

2016

Las representaciones sociales que poseen las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal

Losada, María Fernanda

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/242>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

Tesis de Grado
Licenciatura en Terapia
Ocupacional

***Las Representaciones
Sociales que poseen las
embarazadas primerizas
sobre Vínculo Prenatal***

Losada, María Fernanda
Pereyra, Mariana Malvina
Villamonte, María Emilia

Año 2016

Lic. Marisel Donati

Directora

Lic. Alejandra Campisi

Asesora Metodológica

Tesistas

Losada, María Fernanda

Pereyra, Mariana Malvina

Villamonte, María Emilia

Agradecimientos

A nuestra Directora Lic. Marisel Donati, por su guía, dedicación y compromiso durante el extenso proceso de investigación.

A la Lic. Alejandra Campisi por brindarnos su asesoría, valiosos aportes y dedicación desinteresada.

A los profesionales de la salud y al personal administrativo tanto del Hospital Municipal como del CIC II por su compromiso y entrega.

Al Director del Hospital Municipal de Balcarce Dr. Jorge Feoli y a la Coordinadora del CIC N° II Natalia Viera por permitirnos el acceso a las instituciones.

A las embarazadas primerizas que participaron de nuestro trabajo de investigación.

Dedico ésta tesis fundamentalmente a mi madre, por todo su sacrificio para poder llegar a esta instancia, por su paciencia, acompañamiento y amor. Por dedicar sus días a no soltarme la mano y a alentarme en este largo recorrido.

A mi padre, que lamentablemente solo transito el primer año facultativo a mi lado. Sé que desde el cielo estará feliz y sin ninguna duda guió mi camino y estará a mi lado en este momento.

A mis hermanos, que no solo toleraron mis fluctuantes estados de ánimo, sino que me acompañaron, contuvieron y apoyaron en todo momento.

A mis sobrinos que son el amor de mi vida y que hacían que el “volver a vernos” sea siempre mágico y porque con su corta edad sobrellevaron y entendieron la distancia y los momentos en que la tía tenía que estudiar.

A mi abuela que vive en mi corazón y seguramente desde el cielo estará feliz por la llegada de este día. Su casa fue el lugar donde pasaba largas horas y días de estudio, siempre con el afecto y la atención que ella era capaz de dar.

A mi hija, que me entere que vendría a mi vida unos meses antes de culminar mis estudios, vivenciando todo lo que tuvo que soportar... por ser el ser que me da felicidad con cada patadita y que ya es parte de todo esto también.

A Federico por contenerme, acompañarme, impulsarme. Por demostrarme su amor con hechos y darme lo más importante de mi vida: Olivia.

A mis amigos por acompañarme incondicionalmente en todo momento.

A todos ustedes les agradezco infinitamente por estar en mí, por pintar mi vida con los colores más bellos, por enseñarme que hilos de amor invisibles nos conectarán de por vida, independientemente de dónde estemos y principalmente por ser los principales promotores de mis sueños.

María Emilia

“Tarda en llegar y al final, al final hay recompensa”

A mi mamá, por su amor tan maternal y apoyo incondicional, siempre confiando en mí, y dándome fuerzas y aliento para continuar, el pilar fundamental de mi vida.

A mi papá, gracias por enseñarme que en la vida siempre hay que luchar por lo que uno anhela con honestidad y dedicación siempre..... “ así se escribe mi historia Pa! ”

A mi gran compañero de vida, por caminar a mi lado durante todos estos años, por ser mi sostén en este largo recorrido, gracias por tu escucha y comprensión.

A mi amigas, por apoyarme siempre, haciéndose sentir en cada mensaje de aliento, por ser mis compañeras incondicionales.

A mis compañeras de la facultad, donde supe encontrar gente maravillosa y amistades que me llevo para toda la vida.

A mis compañeras de tesis, que sin dudarlo se sumaron a este gran desafío, que al comienzo resultaba tan lejano, ¡¡al fin lo logramos!!!

A profesores y profesionales que fueron parte de mi formación, por dejar su huella y transmitir sus conocimientos.

A mi ahijado, mi musa inspiradora..... y a todos mis pequeños tesoros que forman parte de mi vida.

Mariana

Dedicatorias

En primer lugar a mi padre, por haberme brindado la posibilidad y el apoyo para poder estudiar.

A mi madre, más allá de la distancia, siento que me está cuidando y guiando desde el cielo.

A mis hermanas, con quienes compartí éxitos y fracasos durante estos años de facultad. Ya no les hablaré más de la tesis!!

A mis profesores, por transmitirme su sabiduría a lo largo de mi formación profesional y a mis supervisoras de Práctica Clínica por brindarme sus experiencias y por la paciencia en el ensayo de mi futuro rol.

A mis compañeras de tesis, con quienes compartí mañanas, tardes y noches de esfuerzo y trabajo. No fue fácil pero lo logramos!!

A mis compañeros y amigos que me dejó esta larga y hermosa carrera.

A mis familiares, a mis amigas y a las personas importantes en mi vida.

A todos ustedes les dedico esta tesis . .

Fernanda

Índice

Introducción.....	1
Diagnóstico de Situación.....	6
Estado de la Cuestión.....	11
Tema y Objetivos.....	29
Marco Teórico.....	32
-Atención Primaria de la Salud.....	33
-Maternidad.....	51
-Vínculo Prenatal.....	68
-Representaciones Sociales.....	83
Aspectos Metodológicos.....	101
Análisis de datos.....	109
Conclusión.....	127
Bibliografía General.....	134
Bibliografía de Páginas Web.....	139
Anexos.....	142
-Guía de entrevista.....	143

-Cartas de autorización: Hospital Municipal y CIC II.....147

-Consentimiento informado.....149

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación, se planteó el siguiente problema ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre vínculo prenatal que poseen las embarazadas primerizas que concurren a los controles prenatales durante el mes de Octubre de 2016 al Hospital Municipal Subzonal Felipe A. Fossati y al Centro Integrador Comunitario II de la ciudad de Balcarce?

Dicha problemática surgió de la experiencia vivida en la segunda Práctica Clínica realizada por dos de las tesis en el Centro de Atención Temprana del Desarrollo Infantil N°1 de la ciudad de Balcarce, durante el año 2015, correspondiente al sector público de la salud. En donde, a partir de nuestra participación en dicha institución, fueron surgiendo diversos interrogantes sobre el alto porcentaje de niños matriculados pertenecientes al grupo de riesgo ambiental. Incluyéndose dentro de él a todos aquellos niños y niñas cuyo contexto familiar y social en el cual se desarrollan se encuentra alterado, existe privación extrema o con circunstancias sociales y afectivas no saludables para el adecuado desarrollo del niño. La situación de privación social altera y afecta tanto al contexto de crianza como a las interacciones tempranas.

En dicha institución pudimos detectar los siguientes problemas: retraso en las pautas del desarrollo, fallas en los vínculos primarios (apego excesivo, desapego, cambios de roles en la figura materna), desinformación sobre la lactancia materna, pautas de crianza y primeros cuidados, hábitos y persistencias de conductas inadecuadas para su edad cronológica (uso

prolongado de mamadera y chupete, colecho, uso de andador), retraso en la adquisición de conductas de autonomía, retraso en el área del lenguaje.

Consideramos que la mayoría de estas problemáticas se podrían presentar como consecuencia de la falta de información, desconocimiento, falta de interés por parte de la familia; y/o por carencia de políticas públicas orientadas a la promoción y educación de la salud (programas, proyectos, campañas) siendo estas dirigidas a poblaciones de riesgo.

Durante el periodo marzo-diciembre se recabaron los siguientes datos: de un total de 57 niños matriculados el 58,4 % se ubica dentro del grupo riesgo biológico y un 41,6 % dentro del de riesgo ambiental.

Las patologías que se encuentran incluidas en el primer grupo son: Síndrome Genético, Trastornos del Espectro Autista, Encefalopatía Crónica No Evolutiva, Cardiopatías Congénitas, Síndrome de Moebius, Albinismo, Hipoacusia y Prematurez; mientras que en el segundo grupo las causas del riesgo se deben a: familias con necesidades básicas insatisfechas, embarazo adolescente, madres con patologías psiquiátricas y con HIV, niños institucionalizados, escasas expectativas de los padres sobre la educación de sus hijos, conocimientos limitados de los padres sobre las pautas básicas de crianza y situaciones familiares de violencia.

El Centro de Atención Temprana del Desarrollo Infantil (CeAT) es un centro de carácter interdisciplinario cuyo objetivo es la atención a la población infantil de

0 a 3 años que presenta trastornos en su desarrollo o riesgos de padecerlos. Se encuentra constituido por los siguientes profesionales, maestra estimuladora, fonoaudióloga, asistente educacional, terapeuta ocupacional y trabajadora social. Sus objetivos principales son la detección y el diagnóstico de los trastornos en el desarrollo y el inicio de la intervención temprana, el apoyo y asesoramiento a las familias cuando aparecen los primeros signos de desviación en el desarrollo o se detectan situaciones que pueden originarlos. Además, uno de los programas llevado a cabo en dicho centro es el Control del Niño Sano. Dentro de éste programa el CeAT evalúa el desarrollo psicomotor y orienta a los padres en múltiples aspectos del crecimiento infantil: necesidades nutricionales, emocionales, prevención de los accidentes domésticos, pautas de crianza, orientación de juegos y juguetes de acuerdo a la edad cronológica.

El CeAT desarrolla su actividad dentro del Hospital Municipal Subzonal Felipe A. Fossati, en los Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) y en los Centros de Integración Comunitaria (CIC). Teniendo en cuenta los datos mencionados con anterioridad hemos detectado un porcentaje significativo de niños matriculados en el CeAT considerados de riesgo ambiental; es por este motivo que debemos destacar la importancia que ejerce el ambiente sobre el desarrollo integral del niño para prevenir desviaciones en el desarrollo.

La investigación se plantea desde el encuadre teórico del concepto de representación social, en un intento por comprender en profundidad la variable a estudiar: Vínculo Prenatal.

Las acciones desarrolladas desde Terapia Ocupacional, en Promoción de la Salud, se encuentran enmarcadas dentro de las estrategias de Atención Primaria de la Salud. Nuestra perspectiva se orienta hacia la persona como sujeto participante y forjador de un mejor estado de salud, en donde debemos involucrarnos con la comunidad a través de un hacer con el otro, facilitando y acompañando aquellos procesos que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de la misma.

Este trabajo de investigación se realizará en la zona geográfica que abarca el CIC N° II.

La población en estudio serán madres embarazadas primerizas cuyas edades oscilan entre 15 y 35 años respectivamente cursando el segundo y tercer trimestre de gestación.

Dicha investigación nos permitió conocer en mayor profundidad la problemática en estudio, lo cual nos posibilitaría el desarrollo de intervenciones tempranas con el objetivo de fortalecer las capacidades y potencialidades en la relación madre-hijo promoviendo la formación de un vínculo seguro como así también acompañar, apoyar y/o contener a las mujeres que se encuentran atravesando los procesos de cambios propios de la maternidad.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Centro de Atención Comunitario II

El área geográfica comprendida por el CIC N° II abarca los siguientes barrios: Integración, Avenida I, Avenida II, Avenida III, Avenida IV, Avenida V, San Cayetano, Bomberos, Plan Federal, Pro-casa I y II, Pueblo Nuevo Y Pueblo Nuevo Viejo.

Estos barrios, incluyen el área que se extiende desde la Avenida Caseros hasta la calle 120 y de la calle 9 hasta la calle 23; excepto el barrio Pueblo Nuevo Viejo que abarca el área comprendida desde la calle 120 hacia la calle 122 y desde calle 37 hacia la 41.

Dichos barrios se encuentran enlazados por la Avenida Eva Perón, estando esta asfaltada, el resto de las calles son entoscadas y de tierra, a las cuales llegan las líneas Roja 1 y 2 de colectivos.

Dentro del barrio se encuentran las siguientes instituciones: Capilla San Cayetano, Matadero Viejo, Jardín 913, Escuela Primaria N°8, Escuela Secundaria N°7, Jardín Maternal El Grillito, Iglesia Evangélica, Vagón Cultural de Amigos del Riel, Sociedad de Fomento Pueblo Nuevo, Sociedad de Fomento Integración, Centro Cultural Salamone, Comisaría de la Mujer, Servicio Local de los Derechos del Niño y la Escuela Secundaria de Adultos (esta, funciona en el barrio Pueblo Nuevo Viejo, en lo que antiguamente fue el comedor Los Changuitos).

Según datos recabados por la Trabajadora Social de la institución, algunos barrios presentan acceso a todos los servicios, agua corriente, gas natural, electricidad y cloacas, mientras que otros carecen de alguno de ellos; como es el caso de Pueblo Nuevo Viejo que solo posee agua corriente y electricidad.

En cuanto al aspecto habitacional, es necesario mencionar que las viviendas de algunos barrios debido a su antigüedad se encuentran construidas con ladrillo y revocadas, con las correspondientes terminaciones, mientras que en los barrios más nuevos se encuentran sin finalizar. Cabe destacar que las condiciones habitacionales del Barrio Pueblo Nuevo Viejo son precarias; en comparación al resto de los barrios que comprende el CIC N° II.

La actividad laboral que desarrollan las familias difiere de un barrio a otro. En el caso del Barrio Pueblo Nuevo Viejo, prevalece el trabajo carente de calificación y estabilidad, con retribución monetaria mínima. Se desarrollan actividades vinculadas al medio rural tales como sacador de papa, cría de porcinos, horno de ladrillos, entre otros. En cambio, en los demás barrios, prevalece el trabajo formal, estable ya sea en relación de dependencia o de manera independiente.

La mayoría de las familias que no poseen un trabajo formal, perciben la asignación universal por hijo, como así también bolsa de alimentos y entrega de leche.

En lo que respecta al nivel educativo mayoritariamente los más jóvenes han culminado el nivel secundario, y excepcionalmente se encuentran estudiando en la Universidad. En el caso de la población del barrio pueblo viejo, se registró

un bajo nivel de educación formal, lo que arrojó estudios primarios incompletos y menor grado de escolaridad completa, cabe aclarar que en menor proporción algunas mujeres se encuentran realizando el secundario con el Plan Fines 2.

Entre los principales factores de riesgo presentes en barrio Pueblo Nuevo Viejo podemos mencionar, la carencia en la recolección de residuos; ocasionando que la mayoría de los vecinos los arrojen en un arroyo que atraviesa el barrio convirtiéndose en un foco de contaminación y trayendo como consecuencia el desborde del arroyo en épocas de lluvias.

Algunos emergentes sociales que se pueden mencionar son inseguridad, drogadicción y violencia familiar. Existe riesgo social de la población infantil por escasa planificación familiar que se manifiesta en familias numerosas, madres adolescentes o muy jóvenes que se embarazan en relaciones ocasionales y finalmente quedan solas para afrontar la crianza de sus hijos y se interrumpe la formación personal educativa y por consiguiente la calidad de vida.

El Centro Integrador Comunitario N°11 presenta los siguientes servicios: Clínica Médica, Ginecología, Enfermería, Nutrición, Psicología, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Odontología, Pedagogía y un Centro de Atención Temprana del Desarrollo Infantil.

Dichos profesionales atienden las demandas de los habitantes del lugar, evitando que se tengan que desplazar largas distancias para llegar al Hospital Municipal Subzonal, además algunos barrios no cuentan con medios de transporte para poder acceder al sistema de salud.

En cuanto a los grupos convivientes, son frecuentes por falta de vivienda propia o de constitución familiar. Los abuelos suelen hacerse cargo de los cuidados de los hijos pequeños por ausencia del padre. Los niños comparten la cama con los padres (colecho) por falta de espacio y/o mobiliario adecuado.

Según datos recabados de las historias clínicas, en la actualidad, las edades de las madres embarazadas oscilan entre los 15 y los 35 años de edad. Hay un total de 25 embarazadas en los barrios comprendidos por el CIC N°II, de las cuales el 30% se atiende en dicha institución.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada se han hallado diversos antecedentes en relación al tema de investigación que serán detallados a continuación destacando los últimos hallazgos en el campo científico.

-Cardoso, Mariángeles y Cévoli, Lidia Paola en diciembre de 2005 presentaron sus tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social en la ciudad de Mar del Plata.

El objetivo de dicha investigación fue describir la relación vincular de las madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses de edad que concurrieron al Instituto Rómulo Echeverri de Maternidad e Infancia (IREMI) y al Subcentro de Salud N°12 Barrio General Belgrano, en la ciudad de Mar del Plata.

La muestra con la que se realizó dicha investigación estuvo compuesta por 29 diadas de madres adolescentes de 13 a 19 años y sus hijos de 0 a 6 meses de edad que concurrieron al programa “Control del niño Sano”, durante el periodo Mayo- Septiembre del año 2005.

Las autoras concluyeron que en ambas poblaciones la maternidad precoz es vivida como un hecho natural, donde el embarazo existe en general como un proyecto consciente, planificado sin representar para estas madres un fracaso para cumplir con las etapas de su proceso adolescente.

Las madres adolescentes evaluadas tienen una forma particular de vincularse con sus hijos, lo cual se ve representado por un alto porcentaje de vínculo regular que caracterizó a las diadas, pudiendo estar esto relacionado con la

dificultad de estas madres adolescentes para decodificar y actuar en función de las necesidades de sus hijos. Para comprender esto se debe tener en cuenta la trama inconsciente que se genera en relación a la joven adolescente con su hijo, ya que esta maternidad se presenta en un momento de plena construcción de su identidad, a la que debe sumar el aprendizaje de la función materna.

En ambas poblaciones se registró que un alto porcentaje de los niños evaluados presentaron un retraso en el desarrollo psicomotor, siendo las áreas de motricidad fina y gruesa las más afectadas.

Las autoras consideraron necesario comprender, conocer e identificar las características del contexto sociocultural y económico en el cual se hallan inmersos para poder plantear posibles soluciones a las problemáticas que se presentan.

Así mismo consideran que su función como futuras terapistas ocupacionales dentro del equipo interdisciplinario, desde un abordaje de atención primaria de salud, en esta población materno infantil, debe centrarse en acompañar a estas madres, proporcionándoles información y un medio adecuado que las provea de elementos necesarios para destacar sus propios recursos, desarrollar capacidades y aptitudes maternas, reconociendo sus potencialidades, ya que esto constituye a su entender el pilar que favorecerá la adecuada relación vincular entre las madres y sus hijos.

-Arellano, Viviana Mabel; Vega, María Carlota en el año 2005 realizaron una investigación en la ciudad de Mar del Plata denominada “Implementación de la

intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los seis meses de vida” con 44 mujeres embarazadas entre 16 y 35 años de edad entre el 4º y 6º mes de embarazo con la finalidad de facilitar los conocimientos de apropiadas experiencias sensoriales/motoras/vinculares del niño e intensificar la confianza de la madre en sus capacidades maternas y evaluar el desarrollo integral hasta los 6 meses del bebé.

Las técnicas utilizadas fueron Entrevista Estructurada y Semiestructurada, Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de Rodríguez, Arancibia y Undurraga, Observación No Participante (Diagrama de Observación del Vínculo madre bebé de Oiberman), Observación Participante, Registro de información en los Talleres y Recopilación Documental (historias clínicas).

Las investigadoras arribaron a los siguientes resultados: con respecto a la información obtenida de las entrevistas para indagar conocimientos previos se observó menor conocimiento del desarrollo del bebé in útero, así como también en cómo estimular su desarrollo motriz y actividad lúdica a partir del nacimiento; a diferencia de conocimientos en relación a la estimulación del desarrollo social y emocional/vincular. Se observaron creencias populares en torno a la lactancia materna, alimentación del bebé y rutinas diarias.

