

1994

El vinculo temprano madre-hijo su relación con la edad y el numero de hijos de la madre

Porro, Sandra

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/981>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



*EL VINCULO TEMPRANO MADRE- HIJO
su relacion con la edad y el numero de
hijos de la madre.*

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 487	Signatura top 615.8 P 828
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

PORRO SANDRA
POO ALEJANDRINA

AGRADECIMIENTOS

* Queremos brindar un sincero agradecimiento a nuestra profesora guía T.O. María Carlota Vega, por su desinteresada colaboración durante todo el desarrollo del presente trabajo de investigación.

* A los equipos interdisciplinarios de los Planes de Lactantes de los Centros de Salud Nº 2 'Las Américas' y Nº 9 'Coelho de Meyrelles', especialmente a las T.O. Susana Arguelles y María del Carmen Igriega, que desde su experiencia nos brindaron aportes significativos para nuestra investigación; a la Doctora Elsa Niglio y a la Asistente Social Norma Palermo.

* A la Srta Matilde Ros y al Sr. Daniel Tejeda que espontáneamente nos ofrecieron su colaboración en la edición y compaginación del presente trabajo.

INDICE

INTRODUCCION	A
PRIMERA PARTE	B
MARCO CONCEPTUAL	
El vínculo madre - hijo	B - 1
Estimulación temprana	B - 7
La maternidad en las diferentes etapas madurativas	B - 14
BIBLIOGRAFIA	C
SEGUNDA PARTE	D
DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO	
Universo de estudio	D - 1
Muestra	D - 1
Procedimiento	D - 2
Problemática	D - 3
Categorización de las variables	D - 3
Técnica	D - 4
Excepciones en nuestra investigación	D - 5
TERCERA PARTE	E
Tabulación de datos	
Gráficos	
CUARTA PARTE	F
Análisis e interpretación de datos	F - 1
CONCLUSIONES	F - 3
Posibilidad de extensión y/o ampliación	F - 5
ANEXO	G
Ficha	G - 1
Gráfico discriminativos de los Centros de Salud	G - 2
Sábana	G - 18

Poo Alejandrina

Porro Sandra

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Diversos Estudios realizados en los últimos años, referidos al origen de la población marplatense, demuestran que esta ciudad ha sido centro receptor de diversas corrientes migratorias, tanto nacionales como de otros países, las cuales han formado cordones periféricos caracterizados por variadas problemáticas, en lo referido a la salud, vivienda y educación, consecuencia esto de una inadecuada planificación urbana.

Esta situación sumada a la necesidad de la mujer de trabajar por ingresos insuficientes, que dificultan la subsistencia, mujeres solas con uno o mas hijos a cargo, inestabilidad laboral o carencia de empleo, índice en aumento de madres adolescentes, etc., definen a esta población como de alto riesgo socio - ambiental.

Las distintas circunstancias que caracterizan el medio ambiente como por ejemplo las condiciones de vida favorables o desfavorables, las condiciones afectivas equilibradas o desequilibradas, las condiciones intelectuales estimulantes o empobrecedoras y las condiciones sociales, inciden sobre las funciones y el desarrollo del niño, para favorecerlo, contrariarlo o retrasarlo.

El lactante es sumamente vulnerable y sucumbe fácilmente si vive en un medio insalubre, hacinado o mal alojado, si a su alrededor abundan las infecciones y/o si fundamentalmente carece de cuidados maternos adecuados debido al desconocimiento y/o ausencia por cualquier motivo de la madre.

Este trabajo surge a partir de la realización de una Práctica Clínica en el Plan de Lactantes del

Centro de Salud Nº 9, en el cual la Terapista Ocupacional es incluida en el equipo interdisciplinario en actividades destinadas al planeamiento, implementación y evaluación de acciones en Estimulación Temprana.

Al realizar el rastreo bibliográfico sobre el tema, encontramos la ficha de evaluación del vínculo madre-hijo, resultado ésta de una investigación realizada por la Licenciada Alicia Oiberman. Nos planteamos entonces la posibilidad de utilizarla como instrumento de evaluación en la población del Centro de Salud antes mencionado. La significación de una relación diádica madre - hijo como regular o mala en la generalidad de la población, puede servirnos como alerta, y posibilitar una intervención oportuna a través de terapéuticas específicas de estimulación temprana preventiva dirigidas a favorecer el establecimiento o desarrollo de un vínculo adecuado.

Pao Alejandrina

Porro Sandra

PRIMERA PARTE

MARCO CONCEPTUAL:

EL VINCULO MADRE - HIJO

ESTIMULACION TEMPRANA

LA MATERNIDAD EN LAS

DIFERENTES ETAPAS

MADURATIVAS

EL VINCULO MADRE - HIJO

El aspecto más importante de las primeras etapas de desarrollo del niño es la transformación de éste, de ser biológico a ser social, en el corto espacio del primer año de vida. Durante este tiempo el cuidado del niño tiende en la mayoría de los casos a ser principalmente responsabilidad de la madre. Analizando las interacciones entre la madre y el hijo, podemos llegar a saber cómo se dan los primeros pasos en el proceso de socialización.

La socialización ha tenido diversas interpretaciones a lo largo del tiempo. Hasta hace poco se la veía como un proceso de moldeado de yeso, es decir, el niño llega al mundo y la sociedad actúa moldeándolo. Así toda la responsabilidad de la socialización recaía en la madre y demás figuras con autoridad y el papel del niño se reducía simplemente a observar, aprender y reproducir, todo aquello que ocurría ante él.

La llegada de la teoría Piagetiana, acabó con este enfoque unilateral aunque fue para sustituirla por otro enfoque igualmente unilateral.

Piaget, mantenía que lejos de ser un sujeto pasivo, el niño interactúa espontáneamente con su entorno, y así selecciona cuidadosamente, aquellos aspectos que éste le brinda y que coinciden con sus preferencias.

Solo últimamente se ha cambiado la dirección en el enfoque del desarrollo social temprano, dedicando mayor atención a la cualidad de la condición de interacción social, la interacción madre-hijo se ve como un sistema diádico total, en el

que ambas partes desempeñan una parte para alcanzar la sincronía recíproca.

Melanie Klein, en su artículo "Observación del comportamiento de los bebés" 1962, remarca cómo las actitudes inconscientes de las madres actúan poderosamente sobre los procesos inconscientes del bebé desde sus primeros días, es por eso, según ella que los procesos constitucionales y los factores del medio comienzan a actuar.

Spitz, habla de la importancia de los sentimientos de la madre hacia su hijo, eso que llama "actitud afectiva", la que servirá de orientación al lactante.

Las diferencias individuales entre unas madres y otras son infinitas como es lógico, pero es igualmente basta la gama de sentimientos, respuestas y comportamientos afectivos de cada madre. A su vez estas respuestas estarán influenciadas por las actitudes y la personalidad de su hijo en un proceso circular. El niño nacido con un bagaje congénito individual ejercerá influencias en los sentimientos de la madre y según la personalidad de ésta la diferencia será muy grande si el niño es precoz o con retraso, dócil o discolo, amable o huraño.

Los dos factores de interacción consisten pues, en una madre con su individualidad formada y con un niño con su individualidad en formación.

Cada vez que interactúan los sistemas de conducta de la madre y el niño se irá estableciendo entre ambos un vínculo cada vez más diferencial.

El proceso de formación del vínculo se desarrolla desde la concepción.

El embarazo para la mujer es un proceso de maduración, durante el cual, cada etapa de adaptación

para la mujer

depende de la solución satisfactoria de la precedente.

Muchas mujeres experimentan contrariedad al quedar embarazadas por factores intrapersonales, ambientales y/o económicos, lo cual mengua hacia el final del primer trimestre, aceptándose dicho estado, configurándose de ese modo una etapa inicial de identificación materna del bebé.

En una segunda etapa se observa una creciente percepción del feto como individualidad, al comenzar a percibir los movimientos fetales. Dichos movimientos crean en la madre fantasías de cómo será el niño, atribuyéndole características personales humanas, adquiriendo una sensación de apego y aprecio hacia él, observándose una mayor aceptación del embarazo.

Los estados de tensión y ansiedad que pueda padecer la madre durante la espera repercuten hondamente sobre la vida en formación que madura dentro de ella. Inclusive conviene sostener la hipótesis de Renne Hubert, cuando dice que: "podemos concebir al psiquismo prenatal como afectividad pura, extraña a todo sentimiento de sí mismo..." o sea que además de los procesos de maduración nerviosa y de las etapas de mielinización, hay algo más en la vida del ser neonato que servirá como base a los fundamentos de su personalidad. Es en ese nivel donde la repercusión del estado de ánimo materno se transforma en esencial.

La experiencia del parto si es vivida con tranquilidad, y la madre se siente apoyada por las personas que la atienden, favorecen el contacto primero con su bebé, resultando éste agradable y placentero.

En su libro "PERMIERS GESTERS, PREMIERS MOTS", (Primeros Gestos, Primeras Palabras), Astrid Vander Stratem, explica que tras el parto se produce en la madre algo así como un estado de shock, un periodo de sensibilidad súper aguda, que es un momento privilegiado para el establecimiento de lazos afectivos. La autora deduce que tanto las primeras palabras de la madre, como del padre, así como sus primeros gestos, se constituyen ya como un resumen del modo en que se va a desarrollar la relación con el bebé.

Luego de este acontecimiento el comportamiento de la madre suele ser característico, revelándose la tendencia a establecer contacto directo, piel a piel con el niño, le acaricia repetidamente, le aprieta junto a sí, le abraza, siente deseos de fusión, etc.

Estos comportamientos son ejecutados por las madres de modo natural y espontáneo casi sin tomar conciencia de los mismos.

Durante las interacciones de una mamá con su bebé, ésta normalmente necesita utilizar toda la plena gama de expresiones humanas de que dispone.

En este primer momento de desarrollo del niño sólo precisa una limitada serie de expresiones para regular el curso de interacciones.

Las expresiones faciales que las madres adoptan ante los niños son exageradas en cuanto al tiempo y al espacio. Generalmente son estereotipadas y presentan numerosas variantes en cuanto al tamaño adoptados por ojos y bocas, posición de las cejas y expresiones vocales, todo esto en relación al espacio. En relación al tiempo, se ve aumentada la duración de la realización expresiva.

Con respecto a la vocalización también las pautas de interacción son diferentes en este primer período, que en el curso ulterior del desarrollo, igual que en las expresiones faciales se observan exageraciones en cuanto al tiempo y grado de los estímulos vocales proporcionados al niño.

En un primer período el niño se orienta, busca y usa señales sociales, pero no discrimina entre quienes interactúan con él. Es muy difícil afirmar la duración cronológica de este período, algunos autores tienden a alargarlo hasta el segundo mes.

En un segundo período, el niño interactúa de forma privilegiada con la madre pero no rechaza lo desconocido. Trevarthen, 1975, escribió como mantienen con sus madres conversaciones los niños de 2 meses, utilizando una elaborada mezcla de balbuceos y movimientos corporales. En estos intercambios, cada participante espera que el otro termine antes de comenzar otra vez, y donde cada comunicado tiene una duración específica. Por eso son particulares a la pareja, no solo los ritmos de estas conversaciones, sino también los contenidos.

Existe tal sincronización entre las conductas de la madre y del niño, que algunos autores aseguran que sólo podemos entenderlo, si postulamos que ambos sistemas de conducta están programados genéticamente.

Todos los intercambios personales comunes y corrientes entre madre e hijo, los cuales con frecuencia tienen lugar en períodos insospechados e inesperados, en medio de otras actividades o bien en los espacios entre las mismas, designados en ocasiones juego libre, constituyen una de las experiencias más cruciales en la primera fase de

Poo Alejandrina

Porro Sandra

aprendizaje y participación en acontecimientos
interhumanos por parte del niño.

ESTIMULACION TEMPRANA

Concepto: "La estimulación temprana, es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que este necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas u objetos, en cantidad y oportunidad adecuadas, y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo". Hernan Montenegro.

Un concepto enfocado a la población estudiada sería el de: "Estimulación Temprana en riesgo socioambiental", escrito por la Terapeuta Ocupacional Carlota Vega que dice: "La estimulación temprana es el conjunto de acciones tendientes a posibilitar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial biológico, psíquico y social." Las experiencias se favorecen a través de la presencia e interacción de personas, objetos y ambiente en cantidad, calidad y oportunidad adecuadas. Se dan en situaciones de variada complejidad siempre en el contexto de una relación dinámica con la familia y su medio ambiente."

La estimulación temprana está pensada para prevenir o mejorar probables déficit de desarrollo en niños ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, infecciosas, etc., como por ambientales o sociales, que afectan tanto el área psíquica, física como sensorial.

Existen un cúmulo de diversas actividades entrelazadas que hacen al todo, llamado por nosotros estimulación temprana ellas son:

* reconocimiento temprano: es la actividad por la cual el déficit o problema descubierto es delimitado.

 * detección temprana: es el proceso organizativo que media entre el primer diagnóstico y el primer contacto del niño con sus padres con el especialista en estimulación. Durante este los padres recibirán asesoramiento por parte de los profesionales los cuales deberán informar debidamente de la importancia y necesidad que significan tomar medidas tempranas.

* tratamiento temprano: es el fin de la estimulación temprana hacia lo cual están dirigidas las actividades antes mencionadas.

* asesoramiento temprano: comprende la totalidad de indicaciones dadas por el especialista en estimulación a los padres.

Es importante el lenguaje utilizado al asesorar a los padres, debiendo ser claro y entendible. La jerga profesional produce rechazo, conduciendo de esa manera a esta actividad al fracaso.

Una de las condiciones para que el tratamiento temprano sea exitoso es que los padres comprendan exactamente lo que se les dice, como asimismo las indicaciones que se les dan.

Las cuatro premisas básicas en la estimulación temprana son:

1- La estimulación temprana no crea nuevas funciones, sino que activa las preexistentes en el niño y no exteriorizadas por éste por diversos motivos.

2- La participación activa del sujeto conduce a la adquisición de nuevas conductas en su desarrollo, que deben estar dirigidas a priorizar el hecho evolutivo.

3- La estimulación temprana se dirige al niño en conjunto y no al miembro o función deficitaria.

4- El vínculo primario madre-hijo es el puente que conduce a la incorporación de los elementos que apoyaran terapéuticamente su recuperación.

A raíz de este último concepto es que la estimulación temprana jerarquiza la reconstitución del vínculo madre-hijo. Tanto el niño como la madre pueden presentar alteraciones vinculares, generadas por la discapacidad, motivo por el cual la estimulación temprana tiende a sostener, apoyar o reforzar la función materna y aumentar la capacidad de registro de una función por parte del niño mediante acciones vinculares materno-filiales, conducentes a ese fin. Terminología relativamente nueva es la de "intervención temprana" aplicada a los niños en "riesgo" y/o con discapacidad en su desarrollo.

