watch?v=MluLOKtTrA>

La mujer embarazada sufre cambios en varios niveles, biológico, nutricional y socio emocional. Desde lo afectivo, entre otras particularidades, se caracteriza por desarrollar lo que D. Winnicott¹¹ describió como "Preocupación maternal primaria", condición psicológica muy especial de la madre que se desarrolla gradualmente hacia el final del embarazo y dura unas semanas después del nacimiento. La mujer es como que se vuelve hacia sí misma, pero al mismo tiempo desarrolla una "sensibilidad exaltada" que le permite adaptarse a las necesidades del pequeño en el comienzo, aportando un marco para el despliegue del desarrollo.

¿Qué le sugiere esta imagen?



Cada uno de nosotros seguramente percibirá distintas cosas, pero en términos generales la misma sugiere la diversidad de vivencias de la mujer embarazada y de nosotros frente a ella.

Las vivencias y mecanismos más frecuentes de una mujer embarazada¹² son:

- **La idealización.** Parecería que todo tiene que ser "perfecto": ser madre sin ningún dolor, sin dudas, sin angustias o ansiedades. Hay que ser cuidadosos en este sentido para no generar en la mujer más exigencias de las que ya enfrenta por la misma realidad del embarazo.
- **Ensimismamiento.** La mujer está como metida dentro de sí misma, parece como despreocupada pero no lo está, sino que está concentrada en la experiencia de su embarazo y de su futuro hijo.
- **Ambivalencia.** Conviven en un mismo momento sentimientos positivos y negativos en relación al embarazo y al futuro bebé. Es una herramienta más que le permite ir procesando los cambios.
- **Alta sensibilidad y vulnerabilidad psicológica.** La mujer se siente especialmente sensible y parece que todo la afecta. Por esto también hay que ser cuidadosos con la información y el trato que se le da ya que todo lo siente en mayor medida.
- **Se activa un modelo mental de cómo "ser madre",** relacionado con sus experiencias de la infancia como hija y su historia como mujer.

11- D. Winnicott: *Pediatra y Psicoanalista Inglés.*

12- Defey D. (Comp) *"Mujer y Maternidad."* Tomo I Ed Roca Viva. 1994

Maldonado Durán M, Saucedo-García J.M., Lartigue T. "Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto." *Perinatología y reproducción Humana* Vol. 22: No. 2, abril - junio 2008

- **Revive la relación con su madre**, pudiendo ser una oportunidad de elaboración si las experiencias fueron conflictivas.
- **Permeabilidad psíquica**. Afloran: sentimientos, conflictos, recuerdos, temores.
- **Necesidad/dependencia de los otros**. Necesidad de ser cuidada, mimada, querida.
- **Cambios en la sexualidad**, que puede traer dificultades en la pareja.

Las vivencias de la madre y el padre en relación a su futuro hijo o hija no son siempre las mismas y van cambiando a lo largo de los días. En términos generales podríamos jerarquizar:

- **En el 1º trimestre**: Aceptación/conflicto ante el embarazo; ambivalencia.
- **En el 2º trimestre**: Percepción de los movimientos fetales. Aumentan las representaciones en relación al futuro bebé y comienzan sus preocupaciones en cómo será como madre.
- **En el 3º trimestre**: Las preocupaciones se centran en el parto y en la salud de su hijo. Se incrementan sus preocupaciones y temores en su futuro rol de madre. El movimiento, la intensidad y los ritmos del bebé en gestación se hacen más claros. La madre adjudica sentido a los mismos.

El padre y el embarazo¹³

A lo largo de la historia se han dado cambios en el rol paterno. Esquemáticamente, podríamos plantear que este ha pasado de ser proveedor (sociedad patriarcal) a involucrarse cada vez más durante el embarazo, el parto y la primera infancia.

Investigaciones recientes muestran cómo también en los hombres, durante el embarazo, hay cambios a nivel hormonal: disminución en el nivel sérico de la testosterona, aumento de la prolactina y cortisol, dando cuenta del proceso de “gestación” que transita el padre.

Las preocupaciones más comunes que se observan en los hombres son diferentes que en las mujeres y se relacionan a:

- ¿Qué es ser padre?
- ¿Cómo ha de comportarse?
- ¿Podrá proveer lo necesario para su hijo y su familia?
- ¿Cambiará la sexualidad?

Al igual que en la mujer, se actualizan recuerdos de su infancia y su relación con sus propios padres. Puede surgir una dependencia con su familia de origen que dificulta la relación de pareja. Puede sentir ansiedad respecto de su propia madurez y conflictos internos relacionados con el rol de ser padre.

13- Se toma como referencia Maldonado-Durán M., Lecannelier F., **El padre en la etapa perinatal - Perinatología y reproducción Humana Vol. 22: No. 2, abril-junio 2008**

Él también tiene sentimientos de ambivalencia respecto al embarazo, el futuro hijo y su misma paternidad. Puede que sienta temor de quedar excluido ante la relación intensa que se establece entre la madre y el bebé.

En síntesis, temor ante lo nuevo, lo desconocido, las responsabilidades, los cambios.

El equipo de salud puede jugar un importante rol en la incorporación del padre a las consultas, tanto pediátricas como de control de embarazo. De esta manera estará ayudando a que el hombre pueda sentirse protagonista y al mismo tiempo acompañar a su pareja y a su hijo a través de todo el proceso.

El bebé en Gestación: Aspectos del desarrollo y capacidades del feto.



El bebé durante el proceso de gestación es¹⁴:

- **Activo** en su proceso de desarrollo, en la preparación para su nacimiento. Tiene predisposición a ser un **organismo receptivo y comunica** sus respuestas con determinadas conductas.
- **Vulnerable** a factores nocivos, como las drogas y el alcohol.
- **Posee capacidades sensoriales.** Escucha **sonidos** in útero: pulso, latido cardíaco, voz materna y otros ruidos exteriores.
- A las 24 semanas de gestación responde a ruidos externos con movimientos de la cara, del resto del cuerpo y frecuencia cardíaca. Puede percibir **sabores** (agrio, amargo, dulce, salado) y mostrar preferencia por lo dulce. Percibe y **reacciona a estímulos luminosos** (por ej. cerrando los ojos y con cambios en sus conductas).

El proceso de parto¹⁵ implica un enfrentarse a lo desconocido y es una experiencia de gran intensidad tanto en lo físico como en lo emocional. Es un momento de encuentro entre el bebé real y el imaginado.

14- Maldonado Durán M, Saucedo-García J.M., Lartigue T. "Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto." Perinatología y reproducción Humana Vol. 22: No. 2, abril-junio 2008

15- Defey D. (Comp) "Mujer y Maternidad." Tomo I, Ed Roca Viva. 1994

IV. ALERTAS PARA EL CUIDADO DE LA MUJER EMBARAZADA Y SUS CONSECUENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS

Depresión en el embarazo

Es importante considerar la posible presencia de depresión en la mujer embarazada, ya que se estima que las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo podrían desarrollar depresión posparto. Este número se reduce significativamente si se realizan intervenciones adecuadas.

Es importante tener en cuenta que cuanto más deprimida está, busca menos ayuda y por ende puede no acudir a los servicios.

Factores de riesgo de depresión en el embarazo¹⁶:

- Antecedentes familiares
- Duelos no elaborados
- Pérdidas
- Factores psicosociales, vulnerabilidad social, no contar con apoyo: pareja, familia, etc.
- Condiciones de elevado riesgo biológico: antecedentes familiares
- Edad materna
- Cromosomopatías. Alteraciones génicas
- Malformaciones
- Condiciones del embarazo: infección prenatal, hipertensión, diabetes, noxas (alcohol, tabaco, drogas)
- Enfermedades de transmisión sexual (sífilis, VIH)
- Factores nutricionales
- Factores socio-emocionales

Síntomas de depresión en el embarazo:

- Tristeza intensa
- Pensamientos pesimistas
- Culpas, auto reproches persistentes
- Deseos de morir o de suicidarse
- Cansancio extremo
- Síntomas de trastorno de ansiedad
- Mala alimentación y ausencia de cuidados prenatales (fumar, alcohol con mayor frecuencia, mala higiene)

16- "Mujer y maternidad" D.Defey Ed Roca Viva.1994 - "Depresión en la etapa perinatal" T.Lartigue, J. M.Maldonado-Durán. I.González,J.Saucedo. Perinatol. Reprod.Hum.2008

Ingesta de Drogas - Alcohol

El alcohol rápidamente atraviesa la placenta, ingresa al cerebro, donde actúa como una noxa directa. Se asocia con: malformaciones, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y déficit en el desarrollo, trastornos emocionales y del comportamiento.

No está demostrado un nivel de seguridad del alcohol durante el embarazo, por lo tanto se debe recomendar no ingerir alcohol.

Respecto a las drogas, aún se discute sobre qué consecuencias específicas le provoca al niño dado que la mayoría de las mujeres embarazadas que consumen drogas ilícitas también consumen alcohol y tabaco (que también representan un riesgo para el feto). Por lo tanto puede ser difícil determinar qué problemas de salud son causados por una droga ilícita específica.

Sin embargo, no hay dudas sobre la importancia de ayudar y apoyar a la mujer embarazada que consume drogas para que logre dejar de hacerlo. Esto será lo mejor tanto para la salud del bebé como para la suya propia.

Sífilis Congénita: Un problema tan antiguo como actual

Existe una tendencia creciente en los últimos años a la aparición de este cuadro y se han identificado puntos críticos que interfieren en su control:

- No control antenatal.
- Reinfeción (no tratamiento de la pareja). Lo que se ha observado es que si bien se trata a la mujer, no se hace lo mismo con su pareja, por lo que se produce una reinfeción.
- Infección en el último trimestre que dificulta llegar a tiempo con el tratamiento adecuado.
- Antecedentes de sífilis en gestas previas.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países. Las complicaciones afectan principalmente a mujeres y a niños. En el caso de la sífilis, esta puede afectar a la mujer embarazada y transmitirse al feto con complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo.

Según el último Informe de Gestión 2009 de la Maternidad del Hospital Pereira Rossell y de acuerdo a la información obtenida del Sistema Informático Perinatal (SIP) ha aumentado

significativamente el porcentaje de madres con serología luética positiva y los nacimientos con niños con sífilis congénita.

Lo que se observa es que, muchas veces, aunque las mujeres embarazadas realicen el test de VDRL, luego no van a buscar los resultados y por lo tanto no encaran el tratamiento adecuado. Nuevamente las dificultades de los controles hacen que esto suceda y que a pesar de llegar al momento de parto habiendo concurrido al servicio de salud, la sífilis no haya sido controlada. De aquí la importancia nuevamente de hacer todos los esfuerzos posibles para facilitar y promover los controles adecuados, en cantidad pero también en calidad.

CONCEPTOS CLAVES PARA TRABAJAR CON LOS EQUIPOS DE SALUD

La importancia de la captación temprana y control del embarazo.

Vínculo entre usuario-Equipo de Salud-Centro de Salud -Redes de Apoyo: existen necesidades afectivas de apoyo y contención a nivel familiar y social fundamentales para poder generar el espacio físico y mental para la llegada del bebé.

Toda consulta es una relación humana.

La necesidad de un enfoque integral de salud que contemple los aspectos nutricionales, biológicos y emocionales.

Tener en cuenta los aspectos nutricionales y su impacto en todo el ciclo vital.

Embarazo: cimientos del futuro desarrollo saludable del niño.

Estar atentos para intervenir: si la familia no puede proyectarse en relación a este hijo, si existe negación del embarazo, baja autoestima materna, intensa angustia y ansiedad, conductas desajustadas de la realidad.



Módulo II - 0 A 12 MESES

I. EL NACIMIENTO

La llegada de un hijo marca una nueva etapa vital para la madre y el padre, dando lugar al interjuego de grandes cambios y adaptaciones.

La maternidad y la paternidad son procesos complementarios dependientes de la estructura cultural y familiar. Implican roles diferentes que marcan y enriquecen el desarrollo de la personalidad de los hijos.

La película “La Historia del camello que llora”¹⁷ ilustra estos aspectos.