De las valoraciones del desarrollo psicomotor llevadas a cabo hasta la fecha, se puede decir que se evaluaron un total de 19 bebés desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida hasta la fecha.

Todos los bebés nacidos a término (entre la semana 37 y 41 de gestación) y sanos. El promedio de peso al nacer de los mismos fue de 3,272 Kg. con un rango comprendido entre 2,550 Kg. a 3,580 Kg.

Del total de bebés evaluados con la E.E.D.P. hasta la fecha los porcentajes más altos se obtuvieron en el Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal; observándose retraso en el desarrollo en el primer mes de vida, revirtiéndose la situación durante el segundo mes de vida.

-Arellano, Viviana Mabel; Vega, María Carlota realizaron una investigación en el sector público de la salud, en la ciudad de Mar del Plata, durante el período 2005-2006 titulada “Intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida” Parte II.

Se trabajó, en forma de talleres participativos, con un total de 44 mujeres embarazadas, aproximadamente desde el 4º o 6º mes de embarazo de entre 16 y 35 años de edad con el fin de facilitar los conocimientos de apropiadas experiencias sensoriales/motoras/vinculares del niño e intensificar la confianza de la madre en sus capacidades maternas.

Los resultados obtenidos en el área de hábitos y pautas de crianza evidenciaron organización y ser saludables y facilitadores del desarrollo en la mayoría de los bebés, con cumplimiento de las indicaciones de los profesionales de la salud en casi la totalidad de las mujeres participantes. Las mujeres manifestaron que estos talleres las ayudaron a saber cómo organizar las rutinas de sus bebés y a sentirse más seguras en sus capacidades.

En referencia a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, no se observó ningún niño en la categoría de retraso en los primeros seis meses.

-En el año 2006, en Santiago de Chile presentaron su Tesis de Grado las autoras Espinoza Venegas, Macarena y Vásquez Muñoz, María, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

El objetivo de la presente investigación fue describir y comprender la relación entre las representaciones mentales acerca de los vínculos tempranos de las madres adolescentes y el tipo de vínculo que establecen con sus hijos en la actualidad (antes de los primeros seis meses de vida del bebé), que se atendieron en consultorios de la Comuna de Recoleta de la Región metropolitana durante el 6 de febrero y el 9 de marzo.

La muestra estuvo conformada por 12 díadas madre-hijo las cuales fueron evaluadas en las dos variables en estudio: vínculo madre-hijo y representaciones mentales acerca de los vínculos tempranos. Las edades de las madres fluctuaron entre los 15 y 19 años, con un promedio de edad de 17 años. Por su parte, las edades de los bebés fluctuaron entre los 3 y 6 meses, con un promedio de 3,8 meses de edad.

Para la observación del vínculo madre-hijo se utilizó una adaptación de la Escala Massie-Campbell de Indicadores de Apego Madre-Hijo, mientras que para la evaluación de las representaciones mentales se utilizaron entrevistas semiestructuradas.

Se concluye que se encontraron asociaciones significativas entre la presencia de recuerdos relacionados con la existencia de figuras cuidadoras que reaccionaban de manera negativa en situaciones de dificultad en la infancia de las adolescentes, y la observación de escasas vocalizaciones por parte de los hijos al momento de la evaluación del vínculo madre-hijo. También se evidencia asociación entre las reflexiones de las madres adolescentes, acerca de sus experiencias de vinculación temprana y su actual rol de madre, y la presencia de evitación o excesos de miradas de las madres hacia sus hijos. Una tercera asociación significativa involucra los recuerdos de las adolescentes relativos a la evitación de la expresión emocional durante la infancia, y la evitación o el excesivo contacto físico de las madres hacia sus hijos durante el período de observación del vínculo madre-hijo.

-García Heller, Tamara desarrollo en Chile en el año 2007 una investigación de carácter teórico denominada “Principales Aportaciones acerca del Desarrollo Psíquico Intrauterino” acerca del desarrollo psíquico intrauterino y de cómo las primeras experiencias vividas por el menor en período de gestación, van moldeando los cimientos de su personalidad en desarrollo con el objetivo de exponer y describir los principales datos encontrados en la bibliografía revisada, acerca de la existencia de un desarrollo psíquico intrauterino y los fundamentos e indicios que lo avalan. Se concluye que el psiquismo se desarrolla en el útero gracias a percepciones que permiten que el feto sea capaz de experimentar y de distinguir, aunque de forma primitiva, lo que corresponde a su propio cuerpo de lo que le es ajeno; es decir, que posee

conciencia de sí mismo y de su entorno, y un Yo en proceso de formación. Además, se plantean algunos temas de discusión a la luz de las implicancias que conlleva plantear un psiquismo intrauterino.

-Las tesistas Cabano, M.; Rodigari, S. y Villar, A. en el año 2009, presentaron el siguiente trabajo de investigación para obtener el título de grado de la Lic. TO: “Imagen Corporal de las Adolescentes Embarazadas”.

El objetivo de dicha investigación fue: Describir la percepción de la imagen corporal de las adolescentes embarazadas, que asistieron a los controles de salud en los Subcentros barrió Jorge Libertad y Jorge Newbery durante el segundo trimestre de embarazo, en la ciudad de Mar del Plata en el año 2009.

La muestra quedó conformada por 18 adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años, que concurrieron al control ginecológico en los subcentros de salud, anteriormente mencionados.

Las conclusiones arrojadas fueron las siguientes, las adolescentes embarazadas presentaron dificultades para percibir los cambios físicos y anímicos propios de embarazo. Valoraron positivamente aquellos cambios físicos que les significaban pertenencia al grupo de pares y negativamente a los que las excluía. Los factores sociales culturales y educativos incidieron en la percepción de la imagen corporal de las adolescentes embarazadas.

La mayoría presentó serias dificultades para verbalizar sentimientos, sensaciones, dudas, miedos, expectativas. Considerando que podría estar

relacionado con su nivel educativo, cultural y social, que les dificultó relacionar respecto de los mismos.

Con respecto al grupo familiar, el impacto del embarazo familiar forma parte de lo conocido y en la mayoría de los casos de lo esperado, en relación a la historia de sus madres.

Se mencionan tres aspectos fundamentales que predisponen el aumento de embarazos precoces. Las conductas fluctuantes, características de los adolescentes, la falta de información respecto al cuidado de las relaciones sexuales y el precoz inicio de la vida sexual, agravándose por el entorno de marginalidad y pobreza que desencadena mayor vulnerabilidad en estas jóvenes, donde la posibilidad de conocer sus derechos, de tener un referente que permita el aprendizaje del autocuidado y la posibilidad de generar su propio proyecto de vida se ven entorpecidos.

Las autoras hacen referencia a las intervenciones de carácter preventivo, desde la a terapia ocupacional se plantea como objetivo generar en las adolescentes una percepción optimista sobre las situaciones por la que atraviesan y la sensación que es posible actuar sobre ellas, a pesar de no poder revertir la problemática se propiciará el aprendizaje para poder enfrentar y sobrellevar la adversidad y ser fortalecidas por ellas, basándose en un enfoque de resiliencia.

- Alonso Martín, P.; Gómez Masera, R.; Rivera Pavón, I. en la Facultad de Ciencias de la Educación en Huelva, España; durante el periodo enero- marzo

del 2011; realizaron un trabajo de investigación denominado “Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación”.

En dicha investigación se preguntaron qué pasa por la mente de una madre para llegar a tratar de una forma tan negativa a sus hijos. Es conocida la gran importancia que tiene para el desarrollo cognitivo, emocional y social durante la infancia, el establecimiento de una adecuada relación de apego madre-bebé, desde el inicio de su vida. Pero poco se ha estudiado sobre la importancia de la formación de este apego a lo largo del embarazo. Este trabajo trata de otorgar el valor que tiene el hecho de que las mujeres embarazadas establezcan, ya durante este periodo vital, un fuerte lazo de apego materno-fetal. El objetivo de esta investigación es analizar cómo 117 mujeres embarazadas, de toda Huelva capital, interaccionan a lo largo de la gestación con el que será su futuro bebé. Para ello, se ha utilizado la Escala de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP). Las conclusiones a las que llega el estudio aportan orientaciones prácticas para el trabajo con mujeres, familias, y otorga pistas para entender las relaciones que, de forma temprana, se dan en las familias.

Se llegaron a las siguientes conclusiones: La mujer conoce algunas formas de interacción con el bebé. Las relacionadas con el sentido del tacto son las más utilizadas, seguidas de las auditivo-verbales y continuadas por las del sentido del gusto. Potenciar este tipo de intervenciones prenatales ayudaría a fortalecer el vínculo materno fetal. Actualmente las mujeres embarazadas, en su mayoría, están más implicadas en los procesos propios del embarazo, pero aún existe

un grupo de mujeres que se beneficiarían de los programas de intervención psicológica para la prevención del afianzamiento de los miedos normales del embarazo. De esta forma no se problematizaría esta etapa, y se reducirían la visión negativa y la ansiedad en la mujer, y por tanto en el bebé. Se requiere de una evaluación completa y continua de experiencias anteriores de la mujer (creencias, influencias y experiencias familiares...), de la forma en que acoge la noticia, el modo en que afronta la etapa del embarazo y de su transición a la maternidad, para poder analizar el vínculo materno-fetal. Aunque este trabajo se haya centrado en la mujer y no se haya mencionado a lo largo del artículo la importancia del contexto más próximo a ella, no debemos olvidar la relevancia de éste para la comprensión de todos los factores influyentes en la creación del vínculo madre-hijo.

-Flores Martos, J.A.; Moruno Miralles, P. y Rodríguez Hernández, M. en el año 2012 realizaron un trabajo de investigación donde se pretende aportar de un modo reflexivo y crítico el proceso de medicalización que afecta al cuerpo y a la subjetividad de las mujeres embarazadas y parturientas, identificando las secuelas y efectos del mismo, e introducir desde el ámbito de la prevención y promoción de la salud la intervención de la terapia ocupacional en este colectivo.

La metodología utilizada es la cualitativa antropológica y social y la etnografía.

La técnica de investigación cualitativa utilizada para la recogida de información han sido la entrevista en profundidad, la observación participante y directa, y la investigación bibliográfica.

Conclusiones: la protocolización de la atención en el embarazo obliga a los profesionales a llevar a cabo un tipo de prácticas que se articulan con determinados discursos normalizados, con lo que se espera que las mujeres coincidan, y no tienen en cuenta aspectos individuales o culturales de cada mujer. Un número significativo de mujeres usuarias de este sistema biomédico, introducen modificaciones en las prácticas utilizadas y deciden emprender un camino de cambios en el que desarrollar otro tipo de prácticas relacionadas con el respeto, la dignidad, el saber, la fisiología y la naturaleza.

Esta “huida” del modelo médico hegemónico permite a otros profesionales participar en la preparación maternal y constituir junto a las mujeres y a sus parejas la esfera con la que rodear el ritualizado paso a la maternidad.

-En el año 2012, se publicó un artículo científico en la Revista Chilena de Pediatría, cuyos autores fueron Grimalt, Lua O. y Heresi, Eliana M.

El propósito del estudio fue, determinar la relación entre el estilo de apego de la madre y el tipo de representaciones que ésta construye acerca del hijo en gestación, de sí misma como madre y de su propia historia de apego, durante el embarazo.

Se procedió a evaluar el vínculo de apego a 15 mujeres embarazadas que se encontraran cursando entre el cuarto y octavo mes, con el fin de encontrar los casos más típicos de los 3 patrones de apego.

Los instrumentos utilizados fueron: el Parental Bonding Instrument (PBI), que mide la percepción de la conducta y actitud en las dimensiones de cuidado y sobreprotección; y entrevista semiestructurada.

A partir de los resultados descritos, se pone de manifiesto que, durante la gestación del bebé, se desarrollan en la mente de la mujer embarazada imágenes, esperanzas, expectativas, temores y deseos sobre su futuro hijo, como también de sí misma como madre y de su historia de apego. La importancia de estas representaciones radica fundamentalmente en su influencia en la futura conducta interactiva de la madre con el bebé.

En el presente estudio, de acuerdo a los distintos tipos vinculares de la muestra, se aprecian diferencias de contenido, calidad y cantidad de las representaciones maternas.

Los resultados señalan que la madre con Apego Seguro presenta una representación equilibrada, coherente y flexible del niño, así como una concepción de sí misma capaz de proveer cuidado y seguridad. La madre con Apego Inseguro Ambivalente representa a su hijo de manera ambigua y a sí misma con dificultades para contenerlo, además de fantasías de muerte y daño. La madre con Apego Inseguro Evitativo se esfuerza por evitar tener representaciones tanto del feto, como de sí misma como futura madre.

-Arranz Freijo, Enrique; Roncallo, Claudia Patricia y Sánchez de Miguel, Manuel en el periodo de Mayo/Agosto de 2015 desarrollaron en la Universidad del País Vasco, España una investigación denominada “Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana.”

Exponen que diversas investigaciones en el campo de la salud identifican el vínculo materno-fetal como un precedente significativo de la vinculación post natal entre la madre y su bebé. El vínculo materno-fetal se asocia con aspectos emocionales y cognitivos que permiten recrear al feto como otro ser humano. Este vínculo se expresa, a través de prácticas de salud dirigidas a buscar la protección y el bienestar del feto. Por otra parte, se constata que el estado psicológico de la madre influye en el feto, tanto a nivel neurocomportamental y en las alteraciones en el desarrollo que se manifiestan así mismo en el periodo post-natal, afectando significativamente la relación madre-bebé. Por tanto, cabe proponer que las prácticas de atención temprana se extiendan al período prenatal como estrategia de prevención, repercutiendo favorablemente en la salud materno-infantil. Para ello se plantea un modelo de intervención interdisciplinar, centrado en el vínculo materno-fetal como factor protector del vínculo en el período post-parto y como potenciador de prácticas de parentalidad positiva que fomente un desarrollo psicológico saludable.

En dicho trabajo, los autores realizaron la definición del vínculo materno-fetal y junto a ello, Vínculo materno-fetal, estado emocional materno y desarrollo psicológico.

Para la evaluación del vínculo materno-fetal, se han realizado fundamentalmente con tres herramientas de medición: 1) Maternal-fetal Attachment Scale, MFAS (Cranley, 1981); 2) Maternal-antenatal Attachment Scale, MAAS (Condon, 1993) y, 3) Prenatal Attachment Inventory, PAI (Muller, 1993). Estas escalas han sido de gran ayuda para conocer y describir el vínculo materno-fetal, si bien es cierto, no han estado exentas de críticas, especialmente al momento de definir el constructo teórico del vínculo materno-fetal. Dichos autores afirman que una intervención interdisciplinaria basada en el vínculo materno-fetal ofrecería efectos positivos a corto y largo plazo de los que las familias pudieran beneficiarse. Potenciar los recursos internos de las mujeres, así como su capacidad de resiliencia y el papel de la pareja de crianza y las redes sociales de apoyo, incide en la salud física y emocional de madres y bebés, pero también en la vinculación post-natal, el apego infantil, las pautas de crianza y parentalidad positiva y la prevención entre otras del abuso y maltrato.

A partir del rastreo de las variables en estudio, Vínculo Prenatal y Representaciones Sociales, se obtuvieron hallazgos en relación a ambas obteniendo mayores resultados en la primera. Con respecto a la variable Representaciones Sociales, el material obtenido fue escaso.

Estos artículos de investigación abordan el embarazo y la maternidad desde diferentes enfoques y en relación a otras variables de investigación.

A través de la recolección de datos se pudo detectar que las investigaciones que se aproximan más a nuestra temática planteada fueron investigaciones realizadas a nivel local en la ciudad de Mar del Plata por alumnas tesistas de la Universidad Nacional de Mar del Plata de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Bibliografía

- Alonso Martín, P.; Gómez Masera, R.; Rivera Pavón, I. "Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación". N°1.Vol.1. Año 2011.España. Fecha de consulta: Junio de 2015.
- Arellano, V.; Vega, M. "Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida". Parte 1. Revista chilena de Terapia Ocupacional. N° 5. Chile. Año 2005. Fecha de consulta: Julio de 2015.
- Arellano, V.; Vega, M. "Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida". Parte 2. Revista chilena de Terapia Ocupacional. N° 5. Chile. Año 2005. Fecha de consulta: Julio de 2015.
- Arranz Freijo, E.; Sánchez de Miguel, M.; Roncallo, C. "Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana". Escritos de Psicología. Vol. 8. N° 2. Págs.14-23. Mayo-Agosto 2015. España. Fecha de consulta: Julio de 2015.
- Cabano, M.; Rodigari, A.; Villar. "Imagen Corporal de las Adolescentes Embarazadas". Año 2009. Mar del Plata. Fecha de consulta: Junio de 2015.
- Cardoso, M. y Cevoli, L."Descripción de la Relación Diádica de las Madres Adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses". Año 2005. Mar del Plata. Fecha de consulta: Junio de 2015.

-Espinoza Venegas, Macarena y Vásquez Muñoz, María. Tesis de Grado. "Observación del vínculo madre-hijo y su asociación con las representaciones de los vínculos tempranos en madres adolescentes primerizas". Departamento de Psicología. Departamento de Ciencias Sociales. Universidades de Chile. Chile. Año 2006. Fecha de consulta: Mayo de 2015.

- Flores Martos, J. A; Moruno Miralles, P; Rodríguez Hernández, M. "Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: Una aproximación desde Terapia Ocupacional". Parte I. TOG. Volumen 9. Número 15. España. Marzo 2012. Fecha de consulta: Junio de 2015.

-García Heller, Tamara. "Principales Aportaciones acerca del Desarrollo Psíquico Intrauterino". Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología. Año 2007. Fecha de consulta: Agosto de 2015.

-Grimalt, Lua O. y Heresi, Eliana M. "Estilos de apegos y representaciones materna durante el embarazo". Revista Chilena de Pediatría. Vol. 83.Nº3. Fecha de consulta: Diciembre de 2015.

TEMA Y OBJETIVOS

Tema

“Las representaciones sociales que poseen las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal”.

Problema

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre vínculo prenatal que poseen las embarazadas primerizas que concurren a los controles prenatales durante el mes de Octubre de 2016 al Hospital Municipal Subzonal Felipe A. Fossati y al Centro Integrador Comunitario II de la ciudad de Balcarce?

Objetivos Generales

- Conocer las representaciones sociales que poseen las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal.
- Realizar aportes incumbentes al rol del Terapeuta Ocupacional en el abordaje de las madres embarazadas.

Objetivos Específicos

- Comprender el conocimiento que poseen las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal.
- Describir las actitudes y comportamientos que presentan las embarazadas primerizas sobre vínculo.
- Describir el contexto socio ambiental de las embarazadas primerizas.

- Detectar los factores de riesgo y protectores existentes en las embarazadas.
- Describir el nivel de participación de las embarazadas primerizas en los talleres de promoción de la salud destinados a la población en estudio.
- Proponer los lineamientos del hacer profesional dentro de la comunidad desde la promoción de la salud.

MARCO TEÓRICO

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La Atención Primaria de la Salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario, es la puerta de entrada a través de la cual las personas toman contacto inicialmente con los servicios de salud, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. La declaración de Alma Ata en 1978 señala que la atención primaria de la salud *“es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”*.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abogado en favor de la atención primaria de la salud (APS) desde antes de 1978; cuando adoptó como enfoque central la meta de Salud Para Todos en el Año 2000. Desde entonces el mundo ha cambiado extraordinariamente. Ahora, la finalidad del proceso de renovación de la APS es revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros.

