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

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2005

Descripción de la relación diádica de las madres adolescentes y sus hijos de cero a seis meses

Cardoso, Mariangeles

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

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/786

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
TWV-2914

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DIADICA DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y SUS HIJOS DE CERO A SEIS MESES

Cardoso Mariangeles

Cévoli Lidia Paola

2005

A nuestros padres, Pedro , Graciela, Lidia y Rubén por habernos dado la posibilidad de emprender este camino.

A nuestros esposos, Fernando y Gustavo por apoyarnos y acompañarnos en cada momento.

A Rocío por comprenderme y encontrar en ella fuerzas para seguir adelante.

A mis tías Tita y Gucha.

A nuestros hermanos, Laura, Gabina, Omar, Hector, María Celia.

A nuestros abuelos Adolfo, Ñoña, Porota, Tata, Guillermo, Celia, Nona y Nono.

A Alicia por su colaboración y horas dedicadas.

A nuestros amigos y todos los que nos dieron fuerzas para concluir esta etapa.

AGRADECIMIENTOS:

A las personas que nos acompañaron en todo este proceso:

- A Maria Eugenia Veyra y a Marisel Donati, por su apoyo, compromiso y horas dedicadas en este ultimo paso tan importante.
- Al equipo de profesionales del Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia , I.R.E.M.I. y de la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, en especial a las pediatras, enfermeras, asistentes sociales y secretarias, por su colaboración permanente.
- A todas las madres adolescentes y sus hijos que formaron parte de nuestra investigación.
- A todos aquellos que de alguna manera nos acompañaron en cada momento.

DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO METODOLOGICO

DIRECTORA:

Lic. en Terapia Ocupacional
Maria Eugenia Veyra

.....

ASESORA METODOLOGICA

Lic. en Terapia Ocupacional
Marisel Donati

.....

FIRMA DE LAS TESISTAS

Cardoso Mariangeles .....

Cévoli Lidia Paola .....

INDICE

INDICE

- Introducción..... 1
- Diagnóstico de Situación de I.R.E.M.I y Subcentro de Salud No 12.....3
- Estado Actual 7
- Tema –Objetivo General- Objetivos Específicos..... 14

Marco teórico

Atención Primaria de Salud

- Conceptos en salud- enfermedad- Atención Primaria de Salud..... 15
- Factores de riesgo.....21
- La A.P.S. a dos décadas de la Declaración..... 25
- Rol del T.O. en comunidad y población materno- infantil..... 27
- Bibliografía..... 29

Adolescencia

- Aspectos generales sobre adolescencia..... 31
- Desarrollo físico..... 34
- Desarrollo cognitivo..... 36
- Desarrollo psicosocial..... 37
- Desarrollo psicosexual 42
- Bibliografía..... 46

Embarazo y Maternidad Adolescente

- Embarazo y maternidad adolescente.....48
- El padre adolescente..... 58
- Bibliografía..... 59

Vinculo

- Consideraciones generales acerca del vínculo.....61
- Desarrollo emocional y vínculo madre- hijo..... 63
- Interacciones comportamentales del vínculo temprano..... 68
- Función del ambiente en el desarrollo emocional..... 70
- Bibliografía..... 72

Desarrollo psicomotor

- Concepto de maduración y desarrollo..... 74
- Pautas psicomotrices de 0 a 6 meses.....77
- Bibliografía..... 83

Aspectos Metodológicos

- Tipo de Estudio..... 84
- Población de estudio..... 84
- Muestra..... 85
- Criterios para la selección de la muestra..... 85
- Métodos de selección de la muestra..... 85
- Métodos para la recolección de datos..... 86
- Definición de las variables de estudio:

  - vinculo madre- hijo

Definición científica y operacional.....90

- Operacionalización de las variables de estudio..... 93

Presentación y análisis de los datos

- Análisis cuantitativo.....94
- Análisis cualitativo.....104
- Conclusiones..... 118

Proyecto de Prevención Primaria.....121

Bibliografía General.....124

Listado de paginas de internet consultadas.....130

Anexos.....131

INTRODUCCIÓN

Nuestro interés por proponer como temática la caracterización del vínculo madre adolescente-hijo, surgió a partir de haberse instalado como tema recurrente de debate el alto índice de embarazos adolescentes que ocurre actualmente en nuestro país, si bien algunos informantes plantean que el porcentaje de embarazos no ha aumentado , lo que si es preocupante es la disminución de la edad de las jóvenes embarazadas. Datos aportados por un relevamiento nacional plantean que ser madre en la adolescencia se ha convertido en un proyecto de vida deseado por muchas jóvenes en situación de pobreza, que acababan de dar a luz en quince maternidades públicas de diferentes provincias del país. Estas jóvenes plantean que ese hijo es lo único propio que van a tener en la vida por lo cual la maternidad surge como una alternativa válida para ellas.

Estos embarazos adolescentes son considerados de alto riesgo por la condición de vulnerabilidad de las madres coexistiendo diversos factores que influyen en el desarrollo evolutivo de la díada madre e hijo, dentro de estos factores se encuentran la temprana edad materna, la ilegitimidad de la concepción lo cual sitúa a las adolescentes en un lugar desventajoso dentro de la sociedad. El factor de mayor importancia es la influencia del medio social adverso que las expone a posibles complicaciones a ellas y a sus hijos.

Este trabajo se centró en observar como se caracteriza el vínculo madre adolescente- hijo, ya que los datos existentes sobre esta relación demuestran que pueden presentarse dificultades en ambos integrantes de la díada, presentando el niño con mayor frecuencia alteraciones socio afectivas, y la madre dificultades para adoptar una actitud maternal adecuada y activa para con su hijo y signos de negligencia en el cuidado del niño.

A partir de la observación del vínculo madre- hijo creemos posible detectar necesidades de atención de esta población, prioridades en salud, factores protectores, como también los factores de riesgo.

Tomamos a los factores de riesgo como características, hechos o situaciones propias del individuo o de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial o asociarse a un suceso indeseable, por lo contrario los factores protectores son aquellos que facilitan el desarrollo y ayudan a aumentar la resistencia al riesgo, son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del

riesgo. Los comportamientos de riesgo son alteraciones de la conducta o actuación repetida que puede comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal.

Existen numerosos factores de riesgo que deben ser superados por ambos durante los primeros años de vida del niño, estas condiciones asociadas aumentan las probabilidades de comprometer la salud, la calidad de vida o la vida misma.

La dependencia y vulnerabilidad de los niños son muy altas y mayores en los primeros años de vida en los cuales el ritmo de crecimiento y maduración es más acelerado, estas transformaciones estarán influidas en forma positiva o saludable o en forma negativa, según las circunstancias que lo rodean.

El niño va organizando sus impresiones del mundo de acuerdo a sus características personales y con lo que lo rodea, entonces si el crecimiento o desarrollo se da en un medio de privaciones, pobreza y violencia, no recibe cuidados ni afecto, su desarrollo pscioafectivo y psicomotor, no progresa o se altera y su autoestima e integración social difícilmente progrese.

La relación que el niño establece con su madre se constituirá en antecesora de las posteriores relaciones sociales, es por esto que la madre se transforma en proveedora de oportunidades que facilitan el desarrollo. Los logros evolutivos que el niño adquiere y la independencia que logra a través de estos, tienen su correlato en la psiquis materna.

Por todo lo expuesto creemos que el Terapista Ocupacional dentro del equipo de salud debe plantearse la asistencia a la madre adolescente y su hijo, teniendo en cuenta las características que estos presentan además de los riesgos y dificultades vinculares que puedan surgir. Creemos importante poder detectar todos aquellos factores que surjan de este fenómeno potenciador de múltiples riesgos para implementar estrategias que permitan un futuro abordaje desde la prevención .

Con este fin utilizamos para poder caracterizar el vínculo madre hijo el método de observación madre-hijo de Alicia Oiberman, una entrevista semiestructurada a la madre, la observación directa, la consulta de historias clínicas y a modo de conocer cual es el desarrollo psicomotor de estos niños, utilizamos el Perfil de Desarrollo Psicomotor de Matas y colaboradores; creemos que estas técnicas nos permitieron obtener una visión integral de los acontecimientos que suceden en la díada madre- hijo.

DIAGNOSTICO DE SITUACION

INSTITUTO ROMULO ETCHEVERRI DE MATERNIDAD E INFANCIA (I.R.E.M.I.)

El Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I.), se encuentra ubicado en la calle San Martín, entre Dorrego y 14 de Julio, de la ciudad de Mar del Plata. Forma parte del sistema de salud, que depende de la Secretaría de Salud y Protección Sanitaria del Partido de General Pueyrredón.

Este Instituto se considera centro de atención primaria de salud materno infantil, por la complejidad con la que cuenta y los servicios de salud que brinda. El radio de cobertura, corresponde al área centro.

El instituto cuenta con servicios de: clínica médica, salud mental, odontología, pediatría, enfermería, obstetricia, ginecología, patología cervical, cardiología infantil y de adultos, ecografía, otorrinolaringología, traumatología, dermatología, neurología, audiología, radiografía y laboratorio.

La atención del centro se encuentra dirigida a dos grandes grupos poblacionales, la clase media empobrecida, que ha quedado excluida de los servicios de salud privados, ya sea por falta de cobertura o por que la cobertura que poseen no cubre las necesidades de atención ; y la clase pobre, esto diferencia a este centro de las unidades sanitarias , en donde la población es más homogénea. Esta heterogeneidad de la población se ve reflejada en el nivel sociocultural de ambas clases, ya que la clase media empobrecida, posee un nivel sociocultural mayor al de la clase pobre, demandando la primera una atención más individualizada.

En este Instituto el Departamento de Salud mental, se encuentra conformado por Terapia Ocupacional, Psicología, Psiquiatría Infantil, Fonoaudiología, Psicopedagogía y Servicio Social.

El Departamento Materno Infantil, formado por médicos pediatras, enfermeros, asistentes sociales, entre otros, desarrolla el plan de lactantes, programa denominado, " Control del Niño Sano", que funciona desde el año 1961y brinda atención a niños nacidos en el Hospital Materno Infantil y aquellos que concurren por demanda espontánea. La Terapista ocupacional y otros profesionales del Departamento de salud Mental, trabajan en forma interdisciplinaria, con los profesionales de este departamento.

Este programa estaba inicialmente destinado a la atención medica primaria del lactante, actualmente ha sido redefinido hacia la promoción, prevención y protección de dicho grupo etáreo. Realizando el control del normal desarrollo psicofisico, brindando información a los padres, buscando otorgar una atención integral a la familia.

La atención del programa "Control del niño sano", consiste en la atención programada del niño recién nacido hasta los 5 años y 11 meses de edad, realizándose controles mensuales hasta los 6 meses, luego controles trimestrales hasta los 18 meses y anuales desde los 2 años hasta los 5 años y 11 meses de edad. Cabe destacar que estos controles se encuentran organizados por grupos según la edad cronológica.

En este control se llevan a cabo actividades que comprenden la apertura de historia clínica y la entrevista social desde el primer control, control de crecimiento, registro de peso, talla, perímetro cefálico, plan de vacunación, examen clínico y madurativo, talleres de educación para la salud, como así también la consulta por patología e indicaciones a la familia según la edad cronológica del niño.

Los talleres de educación para la salud implementados en este plan pretenden detectar situaciones de riesgo que involucren al niño tanto en su desarrollo psicomotor, pscioafectivo, y a su grupo familiar.

SUBCENTRO DE SALUD Nº 12- BARRIO BELGRANO

La unidad sanitaria del barrio Belgrano brinda atención a los habitantes de los barrios Don Emilio, Belgrano y Autodromo, y parte de la zona semiurbana, desde la calle 35 a la Ruta 88 y el límite con Batán. Se estima que en la actualidad la población se compone de 45.000 habitantes que poseen en su gran mayoría necesidades básicas insatisfechas.

Los medios de transporte para acceder al barrio pertenecen a la empresa General Pueyrredón "línea 571-73 A y B".

En la población del Barrio Belgrano las casas son de construcción económica, reducidas, construidas con materiales como chapas, maderas y cemento. Poseen agua corriente, gas natural, aunque muchos utilizan gas envasado debido a que no pueden pagar la instalación, así mismo no cuentan con cloacas; se realiza recolección de residuos y cuentan con alumbrado en la vía publica, el cual es deficiente.

Posee una plaza que se encuentra enfrente a la unidad sanitaria donde hay puestos de feria que aumentan los fines de semana, también la plaza cuenta con cancha de básquet y juegos.

Las instituciones que se encuentran dentro de este barrio son : EGB. N° 63 y N° 76, Jardín de Infantes municipal N° 23, Escuela para Adultos N° 706, Centro de Desarrollo Infantil, Sociedad de Fomento, Biblioteca Municipal, Comedores Comunitarios, Centro de Jubilados, Centro Cultural, Capilla, Caritas e Iglesias Evangélicas.

El barrio Don Emilio ha aumentado la población porque muchos hijos de familias de los otros barrios se han trasladado a éste y también se producirá próximamente el traslado de familias de la Villa de Paso a 75 viviendas que se están construyendo.

Las construcciones aquí también son económicas realizadas en lote propio, reducidas y precarias.

Las instituciones con la que se cuenta son la E.G.B. N° 73, La Sociedad de Fomento, La Capilla, y una Iglesia de los Santos de los últimos días.

El Barrio Autodromo se encuentra en el cinturón de Mar del Plata, es una zona muy inundable, funcionando como un barrio cerrado con parcelas.

Hay un alto porcentaje de viviendas económicas y muchas casillas de madera. Poseen agua potable brindada por la Sociedad de Fomento a través de un convenio con O.S.S.E..

Se encuentra cercana al Autodromo motivo por el cual es una zona de alta contaminación ambiental por el ruido que provocan los autos cuando se realizan los entrenamientos para las carreras.

Actualmente se están asfaltando dos calles por las cuales se entra al barrio y el polvo que se levanta provoca problemas de salud, que han sido detectados en la sala.

Las instituciones con las que cuenta el barrio son: la Escuela Media N° 12 que funciona como Polimodal, bachillerato de Adultos y Primaria de Adultos, el Jardín de Infantes Provincial N° 943, el Jardín de Infantes Municipal N° 33, La sociedad de Fomento, Centro Cultural, Capilla y Comedores Comunitarios.

En la población de todos estos barrios se ha podido detectar que no se producen grandes migraciones de otros lugares, de un relevamiento realizado sobre 300 mujeres pudo verse que el 49,65% son nacidas en Mar del Plata, el 16,3% de Pcia. De Bs. As., el 8 % de Santiago del Estero, el 5 % de Chile y el resto de otras provincias.

En relación a la ocupación laboral existe un alto índice de desocupación, muchos realizan changas en la construcción y en las fabricas pesqueras, así como muchas familias reciben subsidios, como el plan jefes y jefas de familia, y gran número de personas cirujea.

En cuanto al nivel sociocultural hay muchas personas con analfabetismo o primaria incompleta, pudiéndose observar esto en general en los adultos, y en los jóvenes, hay muchos con primaria completa y algunos con secundaria también completa.

Se ha incrementado la violencia familiar, escolar y en la vía publica, aumentando los robos, lo cual genera inseguridad. Así mismo ha aumentado en los jóvenes el consumo de drogas en la vía publica a la luz del dia.

En este subcentro ha aumentado la demanda de pacientes, ya que algunos han perdido la Obra social a raíz de la pérdida del trabajo y otros por falta de dinero no pueden trasladarse hacia otros centros.

Se ha podido detectar un alto índice de embarazo adolescente. De 246 bebes nacidos, 40 eran hijos de madres adolescentes, es decir, el 16,26%, muchas de ellas no forman parejas y continúan en casa de sus padres.

Los servicios que se brindan en la unidad Sanitaria son : Pediatría, Clínica Médica, Ginecología, Servicio Social, Psicología, Odontología, Enfermería y Traumatología una vez por semana, actualmente se ha incorporado al equipo una Terapista Ocupacional que asiste dos veces por semana. Se atienden demandas de los diferentes sectores de la población y los programas que se llevan a cabo son "Control del Niño Sano", " Control de Embarazada", "Control de Hipertensión".

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

Con el propósito de recabar información sobre investigaciones recientes que se encontraran relacionadas con la temática de nuestra investigación, hemos efectuado una búsqueda bibliográfica, consultando diferentes bases de datos y publicaciones. De lo recolectado podemos destacar algunas investigaciones, que si bien no se encuentran relacionados en forma directa con la temática planteada, abordan desde diferentes perspectivas la **Maternidad Adolescente:**

En la investigación realizada por Rivero, M., Schinini, J., Feu, MC., Gonzalez, E., Villalba, MT., **" Adolescencia y embarazo: Es un factor de riesgo?",** plantean como objetivo, determinar la prevalencia de embarazos adolescentes y su efecto sobre resultados perinatales en el hospital público, a los fines de la investigación se realizó un estudio retrospectivo, basado en los partos que fueron atendidos en la Maternidad del Hospital A. Llano de la ciudad de Corrientes, en el período comprendido entre el 1 de Julio y 20 de Octubre del año 2002. Se identificaron en un total de 691 partos, 108 madres menores de 20 años, éstas fueron dividas en grupos: grupo 1: menores de 16 años, grupo 2: 17 a 19 años, como grupo control se incluyeron en el análisis 42 pacientes de 20 años, formando el grupo 3.

Se compararon en el grupo 1,2 y 3 la incidencia del punto final combinado de: edad gestacional del recién nacido menor a 37 semanas, Apgar 1° o 5° minutos menor a 7, retardo de crecimiento intrauterino o preeclampsia. Con las variables asociadas significativamente se construyó un modelo de regresión logística múltiple.

Los resultados obtenidos arrojaron que la prevalencia de partos adolescentes fue de 15,6%. La distribución fue, grupo 1, 26pac., grupo 2, 82 pac., grupo 3, 42 pacientes. El inicio de las relaciones sexuales según grupo fue, grupo 1, 14 años, grupo 2, 15,5 años, grupo 3, 16,4 años. La proporción de primigestas disminuyó a mayor edad, grupos: 1, 92,3%, 2, 71%, 3, 50%.

La conclusión a la cual arribaron fue que la proporción de partos adolescentes en el medio hospitalario es elevada. En esta población joven, la incidencia de eventos perinatales estuvo inversamente relacionada con la edad, presentándose un tercio de embarazos menores a 16 años, constituyendo un marcador independiente de malos resultados perinatales.

Los autores plantean que debido a las implicancias socioculturales y a los pobres resultados sobre el recién nacido, el embarazo en la adolescencia debe ser manejado por un equipo interdisciplinario, para brindar una adecuada atención

obstétrica, psicológica, social y educativa, fomentando una conducta más responsable y madura, para que la adolescente que se ha convertido en madre tome una actitud positiva frente a su nueva condición de vida.(1)

En una publicación correspondiente al " Encuentro Hispanoparlante de Migración e Inserción Social", realizado por APICE, los días 23 y 24 de Febrero del año 2001, accedimos a una exposición realizada por Crespo, S. y Donatti, M., titulada **"Barreras subjetivas para la inserción social",** donde informan de una investigación realizada, teniendo como objetivo analizar los efectos que trae la maternidad precoz en la vida de la madre y en la de su hijo; donde se plantea la hipótesis de que en el actual contexto socio- económico y cultural se produce una detención del pasaje de la niñez a la adultez en la madre y en su hijo se producen dificultades en su desarrollo.

La investigación se realizó tomando una muestra de la población que concurre a un Subcentro de Atención Primaria de la Salud, dependiente de la Municipalidad de Mar del Plata, ubicado en la periferia de la ciudad, el cual fue seleccionado debido a que es el que mayor número de madres adolescentes embarazadas atiende anualmente.

Es una población caracterizada como población de riesgo socio- ambiental, siendo en general familias desocupadas o con trabajos temporarios. El nivel socioeconómico y cultural es bajo, en muchos casos con necesidades básicas sin cubrir.

Los factores de riesgo que predominan son el alto índice de madres adolescentes, drogadicción, alcoholismo, violencia, hacinamiento, hipoestimulación y desnutrición.

Realizaron entrevistas a las madres de hasta 19 años, con sus hijos de hasta 2 años de edad que concurren al Subcentro, pudiendo comprobar que un alto porcentaje de niños evaluados (50%), presentan un retraso madurativo que varía en cuanto a su intensidad, uniforme en todas las áreas del desarrollo. La maduración de su cuerpo en determinados momentos se detiene, su desarrollo puede verse comprometido y constituir un obstáculo para su estructuración psíquica.

De los datos obtenidos puede observarse que la totalidad de las madres

---

(1)Rivero, M. Y otros, " Adolescencia y embarazo: es un factor de riesgo?", www.med.unc.edu.ar/fisiologia/ revista

adolescentes, tenían información sobre métodos anticonceptivos, pero no lo usaron, diciendo varias de ellas que buscaron el embarazo por diferentes razones.

La mayoría de las madres adolescentes (75%), conviven con sus parejas, padres de sus hijos, o están en vías de hacerlo. Muy pocas de ellas (6%), se han independizado económica y habitacionalmente de sus familias de origen. Relegan la responsabilidad de su sustento económico a su familia de origen o en el padre de sus hijos, que en pocos casos lo pueden hacer, (16%).

Plantean que puede pensarse que estas adolescentes no han adquirido otras identificaciones adicionales, no trabajan, no estudian, transcurriendo su vida dentro del ámbito familiar. El anuncio del embarazo no produce mayores resistencias, ocurriendo aproximadamente a la misma edad en que sus madres tuvieron sus primeros hijos. Se han substraído a la influencia que ejerce el medio, repitiendo un modelo parental, no incorporando rasgos de otros sujetos que el contexto les ofrece.

Las autoras consideran que estas adolescentes no han encontrado su lugar en el nuevo medio, producto de la migración. Se han intensificado las identificaciones parentales, quizás constituyéndose en barreras subjetivas para su integración al nuevo medio social.(2)

Auchter, M. Bambuena, M. , Galeano, H. En su estudio "**Maternidad y Adolescencia, Nuevos Enfoques**" , realizaron un estudio de casos y controles. La encuesta para la recolección de datos, se aplicó a la población en estudio mediante la técnica de entrevista y se completó con la revisión de las historias clínicas. El proyecto incluyó el periodo 2001/02, la población estuvo compuesta por un 25 % de partos en adolescentes (180) y un numero igual de controles no adolescentes (180).

Se analizaron 360 encuestas, 180 de ellas (los casos) aplicados a mujeres de 19 años y 180 a mujeres de 19 años y más (los controles), todas ellas cursando las primeras 24 horas del puerperio inmediato. El promedio de edad de los casos fue 16 años (entre 14 y 18) y el de los controles 25 años (entre 19 a 41).

Todas eran de bajos recursos económicos, teniendo en cuenta el barrio de procedencia, las características de la vivienda, el nivel de ingresos de la familia y el hacinamiento. En este último aspecto, se detecto un 43 % de hacinamiento en los casos, y un 56 % en los controles.

---

(2) Crespo, Donatti, " Barreras subjetivas para la inserción social", www. Apiccpublicaciones.org.ar/publicaciones

La escolaridad alcanzada en ambos grupos fue diferente, el 70 % de los casos tenía primaria completa, situación que se dio en el 87% de los controles.

Al indagar con quien vivían estas madres, se detecto que el 46% de los casos lo hacia con sus padres y sin la pareja; en los controles esto se dio en el 40%. El 635 de los controles respondió que tenia pareja estable y el resultado fue positivo en el 835 de los casos.

El número de controles prenatales fue distinto, los embarazos fueron insuficientemente controlados en el 63% de los casos, en el 42% de los controles.

La situación fue de soltería desde el punto de vista legal y común a ambos grupos, reproduciendo por imitación la situación asumida por los padres; el concubinato fue la regla en más de la mitad de los casos.

Arribaron a la conclusión de que existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia y que los hijos de madres adolescentes, con precario nivel de instrucción, tienen mayores probabilidades de enfermar o morir en comparación con las madres que completaron su estudio de secundario.

Estos autores realizaron aportes a la problemáticas de la gestación y de la maternidad en adolescentes, señalando la necesidad de encaminar acciones hacia un modelo más integral, que privilegie la promoción y educación para la salud y la prevención de la enfermedad, que le permita a las jóvenes asumir el cuidado de su salud y limitar situaciones o factores que favorezcan la condición en patologías para ella misma o para su hijo. Esto es particularmente importante cuando la gestación y el parto ocurren en jóvenes incluidas en e grupo de adolescentes tempranas, es decir menores de 15 años(3)

Clemmens, D. en su trabajo, "**La relación entre el apoyo social y las interacciones de madres juveniles con sus infantes: un meta- análisis**", el propósito de este meta- análisis era resumir los resultados de estudios cuantitativos, entre 1980 y 1999, independientes estadísticamente con respecto a la relación entre el apoyo social y las interacciones de madres adolescentes con sus infantes.

De una muestra potencial de 31 estudios, se excluyeron 14 porque ellos no

(3)Auchter, M., Balbuena, M., Galeano, H. " Maternidad y Adolescencia. Nuevos Enfoques", Cátedra Enfermería Materno Infantil, Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina, UNNE, Argentina.

se encontró el criterio probado y se anularon 4. La muestra final consistió en 13 estudios. Juntos, los estudios incluyeron una muestra de 823 madres.

Resultados: Se estableció una relación significante entre el apoyo social de madres juveniles y sus interacciones con sus infantes. Ninguna diferencia se encontró en la relación cuando el apoyo fue proporcionado por la familia o a través de una red. La edad maternal joven se asoció con el riesgo aumentado de muerte post- neonatal. (4)

En un trabajo realizado por Climent, G., Arias, D. Spurio, C. Denominado **" Maternidad adolescente: un camino hacia la marginación"** , se compararon los recursos y las estrategias de vida de las mujeres que fueron madres en la adolescencia con los de las mujeres que lo fueron posteriormente. Entrevistaron a 38 mujeres de sectores populares que fueron categorizadas según su inserción laboral y social y su actitud de enfrentamiento en: integradas, vulnerables y marginadas. La mayoría de estas últimas habían tenido su primer hijo en la adolescencia, mientras que la mayoría de las integradas lo habían tenido después de los 20 años. Entre las marginadas es más frecuente que se embaracen siendo solteras, que las primeras uniones conyugales no sean planificadas y que tengan malas relaciones con la pareja. Hay mayor proporción de separaciones y violencia conyugal. Es más frecuente que no utilicen métodos anticonceptivos o que su uso se errático y que tengan más hijos. Hay más mujeres que hacen el mayor aporte económico al hogar, dependen de familiares para su subsistencia y se hallan en la pobreza extrema. Además, se encuentran desesperadas, aisladas, sin poder enfrentar la cotidianeidad. La vida de muchas mujeres que fueron madres en la adolescencia parece seguir un camino que conduce a la marginación, que se expresa en un empobrecimiento de los proyectos de vida y calidad de vida. (5)

Kimelman, J. M., Gonzalez, L., Hernández Galvez, G., realizaron una investigación titulada **" Interacción madre- niño durante el control del salud y propuesta de una pauta de observación relacional"** con el propósito de observar la interacción madre- niño y obtener parámetros que permitan evaluar su calidad durante el control del niño sano, en un consultorio externo de la zona sur de Santiago (Chile), en el cual fueron videograbados 20 niños entre 4 y 24 meses y a sus madres, todos sanos y

---

. (4) Clemmens, D., " La relación entre el apoyo social y las interacciones de madres juveniles con sus infantes : Un meta- análisis", J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2001, Jul- Aug, 30 (4): 410-20.

(5) Climent, G., Arias, D. , Spurio, C. " Maternidad adolescente: un camino hacia la marginación" Cuadernos Médicos Sociales, Universidad Nac. Rosario, Abril 2000.

calificados, previamente, de " bajo riesgo relacional" en el puerperio inmediato. Al analizar los registros observaron que los siguientes items les permitían apreciar la relación madre- hijo: desvestir/ vestir brusco o delicado; contingencia del llanto del bebé y maniobras de la madre para calmarlo, dialogo madre- niño, juegos madre- niño, flexibilidad de la distancia madre- niño y grado de autonomía del niño. La forma de presentación de cada uno de los mencionados items permite discriminar díadas madre – niño con una interacción armónica y aquellas no armónicas.

Los autores propusieron una pauta, que aplicada en el control del niño sano, podría contribuir a detectar díadas con problemas de relación antes que se transformen en trastornos del vínculo y problemas de salud mental en los niños. (6)

En un trabajo presentado en el X Congreso Argentino de Psicología, en la Ciudad de Rosario en el mes de Octubre, del año 2000, por las Lic. Amaya, J., Lic. Blanda, E., Garcia, S. y Molinari, L. titulado **" Imagen materna y embarazo adolescente"**, con el propósito de identificar las significaciones inconscientes que aparecen en un grupo de adolescentes embarazadas menores de 20 años de edad, de la ciudad de San Luis, fueron utilizadas las siguientes técnicas para la recolección de datos fueron, la entrevista semiestructurada, pruebas proyectivas gráficas (HTP, TPC de Figueras) y verbales (cuestionario desiderativo y psicodiagnóstico de Rorshach).