“...en el Desierto de Gobi, Mongolia, una familia de pastores nómadas ayuda en los nacimientos de su manada de camellos. Uno de los camellos tiene serias dificultades para dar a luz, pero, con la ayuda de la familia, consigue alumbrar a su cría, un camello diferente a los demás, de color blanco. A pesar de los esfuerzos de los nómadas, la madre rechaza al recién nacido, negándole su leche y amor maternal. Cuando parecen haber desaparecido todas las esperanzas, los nómadas envían a sus dos hijos a un viaje por el desierto, en busca de un músico. Finalmente un violinista es llamado al campamento para llevar a cabo un ritual impresionante. El arcaico sonido del violín unido al canto melódico de una de las mujeres llega al corazón de la madre de la cría: cuando le vuelven a traer a su recién nacido, rompe a llorar y le da la leche que necesita para sobrevivir”¹⁸.

Desde el comienzo los pastores están muy atentos al parto, asisten y acompañan a la camella en este difícil proceso. Buscan a través de distintas acciones (tocarla, cantarle, acercarle y acariciar a la cría) que se de el encuentro.

¿Qué reflexiones sugiere este relato?

Frente a las dificultades en el nuevo vínculo, los integrantes de esta comunidad desarrollaron distintas estrategias utilizando diversos recursos, provenientes de su historia familiar y cultura.

Tanto los padres-cuidadores, familia, comunidad, como los equipos de salud poseen recursos que se ponen en juego en las prácticas de crianza e interacciones cotidianas y facilitan la interrelación entre los adultos, el niño, los técnicos-profesionales y los usuarios.

A partir del relato de la película, podríamos preguntarnos:

¿Qué recursos desarrolla la comunidad en la que estamos trabajando para fortalecer el vínculo madre bebé? , ¿Qué recursos tienen los padres en el vínculo con sus hijos pequeños?

17- Se encuentra en Club de videos y en Youtube (Internet)

18- <http://es.movies.yahoo.com/la-historia-del-camello-que-llora/index-7140.html>

Los padres disponen de capacidades y conocimientos específicos que utilizan en la crianza de sus hijos. Estos **recursos naturales** permiten encontrar la calma y organizar la vida cotidiana. Por ejemplo: canciones de cuna, arrullos, juegos, rituales cotidianos, hábitos. Son transmitidos de generación en generación, o creados por ellos mismos, entrelazando historia personal con la cultura a la que pertenecen. (Altmann M., Angulo B., Bauer, M., Bonifacino N., González. E, Nogueira G., Press M., Sassón E., Weigensberg, A., Corti,A., 2002)

Cuando estamos trabajando en el servicio de salud, ¿hemos prestado atención a algunos de ellos?

II. ASPECTOS NUTRICIONALES A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL PRIMER AÑO

La evidencia científica demuestra que es muy estrecha la relación entre desarrollo y nutrición. “La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el período entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. ...A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta”¹⁹.

La Lactancia

En mayo de 2001, la 54ª Asamblea Mundial de la Salud exhortó a los Estados Miembros a promover la lactancia materna exclusiva por seis meses como una recomendación mundial de Salud Pública. Esta recomendación estuvo basada en una revisión sistemática realizada por Kramer y Kakuna (OMS, 2002), que concluyó que si se espera hasta los 6 meses para introducir otros alimentos, los beneficios para la salud superan los riesgos potenciales.

Cuando se introducen alimentos complementarios antes de los 6 meses: no mejora el crecimiento de los niños aún en condiciones óptimas, los alimentos desplazan la cantidad de leche materna que consume el niño y aumenta la probabilidad que el niño se enferme.

Beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes:

- Para los niños: provee todo lo necesario para el óptimo crecimiento y desarrollo y lo protege contra enfermedades agudas y crónicas.
- Para las madres: las ayuda a recuperarse del embarazo y el parto y les brinda ventajas para su salud a lo largo de toda la vida.
- Para la sociedad: genera beneficios ambientales y económicos ya que disminuye los costos de salud que gobiernos o familias deben afrontar. Además reduce las ausencias laborales de las madres por motivo de la enfermedad de los hijos. (Weimer, 2001).



A pesar de que estos beneficios son bien conocidos, menos de la tercera parte de los niños uruguayos son amamantados en forma exclusiva hasta los 6 meses de vida. El 98% de las madres inicia la lactancia materna; sin embargo durante la estadía en la maternidad un 13% de los niños recibe otras leches y un 5% agua o suero. Al quinto mes de vida, sólo el 28% de los niños está recibiendo leche materna en forma exclusiva²⁰.

Si observamos las causas de destete precoz en Uruguay podríamos afirmar que la mayoría de los problemas de lactancia son evitables con una buena técnica.

La técnica de amamantamiento adecuada implica observar que:

- El lactante esté bien enfrentado a la madre
- Cabeza y hombros en el mismo eje, de frente al pecho
- Pezón y gran parte de la aréola dentro de la boca del niño
- Labios evertidos: cinturón muscular que micro-masajea los senos lactíferos
- Mejillas relajadas
- Ritmo de succión del RN y del lactante: la mandíbula se mueve rítmicamente, acompañada de sienes y orejas
- Sonido de deglución audible

Además de la importancia nutricional, la lactancia materna es una experiencia sensorial y vincular de gran riqueza y valor para la constitución del psiquismo.

Las conductas de la madre y el bebé durante las mamadas muestran claramente que no se trata exclusivamente de una relación de nutrición. La lactancia promueve el vínculo de apego, pero no es sinónimo de apego.

Se constituye como un proceso de interacción regulatoria en tanto madre e hijo pasan de un estado de tensión a uno de relajación. La activación hormonal tiene un efecto sedante en la madre, y el bebé también pasa de un estado de tensión a uno de saciedad, distensión y placer.

El amamantamiento es una experiencia vincular de gran riqueza.

Se ponen en juego diferentes canales sensoriales, miradas, sostén, contacto piel a piel, olfato. La envoltura sonora a través de las palabras de la madre, el ritmo respiratorio y cardíaco de la misma va generando en el bebé diferentes sensaciones de seguridad afectiva e integración sensorial.

Es importante destacar que la leche materna no fluye sola, sino en respuesta a un estímulo, el contacto con el bebé y su búsqueda del pecho. La leche puede fluir nada más que ante el recuerdo del bebé, lo que demuestra la fuerte influencia de los afectos incluso en la regulación hormonal.

20- UNICEF/ RUANDI/MSP, 2007.

¿Cómo brindar apoyo a la mujer y su familia para lograr una lactancia exitosa?

Desde el embarazo; las intervenciones educativas realizadas durante este período tendrán un mayor impacto, por lo tanto es fundamental aprovechar las instancias de contacto con la futura mamá y la familia para trabajar la temática desde antes del parto.

Durante la estadía en la maternidad. En lo posible promover el amamantamiento en la primera hora, lo que no solo ayudará a promover el despliegue de los mecanismos biológicos y hormonales de la lactancia sino que también ayudará a promover las interacciones madre - bebé. El bebé, si se lo deja actuar naturalmente, puesto sobre el abdomen de la madre luego del nacimiento, buscará activamente el pecho materno. Es importante favorecer el encuentro cuerpo a cuerpo.

Durante la internación, la madre necesitará apoyo y asesoramiento, especialmente en las primeras mamadas. Cada madre y bebé irán encontrando sus propios ritmos y formas de llevar adelante una lactancia satisfactoria para ambos.

El apoyo afectivo a la madre que amamanta es fundamental, hacerla sentir que ella puede y que estaremos allí para ayudarla. El apoyo afectivo a la madre que no amanta también lo será, ya que el vínculo entre ella y su hijo, aunque sea alimentado por biberón, es central para su desarrollo integral.

En esta secuencia de fotos lo que se puede observar es el comportamiento del bebé recién nacido si se lo dejara actuar espontáneamente. Si se respetan sus tiempos, el bebé puesto sobre el abdomen de su madre, lentamente va reptando hasta prenderse al pecho.

Desde los controles en salud. La lactancia pone en juego la autoestima materna, sus competencias y función materna. Se necesita observar “comprensivamente” y acompañar antes de aconsejar.

Recordar que cada vez que damos un biberón alejamos a la madre y su hijo de la posibilidad de una lactancia exitosa.

Estar atentos a las dificultades que se pueden presentar, a los factores de riesgo, a los estados afectivos de la madre. En la mayoría de los casos si el niño y la madre son sanos, los problemas que se presentan tienen solución y se podrá continuar con la lactancia.

Es importante que el equipo de salud esté sensibilizado de la importancia de la lactancia materna, no solo para el niño sino también para la madre, (la familia y la sociedad en general), dando tiempo y lugar a las ansiedades maternas, apoyando y rescatando los aspectos

positivos del encuentro, promoviendo las interacciones placenteras con su bebé y considerando que la alimentación no es solo una función nutricia referida a un acto biológico, sino que también en ella se despliegan intercambios afectivos, vinculares y culturales.

Es importante derribar algunos mitos tales como:

- *“Mi leche no sirve, no es buena, es aguada no llena al bebé.”*
- *“Los pechos pequeños no producen tanta leche como los de mayor tamaño.”*
- *“Si se tiene mastitis no se puede dar de mamar.”*
- *“Si la madre está enferma no debe amamantar a su bebé.”*
- *“Las bebidas con gas las debemos evitar ya que aumenta los cólicos del lactante.”*
- *“Hay que tomar más líquidos, jugos, avena, malta, etc, si se quiere tener más leche.”*
- *“El calostro no alcanza para satisfacer al recién nacido.”*
- *“Cuando el niño nace grande la leche materna no es suficiente.”*
- *“Si falta leche hay que dar más espaciado para juntar más leche.”*

Alimentación complementaria oportuna: A los 6 meses el niño está preparado para comer²¹

La alimentación complementaria se la define como “la transición de la alimentación con leche materna a otro alimento que no sea leche”. La calificación de oportuna hace alusión al momento óptimo para la introducción de los alimentos.

Debe estar orientada, no solo a complementar la leche materna, adecuada y oportunamente con los nutrientes que el niño necesita, sino también a promover el desarrollo normal de la conducta alimentaria desde su más temprano inicio.

Los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor, hablar con los niños y mantener el contacto visual es importante²². Asimismo es fundamental alimentar despacio, pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.

La alimentación complementaria óptima está relacionada no solo con el qué se come, sino con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño.

El introducir nuevos alimentos es una experiencia de crecimiento para el bebé, siempre y cuando se le de un marco estable a la misma y se lleve adelante de un modo gradual.

Son nuevas experiencias vinculares y sensoriales que se relacionan a la aceptación de nuevos alimentos y al desarrollo de nuevas destrezas motrices.

21- Basado en “33 meses en que se define el partido, 33 ideas para jugarlo”. Programa Nacional Salud de la Niñez - MSP/RUANDI/UNICEF
Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño : curso integrado. Organización Mundial de la Salud, 2009
Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.

Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003
22- Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.
OPS, OMS, Unidad de Nutrición, salud de la familia y comunidad

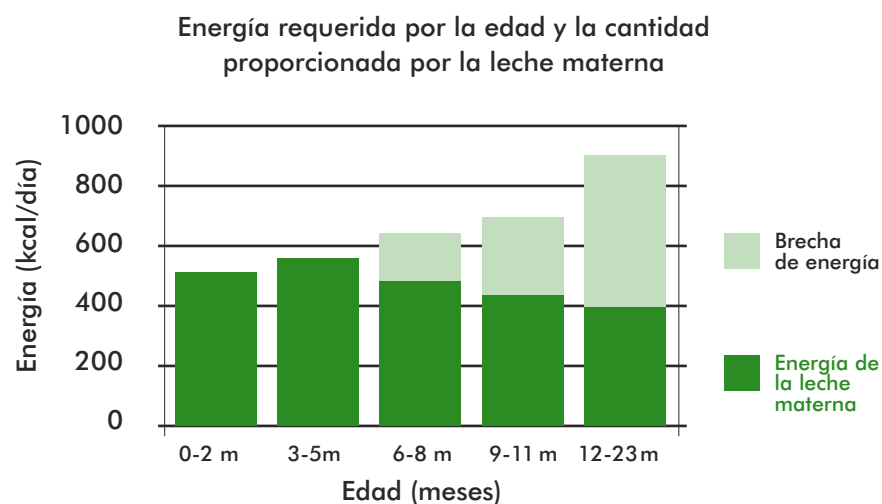
Alimentación e interacción

Alimentar: mantener, nutrir, sostener.

La alimentación como función nutricia, no solo abarca el acto biológico sino que también en ella se despliegan intercambios afectivos, vinculares y culturales.