En el año 2003 surge la concepción de APS Renovada, la cual concibe a la salud como un “derecho humano” y subraya la necesidad de responder a los

¹ Kroeger, A; Luna, R. (1992). "Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos." Segunda Edición. Capítulo 1: Aspectos Programáticos de la Atención Primaria de Salud a Nivel Nacional e Internacional. Cap.1. Marco Conceptual de la Atención Primaria de Salud. Pág. 5-6. México.

determinantes sociales y políticos. Este enfoque renovado de la APS es una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona.

La Atención Primaria de Salud (APS), es un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de Salud Pública. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y comprende las siguientes actividades: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil con inclusión de la planificación de la familia, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales, además exige y fomenta el grado de máxima autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de la salud.

Según declaración de Alma Ata (OMS/UNICEF) los principios básicos de la APS son la distribución equitativa de los recursos que hace referencia a que

todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud, lo que incluye el acceso económico y geográfico a los servicios; la participación comunitaria refiere a dar oportunidades a las personas involucrándose de manera activa en las decisiones sobre su propia salud y sobre los servicios de salud para su comunidad; la tecnología apropiada incluye los cuidados primarios de la salud que deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados; la cooperación entre los diferentes sectores refiere a colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda; y el énfasis en la prevención sin excluir los cuidados curativos incorporando la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales.

Las estrategias de la APS incluyen: programas dirigidos a poblaciones especiales; programas de salud general; programas para la prevención protección y control de enfermedades.

La ciencia reconoce a la APS como una estrategia efectiva para promover el desarrollo humano y la equidad en salud. Para ello, es necesario aplicar enfoques integrales, basados en la evidencia y orientados a lograr la atención sanitaria universal, integrada e integral.

Dentro de las estrategias de atención primaria de salud se destacan las siguientes características: garantizar el acceso de toda la población a los

servicios de salud esencial, los contenidos de los programas deben acentuarse en las actividades de promoción y prevención, entre las características debe figurar la universalidad, equidad, continuidad y por último debe satisfacer las necesidades prioritarias.

Desde esta perspectiva, se reconoce a cada individuo como miembro de comunidades particulares, que presentan diferentes necesidades, fortalezas y potencialidades.

Entendemos al concepto de comunidad, como *“Un grupo en constante transformación y evolución, que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí mismo como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social”*.²

Desde este enfoque, nos parece relevante citar el concepto de comunidad. Según Martínez en 2014 conceptuó a la comunidad como una caja negra a la cual todos se refieren, se sabe que existe, que está allá afuera, se conocen sus efectos, pero es difícil de encontrar, de objetivar, de manipular, sin embargo, esta dada por personas que comparten un “estar en común” en un mundo compartido, una comunidad no es un sujeto colectivo, es una “comunidad de los otros” que se construye sobre el principio de alteridad. La comunidad sitúa a

² Montero, Maritza.(2004).“ Introducción a la Psicología Comunitaria, desarrollo, conceptos y procesos.” Editorial Paidós. Tramas Sociales. 1ra Edición. Buenos Aires. Argentina. Pág. 100.

las y los individuos en lo social, asignándole identidad, validación, reconocimiento, pertenencia, territorios, lengua y culturas.³

La APS apunta a que los individuos y familias de una comunidad asuman la responsabilidad de su propia salud y bienestar, actuando de manera consciente y constructivamente en el desarrollo personal y social.

La participación comunitaria en salud es un proceso que crea en las personas un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, junto con la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo personal y social. Lo central es el conocimiento y toma de conciencia de la realidad, así como la acción consecuente en la búsqueda de sus propias soluciones.

Para que los principios y estrategias de la APS puedan tener un mejor impacto dentro de la comunidad para alcanzar el objetivo de Salud, es necesario enmarcarlo dentro de la estructura de la Salud Pública ya que es el eje fundamental que va a permitir que las diversas estrategias y métodos de salud puedan desarrollarse y esparcirse dentro de los diferentes estratos sociales.

Salud

A lo largo de la historia ha habido cambios en las formas de entender al concepto de Salud-Enfermedad, es importante para la Terapia Ocupacional poder adoptar un concepto integral, es por ello que adherimos a la definición

³ Ceballos, M.; Pinos, J. (2015). "Terapia Ocupacional Comunitaria y Rehabilitación basada en la Comunidad: hacia una Inclusión Socio comunitaria". Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Vol.15. N°2.

expuesta por Monchietti y Krzemien en 2007, que plantean el concepto de salud como: *“Capacidad del sujeto de responder satisfactoriamente al entorno desplegando sus potencialidades, en el cual intervienen diversos procesos biopsicosociales tales como el bienestar físico y mental, las relaciones con los demás, la creatividad, la productividad, la realización personal y social.”*⁴

El modo en que se considere la Salud, determina el tipo de abordaje de la misma, es por eso la importancia de arribar a un concepto de Salud que se encuadre dentro de nuestro quehacer profesional que contemple los derechos humanos.

Percibir a la Salud como derecho humano, nos permite pensar y diseñar estrategias de salud, ya que nos remite a la necesidad de identificar y abordar las situaciones que impiden a determinados grupos sociales satisfacer este derecho.

Teniendo en cuenta los distintos enfoques de Salud, es importante comprender los determinantes de la salud que se describen dentro de seis categorías amplias: biológica, conductas saludables, entorno social, entornos físicos, políticas e intervenciones y acceso a cuidados de salud de alta calidad. Estos determinantes de salud se hallan condicionados por los factores de riesgo y protectores presentes en la comunidad.

⁴ Rodríguez, C.; Rodríguez L. (2012). Tesis "Jugar, crear, improvisar. Sistematización de una Experiencia en Promoción de la Salud en Terapia Ocupacional". Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Entendemos como factor de riesgo a: *“cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupos de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido”*.⁵

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Son aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente. Varios estudios han mostrado que el primer embarazo, la alta paridad, un embarazo en edad reproductiva temprana o tardía, los abortos previos y la desnutrición podrían ser factores de riesgo universales aumentando la probabilidad de patología perinatal. La combinación de estos y otros factores de riesgo en los mismos individuos podrían incrementar aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Los factores de riesgo son características asociadas con un cierto tipo de daño a la salud.

Desde un enfoque integral, el terapeuta ocupacional como parte del equipo de salud, debe detectar no solo los factores de riesgo presentes en la comunidad, sino también aquellos factores protectores, con el fin de promoverlos y potenciarlos.

Los factores protectores son aquellas características personales o elementales del ambiente capaces de disminuir los efectos negativos que el estrés o la

⁵ Castillo-Salgado, C. (1999). Manual sobre el enfoque de riesgo en atención materno infantil. Capítulo III: " El enfoque de riesgo en la atención a la salud". OPS. Segunda Edición.

enfermedad pueden tener sobre la salud o bienestar. Un factor protector disminuirá la probabilidad de riesgo. Existen diversos tipos: Individuales, Ambientales y Sociales.

Los individuales, son los que dependen de la persona, de sus características personales y según ello se puede distinguir en factores biológicos (sistema inmunológico elevado, ascendencia sana, nutrición adecuada y ausencia de adicciones) y psicológicos (autoestima elevada, respeto hacia sí mismo y los demás, nivel de educación, facilidad para comunicarse, empatía, optimismo, facilidad para superar problemas y dificultades y buena integración social e individual).

Los ambientales, incluyen el ecosistema cálido-húmedo, adecuada higiene ambiental, control de plagas, ambiente con poca contaminación, sistema socioeconómico medio alto, acceso a sistema de salud de buena calidad y accesibilidad a los servicios públicos.

Los sociales, son lo que dependen de las relaciones interpersonales del individuo con los demás, incluye factores familiares y comunitarios. Los sociales familiares hacen referencia a la estrecha vinculación emocional y comunicación entre los miembros de la familia, predominando un clima armonioso y contenedor. Los sociales comunitarios refieren a las relaciones entre pares cuya característica radica en la facilidad para relacionarse con la comunidad e integrarse a sus actividades.

A partir de lo expuesto, entendemos a los factores protectores como aquellas características o situaciones que protegen a los individuos de efectos negativos y de esta manera disminuyen la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar.

Entendiendo el concepto de vulnerabilidad como *“la capacidad que tiene una sociedad, grupo o personas de ser afectadas por un daño o lesión que le haga perder el estado de bienestar.”*⁶

Es decir, son aquellas comunidades que se encuentran en situación de riesgo, condicionadas por aspectos sociales, culturales y económicos.

Nos parece importante luego de haber realizado una descripción de los conceptos anteriormente señalados, mencionar los factores de riesgo prenatales debido a que la población de estudio son madres embarazadas.

La mayoría de los factores de riesgo que se encuentran en la etapa prenatal tienen que ver con la salud y costumbres de la madre, siendo el ambiente del niño en el útero crítico para su desarrollo. Esta es la razón, por la que, la edad de la madre, su estado general de salud y nutrición, y lo adecuado de su cuidado prenatal son factores maternos que potencialmente pueden llegar a ser riesgos importantes.

El embarazo de alto riesgo es aquel que se presenta cuando existen factores de riesgo cuya presencia puede significar un mayor compromiso en el embarazo, parto o puerperio afectando directamente a la madre, el feto o el recién nacido confiriendo una mayor probabilidad de presentar un daño.

⁶ Nichiata, L.; Bertozzi, R.; Takahashi, R.; Fraccolli, L.(2008). “La utilización del concepto vulnerabilidad por Enfermería”. Revista Científica Latino-am Enfermagem; 16(5) www.eerp.usp.br/rlae

Entre los factores de riesgo prenatales se encuentran: edad cronológica menor de 14 y mayor de 40 años, ausencia de controles ginecológicos o discontinuos, peso corporal menor a 45 kg o sobrepeso, embarazo múltiple, hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad, enfermedades preexistentes de la madre, enfermedades desarrolladas durante el embarazo, enfermedades infecciosas, hábitos tóxicos, período intergestacional menor a 1 año y nivel socioeconómico y cultural bajo, entre otros.

El terapeuta ocupacional dentro de un equipo interdisciplinario tiene como tarea detectar los factores de riesgo presentes en poblaciones vulnerables buscando disminuir el impacto negativo que causa a la salud del individuo como también potenciar los factores protectores, trabajando con y para la comunidad con el fin de que cada miembro de ella asuma un rol activo de su proceso de salud.

Retomando los conceptos de APS, podemos señalar que las acciones para alcanzar las metas en Atención primaria son integrales; es decir afectan no solo a lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo. Por eso se la denomina Prevención Primaria, la cual incluye la promoción y protección de la salud, Prevención Secundaria, incluye a la curación y por último la Prevención Terciaria, que hace referencia a la rehabilitación.

Las Naciones Unidas en su documento para el decenio 1983-1992 definen como Prevención, *“La adopción de una serie de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales*

*(prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas”.*⁷

La Prevención Primaria se conoce como el primer nivel y se caracteriza por tener el primer contacto con la población. Tiene como objetivo preservar la salud mediante actividades de promoción y educación para la salud; vigilancia epidemiológica y saneamiento básico. La Prevención Secundaria se define como el nivel de la consulta externa de especialidades básicas definiéndola como el área o departamento que atiende pacientes que no necesariamente requieren algún tipo de hospitalización. La Prevención Terciaria es el llamado tercer nivel y se define operativamente como el nivel donde se atiende a los pacientes que requieren necesariamente hospitalización. Estos llegan canalizados de los niveles anteriores o según la gravedad del caso lo hacen directamente.

La Promoción de la Salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una nueva estrategia para alcanzar la Salud, irrumpiendo con fuerza desde la segunda mitad del pasado siglo y se extiende en diferentes ámbitos, como son la educación, la investigación y los servicios de salud.

Este nuevo paradigma de Promoción de la Salud permite pensar a la Terapia Ocupacional desde un nuevo campo de acción, percibiendo al sujeto como un ser biopsicosocial cuyo objetivo principal radica en el desarrollo de un óptimo estado de salud.

⁷ Organización de las Naciones Unidas.(1983-1992). Programa de acción mundial para las personas con discapacidad.

En el marco de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 se emite la llamada Carta de Ottawa.

Siendo un documento doctrinario político y operacional importante, que tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, es considerada como un marco conceptual en el arte de la promoción de la salud.

A la cual, la define de la siguiente manera:

“La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (...) La Salud no solo se percibe como un objetivo sino también como una fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por lo tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.”⁸

La promoción de la salud, es considerada como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud para mejorarla.

“(...) se constituye como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual es el proceso que permite a las

⁸ OPS-OMS. (1997)“Promoción de la salud. Una antología. Anexo 1. Carta de Ottawa para la promoción de la salud”. Publicación científica N°557.

personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la Salud.”⁹

Otro aspecto importante a destacar tiene que ver con el desarrollo de aptitudes personales, la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente.

Los agentes de salud y sectores sanitarios deben jugar un papel cada vez mayor, de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios; estos deberán tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete, así mismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre sectores sanitarios, sociales, políticos y económicos.

De acuerdo con la OMS, las políticas de promoción de la salud son necesarias no solo en el sector de atención de la salud, sino también en los sectores económicos, ambientales y sociales para lograr un impacto positivo sobre los determinantes de la salud y mejorar la igualdad relacionada con la salud (OMS, 1998).

⁹ Gil López, E. (1998). “Promoción de la Salud. Glosario”. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Ginebra, Suiza. Pág. 10.

El trabajo de promoción para la salud presenta características comunes basadas en la colaboración y ciclos recurrentes de planificación, implementación y evaluación de programas. Los modelos preponderantes destacan la intención de desarrollar el potencial de las personas para controlar su propia salud y para trabajar en colaboración.

Es un concepto amplio que abarca multiplicidad de factores a tener en cuenta, ya que no solo es la divulgación de la información por sí misma, sino que cada agente de salud (educadores para la salud) debe volverse un actor activo y un emisor eficiente de la información para que sus receptores puedan empoderarse de los nuevos conceptos para asimilarlos y poder entrar en un círculo enriquecedor de enseñanza - aprendizaje. Dada la pluralidad que se manifiesta en el concepto de Promoción de la Salud es importante señalar los principios, áreas y mecanismos en los que se basa.

Los principios fundamentales de la Promoción de la Salud se caracterizan por abarcar a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria; pretende influir en los determinantes o causas de la salud; combina métodos o enfoques distintos pero complementarios; se orienta a conseguir la participación concreta y específica de la población; los profesionales de la salud deben desempeñar un papel de principal importancia en la defensa y facilitación de la promoción de la salud.

Se señalan cinco áreas temáticas: acceso a la salud; desarrollo de un entorno facilitador de la salud; refuerzo de las redes y apoyos sociales; promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de

afrontamiento adecuadas, un objetivo esencial para la promoción de la salud; aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud.

También dentro de la promoción de la salud se concibe a través de tres mecanismos intrínsecos: autocuidado o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud, ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras y entornos sanos o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Para que la Promoción de la Salud pueda alcanzar sus objetivos es necesario que se canalice a través de la Educación para la Salud, de este modo la Educación para la Salud requiere de programas educativos que les den viabilidad a las áreas estratégicas formuladas en la Carta de Ottawa. Ésta pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de Salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implementación con el fin de mejorar la Salud, el concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la Salud de la Carta de Ottawa.

“Una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de

salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y su comunidad.”¹⁰

Las estrategias de Promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial, intercultural, integral, protagonizado esencialmente por los actores sociales. La idea de promoción, hace referencia al fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas, va más allá de una aplicación técnica y normativa, el proceso para promover el cambio hacia conductas saludables en la población, debe iniciarse con un cambio de los servicios de salud, los cuales se orienten hacia la promoción de la salud y se adecuen a las necesidades y cultura de la población.

El terapeuta ocupacional dentro de la comunidad enfoca su trabajo desde la promoción de la salud buscando maximizar el rol de la comunidad mediante el sostén y acompañamiento, asumiendo un rol facilitador, es quien sugiere, persuade y orienta con el fin de desarrollar comportamientos saludables que incrementen la salud de los miembros de la comunidad buscando de esta manera promover la participación e inclusión social.

Este nuevo campo de acción nos permite repensar nuestras prácticas profesionales involucrándonos con la comunidad a través de un hacer con el otro y no para el otro; percibiendo la promoción de la salud como una herramienta potencial para lograr cambios favorables en la salud.

¹⁰ Ídem. Pág.12

Sus acciones están dirigidas a fortalecer las capacidades y potencialidades de cada sujeto fomentando el compromiso y empoderamiento de su propia salud promoviendo de esta manera un rol activo por parte de la comunidad, con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida.

MATERNIDAD

La atención de la mujer embarazada ha sido establecida como una prioridad de la salud pública por la Organización Mundial de la Salud, desde su constitución en 1948. Su ratificación, en Alma Ata en 1978 llevó al fortalecimiento de los programas de cuidados prenatales, dentro del denominado componente materno infantil.

*"La maternidad se define como aquellas interacciones emocionales recíprocas entre madre e hijo. Además, es considerada como la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo."*¹¹

La maternidad es una crisis evolutiva y vital que afecta a todo el grupo familiar. La mujer la atraviesa en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente (conyugal, familiar y social), las características comportamentales de su bebé y la ubicación de ese encadenamiento histórico de su familia.

La mujer embarazada se ha percibido a través del paso del tiempo de diferentes maneras.

La historia nos muestra que en distintos períodos y culturas existían amuletos, brebajes y otros elementos asociados a lo mágico que se utilizaban cuando la mujer iba a dar a luz o para evitar el riesgo de muerte para el niño y/o la madre en el momento del parto.

¹¹ Fierro, E.; Herrera, A.; Morilla, M.; Pilonieta, A. (2005). "Representaciones sociales sobre la maternidad y la entrega en adopción en mujeres que están considerando esta opción respecto al hijo (a) que esperan o acaban de tener". Facultad de Psicología. Pontificio Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Pág.13.

Todas estas prácticas ocupaban de alguna manera, el lugar de la palabra, en un momento difícil y de gran intensidad emocional: el momento del nacimiento.

Ya en los tiempos prehistóricos, cuando las mujeres traían un hijo al mundo, lo realizaban agachadas sobre la tierra, cubiertas de ocre rojo para aumentar la energía. Junto a ellas se encontraban otras mujeres experimentadas que prestaban ayuda a la parturienta.

En el antiguo Egipto, cuando la mujer daba a luz, una de las parteras rezaba pidiendo a la diosa Isis la disminución de los dolores de parto. Otra mujer manejaba el vientre y otra la sostenía cuando se producían las contracciones uterinas. Cuando el niño ya estaba por nacer, una mujer arrodillada frente a la madre recibía al bebé y elegía el nombre de acuerdo a la posición de los astros en el momento del nacimiento.

En la Grecia Antigua, ante los primeros signos de trabajo de parto, también eran otras mujeres- parteras quienes invocaban a la diosa Artemisa, preparaban pociones para facilitarle el trabajo a la parturienta y cantaban con ella.

También en Roma Antigua ocurría algo similar: las mujeres preparaban el aceite, la silla de parto, y la acompañaban.

Se puede observar cómo estas mujeres no solo ayudaban a la parturienta desde el punto de vista físico, sino también les aportaban un sostén psicológico donde la palabra divina tenía un lugar privilegiado.

Las mismas evitaban a la parturienta sentirse aislada ya que rodeadas de afecto el nacimiento de su niño excedía el ámbito privado para transformarse en un acontecimiento comunitario.

En todos los tiempos, los hombres han deseado que el nacimiento transcurra lo más normalmente posible y aún hoy en diversas comunidades no occidentales la madre está apoyada por su comunidad en los momentos previos y posteriores al nacimiento.