Los autores concluyen que el embarazo en las adolescentes investigadas, puede ser entendido como una manera de hacer frente a la compleja problemática de la identidad. En donde se condensa el deseo de percibirse como adulto, capaz de hacerse cargo de otro, y a la vez, la regresión manifestada a través dela necesidad de ser cuidada, identificándose con el bebé y desde ahí su reclamo infantil.

En estas situaciones el embarazo se presenta como un modo de acentuar la dependencia con la propia madre, y no como una forma más satisfactoria de lograr autonomía, ya que la familia y especialmente la madre, aparecen en el proyecto futuro cumpliendo un rol importante en el embarazo y luego del nacimiento, colaborando activamente con el cuidado del bebé.

Se observó una significativa ausencia de respuestas de textura en los protocolos, lo que evidenció dificultades de contacto en las primeras relaciones. Supone una actitud defensiva contra el afloramiento de las necesidades afectivas primarias, con la consecuente dificultad en las relaciones objetales. (7)

---

(7) Amaya, J y otros " Imagen materna y embarazo adolescente" Trabajo presentado en el X Congreso Argentino de Psicología en la ciudad de Rosario, Octubre del 2000.

Nos parece importante destacar que hemos corroborado la existencia de investigaciones realizadas en la ciudad en la ciudad de Mar del Plata, relacionadas con la temática de nuestra investigación, sin embargo no ha sido posible acceder a las mismas debido que hasta el momento no han sido publicadas, mientras que otras no fueron incorporadas, dada la antigüedad de las mismas.

TEMA Y OBJETIVOS

TEMA: Descripción de la relación vincular de las madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses de edad que concurrieron al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I) y al Subcentro de Salud No 12, Barrio General Belgrano, en la ciudad de Mar del Plata.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la relación vincular que establecen las madres adolescentes con sus hijos de 0 a 6 meses de edad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Observar en forma sistematizada la relación vincular madre-bebe.
- Detectar signos de alarma en la relación vincular.
- Detectar factores protectores de las madres adolescentes hacia sus hijos.
- Identificar la presencia de hábitos inadecuados.
- Describir el ambiente familiar.
- Conocer el desarrollo psicomotor de los hijos de madres adolescentes

MARCO TEORICO

ATENCIÓN PRIMARIA

DE SALUD

CONCEPTOS EN SALUD- ENFERMEDAD – ATENCIÓN DE SALUD

Creemos importante comenzar haciendo referencia al concepto de salud., dado que el mismo fue inspirador de la política "Salud para Todos en el Año 2000", aceptada por los organismos para dar respuesta a los principales problemas, no solo de salud, sino también a la necesidades sociales y políticas. Haciendo un recorrido histórico del concepto vemos que a través del tiempo ha habido una evolución en cuanto a los paradigmas relacionados a la salud , actualmente la O.M.S. considera a los individuos como unidades biopsicosociales y define a la misma como un completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y a la salud mental como la adaptación que realiza un individuo para lograr llevar una vida satisfactoria y útil en su medio social.

Creemos que ambas definiciones no deben ser consideradas como algo estático , sino como un proceso dinámico en el cual el sujeto se transforma en participante activo en constante interacción con el mundo que lo rodea.

Para poder comprender el proceso de salud-enfermedad de los individuos es importante tomar los fenómenos sociales que emergen de la comunidad que estos integran , ya que es sabido que cada comunidad define las formas de enfermar y curar, como así también la manera de prevenir enfermedades y buscar salud, en esto se verán reflejadas las significaciones individuales y sociales que tienen que ver con la esencia de cada cultura, poniéndose de manifiesto sus creencias, sus bases religiosas, filosóficas y sociales.

Alcanzar la salud de un pueblo y de los individuos que lo integran implica poner en marcha acciones preventivas a nivel de la comunidad; para esto la O.M.S. planteó la estrategia de Atención Primaria para la Salud definida como: "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología 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...."(8). Lo que se busca es poner las acciones al alcance de todos los individuos mediante abordajes comunitarios, debiendo ser la atención primera, cercana, accesible y simple orientada a los principales problemas de salud de la comunidad. Esta intenta dar respuesta a todos los aspectos explícitos del concepto de salud, así como también a los que subyacen al mismo, sabemos que es condición esencial y prerrequisito para la salud que la población pueda acceder a la educación, la vivienda, un trabajo con salario digno, en otras palabras satisfacer sus necesidades básicas, aunque la situación actual por la cual atraviesa nuestro país, se aleja de una justicia social equitativa para todos los sectores de nuestra sociedad.

Como dice Mirta Videla, "la salud popular como un bien social y derecho básico universal" desde hace varias décadas no nos es concebido, por estar subordinados al poder político y al desarrollo socioeconómico que del primero depende.

La A.P.S. enmarca acciones y programas que combinan actividades de promoción y protección con las de tratamiento y rehabilitación, estas deben caracterizarse por ser accesibles a toda la población asegurando la igualdad de oportunidades y la continuidad en el tiempo.

Para alcanzar las metas propuestas es necesario desarrollar una conciencia sanitaria popular que facilite el conocimiento de los problemas que aquejan a los individuos y cuales son las medidas para solucionarlos, adoptando la comunidad un rol activo que permita detectar las necesidades y trabajar en pos de satisfacerlas.

---

(8)Kroeger, Axel y Luna Ronaldo. Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. O:P:S: Editorial Pax Méjico. Segunda Edición. Capítulo I, Enero 1992.

La participación comunitaria, la multisectorialidad, la descentralización, el uso de tecnologías apropiadas son los principios que junto con las acciones que se llevan a cabo, diferencian a la A.P.S. del sistema tradicional de servicios de atención medico-reparativa.

En relación a las diversas instancias tecnológicas de atención de la salud se realiza la clasificación de la atención en niveles, lo que se busca es brindar una oferta integral de servicios que garanticen la accesibilidad y la continuidad en la atención de la salud, estos son organizaciones dinámicas estructuradas de manera de poder brindar las prestaciones de salud necesarias para la población y que deben estar en interacción con los individuos y el medio ambiente combinándose recursos y tecnologías destinados a satisfacer las necesidades de prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación y promoción de una mejor calidad de vida.

En base a las necesidades, complejidad de prestación de recursos y costos, se busca organizar los recursos en distintos niveles de salud, permitiendo que los mismos satisfagan las necesidades de la población.

- Primer nivel de atención: en este nivel se engloban las atenciones menos complejas, que están puestas al alcance del individuo, la familia y la comunidad, brindándose en el punto de contacto entre el equipo de salud y los beneficiarios. Se trata de una atención de tipo ambulatorio.
- Segundo nivel de atención: se trata de una asistencia de complejidad intermedia, que requiere contar con unidades de salud con especialidades y camas de hospitalización. Es necesario que se realice una interconexión con otros niveles, mediante el sistema de regionalización de recursos.

- Tercer nivel de atención: Dentro del mismo se encuentran los hospitales especializados y los institutos de alta complejidad asistencial, se utiliza tecnología moderna, de alto costo y gran especialización, se atiende a los individuos derivados desde los niveles menos complejos.

Las acciones a desarrollar contemplan lo curativo y lo preventivo; cuando hablamos de prevención nos referimos a la intervención que se realiza antes de que se desarrollen los hechos, evitando que estos se produzcan y la diferenciación en prevención primaria, secundaria y terciaria dependerá de la fase del proceso salud-enfermedad en la que se actúe.

La prevención primaria son acciones que se orientan a prevenir enfermedades, promover y proteger la salud mediante intervenciones ejercidas directamente sobre los factores causales de la enfermedad, suprimiéndolos y en definitiva, suprimiendo esta. Abarca actividades y técnicas propias del sistema sanitario y sus profesionales, así como otras que tienen su origen en otros sectores y que están relacionadas básicamente con la salud medio ambiental.

El TO puede participar de acciones de prevención primaria como planes materno-infantiles, prevención del embarazo adolescente de riesgo, educación para la sexualidad y planificación familiar, vigilancia del crecimiento y desarrollo del lactante y el niño en sus distintas etapas, promoción de salud y distintas prevenciones en los adolescentes en sus diferentes ámbitos, prevención de alteraciones de causas socioambiental, etc.

La prevención secundaria son acciones realizadas en un estado incipiente de la enfermedad, mediante un tratamiento y diagnóstico precoz, tratando de detener la evolución de una determinada patología en sus inicios, cuando los síntomas de la misma no son claramente manifiestos.

El TO interviene implementando de forma temprana la función diagnóstica en el proceso, disfunción o patología del individuo, grupo, o comunidad. De la oportuna y adecuada evaluación va a depender el diagnóstico, tratamiento y las medidas necesarias para el problema que se presente, evitándose complicaciones o secuelas.

La prevención terciaria son acciones encaminadas a evitar complicaciones y secuelas irreversibles, y en el caso de que se hayan instaurado, detener su avance.

Es incumbencia del TO. implementar medidas cuando un proceso continúa, se hace crónico o se agrava, poniendo énfasis en el mantenimiento de la independencia , funcionalidad y autonomía del sujeto, mediante la implementación de tratamientos neurológicos, cognitivos, psiquiátricos, equipamientos sencillos o sofisticados, modificaciones del entorno o el ambiente, orientaciones o reubicaciones laborales e integración del niño a un medio escolar adecuado.

Desde la prevención primaria el equipo de salud deberá implementar actividades que promuevan la salud y prevengan enfermedades, mediante la educación, promoción de la salud y la protección específica.

La educación para la salud que se define como: "un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir como enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas". (9)

Uno de los objetivos de la A.P.S. es que la comunidad tome conciencia y participe en las problemáticas de su propia salud, generando espacios de discusión y reflexión útiles para la construcción de alternativas y soluciones. Todo esto convierte a los individuos en participantes activos y agentes multiplicadores, capaces de transmitir sus conocimientos.

---

(9) Kroeger, Axel y Luna Ronaldo. Atención Primaria de Salud . Principios y métodos. O.P.S. Editorial Pax Mexico. Segunda Edicion. Capitulo VI. Enero 1992.

Si bien la educación para la salud es una práctica antigua ha ido variando como consecuencia de los cambios paradigmáticos referidos al concepto de salud, lo que llevó a implementar acciones dirigidas a fomentar estilos de vida sanos.

El rol que desempeña cada integrante del equipo de salud como educador implica dar apoyo, proveer información, realizar consejería, corregir creencias que interfieran con el cuidado del individuo, aliviar temores y ayudar a este a encontrar su rol en cuanto a su propio cuidado y responsabilizarse acerca del mismo. Mediante estas acciones se intenta reducir las principales causas de morbimortalidad actuales que resultan en cierto grado prevenibles.

Otra de las acciones a desarrollar es la promoción de la salud que está dirigida a toda la población, incluyendo individuos sanos y enfermos, siendo los primeros el grupo más importante ya que su función es la de evitar que estos enfermen. La promoción de la salud consiste en brindar a la población los medios que le sean necesarios para mejorar la salud y ejercer un control sobre la misma, no es exclusividad del sector sanitario sino que exige una acción coordinada entre los diferentes sectores, por lo cual se hace necesaria la participación activa y concreta de la comunidad, fijando las prioridades, tomando decisiones y participando en la elaboración y puesta en marcha de programas de salud. Este concepto se centra en alcanzar la equidad sanitaria y la igualdad de oportunidades.

La protección específica como otra actividad a desarrollar, se refiere a las acciones tendientes a evitar una enfermedad determinada, dentro de estas la medida más conocida es la aplicación de vacunas, pero también hay otras actividades de protección específica como la administración de vitaminas , calcio, etc.

FACTORES DE RIESGO

En toda sociedad hay familias e individuos cuyas posibilidades de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros, se dice, que estos grupos son especialmente vulnerables, la vulnerabilidad especial para la enfermedad o para la salud es el resultado de un número de características interactuantes, biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc. Estas características reunidas predisponen a un riesgo particular para estar sano o enfermar en el futuro

Las mismas son denominadas factores de riesgo, entendiendo por tales cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento de la posibilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores y su importancia radica en que son observables o identificables antes de que ocurra el hecho que estos predicen.

Cuando hablamos de riesgo nos estamos refiriendo a la posibilidad de que tal evento se produzca.

Son factores de riesgo:

- La alteración en los vínculos familiares (parejas parentales disfuncionales con o sin violencia, madre sola en la crianza, maltrato y/o abuso, negligencia o abandono, alcoholismo u otra drogadicción, enfermedad grave de uno del progenitores o muerte).
- Los problemas escolares o deserción del sistema escolar.
- El trabajo ilegal o insalubre.
- La desocupación.
- Ser victima de maltrato o abuso.
- Habitar en la calle o institución por carencia de continencia familiar.

- La pobreza.
- La falta de acceso a un servicio de salud y/o educación para la salud.
- Los trastornos físicos, psicológicos y sociales.

A su vez estos factores pueden clasificarse en aquellos que pueden ser modificados, por ejemplo hábitos inadecuados (fumar), en los que la casualidad es fundamental y aquellos que no podrán ser modificados (historia familiar), en los que la casualidad no es necesariamente importante, estos últimos son usados fundamentalmente para identificar los grupos de riesgo. Podemos encontrar cuatro grupos de vulnerabilidad y riesgo social. Esta clasificación por grupo de riesgo se realiza en función del trabajo en equipo interdisciplinario, ya que se hace necesario establecer prioridades de intervención de acuerdo a grupos de vulnerabilidad (I, II) y de riesgo (III y IV).

Grupo I:

- Personas sin indicadores de riesgo evidente.
- Personas sin indicadores de riesgo evidente, pero que por su situación vital requieren contención y atención (vulnerabilidad), comprende a; niños recién nacidos y embarazadas.

Grupo II:

- No presentan síntomas, pero existen indicadores de riesgo, comprende: jefe de familia con o sin pareja estable, madre que trabaja fuera del hogar por mas de 8 horas seguidas y con niños menores de 5 años, antecedente de patologías de complejo tratamiento, problemática en vínculos familiares, problemáticas generadas por bajos ingresos o trabajo inestable, vivienda precaria, inestabilidad en la tenencia de la vivienda, familia recientemente establecida en el área que inmigro por razones económicas, niños en periodo de amamantamiento con otro

factor de riesgo asociado, embarazadas de cualquier edad con antecedentes de un niño de bajo peso al nacer, padre o madre analfabeto, familias con antecedentes de incumplimiento de indicaciones medicas por patologías o por controles profesionales.

Grupo III:

- Embarazada mayor de 40 años o adolescente menor de 18 sin control.
- Familia con antecedentes de un niño desnutrido menor de 5 años.
- Familia en la cual falleció un niño menor de un año, con otro factor de riesgo asociado.
- Niño menor de 6 meses alimentado artificialmente que pertenezca a una familia con otro factor de riesgo.
- Familia con niño menor de un 1 año nacido con bajo peso con otro factor de riesgo asociado.
- Familia con niños en edad escolar que no concurren a la escuela.
- Familia en la que algún integrante presente trastornos psíquicos.
- Familia con trabajo inestable y cuyos ingresos no alcanzan la línea de pobreza
- Niños hipoestimulados.

Grupo IV:

- Madre adolescente sin familia o que pertenezca a una familia con otro factor de riesgo.
- Padres con enfermedades infectocontagiosas o enfermedades invalidantes sin continuidad en su tratamiento.
- Familia con algún integrante que presente problemas de adicciones.
- Familia con antecedentes de violencia o signos de ella.

- Familia con características de abandono, físico y/o conductas actuales de desprotección.
- Familia cuyos ingresos económicos se hayan por debajo de la línea de indigencia.

Poder identificar estos grupos de riesgo permitirá tener un mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos, con anticipación, para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño.

Es importante destacar que existen también múltiples recursos personales, familiares y sociales que favorecen el desarrollo y/ o atenúan o neutralizan el impacto del riesgo, entre los que se encuentran:

- La integración familiar.
- El gradual desarrollo de la autoestima, toma de decisiones, autonomía e integración social.
- Oportunidades de estudio y trabajo digno.
- Ocupación positiva del tiempo libre.
- Prevención de accidentes.
- Información adecuada y oportuna sobre sexualidad.
- Prevención del embarazo, de las enfermedades de transmisión sexual.
- Controles periódicos en salud o enfermedad.
- Clarificación de los valores personales, familiares, sociales.
- Legislación acorde a las necesidades de la población.
- Redes sociales de apoyo efectivo.

Estos factores facilitan el desarrollo y ayudan al individuo a aumentar la resistencia al riesgo y se los denomina factores protectores.

LA A.P.S. A DOS DECADAS DE LA DECLARACION

Si pensamos en las condiciones que dieron origen a la meta social y política de "Salud para todos" y a la estrategia de atención primaria, podemos observar que hoy a 27 años de la declaración, estas no solo subsisten sino que en muchos países se han profundizado.

Esta propuesta llevaba implícito el reconocimiento de la existencia de desigualdades en la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los diferentes grupos humanos que integran sociedades. Dentro de estos, los más pobres son los más afectados conformando así los grupos postergados. Esta postergación puede estimarse a través de las desigualdades de condiciones de vida, expresadas en términos socioeconómicos y de problemas de salud.

La desigualdad, la inequidad y la falta de justicia social dejan cada vez a más sectores de la población sin cuidado integral de su salud.

La situación socioeconómica y política actual junto a la desigualdad en la distribución de los recursos han aumentado las diferencias entre los sectores de la sociedad, dificultando el acceso de toda la población a los servicios de salud, dejando de cumplir de manera esperada los objetivos propuestos en la declaración de Alma Ata.

Al plantear la política se esperaba que para el año 2000 existieran en todos los países del mundo auténticos y sostenidos procesos en marcha, que condujesen a cerrar la brecha de las desigualdades en los niveles de salud y en la distribución, uso y efecto de los recursos que se asignaran a este área.

A pesar de esto el aumento de la demanda de la población y la escasez de recursos existentes hacen que los principios planteados en la estrategia para llevar a cabo la política no se hayan podido aplicar como era esperado.

En la actualidad puede observarse que en nuestro país aún hoy prevalecen dentro del sistema sanitario las acciones curativas, aunque la prevención y promoción de la salud no han quedado relegadas en forma total y en cada uno de los sectores se realizan actividades de prevención, existen actualmente serias dificultades que hacen que el concepto de atención primaria de salud no pueda llevarse a cabo en su totalidad.

ROL DEL T.O. EN COMUNIDAD Y POBLACIÓN MATERNO-INFANTIL

Pensando en todo lo expuesto sobre salud- enfermedad y A.P.S. queda claro la importancia del rol de los agentes de salud en cuanto a la necesidad de ser generadores de espacios en los cuales la comunidad pueda conocer, reflexionar y tomar decisiones acerca de las problemáticas que emergen de la misma.

El T.O. como agente de salud dentro de la comunidad deberá facilitar y acompañar aquellos procesos que favorezcan la adopción de un rol activo de la población frente a sus necesidades, debiendo ser capaz de identificar que significa bienestar y calidad de vida para los individuos que componen la comunidad.

Como integrante del equipo interdisciplinario, participará en las acciones comunitarias, identificando aquellas condiciones que hacen la vida más difícil a cierto grupo de personas y buscando soluciones apropiadas.

El T.O. puede realizar contribuciones, como aumentar el acceso a los servicios de salud, desarrollar un ambiente saludable, fortalecer los grupos y recursos comunitarios, así como también promocionar comportamientos saludables e incrementar los conocimientos acerca de la salud.

Teniendo en cuenta la población materno infantil y a esta como una población de riesgo, ya que se considera que los dos primeros años de vida son de vital importancia para el desarrollo psicoafectivo y emocional ulterior del niño, es necesario y condición indispensable abordar la díada madre- hijo para intervenir precozmente, detectando signos de alarma que permitan realizar un diagnostico temprano y así evitar desviaciones en la evolución normal; el abordaje debe ser integral, tomando al niño, la madre y el entorno familiar, ya que estos son los proveedores y facilitadores de experiencias necesarias para que el niño pueda desarrollar sus potencialidades, por eso

es importante acompañar a la madre y la familia, mediante acciones dirigidas a orientar y facilitar este proceso.

El T.O. en relación con la problemática adolescente podrá intervenir en la prevención de futuros embarazos, acompañar en la maternización de la futura madre, en la consolidación de la díada y de una triangulación originaria (biológica o con sustitutos) y considerando al infante nacido de ese embarazo un niño de riesgo, asegurar el seguimiento con el fin de favorecer su desarrollo psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

- Cano Zurro Perez. "Manual de atención primaria organización y pautas". Editorial Doyma. España 1986.
- Buitago, Ramírez y col. " Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud". Revista de atención primaria, vol, 24, suplemento I, diciembre 1999
- Delmonte,C. y otra, " El rol del Terapista Ocupacional en atención primaria de salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socioambientales", Tesis de grado. Universidad de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2002.
- Lic Domínguez Mon, A, " El enfoque de riesgo en la atención materno infantil: anlisis antropológico de la noción " riesgo" en el manual Paltex de la OPS", articulo original, Revista Hospital Maternoinfantil Ramón Sardá, Nº 4, año 2000
- Kroeger Axel , Luna Ronaldo. "Atención primaria de la salud. Principios y métodos" . OPS. Editorial Pax México. Segunda edición. Capitulo I. Enero 1992.
- O.P.S. O.M.S. "Promocion de la salud: una antología. Anexo I Carta de Ottawa para la promoción de la salud." Publicación científica No. 557.
- O.P.S. "Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil ". Serie Paltex No.7 1986.
- O.P.S. "Salud Materno Infantil y atención primaria en las Americas hechos y tendencias." Publicación científica No. 461. 1984
- O.P.S. "La crisis de la salud publica: reflexiones para el debate". Publicación científica No. 540.

- Videla, M. "Prevención e intervención psicológica en salud comunitaria". Editorial cinco. Bs As 1993.
- www.ubiobio.cl/ cps/doc/p14.3 programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud, Clasificación por grupo de riesgo.

ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA

Para poder determinar socialmente cual es el lugar que ocupa el sujeto, evolutivamente se establecieron tres etapas bien diferenciadas, la niñez, la adultez y la ancianidad, lo que posibilitó caracterizar los comportamientos esperados en cada una de ellas; pudo verse que esta división en etapas resultaba insuficiente ya que existía un período donde la categorización del individuo se tornaba difusa, por lo que determinado momento evolutivo quedaba indefinido debido a lo cual se era niño grande o pequeño, adulto joven o maduro.

Con el tiempo este momento fue definido como adolescencia aunque no se conoce tan bien al adolescente como al niño y aún se trata de establecer un consenso en la forma de caracterizarlo. Mas allá de estas controversias muchos autores coinciden en caracterizarla como un proceso dinámico que transcurre en el camino de la niñez a la adultez, donde se suceden rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos , psicológicos, sociales y espirituales, siendo experimentados e incorporados por el sujeto con mayor intensidad a diferencia de las demás etapas de la vida.

Se adquiere un nuevo cuerpo que se ve modificado en tamaño y forma en un lapso corto de tiempo por lo cual en un principio le cuesta adaptarse e identificarse con él, se complejizan las funciones y se logra la capacidad reproductiva. Desde el aspecto cognitivo se desarrolla el pensamiento abstracto que le da la posibilidad de proyectar al futuro y valorar las consecuencias de sus actos, logrando así mayor previsión, control interno, conciencia del ambiente que lo rodea, capacidad de empatía e idealismo.

Socialmente la relación de dependencia con la familia de origen disminuye, aumentando las relaciones con sus pares y otros adultos fuera de la familia. La paulatina desidealización de los vínculos infantiles se realiza a través de " objetos transcicionles" tales como el culto al héroe, los grupos y pandillas y los romances.

A su vez va desarrollando habilidades que favorecen la independencia económica y emocional. En este momento el proceso de identidad que se había iniciado en la infancia se reformula, para integrar una nueva identidad, culminando con la adquisición de su escala de valores morales y éticos, la elección vocacional y laboral y la capacidad de formación de una pareja.

La OMS define a la adolescencia como " el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la

niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica '' (10) fija sus límites entre los 10 y 20 años, según los matices de las distintas edades se realiza la división en tres etapas: adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años.

Dolto compara a la adolescencia con un segundo nacimiento, que va realizándose progresivamente, el sujeto va separándose paulatinamente de la protección familiar de la infancia, para entrar en la vida adulta, dejar atrás la infancia constituye una mutación que implica adaptarse a las transformaciones del cuerpo, del espíritu, de los sentimientos, causando un gran trastorno que cada uno resolverá de un modo único. Puede ser considerada como un nuevo y gran desprendimiento, no ya del seno materno, sino del grupo familiar.

Arminda Aberastury la define como '' la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil'' (11). Esta autora considera que para lograr un equilibrio de la personalidad es necesario pasar por un cierto grado de conducta ''patológica'', que a su criterio es inherente a la evolución normal del adolescente.

La adolescencia presenta características particulares, surge la búsqueda del propio si-mismo y de una identidad adulta, manifiestan una profunda y arraigada tendencia grupal, hay una marcada necesidad de intelectualizar y fantasear, se observan intensas crisis religiosas que pueden ir desde el ateismo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso, su pensamiento se caracteriza por la desubicación temporal, tendiendo a la satisfacción inmediata de sus deseos, se manifiesta una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta, se revela una actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad, se observan contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción que constituye las formas de expresión típica de este momento

(10) Prof. Dr . Juan R. Issler " Embarazo en la adolescencia ". Revista de Posgrado de la Cátedra VI Médicina No 107- agosto 2001 pág. 11. www.unne.edu.ar/ revistas
(11) Aberastury A, Knobel M. " La adolescencia normal " un enfoque psicoanálitico. Ed. Paidos 1986.

de vida, se produce una separación progresiva de los padres y su humor y estado anímico se caracterizan por una constante fluctuación.

Creemos que la adolescencia puede ser considerada como un territorio en donde los límites no pueden trazarse rígidamente sino que se va delimitando y construyendo en el transcurso del tiempo, con avances y retrocesos, considerando al adolescente como un ser en crisis, crisis en sentido de cambio, acomodación a una situación nueva, que deberá elaborar duelos por la infancia y por los padres idealizados, pasar de la etapa del juego a la del trabajo, de lo familiar a lo extra familiar, adquirir nuevas funciones y habilidades, comportamientos y placeres, ejercitar la genitalidad. Todo esto es producto de un cambio brusco donde todas las medidas que anteriormente servían de marco, sostén y adaptación, pasan a ser cuestionadas.

La transición satisfactoria de esta etapa caracterizada por mayor autoestima, autocuidado, autonomía y responsabilidad facilitará el ingreso paulatino al mundo adulto.

DESARROLLO FISICO.

" Como las langostas cuando pierden su caparazón, uno se encuentra en la adolescencia con una apariencia que cambia " (12).

El pasaje de la infancia a la adolescencia implica una transformación no solo en tamaño sino también a nivel fisiológico.

Esta etapa es un fenómeno de naturaleza tanto somática como social, su inicio está marcado por profundos cambios biológicos, por lo general esta modificación se produce en las mujeres entre los 9 y 12 años y en los varones entre los 11 y los 14 años.

El ritmo de crecimiento en este período se acelera notablemente, se producen importantes cambios físicos en tres niveles: un primer nivel donde la activación de las hormonas de la hipófisis anterior produce el estímulo fisiológico necesario para la modificación sexual, en un segundo nivel aparece como consecuencia inmediata de la secreción de estas hormonas la producción de óvulos y espermatozoides maduros y en un tercer nivel se produce el desarrollo de las características sexuales específicas.

En el cerebro y particularmente en el hipotálamo se desencadenan una serie de cambios neuroendócrinos. La glándula pituitaria produce la secreción de gonadotropinas a la corriente sanguínea, luego se produce la adrenarquia y las secreciones de la corteza adrenal se juntan a la de la pituitaria.

Los testículos y los ovarios comienzan a producir hormonas sexuales, aparecen los caracteres sexuales secundarios.

En las niñas comienza a observarse la aparición de vello púbico, cambios en la areola y la aparición del botón mamario; la menarca tiene lugar uno a dos años después de la aparición de estos cambios. La maduración de los ovarios y el útero inicia el ciclo menstrual, preparando el camino a la fecundidad. " La llegada de las primeras menstruaciones es un gran acontecimiento en la vida de toda mujer ". (13) " Comenzar a tener reglas es entrar en un modo de vida cíclico que es propio de las mujeres. Como si nada, el tiempo no se desarrolla igual para las mujeres que para los hombres en una continuidad ". (14)

---

(12) Dolto F. y otro. " Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta". Ed. Atlántida 1995. Pág. 29.

(13) Dolto.F y otro .Op. Cit. Pág. 25.

(14) Dolto F. y otro. Op. Cit. Pág. 26.

Al igual que en la niña el niño sufre cambios paralelos, aparece el vello púbico y axilar, los órganos genitales aumentan de tamaño, tiene erecciones frecuentes, responde en forma intensa a los estímulos sexuales y comienza a tener sus primeras emisiones nocturnas.

Junto a esto se producen también cambios en la longitud de los huesos largos, siendo más evidente en las extremidades. En la niña se produce un ensanchamiento de la pelvis y rota la cabeza del fémur, al mismo tiempo se redistribuye la grasa subcutánea y el contorno facial se modifica. En el niño el cambio más observable es en la voz y la aparición del bigote y la barba.

