

# Madres de Rotterdam: un nuevo programa de ayuda sociosanitaria para embarazadas vulnerables

---

**Johanna P. de Graaf**

*Líder del proyecto*

**Marijke W. de Groot**

*Estudiante de doctorado*

**Marije van der Hulst**

*Estudiante de doctorado*

**Loes C.M. Bertens**

*Epidemióloga*

**Eric A.P. Steegers**

*Jefe de departamento*

*Departamento de Obstetricia y Ginecología, división de Obstetricia y Medicina Prenatal, Erasmus MC, Centro Médico Universitario, Rotterdam (Países Bajos)*

La crisis económica global que empezó en 2008 se ha hecho sentir en las sociedades europeas, pues la presión existente en las finanzas públicas ha debilitado los sistemas de seguridad social (Reinhart y Rogoff, 2009; Stuckler y otros, 2009; Keeley y Love, 2010). En los Países Bajos, los recortes de los servicios públicos se presentaron políticamente como parte de la transición hacia una “sociedad participativa”, pero en la práctica han hecho que aumente la marginación de ciertos grupos muy vulnerables. Las matronas y obstetras de Rotterdam, una ciudad sumamente multicultural y la segunda más grande del país, han observado un aumento de la cantidad de embarazadas con problemas médicos y psicosociales complejos, como la ausencia de vivienda, la pobreza, la violencia doméstica, la drogadicción, los abusos sexuales y los problemas de salud mental.

Con frecuencia a estos problemas se suman otros como la escasez de oportunidades para cuidarse y planificar su vida, la sensación de no contar con los recursos necesarios y una gran desconfianza en el sistema sanitario. Según numerosos estudios internacionales, también podemos concluir que entre estas embarazadas vulnerables existe un mayor riesgo (por lo general, debido a la pobreza) de parto prematuro, crecimiento limitado del feto, nacimiento del niño en condiciones deficientes y desempeño insuficiente de la función parental por parte de la madre (Barker, 2007; Heijmans y otros, 2008; van den Berg y otros, 2009; Henrichs y otros, 2010; Poeran y otros, 2011; Seng y otros, 2011; Timmermans y otros, 2011; de Graaf y otros, 2013; Quispel y otros, 2012).

Esta situación exige una cadena integrada de asistencia prenatal que abarque el ámbito médico y el social, así como a las distintas generaciones, de modo que trabaje tanto para mejorar las oportunidades de los niños como para abordar los problemas multidimensionales que afectan a las vidas de las madres. En 2014, la innovadora *Bureau Frontlijn* (oficina “de primera línea”) del municipio de Rotterdam respondió con la creación de *Moeders van Rotterdam* (Madres de Rotterdam, MdR), en colaboración con el Erasmus Medical Centre y la Verre Bergen Foundation. El objetivo del programa es prestar asistencia a las madres vulnerables desde la gestación hasta que el hijo o la hija cumple dos años, para aumentar así la probabilidad de que vivan el embarazo y el periodo postparto de forma sana y segura, lo cual redundará en calidad de vida para el pequeño.

Entre las madres que han trabajado con los orientadores del programa para mejorar su situación, se encuentran Saana Maoud, para quien no ha sido fácil familiarizarse con el idioma y el sistema jurídico de los Países Bajos desde que huyó de Siria con su marido y sus dos hijos; Jennifer Boateng, originaria de Ghana, que con la ayuda del programa encontró vivienda y una plaza en la escuela para su hijo de 6 años, además de conseguir renegociar sus deudas; y Loes Assinck, que con su pareja y la ayuda de los orientadores ha hecho un gran esfuerzo para superar sus problemas con las drogas y para adoptar hábitos alimentarios y patrones de sueño más saludables.

El programa MdR conecta los ámbitos social y sanitario y se divide en tres fases principales:

- 1 tomar el control para resolver la situación de crisis aguda,
- 2 crear la situación necesaria para lograr un apego materno-filial seguro, y
- 3 estimular las competencias de la madre en materia de crianza, para que se comporte de forma adecuada según la fase de desarrollo del niño, y mejorar su autonomía para que participe activamente en la sociedad.

Aparte de los problemas de tipo social, el programa MdR también se ocupa de los riesgos sanitarios: el personal anima a las madres a adoptar un estilo de



△ Foto: Erik Godijn/Moeders van Rotterdam

vida sano y a realizar visitas periódicas a la matrona durante el embarazo, así como a los centros sanitarios de prevención que existen para controlar la salud y el desarrollo de los niños. Asimismo, se insiste en la importancia de acudir al médico de cabecera o a la obstetra en caso de experimentar dificultades médicas.