Más adelante, en Occidente, con los cambios de costumbres y con la decadencia del status de la mujer, los hombres se inician en la obstetricia gracias a las parteras que le transmiten las técnicas del parto.

Pero a partir del Renacimiento, y con el desarrollo de las sociedades urbanas del mundo occidental una nueva concepción del mundo y de la vida comienza a manifestarse.

Es la época de grandes descubrimientos y el interés por la anatomía cobra una importancia crucial.

Es interesante conocer algunos rituales del nacimiento y de separación en las tradiciones francesas antiguas. En esa época además de la madre, el padre, la abuela del niño y la matrona ejercía un rol fundamental.

Era la matrona del pueblo quien además de ayudar en los nacimientos, tenía un rol simbólico muy importante: cortar el cordón, dándole a esta tarea el rol simbólico de la separación del bebé del cuerpo materno.

En efecto se pensaba, que ambos eran uno antes del nacimiento y que esa fusión era tan fuerte, que solamente una persona exterior a la familia podía deshacerla.

Se podría pensar que actualmente es la institución hospitalaria, es decir aquello ajeno a la familia, quienes asumen ese mismo rol en el momento del nacimiento ya que es el neonatólogo o la partera quienes realizan el corte del cordón umbilical en la mayoría de las sociedades occidentales modernas.

Por otra parte, en esa época, la misma matrona estaba presente en el momento del bautismo. En la concepción popular de la época, el bautismo representaba el ingreso del niño en la sociedad y era ella misma en tanto representante de la comunidad- quien llevaba en brazos al bebé desde la casa hasta la iglesia- representando simbólicamente la bienvenida del niño frente a su comunidad mientras la madre se quedaba descansando en su casa.

En relación al destete, es interesante observar el rol de la matrona, ya que la ceremonia del destete significa la finalización de la secuencia de rituales de la primera infancia.

Este ritual marcaba la separación carnal final entre el cuerpo de la madre y del niño, poniendo en juego elementos concretos y simbólicos.

Las personas que participaban de este ritual eran las mismas que en el nacimiento: la matrona untaba el seno materno con una sustancia de sabor desagradable. En ese momento, cuando el bebé rechazaba el pecho, el padre

le ofrecía un trozo de pan. Si el bebé lo aceptaba, el destete sería fácil mientras que si lo rechazaba no.

Sin embargo, es recién a fines del siglo XVIII que los médicos pueden responder a la exigencia de la sociedad: comienza entonces una época en la cual el nacimiento se ve atravesado por los procesos de medicalización y la profesión de partera se desarrolla bajo la tutela de los médicos.

Es en ese momento en que la palabra de las antiguas históricas parteras comienza a desaparecer en beneficio de la tecnificación del nacimiento, privilegiando salvar el cuerpo de la madre y del bebé.

En la actualidad el momento de parto difiere de las prácticas llevadas a cabo en la antigüedad. Es una realidad que la actual atención del parto no busca tanto facilitar el proceso natural sino sustituirlo dejando de lado la dimensión espiritual y emocional del nacimiento.

A partir de la medicalización la mujer ha perdido el papel activo y protagónico de su propio proceso de parto. La mujer era considerada como un objeto y no como un sujeto de derecho siendo incapaz de decidir y elegir sobre sus necesidades. El parto deja de ser un proceso natural fisiológico para convertirse en un conjunto de técnicas que tienen como fin acelerar el nacimiento ajustándose al ritmo de los profesionales. Este, es el momento de máxima vulnerabilidad por ende el trato que reciba la madre condiciona el nacimiento del niño, cuanto más traumático resulte más condicionará su ulterior desarrollo.

En el año 2004 se reglamentó la Ley 25929 de Parto Humanizado que pone en relieve el derecho de todas las mujeres a transitar un embarazo, parto y post parto respetado en todos los sentidos. Se entiende por “parto respetado” o “parto humanizado” a una modalidad de atención del parto caracterizado por el derecho de los padres y niños en el momento del nacimiento. Es decir, en consonancia con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz. Cuando se habla de parto humanizado, se refiere a generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.

Resulta importante remarcar el Proceso de Maternidad entendiéndolo como:

*“El concepto que engloba gestación, parto y maternaje - la maternización- es decir adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional, cualidades que le son generadas fundamentalmente por medio de las interacciones precoces con el hijo”.*¹²

El proceso de maternaje se desarrolla al acontecer la primera maternidad considerada como una crisis evolutiva que reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes, sobre todo las relacionadas con los vínculos con los otros.

¹² Revista Científica. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente. (1999). "Proceso de Maternidad": Un espacio de Intervención Psicológica para la Prevención". Revista N° 28. Archivo en PDF.

Alicia Oiberman (2005), postula que la vivencia de la maternidad está nutrida por la reminiscencia de experiencias y pulsiones estructuradas en la infancia. Trabajos ulteriores, aún de líneas psicoanalíticas, comenzaron a representar la maternidad y considerarla como proceso de desarrollo.

Como todo proceso psíquico, la maternidad va a obedecer a algunas leyes fundamentales entre ellas: los procesos inconscientes son infinitamente más ricos y complejos con relación a los procesos conscientes; el llamado instinto maternal, como forma del amor maternal, no sería tal, ya que se reemplazaría por la cualidad o actitud maternal, en cuya raíz se localiza el instinto de supervivencia; la experiencia vivida de la maternidad es un núcleo fundamental de la evolución psíquica inconsciente de la mujer en su historia personal; una detención por fijación de este desarrollo, bloquea la evolución de las integraciones sucesivas; la relación de la madre con su hijo se desarrolla en la realidad concreta, teniendo como “trasfondo” las relaciones fantasmáticas.

Durante el proceso de maternidad la mujer experimenta cambios, tanto físicos como psicológicos. El periodo perinatal es un momento de gran neuroplasticidad tanto para la madre como para el bebé, que pueden verse muy afectados por el ambiente. Los cambios cerebrales que conlleva la maternidad son neuroquímicos, morfológicos y funcionales, que garantizan la crianza y supervivencia del recién nacido, lo cual acontece a través del establecimiento del vínculo materno. El cerebro maternal se va modificando extraordinariamente durante la gestación y esos cambios afectan el resto de las

funciones corporales. Desde el punto de vista psíquico el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido.

Mónica Bydlowski, psiquiatra y psicoanalista francesa, utilizó el término "*transparencia psíquica*" para describir el estado psíquico que se desarrolla gradualmente para alcanzar un grado de sensibilidad creciente durante el embarazo y especialmente al final. Según esta autora, "*la transparencia psíquica se caracteriza por un resurgir de recuerdos del pasado, que afloran del inconsciente a la conciencia. Esta transparencia permite que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando y recordando su propia niñez. Si la infancia fue grata este recuerdo permite imaginarse cómo será la infancia del bebé en camino. Pero, señala que, si la infancia fue traumática, marcada por los abusos, el abandono emocional y la fuerza de esas "angustias primitivas" puede incluso llevar a una interrupción del embarazo o manifestarse por una angustia o una depresión importante*".¹³

Así la transparencia psíquica del embarazo equivale a, o conlleva, una reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos y pueden llevar a una reagudización de duelos anteriores pendientes.

¹³ Fernández Olza, Ibone; Gay Aler, Isabel; Romero, Alba Concepción y cols. (2012). "Maternidad y Salud: ciencia, conciencia y experiencia". El Cerebro Maternal: cambios psíquicos durante el embarazo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General Técnica. Madrid. Pág.15.

Describe al embarazo como una crisis que revuelve identificaciones y conflictos no resueltos y ofrece una oportunidad para encontrar soluciones más adaptadas mediante una nueva organización de la personalidad. Entre los cambios psicológicos también son frecuentes, sobre todo en el primer embarazo, los estados depresivos, el llanto fácil e irritabilidad. Todos estos cambios son provocados por las hormonas que aumentan durante el embarazo. Se segregan cantidades importantes de estrógenos, progesterona, gonadotrofina coriónica, entre otras.

Además, la mujer atraviesa una serie de cambios fisiológicos que incluyen cambios en el estado físico y anímico. La gestación es un periodo en el que aumentan notablemente las necesidades nutritivas. Este incremento se debe a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto y para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación como son la placenta, el útero, las glándulas mamarias, la sangre; así como para la constitución de depósitos de energía para el tiempo de la lactancia.

Encontramos también el retiro de la menstruación, aumento de peso, aumento del tamaño de los pechos y del útero (donde se alojara el feto, la placenta y el líquido amniótico), mareos, fatiga, somnolencia, aumento en la frecuencia de las micciones, cambios en el metabolismo, el organismo de la mujer embarazada desarrolla un mecanismo compensador orientado al aumento del peso inicial hacia la reserva de grasa que la mujer podrá utilizar cuando aumenta la demanda energética del feto a medida que avanza el embarazo.

Ello es posible porque al principio del embarazo se reduce el metabolismo basal; el sistema cardiovascular, aumenta la frecuencia y el gasto cardiaco y disminuye la tensión arterial, especialmente durante los primeros dos trimestres. Luego se normaliza en el tercer trimestre; aumentando el volumen de sangre, lo cual provoca una disminución de las concentraciones de hemoglobina y se traduce en anemia fisiológica de la embarazada; disminución de la movilidad gastrointestinal, los problemas gastrointestinales aparecen casi al comienzo de la gestación y se deben en gran parte al incremento de las cifras de la hormona progesterona. Se relaja el músculo del útero para permitir su expansión por el crecimiento fetal y a su vez disminuye la movilidad gastrointestinal, para permitir una mejor absorción de los nutrientes. Esto suele ocasionar estreñimiento. Así mismo, la relajación del cardias produce regurgitación y acidez, síntomas tan comunes en las embarazadas.

Todos los procesos fisiológicos que se producen se reflejan en la psicología materna y el estado anímico, repercutiendo de esta manera en el estado integral del bebé.

Teniendo en cuenta los conceptos citados anteriormente nos parece relevante señalar la importancia que ejerce el ambiente sobre el desarrollo psíquico del ser humano, por este motivo haremos referencia a Winnicott que menciona en su teoría el Desarrollo Emocional Temprano del bebé.

El entorno representado al principio por la madre o un sustituto, es el que permitirá o entorpecerá el libre despliegue de los procesos madurativos.

Según él, *"el niño nace indefenso; la tarea de la madre es brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas logren un óptimo desarrollo. Este plantea que la madre funciona como un "yo auxiliar" hasta que el bebé logra desarrollar su capacidad de síntesis e integración.*

Una vez salido del útero materno es función de la madre contener al bebé funcionando como un sucedáneo del útero biológico creando las condiciones de un ambiente facilitador.

El desarrollo del bebé depende del bagaje que trae el niño al nacer (lo constitucional- heredado) y del entorno maternal. La madre al igual que el niño también necesita de un entorno que la sostenga psíquicamente".¹⁴

"El desarrollo emocional temprano del bebé es facilitado por la madre, es ella quien le proporciona un ambiente facilitador, es decir un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según sus potencialidades. Afirma que la madre no solo conforma las bases de la salud mental del individuo sino de la fuerza de carácter y de la riqueza de la personalidad del individuo." ¹⁵

Otros conceptos de este autor son: la madre suficientemente buena y la madre insuficientemente buena.

¹⁴ Molesini S.(2010). "El Funcionamiento Materno y el Vínculo Madre - Hijo - Padre": Manifestaciones en las Enfermedades Persistentes del Hijo. Tesina de Licenciatura. Capítulo III: Concepto de Winnicott. Desarrollo emocional temprano del bebé. Pág. 46.

¹⁵ Ídem. Pág. 48.

-"La "madre suficientemente buena", es aquella que ha podido desarrollar la capacidad de empatía, la disponibilidad maternal, la capacidad de sostén físico y psicológico; es decir es aquella que durante los primeros días de la vida de su hijo se identifica estrechamente con este adaptándose a sus necesidades. Permite que el bebé desarrolle una vida psíquica y física apoyada en sus tendencias innatas, es a través de la empatía, proceso de identificación con su bebé que esta madre podrá decodificar sus necesidades".¹⁶

-"La "madre insuficientemente buena", es aquella que no tiene la capacidad para identificarse con las necesidades del bebé. Es una madre imprevisible, pasa de una perfecta adaptación a una defectuosa, pasa de la injerencia a la negligencia. Esto se da especialmente cuando son varias las personas que cuidan al bebé".¹⁷

Uno de los periodos de vida que señala Winnicott es el siguiente:

-Periodo inicial (desde el nacimiento a los 6 meses). En este tiempo el niño se encuentra en un estado de dependencia absoluta respecto al entorno, es decir, de la madre.

La adaptación de la madre a estas necesidades del bebé se concentra en tres funciones maternas: La presentación del objeto: comida representada por el pecho o biberón; Holding o mantenimiento: rutina en forma de secuencias

¹⁶ Ídem. Pág. 49.

¹⁷ Zulueta, Isabel. La relación madre- hijo. Fundación Síndrome de Down. Madrid. Págs. 122-123. Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/07_relacion.pdf

repetitivas de los cuidados cotidianos. El bebé haya de esta manera puntos de referencia simples y estables con los que lleva a buen término el trabajo de integración en el tiempo y en el espacio. Es importante la manera de llevarle y protegerle teniendo en cuenta su sensibilidad y Handling: en la manipulación del bebé es la prestación de cuidados. Es necesario para su bienestar físico que lo experimenta poco a poco en su cuerpo y va realizando la unión entre su vida física y psíquica. Esta unión es lo que Winnicott llama personalización.

Por ende, "el desarrollo emocional primitivo incluye para Winnicott tres tareas principales: integración del yo, establecimiento de la psique en el cuerpo y formación de las relaciones objetales. Con ellas se corresponden, aproximadamente, las tres funciones de la madre: sostén, manejo y presentación de objetos." ¹⁸

Retomando el concepto del quehacer materno insuficientemente bueno Winnicott sostiene que en los casos que han existido fallas del ambiente facilitador en una etapa anterior a aquella en el que el yo inmaduro y dependiente adquiere la capacidad de organizar defensas, la dependencia se hace presente.

"El sostén incorrecto impone al bebé una conciencia prematura. La integridad personal se ve interrumpida, se siente dividido, sometido a un tormento mental (...) que se lleva toda la vida como recuerdo y amenaza. Esta falla original del

¹⁸ Molesini S. (2010). Tesina de Licenciatura. "El Funcionamiento Materno y el Vínculo Madre-Hijo- Padre:" Manifestaciones en las Enfermedades Persistentes del Hijo. Capítulo III: Conceptos de Winnicott. Principales funciones maternas. Mendoza, Argentina. Pág. 55.

*ambiente facilitador distorsiona los procesos madurativos y pueden llegar a ser uno de los factores en la etiología del autismo, de la esquizofrenia (en los casos más graves) y de fracasos en la capacidad para las relaciones objetales."*¹⁹

El autor enuncia que el bebé no puede adaptarse solo al entorno, necesita de un "ambiente facilitador" que sea provisto por la madre. A continuación, señala al padre como sostén de la madre, protector de la díada madre-bebé y proveedor de un espacio para que la misma pueda desarrollar su tarea. Cuando no hay un padre que pueda cumplir ese rol, es en ese momento en que el apoyo de las redes familiares y sociales adquiere un rol fundamental.

Asigna al padre la función de compartir la responsabilidad de "sostener al bebé". Otra función que puede aportar el padre es la de suministro ambiental que aumente la confianza de la madre en sí misma, comprendiendo la importancia de los primeros momentos de las experiencias del bebé.

De modo que cuando el autor se refiere a las funciones maternas incluye también, las funciones parentales ya que desde esta concepción pasada la primera etapa, el padre puede intervenir plenamente en las tareas.

El hombre también tiene un papel activo que desempeñar durante la gestación y ante la llegada de su futuro bebé.

¹⁹ Ídem. Pág. 59

Nos parece interesante incluir el proceso de personación que plantea Hochmann; ya que establece como la madre percibe a su bebé en un estado de extrema fusión desarrollando la noción de diferencia de yo no-yo durante la temprana infancia y luego hacer mención al concepto de vínculo.

Postula las sucesivas etapas que atraviesa madre-hijo para formar la personación, entendiéndola como un proceso de sucesivas etapas de fusión y ruptura.

Vida intrauterina: el niño en el seno de su madre no es un ser distinto, separado, sino una especie de prolongación donde ella proyecta todos sus deseos. La relación feto-madre puede considerarse de extrema fusión y de fuerte dependencia biológica.

Nacimiento: significa tanto para la madre como para el hijo la ruptura de un equilibrio fusional porque se rompe el esquema de extrema dependencia, se rompe el binomio con la madre. Es el fin de una relación, una horrible experiencia de desamparo. Aquí se origina la *angustia de nacimiento* que es el reservorio de toda angustia futura.

Lactancia: en esta etapa se restablece la fusión hay una dependencia biológica del lactante que no puede alimentarse y por lo tanto sobrevivir sin la asistencia de su mamá o de un sustituto materno. Aparece la dialéctica de la ansiedad (ser buena mamá, era sinónimo de dar bien de comer. Se era mejor mamá cuando más gordo estuviera el nene). Durante la lactancia no solo se

intercambian alimentos sino también estímulos y emociones. El niño recibe los alimentos, pero la madre recibe aquello que la constituye como madre.

Desde nuestro rol lo que se busca es sostener y acompañar a la mujer embarazada durante el proceso de maternaje brindándole estrategias y herramientas para fortalecer las capacidades y potencialidades de la madre promoviendo un ambiente facilitador para lograr un desarrollo global del niño.

VÍNCULO PRENATAL

Autores como Claus y Rubin, en la década del 60-70 han definido la importancia y los factores que intervienen en el inicio del rol materno, postulando *“que la relación existente entre una madre y su hijo recién nacido es consecuencia de un proceso de vinculación prenatal. Partiendo de esta definición, Condon y Dunn afirman que (...) al conocer la calidad de vinculación de la madre con el feto, es posible predecir la calidad de la vinculación en el posparto temprano, ya que en la mayoría de los casos ambas vinculaciones son idénticas constituyendo el parto un episodio de transición entre ellas.”*²⁰

El vínculo materno fetal se define según Cranley (1981) *“como el grado en el que las mujeres se dedican a comportamientos que representan una filiación y la interacción con su hijo por nacer”*.

Muller (1992) lo conceptualiza como *“la relación única de la madre hacia el feto y es independiente de los sentimientos que esta tiene acerca de si misma como madre o como mujer embarazada”*.

Condon y Corkindale (1997) definen al vínculo materno fetal como *“el lazo emocional que normalmente se desarrolla entre una mujer embarazada y su hijo no nacido.”*²¹

En las últimas décadas, se ha reconocido que la relación de apego entre una madre y su hijo se comienza a establecer durante el embarazo, lo cual es

²⁰ Arranz Freijo, E.; Sánchez de Miguel M.; Roncallo, C. .(2005). “Vínculo Materno Fetal: Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención primaria”. Universidad del País Vasco, España. Escritos de Psicología, Vol.8 N°2. Pág.15.

²¹ Ídem, pág. 16

conocido como apego prenatal. Su importancia radica en que existen asociaciones entre el apego prenatal y posnatal, lo que tiene importantes implicancias para el desarrollo cognitivo, emocional y social posterior del bebé, al asociarse directamente con la calidad de la relación madre e hijo y la sensibilidad para captar y responder a las manifestaciones de apego del bebe, luego del nacimiento del mismo.