Se entiende por "niños de alto riesgo socio-ambiental", a aquellos sujetos que nacen biológicamente sanos, pero que debido a diversos factores ambientales y/o emocionales, que influyen directa o indirectamente en su desarrollo físico o psíquico requieren de una intervención para que éste no se vea afectado. Un niño que viva la alteración de uno de estos factores corre el riesgo de no llegar a explorar al máximo sus posibilidades a pesar de ser capaz de alcanzarlas; a la inversa un niño que padezca carencia personal por influencia del medio puede llegar a superarla o mejorarla.

La madre y la familia constituyen aspectos centrales en toda intervención.

Es necesario comprometer activamente a los padres en la tarea estimuladora. Se ha observado que las intervenciones dirigidas a la interacción madre-hijo producen cambios en las actitudes y conductas de las madres, no solo en las referidas al niño directamente sino también en relación a su propia imagen personal, considerándose ella misma como una persona capaz de asumir su situación personal y en relación a sus otros hijos.

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN LA ESTIMULACION TEMPRANA

UN MODELO DE EQUIPO

Como antecedente de equipo interdisciplinario dedicado a la estimulación temprana, encontramos la experiencia realizada en el período comprendido en el año 1979 al año 1987, en el Instituto Municipal de Rehabilitación de Vicente López, de la ciudad de Buenos Aires, por S. Matas fonoaudióloga, M.M. de Mulvey, Terapista Ocupacional, S. Paone, kinesióloga, E. Segura de Frías, psicóloga y L. Tapia, fonoaudióloga, con niños de alto riesgo biológico y ambiental, como también en otras diversas patologías.

Dicho equipo surge como consecuencia de dos hechos fundamentales:

- en primer lugar, el tratamiento que hasta ese momento se brindaba a bebés era impartido por diferente terapeutas, lo que en muchas ocasiones llegaba a confundir a los padres respecto al manejo del niño por lo cual los tratamientos comenzaban

Fuer
del 10

ser aplicados por un solo estimulador cuya profesión lo capacitase para trabajar con la patología preponderante en cada paciente, asumiendo de esta manera la responsabilidad ante los padres y la institución, aunque la estimulación estuvo siempre controlada y supervisada por el resto del equipo.

- el otro hecho significativo fue la posibilidad de asistir a distintos cursos y charlas en los cuales se hablaba de los beneficios que provocaba la estimulación temprana en los niños de corta edad. Esto enriqueció y fortaleció la idea de efectuar un proyecto más unificado que fuera dirigido a la pareja madre-hijo en especial.

Los primeros intentos consistieron en tratamientos a cargo de una fonaudióloga, con supervisión de la kinesióloga, realizándose la estimulación en presencia de la madre y si era necesario al mismo tiempo se realizaba la orientación psicológica.

Pero todavía faltaba un enfoque más global. Comenzaron a elaborar planillas de evaluación, en ellas se trató de incluir todas las áreas posibles de investigación.

Estas fueron perfeccionándose con la práctica hasta llegar a las que hoy se presentan. El grupo formado completó entonces su plantel, incluyendo: fonaudiología, psicología, kinesiología y terapia ocupacional. *E grupo*

La primera tarea del equipo es la evaluación en conjunto, mientras los padres son entrevistados por la psicóloga quién completa la planilla de entrevista psicológica, el resto del equipo evalúa al niño de la siguiente manera: la fonaudióloga, evalúa y completa la planilla de autoasistencia, social, conocimiento y lenguaje; la kinesióloga, evalúa y

completa la planilla de motricidad gruesa; y la terapeuta ocupacional la de motricidad fina. Luego se realiza una reunión de equipo donde se determina:

- Nivel de maduración;
- Selección del trabajo;
- y elección del terapeuta según patología de base.

Finalizando esta etapa comienza el tratamiento.

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN PLANES DE LACTANTES EN BARRIOS PERIFERICOS

El equipo está constituido por los siguientes profesionales: médico pediatra, enfermera, trabajadora social y terapeuta ocupacional.

Es función específica de la terapeuta ocupacional la aplicación de técnicas de estimulación temprana preventiva, las cuales se dirigen a toda la población como información y educación no formal tendiente a promover el desarrollo del niño en salud.

El objetivo fundamental del programa de estimulación temprana es contrarrestar los efectos negativos que producen en el desarrollo psicofísico del niño un ambiente que ofrece estímulos afectivos y sensoriomotores inadecuados. Es decir son programas preventivos creados para brindar al niño la posibilidad de tener experiencias sensoriomotrices en cantidad, calidad y oportunidades tales que le aseguren un desarrollo adecuado.

La intervención se centra fundamentalmente en la madre del niño, en quien se deposita la responsabilidad de estimularlo en el hogar, debemos ayudar a los bebés a experimentar todas las etapas normales del desarrollo, para ello es necesario, por una parte lograr efectivamente cambios en actitudes, conductas y expectativas maternas y no limitarse a

med.
pub.
As
to.

fe de
to.

pero

prevención

Fundo

imp.
del rol
materno
patim

la enseñanza de meros ejercicios a repetir; y por otra poder evaluar estos cambios: su sentido, dirección, etc.

Aparecen aquí entonces las acciones principales a realizar por la Terapista Ocupacional :

- 1- Detección temprana
- 2- Tratamiento temprano
- 3- Asesoramiento temprano

Madre e hijo llegan al servicio de la Terapista Ocupacional derivados por el médico pediatra, el cual durante el control mensual descubre alguna anomalía, signo o síntoma que llaman su atención, (reconocimiento temprano). La Terapista Ocupacional evalúa al lactante con el objetivo de confirmar lo observado por el pediatra, (detección temprana); una vez concluida esta etapa y si se confirma una alteración en el desarrollo del niño entonces se comienza con el tratamiento, dentro del cual además de trabajar con el bebé se asesora a la madre sobre las diferentes actividades a llevar a cabo para lograr una continuidad en el tratamiento.

El asesoramiento también se realiza en forma grupal, mediante charlas preventivas donde participa el equipo y las madres según las edades de sus bebés.

+

Secuencia

LA MATERNIDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS MADURATIVAS

Existen diversos aspectos posibles de estudiar en la mujer, teniendo en cuenta que es un ser bio-psico-social y que en cada una de estas áreas cumple roles específicos.

En el campo de la salud mental se mencionó la función materna como rol primordial de la mujer; y es este tema del que nos ocuparemos.

Antiguamente, la capacidad de concebir era considerada como el límite para dejar de ser niño. La vida social actual ha planteado nuevas exigencias al ser humano: mientras por un lado la capacidad para la procreación se adelanta, para el otro, sólo es posible declararse adulto cuando se han incorporado un conjunto de requerimientos sociales, culturales y económicos.

La pubertad es el fenómeno biológico por el que aparece la facultad de procreación, mientras que la adolescencia es el testimonio de una cultura, es un período de transición orgánico, social y psicológico.

Mario Gutierrez Leighton, pediatra y sociólogo chileno dice que actualmente se considera adolescencia al lapso compendiado entre los diez y los veinticinco años y que en su interior se distinguen tres períodos determinados socialmente por el ingreso laboral.

En Argentina, el primer período es en el que está comprendida la población rural. Las personas allí terminan su adolescencia a los catorce años aproximadamente al ingresar al trabajo, el segundo período se extiende hasta los diecinueve años,

10-25
3 per.

10)
14 años

20) 19 años

20) 25 años.
3 per.
de
Adoles.

incluye a la población de sectores urbanos y periurbanos que generalmente terminan la escuela secundaria y se incorporan al trabajo; y el tercer período llamado adolescencia tardía corresponde a los jóvenes que ingresan a la actividad productiva después de concluir sus estudios terciarios.

La sexualidad en el adolescente es vivida en forma diferente por las mujeres, mientras que para los varones el deseo sexual tiene un carácter de urgencia, entre las niñas las inquietudes sexuales son difusas y no están todavía diferenciadas de otros sentimientos.

Para las jóvenes generalmente el amor tiene prioridad sobre la sexualidad y la entrega resulta parcial, bajo la creencia que con una entrega total se corre el riesgo de perder el respeto del hombre.

"La moral de la clase baja es menos estricta y las condiciones de vida en ese nivel social convierten al sexo en un asunto público por lo que probablemente aumenta la probabilidad que la joven tenga tempranas experiencias sexuales" Stone I. Church.

Las jóvenes de clase baja generalmente tienen hijos ilegítimos, o sea fuera de la pareja legalmente constituida en uniones de hecho o más frecuentemente en soledad.

Estas adolescentes frustradas en su desarrollo y en su proceso adolescente, tienen que asumir una función para la cual las condiciones personales son escasas o nulas, frustradas en su capacidad de goce, en sus ganas de divertirse y disfrutar de aquellas actividades propias de la edad, no pueden ni saben ser mamás.

Naturalmente y de una forma aparentemente trivial, usual y cotidianamente el ser adolescente en uno o dos años llega a la edad adulta.

Dada la complejidad de funciones, tareas y demandas sociales y su embergadura cronológica, existe entre los teóricos una general tendencia a dividir este período en fases o etapas. Una primera fase denominada adultez temprana; se trata de una etapa de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar. Unos cambios se resumirían en la apropiación de aquellos roles requeridos para la ejecución de una serie de tareas tales como la elección de un compañero, comienzo de una ocupación, aparición de la convivencia marital, maternidad y cuidado de hijos, gobierno y dirección del hogar, adquisición de responsabilidades cívicas, localización de un grupo social de pertenencia.

La vida del individuo gira en torno a dos polos fundamentales, familia y trabajo con mayor incidencia de la primera en las mujeres.

La maternidad en la pubertad puede ofrecer alegrías maduras pero para muchos es simplemente un juego de muñecas y para otros es en ocasiones de considerable resentimiento a raíz de las constantes e inevitables exigencias que requieren la atención de los niños. Para los jóvenes puede significar la renuncia a la libertad juvenil para asumir pesadas responsabilidades.

20F En una segunda etapa, período de adultez propiamente dicho a diferencia del adolescente, la mujer se siente libre para desenvolverse dentro del marco que aquel proporciona, cuando ya no se ve llevada a cada instante a cuestionar su propia identidad, su libertad ya no es algo por lo que deba

luchar sino que es algo con lo que puede contar y puede usar responsablemente.

Sus emociones son más estables y aunque sigan siendo intensas son controlables e integradas.

Por lo tanto la maternidad ya no se evidencia como algo traumático ni desequilibrador, sino más bien como una autodeterminación. IMP

Además hay que tener en cuenta que este estado es más aceptado socialmente y ya no tendrá que sortear los obstáculos de la madre adolescente.

Desde el punto de vista del aspecto psicofísico está comprobado que la edad óptima para desarrollar la función maternal se extiende desde los 25 hasta los 35 años de edad.

El sentimiento maternal está lleno de ambivalencias, como cualquier otro sentimiento y lleno de imperfecciones. Entendido así se pueden comprender los altibajos del vínculo madre-hijo y se puede actuar sobre él mejorando las condiciones en que las mujeres comienzan a ser madres.

Act. 4 El primer paso y el más importante es lograr la comunicación del niño con su madre, esa comunicación que se inicia a través del lenguaje del cuerpo, es decir el contacto que se cortó con el cordón umbilical, se continúa a través del pecho directo "piel a piel" con el niño.

Se agregan intercambios de tipo visual, verbal y social adecuados que formando un todo caracterizarán el modo de comunicación entre madre y su hijo.

Se le debe explicar a la mamá que la estimulación va a permitir esa comunicación con se bebé y que debe realizarse a través de todas las actividades diarias del niño, alimentación, baño, higiene, ella debe ayudar a su hijo a descubrir, AVD B-17

conocer y ejercitar su propio cuerpo porque a partir de él podrá conectarse con la realidad, explorar el mundo que lo rodea almacenar experiencias, sensaciones y conocimientos.

Consultadas las Terapistas Ocupacionales María Carlota Vega, María del Carmen Igriega y Susana Arguelles, profesionales dedicadas al trabajo en este tipo de poblaciones, concuerdan en algunos puntos que creemos importantes mencionar.

- En un número muy bajo, se podría decir un 15 % (si bien esto no surge de una medición estadística), de los casos observados en población de riesgo de niños derivados a terapia ocupacional por retraso madurativo, sin patología de base, la evolución a sido inmediata, respondiendo a pautas madurativas correspondientes a su edad cronológica, después de una primera entrevista - evaluación y de una explicación con entrega a la madre de un plan de estimulación temprana.

- En la mayoría de los casos se debe incursionar más profundamente en la historia familiar y personal de la madre, ya que en la estimulación temprana la intervención se centra fundamentalmente en ella, depositándole la responsabilidad de la tarea en el hogar.

- Cuando más problemática, cualitativa o cuantitativa, sea esta historia, aún no vinculada directamente con el niño, menor será el nivel de compromiso e inclusive en algunos casos de la prioridad que le otorgue la madre a la situación vincular con su bebé. Todo lo contrario este nuevo compromiso buscado con ella implica una carga más a sus obligaciones de la vida diaria.

- Todas las técnicas de estimulación temprana aplicadas por la Terapeuta Ocupacional y explicadas a

la madre mejoran notablemente los resultados del tratamiento, cuando se le facilita a la mamá mínimamente una acción transformadora de la realidad que le permita organizarse externamente e internamente. Hablamos de acciones concretas de su vida diaria, como vínculo con otros hijos, horarios, disposición de tiempos y espacios, comprensión de las actitudes de otros miembros de la familia y de las suyas propias, distribución de tareas, etc.

Como conclusión surgen dos premisas básicas.

Primero: escuchar la problemática que rodea la madre;

Segundo: facilitar la acción estimuladora dirigida al apoyo de la función materna.

Poo Alejandrina

Porro Sandra

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

- OIBERMAN ALICIA Informe presentado al C.O.N.I.C.E.T.,
1988
- KLAUSS M. Y KENNEL J. "Relación madre-hijo" Editorial
Médica Panamericana Buenos Aires
- STERN D. "La primera relación madre-hijo" Editorial
Morata, Madrid
- INSERSO "Revista MINUSVAL" Nº 57 1987 España
- BATES AMES, L. "La conducta del niño" Tomo II
Editorial Psique Buenos Aires 1977
- SPITZ, R. "El primer año de vida del niño" Editorial
Aguilar Madrid 1970
- "Revista MENORES" Nº 12 1986 Editorial Dirección
General del Menor, España
- O.M.S. "Revista SALUD MUNDIAL" 1984
- "Revista INTERCAMBIOS" Editorial Psicología
psicoanálisis Nº 5 Buenos Aires 1991
- WINNICOTT, D. "Escritos de pediatría"
- GILBERT EVA "Escuela para padres"
- VAN DER STRATEN, A. "Premiers gestes, premiers mots"
Editorial Le Centurion

B I B L I O G R A F I A

HEESE, G. "La estimulación temprana en el niño discapacitado"

CORIAT, L. "Cuadernos del desarrollo infantil"

FERRARI DE PIETRO, J. "Incidencia de factores socio-económicos y culturales en algunos aspectos del desarrollo infantil"

MONTENEGRO, H. Y COLS. "Estimulación temprana. Importancia de la asistencia al niño de alto riesgo socio-ambiental."