¿Por qué se comienza a los 6 meses de vida?

- Empieza la erupción dentaria, que indica mayor madurez funcional.
- La función deglutoria pasa de ser instintiva y refleja a ser una deglución somática.
- El reflejo de extrusión se extingue progresivamente.
- Se desarrolla la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos.
- Duplica el peso de nacimiento y se sienta sin tambalearse.
- Ya tiene un sistema digestivo lo suficientemente maduro como para digerir los alimentos.
- No presenta dificultades en la capacidad de concentración renal de solutos, incluso en condiciones de baja ingesta o pérdidas excesivas de líquido (OMS, 1998).
- Las necesidades de energía y nutrientes aumentan.
- A partir de los 6 meses estas necesidades no se satisfacen únicamente con leche materna.



Desde el comienzo de la alimentación complementaria es necesario dar alimentos concentrados en energía.

Esto se debe a que:

- Existe un rápido crecimiento y por tanto altas demandas nutricionales.
- La capacidad gástrica de los niños es pequeña en este período, se estima es de 30cc/kg de peso corporal.
- Para cubrir la brecha de energía, los alimentos ofrecidos deben contener un buen aporte de energía y un volumen que el niño sea capaz de ingerir.

Estrategias para cumplir esta recomendación:

La **consistencia** de los alimentos debe ser espesa, la presencia de líquido extra puede significar una gran diferencia y hacer que no se cubran los requerimientos del niño. La papilla no debe deslizarse en el plato, o dicho de otra forma, los alimentos que son lo suficientemente espesos como para quedarse fácilmente en la cuchara, brindan más energía al niño.



Consistencia CORRECTA



Consistencia INCORRECTA

Incluir siempre en las comidas algún **alimento energético** como: arroz, fideos, polenta, sémola, lentejas, papa, boniato, banana.

Los **aceites** son fuentes concentradas de energía, por lo tanto le brindan al niño energía adicional con muy poco volumen.

Agregar 1 cta de aceite a los alimentos o preparaciones aumenta la concentración de energía.

Hierro y Zinc: Existen nutrientes claves para el crecimiento y desarrollo infantil

El hierro

- Cumple un rol fundamental en el crecimiento y en el desarrollo cerebral.
- Hasta los 4 o 6 meses de vida de un niño nacido a término, las necesidades de hierro son cubiertas a expensas de sus reservas.
- A los 6 meses se han agotado estos depósitos y dependen exclusivamente de la dieta y suplementación medicamentosa.

Otros alimentos ricos en hierro son: las leguminosas, el huevo y los vegetales de hoja verde oscuro.

El tipo de hierro que contienen estos alimentos se absorbe en mayor proporción y se combinan en una misma comida con alimentos ricos en Vitamina C como el tomate, brócoli, naranja, limón y otras frutas cítricas o con carnes o vísceras aunque sean cantidades pequeñas.

El empleo de alimentos fortificados como la harina de trigo y sus derivados, y la leche (especialmente en polvo) utilizados en preparaciones, contribuye a mejorar el aporte de hierro.

El zinc

- Cumple un rol central en la división celular, síntesis proteica y crecimiento.
- Interviene en proceso de expresión genética.
- El retraso en el crecimiento en respuesta a un déficit de zinc ha sido identificado en varios estudios.
- Un bajo status de zinc no solo afectaría el crecimiento sino que también produce un aumento en el riesgo de enfermedades infecciosas severas (diarreas e infecciones respiratorias).

Las principales fuentes alimentarias de hierro y zinc son las carnes (de todos los tipos) y también los menudos. Para cubrir el requerimiento de zinc y contribuir con las necesidades de hierro es necesario incluir algún alimento de este grupo diariamente en la alimentación del niño.

Cantidades diarias de carne o menudos recomendadas según edad.

- 6 a 9 meses: 1 cucharada colmada
- 9 a 12 meses: 2 cucharadas colmadas
- 12 a 24 meses: 3 cucharadas colmadas

Cantidad, variedad y frecuencia de la alimentación

Para cubrir la brecha de energía y nutrientes es necesario ofrecer alimentos varias veces al día. Debido a que su capacidad gástrica es pequeña, no es posible brindar al niño todo lo que necesita en una sola comida. Por eso, desde el principio, es necesario ofrecer los alimentos en más de una oportunidad al día y aumentar la frecuencia de comidas a medida que el niño crece.

El número de comidas por día que necesita cada niño depende de la densidad energética (calorías por gramo), de las preparaciones que se le ofrezcan y de las cantidades que normalmente consume en cada comida.

La cantidad de alimentos complementarios a ser ofrecida, así como la consistencia de los mismos, deben aumentarse en forma progresiva.

Comenzar con 2-3 cucharadas de comida, dos veces al día, e ir aumentando a medida que el niño crece. Luego de los primeros 15 días, se pueden ir agregando otros alimentos para variar el puré y dar a probar nuevos sabores y texturas.

El puré se puede hacer con cualquier verdura, que esta esté cocida, sin cáscara y sin semillas, como por ejemplo zapallitos, zucchini, acelga, brócoli, coliflor. Siempre son preferibles las verduras de estación.

Al comienzo de la alimentación complementaria, el niño necesita tiempo para acostumbrarse a los nuevos sabores y texturas de los alimentos, necesita aprender la habilidad de comer.

ESQUEMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			
EDAD	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD PROMEDIO DE ALIMENTOS POR COMIDA
A LOS 6 MESES	Comenzar con papilla espesa sin grumos, que no se deslice en el plato.	1 comida + 1 entrecomida	Se comienza con 2 o 3 cucharadas y se va incrementando progresivamente
7 A 8 MESES	Continuar con alimentos pisados, la papilla puede contener algunos grumos	2 comidas + 1 o 2 entrecomidas	½ taza de 250 cc
9 A 12 MESES	Alimentos finamente picados o algo pisados. Alimentos que el bebé pueda tomar con su mano.	3 comidas + 1 o 2 entrecomidas	½ a ¾ taza de 250 cc
Se entiende por entre-comidas aquellas preparaciones o alimentos que complementan a las comidas principales, de preparar y que en lo posible puedan ser consumidas por los propios niños.			

III. ASPECTOS EMOCIONALES A TOMAR EN CUENTA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

El ser humano necesita del vínculo con otro ser humano para constituirse como tal. El cuidador, descubriendo y adjudicando sentidos a los comportamientos del bebé, va dando lugar a la mente y al pensamiento. "Los bebés recién nacidos necesitan ser amparados en el "útero" de la mente materna²³." El comportamiento de la madre hacia su hijo se encuentra determinado por el modo en que ella piensa y siente la relación con el niño.

El bebé responde con facilidad a los estímulos sociales y se introduce rápidamente en la interacción social, a los que se sumarán el sentido-palabras que irán emergiendo de dichas interacciones y creándose así en la intersubjetividad la subjetividad de cada niño.

La presencia del bebé juega un papel esencial, se convierte en un poderoso movilizador de las emociones y pensamientos de sus cuidadores.

Las interacciones no verbales tienen un lugar privilegiado en la comunicación de la díada.

En la vida cotidiana se irán creando patrones de interacción a partir de los ritmos biológicos del bebé (sueño, alimentación, otros) y de los encuentros y desencuentros. Ritmos y sincronías que irán configurando la estructura del vínculo madre-bebé. Ambos irán aprendiendo a acoplarse a los ritmos de cada uno. Algunos autores hablan de que esta interacción se convierte en una verdadera "danza". (D. Stern - 1991)

En este ir y venir, el bebé va comenzando a experimentar momentos de presencia y ausencia en relación a la persona que lo cuida. Si todo va bien sabrá que frente a sus necesidades habrá un adulto que capte y responda a las mismas o a estas señales, otorgando al pequeño una base de confiabilidad que le permite entre otras cosas, desarrollar su capacidad de anticipar.

El bebé recién nacido atraviesa diferentes estados de conciencia que dan cuenta del nivel de excitación, de actividad motriz y calidad de la vivencia afectiva. Estos estados van desde la calma a la máxima excitación.

Es importante que el adulto pueda reconocer y predecir los estados para saber si el bebé está o no accesible para interactuar, alimentarse, dormir, etc. Si el niño se está por dormir, por ejemplo, no es momento para tratar de iniciar un intercambio o estimularlo. Es importante aprender a respetar los tiempos del bebé, teniendo en cuenta que no todos son iguales.

El recién nacido posee distintas y múltiples capacidades que le permiten tener información del mundo, interactuar socialmente y desarrollar el vínculo afectivo.

23- Helen High citado en Tustin F. "El cascarón protector en niños y adultos" Buenos Aires. Ed. Amorrortu; 1992. pág. 100.

La visión. El recién nacido es capaz de fijar la mirada a una distancia de 25 cms aproximadamente (que es la distancia entre sus ojos y los ojos de la madre cuando está amamantando).

El olfato le facilita la búsqueda y apropiación del pecho materno.

La audición le permite reconocer la voz de la madre.

A pocos minutos de nacido, el bebé tiene la capacidad de transformar la información de una modalidad sensorial a otra, integrándolas. Algo que ve, toca u oye puede reconocerlo como aspectos de una misma cosa. A esto se le ha llamado percepción trasmodal. (Meltzoff A., 1979).

Desde las neurociencias se identificaron lo que se denomina “neuronas espejo”. Este grupo de neuronas de la corteza cerebral tiene la facultad de descargar impulsos tanto cuando el sujeto observa a un otro realizar un movimiento como cuando es el sujeto quien lo hace. (Rizzolatti, Gallese y otros, 1990)

Estas neuronas llamadas también “neuronas de la empatía” (Ramachandran), posibilitan la capacidad de imitación constituyendo las bases para aceptar el punto de vista de los otros y los sentimientos de empatía.

Esto reafirma la concepción de un bebé activo desde el nacimiento en el establecimiento del vínculo con el cuidador y en la creación de una relación particular con éste.

Los rasgos temperamentales pueden ser fomentados o cambiados en el contexto intersubjetivo cuidador-bebé mediante las competencias y cuidados parentales en las prácticas de crianza. Esto quiere decir que un niño por ejemplo inicialmente muy inquieto, podrá ir moderando, ajustando estos rasgos a partir de las interacciones y de los mensajes que recibe de sus cuidadores, de las características particulares de su madre, de su padre y/u otros cuidadores.

¿Cómo se va logrando la conexión afectiva entre el bebé y el cuidador?

A través de los distintos canales sensoriales el bebé va transmitiendo información sobre sus necesidades y estados. La mirada, modalidad privilegiada de comunicación le permite al bebé -a través del encuentro de mirada con otro- sentirse sostenido, contenido y acompañado.

El llanto será la primera forma de comunicación sonora. Será fundamental descifrarlo y adjudicarle matices y significados y así abriendo la puerta a la experiencia del lenguaje y el ingreso al mundo simbólico.

Algunas características del lenguaje del adulto en la comunicación con el bebé:

- Prosodia, alargamiento vocal, tono agudo (el bebé percibe mejor los sonidos agudos, por eso también reconoce mejor la voz de la madre), ritmo más lento.
- Repetición de fonemas o palabras.
- Frases cortas y repetitivas.
- Pausas que dan lugar a la respuesta del bebé, en tanto interlocutor, a la vez que lo introducen en un modelo de comunicación que implica un emisor, un mensaje y un receptor.
- Intervenciones de forma interrogativa y en plural que dan cuenta de la unidad dual madre- bebé: "¿Parece que queremos...?" que dan cuenta de la unidad dual madre-bebé.
- Hablar comentando sobre las emociones que supone experimenta el hijo: "¿estás triste?, ¿estás molesto?"

"Las tareas de comer, dormirse y la homeostasis general son por lo general acompañadas por conductas sociales de los padres: mecen, tocan, hablan, calman, cantan y hacen ruidos y muecas, en respuesta a conductas del infante principalmente sociales, tales como llorar, quejarse, sonreír y mirar. Son muchas las interacciones sociales que se suceden al servicio de la regulación fisiológica"²⁴.

El llanto, la mirada, las vocalizaciones, el aferrarse al cuidador, son entre otras, conductas programadas genéticamente que se ponen en marcha para vincularse con el otro y buscar protección. Desde la perspectiva de la Teoría del Apego estas conductas se denominan conductas de apego y forman parte de un complejo sistema.