El inicio de este vínculo prenatal emerge a partir de las representaciones o imágenes que la madre va construyendo de su hijo, siendo el embarazo un periodo clave para la emergencia de dichas representaciones. Durante el proceso de convertirse en madre, en donde su identidad y rol sufren importantes transformaciones. Los modelos que traía sobre sí misma, van adaptándose y reorganizándose en la construcción de un nuevo mundo representacional en el que se entrelazan modelos sobre su ser mujer, sobre su rol sobre futura madre, como pareja y de su familia de origen en general. En relación a lo anterior, existe evidencia de que el tipo y calidad de las representaciones que la madre genera durante el embarazo, se relacionan estrechamente con su propia historia de apego.

En relación a las representaciones que posee la madre sobre el hijo se pueden distinguir tres tipos de vínculo. La gestante con un *Vínculo Seguro*, manifiesta la existencia de una intensa conexión con su hijo en el período prenatal. Es capaz de sentirse muy unida con éste y a la vez diferenciada, en tanto logra distinguir entre los ritmos de sueño y vigilia propios y los de su hijo. Muestra

una gran cantidad y calidad en sus representaciones fetales, siendo éstas flexibles, específicas y positivas. Describe al futuro hijo a partir de diferentes aspectos de su propia personalidad y en base a movimientos del feto. La mujer con *Vínculo Inseguro Ambivalente*, describe al futuro hijo a partir de sus expectativas respecto de éste, teniendo representaciones que surgen a partir de un ideal de persona deseado por ella. Se aprecia dificultad por parte de la madre de generar una representación coherente y específica del hijo. Las representaciones del hijo corresponden a una combinación de las características positivas de sí misma y del padre, presentándose un hijo idealizado, independiente de los movimientos fetales o de la conexión prenatal percibida. Al mismo tiempo, estas representaciones son atravesadas por los temores de la madre, lo que se extiende a los distintos planos representacionales, como miedos en relación al parto, a la personalidad del futuro hijo, a sí misma como madre, a la relación futura del padre con el hijo, lo que le genera un estado de inseguridad generalizada. La mujer con *Vínculo Inseguro Evitativo*, muestra preocupación por llegar a transmitir estados negativos al hijo durante el embarazo. Se resiste a la emergencia de representaciones del hijo, por su creencia de que la no correspondencia entre el imaginario con la realidad, podría transmitir al bebé la desilusión de no ser como se esperaba. Por otra parte, se esfuerza en tener conductas y actitudes dirigidas a promover el bienestar del hijo (estar calmada, no discutir, evitar

situaciones estresantes, etc.), todo esto tomando como base a la creencia de que los estados mentales y emocionales de la madre son transmitidos al feto.²²

De acuerdo a lo mencionado con anterioridad entendemos al vínculo como la relación existente entre la madre y el bebé por nacer en la cual intervienen aspectos emocionales ligados a su historia personal que condicionará la constitución posterior de un vínculo seguro. Y como éste determinará las futuras relaciones interpersonales que establecerá el bebé en la vida adulta.

Nos parece oportuno distinguir los conceptos de apego y vínculo. Por apego se entiende *“al conjunto de sistemas e interacciones bidireccionales y el vínculo prenatal como un sistema unidireccional con diversas manifestaciones cognitivas, afectivas y comportamentales; dichas manifestaciones permiten el desarrollo de habilidades propias de la función materna como la protección y la búsqueda de contacto, las cuales se expresan en el periodo posterior al nacimiento.”*²³

Dentro de las habilidades cognitivas se encuentran los siguientes elementos, pensamientos o representaciones mentales acerca del feto, que permiten a las madres realizar, incluso, atribuciones de personalidad y comportamiento, por otra parte, los elementos afectivos hacen referencia a la empatía y el placer en

²² Grimalt, L.; Heresi, E. (2012). “Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo”. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 83. N° 3.

²³ Arranz Freijo, E.; Sánchez de Miguel M.; Roncallo, C.. (2015). “Vínculo Materno Fetal: Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención primaria”. Universidad del País Vasco, España. Escritos de Psicología, Vol.8. N°2. Pag.16.

la interacción finalmente, un último elemento de la expresión del vínculo se relaciona con comportamientos asociados a las prácticas de salud en función del bienestar del feto. Además, otro aspecto del vínculo prenatal es la sensibilidad materna y la sincronización de la díada madre-bebé en el post-parto y en el establecimiento positivo de la función materna, a la vez que es un precursor del vínculo madre- bebé.

Nos parece relevante citar a Bowlby ya que es quien introduce el concepto de vínculo de apego.

Bowlby en 1960 propuso la llamada Teoría del Apego, según la cual la naturaleza de los vínculos entre el bebe y la madre es la expresión del apego generalizado y ello protege al niño.

Define el vínculo de apego como:

“Un vínculo afectivo que una persona o animal forman con otra persona o animal específico. Lazo que los une en un espacio y perdura en el tiempo. Siendo las conductas de apego aquellas que promueven la proximidad o el contacto.”²⁴

Es un lazo afectivo fuerte y duradero que se establece con la figura de apego; es una tendencia innata donde el ser humano tiende a apegarse a otros seres humanos o animales.

²⁴ Bird, Vivian. .(2013).Psicología del Desarrollo (Enfermería y Terapia Ocupacional). Mar del Plata, Argentina. Archivo en PDF.

El bebé es el ser más desvalido de las especies, al nacer no puede seguir a la madre ni agarrarse a ella. Por lo tanto, la madre debe interpretar las señales que le da el pequeño. El intercambio es bilateral y proviene de uno o de otro de ellos. No se trata de los cuidados que da la madre, sino que es una relación de intercambio.

Ella propicia afectos armonizados sincronizados que se expresan a través de la mímica, del diálogo tónico y de las vocalizaciones.

En esta Teoría del Apego destaca Bowlby el estatuto primario de los vínculos importantes en el plano afectivo de los individuos, la poderosa influencia en el desarrollo de un niño/a de la manera en la que sea tratado por los padres y especialmente por la figura materna.

La Teoría del Apego considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares como un componente fundamental de la naturaleza humana, existente en forma embrionaria en el recién nacido, manteniéndose en la edad adulta hasta la vejez.

Por otro lado, Ainsworth define al Apego de la siguiente manera:

“se entiende por apego el lazo afectivo que existe entre una persona y otra, un lazo que les une en el espacio y perdura a través del tiempo. El objetivo comportamental del apego es obtener y mantener un cierto grado de proximidad con la figura de apego, que puede variar desde un contacto físico

intenso, bajo ciertas circunstancias, a una interacción o comunicación distal bajo otras.”²⁵

La exploración del ambiente se considera un componente importante del apego. Cuando un individuo se siente seguro tiende a alejarse de su figura de apego para explorar. Cuando se siente alarmado y angustiado tiene la necesidad de acercarse. Es la exploración a través de una base segura.

Solo cuando sabe que sus padres van a permanecer accesibles y van a responder a su llamada, un niño se siente bastante seguro para la exploración.

Durante el primer año de vida, el niño manifiesta una serie de reacciones constitutivas de eso que más tarde será un comportamiento de apego, pero el esquema organizado de este comportamiento no se desarrolla antes de la segunda mitad del primer año.

El desarrollo del comportamiento de apego, como sistema organizado cuyo objetivo es el mantenimiento de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognoscitiva de conservar a su madre en la mente, cuando ella no está presente: esta capacidad se desarrolla en el segundo semestre de vida. Así a partir de los nueve meses aparecen quejas, llantos y protestas ante el extraño.

Bowlby, menciona tres esquemas de apego:

²⁵ Zulueta, Isabel. "LA RELACIÓN MADRE-HIJO." Fundación Síndrome de Down Madrid. Pág. 119-121.

Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/07_relacion.pdf

1. Seguro

2. Angustiado o ambivalente

3. Angustiado o evitante

Ainsworth diseñó una situación experimental, la situación del extraño para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés.

A través de dicha experiencia realizada encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos.

1 - Niños de apego seguro.

Inmediatamente después de entrar en la sala de juegos, estos niños usaban a sus madres como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ellas buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria.

En este caso, las madres habían sido calificadas como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

Mostrando un patrón saludable en su conducta de apego, la responsividad diaria de sus madres les había dado confianza en ellas como protección.

2 - Niños de apego inseguro evitativo.

Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la situación del extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que ignoraban cuando la madre abandonaba la habitación, no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso, incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento.

La autora menciona que en este caso se trataba de niños con dificultades emocionales cuando estos niños entraban en “la situación del extraño” comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban en forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia (intentaban negar la necesidad que tenían de sus madres para evitar frustraciones).

3 - Niños de apego inseguro - ambivalente.

Estos niños se mostraban tan preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploraban en la situación del extraño, pasaban un mal rato cuando esta salía de la habitación y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimientos de contacto.

Las madres en este caso se mostraban sensibles y cálidas en algunas ocasiones, y frías y sensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

Los tres tipos de apego descritos, han sido considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego. Sin embargo, más recientemente se ha propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado inseguro desorganizado/desorientado que recoge mucha de las características de los dos grupos de apego inseguro, ya descritos. Se trata de los niños que muestran mayor inseguridad. Cuando se reúnen con su madre tras la separación, estos niños muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias. La mayoría de ellos comunican su desorientación con una expresión o frustración. Algunos lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados.

El sentimiento de seguridad del ser humano se inicia en los primeros meses de vida y depende en gran medida de la satisfacción de experiencias placenteras básicas entre las que se incluyen la alimentación, el afecto y en última instancia la protección física y mental.

Una madre o cuidadora podrá satisfacer al bebé siendo sensible y empática a sus señales de apego o por el contrario mostrarse insensible o distante. En el primer caso la madre actúa colaborando en la construcción de un sentimiento de seguridad del niño; y en el caso opuesto la acción materna obstruye tal

sentimiento, promoviendo un camino alternativo de su desarrollo, caracterizado por fórmulas de apego-ansioso o inseguro y su consecuencia principal será la construcción de un falso-self en el sentido que proponía Donald Winnicott.

En su obra “la separación afectiva” (Bowlby 1973) plantea:

*“... las personas con alto grado de confianza y seguridad en sí mismas también pueden experimentar angustia o depresión severa, pero el sentimiento de seguridad básica establecido a partir de un vínculo seguro con la madre les permite afrontar con entereza las separaciones. El niño con confianza y seguridad interior habrá incorporado “recursos internos” que le permitirán hacer frente a las adversidades. La influencia de una relación materna paterna empática, resulta decisiva, en otros momentos de la vida”.*²⁶

“Según Bowlby la función esencial del vínculo de apego es proteger, contener, sostener y tranquilizar al niño en su contacto con el mundo que, por ser nuevo y renovado permanentemente, le despierta curiosidad, interés pero también inquietud, alarma y ansiedad.

La construcción del vínculo de apego se realiza en el contacto cuerpo a cuerpo, a través del olfato, del tacto, de la textura, de la tibieza o la suavidad de los gestos, los mecimientos, la mirada, los arrullos, la sonrisa y del sonido de la voz. Las sensaciones corporales, los movimientos del mismo niño en relación con el otro, le van dejando huellas ligadas por el placer por la satisfacción de

²⁶ Bird, Vivian. (2013). Psicología del Desarrollo (Enfermería y Terapia Ocupacional). Mar del Plata, Argentina. Archivo en PDF.

las necesidades biológicas y afectivas o huellas de tensión, rigidez, dolor, ansiedad o de carencia.

La falta de sostén físico y emocional, de contención, ataca su frágil estado de integración, de unificación, provocando sensaciones caóticas de desborde y de disgregación de sí, con una activación excesiva de las ansiedades primitivas que han sido descritas por Winnicott (1958).

El vínculo de apego tiene tres funciones: en primer término, que el niño encuentre en los adultos de su entorno aquellos que le ayuden a satisfacer múltiples necesidades que él no puede todavía satisfacer por sí mismo. En segundo lugar, no menos importante, que los adultos le brinden “seguridad afectiva” y en tercer lugar, en consecuencia, que le ayuden a neutralizar las emociones desbordantes, ansiedades, temores, el exceso de tensión y de inquietud, provocadas por el contacto con lo desconocido”.²⁷

El establecimiento de un vínculo afectivo firme entre la madre y el niño será finalmente la clave para el establecimiento de un sentimiento de seguridad básico que necesita todo ser humano para progresar ante la adversidad de la vida adulta.

De acuerdo a lo establecido anteriormente la construcción del vínculo de apego se favorece con el contacto cuerpo a cuerpo, a través del olfato, el tacto, la

²⁷ Chokler, M..(1998). "Los Organizadores del Desarrollo Psicomotor, del mecanismo a la psicomotricidad operativa." Buenos Aires. Ediciones Cinco.

mirada y el sonido de la voz, todo esto se desarrolla en el momento de la lactancia materna. Es por eso que consideramos crucial hacer hincapié en la importancia que tiene la lactancia en el fortalecimiento del vínculo materno.

La interacción del niño, durante los primeros días, semanas y meses con sus padres y la formación de las bases de su personalidad y seguridad en sí mismo está estrechamente ligado al amamantamiento.

Partiendo de la Terapia Ocupacional nos pareció significativo profundizar sobre las temáticas anteriormente desarrolladas, haciendo referencia, no solo a todos aquellos procesos que impactan en el bebé sino también en su madre y de qué manera ambos se transforman mutuamente.

El terapeuta ocupacional tiene como objetivo brindar estrategias y herramientas para fortalecer las capacidades y potencialidades en la relación madre-hijo, promoviendo la formación de un vínculo seguro, como así también acompañar, apoyar y/o contener a las mujeres que se encuentran atravesando los procesos de cambio propios de la maternidad.

Existe una nueva mirada en las intervenciones en el período prenatal tanto en el campo de la prevención como en el de la promoción de la salud. Desde este enfoque las acciones desde Terapia Ocupacional están dirigidas al fortalecimiento de los recursos psicológicos de las madres y en el afianzamiento del nuevo rol materno, teniendo como finalidad proteger y potenciar el vínculo prenatal como así también detectar dificultades en la vinculación.

El establecimiento de un vínculo afectivo firme entre la madre y el niño será finalmente la clave para el establecimiento de un sentimiento de seguridad básico que necesita todo ser humano para progresar ante la adversidad de la vida adulta.

REPRESENTACIONES SOCIALES

ANTECEDENTES TEÓRICOS

Para dar inicio al tema consideramos importante realizar una breve reseña de los antecedentes teóricos de las representaciones sociales.

Según Moscovici (1979), Farr (1983-1988) y Herzlich (1975), son tres las influencias básicas: La Etnopsicología de Wunt; El Interaccionismo Simbólico de Mead; El concepto de Representaciones Colectivas de Durkheim.

En primer lugar, Wilhelm Wunt motivado por los problemas psicológicos se dio a la tarea de instalar un laboratorio de Psicología Experimental en el que, utilizando métodos derivados en gran medida de Psicología trataba de abordar problemas psicológicos y analizar la acción humana. De esa manera, la Psicología dejaba de ser materia de especulación dentro de la Filosofía para iniciar su historia como ciencia experimental.

En segundo lugar, George Herber Mead plantea el concepto de Pragmatismo intentado una superación del Dualismo Cartesiano, según apunta Hans Joas (1987), al desarrollar el concepto de acción, queda transformada toda la relación entre conocimiento y realidad, el concepto de verdad ya no expresa una correcta representación cognoscitiva de la realidad, sino un aumento del poder para actuar en relación con un entorno.

Mead, toma como unidad de análisis lo que denomina el Acto Social. Aquí, el símbolo y su significado son propiedad de la situación interactiva. Cabe decir

que la existencia de tal significado no implica necesariamente la conciencia del mismo, puesto que ello solo se consigue a través de la simbolización.

Y en tercer lugar, Emilé Durkheim (1898) estableció diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, explicando que lo colectivo no podía ser reducido a lo individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos culturales colectivos. Al respecto Ignacio Martín-Baró (1985) señala que: una sociedad mantiene su unidad debido a la existencia de una conciencia colectiva. La conciencia colectiva consiste en un saber normativo, común a los miembros de una sociedad e irreducible a la conciencia de los individuos, ya que constituye un hecho social.

Fundamentado en su visión teórica Durkheim se atreve a hacer la diferencia entre Sociología y Psicología: a la primera le corresponde analizar todo acerca de las representaciones colectivas y a la segunda lo propio de las representaciones individuales.

El autor señala que: *“las representaciones colectivas son exteriores a las conciencias individuales y no derivan de los individuos tomados aisladamente sino en su conjunto.”*²⁸

²⁸Gastrón, Liliana. (2013). "Dimensiones de la Representación Social de la Vejez." Prólogo de Denise Jodelet. Editorial Eudem. Mar del Plata, Argentina. Pág. 32.

La noción de representación social tiene sus orígenes en los trabajos de Durkheim (1859-1917), sociólogo francés que ya hace más de un siglo formuló la hipótesis de la existencia de un pensamiento colectivo, una especie de conciencia grupal encargada de dirigir parte del comportamiento de los hombres.

Esta idea no tuvo mucho impacto en el mundo científico de la época y prácticamente desapareció en el transcurso de la primera mitad del siglo XX. Una de las razones para este olvido fue el intento de la ciencia de eliminar, como una parte de su objeto de estudio, todo atisbo de contenido mental. En el caso de la Psicología, este rechazo de lo mental actuó como un fuerte obstáculo para la aceptación de la idea de "mente colectiva", debido a la primacía alcanzada por el modelo conductista, el cual sólo aceptó como válido el estudio del psiquismo humano en términos de conductas observables, reduciendo la Psicología Social al comportamiento individual.

CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN SOCIAL

A continuación, desarrollaremos el concepto de Representación Social, introducido por Psicólogo Social Francés, Serge Moscovici:

“La representación social es una modalidad particular del conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...). Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligibles la

realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (1979)

(...) es el conocimiento del sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce. Al tener la representación social dos caras -figurativa y la simbólica- es posible atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura.”²⁹

En 1981 el autor las define como:

“Conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales, puede, incluso afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común.

(...) concibe que estas formas de pensar y crear la realidad social estén constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son solo formas de adquirir ni reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de

²⁹Mora, Martín.(2002). "La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici." Universidad de Guadalajara (México). Athenea Digital-núm. 2. Pág.7.

*sentido a la realidad social. Su finalidad es la de transformar lo desconocido en lo familiar.”*³⁰

Siguiendo el mismo lineamiento del autor anteriormente mencionado, Denise Jodelet (1984) propone la siguiente definición de representación social:

*“este concepto designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común (no científico) cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social.”*³¹

Estas constituyen modalidades de pensamientos prácticos orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. Presentando características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación se refieren a las condiciones y a los contextos en que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás.

CARACTERÍSTICAS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Las representaciones sociales se caracterizan por:

³⁰ Ramos, Valeria; Sepúlveda, Ana Lina. (2002). "Representación Social de la Vejez en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata." Tesis de Grado. Facultad de Psicología. Mar del Plata, Argentina. Pág. 4.

³¹ Ídem. Pág. 5.

- Adoptar distintas formas: imágenes que condensan un conjunto de significados, sistema de referencias para interpretar lo que nos sucede, categorías para clasificar las circunstancias, fenómenos e individuos con quienes debemos tratar, teorías para establecer hechos sobre ellos, etc.
- La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se articulan lo psicológico con lo social.
- La representación social cumple tres funciones básicas: cognitiva de integración de lo novedoso, de interpretación de la realidad y de orientación de las conductas y de las relaciones sociales. Jodelet (1984).
- Son también una forma de reconstrucción mental de la realidad. Al respecto Banchs, M. (1986) dice que “... *al representarnos algo estamos a la vez retocando nuestro sistema previo de representaciones del mundo por un lado y por el otro retocando al objeto de nuestra representación...*”.³²
- Tiene un carácter simbólico y significante. La representación no es solo una mera reproducción del objeto ausente, sino que es una construcción, donde el sujeto aporta algo creativo.