NATAS, S. Y COLS. "Estimulación temprana de 0 a 36 meses" Editorial HUMANITAS

LIRA, I. "Manuales de estimulación"

T.O. VEGA, C. "Informe beca de perfeccionamiento" 1992 U.N.M.D.P.

KATZ, DAVID "Psicología de las edades"

MARCHESI, A. "Psicología evolutiva: adolescencia, madurez y senectud"

JUSID, A. "Las niñas mamás. Adolescentes embarazadas"

JERSILD, A. "Psicología de la adolescencia" Aguilar S.A. Edición especial 1972

STONE CHURCH "Niñez y Adolescencia" Editorial Horne Buenos Aires 1973

JOSELYN, I. "El desarrollo psicosocial del niño" Editorial Psique Buenos Aires 1979

SEGUNDA PARTE

DESARROLLO DEL TRABAJO DE
CAMPO

UNIVERSO DE ESTUDIO

MUESTRA

PROCEDIMIENTO

PROBLEMÁTICA

CATEGORIZACION DE LAS
VARIABLES

TECNICA

EXCEPCIONES EN NUESTRA
INVESTIGACION

UNIVERSO DE ESTUDIO

Para realizar nuestra experiencia, iniciada el día 19 de Marzo de 1993, se escogieron dos planes de lactantes, de los Centros de Salud Número 2 "COELHO DE MEYRELLES", y el Número 4 "LAS AMERICAS", ubicadas en los barrios: Florencio Sánchez y Regional, respectivamente, de la periferia de la ciudad de Mar del Plata.

Estos Centros de Salud atienden poblaciones con características socio - ambientales similares, y la atención proporcionada está basada en un programa de salud común que incluye acciones de fomento, protección y recuperación de la misma.

MUESTRA

La recolección de la muestra se realizaron incluyendo a todas las diadas madre-hijo que concurrieron a partir del 19 de Marzo de 1993 hasta el 30 de Mayo de 1993, al primer control de cada uno de los planes de lactantes y que asistieron a los 4 controles siguientes consecutivos.

Cabe destacar que la muestra recogida excluyó a los bebés diagnosticados con trastornos orgánicos, a aquellos que desertaron del plan y a los que no completaron los cinco controles dentro del primer semestre de vida.

PROCEDIMIENTO

En reunión con las Terapista Ocupacional de ambos Planes de Lactantes, se establecieron las pautas en común a tener en cuenta al realizar las observaciones, las cuales se pusieron en práctica aplicando el método en forma conjunta, cada una de nosotras con la Terapista Ocupacional del plan respectivo, durante el primer control de cada una de las diadas integrantes de la muestra. El resto de las observaciones fueron realizadas de la siguiente manera: los días de controles preestablecidos en el plan, por una de nosotras, cuando las madres concurrían fuera de la fecha asignada eran evaluadas por la terapeuta del plan correspondiente.

Al comprobar que en uno solo de los Planes la muestra ascendía a mas de 50 diadas y suponiendo suficiente dicha cantidad, el plan de tesis fue presentado enunciando como población sólo a la de Centro de Salud Coelho de Meyrelles. Al comenzar a realizar la tabulación y primeras estadísticas nos encontramos con que el cálculo del χ^2 no era significativo, por lo cual debimos reincorporar en la muestra la población del Centro de Salud "Las Américas".

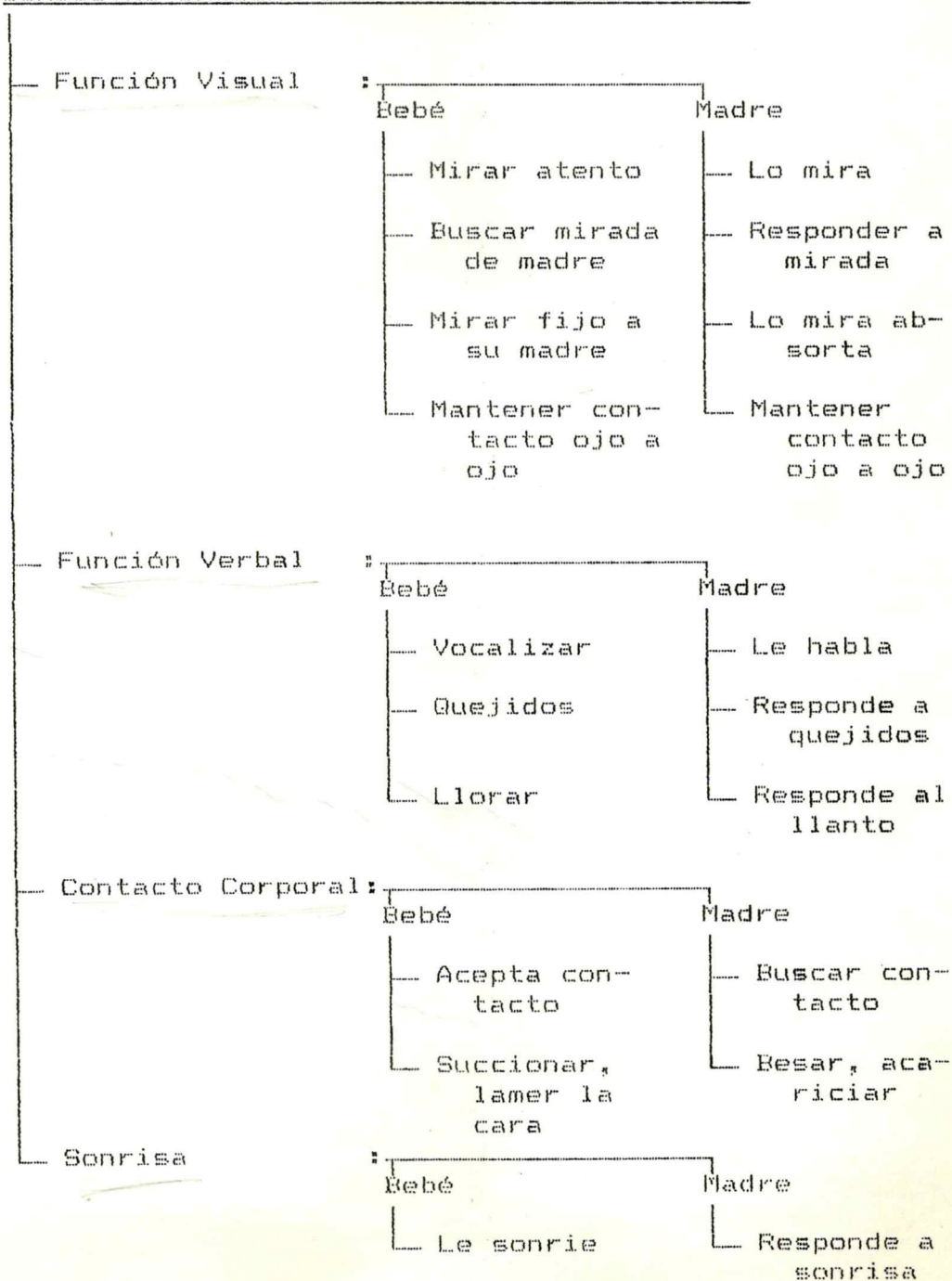
Las dudas y problemáticas que fueron surgiendo durante las observaciones se aclararon en reuniones realizadas mensualmente entre las terapeutas y nosotras.

PROBLEMATICA

De acuerdo a lo expuesto en el marco teórico y a lo observado durante el trabajo de campo surge nuestra problemática general que es la de comprobar si la edad de la madre y el número de hijos que esta tenga se relaciona con el tipo de vínculo que establece con su hijo, la cual determina el diseño de tipo exploratorio de esta investigación.

CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES

CONDUCTAS BASICAS DEL VINCULO MADRE - HIJO



Poo Alejandrina
Porro Sandra

GRUPOS ETARIOS DE MADRES

- Adolescentes: 14 a 21 años.
- Adultas : de 22 años en adelante.

NUMERO DE HIJOS

- Primeriza
- Multipara

TECNICA

Para el desarrollo del trabajo de campo la técnica elegida fue la observación directa, para lo cual se utilizó el "Método de observación de la relación madre - hijo" de la Licenciada Alicia Oiberman.

Explicación del Método: "El diagrama de observación del vínculo está basado en la observación de cinco parámetros: el contacto corporal, la función visual, la función verbal, la sonrisa y el sostenimiento en cada parámetro se registran las distintas conductas del bebé hacia la madre y viceversa este perfil permite observar la conducta relacional madre-bebé en cinco oportunidades. Está pensado para utilizarse en bebés de hasta 6 meses, pues se considera que más allá de estos meses los parámetros comunicacionales son muchos más complejos debido a que intervienen otro tipo de conductas La observación se realiza una vez por mes hasta el 39 mes del bebé y luego con intervalos variables de uno a un mes y medio "

Las conductas observadas son valoradas con un signo positivo si se dan, y negativo si no se observan.

El comportamiento de ambos miembros es evaluado de acuerdo a tres categorías generales: buena, regular y mala. Se entiende como buena cuando ambos integrantes de la diada mantienen una conducta de intercambio, o

sea que ante la conducta del bebé la mamá responde o viceversa; regular cuando un integrante de la diada no responde a las señales del otro; y mala cuando ninguno de los miembros de la diada se comunica con el otro.

La observación se realiza en los momentos de mayor cercanía de la mamá con su bebé al inicia la consulta cuando lo desviste y al terminarla, cuando lo viste. El tiempo de aplicación es de quince a veinte minutos.

EXCEPCIONES EN NUESTRA INVESTIGACION

Al igual que en la investigación realizada por la Licenciada Alicia OIBERMAN para la experimentación del método, el parámetro de sostenimiento no fue evaluado ya que tiene fundamentos antropológicos y culturales que debieran ser investigados con mayor profundidad, sobretodo teniendo en cuenta el origen étnico de estas poblaciones.

En cuanto a la valoración de las conductas se realizó la siguiente indización:

se otorgó la siguiente puntuación por cada parámetro registrado en cada observación:

- 2 puntos a la categoría buena
- 1 punto a la categoría regular
- 0 punto a la categoría mala

Para la valoración general de cada parámetro y en relación con la suma de la puntuación antes otorgada, durante las cinco observaciones, se obtiene lo siguiente:

- 0 a 4 puntos = conducta mala
- 4 a 7 puntos = conducta regular
- 7 a 10 puntos = conducta buena

Poo Alejandrina

Porro Sandra

y de la suma del resultado en cada parámetro surge la valoración del vínculo en general:

0 a 16 puntos = vínculo malo

16 a 28 puntos = vínculo regular

28 a 40 puntos = vínculo bueno

Poo Alejandrina

Porro Sandra

TERCERA PARTE

TABULACION DE DATOS

GRAFICOS

TABLA Nº 1

TITULO: tipo de vínculo materno filial establecido según la edad de las madres, que concurrieron a los primeros cinco controles de los PLANES DE LACTANTES, en los Centros de Salud Nº 2 y Nº 9, durante el primer semestre de vida de su bebe, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de octubre de 1993.

T i p o d e V i n c u l o									
M E a d d a r d e s		M A L O		REGULAR		B U E N O		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Adolescentes	23	41.1	22	39.3	11	19.6	56	100
	Adultas	6	9.5	21	33.4	36	57.1	63	100
	T O T A L	29	24.4	43	36.1	47	39.5	119	100