La intensidad del programa MdR es alta al principio, cuando se visita a las madres en su domicilio dos veces a la semana, pero con el tiempo se reduce a una visita cada dos semanas. El equipo que presta la asistencia está formado por profesionales del ámbito de los servicios sociales y estudiantes del tercer curso de pedagogía y bienestar de la Universidad de Ciencias Aplicadas. Gracias a la intervención de estas personas en formación, que trabajan bajo la supervisión de los profesionales, se reduce el coste del programa. Además, quizá esto sirva también para fomentar la confianza entre la madre y la persona que la atiende, ya que las mujeres podrían sentirse más cómodas con un estudiante que con un profesional sanitario de mayor nivel.

“El objetivo del programa es prestar asistencia a las madres vulnerables desde la gestación hasta que el hijo o la hija cumple dos años.”

---

#### **La teoría del cambio del programa MdR**

- Si evaluamos los riesgos sociales y sanitarios existentes en las primeras fases del embarazo, sabremos quiénes son las mujeres más vulnerables y los niños en mayor situación de riesgo.
- Si garantizamos una estrecha colaboración entre los servicios sociales y los sanitarios, prestaremos una asistencia holística y más eficaz.
- Si prestamos asistencia personalizada de forma intensiva, reduciremos el estrés, mejoraremos las habilidades para la vida y las competencias de crianza y aumentaremos la autosuficiencia.
- Si logramos que las mujeres estén menos estresadas y sean autosuficientes, aumentaremos la probabilidad de que el niño nazca sano y se desarrolle de forma óptima, así como de que se establezca un vínculo afectivo seguro.
- Si el niño nace sano y se desarrolla de forma óptima, aumentará la probabilidad de que tenga una vida saludable y feliz.
- Si las mujeres son autosuficientes y aumenta la probabilidad de que los niños se desarrollen de forma sana, el gobierno reducirá gastos e incrementará la recaudación mediante impuestos.

---

En 2016 se inició un estudio de cohorte prospectivo de cuatro años con el objetivo de comparar los efectos de MdR con los del programa de asistencia social normal del municipio de Rotterdam encaminado a mejorar la autosuficiencia. Para realizar esta comparación, se analizan varios factores: la opinión del cuidador; la salud mental de la madre, según los resultados de una serie de cuestionarios sobre depresión, miedo y estrés que rellena la propia madre; y el desarrollo del niño cuando cumple 1 año, según un cuestionario de edades y etapas.

Al mismo tiempo, el programa Madres de Rotterdam está despertando el interés del resto de municipios de los Países Bajos, que ven la posibilidad de ampliar su alcance y replicarlo. La Fundación Bernard van Leer se ha sumado a la iniciativa con vistas a su ampliación, y el objetivo final es utilizar el proyecto de Rotterdam como punto de partida para idear una intervención basada en pruebas que se integre en los métodos de trabajo existentes de los proveedores de servicios municipales, y luego trasladar el modelo a otras ciudades de los Países Bajos.

## Referencias

---

- Barker, D. J. (2007). The origins of the developmental origins theory. *Journal of Internal Medicine*, Mayo (261): 412-7.
- de Graaf, J. P., Ravelli, A. C. J., Wildschut, H. I. J., Denktas, S., Voorham, A. J. J., Bonsel, G. J. y Steegers, E. A. P. (2013). Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 26: 473-81.
- Heijmans, B. T., Tobi, E. W., Stein, A. D., Putter, J., Blauw, G. J., Susser, E. S. y otros. (2008). Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Actas de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos* 105: 17046-9.
- Henrichs, J., Schenk, J. J., Roza, S. J., van den Berg, M. P., Schmidt, H. G., Steegers, E. A. y otros. (2010). Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: the Generation R Study. *Psychological Medicine* 40: 633-43.
- Keeley, B. y Love, P. (2010). *From Crisis to Recovery: The causes, course and consequences of the Great Recession*. París: OCDE.
- Poeran, J., Denktas, S., Birnie, E., Bonsel, G. J. y Steegers, E. A. P. (2011). Urban perinatal health inequalities. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 24: 643-46.
- Quispel, C., Schneider, A. J., Bonsel, G. J. y Lambregtse-van den Berg, M. P. (2012). An innovative screen-and-advice model for psychopathology and psychosocial problems among urban pregnant women: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 33: 7-14.
- Reinhart, C. M. y Rogoff, K. S. (2009). The aftermath of financial crises. *American Economic Review* 99: 466-72.
- Seng, J. S., Low, L. K., Sperlich, M., Ronis, D. L., y Liberzon, I. (2011). Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. *BJOG* 118: 1329-39.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. y McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet* 374: 315-23.
- Timmermans, S., Bonsel, G. J., Steegers-Theunissen, R. P., Mackenbach, J. P., Steyerberg, E. W., Raat, H. y otros. (2011). Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European Journal of Epidemiology* 26: 165-80.
- van den Berg, M. P., van der Ende, J., Crijnen, A. A., Jaddoe, V. W., Moll, H. A., Mackenbach, J. P. y otros. (2009). Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics* 124: e96-103.