³² Ramos Valeria, Sepúlveda, Ana Lina.(2002). "Representación Social de la Vejez en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata." Tesis de grado. Facultad de Psicología. Mar del Plata, Argentina. Pág. 5 y 6.

- Dado que los sujetos son activos en la apropiación y construcción de las representaciones sociales, cada uno de ellos va a producir y reproducir de la misma forma.
- Sus contenidos pueden ser conscientes o inconscientes.
- Las categorías que estructuran o expresan las representaciones sociales son categorías del lenguaje.
- Las representaciones sociales no son estáticas que mutando a medida que cambian las condiciones de la sociedad que las produce.

DIMENSIONES DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

De acuerdo con Moscovici (1976), las representaciones sociales deben analizarse según tres dimensiones: la información, el campo de representación (o imagen) y la actitud.

La información es la suma de conocimientos que un grupo posee sobre un objeto social. Se busca conocer la cantidad de información y calidad (origen, grado de estereotipia, etc.).

El campo de representación es el conjunto estructurado de la representación. Se busca no solo conocer el contenido sino también su organización, pues para Moscovici (1976) *“el campo de la representación existe cuando aparece una unidad jerarquizada de elementos... el campo de representación nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de proposiciones referidas a un aspecto preciso del objeto: el campo es función de*

*los saberes que los individuos tienen a disposición, así como el accionar dado a estos saberes. Diferentes grupos sociales pueden compartir ciertas partes del campo de representación y divergir en otras.”*³³

La actitud expresa la orientación positiva o negativa, de un grupo hacia el objeto de representación. Hay que señalar que esta dimensión no está en relación directa con la información ni con el campo de representación. Por ello, una información reducida y un campo de representación poco organizado pueden estar vinculados con determinados puntos de vista hacia un objeto social dado.

PROCESOS BÁSICOS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Se pueden distinguir dos procesos básicos que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación colectiva y como ésta misma modifica lo social: la *Objetivación* y el *Anclaje*.

La objetivación consiste en transformar entidades abstractas en algo concreto y material, los productos del pensamiento en realidades físicas, los conceptos en imágenes. Este proceso tiene un triple carácter: es una construcción selectiva, es una esquematización estructurante y produce una naturalización; dado que en el primer momento seleccionamos ciertos conceptos y los separamos del contexto donde estaban, en una segunda fase se forma un núcleo figurativo, una estructura de imagen que constituye el sustrato estable de toda

³³ Gastrón, Liliana.(2013). "Dimensiones de la Representación Social de la Vejez." Prólogo de Denise Jodelet. Mar del Plata, Argentina. Pág. 27.

representación, alrededor de la cual se organizará el contenido de la representación y finalmente los elementos de la representación al ser materializados adquieren una vida real distinta de aquella de su contexto original. (Jodelet 1984)

Dentro de la objetivación se expresan tres etapas distintas pero complementarias: elección y descontextualización, esquematización y naturalización.

a. Elección y descontextualización. Hace referencia a la selección de la información que es sugestiva para el individuo. Esta selección se lleva a cabo mediante los criterios de carácter social que enmarcan al objeto de interés de la persona. La selección actúa como un filtro que retiene aquellos elementos significativos y rechaza otros por no ser pertinentes.

b. Esquematización. Se refiere al esquema por medio del cual se hace visible la estructura conceptual. Esto quiere decir, que los diferentes componentes de una realidad social concreta son visualizados a través de los elementos más significativos.

c. Naturalización. Consiste en hacer concretos a los elementos figurativos, los cuales se transforman en elementos de intercambio "natural" en las relaciones cotidianas. Por medio de la naturalización se alcanza la "codificación" y un mayor delineamiento de los fenómenos sociales. Se concreta en chistes, concepciones del mundo, formas de valorar el comportamiento de los demás, etcétera.

El anclaje, siguiendo a Banchs, M. (1986) “ *es la atribución de significados que se corresponden a la figura del núcleo de la representación*”.³⁴

Supone un proceso de categorización a través del cual clasificamos y damos un nombre a las cosas y a las personas. Este proceso permite transformar lo desconocido en un sistema de categorías que nos es propio.

El anclaje designa tanto las formas de inserción en lo social como la función que se deriva de ello. Se trata, como lo afirma Jodelet (1993), del enraizamiento social de la representación y de su objeto. En este caso, la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos a las representaciones sociales.

En el anclaje se manifiestan, esencialmente, tres aspectos que permiten captar el funcionamiento de la representación social: *el sistema de interpretación, la significación y la función de integración*.

El Sistema de interpretación. Indica el funcionamiento de la representación social como un sistema de interpretación. En este proceso se atribuye un valor de utilidad social a los contenidos de la realidad representada y se los jerarquiza confiriéndoles un determinado valor. Esta valoración, por supuesto, no depende exclusivamente de la persona que realiza la interpretación, sino que está fuertemente influenciada por las condiciones sociales.

³⁴ Ramos, Valeria; Sepúlveda, Ana Lina. (2002). "Representación Social de la Vejez en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata." Tesis de Grado. Facultad de Psicología. Mar del Plata, Argentina. Pág. 7.

Este sistema está estrechamente relacionado con el conjunto de valores que profesa la sociedad de la que es parte la persona, sirve de instancia mediadora capaz de regular las relaciones sociales, proponiendo categorías para el análisis y la asimilación de la realidad y formas de actuar frente a los demás o de evaluar su comportamiento.

La Significación. Está relacionada con la configuración de la representación social como una “Red de Significaciones”, como un conjunto de elementos de la realidad derivados del sistema de valores producido y aceptado por la sociedad. En este sentido, todo pensamiento social del individuo sólo podrá ser comprendido gracias al vínculo que establece con la red de significaciones pre-existente en la sociedad, permitiéndole al individuo hacer explícita su pertenencia a un determinado grupo cultural.

Y por último la función integradora, hace referencia a la inserción de la representación social en sistemas de pensamiento ya existentes y que podrían estar aislados por contextos diferentes. Se trata de la acción encaminada a lograr la conmensurabilidad de los diferentes sistemas de pensamiento social.

COMPONENTES Y ESTRUCTURAS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

A continuación, se describirá los componentes y la estructura de las representaciones sociales.

En la representación social se destacan dos componentes importantes: el proceso psicológico y el contenido. Estos componentes no son elementos aislados, sino que están íntimamente relacionados, uno se forma en el otro y viceversa. El proceso psíquico tiene que ver, principalmente, con la estructura y el funcionamiento cognitivo, que como lo señala Bruner (1997), son producto tanto de la biología (expresada en el funcionamiento del cerebro) como de la cultura. En cuanto al contenido, éste se relaciona con la información proveniente de los hechos socioculturales significativos.

En palabras de Jean Claude Abric *“Una representación social es una unidad organizada y jerárquica de juicios, de actitudes y de información que un grupo social dado elabora a propósito de un objeto. Las representaciones sociales resultan de un proceso de apropiación de la realidad, de reconstrucción de esta realidad dentro de un sistema simbólico. Ellas son interiorizadas por los miembros del grupo social y luego engendradas y compartidas colectivamente”*.³⁵

La estructura de las representaciones sociales está constituida por dos componentes: el núcleo central y el sistema periférico, los cuales son a la vez un producto como un proceso de la actividad mental, a través de la cual los individuos reconstruyen la realidad social y en la interacción humana cumplen funciones diferentes pero complementarias.

³⁵ Aguirre Dávila, E. (2004). "Representaciones Sociales y Análisis del Comportamiento Social". Psicología Social. Capítulo I. Pág. 6. Colombia. Archivo en PDF.

El núcleo central de la representación presenta las siguientes características:

- Está directamente relacionado y determinado por condiciones históricas, sociológicas e ideológicas, esto es, que está fuertemente marcado por la memoria colectiva del grupo y por el sistema de normas que éste posea.
- Es estable, coherente y resistente a los cambios, rasgos que constituyen una segunda función, la de continuidad y consistencia de la representación.
- Se puede decir que es relativamente independiente del contexto social y material inmediato en el que aparece la representación.

Entonces, el núcleo central será un sistema, estable y coherente, de creencias, actitudes y valores, en el que se manifiesta el consenso históricamente determinado.

El sistema periférico es el complemento indispensable del núcleo central y depende estrechamente de éste. Posee las siguientes características:

- Si el núcleo central es esencialmente normativo, el sistema periférico es funcional, lo que quiere decir que éste permite a la representación relacionarse con la realidad circundante. Entonces, su primera función es la de concretar el sistema central en términos de una toma de posición o de un curso de acción.
- A diferencia del núcleo central, el sistema periférico es más sensitivo a la influencia del contexto inmediato y está fuertemente marcado por las características que éste posee. Esta sensibilidad se expresa en ductilidad y flexibilidad, aspectos que regulan la adaptación del sistema central a una

situación concreta, con lo cual se constituye en el mecanismo de defensa del significado central de la representación; en otras palabras, es el elemento de contacto (interface) entre la realidad y el núcleo central.

- El sistema periférico permite la modulación individual de la representación, integrando la representación a las particularidades individuales, esto es, relacionándola a la historia personal. En otras palabras, con la modulación individual el sistema periférico se hace flexible, adaptativo y relativamente heterogéneo.

Entonces, los elementos periféricos pueden ser asimilados a esquemas de pensamiento social, en tanto que son instrumentos que tienen la finalidad de asegurar el funcionamiento de las representaciones sociales, expresado en el conocimiento capaz de interpretar las distintas situaciones sociales. Así, en tanto que son esquemas pueden indicar "lo que es normal", "lo que está permitido hacer" o "lo que es permitido pensar".

Como se planteó anteriormente, la Teoría de las Representaciones Sociales constituye un valioso instrumento para la comprensión del comportamiento social. A través de esta teoría se puede dar cuenta de las formas de pensar compartidas por los miembros de un grupo determinado y la posibilidad de influir sobre la realidad social, para fortalecer o modificar los comportamientos asociados a estas formas de pensar. El conocimiento presente en las representaciones sociales es de carácter práctico y prescriptivo, dice "que hacer" en las diferentes situaciones de la vida diaria. Conocer cómo está

estructurada una representación y la relación que guarda con determinadas prácticas sociales, es probable que ayude al desarrollo de acciones más focalizadas sobre los distintos aspectos de la vida social. En términos más específicos, si se pueden determinar las ideas que constituyen el núcleo central de la representación, se hace más fácil la transformación de la representación y por ende el comportamiento de las personas.

Las representaciones sociales aparecen en las sociedades modernas en donde el conocimiento está continuamente dinamizado por las informaciones que circulan y que exigen ser consideradas como guías para la vida cotidiana. Esta es una de las características por las cuales las representaciones sociales difieren de los mitos, ya que las representaciones no tienen la posibilidad de asentarse y solidificarse para convertirse en tradiciones ya que los medios de información de masas exigen el cambio continuo de conocimiento.

Se distingue que la ciencia, el conocimiento del sentido común tiene rasgos que se diferencian de la ideología.

Para Moscovici, la Ciencia se preocupa por controlar la naturaleza o por decir la verdad sobre ella (ideología), se esfuerza más bien por proporcionar un sistema general de objetivos o por justificar los actos de un grupo humano.

Por otro lado, las representaciones sociales contribuyen exclusivamente al proceso de formación de conductas y a la orientación de las comunidades. Resolver problemas dar forma a las interacciones sociales, proporcionar un

patrón de conductas, son motivos para constituir una representación de separarse de lo que es la ciencia y lo que es la ideología.

De esta manera se plantea que la ciencia se liga ideológicamente con el poder de “quien sabe”, en cambio el sentido común se liga con la vulgaridad y la caída de ese saber.

Moscovici y Hewstone, (1984) plantean al sentido común, como una especie de conocimiento de menor jerarquía científica y que suele aparecer de dos formas:

Primero, hace referencia a que aparece como cuerpo de conocimiento producido en forma espontánea por los miembros de un grupo, basado en la tradición y el consenso. Siendo un conocimiento de primera mano. Segundo, se refiere a la suma de imágenes mentales y de lazos de origen científico, consumidos y transformados para servir en la vida cotidiana.

De acuerdo a lo mencionado se plantea que el sentido común es una forma de pensamiento social que puede resultar valiosa para el análisis, descripción y desmantelamiento de la ideología como discurso de dominación.

Fernández Chirstlieb menciona que, “*a la sombra del sentido común existe la colectividad efervescente en privado*, partiendo de esta hipótesis puede argumentarse que, *la Psicología Colectiva debe dedicarse a romper el sentido común.*”³⁶

³⁶ Mora, Martín. (2002). "La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici." Universidad de Guadalajara. México. Athenea Digital. N° 2. Págs. 21 y 22.

Se plantea que el conocimiento surge de la vida en comunidad, y se lo denomina como saber del sentido común, el cual se impone como la explicación más extendida y determinante de las relaciones de intercambio social, estableciendo de esta manera, el pensamiento social de una comunidad.

Como profesionales de la salud, debemos tener presentes las normas culturales y las características contextuales que influyen en la interacción social.

Desde la Terapia Ocupacional utilizamos el concepto de representación social como una herramienta valiosa, ya que nos permitirá comprender el comportamiento social sobre la vinculación prenatal. Conocer estas representaciones nos brindará una mirada más profunda sobre las actitudes, creencias, valores, conocimientos y percepciones que ellas tengan. De esta manera, las acciones estarán dirigidas a resignificar las representaciones con la finalidad de contribuir al desarrollo de un vínculo prenatal saludable.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Problema

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre vínculo prenatal que poseen las embarazadas primerizas que concurren a los controles prenatales durante el mes de octubre de 2016 al Hospital Municipal Subzonal Felipe A. Fossati y al Centro Integrador Comunitario II de la ciudad de Balcarce?

Enfoque

Se utilizó un enfoque de tipo cualitativo en donde se intenta comprender en profundidad qué conocimientos poseen las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal.

La realidad que resulta importante es la que las propias personas experimentan. Se intentará una aproximación al entendimiento de las representaciones acerca del vínculo prenatal de las madres embarazadas.

Perspectiva que es holística y al mismo tiempo se centra en los propios procesos de cada persona, ya que desde la lógica cualitativa se considera que lo que se dice y se hace es producto de la manera en que cada uno define el mundo y por consiguiente permite conocer los significados sociales que las personas le adjudican al mundo que las rodea, en este caso al objeto de estudio.

La comprensión se logra a través de métodos cualitativos como lo son la observación, la entrevista focalizada, el grupo focal. Estos métodos permiten

obtener datos descriptivos (las palabras de las personas, las conductas observadas) y así generar un proceso de inductivo de producción del conocimiento, interpretando los datos en un proceso espiralado de relación teoría-empíria.

De acuerdo a su dimensión temporal fue de corte transversal o transeccional ya que los datos fueron recolectados en un solo momento y un tiempo único.

En cuanto a la profundidad del tipo de estudio fue descriptivo porque el propósito fue conocer cómo se manifiesta en la realidad la variable en estudio.

Población

Embarazadas primerizas que cursan entre el segundo y tercer trimestre de gestación que asisten a los controles prenatales en el Hospital Municipal Subzonal Felipe A. Fossati y al Centro Integrador Comunitario II de la ciudad de Balcarce.

Muestra

Se encuentra conformada por entre 6 y 10 embarazadas primerizas.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

-Embarazadas primerizas que cursan el segundo y el tercer trimestre de gestación.

-Edades comprendidas entre 15 y 35 años.

-Pertenecentes a la zona geográfica comprendida entre la Avenida Caseros hasta la calle 120 y de la calle 9 hasta la calle 23; excepto el barrio Pueblo Nuevo Viejo que abarca el área comprendida desde la calle 120 hacia la calle 122 y desde calle 37 hacia la 41 de la ciudad de Balcarce.

-Embarazadas primerizas que concurren a realizarse los controles prenatales al Hospital Municipal Subzonal Felipe A. Fossati y al Centro Integrador Comunitario N° II de la ciudad de Balcarce.

Criterios de exclusión

-Embarazadas primerizas que realizan sus controles prenatales en el ámbito privado.

-Embarazadas primerizas que no concedan el consentimiento de participar en la investigación.

-Embarazadas con complicaciones y/o patologías severas durante el embarazo.

Método de selección de la muestra: NO ALEATORIA POR CONVENIENCIA

El método de selección de la muestra es no probabilística.

Definición de la variable

Definición científica

Vínculo prenatal es la relación que se establece entre la madre y el niño por nacer a partir de la toma de conciencia de su embarazo, donde intervienen numerosos factores determinando el desarrollo psicoafectivo del niño cuya principal función radica en la protección y bienestar del feto.

Dimensionamiento de la variable

Vínculo Prenatal

1) Dimensión Psicológica

A. Cognición: Pensamientos y representaciones sobre su futuro bebé.

B. Afectivo: Empatía/placer por su estado.

2) Dimensión Corporal: percepciones de su cuerpo en relación a su bebé (si se acaricia la panza, si percibe a su bebé en su panza).

3) Dimensión Verbal (si le habla, le canta a su panza).

4) Dimensión comportamental: hacen referencia a las acciones que apunten al bienestar de su bebé (controles prenatales, hábitos, asistencia al taller de parto u otros talleres).

Técnicas de recolección de datos

-Entrevista semiestructurada: es una herramienta utilizada en las investigaciones cualitativas, donde el entrevistador lleva una guía con los temas a cubrir, los términos a usar y el orden de las preguntas, en donde

podrán cambiarse según el curso que tome la entrevista. En base a las respuestas a estas preguntas irán surgiendo diversos puntos de interés, en donde e investigar debe ahondar con más preguntas no preparadas.

Las entrevistas irán dirigidas a las embarazadas primerizas que participen de dicha investigación.

Los temas a investigar se refieren a las representaciones sociales que poseen las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal, así como también indagar sobre aspectos relacionados con el contexto socio ambiental.

Esta entrevista nos permite profundizar sobre las temáticas propuestas, a través de la indagación y la exploración, facilitando de esta manera la cooperación y la empatía entre el terapeuta ocupacional y las embarazadas.

-Observación directa: Es un instrumento de recolección de información muy importante. Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta de las embarazadas primerizas.

Las observaciones se realizarán en salas de espera y espacios previamente acordados.

- Grupo Focal: es una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada la cual gira alrededor de una temática propuesta. Su justificación y validación teórica se funda sobre un postulado básico en el sentido de ser una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macrosocial.

Es guiada por un conjunto de estrategias diseñadas para alcanzar un objetivo particular. El principal propósito es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en las embarazadas primerizas.

El grupo focal se centra en la interacción dentro del grupo, la cual gira alrededor del tema propuesto.

Las estrategias que se utilizarán dentro del grupo focal serán imágenes visuales y materiales audiovisuales referidos al Vínculo Prenatal. Se utilizará dicha técnica de manera grupal como complemento de las demás, con el objetivo de ampliar y profundizar el conocimiento que no haya surgido de manera individual.

-Recopilación documental: consulta en historias clínicas de los datos que se irán a extraer son datos filiatorios, como así también, tiempo de gestación, antecedentes personales y familiares, y nivel de instrucción.

- Entrevistas con informantes claves: se incluyen consulta a ginecóloga, médico clínico, trabajadora social y terapeuta ocupacional.

Los temas sobre los que se consultara son: número de embarazadas que concurren a los controles prenatales, edades promedio, asistencia de controles ginecológicos y características socio-ambiental de dicha población.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

-Baptista Lucio, P., Fernández Collado, C., Hernández Sampieri, R., (2003).
“Metodología de la investigación”; México- Mcgraw- Hill; 3ra edición. Págs 391-
411.