FUENTE PRIMARIA

GRAFICO N° 1

CENTRO DE SALUD N° 2 Y N° 9

TIPO DE VINCULO

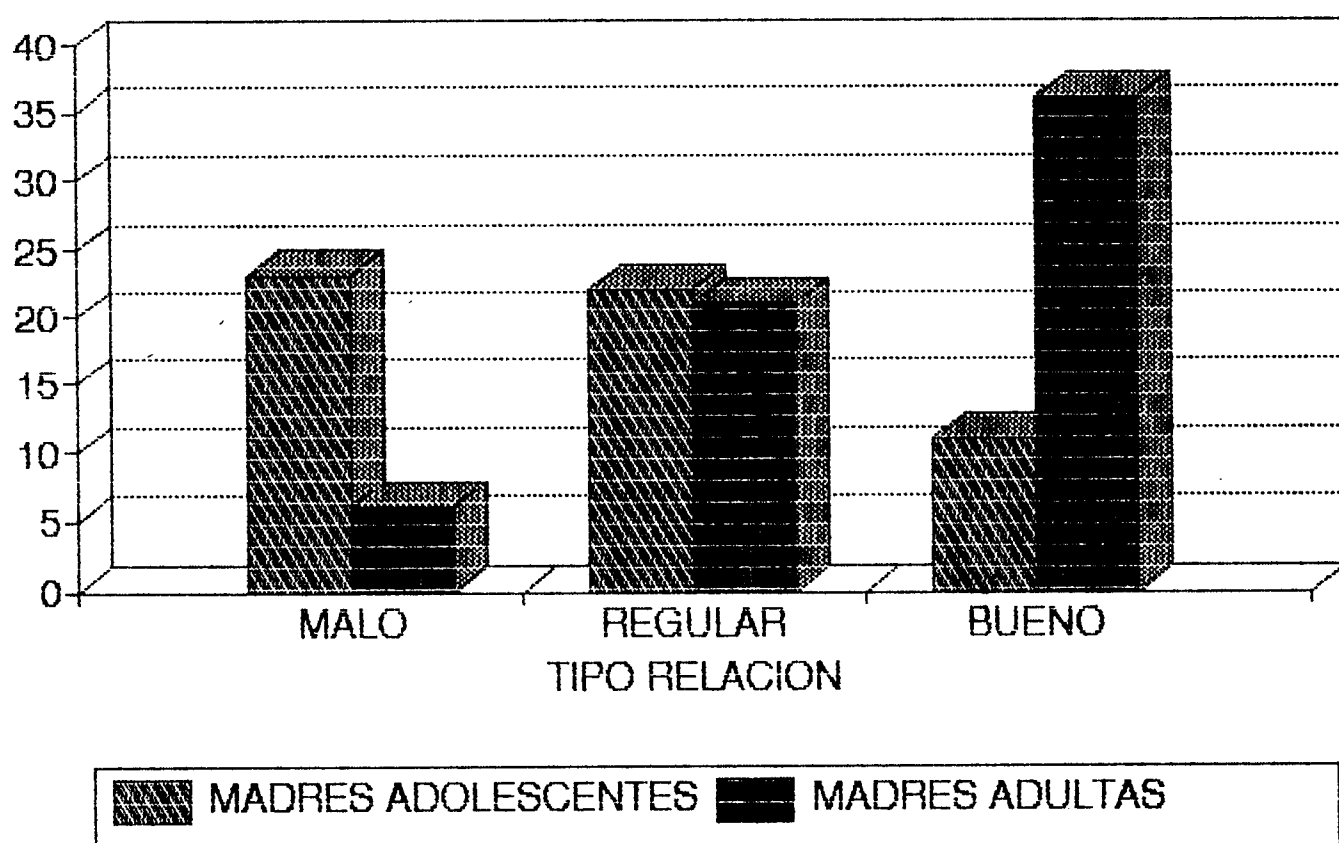


GRAFICO Nº 2

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9

MADRES ADOLESCENTES

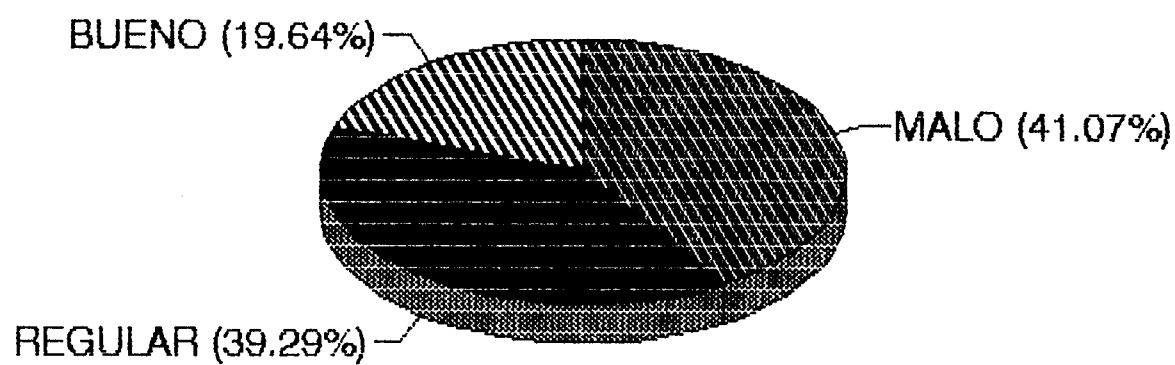
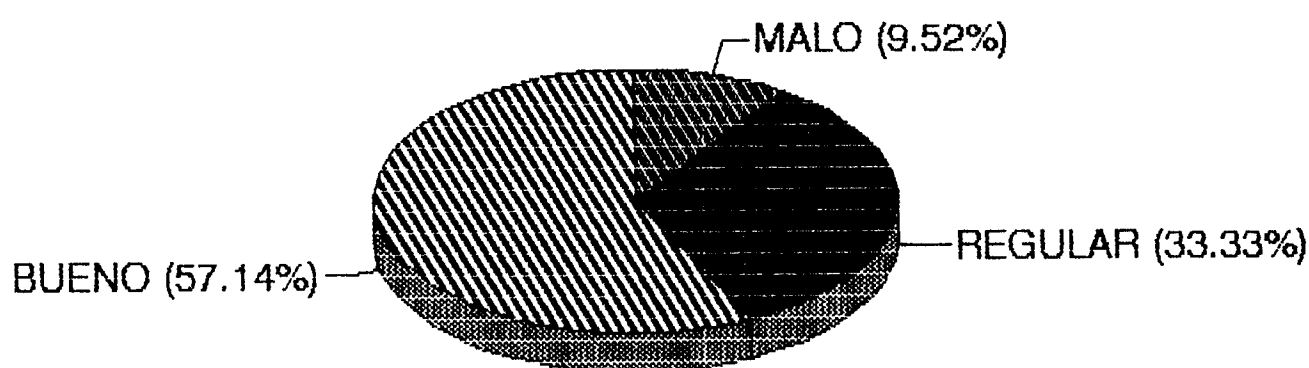


GRAFICO Nº 3

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9

MADRES ADULTAS



Poo Alejandrina

Porro Sandra

TABLA Nº 2

TITULO: tipo de vínculo materno filial establecido según el número de hijos de las madres, que concurren a los primeros cinco controles de los PLANES DE LACTANTES, en los Centros de Salud Nº 2 y Nº 9, durante el primer semestre de vida de su bebe, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de octubre de 1993.

T i p o d e V í n c u l o

Nº H d i e j o s		M A L O		REGULAR		B U E N O		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Primíparas	8	18.6	17	39.5	18	41.9	43	100
	Múltiparas	21	27.6	26	34.2	29	38.2	76	100
	T O T A L	29	24.4	43	36.1	47	39.5	119	100

FUENTE PRIMARIA

GRAFICO Nº 4

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9

TIPO DE VINCULO

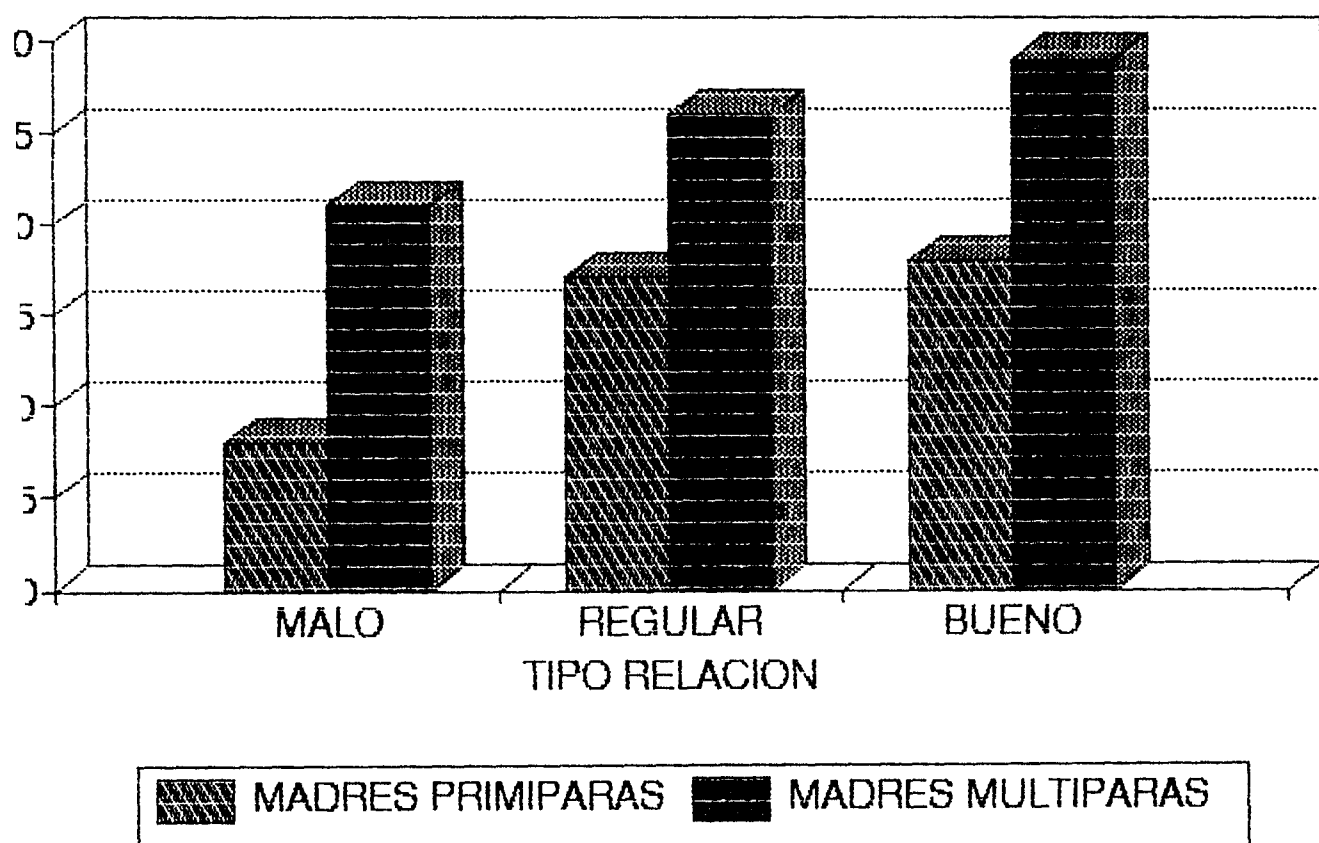


GRAFICO Nº 5

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9

MADRES PRIMIPARAS

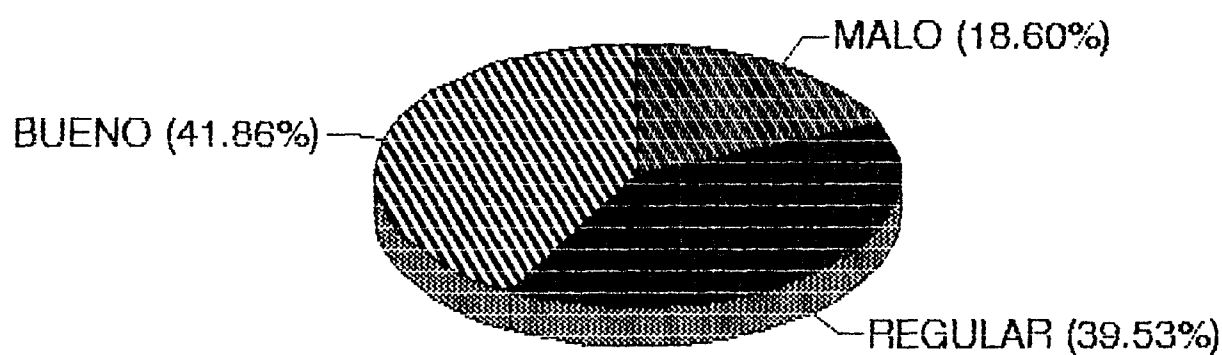


GRAFICO Nº 6

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9

MADRES MULTIPARAS

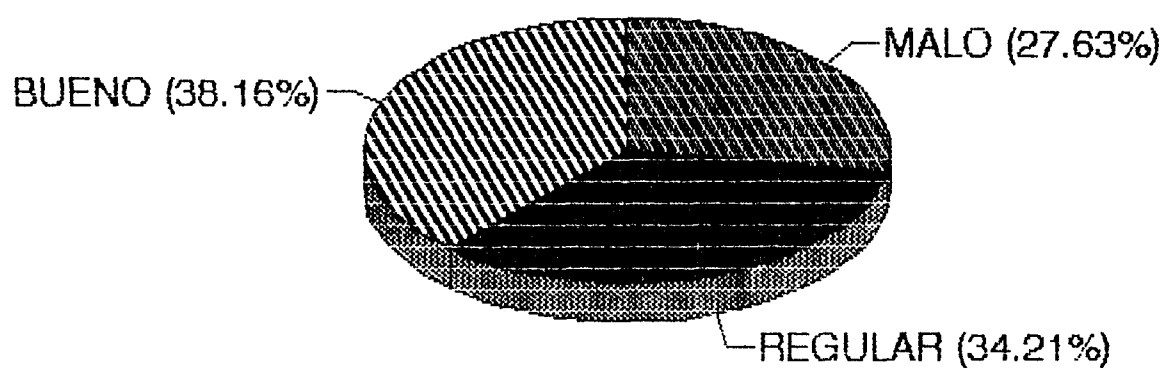


TABLA Nº 3

TITULO: tipo de vínculo establecido en cada una de las conductas de interacción evaluadas, por las madres adolescentes que concurrieron a los primeros cinco controles de los PLANES DE LACTANTES, en los Centros de Salud Nº 2 y Nº 9, durante el primer semestre de vida de su bebe, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de octubre de 1993.

C o n d u c t a c i ó n	T i p o d e V í n c u l o								
		M A L O		REGULAR		B U E N O		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Visual		31	55.4	17	30.3	8	14.3	56	100
Corporal		29	51.8	19	33.9	8	14.3	56	100
Verbal		22	39.3	20	35.7	14	25.0	56	100
Social		30	53.6	15	26.8	11	19.6	56	100
T O T A L		112	50.0	71	31.7	41	18.3	224	100