El vínculo de apego entre la madre y el bebé se irá construyendo desde el embarazo. Como una **ligazón psicológica**, se desarrolla desde el comienzo de la relación madre bebé, existiendo una predisposición al mismo desde lo biológico.

Los **cimientos del sistema de apego** son entonces las interacciones, centradas inicialmente en necesidades fisiológicas. Inducen conductas de proximidad y exploratorias y proveen una base fisiológica para los estados afectivos de seguridad.

El apego es el proceso mediante el cual el niño mantiene un sentido de seguridad y confianza que se convierte en su base para la subsiguiente separación de su madre y la exploración cognitiva del entorno. De este modo el vínculo de apego es sobre todo un regulador de la experiencia emocional.

Nadie nace con la capacidad de regular las emociones. Será en el contexto de esta relación, estable y consistente en el tiempo, que el pequeño podrá progresivamente desarrollar su capacidad de regulación (A. Sroufe).

24- Stern D., En: *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1991. P. pág. 63

Las interacciones regulatorias del apego inciden en el desarrollo de la estructura psíquica, generan desarrollo cerebral, más allá del abastecimiento del fundamental sentido de protección y seguridad (A.Schore).

¿Cuáles son las conductas de apego?

Son aquellas dirigidas a la búsqueda y a la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado como figura de protección.

¿Qué conductas se pueden observar más comúnmente en el niño? El llanto, la sonrisa, el acto de aferrarse, entre otras.

¿Y en el cuidador? Sostén, contacto físico, proximidad y todas aquellas conductas que logren proteger, calmar, contener al bebé.

Será a partir de las reiteradas situaciones cotidianas de malestar y desregulación fisiológica del bebé que se ponen en juego estas conductas por parte del cuidador, que con sus acciones, presencia y sensibilidad lograrán recuperar el equilibrio perdido.

La sensibilidad materna será clave para la calidad del vínculo de apego (Ainsworth M., 1969).

Un cuidador sensible capta las señales del bebé, interpreta adecuadamente estas señales y responde apropiada y rápidamente, satisfaciendo sus necesidades.

Una respuesta sensible implica el acceso al estado mental del niño y la atribución de significado a ese estado mental.

¿Cómo capta el niño que es comprendido por el cuidador?

En las interacciones cotidianas, frente a las expresiones de desregulación emocional del niño, observamos cómo los adultos al responder al malestar del niño tienden naturalmente y sin darse cuenta a reflejar imitando de un modo exagerado a través de gestos y expresiones faciales que acompañados a su vez de una prosodia particular, logran calmar y modular su estado emocional. (Espejamiento de los afectos, Gerely).

Acciones que van ayudando al bebé a captar su propio estado emocional en el reflejo del adulto a la vez que diferenciarse del mismo y sentirse comprendido y contenido en estas respuestas del adulto.

Esta imitación gestual, pero diferente en tanto es exagerada en sus expresiones faciales y acompañadas de una y al utilizar un tono y prosodia de voz particular, van ayudando al bebé a captar su propio estado emocional en el reflejo del adulto a la vez que diferenciarse del mismo

y sentirse captado y contenido en estas respuestas del adulto (Espejamiento de los afectos) le transmiten al niño que es capaz de ser captado y contenido en su estado.

Cuando los padres responden al afecto negativo de los hijos de manera automática, sin capacidad de diferenciar lo que el niño siente y lo que provoca en ellos, no posibilitan que sus hijos tengan conciencia de sus propios estados emocionales y mucho menos de regularlos (P. Fonagy).

Será importante entonces observar los distintos aspectos en juego en las interacciones. Por ejemplo, de qué manera puede calmar la madre-cuidador a su bebé, cómo son las interacciones no verbales, cómo reaccionan frente a una situación de estrés en la vida cotidiana, en situaciones de consulta médica, vacunación, revisión antropométrica. Para el equipo técnico, es en estas situaciones de estrés para el bebé que podrá observar cómo reaccionan él y su cuidador, si éste lo entiende, lo mira, lo mece, etc, y de esta manera conocer un poco mejor el tipo de vínculo entre ambos.

Las emociones cumplen una función integradora en el desarrollo. Las mismas se van complejizando y los nuevos modos de expresión emocional implicarán cambios en el propio niño y en la reorganización de las relaciones entre el niño y su medio, como también en su rol dentro del espacio familiar. (Emde R., 1998)

Las Transiciones del desarrollo emocional son²⁵:

- Momentos del desarrollo en que predominan los cambios que serán duraderos.
- Implicarán una importante reorganización en las relaciones entre el niño y su medio.
- Nuevos modos de expresión emocional que implicarán cambios en el niño y en el rol de éste en la familia.

Para saber si el niño está desarrollándose saludablemente desde los aspectos socioemocionales podemos observar:

Durante los primeros dos meses, los encuentros a través de las miradas recíprocas que implican la conexión afectiva.

De los 2 a 3 meses, la aparición de la **sonrisa social**, expresa su necesidad de comunicación. Aumenta el placer, las expresiones de sorpresa e interés. El adulto se siente reconocido y motivado a interactuar, dándose nuevas oportunidades de socialización y aprendizaje.

De los 6 a 8 meses, surge angustia ante la presencia de un extraño y ansiedad de separación²⁶. Comienza a buscar las expresiones emocionales del cuidador cuando se encuentra en situaciones de incertidumbre (Referencia social) (Emde, Campos y otros).

²⁵- Emde R.

²⁶- (Hofacker y Papousek).

Comienza a ser autor de sus acciones para conseguir un objetivo poniendo en marcha sus iniciativas, expresión de espontaneidad y vitalidad para relacionarse, explorar, conocer, aprender, buscar lo que necesita. (Hoffmann M., 1993)

A partir de los 9 meses empiezan a captar que los otros tienen intenciones y estados mentales iguales a los suyos, ("**Descubrimiento de la Intersubjetividad**" (Stern D., 1991)).

La Capacidad de compartir las experiencias con otros crea un espacio "intencional" intersubjetivo que transforma radicalmente el desarrollo emocional y cognitivo subsiguiente.

La Atención conjunta: saber que otro está mirando y experimentando algo en el mundo visual (Bruner, 1975). Compartir un foco de atención.

Sintonía afectiva: Capacidad de compartir a partir de comportamientos la experiencia afectiva.

Comienza a designar un objeto señalando con el índice. Esto da cuenta que puede compartir un suceso con otro, llamándole su atención hacia un objeto con el fin de obtener una contemplación en común. A esta conducta se le denomina señalamiento protodeclarativo que anticipa el lenguaje verbal (Vigotsky, 1966)

De los 10 a 13 meses, con el comienzo de la marcha surgen sentimientos de exaltación y orgullo y de malestar e incertidumbre vinculados a las caídas y la ampliación del mundo.

Caminar le permite separarse de la madre, establecer una comunicación social a distancia. La necesidad de "recarga emocional" en este ir y venir de al lado de la madre o el cuidador, le posibilitará continuar con la exploración e ir logrando mayor autonomía.

Toda actividad cotidiana puede constituirse en momento de juego. El bebé jugando aprende a comunicarse, a conocerse a sí mismo, a los otros y al mundo que lo rodea. A través del juego tratará de asimilar lo nuevo que vive diariamente y elaborar situaciones conflictivas.

Los juegos de presencia y ausencia permiten ir atenuando la angustia frente a las situaciones de espera, frustración y separación. Desarrollan capacidad de tolerar la espera, de anticipar, de simbolizar.

IV. ALERTAS PARA EL CUIDADO DEL DESARROLLO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO

Como **integrantes** del equipo de salud es nuestra responsabilidad estar atentos al desarrollo de niño, si va adquiriendo las conductas esperadas para cada edad. De esta manera sabremos cuándo es necesario intervenir si observamos un rezago o un franco retraso.

Para el seguimiento del desarrollo infantil es muy útil la información que brinda el carné del niño y de la niña, que además podemos compartir con los padres para que ellos mismos vayan siguiendo el desarrollo de su hijo, sepan cómo estimularlo de acuerdo a su edad y estén atentos a las señales de alarma. Durante los primeros dos meses, el llanto es la expresión emocional predominante. Es casi su única forma de expresar su malestar.

DESARROLLO

CONDUCTAS A OBSERVAR

CÓMO ESTIMULAR EL DESARROLLO

A LOS 3 MESES

- Sostiene la cabeza
- Sigue con la mirada objetos móviles.
- Reacciona al sonido.
- Se lleva las manos a la boca.



Acariciarlo, mirarlo y hablarle mientras lo amamanta, lo baña, o le cambia la ropa.
Poner al alcance de su vista objetos de colores.

A LOS 6 MESES

- Se sostiene sentado con ayuda.
- Usa toda la mano para tomar objetos.
- Trata de imitar sonidos.
- Reconoce personas.
- Interactúa con la mirada de otro.
- Inicia juego "está o no está".
- Gira sobre su propio cuerpo.



Cambiarlo de posición.
Jugar y cantarle canciones de cuna.
Sentarlo con almohadones.
Permitirle disfrutar con el agua durante el baño.
Nombrar y mostrar objetos y personas.

A LOS 9 MESES

- Gatea.
- Se para con ayuda.
- Transfiere objetos entre una mano y otra.
- Se interesa por su imagen en el espejo.
- Estira los brazos cuando lo van a alzar.
- Lloro frente a extraños.



Juegue con el frente al espejo.
Ayúdelo a comer con la cuchara y taza.
Déjelo explorar.
Use el corral con moderación.
No es conveniente el uso de andador.

A LOS 12 MESES

- Camina con ayuda.
- Arrastra objetos.
- Entiende el no.
- Da un objeto cuando se lo pide.
- Imita gestos.
- Dice mamá, papá, agua.
- Usa el dedo índice para señalar.



Aproveche el momento de comer para estimular la relación con la familia.
Juegue con el niño con música y haga gestos. Déle cubos y recipientes para jugar. No calme las rabietas con golosinas.
Establezca los horarios de siesta y sueño nocturno.

Alertas en el niño

Durante este período es importante tener presente algunos signos de alerta. El Programa Serenar de ASSE nos brinda información en relación a los principales signos de alerta a tener en cuenta.

En el recién nacido:

Llanto débil y ocasional / Pocos movimientos / Muy rígido/a, muy flojito/a /
No duerme, no lacta / No responde a ruidos ni a la voz de su madre / Convulsiones

A los 3 meses:

No responde a una sonrisa / No sigue objetos o personas con la mirada
No se interesa en su madre / No sostiene la cabeza / Continúa con puños
cerrados y muy rígidos / Permanece muy flojo/a o muy rígido/a / Muy irritable

A los 6 meses:

No extiende los brazos para que lo/a tomen / Rigidez de brazos y piernas
y cuello y cuerpo flojo/ No se sienta con apoyo / Sentado con apoyo,
no sostiene la cabeza / Sueño irregular, intranquilo / No toma juguetes

A los 9 meses:

Rigidez de piernas / Flojo/a de cuerpo / No toma juguete,
ni juega con sus manos / No se sienta/ Ausencia de balbuceo: Ma, Ta, Ba

A los 12 meses:

No se sostiene de pie / No responde a caricias
No dice mamá, papá, teta

El cané de salud del niño es un buen material para trabajar con los padres y estar atentos a los signos de alerta.

Alertas en los padres. Depresión materna

Las madres, padres, cuidadores del niño pequeño, viven día a día diferentes situaciones de gran demanda. Estas etapas implican no solo satisfacción sino también cierta dosis de frustración, esfuerzos, de trabajo, que pueden generar situaciones de malestar y conflictos a nivel personal, de pareja y/o familiar. Se pueden presentar diversas dificultades, algunas frecuentes y otras no tanto, que es importante que aprendamos a reconocer.

Existen algunos cuadros relativamente comunes de dificultades. Uno de ellos es el "Baby Blues" del Posparto²⁷. Este es un cuadro muy frecuente que se presenta en el 50-80% de las

27- "Mujer y maternidad" D.Defey Ed Roca Viva. 1994 "Depresión en la etapa perinatal" T.Lartigue, J. M.Maldonado-Durán. I.González,J.Saucedo. Perinatol. Reprod.Hum.2008

mujeres durante el post parto. Aparece entre el 3° y el 5° día del posparto y es de corta duración (días). Se relaciona a factores ambientales y hormonales vinculados a la maternidad, no tanto con la historia personal y psiquiátrica de la mujer.