Todas estas transformaciones dan lugar a una maduración fisiológica y sexual que les brinda a los jóvenes la capacidad biológica de procrear.

DESARROLLO COGNITIVO:

Son indisociables el crecimiento físico y la maduración de los sistemas nervioso y endocrino, del crecimiento mental.

Piaget plantea que en el período de los once a los quince años, el niño llega a desprenderse de lo concreto y a situar lo real en un conjunto de transformaciones posibles.

En la adolescencia el joven se libera de lo concreto y comienza a pensar ya en lo abstracto, "a medida que el pensamiento se desarrolla, los símbolos conceptuales van reemplazando gradualmente la realidad concreta egocéntrica." (15)

Están menos apegados a los datos inmediatos, realizan generalizaciones más aventuradas, tratan de teorizar sobre casi todo, unas veces con fundamento y otras sin el, tienen un pensamiento muy semejante al de los adultos.

El adolescente no actúa al azar, formula hipótesis o conjeturas, las contrasta y comprueba si son verdaderas o falsas.

Es capaz de interrogar la realidad y no solamente tomar nota de ella. El lenguaje ocupa un lugar mucho más importante.

Los jóvenes se ocupan de temas como la ética, reformas políticas, sociales y religiosas, toda esta expansión afectiva y social no sería posible sino existiera como condición previa y necesaria la transformación del pensamiento que permita la elaboración de ideas y el razonamiento.

Ahora no solo trata de aplicar operaciones a objetos o ejecutar acciones sobre estos sino que reflexiona sobre estas operaciones independientemente del objeto, reemplazando a éstos por proposiciones.

Algunas de las características del pensamiento formal son, las operaciones combinatorias, las proposiciones, la coordinación de los sistemas de referencia y la relatividad de los movimientos, la noción de correlación, las compensaciones multiplicativas, que permiten comprobar la conservación de volumen y las formas de conservación que van más allá de la experiencia.

Estas nuevas adquisiciones le permiten en el futuro anticiparse e interpretar la experiencia.

---

(15)Arberastury. A y col. " Adolescencia ". Ed. Kargieman. Bs As .1976. Pág. 164.

DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA.

Como hemos señalado al comienzo del capítulo todo ocurre en torno a pérdidas y cambios, a diferencia de la infancia ahora comienzan a funcionar diversas áreas de las cuales hasta el momento no se tenía conocimiento, esto implica la búsqueda de una nueva identidad y adaptarse a las exigencias del mundo que lo rodea que demanda nuevas pautas de convivencia. Esto es vivido como una invasión que lleva al adolescente a aferrarse a los logros de la infancia que proveen seguridad, lo que se contrapone al deseo de alcanzar un nuevo nivel, esta ambivalencia provoca sentimientos de angustia e inseguridad que son vividas como grandes duelos.

Freud plantea "el duelo es por lo general la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente'' (16). Aunque esta tarea de elaboración sea complicada y dolorosa no tiene porque ser patológica y requerirá únicamente de la intervención del tiempo para realizarse.

Melanie Klein desde su teoría de las relaciones objetales considera central la forma en que el yo haya podido transitar por cada una de las posiciones (esquizoparanoide y depresiva), lo que va a marcar a su vez la capacidad del individuo para enfrentar las sucesivas perdidas y elaborar los duelos a lo largo de la vida.

Arminda Aberastury y Mauricio Knobel han descrito el proceso de duelo en lo que ellos llaman ''síndrome normal de la adolescencia'', denominado así ya que consideran que es posible encontrar características de lo patológico que por su frecuencia en esta etapa pueden y deben ser tomadas como normales. Plantean que se deben elaborar tres duelos:

Por el cuerpo infantil, por el rol y la identidad infantil, y por los padres de la infancia.

Este período de la vida ilustra claramente el fenómeno del duelo, caracterizado por un sinnúmero de pérdidas y reestructuraciones, surge la lucha, el sufrimiento y el esfuerzo, no solo por los objetos externos que deben ser abandonados y los que necesitan ser adquiridos, sino también debido a las identificaciones infantiles que hay que dejar y a la adquisición de las nuevas identificaciones que sentaran la base de una identidad adulta.

Las pérdidas y adquisiciones también se dan en el terreno de la cultura, que es donde se va produciendo este proceso de desarrollo y cambio, el conflicto no solo se

(16)Gutierrez L.A. Centro psicoanálitico de Madrid. www.centropsicoanaliticomadrid.com/ revista

da entre cada adolescente y su ambiente personal, sino también entre cada generación y su propia cultura. El duelo implica un poderoso sentimiento de pérdida de un objeto que tiene realidades concretas y fantaseadas y de esta última dependerá que sea más penoso y lento que lo que la realidad exigiría.

A través de la elaboración de los duelos se va reconstruyendo la realidad psíquica del adolescente en relación a los vínculos con el mundo externo y al mismo tiempo va reconstruyendo su propia identidad.

Comienzan a producirse cambios corporales hay una transformación interna y externa, las formas, la silueta se modifica, tiene que aprender a vivir con su nuevo cuerpo, se siente torpe y tiene dificultades para moverse armoniosamente.

La confrontación visual impacta en el espejo y en una mente aún infantil. Es aquí donde comenzará a elaborar el primer duelo que está en relación con la pérdida del cuerpo infantil que se transforma y se pierde. Este proceso genera sentimientos de impotencia frente a esta realidad concreta, el fracaso ante el manejo de esta realidad externa produce el desplazamiento de su rebeldía hacia la esfera del pensamiento.

La despersonalización reina en este momento dominando el pensamiento del adolescente. Surge la necesidad de reconstruir la imagen corporal ,que es propia de cada uno, está ligada al sujeto y a su historia y es definida por Dolto como "la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas, a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales"(17)

El segundo duelo que deberá elaborarse es el del rol y la identidad infantil, debiendo renunciar a la dependencia infantil y comenzar a asumir nuevos roles que implican mayores responsabilidades que muchas veces desconoce. Sufre un quiebre en el proceso de personificación debido a que no puede mantener la dependencia, pero tampoco asumir una independencia adulta. Para sobrellevar esto, procura delegar en el grupo de pares todo lo bueno y en el grupo familiar las obligaciones y responsabilidades.

El adolescente necesita abandonar su grupo familiar para poder crecer, apoyándose para esto en su grupo de pares que le permite compartir con ellos las vicisitudes de su crisis vital.

Estos momentos de indiferencia y desconsideración absoluta hacen que

(17) Dolto F. " La imagen inconsciente del cuerpo " Ed. Paidos. España 1986

todas las relaciones objetales adquieran un carácter lábil y fugaz, aunque no dejen de ser intensas, apareciendo la inestabilidad afectiva, como una constante en esta etapa.

En este período el pensamiento funciona de acuerdo a las características grupales que le aportan mayor seguridad y sostén.

La identidad en esta etapa dependerá en cierta medida de la identidad para los otros, es decir, de la identidad que los otros le atribuyen, pero también de las identidades que él atribuye a los otros y de las que supone que le atribuyen a él.

Aberastury hace alusión al "fenómeno de la barra'', lo considera como un espacio donde el adolescente puede adoptar roles cambiantes y compartir responsabilidades y culpas con sus pares.

Winnicott considera que estas apoyaturas grupales son muy importantes durante la crisis adolescente ya que éste se haya inmerso en un proceso de crecimiento muy cambiante y complejo, sirviéndole como ambiente facilitador.

Gradualmente el adolescente acepta la pérdida del cuerpo y el rol infantil dando comienzo a un tercer proceso de duelo donde cambia la imagen de sus padres de la infancia a los que persistentemente trataba de retener en su personalidad buscando refugio y protección, por la de sus padres actuales. Esto se ve complicado por la actitud de sus padres que también tienen que aceptar su envejecimiento y hacer el duelo por el hijo perdido, lo que lleva a una confusión en las relaciones objetales-parentales, interrumpiendo la comunicación con los padres reales externos. Surge una contradicción en tanto el adolescente por un lado busca padres protectores y controladores que marquen límites y por otro idealiza la relación con ellos si estos facilitan su independencia, esta contradicción lleva al adolescente a retraerse disminuyendo la comunicación, busca elaborar el duelo reemplazando a sus padres por otras figuras del entorno que a su vez idealizará, que pueden ayudarlos a pasar este punto de evolución.

El adolescente no solo es sujeto de duelo, sino que también es a la vez objeto de duelo para los padres, que pierden a su hijo en cuanto niño pequeño, creando esto un terreno de elaboración del duelo que excede el ámbito individual y ubica el proceso de la adolescencia como un fenómeno familiar y social.

La posibilidad de cambio de una a otra etapa, necesita del trabajo de duelo para la asunción de la pérdida y poder aceptar el tiempo futuro.

La elaboración de estos duelos le permitirá al adolescente resolver esta etapa, que estará completamente finalizada cuando el individuo haya adquirido una nueva

identidad y asumido su nuevo rol en la sociedad, y también las obligaciones del mundo adulto.

Cultura y sociedad en la adolescencia

Desde las ciencias sociales, se considera que la adolescencia más allá de ser ante todo un fenómeno biológico , es una invención cultural, producto de la industrialización, surgida de la necesidad de prolongar el período de educación y retrasar el ingreso de los jóvenes a las tareas y obligaciones adultas. El concepto de adolescencia fue creado con la intención de organizar el conocimiento de un determinado sector de la sociedad, operando de esta forma como un modelo de conducta, ya que en la mayoría de las sociedades ciertos roles y limites de la conducta se asignan en base a la edad y sexo de las personas, es por esto que el individuo aprende un modo de ser adolescente en relación al concepto de adolescencia que tiene la sociedad en la que crece.

Las características socioculturales y los modos de conducta que se le asignan a los adolescentes influye en el estilo de vida que estos adoptan, ya que el estilo propio de una cultura se expresa en el modo en como los miembros de la misma responden a lo pautado, como dice Eva Giberti " una cosa es lo que se dice de ellos y cómo se los categoriza y otra cosa es lo que ellos hacen como adolescentes que, a su vez, incorporan lo que la cultura dice de ellos e incluyen esas descripciones en la construcción de sus personalidades. Si pensamos que lo que se opina acerca de ellos no interviene en sus estilos de vida, nos equivocamos". (18)

Esto es importante puesto que la definición que los adultos hacen de los adolescentes tiene consecuencias reales sobre estos, sería más importante aún que los mismos adultos en tanto educadores y forjadores provean y sostengan un lugar y un tiempo a modo de espacio transicional que facilite el pasaje de la dependencia a la independencia relativa, o de la inmadurez absoluta a madurez relativa del niño y adolescente, dándole la respuesta y el apoyo que éste necesita ya que esta etapa de crisis desconcierta a los adolescentes.

" La adolescencia es una etapa de la vida con características particulares según los distintos grupos sociales, las costumbres o etnias. Sin embargo a pesar de los

(18).Giberti E." Escuela para padres ". Los chicos del tercer milenio. Adolescente I parte. Revista Diario Página 12. No 18. Pág. 6. Bs As .1999.

matices, los adolescentes buscan posicionarse no solo como hijos, sino también como ciudadanos, hombres y mujeres con intereses y deseos propios que desafían los modelos preexistentes". (19)

(19) Giberti. E. Op. Cit. Pág. 4.

DESARROLLO PSICOSEXUAL

La sexualidad comienza desde el momento del nacimiento y es inherente al ser humano, sin embargo aunque existe la idea generalizada de que ésta comienza a manifestarse en la pubertad se reconoce que los seres humanos comienzan el proceso de sexuación muy tempranamente, de todas maneras la identidad sexual adquiere en la adolescencia su forma definitiva.

Freud plantea que desde el nacimiento y durante la infancia aparecen diferentes zonas corporales que proporcionan placer, lo cual se logra por estar dotadas de energía libidinal. Alcanzar la sexualidad madura, denominada genital, resulta del desarrollo sexual infantil pregenital.

Existe una diferencia importante entre la sexualidad infantil, la del adolescente y la adulta, ya que la primera tiene múltiples metas sexuales y zonas erógenas que le sirven de soporte sin que se instaure en modo alguno la primacía de una de ellas, la elección de objeto recae sobre las figuras parentales (complejo de Edipo), mientras que la sexualidad adolescente y adulta se organiza bajo la primacía genital y la elección de objeto es extrafamiliar.

La etapa pregenital antecesora de la genitalidad adulta es la primera fase de evolución de la libido dividiéndose en fase oral y anal.

La primera va de los cero a los dos años, en un primer momento el placer sexual está ligado predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios que acompañan la alimentación, en esta fase el niño vive y ama a través de la boca y la madre lo transmite por medio de los senos, se pone en funcionamiento la capacidad y la intención de la madre y de la sociedad de alimentarlo , ya que al nacer es privado de la simbiosis que mantenía con el cuerpo de su madre. De esta coordinación entre madre e hijo resulta una alta compensación en términos de placer libidinal, a través de la boca y el pezón se genera una atmósfera de calor y mutualidad que ambos disfrutan plenamente, el modo de relación con el otro es la incorporación, debido a que el recién nacido dependerá de la entrega de sustancias directamente en la boca, la pulsión sexual es apuntalada por medio de la función vital que es la alimentación, pero posteriormente adquiere autonomía y se satisface en forma autoerótica.

En un segundo momento asume una actitud más activa, aparecen los dientes y por consiguiente el placer inherente a morder cosas duras que no ceden a la presión, morder objetos blandos, y en destrozar otros con los dientes.

Freud plantea que esta segunda fase de la libido no solo está vinculada con la necesidad de mantenerse vivo, sino que estas formas de autoerotismo oral permiten desarrollar formas de relación social.

Estas son formas de autoconservación necesarias para el ser humano en esta etapa de la vida.

La fase anal es el segundo momento de evolución de la libido que puede situarse entre los dos y los cuatro años de edad, la zona erógena anal es el centro de organización de la libido, el objeto de satisfacción se encuentra ligado a la función de defecación(expulsión- retención) y el valor simbólico de las heces.

La función autoconservadora del erotismo anal está dada por el proceso de evacuación de los intestinos y la vejiga y por el placer que provoca.

El niño obedece en esta fase a impulsos contradictorios de retención y eliminación, que caracterizan la forma de comportarse y relacionarse con los otros, así mismo esta etapa se caracteriza por la lucha por su autonomía.

Estos dos primeros momentos de la sexualidad infantil se centran en el autoerotismo, en las fases siguientes aparecerá ya un objeto sexual externo al individuo.

La fase de organización libidinal que continúa a las fases oral y anal es la fase fálica y se caracteriza por la unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales, aunque el niño no reconoce en esta fase más que un solo órgano genital, el masculino, marcando así la diferencia entre la fase genital infantil y la adulta.

En esta fase es vivido el Complejo de Edipo entre los tres y los cinco años de edad lo que le permite al individuo realizar la elección del objeto de amor, la estructuración de la personalidad y la orientación del deseo sexual, la declinación de éste señalará el inicio del período de latencia.

A esta edad los niños inician una actividad masturbatoria, descubre que pertenece a un sexo porque ha logrado un dominio suficiente sobre su cuerpo que le permite explorar aspectos de la vida que involucran a los otros, ya no se limita solo a él.

Como mencionamos anteriormente al declinar el Complejo de Edipo se inicia el período de latencia que se ubica entre la fase fálica y la genital y surge aproximadamente entre los cinco y seis años, se lo considera como un momento en el que se detiene la evolución de la sexualidad, habiendo una disminución de las actividades sexuales, se desexualizan las relaciones de objeto, dirigiendo la energía

sexual hacia otras actividades, esta canalización de la energía sexual le permite adquirir nuevos conocimientos y habilidades.

Al ingresar en la cuarta fase del desarrollo, la fase genital, que se inicia en la pubertad, las modalidades de satisfacción libidinales de las fases anteriores se unifican y jerarquizan definitivamente en los órganos genitales.

En esta fase en la cual se elabora la identidad sexual del adolescente, refiriéndonos a la misma como la diferenciación y ubicación sexual que cada uno de nosotros hace según seamos hombres o mujeres, que es producto de un largo proceso de elaboración que comienza en la niñez, donde influyen la relación con los padres del mismo sexo, la interacción de la pareja parental y las normas culturales.

Es en la adolescencia, entre los quince y diecisiete años donde se reactiva el Complejo de Edipo, se produce un intento de separación de las figuras parentales, buscando en el afuera de la familia figuras significativas hacia quienes dirigir los afectos, es aquí cuando surge el amigo o la amiga. Primero los contactos se realizan con jóvenes del mismo sexo, formando grupos, lo que les permite compartir vivencias, ensayos y comentar conductas en relación con el sexo opuesto, como modo de disminuir el miedo que estos nuevos contactos produce.

En la adolescencia media comienzan a sentirse más cómodos con personas del sexo opuesto ,existiendo un interés por serle atractivos a estos. Las relaciones son de corta duración y es el inicio de la exploración sexual, luego llegarán relaciones más duraderas, donde aparece una mayor preocupación por los sentimientos y los deseos del otro, así como por una relación sexual genital.

Aparecen los primeros romances como "objetos transcicionales" que permiten apartarse de los primeros vínculos familiares, el primer amor suele ser intenso y apasionado, aunque a veces éste ni se entere de las pasiones que despierta, en realidad estas figuras amadas son sustitutos parentales que permiten el juego de las fantasías edípicas.

La época difícil para estos jóvenes es el momento de la preparación de la primera experiencia amorosa, el joven siente que hay en ella un gran riesgo, lo desea y teme al mismo tiempo.

La masturbación es una actividad normal que forma parte de la sexualidad en la adolescencia, practicada en especial por los varones ya que culturalmente se impone a la mujer guardar sus genitales puros e intactos.

Para concluir la sexualidad es una cuestión de madurez y "la identidad sexual es el resultado de una relación e integración entre la biología y la cultura, es una experiencia personal íntimamente ligada a la autoestima que involucra un aprendizaje de los modos de sentir, pensar y actuar en relación al sistema de valores de la cultura"(20)

(20) Castelli D. Y otros. " Me quiere mucho, poquito, nada. Embarazo y maternidad en adolescentes populares y su relación con rasgos de personalidad y habilidades sociales". Pág. 24. Ed. Raíces Chile. 1996.

BIBLIOGRAFIA:

- Aberastury, A. y Knobel., M. " La adolescencia normal un enfoque psicoanálitico". Ed. Paidos. 1986.
- Aberastury, A. y col. " Adolescencia " Ed. Kargieman. Bs As. 1976.
- Belaustegui, M. I. y otros. Prevención primaria en salud desde Terapia Ocupacional en madres adolescentes y sus hijos en un medio social adverso. Mar del Plata 1995. Tesis de grado en Licenciatura en Terapia Ocupacional.
- Blos, P. " Los comienzos de la adolescencia", Ed. Amorrortu, 1980
- Castelli, D. y otros. " Me quiere mucho, poquito, nada. Embarazo y maternidad en adolescentes populares y su relación con rasgos de personalidad y habilidades sociales ". Ed. Raices. Chile.1996.
- Dolto, F. y otro. " Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta " Ed. Atlántida. Bs As. 1995.
- Dolto, F. " La causa de los adolescentes ".Ed. Seix Barral. Argentina.1996
- Dolto, F. " La imagen inconsciente del cuerpo " Ed. Paidos España. 1986
- Erikson, E . " Identidad, juventud y crisis ". Ed. Taurus. Madrid. 1980.
- Efrón, R. y otros. " Adolescencia, pobreza, educación y trabajo. El desafío es hoy " Unicef Argentina y Red Latinoamericana de educación y trabajo CIID – CENEP. Ed. Losada. BsAs. 1997.
- Giberti E. " Escuela para padres ". Los chicos del tercer milenio. Adolescente I parte. Revista Diario Página 12. No 18.. Bs As .1999.
- Giberti E. " Escuela para padres ". Los chicos del tercer milenio. Adolescente II parte. Revista Diario Página 12. No 19.. Bs As .1999.
- Lic Gonzales, g y otro, " Adolescenciay aprendizaje", Documento de trabajo Universidad Nacional de Mar del Plata.
- O.P.S., " La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Americas: escribiendo el futuro" Comunicación para la salud No 6, 1995

- Pelorosso , A. " La niñez y la adolescencia en el siglo XXI" Revista Ensayos y Experiencias. Año 2 No 9 Enero- Febrero 1996.
- Prof. Dr . Juan R. Issler " Embarazo en la adolescencia ". Revista de Posgrado de la Cátedra VI Médicina No 107- agosto 2001. www.unne.edu.ar/ revista.
- Rocheblave, Spenle. " El adolescente y su mundo". Rd. Herder 1978
- " Salud de la adolescencia: avances hacia un enfoque integral" Unidad Coordinadora/ Ejecutora de Programas Materno Infanto Juveniles y Nutricionales, Ministerio de Salud de la Nación. Documento en edición. Junio 2001.
- Schufer, M. Y otros " Así piensan nuestros adolescentes", Ed. Nueva Vision.
- Tollo, M.A. " El adolecer en la cultura" Revista Ensayos y Experiencias. Año 2 No 9 Enero – Febrero 1996.

EMBARAZO Y MATERNIDAD

ADOLESCENTE

EMBARAZO Y MATERNIDAD ADOLESCENTE

A fines del año 2003 y durante el transcurso del año 2004 el embarazo adolescente ha surgido como emergente de una problemática sociocultural y económica en nuestro país. En un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (S.A.G.I.J.) sobre esta población, se estimó que alrededor del 17% de los embarazos son de adolescentes de entre 10 y 19 años.

El actual Ministro de Salud definió como una " bomba social" al alto porcentaje de embarazos de adolescentes que se registran en el país, así mismo planteó que el problema no solo es sanitario sino también sociocultural y dijo " la causa de esta situación no es solo la pobreza, sino que también influye el cambio de la familia y el cambio de los conceptos culturales, además del inicio de la vida sexual mucho antes de lo que era anteriormente". (21)

Más allá de lo planteado el embarazo adolescente puede ser un fenómeno natural o un problema social de acuerdo en la sociedad en la que ocurra, ya que esta situación en determinados grupos familiares puede ser incorporada sin dificultades por formar parte del universo conocido para lo que existen respuestas ya experienciadas.

Si tomamos esto como una respuesta sintomática a situaciones sociales, es importante destacar la complejidad de esta problemática que se encuentra determinada por numerosos condicionantes de características personales, familiares y sociales, por lo cual comprenderlo implica entender como transitan estas niñas su adolescencia, el contexto histórico social y el impacto que produce en las diversas clases sociales.

Actualmente antes de los 14 años los jóvenes alcanzan la madurez sexual del adulto aunque esto no sea una verdadera sexualidad, sino manifestaciones de genitalidad, por lo que las adolescentes quedan expuestas a experiencias sexuales no protegidas que conllevan a embarazos no deseados ni planificados, lo que implica para ellas un grave riesgo biológico, psicológico y social.

Estos embarazos son considerados precoces por ocurrir durante la adolescencia de la mujer soltera, lo que deja en evidencia la multiplicidad de este fenómeno, no tratándose solamente de un hecho biológico sino de una trama

(21).Diario La Capital, sección La ciudad y la zona-salud " El 30% de las chicas no se cuido en su debut sexual", Mar del Plata, viernes 12 de Noviembre2004, pag. 12.

biopsicosocial en la cual intervienen variables como el estado civil, la edad y la condición biopsíquica.

Hay quienes definen al embarazo adolescente como " aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (22)

El embarazo adolescente plantea una preocupación social que se debe entre otras razones a que éste implica una serie de responsabilidades y obligaciones que por lo general determinan la interrupción del desarrollo de la infancia de las niñas, en un momento crucial de su ciclo vital. Mientras más temprano se produce el embarazo, contará con menores recursos psicológicos para asumir la responsabilidad sobre otro niño, aumentando la condición de alto riesgo para los futuros hijos.

Frecuentemente el embarazo sobreviene en estas adolescentes no solo antes de que su maduración haya culminado sino también antes de reunir todas las condiciones necesarias para dar a luz un hijo.

Es necesario conocer y tener en cuenta las características de esta etapa que es la adolescencia, ya que durante el embarazo la joven se comportará de acuerdo al momento evolutivo que se encuentra transitando, sin por esto madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada, no se debe olvidar que, son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

En analogía con la crisis de la adolescencia el embarazo en esta etapa de la vida se sobreimpone como una segunda crisis que comprende profundos cambios somáticos y psicosociales, hay un incremento de la emotividad y se acentúan los conflictos no resueltos anteriormente. Este embarazo coloca a la joven en una situación de gran vulnerabilidad, pues como ya dijimos ocurre en una etapa de profundos cambios, período revolucionario que tiene como particular la capacidad de dar vida, particularidad de trascender que se produce con esta segunda crisis aunque difícilmente la joven se encuentre madurativa, psíquica y corporalmente preparada.

La comprensión del embarazo adolescente y las actitudes de los adolescentes frente al mismo se verá favorecida si se tiene en cuenta la división de la adolescencia en etapas (temprana, media y tardía).

---

(22).Prof.Dr. Isser Juan, " Embarazo en la adolescencia. Revista de postgrado de la cátedra VI medicina, No 107,Agosto 2001, www.med.une.edu.ar

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años al desarrollo puberal se suma el impacto del embarazo. Los temores por los dolores del parto se exacerban, aún no tienen la capacidad de darse cuenta que el embarazo las transformará en madres, por lo que siguen pendientes de sus necesidades.

En la adolescencia media, entre los 14 y los 16 años, se encuentra establecida la identidad de género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, este se manifiesta a través de la vestimenta que usan, es frecuente que exhiban el abdomen gestante. Hay una necesidad por afirmar su independencia de los padres utilizando para ésto el embarazo. Aparecen los temores por el parto, pero también existe una preocupación por la salud de su hijo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, el embarazo aparece como un elemento que consolida su identidad, no solo como futura madre sino como integrante de una pareja.

Si bien estas etapas presentan características diferentes se puede ver que a cualquier edad pueden aparecer perturbaciones producidas por la imagen del cuerpo, ya que particularmente en la adolescencia estas modificaciones son más evidentes y difíciles de asumir. Cuando sobreviene el embarazo son comunes los intentos por disimular las transformaciones del cuerpo, para poder ocultarlo ante los demás y para si misma, quizás para no afrontar la realidad de un cuerpo distinto a la imagen ideal que hubiera querido.

La experiencia que se vive, durante el embarazo, marca un acontecimiento importante en la psicosexualidad femenina, que siempre se acompaña por fantasías y ansiedades que para poder entenderlas es necesario conocer en que circunstancias se produjo el embarazo, si fue o no deseado y la historia de vida personal y familiar.

Puede observarse que la bibliografía existente sobre esta problemática apunta a que existe generalmente una fuerte asociación entre el embarazo temprano y la pobreza, reproduciéndose de generación en generación. En las familias en donde se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias construidas culturalmente que llevan a pensar que el embarazo temprano, puede representar una opción viable de desarrollo personal.

No obstante esto puede verse que en las diferentes clases sociales se otorga una significación particular a ese embarazo, por lo que cada niña contará con recursos cognitivos y materiales diferentes para afrontar esta situación. Generalmente este

embarazo traerá consecuencias desventajosas para las adolescentes en relación a sus pares que no han pasado por tal situación, aumentando para las primeras las posibilidades de pobreza, de dificultad para mantener una relación estable con su pareja o encontrar un nuevo compañero, como así también las posibilidades de un empleo con salario digno.

Inmerso en toda esta situación encontramos la irrupción que produce este embarazo en el seno familiar, esta circunstancia podrá ocasionar diversas respuestas que pueden ir desde generar un espacio de contención y apoyo hasta el otro extremo de expulsión del hogar.

También pueden observarse diferentes reacciones de las adolescentes frente al embarazo, una de ellas puede llevar al ocultamiento de éste, por lo cual no existe el mismo como proyecto conciente ni tampoco como presencia física, hasta que resulta inevitable e inocultable por la aparición de los síntomas, con frecuencia el esquema corporal acompaña esta actitud de ocultamiento ya que no sufre modificaciones evidentes por lo que en ocasiones el embarazo se descubre en el momento del parto, no existe desde el inicio una actitud prenatal activa que permita cuidar al feto a través de su cuidado. Por lo general el embarazo irrumpe en el quinto mes y la acomodación que debe hacer la adolescente en relación con su familia y su pareja, si esta existiese, será más forzosa y brusca, es a partir de esto que los síntomas se hacen notorios, aparecen los cuidados y comienza un proceso reflexivo en el cual el bebé cobra existencia , lo que permite pensar proyectos que la involucren a ella y su hijo.

Hay otras situaciones en las cuales la adolescente vivencia su embarazo desde el inicio, lo que generalmente se relaciona con el deseo de tener un hijo, de todos modos esta situación genera tensión hasta que da a conocer la noticia, la reacción de la familia depende de su historia y de la estructura que ésta tenga, los sentimientos son más elaborados, el enojo dura más tiempo, también la reconsideración y la reconciliación. Si esta situación va acompañada de la presencia del futuro padre las circunstancias serán favorables tanto para la madre como para su hijo.