FUENTE PRIMARIA

GRAFICO Nº 7

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9

MADRES ADOLESCENTES - FUNCION VISUAL

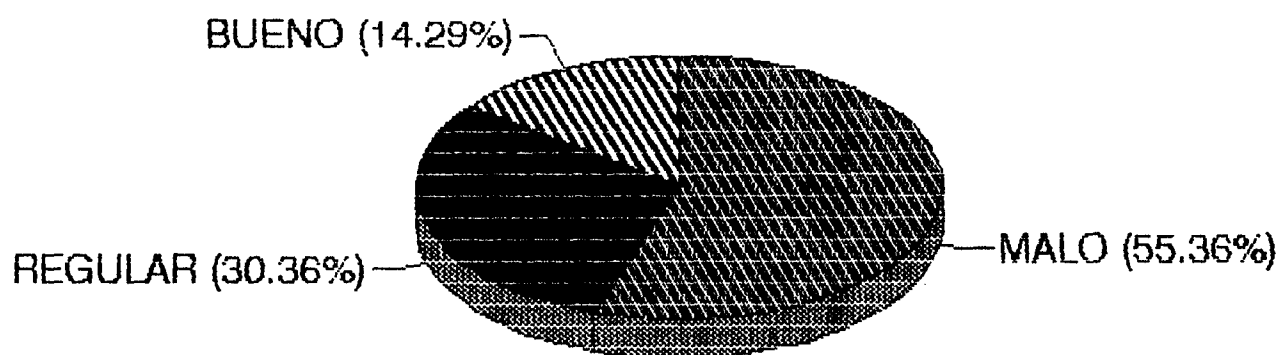


GRAFICO N° 8

CENTRO DE SALUD N° 2 Y N° 9

MADRES ADOLESCENTES - FUNCION CORPORAL

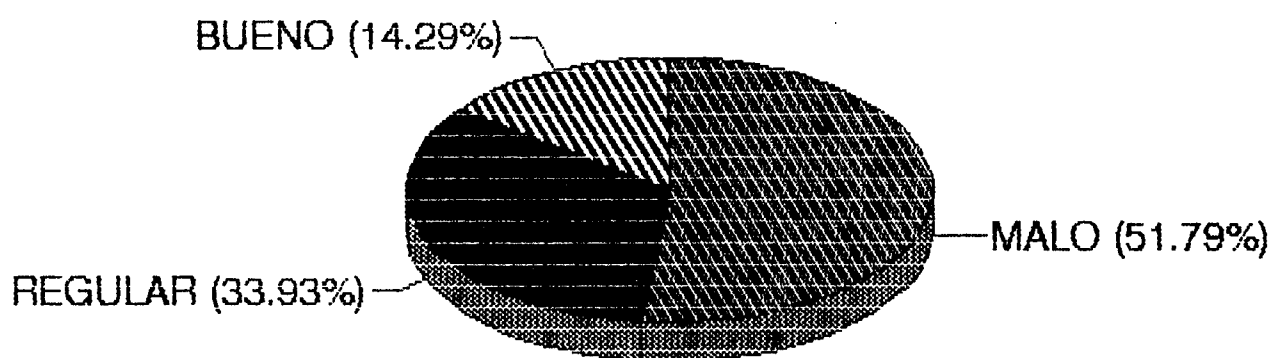


GRAFICO N° 9

CENTRO DE SALUD N° 2 Y N° 9

MADRES ADOLESCENTES - FUNCION VERBAL

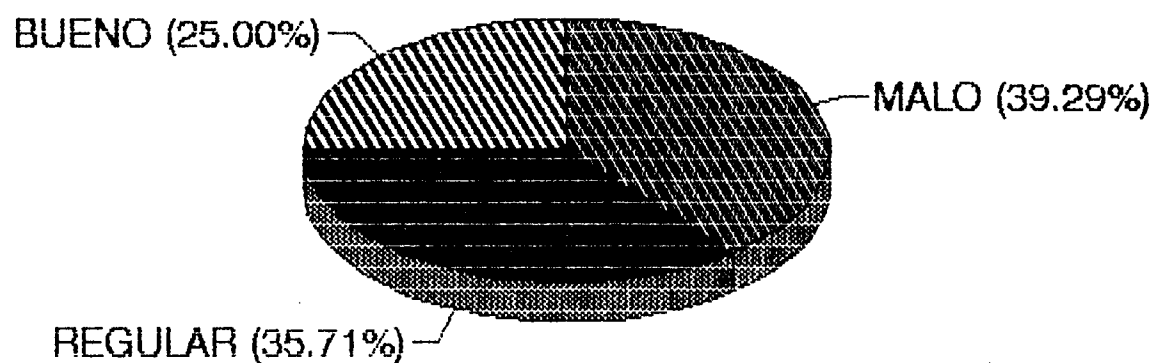


GRAFICO Nº 10

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9

MADRES ADOLESCENTES - FUNCION SOCIAL

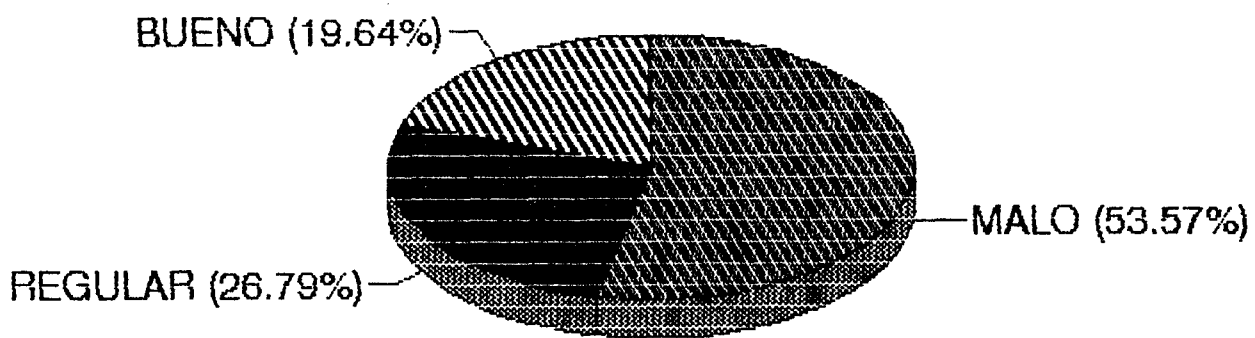


TABLA Nº 4

TITULO: tipo de vínculo establecido en cada una de las conductas de interacción evaluadas, por las madres adultas que concurrieron a los primeros cinco controles de los PLANES DE LACTANTES, en los Centros de Salud Nº 2 y Nº 9, durante el primer semestre de vida de su bebe, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de octubre de 1993.

C o n d u c t a c i ó n	T i p o d e V í n c u l o								
		M A L O		REGULAR		B U E N O		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Visual	13	20.6	19	30.2	31	49.2	63	100
	Corporal	9	14.3	26	41.3	28	44.4	63	100
	Verbal	6	9.5	22	34.9	35	55.6	63	100
	Social	8	12.7	22	34.9	33	52.4	63	100
	T O T A L	36	14.3	89	35.3	127	50.4	252	100

FUENTE PRIMARIA

GRAFICO Nº 11

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9
MADRES ADULTAS - FUNCION VISUAL

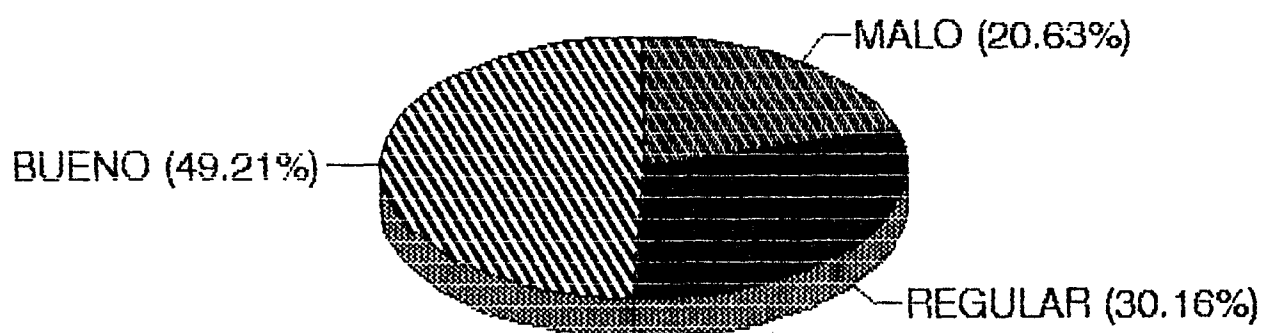


GRAFICO Nº 12

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9

MADRES ADULTAS - FUNCION CORPORAL

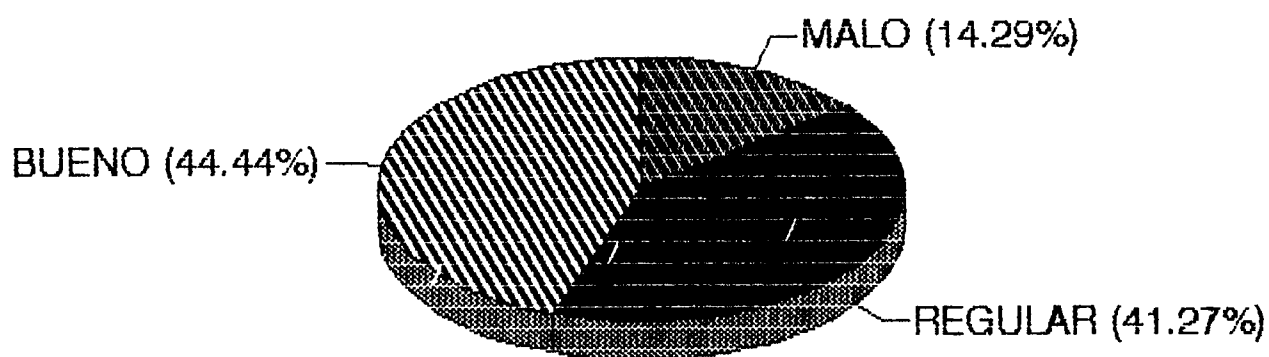


GRAFICO Nº 13

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9
MADRES ADULTAS - FUNCION VERBAL

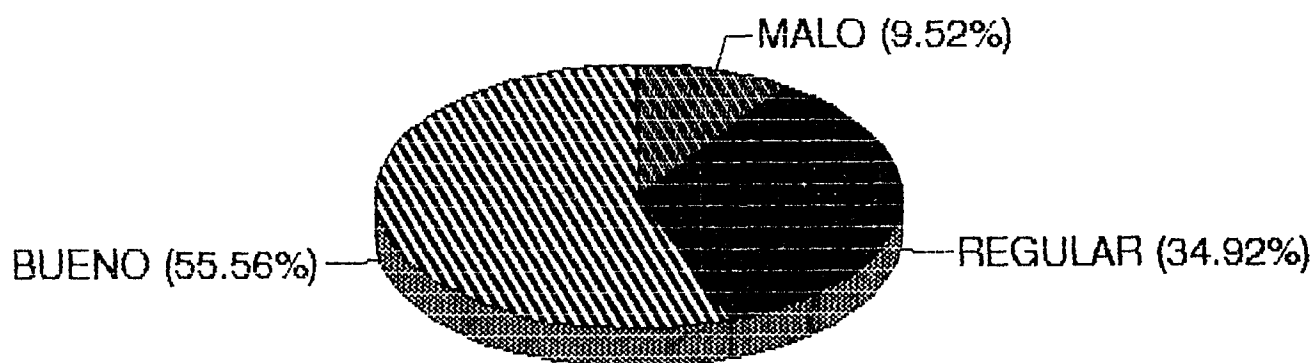


GRAFICO Nº 14

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y Nº 9
MADRES ADULTAS - FUNCION SOCIAL

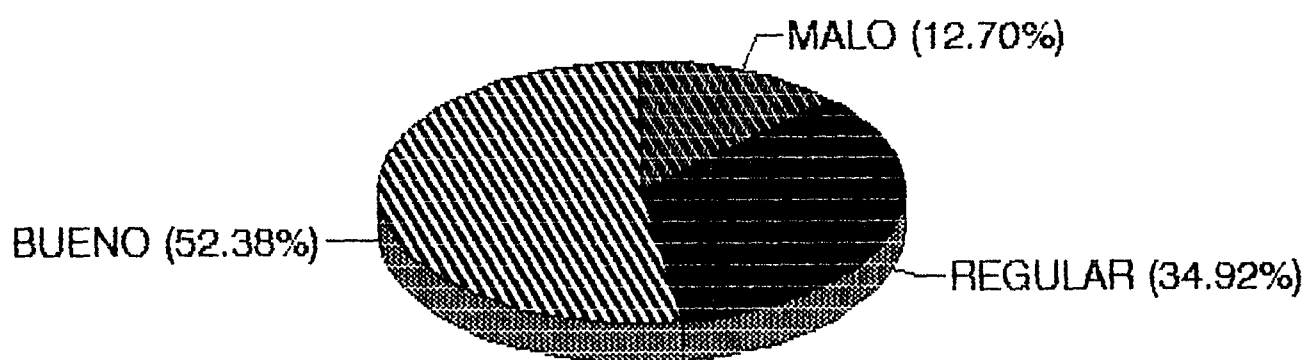


TABLA Nº 5

TITULO: tipo de vínculo establecido en cada una de las conductas de interacción evaluadas, por las madres primiparas que concurrieron a los primeros cinco controles de los PLANES DE LACTANTES, en los Centros de Salud Nº 2 y Nº 9, durante el primer semestre de vida de su bebe, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de octubre de 1993.

C o n d u c t a c i ó n	T i p o d e V í n c u l o							
	M A L O		REGULAR		B U E N O		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Visual	12	27.9	15	34.9	16	37.2	43	100
Corporal	13	30.2	17	39.6	13	30.2	43	100
Verbal	9	20.9	13	30.2	21	48.9	43	100
Social	14	32.6	13	30.2	16	37.2	43	100
T O T A L	48	27.9	58	33.7	66	38.4	172	100