Se caracteriza por síntomas transitorios, depresivos y ansiosos; labilidad afectiva y cierta tristeza; insomnio e irritabilidad; dudas sobre sus competencias maternas.

Este cuadro no afecta significativamente la interacción con el bebé.

Desde el servicio de salud, las intervenciones pertinentes no pasan por un tratamiento específico, sino por transmitir a la madre y a quienes la rodean que estos sentimientos de tristeza pueden ser propios del momento y brindarle apoyo y contención desde el equipo de salud y desde las redes sociales.

El cuadro de depresión materna post parto, según investigaciones regionales e internacionales, tiene una prevalencia en el entorno del 10-20 %. En nuestro país, de acuerdo a la investigación llevada adelante por el MSP-ASSE Facultad de Medicina-PNUD, la prevalencia de depresión materna post parto en el primer año de vida del niño y en Montevideo es de 16,5 %.

Este cuadro se presenta a partir del 4° o 5° día de post parto, la mayoría de las mujeres no consultan espontáneamente y traducen su malestar y sufrimiento depresivo en quejas somáticas, en consultas excesivas al pediatra o por el contrario consultas menos frecuentes. Hablan menos, están como distraídas o ensimismadas y estas conductas pueden ser mal interpretadas como descuido de su hijo. Es muy importante su detección ya que es un cuadro que revierte fácilmente con apoyo y tratamiento adecuado, accesible en la mayoría de los servicios de salud. En este sentido el papel del pediatra es fundamental porque es quien está en contacto con las madres y las familias en este período, puede ayudar a detectar el cuadro y hacer la derivación correspondiente.

Los síntomas que se pueden detectar son los siguientes: alteración en el vínculo; crisis de llanto e irritabilidad; sentimientos de incapacidad; baja autoestima; autorreproches por sentirse incompetente en el cuidado de su hijo; anorexia, pesadillas, desinterés por la sexualidad.

En estos casos pueden presentarse dificultades para captar las señales del hijo y en tolerar las exigencias que implican el cuidado del niño. A su vez las interacciones pueden ser menos sensibles.

También pueden darse baja capacidad de la madre para regular los afectos del niño, los cuidados operativos y en algunos casos extremos, maltrato o negligencia.

Es común que los bebés en estas situaciones se muestren pasivos o con conductas de evitación. En otras ocasiones se manifiestan como bebés “perfectos” que alternan el estar hipervigilantes, muy atentos, respondiendo a las solicitudes, o que se mantienen silenciosos, no molestan y presentan bajo nivel de expresiones positivas de afecto.

El deterioro de las interacciones entre madres deprimidas y sus hijos puede tener consecuencias desfavorables en el desarrollo.

¿Cuáles son las intervenciones pertinentes en estas situaciones?

Las evidencias han sido concluyentes en señalar la eficacia, eficiencia y efectividad de los tratamientos tanto psicoterapéuticos como farmacológicos o la combinación de ambos.

Será necesario tener un enfoque interdisciplinario que contemple:

- La derivación al área de salud mental
- Activar redes de apoyo
- Brindar espacios de contención y escucha

Es fundamental ayudar para que pueda realizar la consulta pertinente, a buscar compañía, entendiendo que no es solo su responsabilidad sino también de su pareja y por qué no de todos como comunidad, y que es necesario que sepa pedir ayuda cuando se siente desbordada.

Otra situación es la Psicosis Post parto, definida como una psicosis delirante aguda, de inicio precoz luego del parto, es de mucha menor frecuencia de aparición que la depresión puerperal, con una prevalencia de entre 1 y 3 por mil.

Sus características son la aparición entre la primera y cuarta semana del puerperio. Su duración es de varias semanas, meses o en algunos casos más de un año.

Los síntomas habituales son la inestabilidad del estado de ánimo (puede oscilar entre una gran tristeza hasta la euforia exagerada) hostilidad, ruptura de contacto con la realidad, ideas paranoides, delirios (convicciones falsas sobre lo que sucede a su alrededor), alucinaciones (experiencias internas que son percibidas como externas, oír voces, tener visiones, por ej: órdenes de maltratar al bebé).

La nueva madre está claramente alterada: no se baña o viste, no se da cuenta del paso del tiempo, dice cosas incoherentes y no podría ocuparse del bebé por sí sola en este estado agudo.

Aparecen delirios específicos, como convicción de que el bebé fue cambiado por otro, deseo de matar al hijo por venganza contra el padre, delirios religiosos altruistas (por ej, matar al niño para que no sufra), de que la enfermera quiera envenenar al bebé, que se tuvo un bebé de otro sexo diferente al real, de que el bebé sea el demonio (mayor riesgo de maltrato o de infanticidio).

Se trata de un trastorno grave con consecuencias negativas para el bebé y la familia si no es tratado (Riesgo de infanticidio en 3 a 4 % de los casos). Por tanto estos deben considerarse como emergencia psiquiátrica, siendo central activar las redes de apoyo.

CONCEPTOS CLAVES PARA TRABAJAR CON LOS EQUIPOS DE SALUD

Las intervenciones en primera infancia,
son a la vez intervenciones con los adultos que sostienen al niño.

La lactancia materna es el alimento óptimo para el bebé.

Es fundamental la correcta incorporación de alimentación
complementaria a partir de los 6 meses de vida.

Los vínculos afectivos en el primer año de vida y el rol capital
de las prácticas y cuidados parentales cotidianos son fundamentales
en la promoción de un desarrollo óptimo.

El vínculo que se establezca con el niño le permitirá a éste sentar
una base de seguridad y confianza fundamentales en el desarrollo
de competencias, flexibilidad y autoafirmación.

Existe un alto valor en los rituales y rutinas: el niño pequeño necesita
de ciertas regularidades para organizarse, así como también la familia.

El juego y las rutinas lo ayudarán a crear expectativas de sus acciones y de las
de los otros y así ir dando sentido a su experiencia emocional.

Cada niño, cada cuidador y cada día tendrán su estilo único.

Es central tratar de observar y entender de qué manera se comunica el bebé,
interpretar lo que le sucede y responder de forma adecuada.



Módulo III - 12 A 24 MESES



Durante el segundo año, el niño pequeño, sus padres y el entorno que lo rodea se ven enfrentados a nuevos y grandes desafíos. La marcha marca un cambio importante para el niño y su modo de relacionarse con quienes le rodean. Con ella, la búsqueda de autonomía y el placer en la exploración y el reconocimiento del entorno y de sí mismo²⁸.

Aparecen desafíos marcados por la ambivalencia, que van acompañados de sentimientos de omnipotencia y a la vez de frustración y de la necesidad de dependencia. La vida cotidiana es el escenario de conflictos que tienen una gran intensidad afectiva y las negociaciones que surgen entre el niño, los padres y cuidadores, se ven enfrentadas a un desafío permanente entre la habilitación, la tolerancia y la puesta de límites.

I. ASPECTOS NUTRICIONALES A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL SEGUNDO AÑO

Pensemos en una posible situación cotidiana: una madre manifiesta dificultades en torno al momento de la alimentación. Señala que su hijo pequeño muestra un gran negativismo a la hora de alimentarse, situación que la desborda. A su vez relata que tiene una vida muy agitada, que trabaja muchas horas, con días y horarios variables. Esto motiva que su hijo vaya al centro educativo que asiste en forma y horario irregulares. Llega cansada a su casa y no cuenta con apoyo del padre del niño ni de la familia.

²⁸- Recomendamos ver la película "La bella Martha", que da cuenta mucho de estos aspectos.

Se esmera en la preparación de la comida incluyendo todos los nutrientes necesarios y en la presentación variada de los mismos, pero aún así, el momento de alimentarse no es agradable.

¿Qué intervención haríamos como técnicos de la salud, ante el relato de una situación como esta?²⁹

La vida cotidiana nos enfrenta con diversos desafíos en los que el estado emocional de cada uno, la situación familiar, como también otros factores, inciden en el vínculo con los niños. Los posibles apoyos (familia extendida, instituciones, vecinos entre otros), pueden tener un rol relevante en el día a día. La alimentación no es un hecho aislado y muchas veces las dificultades no son más que un emergente o síntoma de otras problemáticas.

La vida cotidiana con niños pequeños se organiza y regula a partir de las rutinas. Estas proporcionan seguridad y confianza, ayudan a anticipar y enfrentar los diferentes cambios y dan sentimientos de pertenencia.

En el hogar así como en las instituciones, habitualmente se dan prácticas que se repiten a modo de rutina. Las rutinas son como “caminos” por los cuales se transitan cotidianamente con el fin de un propósito determinado, pero cada cuidador, cada familia irá creando sus propias rutinas.

Estas actividades diarias que se repiten, implican un delicado trabajo de atención, seguimiento y creación por quienes la llevan a cabo. Las rutinas y rituales se entrelazan en cada familia, articulando las tradiciones con aportes novedosos.

Al cumplir un año el niño está preparado para integrarse a la mesa familiar. Comer en familia es un momento decisivo para la formación de hábitos alimentarios saludables.

Su sistema digestivo y metabólico funciona con capacidad semejante a la del adulto. Si la introducción de la alimentación complementaria fue oportuna y adecuada, a partir del primer año los niños están preparados para recibir una alimentación semejante a la de sus familias (Siguelm, 2004).

De acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública, al cumplir el año de vida, a la alimentación del niño se pueden agregar ciertos alimentos que habían sido relegados como remolacha, frutilla, kiwi y tomate.

En este período sigue teniendo gran importancia cuidar la densidad energética, el número de comidas y la concentración de nutrientes específicos en la dieta, especialmente hierro y zinc.

29- Recomendamos ver la película “La bella Martha”, que da cuenta muchos de estos aspectos.

El valor de la comida casera

La Ingesta Diaria Admisible (IDA) para edulcorantes artificiales tales como sacarina, ciclamato, aspartamo, colorantes y otros aditivos, es superada rápidamente dado el escaso peso del niño. Esto lo expone a riesgos innecesarios para su salud. Por ello, deben quedar fuera de la alimentación del niño los refrescos en polvo, jaleas, flanes y budines comerciales, gaseosas, cubos de caldo, sopas de sobre, mayonesa, ketchup y mostaza.

En el mercado hay disponibles muchos alimentos de alta densidad calórica y elevado contenido de azúcar, sal, colorantes y conservantes, tales como golosinas, alimentos fritos, helados, gelatinas y refrescos. Estos productos dan saciedad al niño y desplazan el consumo de alimentos más nutritivos, por lo que no deben ser ofrecidos a los niños menores de 2 años (PNUD, 2006).

La propaganda comercial incentiva el consumo de estos alimentos y va generando un valor agregado por los alimentos industrializados.

Dar a los niños comida casera promueve la formación de hábitos de alimentación para el futuro. Además, ayuda a fortalecer lazos familiares³⁰.

La lactancia en el segundo año de vida

La lactancia sigue siendo una fuente vital de nutrientes, incluso cuando se ha introducido la alimentación complementaria, dado que muchos de estos alimentos tienen menor densidad de algunos nutrientes que la leche materna.

Las recomendaciones de la OMS establecen que es beneficioso continuar con lactancia materna y alimentación complementaria adecuada y segura, durante el segundo año.

Un beneficio importante del amamantamiento prolongado se manifiesta en la recuperación de las enfermedades agudas, siendo un recurso crítico para mantener un aporte calórico adecuado durante diarreas y otras infecciones.

Los riesgos de una mala nutrición

Las consecuencias de las deficiencias nutricionales³¹, afectan en especial a los niños antes de que alcancen los dos años de vida; si están desnutridos, pueden sufrir daños físicos y cognitivos irreversibles, lo que afecta su salud y bienestar en el presente y tiene consecuencias en el progreso social y económico futuro.

Las consecuencias de una nutrición deficiente continúan en la edad adulta y también afectan a la próxima generación, ya que las niñas y mujeres desnutridas tienen mayor riesgo de tener

30- "33 meses en que se define el partido, 33 ideas para jugarlo". Programa Nacional Salud de la Niñez - MSP/RUANDI/UNICEF
Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño : curso integrado. Organización Mundial de la Salud, 2009
Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana
de la Salud, Washington DC, 2003.