Existen otros casos en los cuales hay un pleno rechazo tanto por parte de la joven como de la familia, hay intentos frustrados de aborto, falta de proyectos, intentos de dar en adopción al hijo antes del nacimiento, a diferencia de los casos anteriormente mencionados no surge aquí en ningún momento el espacio afectivo que necesita el bebé por lo tanto tampoco una condición de madre.

Más allá de cual sea la circunstancia " Hablar; esto significa hacer ya una buena parte del camino. Poco importa la reacción, a pesar de que a menudo sea violenta o negativa; lo importante, en estos momentos, es no estar sola." (23)

Sea cualquiera de las anteriores la actitud que adopte la adolescente los motivos que la lleven a continuar con el embarazo hasta el momento del nacimiento pueden ser los mismos que predispusieron al embarazo, conocer estos factores predisponentes y determinantes del embarazo permite detectar cuales son las jóvenes que se encuentran en riesgo y así poder prevenir, la presencia de un embarazo temprano, o las dificultades que puedan surgir, en caso de que éste ocurra.

Entre los factores predisponentes uno de los de mayor importancia es la aparición precoz de la menarca, lo que expone a riesgos de embarazo ya que son fértiles a una menor edad, sin existir aún la madurez emocional necesaria para implementar una prevención adecuada, sumado a esto existe un bajo uso de medidas anticonceptivas en las adolescentes.

Muchas de estas jóvenes , ya sea por verguenza, pudor o miedo al rechazo, enfrentan dificultades para negociar con su pareja el uso del preservativo, depositando en éste la responsabilidad y la decisión de su propio cuerpo.

Unidos a estos factores biológicos se encuentran los factores psicosociales y entre ellos la disfunción familiar lo que puede impulsar a las adolescentes a relaciones sexuales prematuras buscando en ellas afecto, alivio a la soledad y al abandono en un posible embarazo, utilizado como medio de escape de un hogar que amenaza en algunos casos con violencia, alcoholismo e incesto. Asociados a estos se encuentra el embarazo adolescente en una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedades crónicas de uno de los padres.

Socioculturalmente en un ambiente empobrecido y subdesarrollado la adolescente presenta menos posibilidades de evitar un embarazo, lo cual se ve favorecido por la escasa movilidad social sumado a un bajo nivel educativo que no le brinda la posibilidad de pensar en un proyecto de vida que priorice alcanzar un nivel educativo y posponer la maternidad para la adultez.

Desde el punto de vista psicológico los pensamientos mágicos y las fantasías de esterilidad llevan a que las adolescentes no sean capaces de entender todas las

(23).Deschamps, J.P., " Embarazo y maternidad en la adolescente", Ed. Herder Barcelona, 1979, pag 85

consecuencias de una actividad sexual precoz.

En las últimas décadas la libertad sexual ha aumentado en nuestras sociedades, siendo igual en los diferentes niveles socioeconómicos, permitiendo una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales por lo que constituye otro factor de riesgo al que se encuentran expuestos los adolescentes.

Así mismo debe advertirse que a veces la única información sexual que llega a las adolescentes es la brindada por la escuela, y muchas veces la misma llega tarde, ya que hay chicas que quedan embarazadas antes de ingresar a la secundaria.

Lo planteado hasta aquí nos lleva a reflexionar que el embarazo en la adolescente no implica físicamente mayor riesgo que el de una mujer adulta, si éste es controlado a través de los servicios médicos apropiados y la joven se encuentra afectiva y emocionalmente contenida, pero más allá de esto creemos que la importancia de esta problemática gira entorno a lo psicológico y social de esta situación ya que se suma a las dificultades de la adolescencia los trastornos comunes en cualquier mujer embarazada, los cambios emocionales, las tramas intra familiares y personales que favorecen el embarazo, las reacciones del entorno que en ocasiones aparece sombrío y la soledad afectiva que muchas veces debe afrontar. La adolescente se ve impulsada a ocupar un rol adulto en un mundo de adultos, para el cual ni ella ni la sociedad se encuentran preparados, constituyendo esto una situación paradójica. " Paradoja la de poder alumbrar y tener que educar tempranamente a un niño, cuando no se tiene aún el reconocimiento de la capacidad para ejercer una función social. Paradoja la de satisfacer la necesidad de dependencia que experimenta el niño concebido, sin haber adquirido la propia independencia. Paradoja la de tener que ser adulta siendo todavía una niña....la de ser adolescente, simplemente, pero en una situación bastante más difícil que la de la mayoría de las adolescentes. Paradoja, en fin, la de ser madre antes de ser mujer." (24)

Como término del embarazo sobreviene el parto, este acontecimiento se desarrollará de formas muy diferentes según como la joven se halla preparado. El nacimiento de su hijo implica la asunción de un nuevo rol que debe asumir la adolescente, la maternidad.

La maternidad es un fenómeno que excede lo biológico, tiene un significado

(24).Deschamps, J.P., " Embarazo y maternidad en la adolescente", Ed. Herder Barcelona, 1979, pag 74

social, cultural y psicológico, la madre provee al niño de cuidados en un clima de ternura que es lo que caracteriza el sentimiento maternal.

En el Siglo XXI la maternidad ha adquirido un nuevo sentido , va más allá de permitirle la autonomía al niño, la madre debe asumir la responsabilidad de garantizar su educación.

A través de las diferentes épocas persiste, desde la prehistoria hasta nuestros días, la necesidad de nuestra especie de preservar a los niños de corta edad.

Social y culturalmente se ha atribuido a la mujer la crianza de los niños, la educación y la satisfacción de las necesidades físicas, intelectuales y afectivas, marcando un modelo de cómo ser madre.

Esta actitud maternal se pone en marcha cuando la madre cualquiera sea su edad, pasa la prueba física de concebir un hijo, más aún cuando esta madre es adolescente.

Esta crisis evolutiva que representa ser madre se suma a las consecutivas crisis vividas por la adolescente, se reactiva la crisis de identidad y personalidad ,hay una exacerbación de las transformaciones corporales y hormonales, del cambio de status social, son más importantes las fluctuaciones pulsionales, los conflictos infantiles de las primeras etapas se reactivan, hay una disolución y reconstrucción de la identificación con su propia madre, una transformación de la imagen corporal primero al producirse el embarazo y luego el nacimiento del bebé.

Para estas adolescentes los padres dejan de ser los valores exclusivos de referencia y la posibilidad de asunción de una nueva vida autónoma, conlleva a una necesaria diferenciación con respecto a ellos y en muchos casos, la maternidad viene a marcar una distancia que no fue posible obtener de otro modo.

Teniendo en cuenta que la adolescente se encuentra aun construyendo su identidad y en la búsqueda de un lugar socialmente aceptado estos sucesos en esta situación cobran un sentido inusitado.

Como en un primer momento el anuncio del embarazo, este nuevo momento crítico que es el nacimiento del niño, afecta no solo a la madre sino también al grupo familiar. En muchos casos este es el grupo familiar de origen de la madre, ya que generalmente la adolescente no logra construir su propia familia. Esta situación los angustia ante la idea de que la joven será la encargada de criar y educar a su hijo, no considerándola capacitada para esta función, temiendo que la inmadurez de la madre desencadene perturbaciones en el desarrollo del niño.

No debería ignorarse que aunque la maternidad temprana precipita el transito de la adolescencia, ya que con la llegada del bebé, algo se pierde, esto no hará que la joven advenga adulta y madre. Hacerse cargo de un hijo a una edad temprana exige un trabajo psíquico que le dará la posibilidad de soportar las exigencias de una vida adulta, esto no excluye que la adolescente pueda ejercer la función materna de una manera singular.

Si bien no hay razón para pensar que una adolescente solo por su edad no se encuentra capacitada par criar un hijo, si es cierto que esta será una tarea difícil para realizarla sola, por lo que habitualmente deberá recurrir a la ayuda de su grupo familiar.

La adolescente no tiene la libertad de plantearse la educación y crianza de su hijo cuando depende de terceros, ya que si se encarga de educar a su hijo difícilmente pueda retomar sus estudios o encontrar un empleo y aún más difícil será con un horario que le permita cuidar del niño.

Es por todo esto que la crianza de su hijo deberá ser compartida con otras personas, encargándose muchas veces los abuelos de la educación del niño y desdibujándose el lugar de la madre, sintiéndose frustrada e incapaz de llevar a cabo sus iniciativas.

En estas situaciones en las que el grupo familiar queda a cargo de la joven madre y de su hijo es común que bajo la apariencia de ayuda , su hijo pase a ocupar el lugar de" hijo de la abuela", pasando a ser el "hermanito" de la madre, colocándola en una situación de competencia frente a su hijo, celando el afecto que éste recibe de su abuela. En los casos en que la adolescente busca tener su hijo como proyecto de vida que le permita "tener algo propio" . esta confusión de roles la desplaza , despojándola del objeto en el cual depositó todas sus expectativas.

En otros casos si por el contrario la madre asume el rol materno frente al rechazo de la familia afrontará diversas dificultades con tal de no separarse de su hijo, se hace referencia en general que estas madres son más exigentes en la formación de hábitos higiénicos y más tolerantes con respecto a lo alimentario, buscando con esto que el niño ocupe poco espacio- tiempo en su vida.

Estas dos posibilidades planteadas anteriormente son las que generalmente se observan en los casos de madres adolescentes pero existen también otras alternativas a seguir como puede ser el consentimiento de adopción y casarse o unirse con su pareja. En el caso de que la decisión sea dar al hijo en adopción, la madre debe pagar un alto costo emocional, por lo cual es necesario que la joven este oportuna y adecuadamente

preparada y contenida y que se tomen los recaudos necesarios para que esta sea una solución efectiva.

En el caso de que la opción sea la segunda, la pareja por lo general convive pero no tiene una independencia económica que los consolide y en la mayoría de las ocasiones la inmadurez afectiva lleva al fracaso de estas uniones.

Cualquiera sea la opción elegida dará lugar a situaciones de alta carga emocional, lo mismo que en el embarazo, que cada joven atravesará de modo diferente en función de su historia personal, la precaria estructuración de personalidad y las características del bebé.

El amor maternal que aparece representado en el imaginario colectivo no es tan simple, puro e ideal y sin conflictos, por el contrario es un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo en donde el amor y la agresividad, el reconocimiento del otro y la confusión con él se mezclan. Esta ambigüedad surge porque el recién nacido es vivido por su madre como diferente y propio a la vez, estas relaciones concientes e inconscientes que mantiene la madre con el niño son el sentido de una fase de desarrollo pscioafectivo de la mujer, que se basan en las relaciones que ella ha tenido con sus propios padres.

Toda esta trama inconciente que se genera es sumamente importante para entender como se relaciona la joven adolescente con su hijo, más aún si se tiene en cuenta que se presenta en un momento de plena construcción de su identidad a la que se suma el aprendizaje de la función de maternar.

" Maternar significa poder asumir que esa criatura es otro ser, diferenciado de la madre, que crecerá de acuerdo con la construcción de sus deseos, de sus aspiraciones, de sus pulsiones, de sus necesidades: si una mujer logra intuir o reconocer, cuales son esos deseos, esas necesidades, esas aspiraciones del hijo y está dispuesta a tolerarlos, a fomentarlos, a escucharlos sin imponer sus propias necesidades (aún de niña) estará maternando a esa criatura. Se hará cargo de acompañar las necesidades del hijo no solamente alimentándolo, llevándolo al pediatra y mandándolo a la escuela, sino también intentará diferenciar lo que ella precisa que ese chico sea, de lo que ese chico precisará ser. Osea, se trata de reconocer, admitir los caminos que el hijo recorra para construir su identidad." (25)

Esta compleja función que desde lo cultural y social está asignada a los

(25).Giverti, E. " Escuela para padres", Los chicos del tercer milenio. Revista No 1, Ed. Pagina 12, Pag. 10.

adultos nos lleva a preguntarnos: ¿como podrá la adolescente acompañar a su hijo en este camino, cuando aún ella necesita ser acompañada?.

EL PADRE ADOLESCENTE

En general se habla exclusivamente de la maternidad adolescente, por lo que se considera a la mujer como la única implicada en el tema, se la liga exclusivamente por su función reproductiva y por ser la gestante del bebé por nacer, no tomando en cuenta el lugar que aquí también ocupa el padre del bebé, que por lo general también es un adolescente que al igual que la joven aún no se encuentra preparado para ejercer su paternidad, aún teniendo deseos de acompañar a la madre de su hijo en la crianza.

La planificación del hijo se transformó paulatinamente en un derecho mas de la mujer que del hombre, con la consecuencia de quedar excluido el deseo del varón en relación al hijo. En algunos casos son sus propios padres o los padres de la joven quienes promueven que se desentienda, en otros es ella misma quien considerando al bebé de su propiedad lo excluye.

Esta situación lleva muchas veces al varón a desligarse de su papel de padre quedando excluido de la relación ,esto genera una situación muy angustiosa que provoca en él sentimientos de aislamiento, debiendo soportar juicios de valor por parte de su familia y amigos lo que lo lleva a replantearse el camino a seguir, sabiendo que asumir esta responsabilidad lo expondrá a diferentes carencias a él, a su pareja y a su hijo. Frente a la imposibilidad de una independencia económica, se ve obligado a recurrir a su propia familia o la de su pareja. Esta situación genera confusión en la relación con su pareja, lo cual le genera angustia.

En los casos en que el joven decide enfrentar su paternidad sin la ayuda de terceros es frecuente que al igual que su compañera deba abandonar sus estudios, para mantener su familia, obteniendo empleos de baja remuneración que lo someten a un alto stress, lo que ocasiona trastornos emocionales, dificultando el ejercicio de una paternidad feliz.

BIBLIOGRAFÍA

- Belaustegui , M. I. Y otros " Prevención primaria en salud desde Terapia Ocupacional en madres adolescentes y sus hijos en un medio social adverso". Mar del Plata 1995. Tesis de grado en licenciatura en Terapia Ocupacional.
- Behrman, R. E y otro, Nelson tratado de pediatría . 9° Edición. Volumen I . Editorial interamericana. México 1986.
- Clínicas pediátricas de Norteamérica "Ginecología y Obstetricia en adolescentes" Nueva editorial Interamericana. México 1989
- Deschamps, J.P. " Embarazo y Maternidad en la adolescente". Editorial Herder. Barcelona 1979.
- Del Castillo y otros " Maternidad adolescentes en medios subprivilegiados" de la practica a la sistematización. Editorial Humanitas, Bs As 1988.
- Dolto, F. "La imagen inconsciente del cuerpo". Editorial Paidos. España. 1986.
- Erikson, E. " Sociedad y adolescencia''. 9° Edición. Editores siglo veintiuno. 1985.
- Facio A, y otros. ''La sexualidad de los adolescentes". Editorial Facultad de Ciencias de la educación. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná Argentina. Diciembre 2000.
- Giverti, Eva. " Escuela para padres". Los chicos del tercer milenio. Revista No. 1. Editorial Página 12.
- Jornadas de salud integral del adolescente. Viedma 2003.
- Mannoni, O. Y otros " La crisis de la adolescencia" 3° Edición Editorial Gedisa . Barcelona España. 1996.
- National Research Council , " Anticoncepción y reproducción" Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. Ed Médica, Panamericana. 1990. Bs.As.
- Oiberman, A. " Observando a los bebes..." estudio de una técnica de observación madre e hijo. Lugar editorial. Bs As 2001.

- O.P.S. " Manual de medicina de la adolescencia", Dr. Tomás J. Sllber y otros. Serie Paltex No 20, 1992
- O.P.S. " Salud reproductiva : concepto e importancia" Serie Paltex, No. 39, 1996.
- O.P.S., " Salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro" Comunicación para la salud No. 6, 1995.
- Paladino C. " Adolescencia, familia y escuela". Editorial de la universidad Nacional de la Plata, marzo 1998.
- Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud y Acción Social, Argentina 1993..
- Pasqualini, D. " Adolescencia y sexualidad". Servicio de adolescencia. Hospital de niños Ricardo Gutierrez. Bs As.
- Prof. Dr. Juan R. Issler, " Embarazo en la adolescencia" . Revista de postgrado de la cátedra VI medicina No. 107- Agosto 2001. www.unne.edu.ar/ revista.
- Unidad Coordinadora/ Ejecutora de Programas Materno Infanto-juveniles y Nutricionales, Ministerio de Salud de la Nación. " Salud de la adolescencia: avances hacia un enfoque integral" Documento en edición. Junio 2001.
- UNFPA. " Estado de la población mundial 2003 inversores en salud y sus derechos". Desigualdad de genero y salud reproductiva.
- Videla Mirta. "Maternidad mito y realidad ". Editorial Nueva Visión. Agosto 1997.Bs As.
- www.amja.org.ar. " La maternidad en la adolescencia: un enfoque social, poblacional y psicológico". Noviembre 2004.
- www.ginconet.com/articulos.
- www.hsph.harvard.edu/organizations.
- www.mujereshoy.com.
- www.salud.com.
- www.csociales.uchile.cl.
- www.cemera.uchile.cl.

VINCULO

Desde el nacimiento el bebé comienza a transitar el mundo externo , en el cual se crean nuevos espacios diferentes a los que conocía cuando estaba en el útero, este mundo exterior más complejo, se encuentra formado por voces, figuras de adultos, otros niños, que son percibidos por el bebé; la característica principal que tiene este espacio que se crea a su alrededor es que en él se desarrollarán los vínculos que influirán en su crecimiento.

Dicho espacio reserva un lugar privilegiado , que es el que ocupa su mamá, que con su presencia aliviará las tensiones que provocan los estímulos internos y externos que intranquilizan al bebé y le producen displacer, pero esta no es la única función que tendrá, al mismo tiempo que calme sus necesidades será proveedora de otros estímulos que se ponen en juego en el contacto íntimo con su hijo, es en esta relación compleja en la cual el bebé irá creciendo, ocupando un rol activo.

Esta comunicación que se establece entre madre e hijo desde el mismo momento del nacimiento define el vínculo, esta relación será el producto de un proceso comunicacional continuo que se establecerá entre ambos. Este vínculo externo permite internalizar al otro y relacionarse con él. En esta relación entre ambos se pone en juego la propia historia de la madre, las experiencias y deseos de su niñez, como también sus deseos de mujer adulta, lo que condicionará el modo de vincularse con su hijo; que se verá reflejado en su capacidad de contener al recién nacido, cumpliendo la función de sostén no solamente físico, sino también brindando la provisión ambiental necesaria.

Todos los niños poseen un potencial heredado que solo puede ser desarrollado si se encuentra vinculado al cuidado materno, o un sustituto que cumpla la función de sostén. Durante la fase de sostenimiento se inician varios procesos, uno de ellos, quizás el más importante es el comienzo de la inteligencia, que será estimulado al establecerse esa íntima relación entre ambos, siendo posible cuando la madre desarrolla

su capacidad maternante y funciona como un organizador del vínculo, contribuyendo a la formación de la imagen corporal, a su integración como unidad física, a la estimulación, entendiéndose esto como la forma particular en que cada madre vincula a su hijo con el mundo externo.

Un buen vínculo solo podrá desarrollarse en tanto la madre sea capaz de esperar señales de su hijo, interpretarlas y satisfacerlas. Al mismo tiempo el despliegue de esta capacidad le permite sostener ritmos, lugares y modalidades estables que son requisitos básicos del niño y fundamentales para su desarrollo.

El acople rítmico entre la madre y su hijo a través de la alimentación, la higiene, el dormir, el juego y otras actividades comunes permitirán al niño incorporar las nociones necesarias para un buen desarrollo general.

DESARROLLO EMOCIONAL Y VINCULO MADRE HIJO

Desde la concepción se establece entre el hijo y la madre una relación única y especial, lo que hace que el niño por nacer sea sensible a las menores emociones de la madre, reaccionando ante sus diferentes estados anímicos. Sobre este nuevo ser influyen las actitudes, fantasías y expectativas de su madre, lo que lleva a que el bebé que se encuentra en su seno no sea distinto de ella, sino una prolongación, en la cual, la relación feto- madre pasará a ser una relación de extrema fusión durante la vida intrauterina.

Esta trama vincular que se establece entre ambos, teñida de proyecciones, adjudicación de roles, donde el hijo por nacer puede ser deseado, esperado, inesperado o rechazado, le proveerá al nacer una historia imaginada no solo por su madre, sino también por su padre, creando el espacio para recibirlo al momento del nacimiento.

Este comportamiento tanto del padre, como de la madre es fundamental para el desarrollo del bebé en todos sus aspectos, emocional, intelectual y físico, siendo la resultante de una serie de elementos que lo condicionan y que son previos al embarazo, durante el embarazo, en el parto y despues del parto.

La hora posterior al parto es fundamental, ya que es un período sensible , en el que el recién nacido está alerta, despierto y con los ojos abiertos, lo que favorece el apego con su madre.

La interacción producida desde el momento de la gestación se ve enriquecida, a partir del nacimiento por el contacto piel a piel, la mirada, la voz y el olfato; el contacto de la piel de la madre con la del bebé desde los primeros momentos prepara al niño para un mejor desarrollo y le permite mitigar la pérdida de la experiencia de estar dentro del vientre de su madre, ya que el nacimiento implica para el bebé recién nacido un estado de no integración emocional e indiferenciación, y para ambos la ruptura de un equilibrio fusional que se reorganizará en un futuro, pero que

significa en estos momentos el fin de una relación que comenzará a reestablecerse a través de la lactancia, reconstituyendo una nueva entidad fusional.

El mamar es una de las actividades más importantes para el lactante, no solo es una experiencia en la cual el niño incorpora el alimento, lo esencial de esta situación no estriba en una experiencia oral, sino en la importancia de lo que sucede a su alrededor, como se lo sostiene, si se lo escucha o se lo ignora. El amor materno es sumamente importante, ya que en un principio condiciona la experiencia de la mamada y posteriormente todas las demás interacciones madre-hijo, que sentarán las bases de la ulterior capacidad de relacionarse.

Esta experiencia que se da gracias a la acción combinada de dos personas, a partir de necesidades personales, permite la satisfacción emocional de ambos.

Esta nueva situación que se establece por medio de la lactancia lleva al niño a un estado de extrema dependencia no solo biológica, sino también afectiva, Winnicott denomina a esta etapa de dependencia absoluta, que se da durante los primeros seis meses de vida, la madre asume el rol de yo auxiliar del bebé, siendo el soporte del psiquismo rudimentario de su hijo, que para desarrollarse necesita que le potencial heredado que trae consigo, sea estimulado mediante un adecuado cuidado materno, que le permita organizarse y controlar el medio circundante, el lactante será todo lo activo que le permita el medio y su equipo biológico.

Por esto cuando nos encontramos con un niño, nos encontramos con el cuidado materno, sin el cual no habría tal niño.

En los primeros momentos el pequeño no discrimina en él y los otros, los estímulos internos de los externos, debe regular su propia alimentación y aún no se han organizado su ritmos de sueño y vigilia en relación con el día y la noche, estas

categorías las irá asimilando progresivamente a medida que crece acompañado por los hábitos del cuidado materno.

La madre conforma el medio circundante del bebé en estos momentos, no es percibida por éste como un ser distinto a él, sino, que forma parte de la totalidad de sus necesidades y ella debe adaptarse a las nuevas situaciones que le demanda el contacto con su hijo real y de este modo conectarse íntimamente con éste, lo que se observa a través de la preocupación constante por el hijo y la organización de las capacidades sensoriales, que le permiten captar las necesidades primarias , como ser alimentado, amado, abrigado, etc., lo que le asegurará la contención, los hábitos y la calma permitiéndole desarrollar una relación armónica con el niño.

La madre decodificará lo que el niño expresa con su actividad, y esta actividad inicial del lactante tendrá una marcada influencia en el establecimiento de la relación madre- hijo, aunque no sea determinante influirá en ella.

En los primeros meses de vida y hasta fines del primer año la comunicación entre madre e hijo se produce en un nivel preverbal por lo cual el tacto, las miradas, la sonrisa, la manera de sostener y ser sostenido forma parte del sistema comunicacional, en el cual los mensajes originados constarán solo de signos por parte del niño y señales por parte de la madre.

De los intercambios entre la madre y el hijo surge un proceso donde ambos se influyen recíprocamente, la existencia de la madre evoca respuestas del bebé y la existencia y presencia de éste suscita respuestas de la madre. La sola presencia de la madre actúa como un estímulo para su hijo generando respuestas en éste, aunque los estímulos no sean dirigidos directamente hacia él y no sean realizados concientemente para provocar una reacción en el niño.

El modo a través del cual va aprendiendo será mediante el ejercicio de conductas que ejercitará hasta dominarlas finalmente, estas adquisiciones dependerán del reforzamiento que reciba de su madre.

Winnicott plantea que la "madre suficientemente buena" comienza con una adaptación casi total a las necesidades de su hijo con el paso del tiempo, paulatinamente se va adaptando en forma menos completa.

El hecho de que sus demandas no sean satisfechas constantemente lleva al bebé a experimentar momentos de frustración, frustración limitada en el tiempo y que lo irán preparando en un proceso de desilusión gradual para frustraciones futuras en las que la madre ya no lo complete constantemente. Esta segunda fase fue denominada por Winnicott como etapa de dependencia relativa , que comprende desde los seis meses a los dos años.

Hacia los ocho meses surge la angustia ante la posible pérdida de la madre, progresivamente la relación madre- hijo irá adquiriendo mayor estabilidad, debido a que el niño puede sobrevivir a la separación momentánea de su madre, gracias a que la imagen que él tiene de ella y la que ella tiene de su hijo se encuentran lo suficientemente interiorizadas como para que se produzca un alejamiento temporario queno implique la destrucción, es a través del juego de "esconder – encontrar, como logra dominar la angustia de separación de una forma mágica y así lo que desaparece, no está perdido para siempre y puede volver en cualquier momento.

Es así como para el niño la madre se vuelve un ser entero presente algunas veces y ausente otras, que puede quererla y odiarla al mismo tiempo.

Esta relación fusional madre – hijo, evoluciona poco a poco, el niño va adquiriendo una personalidad más autónoma y a su vez la madre va desprendiéndose de él.

A partir de este momento, los procesos madurativos cognitivos y emocionales tendrán un gran desarrollo y la integración de estos favorecerá en el niño la vivencia progresiva de su unicidad e identidad. A través del cuidado y afecto que el niño reciba de su madre podrá ser capaz de tener un existencia personal y por lo tanto una continuidad existencial, esta continuidad permitirá que el potencial heredado vaya desarrollándose hasta convertirse en una criatura individual.

En los primeros años de vida, la madre o sustituto materno es el mediador humano más significativo entre la familia y el mundo que lo rodea. Por lo tanto, la cantidad y calidad de afecto y estímulos que le niño reciba en esta etapa se verá reflejada en la seguridad y capacidad que éste tendrá para continuar el proceso de exploración e investigación de nuevos ambientes, situaciones y relaciones a lo largo de toda su vida.

INTERACCIONES COMPORTAMENTALES DEL VINCULO TEMPRANO

La interacción entre la madre y el bebé se da gracias a ciertas conductas que se encuentran vinculadas al acercamiento a la madre como proveedora de calor, seguridad y alimentación.

Dentro de esta interacción las manos, la boca y los ojos juegan un rol importante, " El órgano activo para aferrarse es la mano, pero el bebé, al mirar activamente a los ojos de su madre, reemplaza esta conducta por la mirada. La distancia física es suplantada por la vista, y los ojos van a tomar, cada vez más, el rol de órgano de búsqueda.

El abrazo, las caricias, la extensión de los brazos hacia el otro, van a reemplazar la unidad perdida, y la palabra tiende obviamente , un puente hacia otro."(26) Todas estas conductas, corporales, visuales y verbales, son reales y directamente observables.

La mirada es un modo privilegiado de comunicación entre la madre y su hijo, una mirada mutua es un acontecimiento interpersonal que genera sentimientos muy intensos y que permite establecer entre ambos una importante comunicación no verbal, a través de la mirada del hijo hacia su madre, ésta comienza el proceso de humanizarlo.

El llanto y los gritos del bebé constituyen un modo de comunicación y de interacción vocal muy importante, a través del cual el niño expresa sus necesidades y afectos.

Bowbly dice que esta interacción facilita la aproximación espacial entre la madre y el bebé. Así mismo el leguaje con el cual la madre se dirige a su bebé

---

(26) Oiberman, A. " Observando a los bebes...Estudio de una técnica de observación de la relación madre- hijo" .Ed. Lugar.Bs.As..2001.Pag 67

constituye el otro aspecto de la interacción vocal por lo que el tono de voz, la intensidad de las vocalizaciones, la duración de las vocales y las pausas entre cada párrafo, son de particular importancia en la forma que una madre se dirige a su hijo.

El diálogo que se establece entre ambos es especial, tratándose en un primer momento de un monólogo por parte de la madre o de un diálogo imaginario, ya que su bebé responde solo vocalizando.