-Bodgan, R. y Taylor , S.J. .(1992). Introducción a los métodos cualitativos de
investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires. Editorial Paidós.

-Valles Miguel S. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Editorial
Síntesis. Madrid, España.

ANÁLISIS DE DATOS

La población de estudio quedó conformada por 10 embarazadas primerizas que realizaron sus controles prenatales en el Centro Integrador Comunitario N° II y en el Hospital Municipal Subzonal Felipe A. Fossati de la ciudad de Balcarce.

Se administraron dos técnicas de recolección de datos, entrevista semiestructurada y técnica de grupo focal, de las cuales 6 embarazadas primerizas participaron del grupo focal y 10 de la entrevista. Las edades oscilaron entre los 15 y los 33 años. La mayoría se encontró cursando el segundo y tercer trimestre de embarazo.

Desde el enfoque de salud, resulta importante comprender los factores protectores y de riesgo presentes en la comunidad.

En la entrevista se registró que la mayoría no culminó sus estudios secundarios, siendo el motivo de la deserción la maternidad precoz. Por ejemplo, “dejé la escuela porque quede embarazada” (S, 15 años); “abandoné por estar embarazada” (D, 17 años); “cuando estás embarazada no puedes ir con los mismos del salón, tienen otros intereses, están todo el día a los gritos (...) una embarazada tiene que estar tranquila y la mayoría están tirándose cosas” (M, 17 años).

Parte de las mamás hicieron referencia a que los establecimientos educativos no facilitan ni tampoco promueven la inclusión educativa de las adolescentes

embarazadas. Por ejemplo, “dejé de ir al colegio porque me dormía, desde el colegio me iban a dar los módulos y todavía sigo esperando” (R, 16 años).

Hubo jóvenes que expresaron su deseo de finalizar sus estudios, por ejemplo, “en algún momento voy a terminar porque la secundaria la necesitas sí o sí” (M, 17 años).

Se registró un alto porcentaje de embarazos adolescentes cuyas edades oscilaron entre los 15 y 19 años de edad. Es para destacar que casi en su totalidad ellas conviven con su pareja, expresando una buena relación con el padre del bebé, por ejemplo, “nos llevamos muy bien, vivimos en pareja” (M, 20 años); “buena, estoy viviendo con mi pareja” (R, 16 años); “excelente” (J, 19 años). La mitad de las jóvenes conviven además con su grupo familiar primario, por ejemplo, “con mis papas y mi pareja, nos estamos haciendo la casa atrás” (M, 17 años); “con mi mamá, mis tres hermanos y mi padrastro” (S, 15 años). En relación a la edad de la pareja, se hallaron diferencias significativas, observándose que en algunos casos se acercaba a duplicar su edad.

Más de la mitad de las embarazadas primerizas no trabaja, siendo las necesidades básicas solventadas por la pareja, el grupo familiar primario y por la asignación universal por embarazo, mientras que las que sí lo hacen, son las de mayor edad y se desempeñan en trabajos de tipo formal (comerciante, asistente social y acompañante terapéutico).

La actividad laboral que predominó en sus parejas, es de tipo informal encontrándose relacionada a la agricultura y la ganadería.

La mitad posee en su vivienda la totalidad de los servicios, mientras que la otra mitad carece de gas natural y red de saneamiento.

Respecto a los hábitos tóxicos más de la mitad expresó haber abandonado el hábito de fumar y consumir bebidas alcohólicas a partir de enterarse de su embarazo, por ejemplo, “ahora no fumo pero antes fumaba y me costó dejarlo” (D, 17 años); “sí fumaba, dejé cuando me enteré del embarazo” (M, 17 años); “sí fumaba, dejé ni bien me enteré del embarazo” (E, 33 años).

En cuanto a la salud de las embarazadas se registró en menor porcentaje casos de complicaciones durante el embarazo relacionadas con antecedentes de enfermedades familiares y pérdida de embarazos, por ejemplo, “perdí un embarazo por eso me dijeron que éste es un embarazo de riesgo” (M, 17 años); “tengo presión alta” (M, 20 años).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se pudo detectar la presencia de factores de riesgo, en la población estudiada, entre ellos se hallaron la maternidad precoz, la deserción escolar y las condiciones habitacionales precarias. Por otro lado, entre los factores protectores registrados se encontraron relaciones estables de parejas, apoyo y contención del grupo familiar primario, ausencia de hábitos tóxicos, embarazo saludable,

descendencia sana y acceso al sistema de salud y asistencia a los controles prenatales.

Prevalecieron los factores protectores debido a que la población estudiada cuenta con redes sociales de sostén, tanto por parte del grupo familiar primario como del Centro Integrador Comunitario, donde los agentes de salud buscan fomentar el rol de la comunidad a través de un acompañamiento y contención de las embarazadas primerizas.

Vínculo Prenatal

Una representación social es una unidad organizada y jerárquica de juicios, de actitudes, de conocimientos y de información que un grupo social dado elabora en relación a una determinada temática, influenciada por el entorno social de la comunidad en la que se encuentran inmersos. En dicha investigación se trató de indagar sobre aquellas representaciones sociales que poseían las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal.

De acuerdo a lo expuesto teóricamente el concepto de vínculo se encuentra fuertemente ligado a aspectos afectivos en relación a la figura de apego, cuando se interrogó sobre dicho concepto las embarazadas primerizas lo asociaron a sentimientos positivos entre ellos amor y cariño, por ejemplo, “tiene que ver con el amor” (M, 17 años); “para mí es cariño” (S, 31 años); “para mí es una conexión de amor” (C, 19 años).

Se refirieron al concepto de vínculo prenatal como una conexión única y exclusiva entre la madre y su bebé, relacionándola directamente con la posibilidad de procrear, desligando de este modo a la figura paterna como miembro de esta relación vincular, tal como lo menciona Muller haciendo referencia a una relación única de la madre hacia el feto, independientemente de los sentimientos que posea la madre sobre sí misma, por ejemplo, “es una conexión única que tenemos las mamás nada más, que se mueva, que te duela todo es algo exclusivamente nuestro” (S, 31 años); “es una relación entre nosotras que no la siente ni el papá ni nadie por más que te ponga la mano en la panza no es lo mismo” (C, 19 años); “y sí, lo lleva la madre, el padre dice sí soy el padre pero no sabe lo que la mujer pasa” (M, 17 años).

En la totalidad de los casos se registró que sus reacciones ante la noticia del embarazo fueron variadas, expresando sentimientos de felicidad, miedo, sorpresa, tristeza, rechazo y negación, ya que desde el punto de vista psíquico, el embarazo se caracteriza por una susceptibilidad emocional acompañada de profundos cambios fisiológicos que se reflejan en la psicología materna.

El sentimiento de miedo, en uno de los casos, (C, 19 años) estuvo ligado a la pérdida de un embarazo reciente, pudiendo ser ésta situación la desencadenante de dicho sentimiento; en otro de los casos la maternidad fue percibida como un acontecimiento desconocido que generó este sentimiento (R, 29 años), siendo éste un dato relevante debido a que la mayoría de las embarazadas expresaron sentimientos de felicidad.

Por otro lado, el sentimiento de rechazo se encontraría relacionado con la interrupción de los estudios educativos, a la inestabilidad laboral de las parejas y a la falta de planificación familiar.

Por ejemplo, “contenta con mezcla de sentimientos, soy muy chica y el papá se borró” (S, 15 años); “bien, no lo esperaba, no lo podía creer pero después me puse contenta” (D, 17 años); “con miedo porque antes perdí un embarazo pero a la vez con mucha felicidad” (C, 19 años); “al principio mal, porque la noticia interrumpió mis estudios, con tristeza y ahora re contentos, además el papá del bebé tiene un trabajo estable” (J, 19 años); “con miedos porque es algo nuevo para mí, pero sobre todo re contenta, lo esperábamos mucho” (R, 29 años).

Se distingue la particularidad de un caso, en donde una de la jóvenes manifestó miedo y temor ante la noticia del embarazo, dando a conocer su experiencia traumática vivida tras perder un embarazo reciente de 8 semanas de gestación. Al momento de realizarse la ecografía detectaron que su bebé se encontraba sin vida, haciéndola parir mediante un parto inducido.

Durante el relato, la joven utilizó un tono de voz elevado acompañado de una postura corporal cargada de tensión y enojo al referirse a dicha situación, manifestando su descontento y desagrado hacia los profesionales que la asistieron en el hospital al momento del control.

Cabe destacar, que en la mayoría de los casos, si bien el embarazo no fue buscado en ninguno de ellos se expresó deseo de interrumpirlo, siendo la

maternidad percibida como una situación naturalizada por el grupo familiar, repitiendo de algún modo, la historia materna de embarazos tempranos.

El vínculo prenatal presenta diversas manifestaciones, entre ellas se encuentran las cognitivas, afectivas y comportamentales, permitiendo el desarrollo de habilidades propias de la función materna. En cuanto al aspecto cognitivo, se relevó que la mayoría refirió dificultades en representar mentalmente a su bebé, siendo este, un dato relevante puesto que el embarazo es un período clave para la emergencia de dichas representaciones, por ejemplo, “no, me cuesta pensarlo” (C, 17 años); “me cuesta imaginarlo de bebé” (M, 20 años); “no me lo imagino” (J, 17 años).

Desde el punto de vista vincular, durante el embarazo se construyen las representaciones mentales. De acuerdo a los datos obtenidos, resultó significativo que si bien no se imaginaron a su bebé, la mayoría pudo percibirse como futura mamá. Entendiendo la maternidad como un proceso de interacciones emocionales que les permitirá adquirir cualidades de madre, que son generadas fundamentalmente por las interacciones precoces con su bebé por nacer. Por ejemplo, “seré buena y protectora...” (R, 29 años); “sí voy a ser una mamá responsable y estricta” (M, 20 años); “sí seré autoritaria y con muchos miedos” (S, 29 años).

Se distingue un caso particular, en el cual la joven se encuentra a pocos días de dar a luz, donde expresa temor hacia los bebés recién nacidos percibiéndolos desde un lugar de fragilidad, “a mí me dan impresión los recién

nacidos tan chiquitos, nunca me anime a agarrar a un bebé tan chiquito” (J, 19 años).

Desde el punto psíquico, el embarazo, se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido, es decir, la calidad y el tipo de las representaciones que la madre genere durante el embarazo se relacionan estrechamente con su propia historia de apego. En relación a esto, nos parece significativo citar que una de las jóvenes expresó su imposibilidad de percibirse como futura mamá haciendo referencia a la relación conflictiva que mantenía con su madre.

Dentro del aspecto afectivo, las jóvenes expresaron placer por su estado haciendo mención además a diversos malestares durante los primeros meses de gestación, por ejemplo, “ahora bien, antes tuve náuseas y vómitos”, por ejemplo, (D, 17 años); “más tranquila, con muchas nauseas, acidez y sueño” (C, 19 años); “bien, tranquila, algunas comidas no me pasan como el mate y el tuco” (M, 17 años).

En relación al aspecto comportamental, en su totalidad asistieron a realizarse los controles prenatales, la mayoría con una frecuencia mensual, mientras que las que se encontraban en cercanía a la fecha del parto lo hicieron semanalmente. Se registró nula participación en talleres y cursos orientados a embarazadas y sin manifestar deseos de participar en ellos. Otras de las acciones dirigidas al bienestar del bebé que se manifestaron fueron la

modificación de diversos hábitos como dejar de fumar y de consumir bebidas alcohólicas, aumentar el descanso, la restricción en las salidas de ocio y la alimentación saludable.

Las percepciones del cuerpo en relación al bebé y las acciones maternas forman un aspecto significativo del vínculo prenatal. La mayoría de las embarazadas percibieron a sus bebés a través de diversos movimientos, por ejemplo, “sí, todo el día se mueve, pateo mucho” (S, 15 años); “sí, como una sensación rara que se te mueve algo dentro, tipo burbujeo” (C, 19 años); “sí, con movimientos suaves dentro de mi panza” (E, 33 años); “sí, con cosquillas y pequeñas patadas, cuando me baño se me pone la panza ovalada” (M, 17 años).

En lo que respecta a las acciones maternas se registró que en su totalidad buscaban conectarse con su bebé a través de caricias, de lenguaje verbal y sonidos, por ejemplo, “sí, acaricio mi panza y le pongo música lenta” (S, 15 años); “sí, me toco la panza y le hablo” (M, 17 años); “sí, me acaricio la panza todo el tiempo” (S, 29 años); “sí, me toco mucho la panza, ya es costumbre y le canto cuando me acuesto a dormir la siesta” (R, 29 años).

Teniendo en cuenta lo expuesto en el marco teórico, se pueden distinguir tres tipos de vínculo: vínculo seguro, vínculo inseguro ambivalente, vínculo inseguro evitativo; de acuerdo a estos tipos de vínculo se presentan diferencias de contenido, calidad y cantidad de representaciones maternas. En relación a las representaciones que poseen las embarazadas primerizas sobre su hijo, se

detectó que podría prevalecer un vínculo inseguro ambivalente ya que hubo escasas representaciones fetales, debido a la imposibilidad de imaginar a su bebé, apreciándose dificultades por parte de la madre para generar representaciones coherentes y específicas de su hijo.

Estas representaciones se encuentran atravesadas por los temores de la madre, lo que se extiende a distintos planos representacionales en relación a su embarazo. No obstante, se observaron características favorables en relación a la concepción de ser madre capaz de proveer cuidado y seguridad.

Los tipos de vínculo proporcionarán las bases para la constitución de futuros vínculos posnatales, siendo estos condicionantes en el desarrollo emocional del niño.

Por otro lado, la embarazada atraviesa la maternidad en función de su historia personal, la estructura de su personalidad y la situación que se encuentra atravesando, las vivencias durante la maternidad están nutridas por las reminiscencias de experiencias y pulsiones estructuradas en la infancia, siendo de esta manera, los procesos psíquicos inconscientes más complejos en relación a los procesos conscientes.

El periodo perinatal es un momento de gran neuroplasticidad tanto para la madre como para el bebé, siendo influenciado por el ambiente, condicionando el desarrollo psíquico del ser humano.

La madre funciona como un sucedáneo del útero biológico debiendo crear las condiciones de un ambiente facilitador. Esto resulta importante ya que el desarrollo del bebé dependerá tanto del bagaje que trae el niño al nacer como también del entorno materno.

Durante la administración de la entrevista semiestructurada y el desarrollo del grupo focal se registró al comienzo que las jóvenes mantuvieron una postura receptiva, por momentos poco participativa con timidez al responder utilizando un bajo tono de voz. A medida que transcurrió el encuentro, las mamás se mostraron interesadas con los relatos que iban surgiendo, escuchando con atención y participando activamente del mismo.

En su totalidad, las participantes expresaron su conformidad y agradecimiento con el encuentro, por ejemplo, “está bueno, es la primera vez que vengo a un taller” (C, 19 años); “me encantó, porque nunca compartí con otras embarazadas, por eso vine para tener la experiencia” (J, 19 años).

Como así también ante el interrogante ¿creen que es necesario que haya talleres orientados a embarazadas? remarcaron la importancia de estos espacios destinados a jóvenes embarazadas primerizas, por ejemplo, “sí, más para las chicas jóvenes porque no saben a lo que se exponen cuando van a ser mamá” (M, 17 años); “sí, porque aprendí cosas que no sabía y te da más seguridad” (R, 16 años); “sí, porque somos jóvenes y compartimos dudas” (J, 19 años).

Teniendo en cuenta lo mencionado con anterioridad, las jóvenes expresaron la necesidad de incluir nuevas temáticas en próximos encuentros, entre estas surgieron Vínculo Paterno, Vínculo Posnatal y Talleres de Parto y Posparto.

CONCLUSIÓN

Desde el enfoque de Atención Primaria de la Salud renovada, se concibe a la salud como un derecho humano fundamental, siendo una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona. Se entiende a la salud como la *“capacidad del sujeto de responder satisfactoriamente al entorno desplegando sus potencialidades, en el cual intervienen diversos procesos biopsicosociales”*, según Monchietti y Krzemien.

Las acciones del terapeuta ocupacional, como profesional de la salud, se enmarcan dentro de los principios básicos de la Atención Primaria de la Salud, poniendo el acento en la participación comunitaria, interpretándola como un proceso que crea en las personas un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, junto con la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo personal y social.

La APS es reconocida como una estrategia efectiva para promover el desarrollo humano y la equidad en salud. Para ello, es necesario aplicar enfoques integrales, basados en la evidencia y orientados a lograr la atención sanitaria universal, integrada e integral. Entre las características de la APS debe figurar la universalidad, equidad y continuidad debiendo satisfacer las necesidades prioritarias.

Las acciones para alcanzar las metas en Atención Primaria son integrales. Una de ellas es Prevención Primaria, la cual pone énfasis en la Promoción y Protección de la Salud.

En relación al presente trabajo de investigación, las intervenciones del terapeuta ocupacional se encuadran dentro de la Promoción de la Salud. Este nuevo paradigma, permite pensarla desde un nuevo campo de acción dirigida a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos. Posibilitando de esta manera, incrementar el control sobre los determinantes de salud percibiéndolos como sujetos activos de su propio proceso de salud.

Los agentes de salud juegan un papel cada vez mayor, trascendiendo la mera responsabilidad de proporcionar servicios, tomando una nueva orientación sensible a las necesidades culturales de los individuos, favoreciendo la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana, creando vías de comunicación entre los sectores sanitarios, sociales, políticos y económicos. De esta manera, los profesionales de la salud, deben volverse activos y emisores eficientes de la información para que sus receptores puedan empoderarse de los nuevos conceptos para asimilarlos y entrar en un círculo enriquecedor de enseñanza- aprendizaje.

Nos resultó valioso utilizar el concepto de Representación Social ya que el mismo aportó una mirada profunda sobre las temáticas abordadas en la presente investigación. Dicho concepto, nos permitió entender las modalidades de conocimientos y percepciones sobre vínculo prenatal de las embarazadas primerizas. Las Representaciones Sociales designan un pensamiento social, su principal función es elaborar comportamientos. Se originan en el intercambio de comunicaciones de un grupo social, siendo un proceso de apropiación de la

realidad, las cuales van mutando a medida que cambian las condiciones de la sociedad en la que se producen.

En el presente trabajo de investigación se utilizaron dos técnicas de recolección de datos, la entrevista semiestructurada y el grupo focal. La elección de las mismas se debió a que se trató de una investigación de carácter cualitativo, las cuales nos permitieron profundizar sobre las temáticas propuestas a través de la indagación y exploración. Se utilizó una técnica cualitativa de grupo focal que se presentó como una modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, donde se proyectaron diversas imágenes sobre vínculo prenatal y se reprodujo un video temático sobre la importancia del fortalecimiento del mismo, a modo de cierre de encuentro. La administración de dichas técnicas resultó satisfactoria, habiendo permitido dar respuesta a cada uno de los objetivos propuestos al inicio de la investigación.

Al iniciar dicha investigación, se destacó una buena predisposición y apertura por parte de los profesionales del Centro Integrador Comunitario facilitando el acceso a la población de estudio. Por otro lado, es para resaltar la concurrencia por parte de las embarazadas primerizas teniendo en cuenta la escasa participación a los talleres orientados a la comunidad que se brindan en dicha institución.

A partir de los objetivos planteados, podemos concluir que las embarazadas primerizas relacionaron el concepto de vínculo prenatal con nociones ligadas a

aspectos afectivos interpretándolos como una relación de apego exclusiva entre la mamá y el bebé no nacido.