31- Serie de The Lancet sobre desnutrición materno-infantil. Resumen ejecutivo

hijos desnutridos. De tal modo que el estado de nutrición de una madre puede afectar la salud de sus futuros nietos.

Los niños que padecen retardo del crecimiento o que nacen con RCIU (Retardo de Crecimiento Intrauterino) completan menos años de escolaridad y obtienen menores ingresos durante la edad adulta, perjudicando así su desarrollo cognitivo y su potencial económico.

Los ingresos bajos, la salud deficiente y el acceso reducido a una nutrición adecuada afectan la salud de los niños de las generaciones futuras, estableciendo así un círculo vicioso, produciendo una transmisión intergeneracional de la pobreza ya que los niños desfavorecidos en países en desarrollo que no alcanzaron su potencial de desarrollo, tienen menos probabilidades de ser adultos productivos.

Evaluación del crecimiento infantil: empleo de curvas de Referencia

El diagnóstico antropométrico se realiza comparando las mediciones obtenidas (peso, longitud, etc.) con una población normal de referencia. Estas referencias se construyen a partir de la medición de un número representativo de sujetos pertenecientes a cada grupo de edad y sexo, seleccionados entre la población que vive en un ambiente saludable y contiene individuos que viven saludablemente de acuerdo a las prescripciones actuales.

Para los niños de 0 a 5 años se utiliza el Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS 2006, el cual es producto de un Estudio Multicéntrico realizado entre 1997 y 2003 en Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán, y Estados Unidos. Los niños que formaron parte del estudio, Multicenter Growth Referente Study (MGRS) pertenecían a familias en condiciones socioeconómicas favorables y fueron seleccionados de acuerdo a rigurosos criterios que aseguraran que no existieran limitaciones para el desarrollo de su potencial genético de crecimiento.

A partir de los datos obtenidos, se construyeron Tablas y Curvas de:

- peso según edad
- peso según longitud/estatura
- longitud/estatura según edad
- IMC según edad
- perímetro cefálico según edad

Información adicional sobre el estudio en el sitio web de la OMS: <http://www.who.int/childgrowth/en>.

Para realizar el diagnóstico antropométrico, es necesario graficar las mediciones obtenidas en el control en las curvas de crecimiento y comparar el resultado con los puntos de corte (o valores límite). De esta forma verificamos si alguno de los indicadores antropométricos no se encuentra dentro del rango de normalidad, lo que podría estar indicando que existe un problema.

La OMS sugiere los siguientes puntos de corte y clasificación:

Sobrepeso: peso para la longitud/talla > P97 o IMC según edad > P97

Posible riesgo de sobrepeso: peso para la longitud/talla > P85 o IMC según edad > P85

Bajo peso: peso para la edad < P3

Emaciación: peso para la longitud/talla < P3

Talla baja: longitud/talla para la edad < P3

Interpretación de la tendencia del Crecimiento

Para identificar tendencias en el crecimiento de un niño, se observan los puntos marcados en las curvas de crecimiento en una serie de controles. Las tendencias pueden indicar que un niño está creciendo consistentemente y bien; o pueden mostrar que el niño tiene un problema de crecimiento, o que el niño está “en riesgo” de un problema y debe ser reevaluado pronto.

La mayoría de los niños crecerán normalmente en un “canal, siguiendo una tendencia en general, paralela al percentil 50.

Las siguientes situaciones, pueden indicar un problema o sugerir un riesgo:

La línea de crecimiento de un niño atraviesa un canal de puntuación z ó percentil.

Hay un pronunciado incremento o descenso en la línea de crecimiento del niño.

La línea de crecimiento del niño se mantiene plana (estancada); por ejemplo, no hay ganancia de peso o longitud/talla.

Hagamos un ejercicio con un caso clínico:

Nicolás tiene 18 meses, nació a término con un PN de 3200g y una longitud de 50 cm y un PC de 35 cm. Vive con sus padres en un medio socioeconómico deficitario. El padre es clasificador y sus ingresos mensuales no le permiten alimentar a toda su familia en forma adecuada. Recibió pecho materno hasta los 11 meses e inició la alimentación complementaria a los 8 meses de edad. Comenzó a caminar a los 13 meses. Patricia expresa que al niño no le gusta jugar y no se entretiene con nada. Se pasa el día mirando la T.V. No tolera estar sin su madre. A los 10 meses presentó diarrea aguda durante una semana. Actualmente presenta anemia ferropénica y al examen físico su panículo adiposo está disminuido.

La información que extraemos a través de su carné de salud, indican que:

EDAD	PESO (kg)	LONG / TALLA (cm)
9 meses	9.0	72.5
11 meses	9.4	75
18 meses	10.2	80

¿Qué problemas podemos identificar en relación al crecimiento y desarrollo integral de Nicolás?

Si consideramos estos datos de la anamnesis, desde una perspectiva integral, tendremos que tener en cuenta los datos de la historia clínica, médica y nutricional, articulándolos con los aspectos socio-emocionales.

Al analizar la historia clínica de Nicolás evidenciamos diferentes factores que pueden condicionar alteraciones en su desarrollo.

Desde el punto de vista nutricional se destaca un patrón de crecimiento con tendencia descendente, seguramente vinculado a la introducción de alimentación complementaria tardía (8 meses) e inadecuada en cantidad y calidad. A lo que se sumó una infección digestiva que agravó el déficit. Además presenta una anemia clínica por déficit de hierro que determina trastornos cognitivos y conductuales.

Al trastorno nutricional se asocian factores psicológicos, socioculturales y económicos que amplifican el problema y lo perpetúa. Como punto de partida tendremos que tener presente que la situación socio-económica es de extrema vulnerabilidad.

Frente a las dificultades planteadas por la madre sobre que al niño le cuesta jugar y que pasa mucho tiempo mirando la televisión, tendríamos que tener en cuenta desde cuándo empezaron estas dificultades y si las mismas se relacionan con alguna situación familiar particular o con el estado emocional de los padres.

A su vez es importante investigar más acerca de los factores en juego en relación a este desgano y falta de motivación, si los mismos responden a la anemia ferropénica o a los aspectos emocionales y/o a ambos.

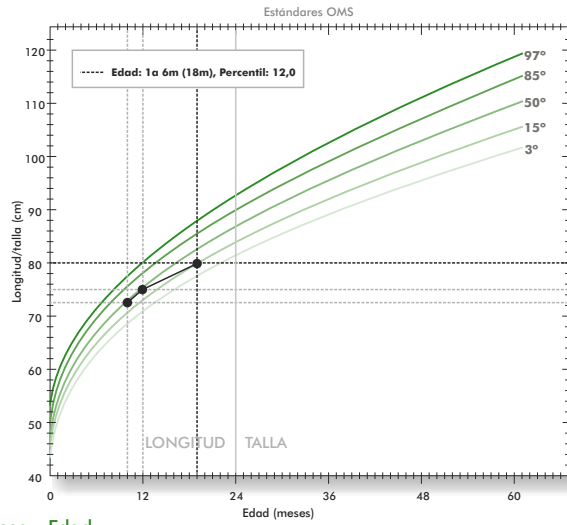
Es importante conocer no solo el dato de que al niño le cuesta separarse de su madre, sino también cómo vive la madre esta situación. Es de destacar la capacidad de la madre de darse cuenta de que algo le está pasando a su hijo.

En las curvas de crecimiento, se observa que el niño mantuvo una buena tendencia en el crecimiento hasta el año de vida aproximadamente, luego comenzó a descender de su canal cruzando líneas percentilares. Si bien aún se encuentra en percentiles dentro del rango de normalidad, la tendencia del crecimiento no es buena ya que se está alejando cada vez más de la media por lo cual concluimos que actualmente está en riesgo.

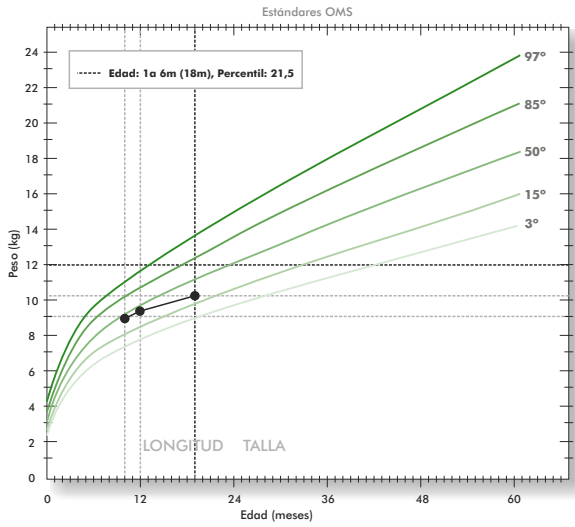
La evolución puede relacionarse con eventos negativos ocurridos como la incorporación de tardía de alimentos, diarrea a los 10 meses y suspensión de la lactancia a los 11 meses.

Veamos ahora las curvas de crecimiento de Nicolás:

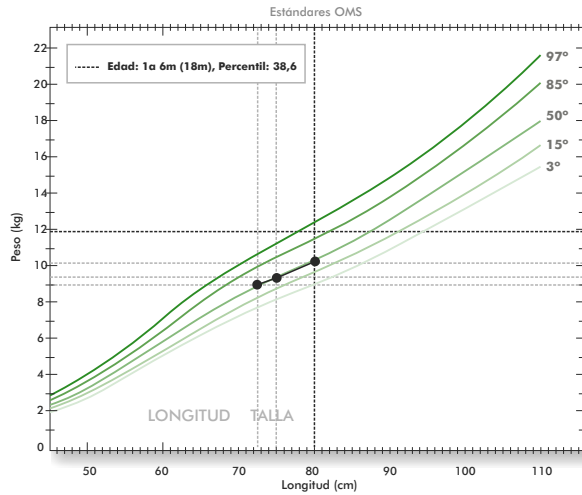
Curva de Longitud - Edad



Curva de Peso - Edad



Curva de Peso - Longitud



Es fundamental realizar una buena anamnesis alimentaria, identificar preparaciones más frecuentes e indagar sobre los recursos con que cuenta la familia. Conociendo esta información, orientar a la madre sobre cómo mejorar el aporte nutricional de las preparaciones familiares, aumentando la densidad energética y de nutrientes críticos. En función de la información obtenida podremos plantear estrategias tales como: aumentar la consistencia de los alimentos si esta no es la apropiada, indicar el número de comidas que debe realizar, promover el agregado de aceite crudo a las preparaciones, inclusión de pequeños trozos de carnes o menudos y si la familia recibe apoyo alimentario de INDA promover el empleo de leche fortificada.

Por otra parte es importante orientar a los padres sobre actividades para que estimulen el juego y la interacción de Nicolás con la familia. Para esto es conveniente tener en cuenta las redes de apoyo existentes o promoverlas en el caso de que en el momento no sean tenidas en cuenta por la madre y la familia, reconociendo a la madre el hecho de que haya podido percibir la situación que le preocupa.

II. ASPECTOS EMOCIONALES A TOMAR EN CUENTA EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA



La ampliación del mundo social y afectivo del niño marca cambios en el modo de vincularse con las figuras significativas de su entorno.

Surge un mayor interés de explorar el medio que lo rodea y de autonomía, incrementándose las ansiedades de separación y los sentimientos de frustración.

Como mencionamos anteriormente las rutinas y rituales cotidianos se dan en diferentes momentos de encuentro: durante la alimentación, higiene, sueño, juegos, actividades de fin de semana, celebraciones religiosas, culturales, cumpleaños. Incluyen planificación y poseen diferentes significados para cada familia y para cada integrante.

Rutinas y rituales cotidianos



Por ejemplo a la hora del dormir, rutinas como el cantar o contar cuentos, generan un clima emocional que envuelve a la madre-cuidador y al niño, permitiendo enfrentar los miedos y adentrarse progresivamente en el misterio del silencio del sueño y la separación. (Altmann M., Angulo B., Bauer, M., Bonifacino N., González. E, Nogueira G., Press M., Sassón E., Weigensberg, A., Corti, A., 2002)

En estas tareas, se hacen visibles algunas de las diferencias en las formas de interactuar entre madre-padre-hijo.



Las interacciones con el padre se caracterizan por tener un carácter más físico- distal (de unión y separación), predominando la motricidad expansiva.

Una de las tareas fundamentales durante el desarrollo temprano es la de establecer una base segura para explorar el mundo, dada por el equilibrio entre las conductas de apego y las de exploración.