Otro modo de interacción entre madre e hijo es mediante el contacto corporal, en la forma en como es sostenido o manipulado el bebé por su madre y como éste se amolda al cuerpo de ella, dan cuenta de otro tipo de comunicación a lo que Ajurriaguerra denominó diálogo tónico, que se ve ilustrado en la postura de la madre que expresa su actitud mental, afectiva, su comodidad, sus inhibiciones, su tensión o distensión. Cualquiera sea la postura que adquiera la madre, siempre va a existir ante cada movimiento y modificación postural un interacción que lleve al ajuste del otro para que esta pueda ser armoniosa.

Estas tres modalidades de interacción expuestas hasta aquí, forman parte de un aspecto escencial de la relación madre – hijo, la importancia de las mismas radica en la reciprocidad, lo que favorecerá en forma óptima el lazo que una los comportamientos de ambos.

Los " encuentros" entre ellos se transforman en actos comunicativos, esto implica que cada miembro de la díada influye sobre el otro, siendo ambos modificados afectivamente.

FUNCION DEL AMBIENTE EN EL DESARROLLO EMOCIONAL

Winnicott afirma que el ambiente cumple un papel de vital importancia en el desarrollo emocional del niño, durante las primeras etapas de este desarrollo, el ambiente y el niño son uno, este no existe separado del otro que lo cuida, no reconoce a la madre como separada de el, ni a el mismo separado del ambiente, respecto del cual tiene aun una absoluta dependencia, luego si todo ocurre dentro de lo esperado se producirá la progresiva separación entre el yo y el no-yo y por lo tanto, la separación respecto del otro materno. La madre suficientemente buena deberá asegurar esta experiencia

Como nos hemos referido hasta ahora, la madre o sustituto es quien constituye el medio ambiente facilitador, indispensable para el desarrollo del niño, para llevar a cabo esto requiere del apoyo de las funciones paternas que complementarán las maternas y la función de la familia. El marido es quien se encarga de protegerla de la realidad exterior y así ella puede proteger al niño de fenómenos externos que puedan actuar en contra del proceso de integración.

Esta integración será posible en la medida que los adultos, adultos maduros provean el ambiente adecuado permitiendo la progresión de la dependencia a la independencia, atendiendo a las necesidades que surjan a medida que se va dando este proceso de desarrollo, el niño va estableciendo relaciones con su entorno y con las personas que forman parte de este.

Estos otros irrumpen entre la madre y el hijo conformando el ámbito social más inmediato, el padre, los hermanos, los abuelos, harán un aporte a ese medio ambiente del cual el niño obtendrá las herramientas necesarias para establecer futuras relaciones vinculares externas a su grupo familiar primario.

La familia teje una trama en la cual se sostienen vínculos emocionales y afectivos, a través de estas relaciones percibidas por el niño a su alrededor y de las que establece con los diferentes miembros de su familia, va descubriendo el valor singularizante del intercambio, completando su aparato psíquico por medio de la instalación de los vínculos tempranos. Este grupo familiar desempeña funciones elementales, por un lado sostiene, nutre y favorece la maduración del niño, cumple así mismo una función humanizante que posibilita el desarrollo del potencial, provee de diversos proceso de identificación que permiten la individuación e inscribe en lo mental modelos de interrelación en lo microsocial, trasladándolo luego al intercambio macrosocial y logrando así la socialización.

Estas relaciones son estrictamente necesarias para el desarrollo y la evolución , el poder contactarse con las personas, seres y cosas que lo rodean le brinda la niño la seguridad de que habrá algo fuera de él que oriente su impulso a mirar, tocar, sentir, morder o apretar.

El desarrollo del niño tendrá lugar si el ambiente provee las condiciones adecuadas para esto, si bien el impulso a desarrollarse se encuentra en el interior del niño, las condiciones favorables le permitirán progresar en su desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A., " El niño y sus juegos", Ed. Paidos, Educar. Bs.As.1984.
- Aulagnier, P., " La violencia de la interpretación", Ed. Amorrortu. 1988
- Betelheim, B., " La fortaleza vacía",Ed. Laia/ Barcelona.1967
- Delmonte,C. y otra, " El rol del Terapista Ocupacional en atención primaria de salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socioambientales", Tesis de grado. Universidad de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2002.
- Giverti, E. " Escuela para padres", los chicos del tercer milenio. Revista No 1, Ed. Página 12. Bs. As.
- Giverti, E. " Escuela para padres", los chicos del tercer milenio. Revista No 4, Ed. Página 12. Bs. As.
- Hochman, " Hacia una psiquiatría comunitaria", Ed. Amorrortu.1971
- Linares, L.M.de, " Descubriendo continentes, los aprendizajes en la infancia", Ed. Lugar. Bs. As. 1990
- Oiberman , A., " Observando a los bebes... Estudio de una técnica de observación de la relación madre- hijo", Ed. Lugar. Bs.As. 2001

- Perez, A. , " Grupo familiar, matriz del psiquismo", conferencia.
- Riviere, P., "Teoría del vínculo" Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1985
- Rodulfo, M y otro, " Clínica psicoanlítica, en niños y adolescentes", Ed. Lugar, Bs. As. 1986
- Spitz, " El primer año de vida del niño", Ed. Fondo Cultural Económico, México- Bs. As., 1983.
- Spitz, " No y si", Ed. Horme, Paidos. Bs.As. 1960
- Winnicott, D. " El proceso de maduración en el niño". Edit. Laia. Barcelon, 1965.
- Winnicott, D. " Los procesos de maduración y el ambiente facilitador". Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paidos, 1° ed.Bs. As. 1993.
- Winnicott,D. " Conozca a su niño" Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia. Ed paidos, Bs. As. 1970.
- www. zonapediatrica.com
- www.rebozaway.org/ espanol
- www.centropsicoanaliticomadrid.com/ revistas

DESARROLLO PSICOMOTOR

DESARROLLO PSICOMOTOR

Al hablar de desarrollo psicomotor nos referimos a la progresiva adquisición de habilidades en el niño, a la manifestación externa de la maduración del sistema nervioso. La maduración del sistema nervioso tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible, este proceso se da en sentido céfalo-caudal y de próximo a distal.

El concepto de desarrollo ha sido expuesto por diferentes autores, Spitz se refiere a éste como " la aparición de formas, de función y de conducta que son el resultado de intercambios entre el organismo, de una parte, y el medio interno y externo de la otra." (27)

Así mismo este autor define a la maduración como el despliegue de las funciones de la especie, producto de la evolución filogenética y, por lo tanto, innatas ,que emergen en el transcurso del desarrollo embrionario o que se transmiten, tras el nacimiento, poniéndose de manifiesto en las etapas posteriores." (28)

Knobel ha ampliado el concepto de desarrollo considerándolo como " el conjunto de transformaciones del ser viviente con una dirección definida, temporal y sistemática, de sus estructuras psicofísicas" e incluye dentro de este concepto tres elementos que son : el crecimiento, la maduración y el aprendizaje.

El crecimiento refiriéndose a este como el aumento de volumen de los elementos constitutivos de la persona, especialmente en su aspecto físico (talla, peso).

La maduración, como la capacidad plástica del potencial genético del ser humano para proveer los elementos que necesitará para una adecuada adaptación al ambiente.

---

(27)Spitz, "El primer año de vida del niño", Ed. Fondo Cultural económico, México- Bs. As. 1983, Pag.18
(28)Sptiz, Op.Cit, Pag 18

Por último el aprendizaje, definiendo así al proceso por el cual un individuo se adapta la medio en el que vive, este es una consecuencia de la interacción; la personalidad es la resultante de una interrelación que integra aquel con sus caracteres genéticos, biológicos y el ambiente.

Ajuriaguerra afirma que existen patrones "patterns" que caracterizan a cada especie, transmitidos por herencia y se manifiestan en forma parecida en individuos de la misma especie, para que estos patrones entren en acción es necesario que existan estímulos táctiles, visuales, auditivos y sociales, en tanto que se mantienen inactivos, si hay una ausencia o una acción inadecuada de las influencias del entorno.

Para este autor el desarrollo nunca puede comprenderse aislado del contexto en el cual sucede, teniendo en cuenta la influencia de diferentes aspectos como son los estímulos, la relación madre- hijo, el medio socioeconómico y el medio cultural, sobre este conjunto de transformaciones.

Los estímulos son necesarios para la organización del niño, si los estímulos externos no existen o son insuficientes, la organización de la corteza cerebral se detiene, o se realiza incorrectamente, incluso estando preparada anatómicamente para funcionar. Los estímulos son necesarios para el mantenimiento, el desarrollo y la maduración de los sistemas neuronales. Si bien es necesario que los estímulos sean múltiples y variados es importante que estos se den en un ambiente favorecedor en el cual prevalezca la relación madre-hijo.

En la relación madre- hijo, los primeros contactos del niño con su madre son de especial importancia, como así también lo ambiental para su desarrollo. Los primeros pasos del desarrollo se dan en la relación que el niño establece con sus padres, la madre toma el lugar de primera estimuladora del niño, la adaptación activa de éste se dará gracias a la identificación que la madre realice con él.

En cuanto al tercer aspecto que es el factor socioeconómico y cultural, es esperable que la educación que reciba cada niño dependa del nivel de instrucción y posibilidades económicas que tengan sus padres.

Por lo expuesto hasta ahora puede verse que el desarrollo del niño no depende solamente de lo heredado y del entorno, sino también de la coexistencia entre lo heredado, el entorno y la actividad del niño, para lo cual este cuenta con lo que Coriat denominó aspectos estructurales e instrumentales del desarrollo. Los primeros se refieren al aparato biológico, sistema nervioso central, al sujeto psíquico y al sujeto cognitivo, " estos sistemas condicionan, marcan, definen la posibilidad y sitúan el lugar y la modalidad desde la cual el sujeto se manifiesta." (29)

Los aspectos instrumentales son las herramientas de las que se vale el sujeto para efectivizar los intercambios, estas llevan a facilitar la construcción del mundo y de si mismo, forman parte de estos aspectos, la psicomotricidad, el lenguaje, aprendizaje, hábitos, juego y procesos practicaos de socialización, que le permiten realizar todo aquello que el sujeto desde su estructuración demanda.

---

(29) Coriat, L. Y otro " Cuadernos del desarrollo infantil" , Centro doctora Lidia Coriat. Bs. As. Argentina, pag 8

PAUTAS PSICOMOTRICES DE 0 A 6 MESES

Si bien el objetivo de nuestra investigación se centra en caracterizar el vínculo que establecen las madres adolescentes con sus hijos, no podemos dejar de considerar las pautas del desarrollo psicomotor de estos niños, dado que como expusimos al referirnos al concepto de desarrollo, la estimulación que la madre brinde a su hijo influirá en la aparición acorde o no de las pautas madurativas.

RECIEN NACIDO

Conducta motora: bajos e inconstantes umbrales de reacción. Respiración y temperatura irregulares. Actividad corporal global. Aprieta fuertemente el dedo que se le coloca en su palma. El control cefálico es pobre, pero no ausente, en decúbito prono puede levantar la cabeza intermitentemente y puede girar hacia un lado. En decúbito supino gira la cabeza libremente de un lado a otro.

Las manos se mueven libremente hacia la boca o parte superior del tórax.

Visión: puede seguir un objeto sostenido a una distancia de 20 cm., puede presentar estrabismo alternado.

Lenguaje: emite pequeños sonidos guturales, el llanto es el medio utilizado para comunicarse.

Desarrollo social: alterna períodos muy cortos de vigilia en relación a los períodos de sueño. Cesa de llorar cuando alguien se le aproxima o le habla.

1 MES

Conducta motora: Predomina el tono de flexión, pudiéndose observar una resistencia a la extensión. No existe control cefálico, observándose movimientos pendulantes de la cabeza. En cuanto a las reacciones posturales, es la fuerza de gravedad quien determina la postura.

El niño reposa y se mueve en forma simétrica. Predominan los movimientos no diferenciados y en masa. La presencia del reflejo de moro interrumpe el tono flexor fisiológico.

En decúbito ventral el niño coloca la cabeza de costado para liberar las fosas nasales. Según como se encuentre la posicionada la cabeza, puede observarse movimientos de reptación alternante.

Visión: Puede fijar la vista brevemente a objetos movidos en la línea de visión, a una distancia de 40- 50 cm. Se interesa por los colores vivos y los objetos en movimiento, pero prefiere el rostro humano.

Los ojos siguen el movimiento de la cabeza hasta la línea media.

Lenguaje: emite sonidos que forman parte de una vocalización refleja.

Desarrollo social: ante la presencia de estímulos fuertes el niño reacciona con el llanto, con el reflejo de Moro; o bien disminuyendo su actividad. Se calma al escuchar música. Aunque divide la mayor parte del tiempo entre comer y dormir, comienza a mostrarse receptivo a la voz de la madre y a su presencia.

2 MESES

Conducta motora: Bamboleo acentuado de cabeza que poco a poco se vuelve ocasional.

Disminución del reflejo de prensión palmar, las manos permanecen más abiertas y más laxas.

La pelvis se distiende y las piernas se extienden, patalea alternadamente y muy pocas veces en forma simultánea. Disminuyen los movimientos en masa, el reflejo de Moro aún persiste al mover la cabeza, por estimulación vestibular.

Disminuye el tono de flexión, el niño posee mayor estabilidad en decúbito dorsal y ventral, mejoran las reacciones de equilibrio. Cuando pierde el equilibrio, intenta adaptarse a la nueva situación aunque aún no lo logra.

Visión: el campo visual alcanza los 90°, el niño puede percibir y fijar la vista brevemente sobre objetos móviles; delante de él a una distancia de 40 cm.

Lenguaje: emite vocalizaciones prolongadas, muchas veces une vocales con una "j" suave, la risa surge como sonido gutural. Los gritos son utilizados para indicar estados de ánimo.

Desarrollo social: el niño establece contacto con el medio ambiente cuando recibe estímulos provenientes de él, sonríe y observa atentamente los rostros de las personas aunque no estén demasiado cerca. Se da vuelta para observar la fuente sonora.

Lúdico: juega con sus manos, las examina.

3 MESES

Conducta motora: el niño ya se encuentra en condiciones de mantener la cabeza en línea media, debido ha que ha alcanzado la tonicidad de los músculos del cuello.

Decúbito dorsal el lactante puede permanecer en forma simétrica y girar hacia ambos lados.

Se observa cierta coordinación de los movimientos. Aún puede producirse el reflejo de Moro. Ya no predomina el tono de flexión, sino que le niño presenta un modelo de extensión. Al tocar las manos las abre y con ellas toma un sonajero que le es ofrecido, moviéndolo y soltándolo involuntariamente. Todavía es incapaz de asir , realizando una prensión por contacto, que es involuntaria, producto del contacto del objeto con la mano.

Visión: El campo de visión se amplía a 180°, percibe los objetos en línea media y más allá de ella, hacia ambos lados, no solo observa los objetos brevemente, sino que demuestra interés en ellos, los movimientos oculares y de la cabeza, muchas veces son simultáneos y coordinados.

Lenguaje: comienza el balbuceo en respuesta a los padres, se alegra con sus propios sonidos, también emite sonidos de soplido, juntando loas labios y haciendo pasar el aire a través de ellos.

Desarrollo social: El niño ríe cuando se le habla, girando la cabeza hacia quien le habla, grita o chilla espontáneamente. Observa exactamente los rostros dirigidos hacia él.

4 MESES

Conducta motora: Comienza la prensión voluntaria cúbito- palmar, esta aún es torpe y bimanual , simultánea. Permanece sentado con ligero sostén, mantiene la cabeza firme en el plano medio. Se destapa realizando movimientos de pedaleo.

Acostado en decúbito prono eleva la cabeza y parte superior del torax. Adquiere mayor estabilidad en todas las posiciones.

Visión: Logra seguir con la mirada mas allá de 180°, acompaña el movimiento ocular con el movimiento de la cabeza. Se observa coordinación de movimientos oculares y ausencia de estrabismo.

Lenguaje: gritos emotivos, risas estridentes. Repite los sonidos que emite, presenta modulación de la voz en forma diferenciada.

Desarrollo social: sonríe al espejo, está m□0s en conexión con el ambiente, cuando la madre es temerosa el niño muestra clara angustia. Se calma cuando es alzado, le hablan, lo acarician y con el calor corporal.

Lúdico: ríe y vocaliza mientras juega, juega con sus manos, abre y cierra los dedos.

5 MESES

Conducta motora: ya es capaz de elevar la cabeza hasta 90 ° apoyándose sobre sus antebrazos, en esta posición, puede trasladar el equilibrio para extender los brazos hacia adelante.

Se inicia la rotación, en posición sedente mantiene la cabeza firme y erguida, junta y roza sus manos en línea media, jugando con ellas, no puede tomar dos objetos a la vez.

Todos los modelos tónicos de postura, el reflejo de Moro y otras reacciones primarias del primer mes de vida del lactante han desaparecido.

Visión: sigue los objetos en todos los planos.

Lenguaje: el niño chilla, ríe y emite sonidos desarticulados, charla solo, comienza a unir sonidos de letras y los combina en cadenas silábicas rítmicas.

Desarrollo social: Distingue entre las personas familiares y aquellas desconocidas. A veces la presencia de extraños le provoca angustia. Le agrada la música. Comienza a buscar contacto y dirige su atención hacia quien le conversa.

Lúdico: comienza a disfrutar haciendo ruidos, golpea las manos sobre la mesa y chapotea en el baño.

6 MESES

Conducta motora: el niño puede girar de decúbito ventral a dorsal, extiende la columna vertebral, formando un puente. En decúbito ventral aparecen movimientos natatorios sin limitación de movimientos.

Cuando pierde el equilibrio realiza movimientos compensatorios. Puede permanecer sentado sin apoyo por un breve período, apoyándose hacia delante.

Se estabiliza el tono muscular y se adapta ala situación deseada. Toma un objeto en cada mano y comienza a preferir una mano para tomar los objetos, continúa

realizando prensión palmar, junta manos en línea media, juega con ellas y también con sus pies.

Visión: percibe y mira atentamente pequeños objetos estacionarios o en movimiento. Se aprecia una buena coordinación ojo- mano.

Lenguaje: vocaliza muchas sílabas bien definidas, comienza a decir papá y mamá indistintamente, comienza a imitar sonidos del habla.

Desarrollo social: continúa su reacción de alegría cuando se mira al espejo, lo toca y acaricia su imagen, actúa con timidez cuando ve personas desconocidas.

Lúdico: pasa juguetes de una mano a la otra, juega con sus pies.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J. " Manual de psiquiatría infantil", Ed. Toray-Masson. España. 1979
- Coriat, L y otro " Cuadernos del desarrollo infantil", Centro Doctora Lidia Coriat. Bs.As. Agentina
- Delmonte,C. y otra, " El rol del Terapista Ocupacional en atención primaria de salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socioambientales", Tesis de grado. Universidad de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2002.
- Gassier, " Manual de desarrollo psicomotor del niño", Ed. Toray-Masson. 1983
- Koupernik, " Desarrollo psicomotor de la primera infancia", Ed. Paidea. Barcelona.1969
- Matas, S. y otros, " Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el desarrollo", Ed. Humanitas. 1988
- Spitz, " El primer año de vida del niño", Ed. Fondo Cultural Económico, México- Arg.1983

ASPECTOS METODOLOGICOS

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo exploratoria- descriptiva.

Exploratoria: por que nos permite obtener información y conocer como es el vínculo que establecen las madres adolescentes de 13 a 19 años, con sus hijos de 0 a 6 meses, que concurren al Subcentro de Salud No 12, Barrio Belgrano y al Instituto de Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I.), de la ciudad de Mar del Plata.

Descriptivo: Nos permite describir situaciones y eventos y como se manifiestan y así poder caracterizar el vínculo que establecen estas madres con sus hijos.

TIPO DE DISEÑO

El diseño de esta investigación es no experimental, ya que no se manipulan deliberadamente las variables, observándose los fenómenos como se dan en la realidad, para después analizarlos. El corte es longitudinal, realizándose la investigación durante un período de tiempo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población se encontró constituida por las madres adolescentes de 13 a 19 años y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I.) y al Subcentro de Salud No 12, Barrio Belgrano, de la ciudad de Mar del Plata.

MUESTRA:

La muestra se encontró conformada por 29 díadas 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", 17 díadas pertenecieron al Subcentro de Salud No 12, Barrio Belgrano y 12 díadas al Instituto de Maternidad e Infancia Rómulo Etcheverri (I.R.E.M.I.), en la ciudad de Mar del Plata, durante el período Mayo- Septiembre del año 2005, siendo la unidad de análisis cada una de las madres con su hijo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres adolescentes de 13 a 19 años que concurren al I.R.E.M.I. y al Subcentro de Salud No 12, Barrio Belgrano.
- Niños de ambos sexos de 0 a 6 meses que concurren al I.R.E.M.I. y al Subcentro de Salud No 12, Barrio Belgrano.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Niños que presenten patologías.
- Madres adolescentes menores de 13 años o mayores de 19 años.
- Quedan excluidas todas las madres y sus hijos que no concedan la autorización para ser evaluadas.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

La elección de la muestra fue realizada a través del método no probabilístico, accidental o por conveniencia, siendo utilizados para el estudio los pacientes disponibles, según la asistencia a los controles pediátricos, " Control del niño Sano".

METODOS DE RECOLECCION DE DATOS

Recopilación documental: Se utilizaron datos obtenidos de las historias clínicas de los niños, referentes a la edad cronológica de los niños y de sus madres.

Entrevista semiestructurada a las madres: se relevaron datos relacionados con información de los padres (edad, nivel socio- económico y cultural, estado civil, etc.) y del grupo familiar, información sobre el embarazo y el parto, hábitos y comportamiento del niño.

Perfil de desarrollo psicomotor: Se utilizo el perfil de desarrollo psicomotor elaborado por Matas, S y colaboradores, el cual fue implementado para conocer el desarrollo psicomotor de los niños de 0 a 6 meses, en las diferentes áreas del desarrollo. El mismo cuenta con una planilla, dividida en seis áreas, representada cada una por un logotipo, las áreas a evaluar son: autoasistencia, conocimiento, lenguaje, social, motricidad gruesa y motricidad fina.

Cuando la respuesta es positiva se colorea el logotipo en su totalidad, si la respuesta es parcial, se colorea por la mitad y si es negativa se deja en blanco. Con los resultados obtenidos se establece el perfil madurativo del niño.

Ambos instrumentos de recolección de datos (entrevista semiestructurada y perfil del desarrollo psicomotor), fueron administrados al momento de realizar la última observación

Método de observación de la relación madre- hijo de Alicia Oiberman: Este método permitió observar, la conducta relacional madre –hijo en cinco observaciones, en niños de 0 a 6 meses de edad.

Los parámetros observados fueron la función visual, aquí se observó los comportamientos visuales que mantenían ambos miembros de la díada, pudiendo ser estos la mirada momentánea, la mirada mutua o no recíproca.

La función corporal, se refiere a las conductas táctiles que mantenían ambos miembros de la díada, caricias u otras impresiones táctiles iniciadas por cualquier miembro de la díada.

En la función verbal, se tomó en cuenta lo que decía la madre, como lo decía, así mismo se observaron de parte del bebé los laleos, balbuceos y vocalizaciones.

La función de sostén se observó mediante las distintas modalidades utilizadas por las madres para tener en brazos a los bebés y como el bebé se acomodaba en los brazos de su madre.

Durante el primer mes el bebé puede estar: moldeado, rígido u ofrecer resistencia a estar en brazos de su madre. La madre puede sostenerlo con el antebrazo hacia adentro o hacia fuera, acunarlo permanentemente, apoyarlo sobre el hombro, u ofrecerle otras formas de sostén. Si bien esta función se encuentra dentro de la planilla de observación, Alicia Oiberman plantea que hay una dificultad para evaluar esta conducta durante el primer semestre, por lo cual no ha establecido indicadores que permitan evaluarla, a diferencia de la observación que se realiza a las díadas de 7 a 15 meses, donde se plantean indicadores establecidos por la autora para ser evaluados. Por esto hemos seleccionado la técnica de observación directa, para evaluar esta función.

Por lo expuesto debe quedar claro que esta función ha sido observada solo a los fines de enriquecer la descripción de la relación madre- hijo, no influyendo en los resultados de la categorización del vínculo.

La observación se realizó en los momentos de mayor cercanía de la madre con su hijo, al iniciar la consulta pediátrica, cuando la madre coloca al bebé en la camilla y lo desviste, luego al finalizar la consulta pediátrica, cuando lo vuelve a vestir.

La frecuencia de las observaciones según lo estipulado en el método, es de una vez por mes hasta el tercer mes y luego cada mes y medio en la cuarta y quinta observación.

Debemos aclarar que a los fines de nuestra investigación se realizaron modificaciones en la frecuencia de las observaciones, a los fines de adaptarnos a las fechas establecidas por los controles pediátricos del programa, " Control del niño sano", ya que estos son realizados una vez por mes hasta los seis meses, creemos que esta modificación fue necesaria ya que de respetar los períodos de observación del método, hubiese sido necesario citar a las madres fuera de las fechas de control, por lo que la observación hubiese perdido su validez.

Las conductas se evaluaron a través de los comportamientos de la pareja madre- hijo, cada comportamiento correspondiente a cada función recibió un valor escalar , de 0,1 y 2, para las distintas funciones, de cada uno de ellos.

Alicia Oiberman describe el vínculo bueno, puntaje 2, cuando madre e hijo mantienen conductas de intercambio, es decir el comportamiento de la madre va al encuentro de los deseos del bebé y viceversa.

El vínculo regular, puntaje 1, se define cuando el comportamiento de la madre no toma en cuenta las señales del hijo, esto se refiere a cuando el hijo intenta comunicarse con su madre en cualquiera de las funciones y ella no lo percibe o viceversa, es decir cuando el comportamiento del hijo no responde a los requerimientos de la madre en cualquiera de las funciones.

El vínculo malo, puntaje 0, se caracteriza cuando ninguno de los miembros de la díada se comunica con el otro, ni el bebé, ni la madre se comunican, es como si se ignorasen.

El recuento de los datos fue realizado teniendo en cuenta las respuestas afirmativas de la madre y del hijo que corresponden a una misma situación. Se consideró una respuesta exitosa la coincidencia de afirmaciones en las dos conductas de una situación. Para clasificar los datos se sumó el total de conductas, por un lado las respuestas exitosas que seria posible obtener, por otro el total de conductas aparecidas

solo por parte de la madre, así como también el total de conductas aparecidas solo por parte del bebé y también el total de las conductas de interacción, durante las cinco observaciones , multiplicado por la totalidad de las díadas.

Para que la valoración de las respuestas exitosas fuera fidedigna se consideraron las situaciones no aparecidas, restándolas al número total de situaciones, lo cual dio la cifra resultante que representó el total de situaciones aparecidas, luego se realizó el cálculo del porcentaje de respuestas exitosas con respecto al total de situaciones aparecidas (100%).

El porcentaje obtenido se ubicó en una escala de valoración para categorizar el vínculo:

- Vínculo bueno: 66%-100%
- Vínculo regular: 33%- 65%
- Vínculo malo: 0%- 32%.

Este método de análisis e interpretación de los datos, como así también la escala de valoración del vinculo fue extraído de un trabajo realizado por las lic. en T.O. Vera, Marta y Lázaro , Mariana, en la Unidad Sanitaria del Barrio Las Heras.

Observación directa: A través de esta técnica pudimos observar la función de sostén, es decir las modalidades en las que la madre tenia en brazos a su bebé y como el bebé se acomodaba a los brazos de la madre. Esta función fue observada mediante la observación directa, dado que la planilla de observación del vínculo de Alicia Oiberman, no la evalúa durante el primer semestre. Este método permitió observar también diferentes conductas que se dieron entre ambos miembros de la díada y que quedaban fuera del registro de la planilla de observación del vínculo, como maniobras de la madre para calmarlo ante el llanto , el modo de vestirlo o desvestirlo y si focalizaba la atención sobre las necesidades de su hijo.

DEFINICIÓN DE LA VARIABLE

DE ESTUDIO

VARIABLE DE ESTUDIO

DEFINICIÓN DE LA VARIABLE:

VINCULO MADRE- HIJO

Definición científica:

Rastreando en el desarrollo emocional temprano las bases del vínculo, hemos inferido que el mismo, comienza a manifestarse en lo que Winnicott denominó "unidad bebé- cuidados maternos", está claro, que esta unidad no incluye a la madre como "otro", sino como un yo auxiliar que le permite al niño vivir y desarrollarse, por lo que en este contexto el bebé y los cuidados maternos forman una unidad, en la cual la provisión de sostén no solo físico, sino también ambiental, le permitirá posteriormente al niño establecer relaciones de objeto.

Definición operacional:

Relación bidireccional que se establece entre madre e hijo, donde ambos se influyen recíprocamente. En esta relación intervienen diversas conductas que hacen a la comunicación entre ambos miembros de la díada. Estas varían desde la función de mirar, tocar o acariciar, hablar y sostener.

Indicadores de la función visual: dicha función contiene siete conductas, tres por parte del bebé, tres por parte de la madre y una indicando la comunicación visual entre ambos.

De parte del bebé: **Mira con atención**: se refiere a cuando el bebé mira el rostro de la madre. **Busca que la madre lo mire**: el bebé induce y persigue con su

mirada a la madre, para que ella le preste atención. **Responde la mirada de la madre**: se refiere a la aceptación de la mirada de la madre.