FUENTE PRIMARIA

GRAFICO N° 15

CENTRO DE SALUD N° 2 Y 9

MADRES PRIMIPARAS

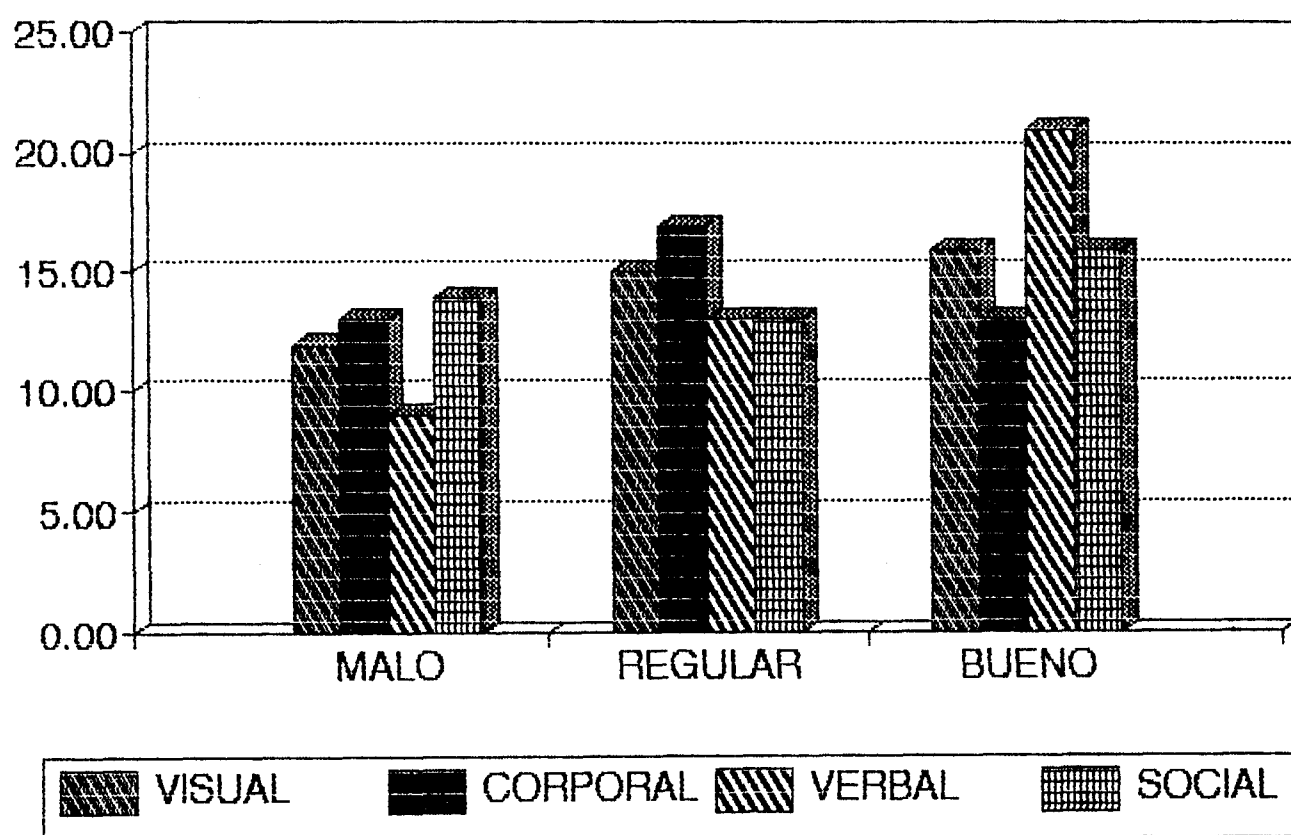


TABLA Nº 6

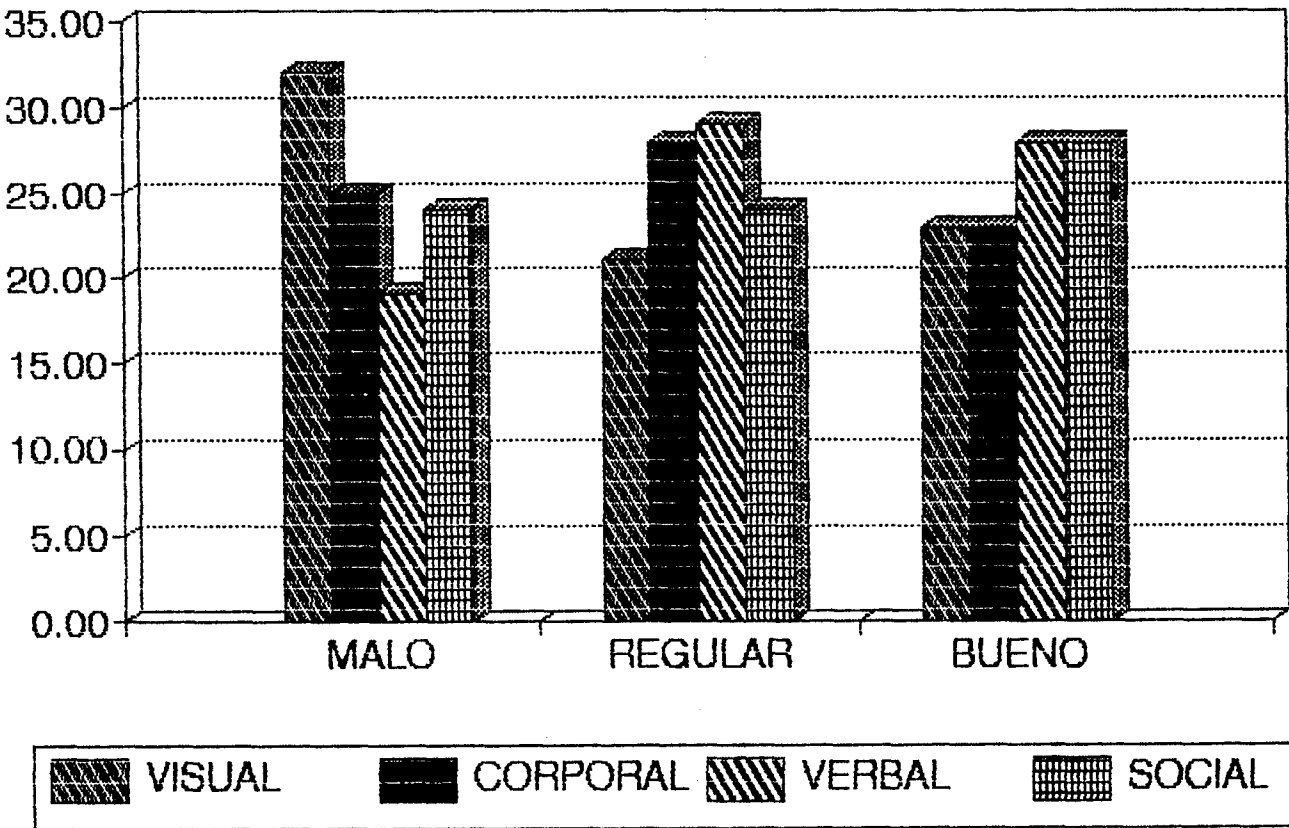
TITULO: tipo de vínculo establecido en cada una de las conductas de interacción evaluadas, por las madres multiparas que concurrieron a los primeros cinco controles de los PLANES DE LACTANTES, en los Centros de Salud Nº 2 y Nº 9, durante el primer semestre de vida de su bebe, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de octubre de 1993.

C o n d u c t a c i o n	T i p o d e V í n c u l o							
	M A L O		REGULAR		B U E N O		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Visual	32	42.1	21	27.6	23	30.3	76	100
Corporal	25	32.9	28	36.8	23	30.3	76	100
Verbal	19	25.0	29	38.2	28	36.8	76	100
Social	24	31.6	24	31.6	28	36.8	76	100
T O T A L	100	32.9	102	33.5	102	33.6	304	100

FUENTE PRIMARIA

GRAFICO Nº 16

CENTRO DE SALUD Nº 2 Y 9
MADRES MULTIPARAS



Poo Alejandrina

Porro Sandra

CALCULO DE X2

TITULO: tipo de vínculo materno filial establecido según la edad de las madres, que concurrieron a los primeros cinco controles de los PLANES DE LACTANTES, en los Centros de Salud Nº 2 y Nº 9, durante el primer semestre de vida de su bebe, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de octubre de 1993.

T i p o d e V í n c u l o

M E a d d a r d e s		M A L O		REGULAR		B U E N O		T O T A L	
		fo fe		fo fe		fo fe		fo fe	
	Adolescentes	23	13.6	22	20.2	11	22.1	56	47.06
	Adultas	6	15.3	21	22.8	36	24.9	63	52.94
	T O T A L	29		43		47		119	100

FUENTE PRIMARIA

$$X2 = \sum ((Fo - Fe) / Fe)^2$$

$$X2 = 0.48 + 0.37 + 0.008 + 0.006 + 0.25 + 0.2$$

$$X2 = 1.31$$

CALCULO DE X2

TITULO: tipo de vínculo materno filial establecido según el número de hijos de las madres, que concurrieron a los primeros cinco controles de los PLANES DE LACTANTES, en los Centros de Salud Nº 2 y Nº 9, durante el primer semestre de vida de su bebe, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de octubre de 1993.

T i p o d e V í n c u l o

Nº H d i e j o s		M A L O		REGULAR		B U E N O		T O T A L	
		Fo Fe		Fo Fe		Fo Fe		Fo Fe	
	Primíparas	8	10.5	17	15.5	18	17.0	43	
	Múltiparas	21	18.5	26	27.5	29	30.0	76	
	T O T A L	29		43		47		119	

FUENTE PRIMARIA

$$X2 = 0.06 + 0.02 + 0.009 + 0.003 + 0.003 + 0.001$$

$$X2 = 0.087$$

Poo Alejandrina

Porro Sandra

CUARTA PARTE

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

CONCLUSIONES

POSIBILIDADES DE AMPLIACION Y/O EXTENSION DE ESTA INVETIGACION

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

A. Realizando comparaciones porcentuales entre categorías de madres se observa:

Según su edad (tabla 1, gráficos 1, 2 y 3): el mayor porcentaje de diadas establecen vínculos buenos en el grupo de adultas; para el vínculo de tipo regular los porcentajes entre ambas categorías son similares; y con respecto al vínculo malo el mayor porcentaje se da en las adolescentes.

Según el número de hijos (tabla 2, gráficos 4, 5 y 6): en las dos categorías de madres el mayor porcentaje de la población estableció vínculo bueno; le siguió en escala el regular con porcentajes similares, y en cuanto al vínculo malo se obtuvieron los menores porcentajes. Cabe aclarar que las madres multiparas en un mayor porcentaje que las primíparas establecieron vínculos de tipo malo.

B. En cuanto al tipo de vínculo en las diferentes áreas:

Las madres adolescentes lograron mayor porcentaje de vínculos malos en todas las áreas de conducta, especialmente en el área visual (55,4 %).

Cabe destacar que en el área verbal obtuvo el menor porcentaje de vínculos malos y el mayor de vínculos buenos en relación con las otras áreas de conducta (Tabla Nº 3, Gráfico Nº 7, 8, 9 y 10).

El 50 % de madres adultas estableció vínculos buenos, el 35 % regulares y el 15 % malos en las cuatro áreas de conducta (Tabla Nº 4, Gráfico Nº 11, 12, 13 y 14).

En el grupo de primíparas el mayor porcentaje de madres estableció un buen vínculo observándose en forma destacada la vinculación verbal.

En el grupo de multiparas la vinculación desde lo visual fue mala para un importante número de ellas.

C. El resultado de las pruebas de X^2 nos demuestran que la probabilidad de que exista relación entre las variables estudiadas es menor que el 0,05% en la tabla de distribución, por lo cual no se puede afirmar la existencia de una relación de dependencia entre el tipo de vínculo con la edad de la madre o el número de hijos que ésta tenga.

CONCLUSIONES

Del desarrollo de esta investigación surgen los siguientes conceptos:

A. el instrumento de evaluación utilizado (ficha de evaluación del vínculo materno - filial de Alicia Oiberman) es aplicable en las poblaciones de los planes de lactantes, confirmándose los alcances del mismo; propuestos por la autora:

" ... - desde lo metodológico: contar con una evaluación semicuantitativa de la interacción madre - bebé que permitirá responder a cuestiones sobre la evolución y la maduración de dicha relación;

- desde lo diagnóstico: puede servir para detectar los obstáculos que existen de parte de la madre o del bebé cuando no se establece ningún tipo de comunicación entre ambos a lo largo de los 6 primeros meses;

- desde lo terapéutico: la significación diádica calificada como regular o mal puede servir como "luz roja" y posibilitar una intervención oportuna a través de terapéutica adecuadas "

Cabe destacar que no conocemos ninguna publicación desde terapia ocupacional, en donde se haya usado este método de evaluación, como tampoco la aplicación del mismo en población con características similares a las aquí estudiadas.

B. A pesar de no haberse comprobado una relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas, no se pueden obviar indicadores, que surgen de nuestra investigación, tales como el alto porcentaje de establecimientos de vínculos malos en las cuatro áreas de conductas de interacción evaluadas tanto en el grupo de madres adolescentes como en el de multíparas, lo cual puede

ser tenido en cuenta al trabajar con madres con estas características.

C. Del análisis de los datos y de la opinión consensuada de algunas profesionales dedicadas al ejercicio de la terapia ocupacional en E.T., surge que los planes de asesoramiento temprano generalizado aplicados a las poblaciones estudiadas no han dado los resultados esperados, pudiendo inferirse que son muchas las variables que influyen sobre la relación vincular madre - hijo, y que es muy difícil establecer un plan de acciones estimuladoras que abarque a todas ellas.

De esto se deduce que el hacer de la terapeuta ocupacional debe ser específicamente diseñado para cada uno de los casos atendiendo la historia particular de cada madre.

Creemos que dentro del equipo interdisciplinario que trabaja en estos centros de salud, la terapeuta ocupacional es el profesional cuya formación académica (en temas tales como Psicología de la personalidad, etapas madurativas del desarrollo normal, relevancia de la ocupación, etc.), le posibilita un enfoque más amplio de los factores que pueden influir en el sistema vincular madre - hijo, capacitándolo para intervenir en el establecimiento y/o desarrollo del mismo.

POSIBILIDADES DE AMPLIACION Y/O EXTENSION DE ESTA INVESTIGACION

Como ya se ha expuesto esta investigación se centra en el estudio de tres variables, la edad de las madres, si son primerizas o no, y el tipo de vínculo que establecen con sus hijos.

Cabe aclarar que existen innumerables variables intervinientes, por ejemplo: situación laboral, estado civil, escolaridad, características del puerperio, estado psicofísico durante el embarazo, etc. que no fueron tomadas en cuenta en este trabajo al realizar la delimitación del problema a tratar, pero que son innegables y dan la posibilidad de ampliarlo o de iniciar futuras investigaciones.

Tal lo expresado en el desarrollo del trabajo de campo, a los fines estadísticos, los resultados obtenidos surgen de la unión de los datos recogidos en ambas poblaciones, anexándose los gráficos resultantes de la tabulación de los grupos por separado, confiadas en su posible utilidad en trabajos posteriores.

Consideramos que el método de observación utilizado es posible de ser aplicado a otras poblaciones con similares características a las estudiadas por nosotras o no, con diferentes objetivos y/o diferentes variables.

Poo Alejandrina

Porro Sandra

ANEXO

URGENCY, DR. J. LICK GIBERMAN

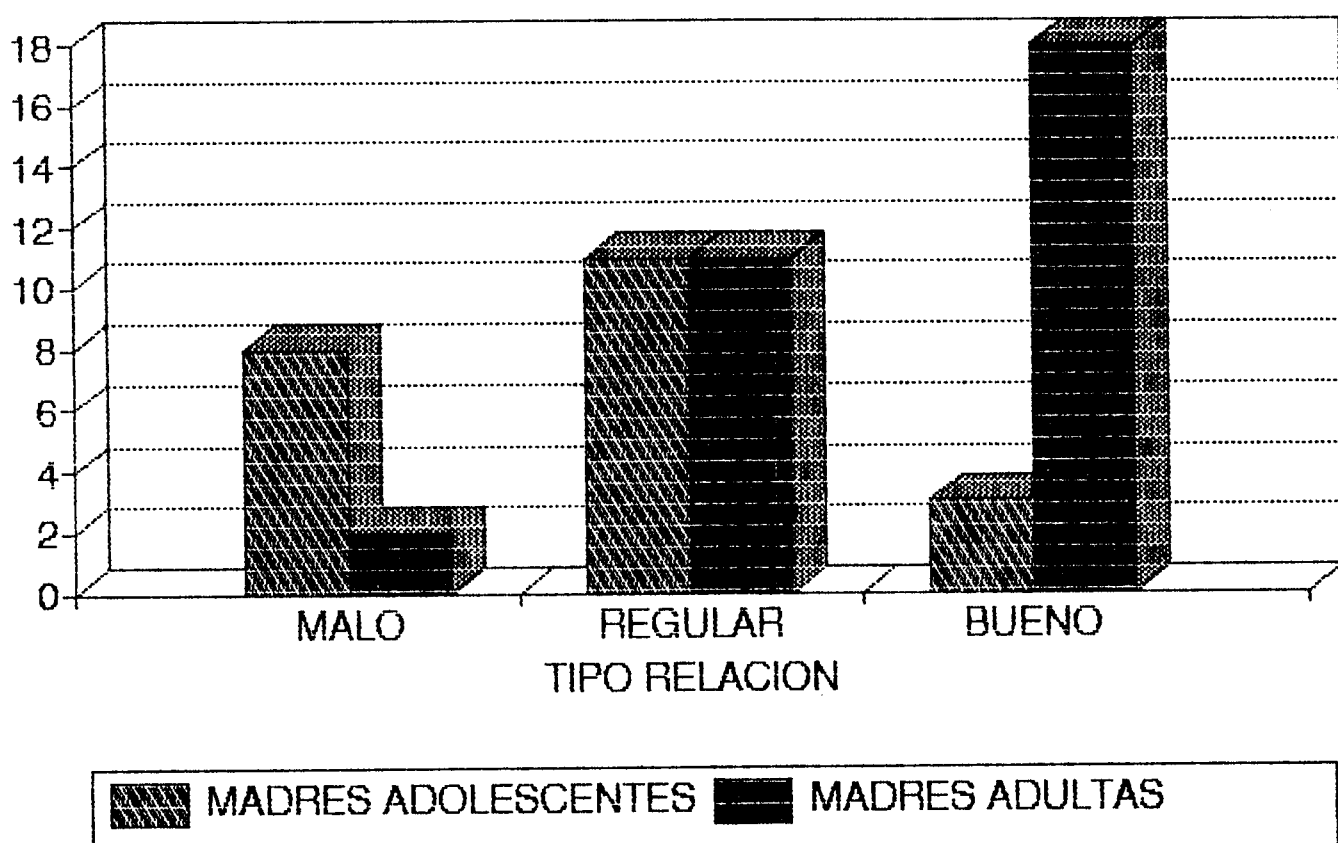
NOMBRE DEL BEBE: _____
FECHA: _____
E.D.: _____
PRIMIPARA: _____
MULTIPARA: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____

NUMBER OF HUSB:

EDAD DEL BEBÉ:		EDAD DEL BEBÉ:		EDAD DEL BEBÉ:		EDAD DEL BEBÉ:		EDAD DEL BEBÉ:		EDAD DEL BEBÉ:	
1º OBSERVACION		2º OBSERVACION		3º OBSERVACION		4º OBSERVACION		5º OBSERVACION		6º OBSERVACION	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FUNCIÓN VISUAL											
MAMA, BEBE											
mira con atención											
busca que la madre lo mire											
busca que el bebé lo mire											
aborda mirándolo											
contacto ojo a ojo											
CONDUCTA INTERACCION VISUAL											
CONTACTO CORPORAL											
accede al contacto											
busca el contacto											
expone - lame la cara											
CONDUCTA INTERACCION CORPORAL											
FUNCIÓN VERBAL											
se vocifera											
responde quejidos											
llanto											
CONDUCTA INTERACCION VERBAL											
SONRISA											
le sonríe											
responde a la sonrisa de su mamá											
le sonríe											
responde a la sonrisa											

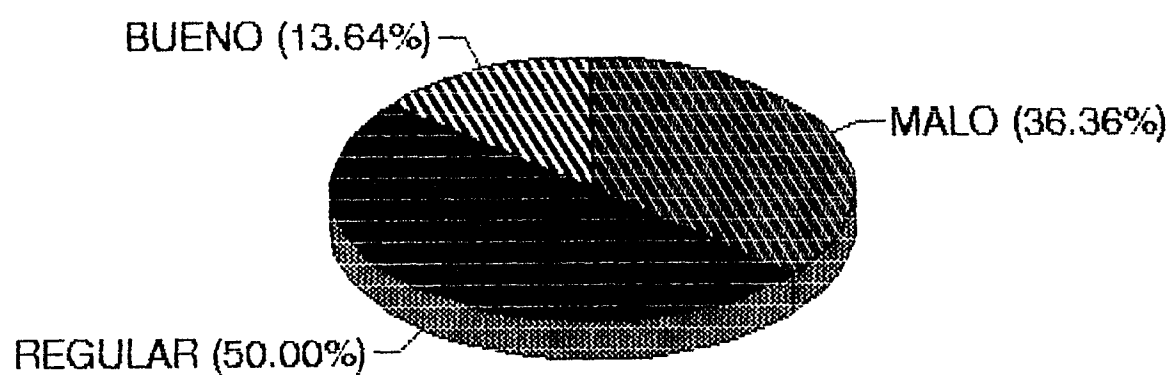