En las escenas de la película “L'ours 1988, the cougar scene”³² que fue mostrada en los talleres, se ejemplifica esta situación a través de un pequeño oso que explora su territorio cuando se ve amenazado por la aparición de un tigre. Pone en juego diferentes recursos para enfrentar la situación hasta que finalmente encuentra protección en osos adultos.

El vínculo de apego como base de seguridad, le permite al niño alejarse, explorar y aprender, promoviendo un sentimiento básico de destreza y eficacia ante las dificultades que se pueda encontrar.

Le permite desarrollar la autoestima, seguridad y confianza, que lo protegerá frente a la adversidad y sentará las bases de la resiliencia.

Las figuras de apego confiables captan el estado emocional del niño y responden adecuadamente, posibilitando así el moderar la angustia, fortalecer los lazos afectivos, promover la autoestima, confianza y protección frente a la adversidad.

¿Cómo podemos reconocer distintos vínculos de apego?

Existen diferentes estilos de apego que se evalúan a través de determinados procedimientos de investigación, que requieren de un entrenamiento específico. Destacamos dentro de estos procedimientos el lugar privilegiado de la observación de las conductas del niño y del cuidador frente a situaciones de estrés.

Los distintos tipos de apego se caracterizan por³³:

Apego Seguro

Conductas del niño	Conductas del cuidador
Está tranquilo, afectivo en el contacto con la madre, aunque se encuentre bajo estrés.	Interacciones coordinadas, marcadas por la sensibilidad del cuidador, quien es raramente intrusivo.
Establece contacto visual, físico, vocalización, proximidad y afecto positivo.	Es capaz de regular, contener y calmar a través de un contacto afectivo adecuado (miradas, vocalizaciones, etc.).
Explora el ambiente. Expresa directamente emociones negativas. Es activo en reiniciar el contacto.	Responde con afectividad, generalmente positiva (alegre, calmada y comprometida)

32- Se puede acceder a ella a través de Youtube

33- El objetivo de esta caracterización apunta a sensibilizar en torno a pautas de observación del vínculo.

Apego Inseguro Evitante

Conductas del niño	Conductas del cuidador
Indiferente o rechazante con el cuidador, aunque se encuentre bajo estrés (y necesitaría su contacto).	Sin expresión: expresión facial neutra, ni miradas, no hay contingencias, dificultad para vincularse.
Evita el contacto: pocas miradas, vocalizaciones, contacto afectivo escaso.	Afectividad indiferente y fría (apatía, angustia y temor).
Bebé deprimido: pasividad motora, miradas al vacío, carencias de reacciones afectivas y de llanto.	Evita el contacto o contiene de modo mecánico (especialmente en el estrés).

Apego Desorganizado

Conductas del niño	Conductas del cuidador
Despliegue de conductas contradictorias (miedo o perturbación).	Estilo de relación en donde se suelen presentar conductas extremadamente frías o indiferentes (pudiendo llegar a la negligencia) o muy intrusivas y enojadas (pudiendo llegar al maltrato físico y psicológico).
Movimientos estereotipados y asimétricos.	
Movimientos y expresiones que indican paralización y congelamiento.	
Expresión facial de desorientación.	
Se mece de modo violento.	
Se tira el pelo o se pega.	

Apego Inseguro Ambivalente:

Conductas del niño	Conductas del cuidador
Excesivo contacto visual, físico y proximidad.	Afectividad generalmente intrusiva (ansiosa, tensa, exagerada).
Poca exploración del ambiente y no toleran separaciones.	
Exageran las emociones.	Busca constantemente contacto o contiene de un modo sobre-estimulador (especialmente en el estrés).
Difícil de calmar.	
Bajo umbral para la amenaza.	
Se esfuerza en recuperar contacto con el cuidador.	
Se frustra aunque el cuidador está disponible.	

En el vínculo de apego con el cuidador el niño irá aprendiendo a regular sus emociones, pasando de la regulación diádica (de a dos) a la autorregulación.

En este proceso el pequeño irá construyendo un modelo interno de estas interacciones, pudiendo experimentar confianza en sí mismo y en los cuidadores. El niño irá aceptando que las personas que le rodean tienen pensamientos, deseos, creencias que le son propios y diferentes a las de él. Progresivamente va adquiriendo la capacidad reflexiva.

Para ello será importante la capacidad reflexiva de sus cuidadores, de percibir al niño como teniendo deseos, pensamientos, sentimientos propios.

La seguridad del apego promueve el desarrollo de la empatía y la capacidad reflexiva, favoreciendo la comunicación y la conexión entre el mundo interno y externo.

La empatía implica “ponerse en el lugar del otro”. Esta capacidad se irá desarrollando en las distintas experiencias del día a día.

El niño comienza a entender que es un individuo separado de otros que tienen pensamientos y sentimientos diferentes a los suyos.

Reconoce los sentimientos de felicidad, sorpresa, enojo, tristeza, decepción, etc. y comienza a comprender situaciones de separación, pudiendo imaginar qué respuesta es apropiada para calmar- tranquilizar a otro en una situación particular.

Para saber si el niño está desarrollándose saludablemente desde los aspectos socioemocionales podemos observar:

Con el comienzo de la marcha afloran sentimientos de exaltación, orgullo y malestar vinculados a las caídas e incertidumbre frente a la ampliación del mundo.

Para continuar con la exploración necesita de la “recarga emocional” para continuar con la exploración, va y vuelve buscando la presencia del cuidador.

Entre los 18-24 meses comienza la conciencia autorreflexiva y el lenguaje con múltiples palabras.

Aparecen las emociones morales tempranas (ej. empatía, vergüenza), las acciones pro-sociales: ayudar, cuidar, calmar, siente malestar cuando se produce un cambio en lo esperable.

Comienzan el negativismo y los caprichos.

El niño es más responsable de sus acciones y de la regulación de algunas de sus emociones.

A los dos años se desarrolla la marcha autónoma y el lenguaje expresivo. Piensa que todo lo puede (omnipotencia del pensamiento).

Comienza el inicio del aprendizaje del control de esfínteres.

Todas estas adquisiciones están estrechamente relacionadas con las vivencias y experiencias de autonomía, exploración y socialización.

También se presentan situaciones de conflictos que llevan a las primeras negociaciones.

En esta búsqueda de autonomía y de desarrollo, el niño oscila desde conductas de dependencia a otras de independencia.

Las Interacciones lúdicas son fuente inagotable de aprendizaje.

En este proceso de crecimiento y desarrollo, la relación con los padres y cuidadores estará influenciada por la explosión motriz, la necesidad de aprender a compartir, tener que esperar y el comienzo del autocontrol.

Es común que en este proceso aparezcan las “rabietas”, situaciones en la que el niño llora, patatea, se tira al suelo, pega, etc. Son de difícil manejo para los cuidadores, quienes se sienten desbordados y muchas veces sin saber qué hacer. El niño se presenta como un pequeño tirano desafiante.

En cierto sentido el niño de esta manera bulliciosa, nos muestra su angustia frente a la separación y su intento de control. En este conflicto se da una ambivalencia de dependencia-independencia, omnipotencia-impotencia, en la que se pone de manifiesto la irrupción de las emociones que no puede regular.

Más que verlo como un “pequeño tirano”, quizás tendríamos que pensar que las rabietas surgen mostrando su debilidad, como “La defensa del débil” (Hoffmann, M.2002)



Ante estas rabietas, los cuidadores suelen dudar entre: dejarlos solos o acompañarlos. (Lecannelier, F. 2009)

Si los dejamos solos, probablemente el niño se sienta con más rabia, más frustrado y no confíe en la ayuda del adulto, quien de forma autoritaria intenta imponer los límites. A largo plazo estos niños manifiestan mayor índice de agresividad, mala conducta, desorden y oposicionismo.

Cuando se los acompaña, el adulto se brinda como una figura de protección y contención. Es importante mantener cierta estabilidad afectiva, poner en palabras su estado emocional, ubicarse físicamente a la altura del pequeño, utilizar algunos recursos que le permitan cambiar el foco atencional. Las explicaciones sobre lo que está bien y lo que está mal seguramente serán más efectivas si son dichas en otro momento, en donde cuidadores-padres e hijos estén más calmados y receptivos.

¿Qué pensaría Ud. si estando en un encuentro con alguien querido, frente a una situación conflictiva y de discusión, la otra persona se retira y lo deja pensando solo?

¿No se volvería una situación molesta para Ud.? ¿No se sentiría abandonado, triste y enojado?

Pensar en cómo se irán resolviendo las situaciones conflictivas como las rabietas, implica contemplar el desarrollo emocional. Si no tenemos en cuenta estos aspectos muchas veces se expresarán por otras vías.

Como dijimos ya, el juego es fundamental en los niños. A través del juego no solo disfrutan sino que aprenden y elaboran a través de él situaciones que pueden vivir como conflictivas.

El juego le permite al niño expresar diversas facetas del desarrollo, entrelazándose los vínculos afectivos con las habilidades motrices. A través del juego simboliza y ejercita sus capacidades cognitivas e intelectuales.

“El niño aprende jugando. Pues el juego, para él, ha de ser ejercicio de múltiples experiencias y actividades. De creación y descubrimiento. De conocimiento de las cosas y de sí mismo. De iniciación a futuras empresas y estudios. De revelación de su personalidad.” J. Torres García

III. ALERTAS PARA EL CUIDADO DEL DESARROLLO EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA DEL NIÑO

Como mencionamos anteriormente, para el seguimiento del desarrollo infantil es muy útil la información que brinda el carné del niño y de la niña. Esta información es importante compartirla con los padres/cuidadores para que ellos también sean tanto responsables como protagonistas del desarrollo de sus hijos.

A LOS 2 AÑOS

- Camina, corre y trepa.
- Construye torres de 3 cubos.
- Ayuda a vestirse y desvestirse.
- Intenta construir frases.
- Avisa para orinar.
- Se interesa por otros niños.
- Juega imitando a otros.
- Patea una pelota.



No utilice lenguaje infantil. Déle órdenes sencillas. Permita que se vista y desvista solo. Inicie el aprendizaje del control de esfínteres a partir de los 18 meses. Apurar y castigar retrasa el proceso de control esfinteriano. Déle papel y lápiz para dibujar y libro para que pase hojas.

A LOS 3 AÑOS

- Sube escalones alternando pies.
- Construye una torre de 5 o más cubos.
- Pregunta ¿qué es esto? y ¿por qué?
- Canta y baila al escuchar música.
- Realiza juegos imaginativos.
- Sabe su nombre y edad.
- Come solo.



Cuéntele historias. Mire, lea y comente libros con su hijo. Siga alentándolo para que coma solo. Ayúdelo a bañarse, cepillarse los dientes y usar el baño solo. Estimule el juego con niños teniendo en cuenta que aun no comparte sus cosas.

El Programa **Serenar de ASSE** nos brinda la siguiente información en relación a los principales signos de alerta en el segundo año:

A los 18 meses:

No camina / No dice palabras (8 a 10) con significado / No atiende por mucho tiempo, cambia de actividad continuamente / No imita juegos

A los 24 meses:

No colabora en su alimentación y en vestirse / No cumple órdenes sencillas / No une dos palabras / Babeo constante.

CONCEPTOS CLAVES PARA TRABAJAR CON LOS EQUIPOS DE SALUD

Las distintas acciones de la vida cotidiana son oportunidades de promoción del desarrollo.

El vínculo de apego seguro que se establezca entre el niño y sus cuidadores le permitirá en el futuro: experimentar seguridad, flexibilidad, confianza en sus competencias y fuerza para la autoafirmación.

Tener en cuenta y transmitir a la familia la importancia de: la observación, la interpretación de lo que le sucede y el dar respuestas adecuadas.

Acompañar al niño en su búsqueda de autonomía.

El juego le ayudará a desarrollar la capacidad de exploración, aprender del mundo que le rodea y a interactuar con los otros.

El segundo año es clave en la formación de hábitos saludables.

El momento de alimentar es también una oportunidad para promover el desarrollo.

El hierro es central en su alimentación.

En el segundo año de vida, las necesidades de hierro aún siguen siendo altas, por lo tanto es fundamental continuar con la suplementación.

Darles a los niños sólo los alimentos que ellos prefieren tiene como consecuencia una alimentación monótona y puede originar una nutrición deficiente.