De parte de la madre: **Si lo mira**: la madre dirige su mirada al niño, busca que el bebé la mire. Se refiere a la conducta que realiza la madre, para captar la atención del hijo. **Responde a la mirada del bebé**: la madre mira al niño ante el requerimiento del mismo.

De parte de ambos se observará **si se miran**. Puede producirse una mirada mutua, consignándose como un momento de interacción visual.

Indicadores de la función corporal: Contiene cinco conductas, dos por parte del bebé, dos por parte de la madre y una de interacción corporal.

De parte del bebé: **Busca tocar a la madre**: se observa cuando el bebé desea tocar a la madre, ya sea a través de caricias o cualquier otro juego corporal. **Acepta que la madre lo toque**: el bebé acepta caricias o cualquier expresión táctil por parte de la madre.

De parte de la madre: **Busca tocar al bebé**: estas son las conductas que realiza la madre, tiene que ver con las caricias, las palmadas o besos en el cuerpo del bebé. **Acepta ser tocada por el bebé**: permite que el bebé explore en el cuerpo de ella y la toque.

De parte de ambos: se observará **si se tocan**, si existe un juego con el cuerpo del bebé o de la madre y de parte de ambos.

Indicadores de la función verbal: Contiene tres conductas, uno de parte del bebé, otro por parte de la madre y otro de ambos.

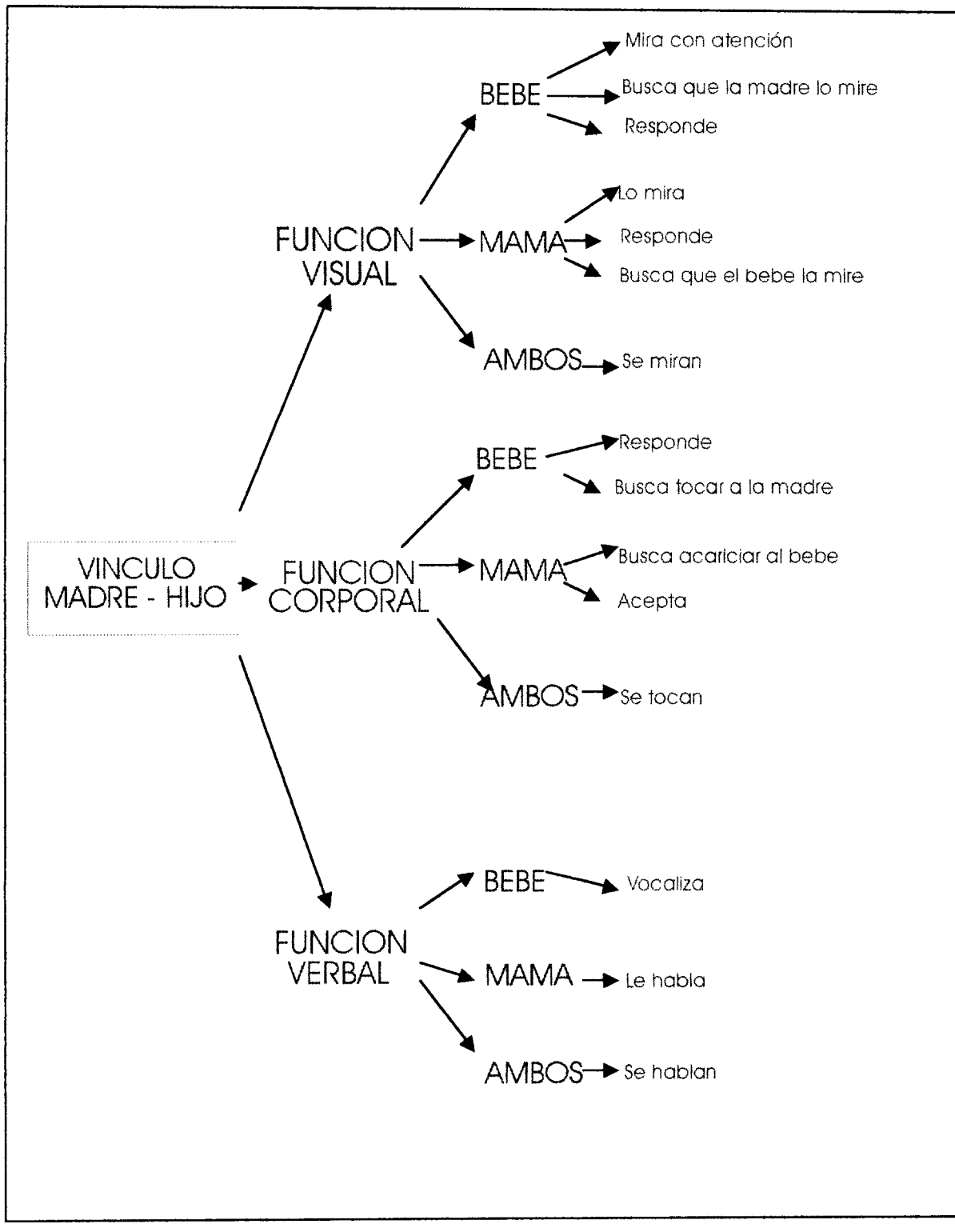
De parte del bebé: **Si vocaliza:** Cualquier intento de emitir un sonido, balbuceo, gorgeo o vocalización por parte del bebé.

De parte de la madre: Le habla: cualquier intento de comunicación verbal dirigido al bebé.

De parte de ambos: Se hablan: ambos se comunican, a través de balbuceos, palabras u otras emisiones verbales durante más de veinte segundos.

Función de sostén: creemos de suma importancia aclarar que si bien esta función se encuentra dentro de la planilla de evaluación del vínculo, Alicia Oiberman, no la evalúa durante el primer semestre, por lo tanto su presencia en la planilla es solo a modo de mención ya que la autora no plantea indicadores de la misma durante este primer período, a diferencia de lo que ocurre con la planilla de evaluación de 7 a 15 meses, donde si aparecen indicadores que permiten evaluar esta función.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

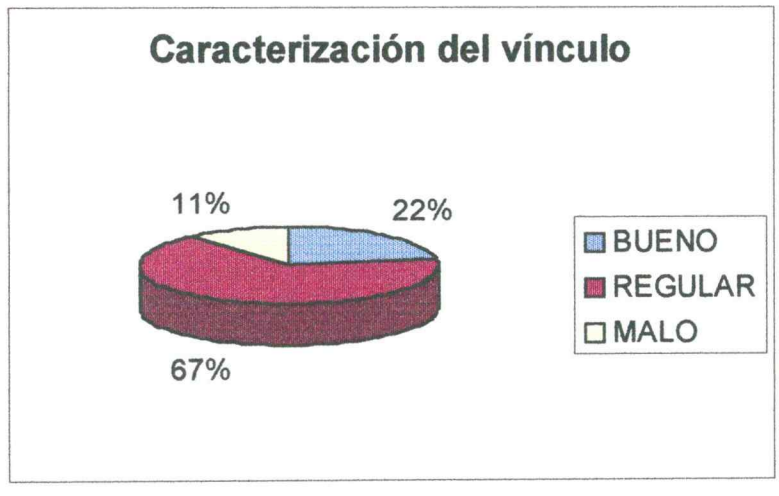

VINCULO MADRE - HIJO
FUNCION VISUAL
BEBE
Mira con atención
Busca que la madre lo mire
Responde
MAMA
Lo mira
Responde
Busca que el bebe la mire
AMBOS
Se miran
FUNCION CORPORAL
BEBE
Responde
Busca tocar a la madre
MAMA
Busca acariciar al bebe
Acepta
AMBOS
Se tocan
FUNCION VERBAL
BEBE
Vocaliza
MAMA
Le habla
AMBOS
Se hablan

ANÁLISIS CUANTITATIVO

TABLA N° 1: Distribución según la categorización del vínculo en 9 díadas de madres adolescentes de 13 a 19 años y sus hijos de 0 a 6 meses evaluados en el Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo-Septiembre, 2005.

VINCULO MADRE -HIJO	N°	%
BUENO	2	22
REGULAR	6	67
MALO	1	11
TOTAL	9	100

GRAFICO N °1: Distribución según la categorización del vínculo en 9 díadas de madres adolescentes de 13 a 19 años y sus hijos de 0 a 6 meses evaluados en el Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo-Septiembre, 2005.

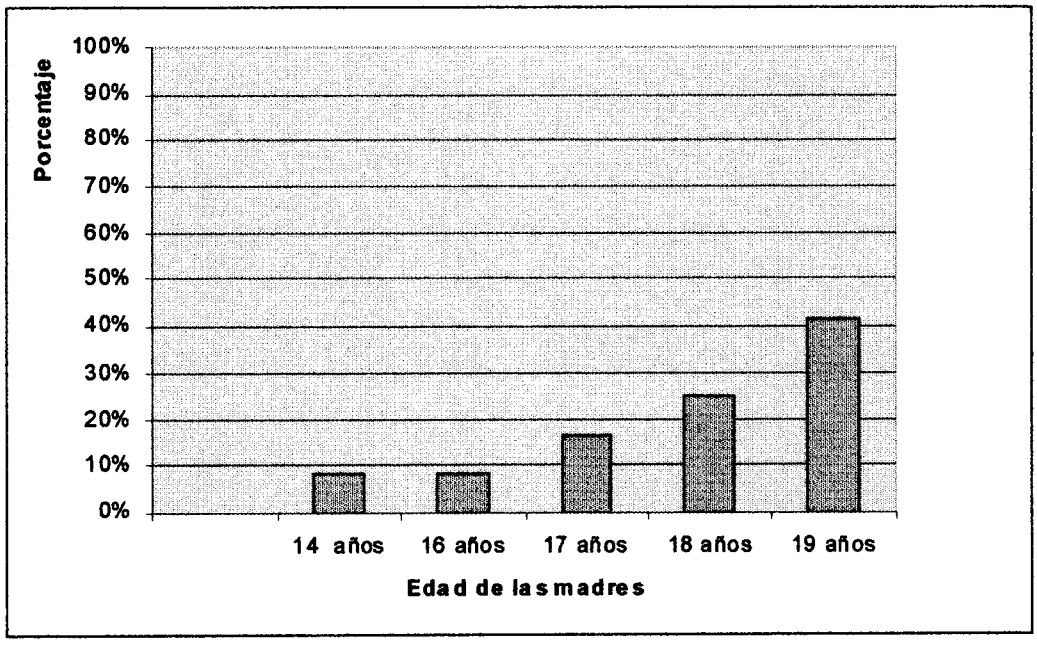


En la categorización del vínculo , de la totalidad de las díadas evaluadas el 67% presentaron vinculo regular, el 22% vinculo bueno y un 11% vinculo malo.

TABLA N° 2: Distribución según la edad en años de las madres adolescentes que concurrieron con sus hijos al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

EDAD DE LAS MADRES	N°	%
14	1	8,3
16	1	8,3
17	2	16,7
18	3	25
19	5	41,7
TOTAL	12	100

GRAFICO N° 2: Distribución según la edad en años de las madres adolescentes que concurrieron con sus hijos al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

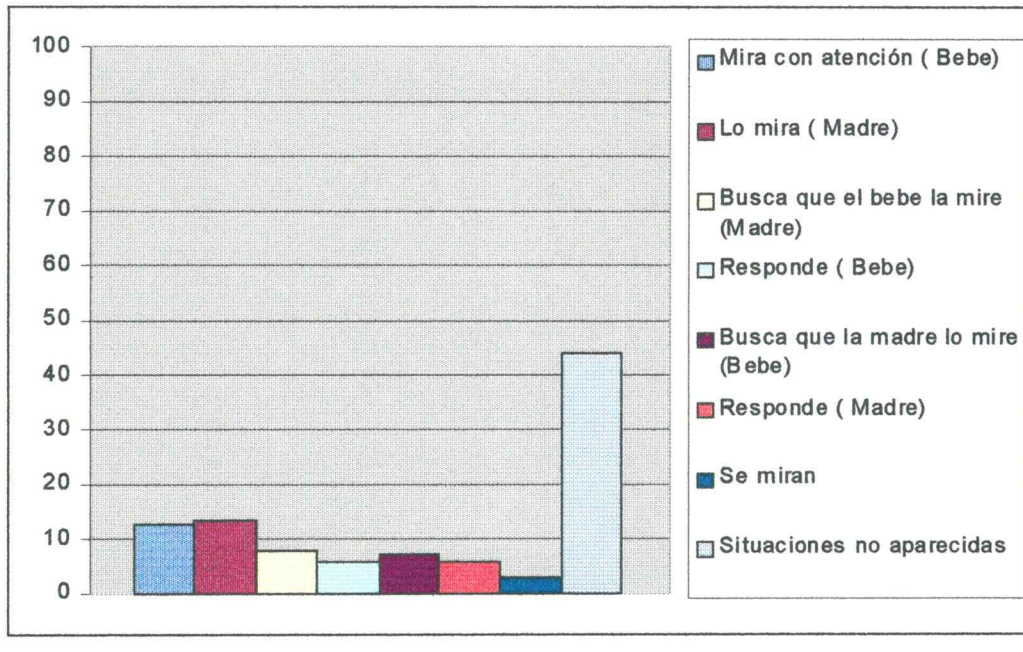


El mayor porcentaje de las madres, 41,7% tienen 19 años, el 25% tienen 18 años, un 16,7% tienen 17 años e igual porcentaje, 8,3% tienen 16 y 14 años.

TABLA N° 3: Distribución de las conductas de la función visual evaluadas en 9 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo-Septiembre, 2005.

FUNCION VISUAL	N°	%
Mira con atención (bebé)	40	12,7
Lo mira (madre)	42	13,3
Busca que el bebé la mire (madre)	25	7,9
Responde (bebé)	19	6
Busca que la madre lo mire (bebé)	23	7,3
Responde (madre)	19	6
Se miran	9	2,8
Situaciones no aparecidas	138	43,8
TOTAL	315	100

GRAFICO N° 3: Distribución de las conductas de la función visual evaluadas en 9 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo-Septiembre, 2005.

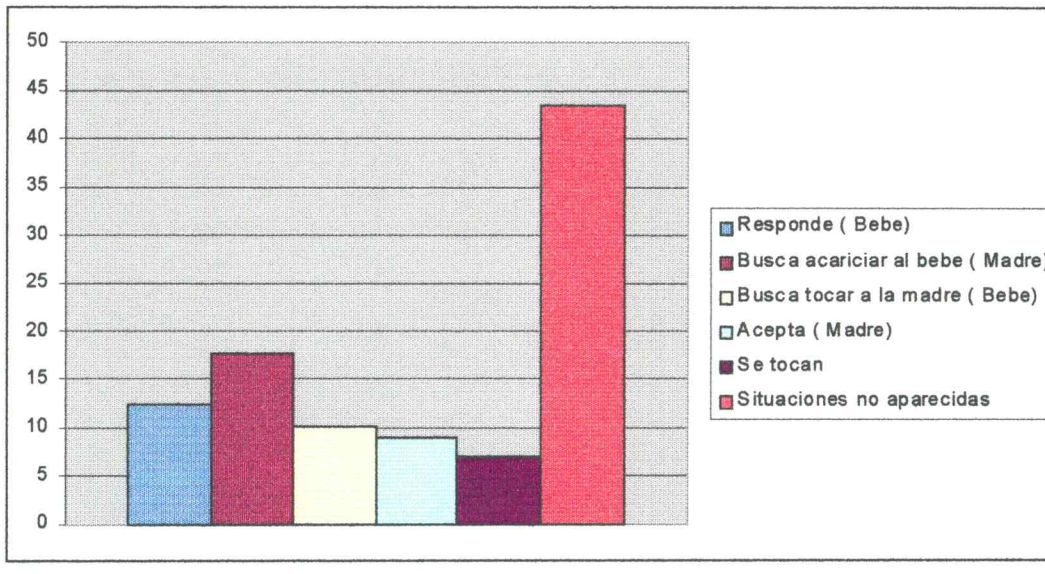


El mayor porcentaje,43,8% corresponde a situaciones no aparecidas, " lo mira" se dio en un 13,3%, " mira con atención" 12,7%, " busca que el bebé la mire" 7,9%, " busca que la madre lo mire" 7,3%, " responde" por parte de la madre 6%, " responde" por parte del bebé 6% y la conducta de interacción " se miran" 2,8%.

TABLA Nº 4: Distribución de las conductas de la función corporal evaluadas en 9 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo-Septiembre, 2005.

FUNCION CORPORAL	Nº	%
Responde (bebé)	28	12,4
Busca acariciar al bebé (madre)	40	17,7
Busca tocar a la madre (bebé)	23	10,2
Acepta (madre)	20	8,9
Se tocan	16	7,1
Situaciones no aparecidas	98	43,5
TOTAL	225	100

GRAFICO Nº 4: Distribución de las conductas de la función corporal evaluadas en 9 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo-Septiembre, 2005.

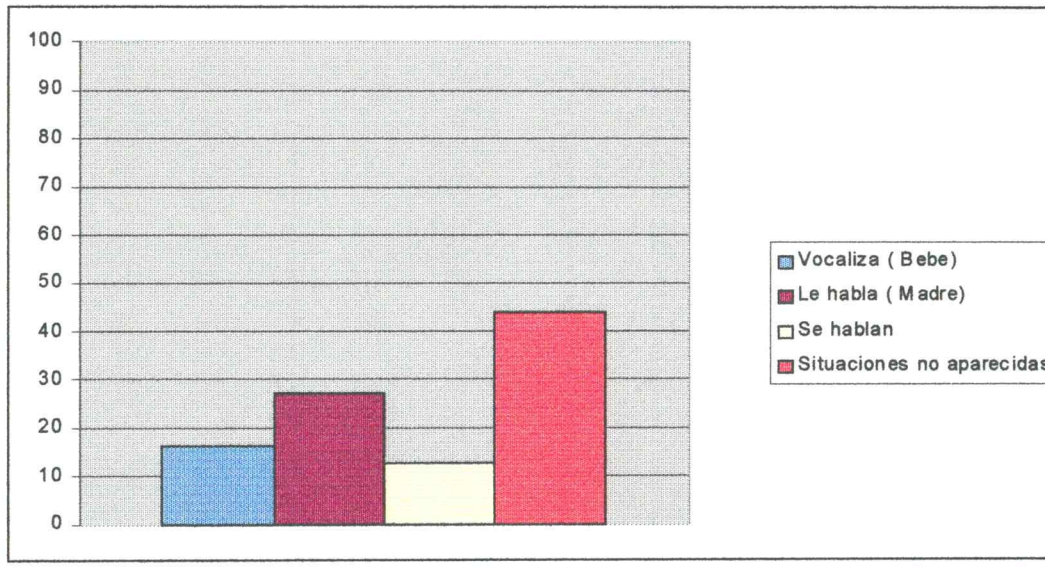


El mayor porcentaje 43,5% corresponde a situaciones no aparecidas, la conducta " responde" por parte del bebé 12,4%, " busca acariciar al bebé" 17,7%, " busca tocar a la madre" 10,2%, " acepta" por parte de la madre 8,9% y la conducta de interacción " se tocan" 7,1%.

TABLA N° 5: Distribución de las conductas de la función verbal evaluadas en 9 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo-Septiembre, 2005.

FUNCION VERBAL	N°	%
Vocaliza (bebé)	22	16,3
Le habla (madre)	37	27,4
Se hablan	17	12,5
Situaciones no aparecidas	59	43,7
TOTAL	135	100

GRAFICO N° 5: Distribución de las conductas de la función verbal evaluadas en 9 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., Mar del Plata, periodo Mayo-Septiembre, 2005.

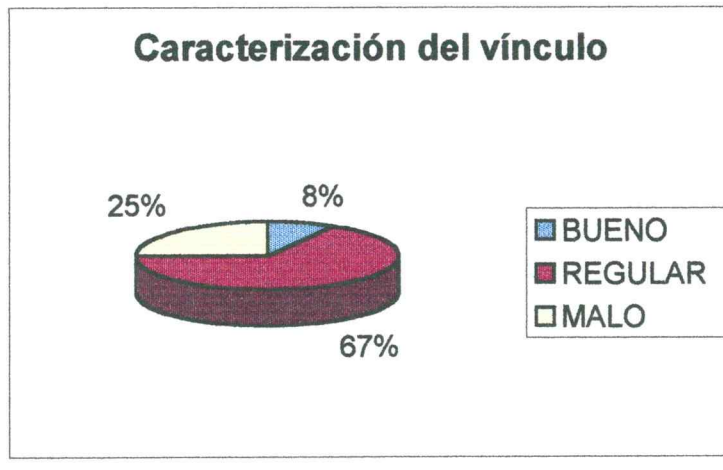


El mayor porcentaje 43,7% corresponde a situaciones no aparecidas, la conducta por parte de la madre " le habla" apareció en un 27,4%, " vocaliza" por parte del bebé apareció en un 16,3% y la conducta de interacción " se hablan" se dio en un 12,5%.

TABLA N° 6: Distribución según la categorización del vínculo en 12 díadas de madres adolescentes de 13 a 19 años y sus hijos de 0 a 6 meses, evaluadas en la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

VINCULO MADRE- HIJO	N°	%
BUENO	1	8,3
REGULAR	8	66,7
MALO	3	25
TOTAL	12	100

GRAFICO N° 6: Distribución según la categorización del vínculo en 12 díadas de madres adolescentes de 13 a 19 años y sus hijos de 0 a 6 meses, evaluadas en la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

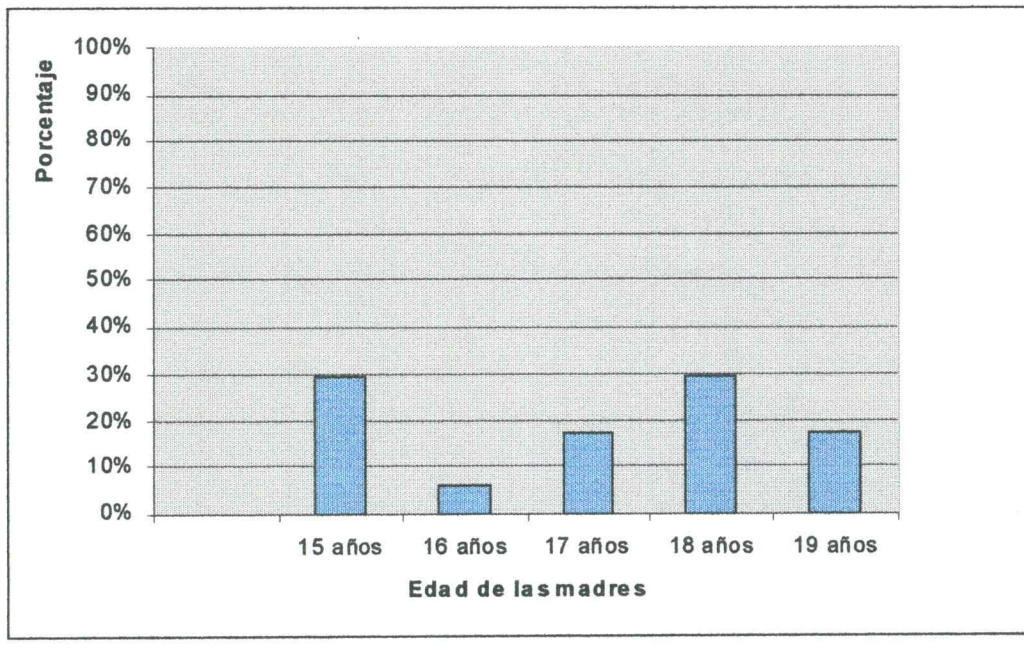


El mayor porcentaje 66,7% del total de las 12 díadas evaluadas presentó vinculo regular, un 25% vinculo malo y el vinculo bueno se dio en un 8,3%.

TABLA N° 7: Distribución según la edad en años de las madres adolescentes que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

EDAD DE LAS MADRES	N°	%
15	5	29,4
16	1	5,8
17	3	17,6
18	5	29,4
19	3	17,6
TOTAL	17	100

GRAFICO N° 7: Distribución según la edad en años de las madres adolescentes que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

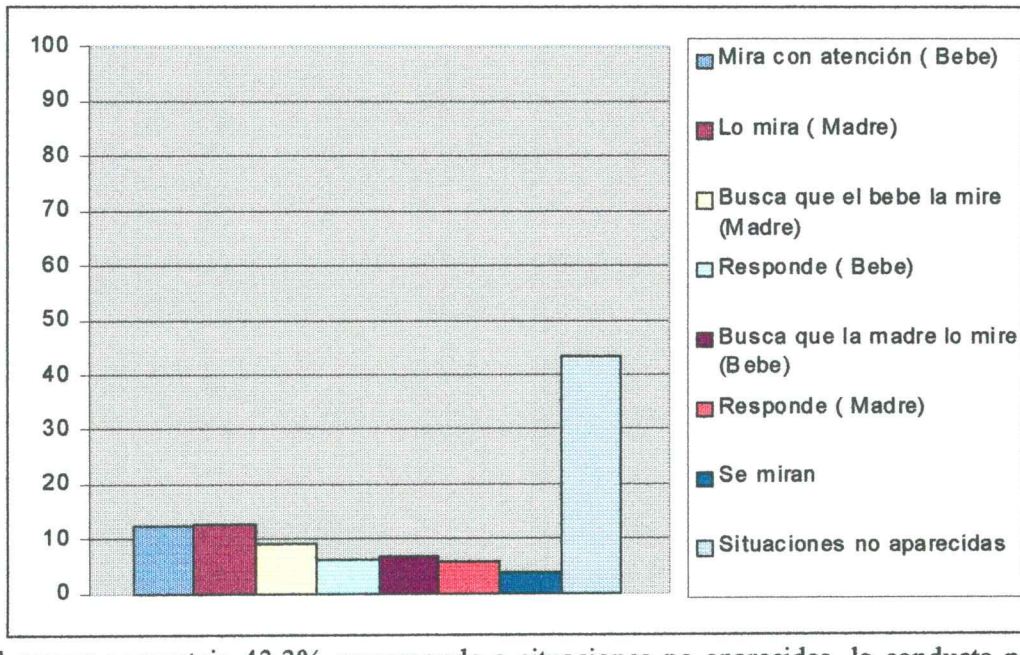


El mayor porcentaje de madres 29,4% tienen 15 años, igual porcentaje 29,4% tienen 18 años, 17,6% tienen 17 años e igual porcentaje tienen 19 años y un 5,8% tienen 16 años.

TABLA N° 8: Distribución de las conductas de la función visual evaluadas en 12 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

FUNCION VISUAL	N°	%
Mira con atención (bebé)	52	12,3
Lo mira (madre)	53	12,6
Busca que el bebé la mire (madre)	37	8,8
Responde (bebé)	26	6,1
Busca que la madre lo mire (bebé)	29	6,9
Responde (madre)	25	5,9
Se miran	16	3,8
Situaciones no aparecidas	182	43,3
TOTAL	420	100

GRAFICO N° 8: Distribución de las conductas de la función visual evaluadas en 12 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

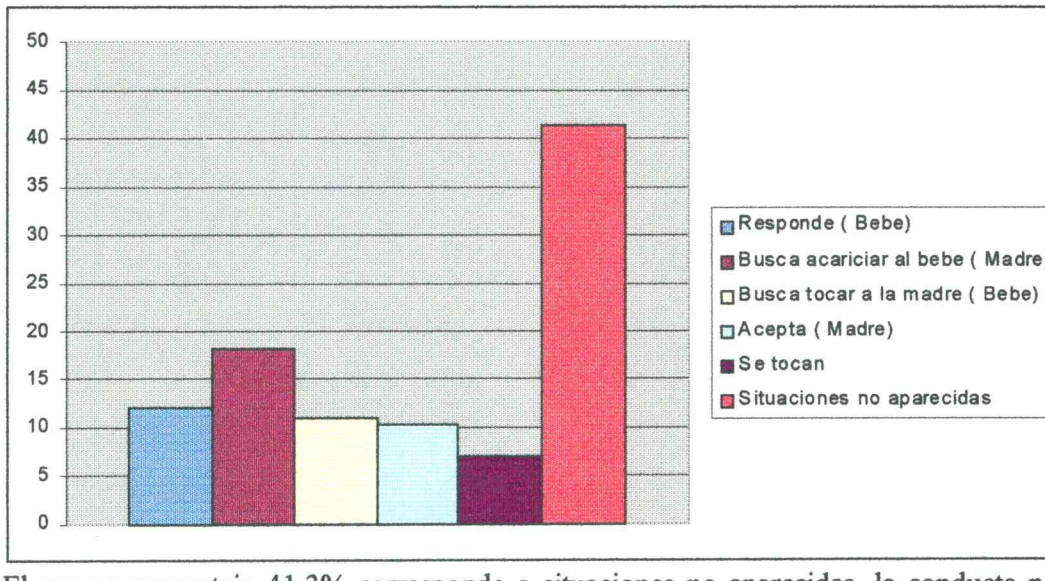


El mayor porcentaje 43,3% corresponde a situaciones no aparecidas, la conducta por parte del bebé " mira con atención" apareció en un 12,3%, " lo mira" por parte de la madre 12,6%, " busca que el bebé la mire" 8,8%, la conducta por parte del bebé" "responde" 6,1%, " busca que la mama lo mire" 6,9%, " responde" por parte de la madre apareció en un 5,9% y la conducta de interacción " se miran" apareció en un 3,8%.