Se evidenció que la primera maternidad acontece en la adolescencia siendo esta una situación naturalizada por el grupo familiar. Dicha etapa representa un proceso de transformaciones, donde se atraviesan diferentes duelos y se constituye la identidad adulta, siendo un momento clave de vulnerabilidad que exige un acompañamiento y comprensión superior por parte de la familia, grupo de pares y de la comunidad en general.

El embarazo en la adolescencia existe en general como un proyecto consciente, planificado, sin representar para estas madres un fracaso para cumplir con las etapas de su proceso adolescente.

El acontecer de la maternidad temprana, sumado a la situación de pobreza generarían una mayor vulnerabilidad y exclusión social.

En contextos vulnerables la maternidad enfrenta condiciones de especial fragilidad, ya que existen evidencias que demostrarían la asociación entre la vulnerabilidad social y alteraciones en el desarrollo global del niño, tal como se evidenció en el transcurso de la experiencia en el Centro de Atención Temprana del Desarrollo Infantil y en otras investigaciones mencionadas en el estado de la cuestión.

De acuerdo con lo expuesto en el marco teórico, se entiende por apego “*al conjunto de sistemas e interacciones bidireccionales*” y por vínculo prenatal a

“un sistema unidireccional con diversas manifestaciones cognitivas, afectivas y comportamentales; dichas manifestaciones permiten el desarrollo de habilidades propias de la función materna, como la protección y la búsqueda de contacto, las cuales se expresan en el periodo posterior al nacimiento”, como lo definen Arranz Freijo, Sánchez y Roncallo.

Tal como lo menciona Winnicott, será función de la madre crear las condiciones de un ambiente facilitador, pudiendo ser la que permita o entorpezca el libre despliegue de los procesos madurativos.

La maternidad es atravesada en función de su historia personal, la estructura de su personalidad y la situación que se encuentran atravesando. Las vivencias durante la maternidad están nutridas por la reminiscencia de experiencias y pulsiones estructuradas en la infancia, siendo de esta manera, los procesos psíquicos inconscientes más complejos en relación a los conscientes, tal como lo postula Oiberman.

La relación madre-hijo comienza a establecerse durante el embarazo, lo cual se conoce como vínculo prenatal. Su importancia radica en la existencia de asociaciones entre el vínculo prenatal y postnatal, lo que tiene importantes implicancias para el desarrollo cognitivo, emocional y social posterior del bebé, al asociarse directamente con la calidad de la relación madre e hijo y la sensibilidad para captar y responder a las manifestaciones de apego del bebé, luego del nacimiento del mismo.

En relación al vínculo prenatal se evidenció que las jóvenes tendieron a realizar acciones orientadas a fortalecer el vínculo a través de la conexión con su bebé, percepción de sus movimientos como también la asunción de prácticas de salud y cambios de hábitos que favorecen el bienestar del feto.

Las jóvenes presentaron sentimientos tales como temor, ansiedad, felicidad, rechazo y negación. El sentimiento de temor se encontraría ligado a la historia personal de cada una de las embarazadas, como así también al acontecimiento de la primera maternidad siendo esta una etapa desconocida, donde ocurren cambios acompañados de una fuerte carga emocional. Durante este periodo podrían reactivarse conflictos del pasado, pudiendo llevar a una reagudización de duelos anteriores pendientes; estos procesos se encuentran relacionados al concepto de transparencia psíquica expuesto teóricamente. Los procesos psicológicos no resueltos ofrecen otra oportunidad para encontrar soluciones más adaptadas mediante una nueva organización de la personalidad.

El inicio de este vínculo prenatal emerge a partir de las representaciones o imágenes que la madre va construyendo de su hijo, siendo el embarazo un período clave para la emergencia de dicha representaciones.

En relación a lo mencionado, las habilidades cognitivas y afectivas son parte del plano psicológico, las cuales entre otras, permiten el desarrollo de las habilidades propias de la función materna. Se evidenciaría así, que las representaciones mentales generadas por la madre hacia su hijo, se

encontrarían atravesadas por temores maternos extendiéndose a diferentes planos representacionales como fue la dificultad en imaginar a su bebé.

Se pueden distinguir tres tipos de vínculo: *vínculo seguro*, *vínculo inseguro ambivalente* y *vínculo inseguro evitativo*. Prevalciendo un vínculo inseguro ambivalente por parte de población estudiada de acuerdo a las escasas representaciones mentales que tuvieron las madres sobre sus fetos. Estas dificultades se encuentran estrechamente vinculadas a que se trata de embarazadas primerizas y siendo en su mayoría madres adolescentes.

De acuerdo a lo expuesto teóricamente en el eje de Vínculo Prenatal, la calidad de vinculación durante el periodo prenatal, predice la calidad de vinculación en el posparto temprano ya que en la mayoría de los casos ambas vinculaciones son idénticas, teniendo en cuenta que durante éste período vital se establece un fuerte lazo de apego materno-fetal. Si bien este aspecto, habilidades cognitivas, resulta importante en la constitución del vínculo prenatal consideramos que no es condicionante del mismo, representando tan solo un aspecto de la relación vincular. Las embarazadas primerizas desconocerían la importancia del vínculo prenatal, a pesar de ello, llevaban a cabo acciones tendientes a favorecerlo.

Retomando el concepto de vínculo materno-fetal expuesto en investigaciones relacionadas a dicho tema, los aspectos emocionales y cognitivos permiten recrear el feto como otro ser humano. Este vínculo se manifiesta mediante prácticas de salud dirigidas a buscar la protección y bienestar del feto. Por otra

parte se constató que el estado psicológico de la madre influye en el feto, tanto a nivel neurocomportamental como también, en las alteraciones en el desarrollo que se manifiestan así mismo en el periodo postnatal, afectando la relación madre-bebé.

A partir de la búsqueda bibliográfica se hallaron diversas investigaciones que sustentan y enriquecen el presente trabajo de investigación; entre ellas se señala un estudio realizado sobre la relación entre el estilo de apego y las representaciones sobre su hijo en gestación, el cual reveló que durante la gestación del bebé, se desarrollan en la mente de la mujer embarazada, imágenes, esperanzas, expectativas, temores y deseos sobre su futuro hijo, también de sí misma como madre y de su historia de apego. La importancia de estas representaciones radica fundamentalmente en su influencia en la futura conducta interactiva de la madre con el bebé.

Teniendo en cuenta la población de estudio, resultó significativo mencionar que la mayoría de los factores de riesgo presentes en la etapa prenatal, se encuentran relacionados a la salud y costumbres de la madre, siendo el útero un ambiente crítico para el desarrollo del niño. La edad de la madre, su estado general de salud y nutrición y los cuidados prenatales son factores maternos que potencialmente podrían considerarse riesgos importantes.

A través de esta investigación hemos podido detectar la prevalencia de factores protectores sobre los de riesgo, debido a que la población estudiada cuenta

con redes sociales de sostén por parte del grupo familiar primario y del Centro Integrador Comunitario.

Los datos obtenidos sobre las características halladas en la población de estudio se proponen como disparadoras para futuras investigaciones, entre ellas se hallaron:

Deserción escolar de las adolescentes embarazadas.

Fallas en los establecimientos educativos para la inclusión de las adolescentes embarazadas.

Educación sexual y planificación familiar.

Fortalecimiento de las redes sociales de sostén en poblaciones vulnerables.

Déficit de atención por parte de los profesionales de la salud.

Escasa participación en curso de parto.

El terapeuta ocupacional dentro de la comunidad enfoca su trabajo desde la promoción de la salud siendo esta una herramienta potencial para lograr cambios favorables y buscar maximizar el rol de la comunidad promoviendo la participación e inclusión social.

Tiene como tarea detectar los factores de riesgo presentes en poblaciones vulnerables buscando disminuir el impacto negativo que causa a la salud del individuo, como así también, potenciar y promover los factores protectores.

Sus acciones están dirigidas a resignificar las representaciones sociales con la finalidad de fortalecer las capacidades y potencialidades de cada sujeto fomentando el compromiso y empoderamiento de su propia salud.

El rol del terapeuta ocupacional está dirigido a sostener y acompañar a las madres embarazadas durante el proceso de maternaje brindando estrategias y herramientas, sus acciones están orientadas al fortalecimiento de los recursos psicológicos y al afianzamiento del nuevo rol materno teniendo como finalidad proteger y potenciar el vínculo prenatal como así también detectar dificultades en la vinculación, promoviendo la formación de un vínculo seguro, siendo este una cualidad significativa en el desarrollo básico del sentimiento de seguridad de todo ser humano necesario para afrontar las adversidades de la vida adulta. El tipo de relación vincular que establezca la mamá con su hijo, determinaría el desarrollo emocional temprano del bebé.

Para concluir la presente investigación, se sugiere la siguiente propuesta con la finalidad de realizar a futuro un proyecto orientado a madres embarazadas que concurren al Centro Integrador Comunitario II de la ciudad de Balcarce.

Dicha propuesta consistirá en la realización de talleres abordando como temática principal el vínculo posnatal con la finalidad de promover el crecimiento y desarrollo integral de los recién nacidos.

Los objetivos que se proponen son los siguientes:

Generar un espacio de aprendizaje que sea sostenido en el tiempo por el equipo de salud.

Construir un espacio de reflexión sobre aspectos que favorezcan el vínculo.

Promover la participación activa y fortalecimiento del rol materno.

Favorecer la construcción de una maternidad y paternidad saludable.

Fomentar la lactancia materna.

Promover el conocimiento de los primeros cuidados y signos de alarma en los recién nacidos.

Favorecer la comunicación entre la díada madre-hijo.

Favorecer la estimulación de todas las áreas del desarrollo sensorio-motriz, cognitiva, lenguaje, emocional-afectiva.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Aguirre Dávila, E. "Representaciones Sociales y Análisis del Comportamiento Social". Psicología Social. Capítulo I. Archivo de PDF. Año 2004.
- Arranz Freijo,E.; Sánchez de Miguel,M.; Roncallo,C. "Vínculo Materno Fetal: Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención primaria". Universidad del País Vasco, España. Escritos de Psicología, Vol.8 N° 2. Año 2015.
- Bird, Vivian. Psicología del Desarrollo (Enfermería y Terapia Ocupacional). Mar del Plata, Argentina. Año 2013. Archivo en PDF.
- Brenes,L. La importancia del Vínculo temprano: Diada madre e hijo. Archivo en PDF. Tesis. Mar del Plata, Argentina.
- Cardenas, Araceli. La Promoción de la Salud: Desafiando las prácticas. Neuquén, Argentina. Año 2011. Archivo en PDF.
- Ceballos, M.; Pinos, J."Terapia Ocupacional Comunitaria y Rehabilitación basada en la Comunidad: hacia una Inclusión Sociocomunitaria". Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Vol.15. N°2. Año 2015.
- Chokler, M. "Los Organizadores del Desarrollo Psicomotor, del mecanismo a la psicomotricidad operativa." Buenos Aires. Ediciones Cinco. Año 1998.
- Fernández Olza, Ibone; Gay Aler, Isabel; Romero Alba, Concepción y cols. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General Técnica. "Maternidad y Salud: ciencia, conciencia y

- experiencia". El cerebro Maternal: cambios psíquicos durante el embarazo. Madrid. Año 2012.
- García- Die, M. "Proceso de Maternidad: Un espacio de Intervención Psicológica para la Prevención". Revista Científica. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente Revista N° 28. Año 1999. Archivo en PDF.
 - Gastrón, Liliana." Dimensiones de la Representación Social de la Vejez." Prólogo de Denise Jodelet. Editorial Eudem. Mar del Plata, Argentina. Año 2013.
 - Gil López, E. (2004). "Promoción de la Salud. Glosario". Organización Mundial de la Salud Ginebra. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.
 - Grimalt, O.; Heresi, M. "Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo". Revista Chilena de Pediatría. Vol. 83, N°3. Mayo-Junio 2012.
 - Kroeger, A; Luna, R. "Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos." Segunda Edición. Capítulo 1: Aspectos Programáticos de la Atención Primaria de Salud a Nivel Nacional e Internacional. Marco Conceptual de la Atención Primaria de Salud. Editorial Pax México. Año 1992.
 - Oiberman, A. La palabra en las maternidades: Una aproximación a la psicología perinatal. Cap. I y III. Archivo en PDF. Año 2001.

- OPS. Manual sobre el enfoque de riesgo en atención materno infantil. Capítulo III: "El enfoque de riesgo en la atención a la salud". Segunda Edición. Año 1999.
- Molesini S. Tesina de Licenciatura. "El Funcionamiento Materno y el Vínculo Madre -Hijo- Padre": Manifestaciones en las Enfermedades Persistentes del Hijo. Capítulo II y III. Mendoza, Argentina. Año 2010.
- Montero, Maritza. "Introducción a la Psicología Comunitaria, desarrollo, conceptos y procesos." Editorial Paidós. Tramas Sociales. 1ra Edición. Buenos Aires. Año 2004.
- Mora, Martín. "La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici." Universidad de Guadalajara.. Athenea Digital. N°2. Guadalajara, México. Año 2002.
- Oliva Delgado, Alfredo. "Estado Actual de la Teoría del Apego." Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Básica y Metodología. Universidad de Sevilla. Revista de Psiquiatría y de Psicología del Niño y del adolescente. España. Año 2004.
- OMS-OPS. "Promoción de la salud: una antología". Publicación científica N° 557. Año 1997.
- Ramos, Valeria; Sepúlveda, Ana Lina. "Representación Social de la Vejez en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata." Tesis de Grado. Facultad de Psicología. Año 2002.
- Rodríguez C. G.; Rodríguez L. (2012). Tesis "Jugar, crear, improvisar. Sistematización de una Experiencia en Promoción de la Salud en

Terapia Ocupacional". Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar del Plata, Argentina.

BIBLIOGRAFÍA DE PÁGINAS WEB

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf .Fecha de consulta: Noviembre de 2015.
- Chaparro E; Fuentes, J; Moran, G. La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Recuperado de www.revistaterapiaocupacional.cl. Fecha de consulta: Noviembre de 2015.
- García-Die, M. Proceso de Maternidad: un espacio de intervención psicológica para la prevención. Documento de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. Recuperado de www.sepypna.com/articulos/proceso-maternidad-intervención-psicológica-prevención/ Fecha de consulta: Enero de 2016.
- Dra. Rodríguez, Claudia. “Factor de Riesgo, Factor Protector y Resiliencia”. Recuperado de www.slideshare.net/dracrm/factor-de-riesgo-factor-protector-y-resiliencia-38526135 Fecha de consulta: Marzo de 2016.
- Fierro,E; Herrera,A; Morilla ,M; Pilonieta, A. Representaciones Sociales sobre la Maternidad y la entrega en adopción en mujeres que están considerando esta opción respecto al Hijo(a) que esperan o acaban de tener. Recuperado de www.TESIS/para%20estado%20actual/tesis18.pdf%20.%20Representac

- ion%20social%20y%20maternidad.pdf. Fecha de consulta: Febrero de 2016.
- Nichiata, L; Bertolozzi, R; Takahashi,R. “La utilización del Concepto “Vulnerabilidad” por Enfermería”. Rev.Larino-am Enfermagem. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es_20.pdf. Fecha de consulta: Enero de 2016.
 - Oiberman Alicia. La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. Psicodebate 5 Psicología, Cultura y Sociedad. Recuperado de www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf.com. Archivo en PDF. Fecha de consulta: Marzo de 2016.
 - Romero, Alba; Gay, Aler; Fernández, Olza. Maternidad y Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf. Fecha de Consulta: Enero de 2016
 - Yendry, Priscilla; Sanabria, Leandro. “Cambios Fisiológicos durante el Embarazo”. Recuperado de www.todosobreelebarazo.blogspot.com.ar/. Fecha de consulta: Febrero de 2016.
 - Zulueta, Isabel. "LA RELACIÓN MADRE-HIJO." Fundación Síndrome de Down Madrid. Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/07_relacion.pdf Fecha de consulta: Diciembre de 2015.

ANEXOS

Entrevista

Datos filiatorios

- Nombre: _____
- Domicilio: _____
- Nivel de escolaridad: _____
En caso de deserción escolar Motivo: _____

- Estado civil: _____
- Semanas de gestación: _____
- Lugar donde se realiza el control prenatal: _____
- Antecedentes familiares de enfermedades: Diabetes/ Hipertensión/
Tuberculosis/ Otras: _____
- Antecedentes de complicaciones durante el embarazo:

Datos del padre del bebé

¿Cómo es la relación actual con el padre del bebé?:

¿Cómo respondió ante la noticia de embarazo?:

¿Qué edad tiene?: _____

¿Completó sus estudios educativos? _____

¿A qué se dedica?: _____

Contexto socioambiental

¿En qué barrio vivís?: _____

¿Con quién vivís?: _____ ¿Con

qué ingresos económicos satisface sus necesidades?:

¿A qué se dedica?

¿Percibe la asignación universal por hijo o alguna otra ayuda económica?:

Factores protectores y de riesgo

¿Cuántos años tiene?: _____

¿Con que servicios cuenta su vivienda?: _____

¿Fumaba? ¿Fuma?:

¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia lo hace?:

¿Cada cuánto tiempo se realiza los controles prenatales?:

¿Concurre a algún taller o curso orientado a embarazadas u otras actividades?:

¿Cuenta con cobertura social?: _____

Vínculo prenatal

¿De cuántas semanas de gestación estabas al momento de enterarte de la noticia?

¿Cómo reacciono ante la noticia?:

¿Fue un embarazo buscado?

¿Y deseado?:

¿Se imagina cómo será su bebé?:

¿Puede percibirse como futura mamá?:

¿Cómo se siente con su embarazo?:

¿Percibe a su bebé?: _____

¿Cómo?: _____

¿Busca conectarse de algún modo con su bebé?:

Carta de autorización

Sr. Director Dr. Jorge Feoli

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted con fin de informarle que nos encontramos realizando nuestra Tesis de Grado, de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional siendo el tema a tratar: "Las Representaciones Sociales que poseen las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal", cuya población en estudio son madres que realizan sus controles prenatales en el Hospital Municipal Felipe A. Fossati de la ciudad de Balcarce.

Le escribimos con el fin de solicitarle y concedernos el permiso de acceder a las Historias Clínicas de aquellas embarazadas que concurren a dicha Institución.

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable, agradecemos y saludamos a Ud. muy atte..

María Fernanda Losada

DNI: 33003226

Mat: 8955/05

Mariana Pereyra

DNI: 34590143

Mat: 10269/08

María Emilia Villamonte

DNI: 32815014

Mat: 9007/05

Sra:

Coordinadora Natalia Viera

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. con fin de informarle que nos encontramos realizando nuestra Tesis de Grado, de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional siendo el tema a tratar: "Las Representaciones Sociales que poseen las embarazadas primerizas sobre vínculo prenatal", cuya población en estudio son madres que realizan sus controles prenatales en el Centro Integrador Comunitario N° II. Le escribimos con el fin de solicitarle quiera tener a bien concedernos el permiso de acceder a realizar nuestro trabajo de investigación con la población de madres embarazadas que concurran a dicha Institución.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saludamos a Ud. muy atte..

María Fernanda Losada
Villamonte

DNI: 33003226

Mat: 8955/05

Mariana Pereyra

DNI: 34590143

Mat: 10269/08

María Emilia

DNI: 32815014

Mat: 9007/05

Consentimiento informado

Fecha: ___ / ___ / ___

A quien corresponda:

Yo, _____ acepto participar en el Trabajo de Investigación “Las Representaciones Sociales que poseen las embarazadas primerizas sobre Vínculo Prenatal”, entendiendo que lo recabado es de uso exclusivamente académico.

Firma:.....