La etapa de incorporación de las pautas familiares comienza alrededor del primer año de vida del niño y se prolonga hasta los 6-8 años de edad.

Si en este período se establecen hábitos alimentarios saludables, éstos pueden persistir a lo largo de toda la vida.

La comida casera es la opción más saludable, ya que sabemos cómo fue preparada y que ingredientes tiene.

Es importante detectar tempranamente signos de alarma desde una concepción interdisciplinaria y del desarrollo integral (intersectorialidad)



BIBLIOGRAFÍA

Los materiales aquí planteados han tomado aportes e ideas de las siguientes bibliográficas:

Altmann de Litvan M. (compiladora y coordinadora) - Juegos de amor y magia entre la madre y su bebe – La canción de cuna- Edit. Mano a Mano .1998

Altmann de Litvan M. (compiladora y coordinadora) “La Barceuse” “Jeux d'amour et de magie” “Mille et un bébés” Edit. Erès. Publicado en Francia 2001 - 2da. Edición 2008

Altmann de Litvan M. Intervenciones psicoterapéuticas – Aportes desde la investigación y la clínica- Intervenciones en primera infancia-Prevención y asistencia en salud y educación- Coord. Pereira Marcela- Ediciones Novedades Educativas. Bs. Aires. 2005

Altmann de Litvan M, Gril Sylvia. Investigación del proceso terapéutico en interacción temprana –Revista Uruguaya de Psicoanálisis. APU No. 91 .2000

Altmann de Litvan M y Grupo de Investigación en Vínculo Temprano – Acerca del vínculo temprano. Distintos modelos teóricos. Primera Infancia: Aportes a la Formación de Educadores y Educadoras. Edit. AECI

Altmann de Litvan M y Grupo de Investigación en Vínculo Temprano- La Canción de Cuna, Aproximación Estadística-Proyecto Piloto. Psicología Médica Temáticas II- Editado por la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial 1996

Atalah E. Evaluación del estado nutricional de la embarazada. Dpto. de Alimentos y Nutrición. Ministerio de Salud de Chile. www.minsal.cl

A.T.I, Atención y Desarrollo en la Temprana Infancia (Comp) Resiliencia y Vida Cotidiana. Ed.Psicolibros Waslala. 2007

A.T.I. Bauer, M., Gonzalez, E, Nogueira, G, Sassón, E. Weigensberg de Perkal, A., Corti, A., Asesor Académica Altmann M., Fortaleciendo los Vínculos. Intervenciones en Etapas precoces del desarrollo. Jornada Primera Infancia Potencialidades y Límites. Edita Grupo Puentes 2004

Bleichmar, Dio Emilce “Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de relación padres-hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional “ Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, 6 www.aperturas.org 2000

Bleichmar, Hugo “La identificación y algunas bases biológicas que la posibilitan” Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, 9 www.aperturas.org 2001

Dio Bleichmar E. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Paidós Emde R. “Yendo hacia delante: las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y el psicoanálisis” . Revista APDEBA, Buenos Aires “Los Afectos” Editada por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires . 1999

Bowlby J. “Vínculos Afectivos Formación, desarrollo y pérdida” Ediciones Morata 1995

Cantón Duarte. J., Cortés Arboleda Ma. R., “El apego del niño a sus cuidadores” Edit. Alianza. El libro Universitario. 2000

- Cyrulnik, Boris. "El amor que nos cura". Barcelona. Ed. Gedisa. 2005
- Cyrulnik, Boris. "De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista del bienestar". Barcelona. Gedisa 2007
- Cyrulnik, Boris. Del gesto a la palabra. La etología de la comunicación en los seres vivos. Barcelona : Gedisa 2004
- Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño OMS OPS 2007
- Defey D. (Comp) Mujer y Maternidad. Tomo I y II Ed Roca Viva. 1994
- Defey D.; Díaz Roselló J.L.; Friedler R.; Nuñez M.; Terra C.; Duelo por un niño que muere antes de nacer. CLAP No 1173 2a Ed. 1992
- Emde R.N. "Yendo hacia delante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el psicoanálisis" - Revista de APdeBA (Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires) "Los Afectos" Editada por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. 1999
- Golse, B; L'etre-bébé- Le Fil Rouge Puf . 2006
- FAO, 2004. Human energy requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation
- Fonagy P "Teoría del apego y psicoanálisis" Ed Espaxs, Barcelona, . 2004
- Fonagy P. El uso de múltiples métodos para hacer al psicoanálisis relevante en le nuevo milenio" – Psicoanálisis focos y aperturas. Edit. Psicolibros, Uruguay 2001
- Gamarnik Y. El apego en proceso- Aportes desde el advenimiento complejo. Edit. Letra Viva –Buenos Aires 2005
- G.I.E.P. (Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales) –Bernardi R. Director, Schwartzmann L. Coordinadora y cocalaboradores- Depto. de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República "Cuidando el Potencial del Futuro- El desarrollo de niños preescolares en familias pobres del Uruguay" . 1996
- G.I.E.P. (Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales) -.Canetti, A, Cerutti, A. Zubillaga, B., Schwartzmann, L, Roba, O., "Desarrollo y Familia" – "El niño de 0 a 5 años" Edit. Aula 1993
- Holth, Per. Un Análisis Operante de las Habilidades de Atención Conjunta Actualidad Científica Diagnostico y Tratamiento de Alteraciones del Desarrollo, Publicaciones C.IN.A.D.I., Año 1, Número 1, Marzo 2009 Disponible en www.cinadi.com.ar
- Hofer M., Hidden regulators. Implications for a new understanding of attachment, separation, and loss. Attachment Theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives. Ed. The Analytic Press. London 1995
- Landers C.; Mercer r.; Molina H.; Eming Young M. Desarrollo integral en la infancia: Una prioridad para la salud. Manual de Desarrollo Temprano para Profesionales de la Salud. 1996.
- Lartigue T, Maldonado-Durán J.M.; González I, Saucedo JM. Depresión en la etapa perinatal" Perinatol Reprod.Hum.2008;22:000-000
- Lebovici, S. El lactante, su madre y el psicoanalista- Las interacciones precoces. Amorrortu, Buenos Aires 1998

Lecannelier, F. -"Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental". LOM ediciones, Chile 2006

Lecannelier, F. "El manejo de las pataletas: estrategias, evidencias y malas prácticas" en <http://psinfantil.blogspot.com/2009/11/sobrelas-pataletas> Lecannelier, F. -"Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental". LOM ediciones, Chile 2006

Lieberman, A. Traumatic Stress and Quality of Attachment: Reality and internalization in Disorders of Infant mental Health. IMHJ, vol 23, No 3, 2004.

Papalia, D.E, Wendkos Olds, S., Daskin Feldman, R., Psicología del Desarrollo –(Octava edición) Edit. MCGRAWHILL –Bogotá-B.Aires,Caracas, Guatemala, Lisboa, Madrid, México, N. York, Panamá, San Juan, Stgo. De Chile San Pablo. 2001

Maldonado-Durán M.; Saucedo-García JM.; Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol. Reprod.Hum.2008;22:5-14

Maldonado-Durán M.; Lartigue T. Fenómenos de la "programación" in utero: efectos del alto nivel de estrés y de la desnutrición durante el embarazo. Perinatol. Reprod.Hum.2008;22:26-35

Maldonado-Durán M.; Lartigue T.; Lecannelier F. Dificultades psicosomáticas en la etapa perinatal. Perinatol. Reprod.Hum.2008;22:47-57

Maldonado Durán, Saucedo García, Lartigue, Karacostas "La salud mental del bebé. Nuevas evidencias"- Revista salud mental. V.25 No 6 diciembre. 2002

Maldonado-Durán, Saucedo García Lartigue, Karacostas- "La salud mental del bebe. Nuevas Evidencias"- Revista Salud Mental. V.25 No.6 Diciembre 2002

Maldonado-Durán, Saucedo García, Lartigue, Karacostas - "La Salud Mental del bebe. Nuevas Evidencias" (Infant Mental Health. Newevidence) Salud Mental, 2000 vol. 25. No.6 59-67 (<http://www.kaimh.org/porque2.htm>)

Maldonado-Durán M.; Lartigue T.; Lecannelier F. Aspectos evolutivos de la relación madre-bebé. Perinatol. Reprod.Hum. 2008;22:15-25

Maldonado-Durán M.; Lartigue T.; Lecannelier F. El padre en la etapa perinatal. Perinatol. Reprod.Hum.2008;22:145-154 WHO Maternal Anthropometry and Pregnancy Outcomes: a WHO Collaborative Project. WHO Bulletin 1995; 73: IS-98S.

Marrone M. "La teoría del apego. Un enfoque actual" Ed Prismática 2001

Mazet, P; Stoléru, S; Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Masson, Paris, 1988, 1993, 2003

Melillo A, Suarez Ojeda E. (compl.) - "Resiliencia- Descubriendo las propias fortalezas" Edit. Paidós 2001

Melillo A, Suarez Ojeda E. Rodriguez D.(compl.) Resiliencia y subjetividad "Los ciclos de la vida" Edit. Paidós 2004

Missio M, Botet F., Detección de Trastornos psicofuncionales en la primera infancia- Sympton Check-List, Edit- Masson 2001 Barcelona

- Moneta, Ma. Eugenia "El apego- Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre-Hijo. Edit. Cuatro Vientos Stgo. De Chile- 2003
- Pitkin RM. Nutritional support in obstetrics and gynecology. *Clinical obstetrics and gynecology*, 1976, 19:489-513.
En: El Estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, No 854. 1995
- Prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares. Prevalencia del maltrato intrafamiliar contra niños y adolescentes. Ministerio de Desarrollo Social. Programa Infamilia. 2008
- Serie The Lancet sobre Desarrollo Infantil 2007
- Schore A. "Effects of a secure attachment relation slip on right brain development, affect regulation and infant mental health" *Infant Mental Health Journal*, V. 22 (2001)
- Schore, Allan N. Trauma Relacional y el Desarrollo del Cerebro Derecho, Brecha entre la Teoría del Self psicoanalítica y las Neurociencias 2008
- Schore, Allan – Schore, Judith Teoría moderna del apego: el rol central de la regulación del afecto en el desarrollo y el tratamiento 2008
- Spitz, R. El primer año de vida del niño. Buenos Aires. Ed Fondo de Cultura Económica , 1983.
- Suarez Ojeda N., Munist M., Koliarenco- Resiliencia-Tendencias y perspectivas- Fundación Bernard Van Leer . Ediciones de la UNLa. (Universidad Nacional de Lanús) 2004
- Sroufe A- "Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años" - Edit. Oxford 2000
- Stern D- "La constelación maternal . Ed. Paidós, Argentina 1995
- Treinta y tres meses en que se define el partido, 33 consejos para jugarlo. Prog Nacional Salud de la Niñez – MSP/RUANDI/UNICEF
- Weigensberg de Perkal, Alicia -Función materna - Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares.- Buenos Aires : Ediciones del Candil.- 1998
- Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Atalah E, Castillo C, Castro R, Aldea R. *Rev. Méd. Chile*;125(12):1429-36, dic. 1997.
- Nutrition During Pregnancy. Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation, Institute of Medicine, 1990.
- El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos 854, OMS, Ginebra 1995.
- Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS: Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Organización Mundial de la Salud 2008.
- Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Atalah E, Castillo C, Castro R, Aldea R. *Rev. Méd. Chile*;125(12):1429-36, dic. 1997.

- Nutrition During Pregnancy. Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation, Institute of Medicine, 1990.
- El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos 854, OMS, Ginebra 1995.
- Serie de The Lancet sobre desnutrición materno-infantil. 2008.
- Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño: curso integrado. Organización Mundial de la Salud, 2009.
- Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003.
- Child Survival, THE LANCET Vol 362. July, 2003.
- Norma nacional de lactancia materna. MSP, 2009.
- Guías para la prevención de la deficiencia de hierro, MSP, 2007.
- Buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a. En maternidades y consultorios. 3º edición, PNUD 2006.
- Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria. RUANDI, UNICEF, MSP 2007.
- Guías alimentarias para menores de 2 años. MSP, 2008.
- Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya. MSP, 2005.
- Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural, Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1998.
- Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers. OMS, 2001.
- Buenas prácticas de alimentación del niño/a de 6 a 24 meses. Del enfoque científico a la práctica cotidiana. Aportes para la acción. PNUD 2008.