TABLA N° 9: Distribución de las conductas de la función corporal evaluadas en 12 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

FUNCION CORPORAL	N°	%
Responde (bebé)	36	12
Busca acariciar al bebé (madre)	55	18,3
Busca tocar a la madre (bebé)	33	11
Acepta (madre)	31	10,3
Se tocan	21	7
Situaciones no aparecidas	124	41,3
TOTAL	300	100

GRAFICO N° 9: Distribución de las conductas de la función corporal evaluadas en 12 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

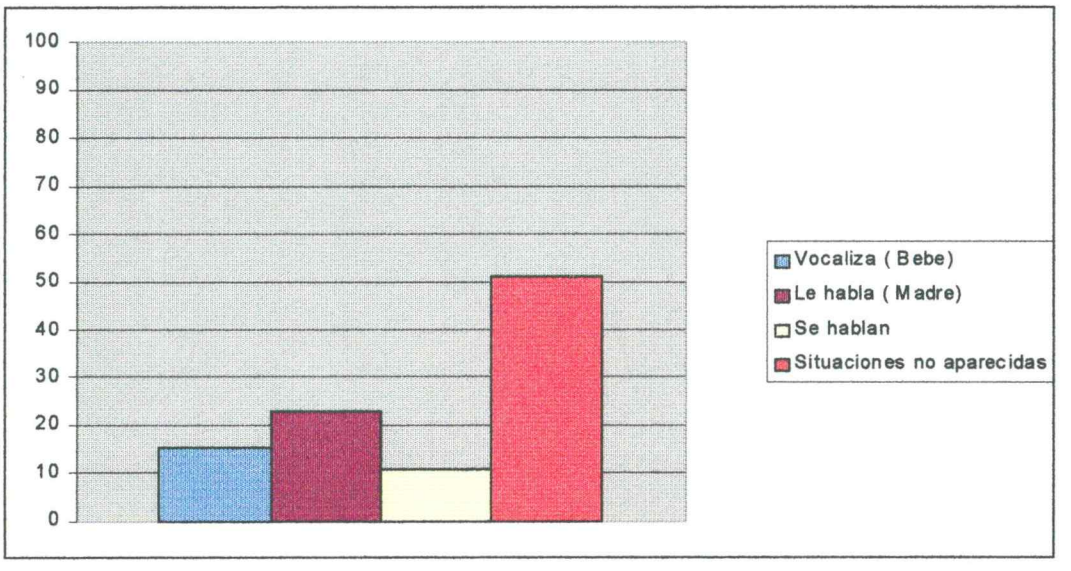


El mayor porcentaje 41,3% corresponde a situaciones no aparecidas, la conducta por parte de la madre " busca acariciar al bebé" se dio en un 18,3%, la conducta " responde" por parte del bebé en un 12%, " busca tocar a la madre" 11%, " acepta" por parte de la madre 10,3% y la conducta de interacción " se tocan" se dio en un 7%.

TABLA N° 10: Distribución de las conductas de la función verbal evaluadas en 12 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.

FUNCION VERBAL	N°	%
Vocaliza (bebé)	28	15,5
Le habla (madre)	41	22,7
Se hablan	19	10,5
Situaciones no aparecidas	92	51,1
TOTAL	180	100

GRAFICO N° 10: Distribución de las conductas de la función verbal evaluadas en 12 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, Mar del Plata, periodo Mayo- Septiembre, 2005.



El mayor porcentaje 51,1% corresponde a situaciones no aparecidas, la conducta por parte de la madre " le habla" apareció en un 27,7%, " vocaliza" por parte del bebé apareció en un 15,5% y la conducta de interacción " se hablan" se dio en un 10,5%.

ANÁLISIS CUALITATIVO

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Para llevar a cabo la investigación propuesta se obtuvo una muestra conformada por 29 díadas 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", de este total 17 díadas correspondieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio general Belgrano y 12 díadas al Instituto de Maternidad e Infancia Rómulo Etcheverri, I.R.E.M.I., la muestra de la población fue seleccionada acorde a los criterios de inclusión:

- Madres adolescentes de 13 a 19 años que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano y al Instituto Rómulo Etcheverri de maternidad e infancia, I.R.E.M.I.
- Niños de ambos sexos de 0 a 6 meses que concurrieron a la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio general Belgrano y al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I.,

y los criterios de exclusión:

- Niños que presentaran patologías
- Madres adolescentes menores de 13 años o mayores de 19 años
- Todas las madres y sus hijos que no concedieran la autorización para ser evaluadas.

Las edades de las madres adolescentes incluidas en la muestra, al momento de la observación fueron las siguientes:

- 1 madre adolescente de 14 años,
- 5 madres adolescentes de 15 años,
- 2 madres adolescentes de 16 años,
- 5 madres adolescentes de 17 años,
- 8 madres adolescentes de 18 años y
- 8 madres adolescentes de 19 años.

Las edades de los hijos al momento de la primer observación oscilaron entre 0- 1 mes.

A los fines del tema a investigar utilizamos como instrumento de evaluación el " Método de observación de la relación madre- hijo", de Alicia Oiberman, mediante el cual pudimos observar la conducta relacional madre- hijo, en cinco observaciones. Así mismo se implementó una entrevista semiestructurada, dirigida a las madres adolescentes, que permitió indagar acerca de: 1) Características de la madre (si

estudiaba y/o trabajaba al momento de la entrevista, si dejó por qué, como era la relación con su familia de origen, si se encontraba en pareja, si convivía con esta, como era su relación, como se enteró del embarazo, si tenía información sexual, quién se la había brindado?), 2) Primer encuentro con el bebé (como fué, como se sintió, si le dió enseguida el pecho, si pidió verlo enseguida?), 3) Relación con el papá del bebé (cómo es, veía al bebé , participaba de la crianza?), 4) Características de los cuidados propiciados al bebé (si le hablaba, creía que entendía, jugaba con él a que, le daba el pecho, si elegía un lugar especial para hacerlo, si lograba comprender a que se debía el llanto, como lo calmaba, donde estaba el bebé la mayor parte del día, lo bañaba todos los días, sino cada cuanto, cuántas horas dormía por día, como lo dormía?), 5) Características del bebe (como lo describe), 6) Descripción de un dia juntos.

A los fines de evaluar el desarrollo psicomotor se instrumento el perfil de desarrollo psicomotor elaborado por Matas, S y colaboradores, implementado para conocer el desarrollo psicomotor de los niños de 0 a 6 meses, en las diferentes áreas del desarrollo. El mismo cuenta con una planilla, dividida en seis áreas, representada cada una por un logotipo, las áreas a evaluar son: autoasistencia, conocimiento, lenguaje, social, motricidad gruesa y motricidad fina. Con los resultados obtenidos se estableció el perfil madurativo del niño.

La observación directa, permitió detectar conductas que no se encuentran incluidas dentro de la planilla de observación del vínculo, como la función de sostén, maniobras de la madre para calmarlo ante el llanto , el modo de vestirlo o desvestirlo y si focalizaba la atención sobre las necesidades de su hijo.

Por último se recolectaron datos de la historia clínica con el propósito de corroborar la edad cronológica de los niños y sus madres.

La planilla de observación de la relación madre- hijo nos permitió realizar una categorización general de los vínculos observados, mediante la puntuación de las conductas, teniéndose en cuenta la presencia o ausencia de las mismas, ya sea de la madre al niño o viceversa, como así también si se presentaban en ambos, conductas de interacción.

A partir de la observación de los comportamientos fue posible realizar la categorización del vínculo como lo plantea Alicia Oiberman en bueno, regular y malo. Esta autora describe el vínculo bueno, puntaje 2, cuando madre e hijo mantienen conductas de intercambio, es decir el comportamiento de la madre va al encuentro de los deseos del bebé y viceversa.

El vínculo regular, puntaje 1, se define cuando el comportamiento de la madre no toma en cuenta las señales del hijo, esto se refiere a cuando el hijo intenta comunicarse con su madre en cualquiera de las funciones y ella no lo percibe o viceversa, es decir cuando el comportamiento del hijo no responde a los requerimientos de la madre en cualquiera de las funciones.

El vínculo malo, puntaje 0, se caracteriza cuando ninguno de los miembros de la díada se comunica con el otro, ni el bebé, ni la madre se comunican, es como si se ignorasen.

El recuento de los datos fue realizado teniendo en cuenta las respuestas afirmativas de la madre y del hijo que corresponden a una misma situación. Se consideró una respuesta exitosa la coincidencia de afirmaciones en las dos conductas de una situación. Para clasificar los datos se sumó el total de conductas, por un lado las respuestas exitosas que seria posible obtener, por otro el total de conductas aparecidas por parte de la madre, así como también el total de conductas aparecidas por parte del bebé, durante los cinco períodos de observación, multiplicado por la totalidad de las díadas.

Para que la valoración de las respuestas exitosas fuera fidedigna se consideraron las situaciones no aparecidas, restándolas al número total de situaciones, lo cual dio la cifra resultante que representó el total de situaciones aparecidas, luego se realizó el cálculo del porcentaje de respuestas exitosas con respecto al total de situaciones aparecidas (100%).

El porcentaje obtenido se ubicó en una escala de valoración para categorizar el vínculo:

- Vínculo bueno: 66%-100%
- Vínculo regular: 33%- 65%
- Vínculo malo: 0%- 32%.

Este método de análisis e interpretación de los datos, como así también la escala de valoración del vinculo fue extraído de un trabajo realizado por las lic. en T.O. Vera, Marta y Lázaro , Mariana, en la Unidad Sanitaria del Barrio Las Heras.

Considerando las diferencias socioculturales y ambientales hemos realizado por separado el análisis de cada población.

De la población que concurrió al Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., se obtuvo una muestra de 12 díadas de madres adolescentes, con su hijos de 0 a 6 meses de edad, las edades de estas jóvenes fueron:

- 1 Madre adolescente de 14 años,
- 1 madre adolescente de 16 años,
- 2 madres adolescentes de 17 años,
- 3 madres adolescentes de 18 años y
- 5 madres adolescentes de 19 años.

Del 100% de las díadas de madres adolescentes y su hijos que concurrieron a este centro, el 25% concurrieron al primer control, registrándose ausentismo en los posteriores controles dentro del período de observación, en tanto que el 75% concurrió periódicamente a los controles del programa " Control del niño sano".

En cuanto al vínculo, los datos obtenidos de las 9 díadas que concurrieron periódicamente al control , arrojaron de mayor a menor prevalencia que un 66,7 % correspondió a la categoría de vínculo regular, el 22,2 % a la categoría de vínculo bueno y el 11,1% a la categorización de vínculo malo. Así mismo este instrumento de observación del vínculo posibilito obtener una lectura más precisa y detallada de la interacción que se produjo en las díadas en las distintas funciones, permitiendo obtener datos significativos en cada una de ellas: función visual, corporal y verbal.

La función visual permitió observar los comportamientos visuales que mantenían ambos miembros de la díada, siendo estos: la mirada momentánea, no reciproca y la mirada mutua entre la madre y el hijo.

Del 100% de las díadas observadas en esta función, el 26,7% de las conductas visuales se presentaron de parte de los niños, otro 26,7% por parte de las madres, un 43,8% correspondió a conductas no aparecidas y un 2,8% a conductas de interacción.

Del 100% de las conductas que conforman la función visual, se observaron las siguientes conductas por parte del bebé, " mira con atención" se dio en un 12,69%, " busca que la madre lo mire" en un 7,93%, " responde" en un 6,05%. Por parte de la madre las conductas aparecidas fueron, "lo mira", 13,33%, "responde", 6,05% y " busca que el bebé la mire", 7,30%. Se observaron un 2,86% de conductas de interacción " se miran", en tanto que un 43,82% de conductas no aparecieron durante el período de observación.

La función corporal se observó mediante las conductas táctiles que mantuvieron ambos miembros de la díada, pudiendo ser estas caricias, u otras expresiones táctiles, tanto por iniciativa del bebé como de la madre.

Dentro de esta función un 22,66% de las conductas correspondieron a contactos táctiles por parte del bebé, un 26,66% a conductas por parte de la madre, un 43,55% de conductas no aparecieron durante el período de observación y un 7,11% de conductas fueron de interacción.

En esta función del 100% de las conductas observadas, fueron por parte del bebé " responde" en un 12,4%, " busca tocar a la madre" en un 10,2%. Por parte de la madre " busca acariciar al bebé" se observó en un 17,7%, " acepta " en un 8,8% y la conducta de interacción " se tocan" se dio en un 7,1%, en tanto que no aparecieron conductas en un 43,5%.

La última función observada fue la verbal, en esta función se tomo en cuenta lo que decía la madre (el contenido), como lo decía (rasgos prosódicos), así como también desde el bebé los laleos y el balbuceo.

En relación a esta función del 100% de las conductas observadas, la conducta " vocaliza" por parte del bebé se dio en un 16,29%, la conducta por parte de la madre " le habla" se observó en un 27,40% y la conducta de interacción " se hablan" en un 12,59%, un 43,70% de conductas que no aparecieron.

Si bien el análisis de las funciones se hace posible a través de la planilla de observación del vínculo, esto pudo enriquecerse con la detección de otras conductas por parte de la madre, como son el sostén del bebé, es decir como la madre sostenía a su hijo en brazos y como el bebé se acomodaba a los brazos de ella, si lo acunaba, de que modo, si lograba calmarlo, si focalizaba la atención sobre las necesidades de su hijo, etc.. Pudo detectarse que el 88% de las madres no presentaban dificultades para sostener a su hijo en brazos, observándose que el bebe se amoldaba a los brazos de ella, el 22% restante presento dificultades en esta función.

Se observó que el 88% de las madres intentaban calmar a sus hijos ante el llanto, 5 de las madres utilizaban el contacto corporal, 3 de las madres acunaban a sus hijos, estas dos modalidades de calmar a los niños eran acompañadas por la palabra. Solo en un caso existió dificultad por parte de la madre para desempeñar esta función.

Todo esto pudo ser registrado mediante la observación directa, ya que de no ser utilizado este instrumento estas conductas no se hubiesen registrado, perdiéndose su valor a los fines de la descripción del vínculo.

Los datos obtenidos mediante la planilla de observación del vínculo, marcan una prevalencia de vínculo regular en estas díadas, evidenciándose en un primer momento por la dificultad de las madres para interpretar y decodificar las necesidades

del bebé, pero en la medida que avanzaron las observaciones, estas dificultades fueron superadas por las madres, observándose que la interacción con sus hijos progresaba.

La instrumentación de la entrevista semiestructurada nos permitió obtener diferentes datos, estando estos relacionados con características de la madre, primer encuentro con el bebé, relación con el papá del bebé, características de los cuidados propiciados al bebé, características del bebe (como lo describe), descripción de un dia juntos, considerando que estos pueden afectar directa o indirectamente la relación madre- hijo:

De las 9 madres entrevistadas el 55,5% de las jóvenes convive con su pareja en forma independiente, el 11,1% se incorporó junto a su pareja al grupo familiar de origen de uno de los dos miembros de la misma, un 22,2% se encuentran solas y continúan viviendo con su familia de origen. Del total de la población en un solo caso, la madre y su hijo residen en una institución.

El 33,3% de las madres adolescentes había finalizado la enseñanza media, igual porcentaje no había concluido este ciclo y un 22,22% continuaba estudiando, el 11,1% había finalizado la escuela primaria , pero no iniciado la enseñanza media. Del 100% de las jóvenes entrevistadas solo una refirió la imposibilidad de continuar con los estudios, aunque deseaba hacerlo, el porcentaje restante de la población que no concluyó los estudios refirió haber abandonado para dedicarse exclusivamente a la crianza de sus hijos, manifestando que esto era una elección personal.

En lo referente a la actividad laboral un 88,8% , refirió no trabajar para dedicarse exclusivamente a sus hijos, no teniendo necesidad de hacerlo porque su pareja o familia de origen podían sostener la familia. De este porcentaje un 22,22% dejó de trabajar a causa del embarazo, no retomando luego la actividad. Un 11,1% se encuentra trabajando actualmente.

En lo referente a la información sexual el 88,9% tenía conocimiento y el 11,1% no contaba con información. Del 88,9% el 62,5% utilizaba métodos anticonceptivos regularmente, el 25% los utilizaba irregularmente y el 12,5% no los utilizaba. De las 9 madres entrevistadas en relación al embarazo, refirieron en un 55% haber deseado el mismo, en tanto que 4 madres informaron no haber deseado el embarazo.

Las jóvenes refirieron tener conocimiento de su embarazo por la falta del período menstrual y mediante un test de embarazo realizado en su hogar; solo en 2 casos expresaron "no darse cuenta" de su estado hasta los meses próximos a la fecha de

parto, registrando síntomas como mayor necesidad de descanso, trastornos digestivos y cambios corporales, sin relacionar esto con la presencia de un embarazo.

Se observó que en general hubo una reacomodación de las jóvenes y sus parejas a la nueva situación, modificando sus actividades habituales, como ritmo de sueño, salidas con amigos, alimentación, etc., anticipándose a la futura maternidad. En cuanto a las familias las primeras reacciones oscilaron entre la sorpresa y el rechazo, esto se fue modificando, dando paso a la aceptación.

En general las madres iniciaron junto a sus parejas los controles médicos prenatales, manifestando tener continuidad en estos.

Frente a la situación de embarazo los sentimientos expresados por las madres adolescentes fueron de aceptación y alegría. Solo en dos casos refirieron angustia y ambivalencia, sentimientos que fueron modificándose con los meses.

Al describir como fue el primer contacto con su bebes, el 88,9% refirieron sentir alegría y emoción, relatando expresiones como " era como si tuviera un nudo en la garganta", " no lo podía creer", tanto en ellas como en sus parejas. Solo una madre expreso angustia en este primer contacto, al tener dificultades para calmar el llanto de su hijo. En todos los casos el contacto mamá- bebé después del parto fue inmediato y sin dificultades para comenzar la lactancia materna. Las madres refirieron haber pedido ver inmediatamente a sus hijos.

En relación a las características de los cuidados propiciados a los bebés, las madres son quienes se encargan del cuidado, ocupándose de la crianza junto con sus parejas, solo en dos casos surgió la figura de la abuela materna como auxiliar en la crianza, quedando el bebé a su cuidado solo en determinadas ocasiones.

El 100% de los lactantes fueron alimentados naturalmente, pecho exclusivo, durante los primeros tres meses, el 44,4% incluyó alimentación mixta (mamadera conjuntamente con el pecho) después de los tres meses hasta el momento de la entrevista, la cual fue realizada junto a la última observación. Solo uno de los casos entrevistados refirió alimentar exclusivamente con mamadera, comentando que la leche materna no alimentaba a su hijo. Al momento de la entrevista el 100% se encontraban incorporando gradualmente semisólidos a la alimentación, por indicación médica. Con respecto al horario en que alimentaban a sus hijos, pudo verse que en el 88,9% realizaban una comida diaria, solo en un caso la alimentación se propiciaba en relación a la demanda del bebé. En ocasiones el pecho era utilizado no solo como forma de alimentación, sino como ritual para calmar o dormir a sus hijos.

El 88,9% de los niños dormían las horas necesarias para su edad cronológica, teniendo en cuenta que el ritmo de sueño necesario para un niño de 6 meses, es de 14 horas de sueño en total, 12 durante la noche (son habituales algunos despertares nocturnos " fisiológicos"), una siesta por la mañana y una por la tarde. Solo en un caso se detectaron ritmos desorganizados, encontrándose esto relacionado con el uso horario de los padres. En tres de los casos entrevistados se detectó colecho, debido a la inseguridad de las madres, relatando una de ellas " tengo miedo que no respire".

Al preguntar a las madres donde pasa la mayor parte del dia su hijo, estas refirieron que están en el carrito, la cuna o son sostenidos en brazos. Lo referido por las madres denota la dificultad de las mismas para dar cuenta de la importancia que tienen la madre, el ambiente y los estímulos externos, para que el niño pueda experimentar el movimiento libre, la actividad y el aprendizaje autónomo desde el inicio mismo de la vida.

Las madres comentaron hablarles a sus hijos principalmente en los momentos de juego y baño, estos intentos de comunicación verbal dirigidos al bebé se ven favorecidos ya que las madres interpretan que sus hijos comprenden lo que intentan comunicarles. Estas jóvenes madres relataron que generalmente dedican a sus hijos un paseo diario, que suele estar destinado a realizar visitas o a la plaza, siendo este un momento de esparcimiento para ambos.

Al describir la personalidad de su hijo se obtuvieron respuestas positivas muy diversas como, " alegre y muy sociable", " contento" , " inteligente, entiende todo",reflejándose la carga afectiva en la descripción de cada uno de ellos.

Las entrevistas realizadas nos permitieron obtener una información más amplia y detallada de otros aspectos de la relación madre- hijo, estos se encuentran vinculados en forma directa, con las transformaciones vivenciadas por las jóvenes en el transcurso del embarazo, luego en la convivencia con sus hijos, expresando la forma en que cada una de ellas propiciaba los cuidados y la carga afectiva que colocaba en estos, que fue observándose en la forma en que las madres transmitieron su experiencia al momento de la entrevista.

De la aplicación de la planilla del perfil del desarrollo psicomotor, pudimos arribar a los siguientes datos, un 67% de los niños presentaron un retraso en las adquisiciones de las pautas madurativas para su edad cronológica, observándose que el área mas afectada es la de la motricidad gruesa, este retraso podría pensarse en relación al tiempo que los niños pasan en una misma posición y las escasas experiencias

brindadas, esto podría ser resultado de la dificultad de las madres para reconocer la importancia de facilitar nuevas experiencias que favorezcan el desarrollo de sus hijos.

Un 33% presentó un desarrollo acorde con la edad cronológica.

Si bien el perfil del desarrollo psicomotor mostró un mayor porcentaje de retraso en la adquisición de las pautas madurativas, creemos que estas dificultades podrían ser superadas en la medida que los cuidados maternos y el ambiente sean proveedores de experiencias que permitan alcanzar el desarrollo adecuado.

Finalizando el análisis de los datos obtenidos por los diferentes métodos de recolección, vemos que en el 55,5% de las madres viven en pareja con los padres de su hijo, conformando así un grupo familiar que ha planificado el embarazo, acompañándose mutuamente durante el mismo, como así también desde el momento del nacimiento, intentando proveer a sus hijos aunque, en ocasiones con dificultad, un ambiente facilitador para el desarrollo.

La población seleccionado en la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, estuvo conformada por un total de 17 díadas de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses de edad. Las edades de las madres oscilaron entre 15 y 19 años, encontrándose:

- 5 madres adolescentes de 15 años,
- 1 madre adolescente de 16 años,
- 3 madres adolescentes de 17 años,
- 5 madres adolescentes de 18 años y
- 3 madres adolescentes de 19 años.

Del 100% de las díadas que concurrieron al primer control del programa " Control del niño sano" , un 29,41% registró ausentismo en los controles posteriores, en tanto que un 70,58% concurrió periódicamente.

Para llevar a cabo la investigación se aplicaron los mismos instrumentos de evaluación que en la población del Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I., ya descriptos.

La aplicación de la planilla de observación de la relación madre- hijo de Alicia Oiberman, realizada a las 12 díadas que concurrieron periódicamente a los controles permitió detectar que un 66,7% correspondió al vínculo regular, un 25% a la categorización de vinculo malo y solo en un caso, 8,3% pudo ser detectado vínculo bueno.

El análisis detallado de cada función permitió arribar a los siguientes datos:

En la función visual pudo observarse que un 25,5% de las conductas se dieron por parte del bebé, un 27,4% fueron conductas por parte de la madre, un 3,8% conductas de interacción y en un 43,33% no aparecieron conductas.

Dentro de esta función las conductas por parte del bebé " mira con atención" fue observada en un 12,38%, " busca que la madre lo mire" en un 6,90% y " responde en un 6,19%. Las conductas por parte de la madre, fueron, " lo mira" un 12,61%, " busca que el bebé la mire" se observo en un 8,80% y " responde" en un 5,95%. La conducta de intercambio " se miran" apareció en un 3,80%, en tanto que un 43,33% correspondió a situaciones no aparecidas.

En cuanto a la función corporal, las conductas observadas por parte del bebé fueron de un 23,33%, las conductas por parte de la madre 28,33%, un 7% fueron conductas de interacción, en tanto que un 41,33% de las conductas no aparecieron.

Dentro de esta función, las conductas que se observaron por parte del bebé fueron, " responde" en un 12%, " busca tocar a la madre" un 11%, por parte de la madre la conducta " busca acariciar al bebé" se dio en un 18,33%, " acepta" en un 10,33%, la conducta de interacción " se tocan" apareció en un 7% y un 41,33%, de las conductas no aparecieron.

En la función verbal fue observada la conducta por parte del bebé " vocaliza", en un 15,55%, la conducta por parte de la mamá " le habla", en un 22,77%, la conducta de interacción " se hablan" en un 10,55% y no se registraron conductas en un 51,11%.

La observación directa nos permitió observar por parte de las madres diferentes conductas, en 4 casos se vió dificultad al sostener a sus hijos en el momento de acunarlos para calmarlos, ya que en lugar de mecerlos suavemente esto era realizado mediante " sacudidas" que provocaban una sensación de displacer y desagrado en los niños, aumentando el llanto y por consiguiente generándose una situación difícil para la madre. El modo de desenvolverse para cambiarlos e higienizarlos también representaba una dificultad para estas madres. La actividad que los niños expresaban no podía se decodificada por sus madres, influyendo esto en el establecimiento de la relación entre la madre y su hijo. En los 8 casos restantes pudo observarse que las madres se desenvolvieron con facilidad, durante el momento de desvestirlos, higienizarlos, acunarlos y en el caso de ser necesario calmarlos al contacto con su cuerpo, inferimos que esto podría relacionarse con el hecho de que estas jóvenes madres colaboran en la crianza de sus hermanos más pequeños.

La diferencia observada entre estos dos grupos de madres en cuanto a la posibilidad de decodificar la actividad y las necesidades de su hijo, durante el primer año de vida, marcaría la diferencia del sistema comunicacional entre éstos, si tenemos en cuenta que durante este periodo esta comunicación se produce en un nivel preverbal en el cual el tacto, las miradas, la sonrisa y la manera de sostener y ser sostenido son los mensajes, que influirán en la relación entre la madre y su hijo.

En esta unidad sanitaria pudo accederse a las historias clínicas que fueron brindadas por Servicio Social, de las que se recabó información sobre las condiciones de vivienda de esta población. Estas historias clínicas también fueron consultadas para corroborar datos sobre la fecha de nacimiento de los niños y las edades de las madres.

La instrumentación de la entrevista semiestructurada, a las madres adolescentes, permitió conocer características de estas madres, (mencionadas en el análisis de la población anterior), el 41,66% del total de las madres entrevistadas dejó los estudios antes de quedar embarazada, el 25% terminó la enseñanza media, un 16,66% se encontraba estudiando al momento de la entrevista, un igual porcentaje nunca inició la enseñanza media.

En referencia a la actividad laboral, del 100% de las madres un 83,33% refirió no realizar ninguna actividad laboral, un 8,33% refirió haber abandonado el trabajo por circunstancias no relacionadas con el embarazo, y un 8,33% continuó trabajando luego de haber tenido a su hijo.

El 50% del total de estas jóvenes madres convive con su familia de origen, el 33,33% convive con su pareja en forma independiente, aunque en ocasiones comparten el predio de la familia de origen de alguno de los miembros de la pareja y un 16,66% convive con su pareja en la misma vivienda de su familia de origen.

Los datos relevados acerca de la información sexual concluyeron que solo una joven tenía total desconocimiento en lo referente a esta información, en tanto que las 11 madres restantes refirieron tener alguna información al respecto, no pudiendo expresar cuales eran los conocimientos que poseían. Del 100% de las madres entrevistadas, solo un caso refirió haber utilizado anticonceptivos orales en algún momento.

Durante la entrevista estas madres expresaron en un 58,33% haber deseado el embarazo, en tanto que un 41,66% de los embarazos no fue deseado. En 3 de los casos entrevistados la reacción de la familia frente a la noticia del embarazo, fue de rechazo, situación que fue revertida posteriormente.

Al abordar la pregunta sobre el embarazo surgió como un dato brindado por las madres y luego corroborado por la historia clínica, que para dos de las madres este era su segundo hijo. Las madres refirieron haber asistido a los controles prenatales, mensualmente desde el momento que corroboraron el embarazo.

Al momento del nacimiento en el 75% el contacto fue inmediato y en un 25% este contacto se produjo luego de unas horas , debido al tipo de parto que habían tenido estas madres (cesárea).

El momento del primer encuentro entre las madres y sus hijos fue descripto por estas jóvenes con diversas expresiones, " lloraba cuando lo vi, y lloraba para que me lo den", " se me cayeron las lágrimas, fue hermoso", " contenta", solo una madre no pudo expresar su vivencia en este primer encuentro.

En el primer contacto madre- hijo, todos lo bebés comenzaron la lactancia sin dificultad, aunque posteriormente una madre refirió tener dificultades con la técnica de amamantamiento, lo cual fue detectado por el descenso de peso del bebé, situación revertida mediante la intervención de los profesionales que la asistieron.

En los cuidados propiciados a los bebés, las madres refirieron en un 83,33% alimentar a sus hijos naturalmente, pecho exclusivo, el 16,66% incorporó mamadera en el primer mes, una de las madres refirió haber incorporado la mamadera debido a que la lactancia natural no alimentaba a su hijo lo suficiente, y en otro caso, esto se dio ante la necesidad de la madre de reincorporarse al trabajo.

De la entrevista realizada en la ultima observación se recabó que solo dos madres habían incorporado semisólidos a la alimentación de sus hijos. Las madres refirieron en relación a la frecuencia de la lactancia, que la misma se propiciaba de acuerdo a la demanda de sus hijos, inclusive durante la noche. En ocasiones el pecho era utilizado por estas madres para calmar a los niños o como ritual para conciliar el sueño.

El 100% de los bebés tenía ritmos organizados de sueño, ya que estos dormían entre 14 y 15 horas diarias en total, aproximadamente 12 horas durante al noche, una siesta por la mañana y una por la tarde.

En el 75% de los casos se registró colecho, el 16,66% presentaba colecho ocasional y solo una madre refirió que el bebé dormía en su cuna.

La frecuencia del baño es de día por medio en un 83,33%, solo dos madres refirieron bañar diariamente a sus bebés. Del 100% de los niños el 83,33% disfruta del momento del baño, siendo este un momento placentero de juego, en tanto que en 2 casos las madres refirieron que este momento era desagradable para sus hijos. La

frecuencia de baño día por medio, se debía según el relatos de las madres a las condiciones de las viviendas, expresando que estas son muy frías.

El 100% de las madres refirió hablarle a sus hijos en diferentes momentos del día, interpretando que estos comprenden lo que les comunican, comentando que esta comunicación es importante para el desarrollo de sus hijos en algunos casos, en otros no pudieron expresar la importancia de esto.

Al preguntarle a estas madres como calmaban a su hijos, se observó una imposibilidad para dar una respuesta, 2 de las madres expresaron calmarlo con el pecho o hamacándolo,1 madre refirió llevarlo a casa de su abuela, comentando que esta es la que mejor lo conoce y sabe calmarlo.

En el 83,33% el cuidado de los bebés se encontraba a cargo de las madres, solo en dos casos las abuelas colaboraban con las madres cuando estas trabajaban o concurrían a la escuela.

Pudo detectarse que estos niños pasan la mayor parte del tiempo en el cochecito, en brazos y en algunos casos en la cuna, según la información brindada por las madres. Si bien los esfuerzos del niño por realizar actividades son regulados por el mismo, necesita de la relación con otro adulto que le asegure determinadas condiciones para que pueda sentir deseos de actuar y ser capaz de aprender a aprender.

Las madres realizan junto a sus hijos un paseo diario fuera del hogar en un 83,33% de los casos, solo una madre refirió no realizar salidas fuera del hogar, pero si compartir un momento diario en el patio o en la vereda de su casa. Otra madre refirió que cuando pueden pasar el día juntos, están acostados.

Las descripciones realizadas sobre la personalidad de sus hijos fueron muy diferentes, encontrándose expresiones como, " es medio loco, mañero, quiere estar todo el dia a upa", " hermoso", " inquieto se ríe todo el día", " hermoso, tranquilo y no molesta para nada", ante esta pregunta surgió nuevamente la imposibilidad de 2 madres para describir la personalidad de sus hijos.

De las díadas que conviven con la familia de origen de la madre, en 2 casos los niños no ven a sus padres, en tanto que 4 niños ven regularmente a sus padres y los reconocen.

Estas entrevistas permitieron reflejar la dificultad de las madres para poder expresar y poner en palabras diferentes situaciones o momentos vividos, como por ejemplo, la descripción del primer encuentro y la personalidad de sus hijos, creemos que es necesario destacar que para la realización de la entrevista el tiempo posibilitado fue

muy breve debido a la modalidad implementada para realizar los controles en la unidad sanitaria. También el espacio físico con el cual se contaba para la implementación de este instrumento fue reducido, lo que dificultó la aplicación de esta técnica.

No obstante lo mencionado las entrevistas realizadas aportaron datos significativos para la investigación.

La aplicación de la planilla del perfil de desarrollo psicomotor nos permitió arribar a los siguientes datos, el 75% de los niños evaluados presentaron retraso en el desarrollo psicomotor, con predominio en las áreas de motricidad gruesa, motricidad fina y autoasistencia, en tanto que el 25% presentó un desarrollo psicomotor acorde a su edad cronológica. Este retraso del desarrollo con predominio en las áreas de motricidad, al igual que en la población anteriormente observada, creemos que podría pensarse en relación a las escasas experiencias de movimiento y posiciones que las madres brindan a sus hijos, aunque no dejamos de tener en cuenta que las condiciones de las viviendas también son un obstáculo para esto.

Al finalizar el análisis de los datos obtenidos pudo observarse que en esta población un 50% de las madres adolescentes, son madres solteras que conviven con su familia de origen, que un 41,66% del total de las madres entrevistadas había abandonado los estudios y que un 83,33% refirió no realizar ninguna actividad laboral. Creemos que estos factores de riesgo detectados mediante los datos obtenidos podrían ser condicionantes en la relación madre- hijo, como así también en el desarrollo de sus niños.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Abordar la temática de la relación vincular madre adolescente- hijo, nos permitió repensar conceptos planteados en el marco teórico y arribar a las siguientes conclusiones:

En ambas poblaciones en la mayoría de los casos la maternidad precoz es vivida como un hecho natural, donde el embarazo existe en general como un proyecto conciente, planificado, sin representar para estas madres un fracaso para cumplir con las etapas de su proceso adolescente.

Existe una diferencia significativa en cuanto a la edad de las madres adolescentes entre una población y otra, registrándose un mayor porcentaje de madres menores de 16 años en la Unidad Sanitaria N° 12, a diferencia de las madres que concurrieron al I.R.E.M.I, en donde las edades de estas son más cercanas a los 19 años.

En la mayoría de los casos el embarazo es deseado por ambos miembros de la pareja, más allá de la legalidad en cuanto a la conformación de la unión.

En general en los casos en que las parejas no son convivientes, los padres mantienen una relación con sus hijos sin desvincularse de su paternidad.

Se observa que son las madres junto a sus parejas o las madres solas, quienes se encargan de la crianza de sus hijos, actuando las abuelas como auxiliares de la crianza, en las ocasiones que los padres lo requieran.

Las madres adolescentes de las dos poblaciones evaluadas tienen una forma particular de vincularse con sus hijos, lo cual se ve representado por el alto porcentaje de vinculo regular que caracterizo a las díadas , 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 debe tenerse en cuenta la trama inconciente 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 de maternar. Estas jóvenes deberán paulatinamente adaptarse a las necesidades de sus hijos e ir transformándose en lo que Winnicott denomina una madre "suficientemente buena", asumiendo a esa criatura como otro ser, diferenciado de ella que crecerá de acuerdo con la construcción de sus deseos, de sus aspiraciones, de sus pulsiones y de sus necesidades.

Creemos que esta misma dificultad podría haber influido en las conductas a ser evaluadas, que no aparecieron durante el periodo de observación, posiblemente influyendo en la categorización del vínculo.

Existió una diferencia significativa en las conductas de la función visual entre el primero y el sexto mes, pudiendo encontrarse esto relacionado a la mayor capacidad visual del bebé en estos últimos meses, permitiéndole esta capacidad manifestar mas claramente la intención de acaparar la atención de su madre y de esta forma inducirla a una respuesta visual.

Observando esta función, se detectó ,especialmente en la Unidad Sanitaria N°12, Barrio General Belgrano, que las madres no respondieron positivamente ante la demanda visual del bebé y en algunos casos las miradas de ambos, madre e hijo, no llegaban a encontrarse. Se evidenció que la atención de estas madres era dispersa enfocando su mirada hacia otras situaciones del entorno.

Existió una dificultad por parte de las madres de la Unidad Sanitaria N° 12 para lograr una comunicación corporal con sus hijos, cuando esta comunicación aparecía la respuesta por parte de sus hijos era positiva, esta dificultad no fue observada en las díadas evaluadas en el Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia, I.R.E.M.I..

La evaluación de la función verbal mostró un diferencia significativa entre las dos poblaciones observadas, en la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, las madres presentaron una escasa comunicación verbal con sus hijos, mientras que en I.R.E.M.I., esta comunicación fue más fluida por parte de las madres favoreciendo los intentos de vocalización, por parte de sus hijos.

Como ya mencionamos anteriormente Alicia Oiberman no plantea indicadores para evaluar la función de sostén durante el primer semestre, por lo cual la misma ha sido observada mediante la observación directa lo que permitió advertir que los bebes se amoldaban a los brazos de su madre sin ofrecer resistencia ante el contacto, solo en 5 casos, 1 de ellos detectado en el I.R.E.M.I y 4 en la unidad Sanitaria N° 12 existió dificultad por parte de las madres y de sus hijos para lograr una posición confortable, evidenciándose posturas rígidas por parte de ambos miembros de la díada.

En ambas poblaciones, I.R.E.M.I. y Unidad Sanitaria N° 12, 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.

En la población de la Unidad Sanitaria N° 12 la precariedad de las viviendas , el hacinamiento, la alteración de los vínculos familiares, la hipoestimulación, los problemas escolares o deserción del sistema escolar, el trabajo ilegal o insalubre, la desocupación, la falta de acceso a la educación para la salud, etc. funcionan como factores que limitan un desarrollo adecuado para los niños.

La diferencia en cuanto a las viviendas en ambas poblaciones estudiadas puede ser uno de los factores que predispone la presencia de colecho en un 75% en la Unidad Sanitaria N° 12, a diferencia de las díadas observadas en I.R.E.M.I, en las cuales se registró colecho solo en tres casos.

Creemos que fue necesario comprender los procesos sociales presentes en la comunidad e indagar la escencia que constituye estas poblaciones investigadas, sus redes socioculturales, la significación cultural ante el embarazo y la maternidad, las modalidades vinculares entre madre e hijo, las viviendas, el nivel de instrucción, los valores que prestigian el enfermar, la vida y la muerte. Conocer e identificar las características del contexto sociocultural y económico, permite pensar soluciones y resolver los problemas de acuerdo a la realidad en la cual se encuentran inmersos.

Por todo esto pensamos que nuestra función como futuras Terapistas Ocupacionales dentro del equipo interdisciplinario ,desde un abordaje de A.P.S., en esta población maternoinfantil, debe centrarse en acompañar a estas madres, proporcionándoles información y un medio adecuado que las provea de elementos necesarios para detectar sus propios recursos, desarrollar capacidades y aptitudes maternales, reconociendo sus potencialidades, ya que esto es a nuestro entender el pilar que favorecerá una adecuada relación vincular entre las madres y sus hijos.

PROPUESTA DE PROYETO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA

PROPUESTA DE PROYECTO DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL DIRIGIDO A EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE CONCURERREN A LOS CONTROLES PRENATALES EN EL INSTITUTO ROMULO ETCHEVERRY DE MATERNIDAD E INFANCIA Y A LA UNIDAD SANITARIA N° 12 , BARRIO GENERAL BELGRANO

Fundamentación:

A partir de la investigación realizada con madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses, pudimos dar cuenta de la importancia de brindar información a estas jóvenes a fin de facilitar y favorecer un adecuado vínculo madre- hijo, como así también proveer de elementos que posibiliten posteriormente una adecuada estimulación de estos niños.

Habiendo detectado en estas poblaciones indicadores de riesgo como: un alto porcentaje de relación vincular caracterizada como vínculo regular, dificultades en la interacción visual, verbal y corporal de las madres con sus hijos y retraso en el desarrollo psicomotor de los niños, es que creemos de suma importancia que las jóvenes embarazadas puedan construir un espacio de advenimiento, desde los primeros meses de la concepción para recibir a sus hijos al momento del nacimiento, favorecer la concientización sobre la importancia que tiene la función de los cuidados que le brindará a su bebé, y que es solo a través de estos y el afecto que le brinde a su hijo, que este podrá ser capaz de construir una existencia personal y por lo tanto una continuidad existencial.

Destinatarios:

Estará destinado a las embarazadas adolescentes que concurren a los controles prenatales en el Instituto Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia I.R.E.M.I. y en la Unidad Sanitaria N° 12, Barrio General Belgrano, en la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos generales:

- Favorecer la capacidad de maternaje en las adolescentes embarazadas.

Objetivos específicos:

- Concientizar acerca de la importancia que los cuidados maternos tienen en el desarrollo del niño.
- Brindar información sobre la importancia del contacto corporal, visual y verbal desde el momento del nacimiento.
- Informar a estas embarazadas sobre la importancia de brindar a sus hijos experiencias que posibiliten un adecuado desarrollo físico y emocional.

Metas:

- Que el 70% de las embarazadas adolescentes concurran al proyecto.
- Que el 70% de las embarazadas adolescentes participen activamente de las actividades propuestas.
- Que el 70% de las embarazadas tomen conciencia de la importancia del establecimiento del vínculo con sus hijos y todo lo que esto implica.
- Que el 70% de las embarazadas cuente al momento del nacimiento de sus hijos con las herramientas necesarias para decodificar las necesidades de estos y poder brindarles estímulos y experiencias necesarias para su desarrollo.

Actividades:

Talleres para embarazadas adolescentes: Estará compuesto por grupos de 10 madres, en estos se realizaran actividades que aborden los objetivos propuestos y que contemplen las características socioculturales de las poblaciones a las que van dirigidas, la frecuencia será de un encuentro semanal.

Se propondrán diferentes temáticas como ser: deseo y vivencia del embarazo, expectativas por el hijo que nacerá, importancia de la función del maternaje, etc.

Se brindará información clara y sencilla sobre estos temas, reforzando con material gráfico, cartillas, carteleras, etc.

Recursos humanos:

- Terapista Ocupacional.
- Asistente Social.
- Psicólogos.

Recursos edilicios:

- Sala de usos múltiples o algún lugar que sea adecuado y se encuentre disponible.

Recursos financieros:

- Se utilizarán los recursos existentes para la implementación del proyecto.

Tiempo de duración del proyecto: Tendrá como duración el último trimestre del embarazo.

Evaluación del proceso: se realizará al finalizar cada mes de trabajo, con la finalidad de efectuar un seguimiento de las actividades realizadas y detectar las necesidades, para determinar modificaciones a los fines de alcanzar los objetivos propuestos.

Evaluación final: se realizará una vez transcurrido el tiempo estipulado, con el fin de valorar los alcances del mismo.

Evaluación de impacto: se realizará mediante la evaluación de la relación madre- hijo durante el primer semestre de vida.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Aberastury, A. y col. " Adolescencia " Ed. Kargieman. Bs As. 1976.
- Aberastury, A. y Knobel., M. " La adolescencia normal un enfoque psicoanálitico". Ed. Paidos. 1986.
- Aberastury, A., " El niño y sus juegos", Ed. Paidos, Educar. Bs.As.1984.
- Ajuriaguerra, J. " Manual de psiquiatría infantil", Ed. Toray- Masson. España. 197
- Aulagnier, P., " La violencia de la interpretación", Ed. Amorrortu. 1988
- Belaustegui, M. I. y otros. "Prevención primaria en salud desde Terapia Ocupacional en madres adolescentes y sus hijos en un medio social adverso. Mar del Plata 1995." Tesis de grado en Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 1995
- Behrman R.E. y otro, " Nelson Tratado de pediatría". 9º Edición. Volumen I . Editorial interamericana. México 1986.
- Betelheim, B., " La fortaleza vacía",Ed. Laia/ Barcelona.1967
- Blos, P. " Los comienzos de la adolescencia", Ed. Amorrortu, 1980
- Buitrago, Ramírez y col. " Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud". Revista de atención primaria, vol, 24, suplemento I, diciembre 1999
- Cano Zurro Perez. "Manual de atención primaria organización y pautas." Editorial Doyma. España 1986.
- Castelli, D. y otros. " Me quiere mucho, poquito, nada. Embarazo y maternidad en adolescentes populares y su relación con rasgos de personalidad y habilidades sociales" Ed. Raices. Chile.1996.

- Clínicas pediátricas de Norteamérica "Ginecología y Obstetricia en adolescentes" Nueva editorial Interamericana. México 1989.
- Coriat, L y otro " Cuadernos del desarrollo infantil", Centro Doctora Lidia Coriat. Bs.As. Agentina
- Delmonte,C. y otra, " El rol del Terapista Ocupacional en atención primaria de salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socioambientales", Tesis de grado. Universidad de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2002.
- Del Castillo y colaboradores, " Maternidad adolescentes en medios subprivilegiados" de la practica a la sistematización. Editorial Humanitas, Bs As 1988.
- Deschamps, J.P. " Embarazo y Maternidad en la adolescente". Editorial Herder. Barcelona 1979.
- Dolto, F. y otro. ¨ Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta ¨ Ed. Atlántida. Bs As. 1995.
- Dolto, F. ¨ La causa de los adolescentes ¨.Ed. Seix Barral. Argentina.1996
- Dolto, F. ¨ La imagen inconsciente del cuerpo ¨ Ed. Paidos España. 1986
- Efrón, R. y otros. ¨ Adolescencia, pobreza, educación y trabajo. El desafío es hoy ¨ Unicef Argentina y Red Latinoamericana de educación y trabajo CIID – CENEP. Ed. Losada. BsAs. 1997.
- Erikson, E . ¨ Identidad, juventud y crisis ¨. Ed. Taurus. Madrid. 1980.
- Erikson, E. " Sociedad y adolescencia''. 9° Edición. Editores siglo veintiuno. 1985.

- Facio A, y otros. ''La sexualidad de los adolescentes". Editorial Facultad de Ciencias de la educación. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná Argentina. Diciembre 2000.
- Gassier, " Manual de desarrollo psicomotor del niño", Ed. Toray- Masson. 1983
- Giverti, E. " Escuela para padres", Los chicos del tercer milenio. Revista No 1, Ed. Página 12. Bs. As.
- Giverti, E. " Escuela para padres", Los chicos del tercer milenio. Revista No 4, Ed. Página 12. Bs. As.
- Giberti E. ¨ Escuela para padres ¨. Los chicos del tercer milenio. Adolescente I parte. Revista Diario Página 12. No 18.. Bs As .1999.
- Giberti E. ¨ Escuela para padres ¨. Los chicos del tercer milenio. Adolescente II parte. Revista Diario Página 12. No 19.. Bs As .1999.
- Hochman, " Hacia una psiquiatría comunitaria", Ed. Amorrortu.1971
- Jornadas de salud integral del adolescente. Viedma 2003.
- Koupernik, " Desarrollo psicomotor de la primera infancia", Ed. Paidea. Barcelona.1969
- Kroeger Axel , Luna Ronaldo. Atención primaria de la salud. Principios y métodos . OPS. Editorial Pax México. Segunda edición. Capitulo I. Enero 1992.
- Linares, L.M.de, " Descubriendo continentes, los aprendizajes en la infancia", Ed. Lugar. Bs. As. 1990
- Lic Gonzales, g y otro, " Adolescenciay aprendizaje", Documento de trabajo Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Lic Domínguez Mon, A, " El enfoque de riesgo en la atención materno infantil: anlisis antropológico de la noción " riesgo" en el manual Paltex de la OPS",

articulo original, Revista Hospital Maternoinfantil Ramón Sardá, N° 4, año 2000

- Mannoni, O. Y otros " La crisis de la adolescencia" 3° Edición Editorial Gedisa . Barcelona España. 1996.
- Matas, S. y otros, " Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el desarrollo", Ed. Humanitas. 1988
- National Research Council , " Anticoncepción y reproducción" Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. Ed Médica, Panamericana. 1990. Bs.As.
- Oiberman , A., " Observando a los bebes... Estudio de una técnica de observación de la relación madre- hijo", Ed. Lugar. Bs.As. 2001
- O.P.S. O.M.S. "Promocion de la salud: una antología." Anexo I Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Publicación científica No. 557.
- O.P.S. "Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil" . Serie Paltex No.7 1986.
- O.P.S. "Salud Materno Infantil y atención primaria en las Americas hechos y tendencias." Publicación científica No. 461. 1984
- O.P.S. "La crisis de la salud publica: reflexiones para el debate." Publicación científica No. 540.
- O.P.S., " La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Americas: escribiendo el futuro" Comunicación para la salud No 6, 1995
- O.P.S. " Manual de medicina de la adolescencia", Dr. Tomás J. Sllber y otros. Serie Paltex No 20, 1992
- O.P.S. " Salud reproductiva : concepto e importancia" Serie Paltex, No. 39, 1996.

- Paladino, C. " Adolescencia, familia y escuela". Editorial de la universidad Nacional de la Plata, marzo 1998.
- Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud y Acción Social, Argentina 1993.
- Pasqualini, D.. " Adolescencia y sexualidad". Servicio de adolescencia. Hospital de niños Ricardo Gutierrez. Bs As.
- Pelorosso , A. " La niñez y la adolescencia en el siglo XXI" Revista Ensayos y Experiencias. Año 2 No 9 Enero- Febrero 1996.
- Perez, A. , " Grupo familiar, matriz del psiquismo", conferencia.
- Prof. Dr . Juan R. Issler " Embarazo en la adolescencia ". Revista de Posgrado de la Cátedra VI Médicina No 107- agosto 2001. www.unne.edu.ar/ revista.
- Riviere, P., "Teoría del vínculo" Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1985
- Rodulfo, M y otro, " Clínica psicoanlítica, en niños y adolescentes", Ed. Lugar, Bs. As. 1986
- Rocheblave, Spenle. " El adolescente y su mundo". Rd. Herder 1978
- Schufer, M. Y otros " Así piensan nuestros adolescentes", Ed. Nueva Vision.
- Spitz, " El primer año de vida del niño", Ed. Fondo Cultural Económico, México- Bs. As., 1983.
- Spitz, " No y si", Ed. Horme, Paidos. Bs.As. 1960
- Tollo, M.A. " El adolecer en la cultura" Revista Ensayos y Experiencias. Año 2 No 9 Enero/ Febrero 1996.
- Unidad Coordinadora/ Ejecutora de Programas Materno Infanto Juveniles y Nutricionales, Ministerio de Salud de la Nación. " Salud de la adolescencia: avances hacia un enfoque integral" . Documento en edición. Junio 2001.

- UNFPA. " Estado de la población mundial 2003 inversores en salud y sus derechos". Desigualdad de genero y salud reproductiva.
- Videla Mirta. "Maternidad mito y realidad ". Editorial Nueva Visión. Agosto 1997.Bs As.
- Videla,, M., "Prevención e intervención psicológica en salud comunitaria."Editorial cinco. Bs As 1993.
- Winnicott, D. " El proceso de maduración en el niño". Edit. Laia. Barcelon, 1965.
- Winnicott, D. " Los procesos de maduración y el ambiente facilitador". Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paidos, 1° ed.Bs. As. 1993.
- Winnicott,D. " Conozca a su niño" Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia. Ed paidos, Bs.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

EN INTERNET

LISTADO DE PAGINAS CONSULTADAS EN INTERNET

- www.amja.org.ar. " La maternidad en la adolescencia: un enfoque social, poblacional y psicológico". Noviembre 2004.
- www.ginconet.com/articulos.
- www.hsph.harvard.edu/organizations.
- www.mujereshoy.com.
- www.salud.com.
- www.csociales.uchile.cl.
- www.ubiobio.cl/ cps/doc/p14.3 programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud, Clasificación por grupo de riesgo
- www.cemera.uchile.cl.
- www. zonapediatrica.com
- www.rebozaway.org/ espanol
- www.centropsicoanaliticomadrid.com/ revistas
- www.med.une.edu.ar/fisiologia/revista " Adolescencia y embarazo: es un factor de riesgo?" Rivero, M. y otros.
- www. Apicepublicaciones.org.ar/ publicaciones " Barreras subjetivas para la inserción social" Crespo, Donatti.

ANEXOS

Perfil de la observación del vínculo madre-bebé (0 a 6 meses)

Lic. Alicia OIBERMAN

			Edad bebé			Edad bebé			Edad bebé			Edad bebé			Edad bebé		
			1ra OBSERVACIÓN			2da OBSERVACIÓN			3ra OBSERVACIÓN			4ta OBSERVACIÓN			5ta OBSERVACIÓN		
	BEBE	MAMA	BEBE	MAMA	PJE.	BEBE	MAMA	PJE.	BEBE	MAMA	PJE.	BEBE	MAMA	PJE.	BEBE	MAMA	PJE.
FUNCIÓN VISUAL	1. Mira con atención	Lo mira															
	2. Busca que la madre lo mite	Responde															
	3. Responde	Busca que el bebé la mire															
	4. Se miran																
FUNCIÓN CORPORAL	5. Responde	Busca acariciar al bebé															
	6. Busca tocar a la madre	Acepta															
	7. Se tocan																
FUNCIÓN VERBAL	8. Vocaliza	Le habla															
	9. Se hablan																
FUNCION SOSTÉN																	
		Puntaje total															

Puntaje: 2 p. Ambos realizan la conducta 1 p. Uno de los dos miembros la realiza 0 p. Ninguno de los miembros la realiza

N. H.C.	F. De Nac	Edad de la Madre	Nombre	Lugar

Edad del bebe	Observaciones	Prox. Control

ENTREVISTA A LA MADRE

1) Características de la mamá: (estudia, trabaja, si dejó por que?, como es la relación con su familia de origen?, esta en pareja?, Con quien convive?, como se entero del embarazo?, si tenia información sexual, quien se la brindó?, como reacciono ante la noticia de embarazo, lo deseo?)
2) Como fue el primer encuentro con el bebe (como se sintió, se lo dieron enseguida, si le dio enseguida el pecho, si se prendió enseguida?)
3) Como es la relación con el papa del bebe: (lo ve? participa de la crianza?)
4) Características de los cuidados propiciados al bebe: (Le hablas, crees que te entiende?, jugás con el bebe, a que, sino porque?,le das el pecho, elegís un lugar especial para dárselo?, sino le da el pecho por que?, cuando llora crees que sabes que es lo que le pasa o por que lo hace, como lo calmas?, higiene sueño)
5) Como es normalmente un dia de los dos juntos.
6) Como es tu bebé?

ESTIMULACION TEMPRANA
Planilla de Evaluación de 0 a 12 meses

Apellido y nombre:
Edad: *Fecha de la evaluación:*
Diagnóstico:

▯ Auto-asistencia
◇ Social
○ Lenguaje
□ Conocimiento
△ Motricidad gruesa
▽ Motricidad fina

▯ 01	Inhibe reflejo de búsqueda.	(0-3 meses)
▯ 02	Inhibe reflejo de succión.	
▯ 03	Lleva sus manos a la boca.	
▯ 04	Inhibe reflejo de deglución.	
◇ 01	Fija la mirada en el rostro de la madre mientras lo amamanta.	
◇ 02	Sonrisa social.	
○ 01	Emite sonidos (vocalización refleja).	
○ 02	Vocaliza cuando se le habla o cuando escucha sonidos.	
○ 03	Gorgeos.	
□ 01	Responde a los sonidos.	
□ 02	Explora sus manos.	
△ 01	Levanta la cabeza en posición prona.	
△ 02	Inhibe reflejos arcaicos.	
△ 03	Inhibe reflejos tónicos.	
△ 04	Balconeo.	
▽ 01	Inhibe reflejo de prensión palmar.	
▽ 02	Lleva las manos a la línea media.	
▽ 03	Sigue objetos 180º.	
▯ 05	Se lleva objetos a la boca.	(4-6 meses)
▯ 06	Come papilla espesa con cuchara.	
▯ 07	Come solo una galletita.	
◇ 03	Sonríe frente al espejo.	
◇ 04	Coopera en juegos.	
○ 04	Grita para llamar la atención.	
○ 05	Repeticiones rítmicas frecuentes (bababa).	
□ 03	Localiza la fuente sonora con la vista.	
□ 04	Encuentra un objeto parcialmente escondido.	
□ 05	Explora objetos con sus manos y su boca.	
△ 05	Rola del decúbito ventral al decúbito dorsal y viceversa.	
△ 06	Se mantiene sentado apoyado en sus manos un corto tiempo.	
△ 07	Reacción de brazos y piernas hacia abajo.	
▽ 04	Sus manos están casi siempre abiertas.	
▽ 05	Prensión palmar de los objetos.	
▽ 06	Transfiere entre sus manos objetos.	
▽ 07	Rastrilla objetos pequeños.	

Nombre y Apellido: .....
Fecha de Nacimiento: .....
Fecha Actual: .....Edad Cronológica: .....
.....Edad Actual: .....

GRÁFICO DEL PERFIL PSICOMOTOR

AREAS DEL DILLO / EDAD EN MESES	MOTRICI-DAD GRUESA	MOTRICI-DAD FINA	LENGUAJE	CONOCI-MIENTO	AUTOASIS-TENCIA	SOCIAL	
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

CONCLUSIÓN: .....
.....
.....