CENTRO DE SALUD N° 2

TIPO DE VINCULO



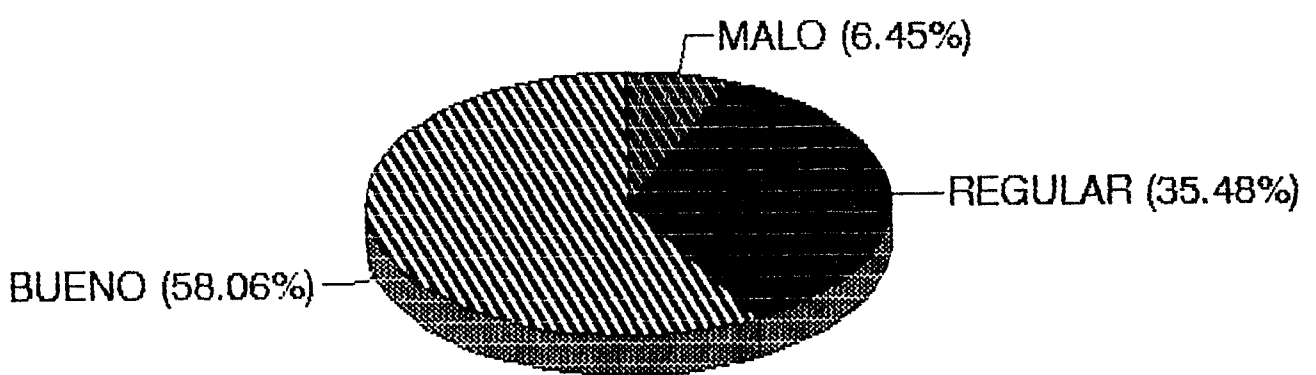
CENTRO DE SALUD N° 2

MADRES ADOLESCENTES



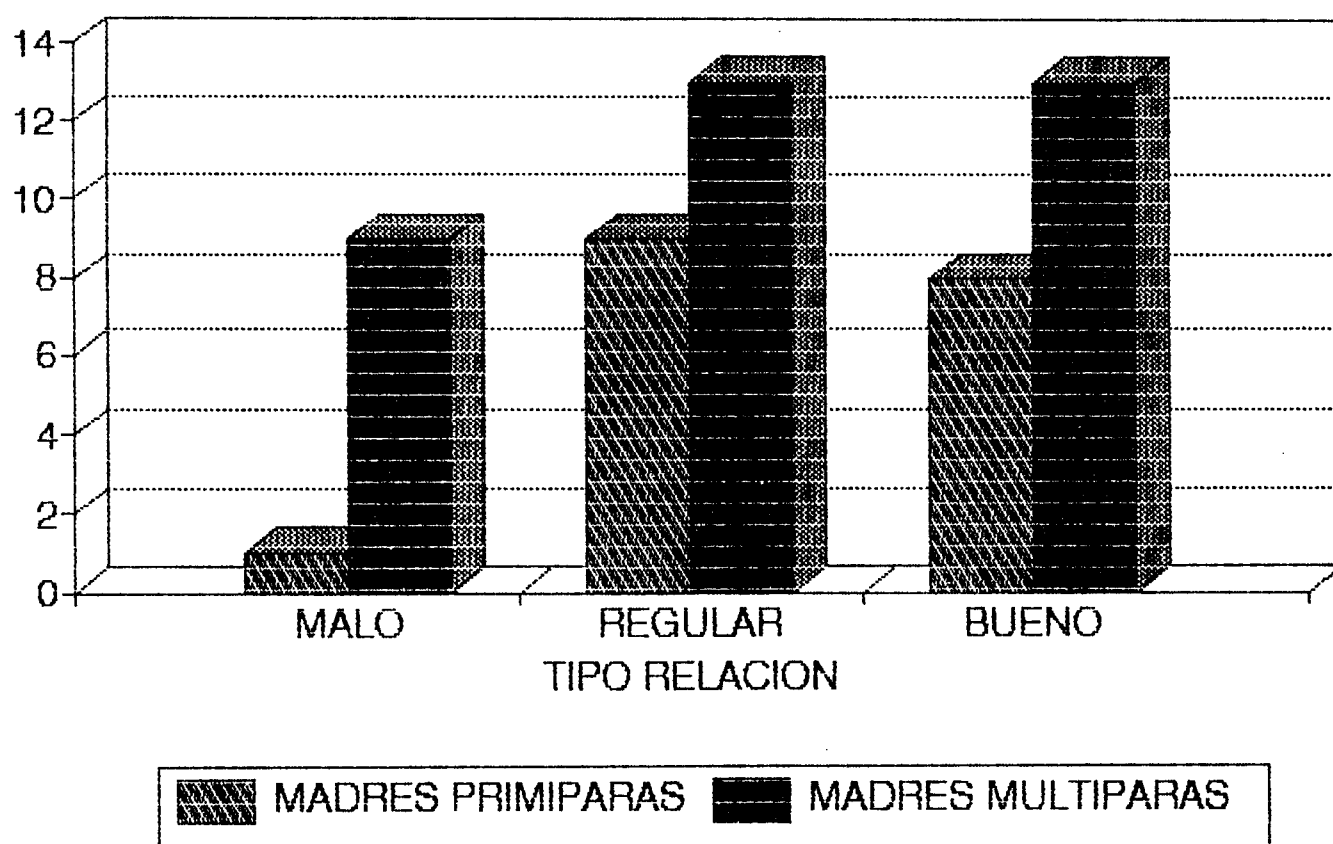
CENTRO DE SALUD N° 2

MADRES ADULTAS



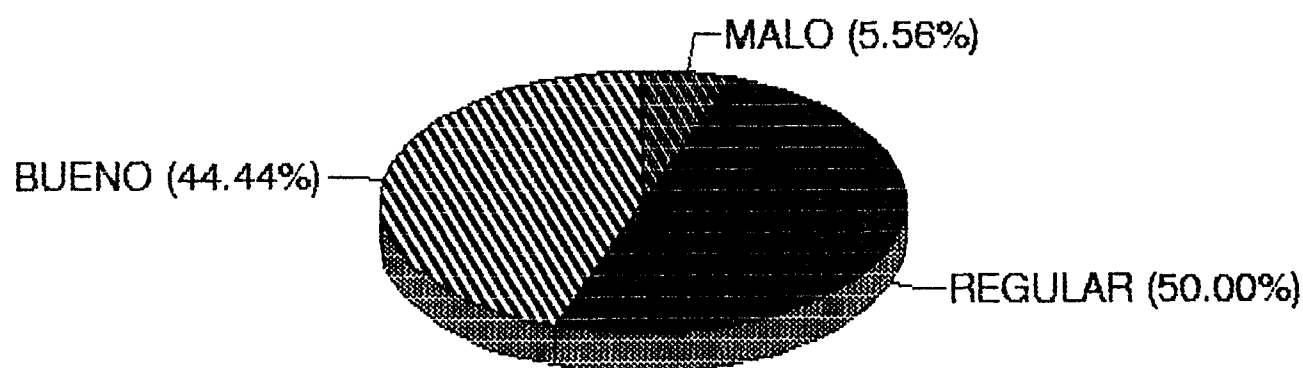
CENTRO DE SALUD N° 2

TIPO DE VINCULO



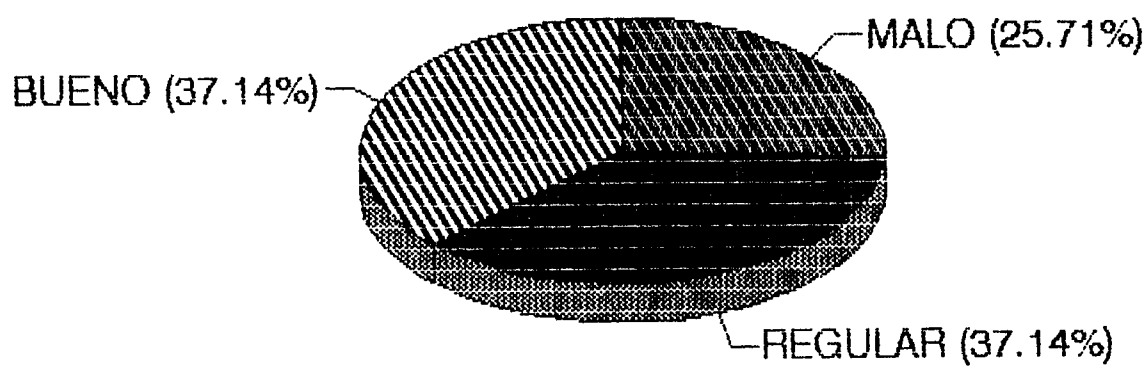
CENTRO DE SALUD N° 2

MADRES PRIMIPARAS



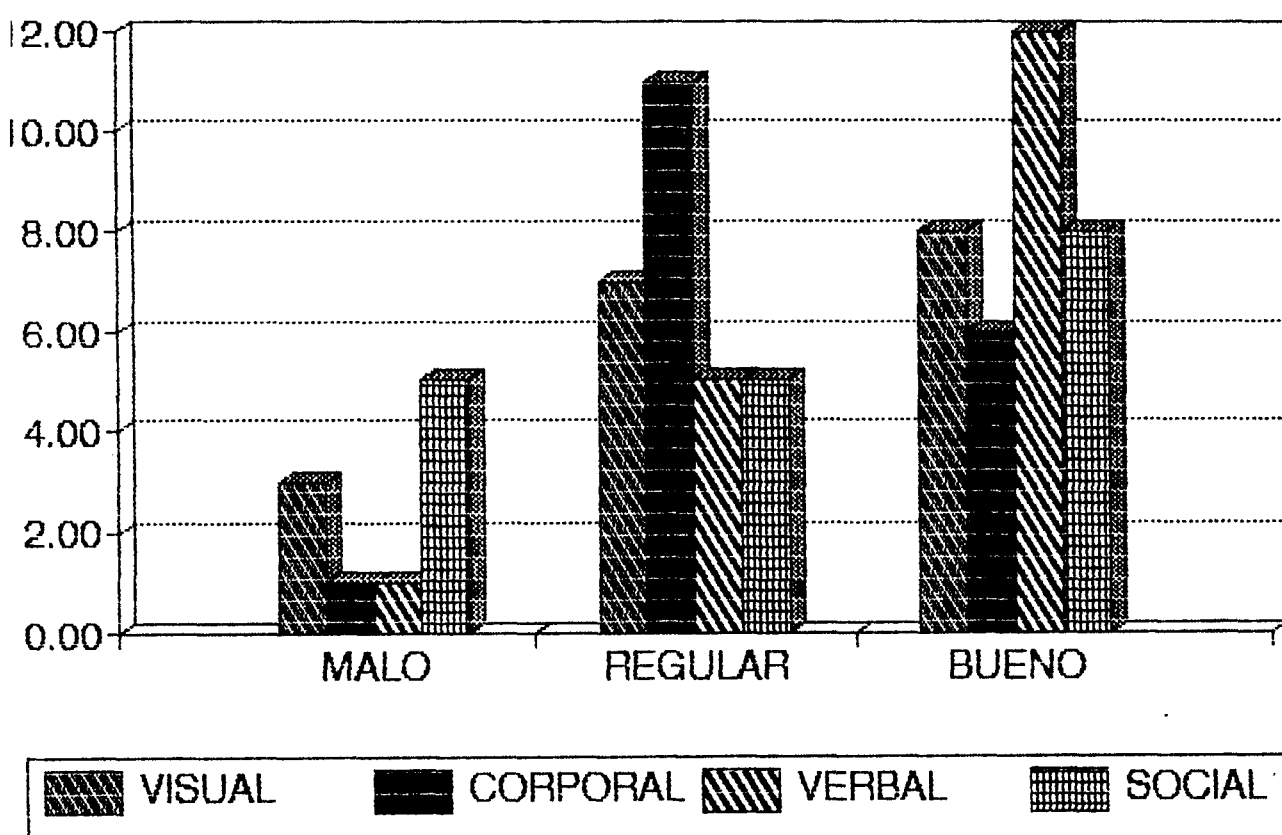
CENTRO DE SALUD N° 2

MADRES MULTIPARAS



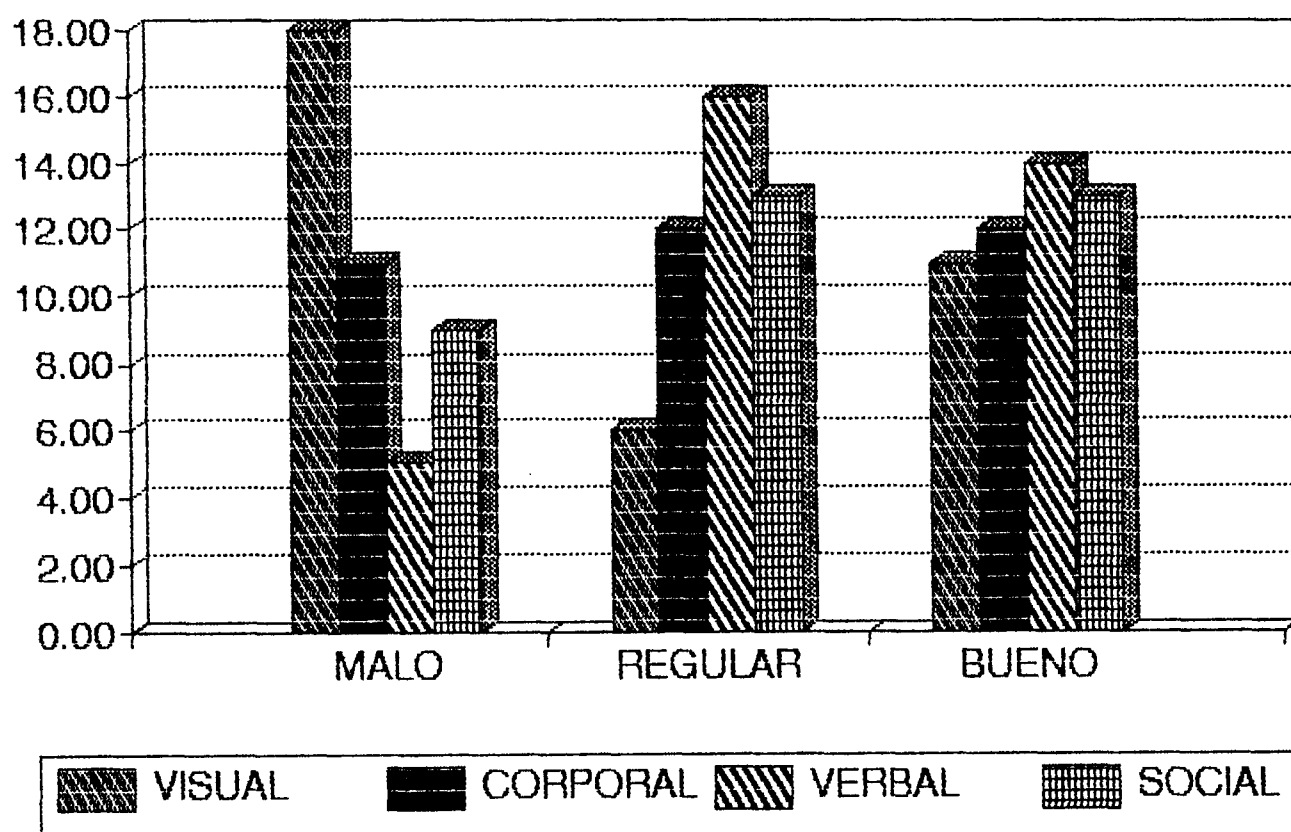
CENTRO DE SALUD N° 2

MADRES PRIMIPARAS



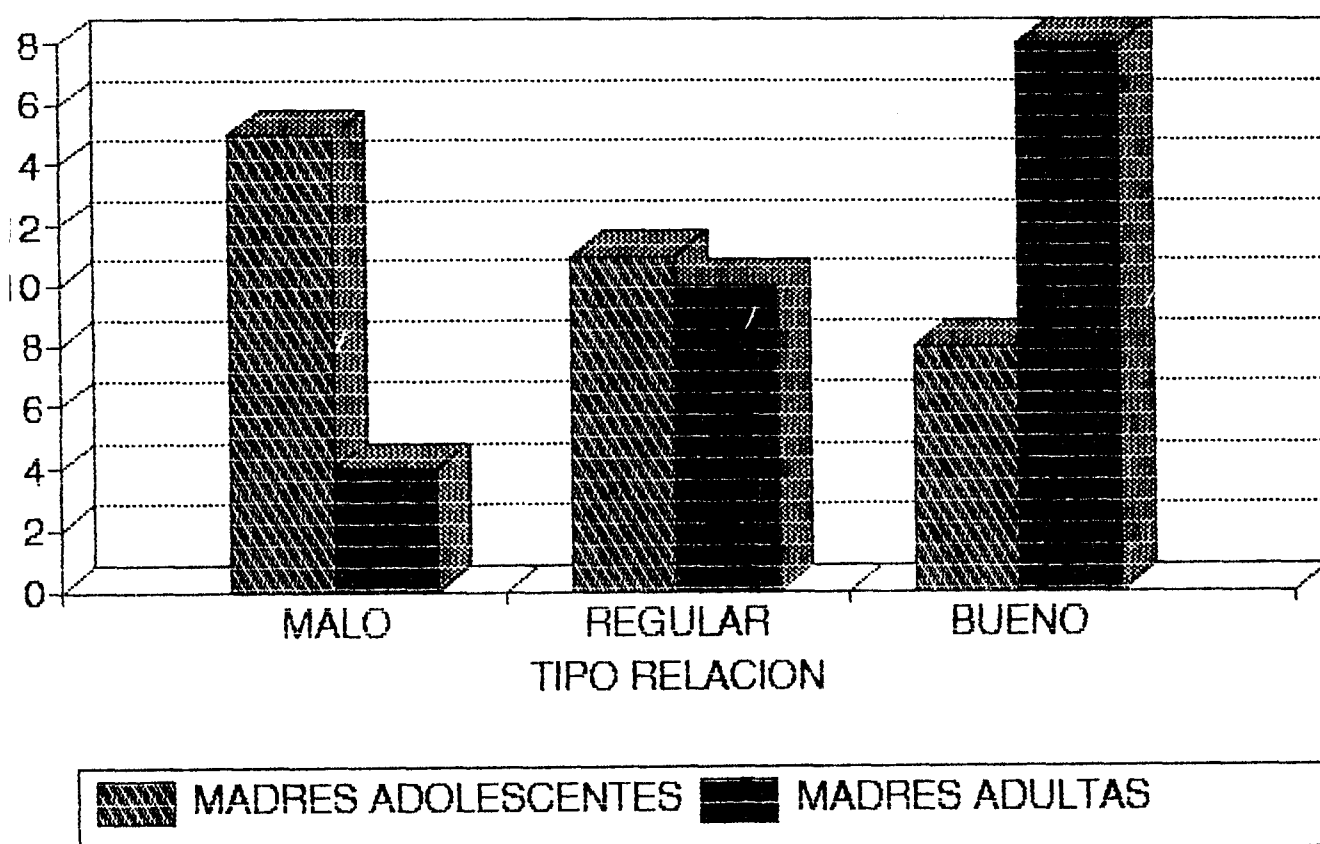
CENTRO DE SALUD N° 2

MADRES MULTIPARAS



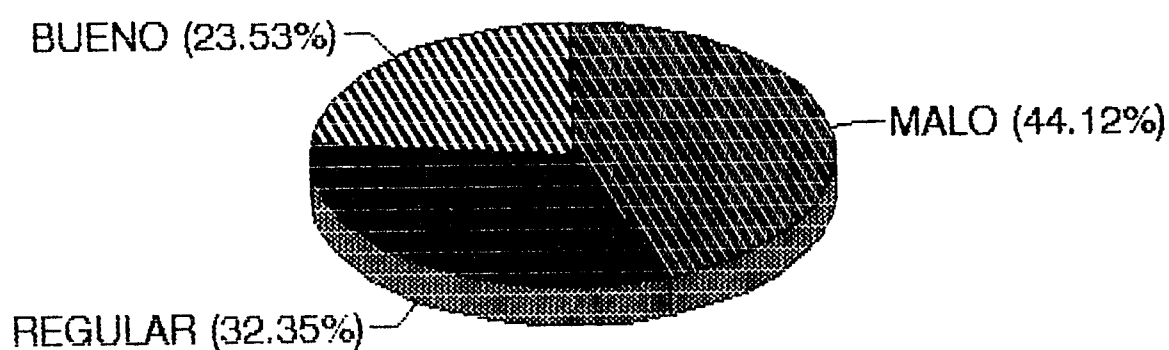
CENTRO DE SALUD N° 9

TIPO DE VINCULO



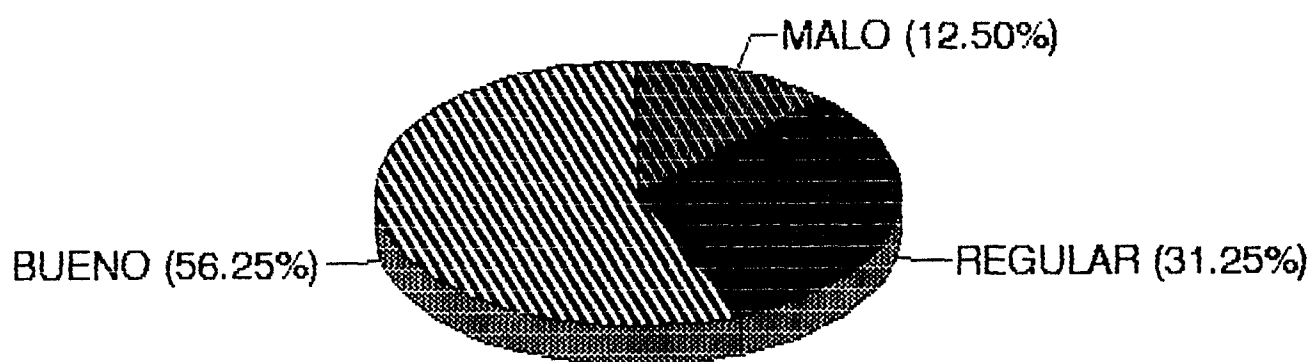
CENTRO DE SALUD N° 9

MADRES ADOLESCENTES



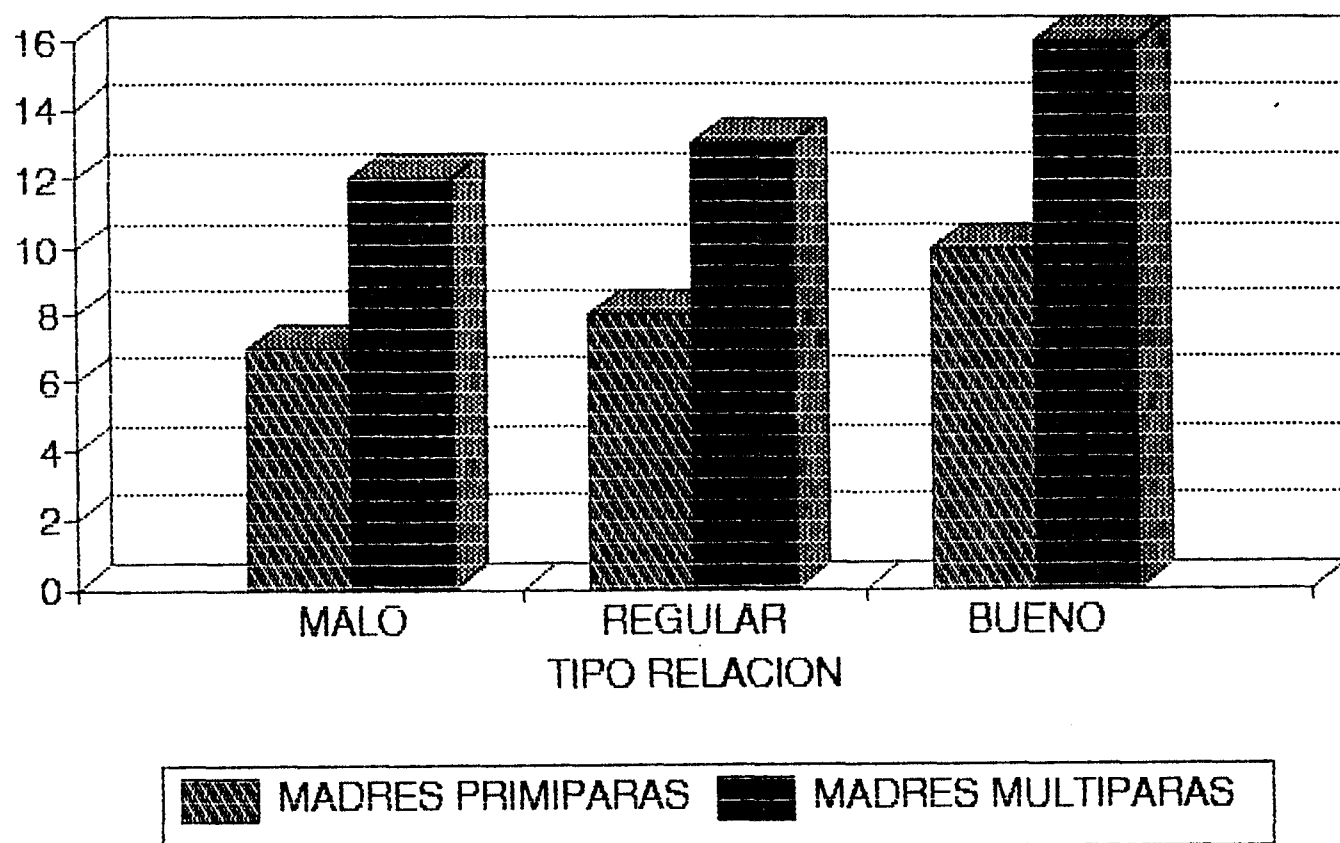
CENTRO DE SALUD N° 9

MADRES ADULTAS



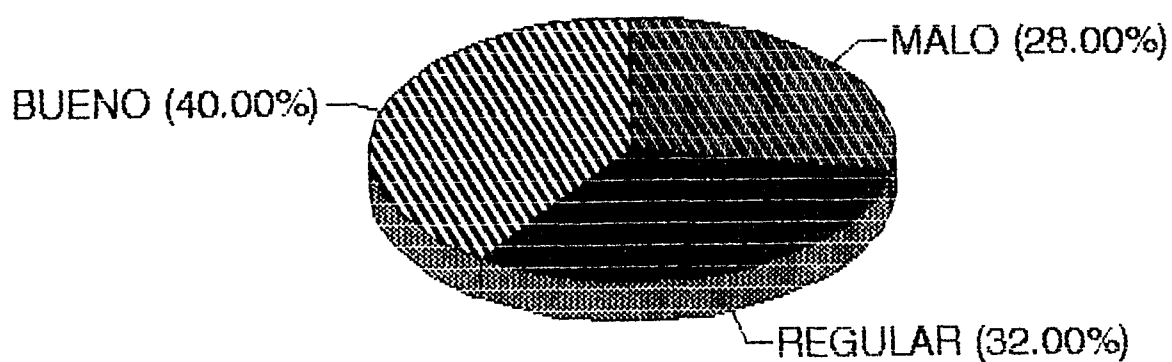
CENTRO DE SALUD N° 9

TIPO DE VINCULO



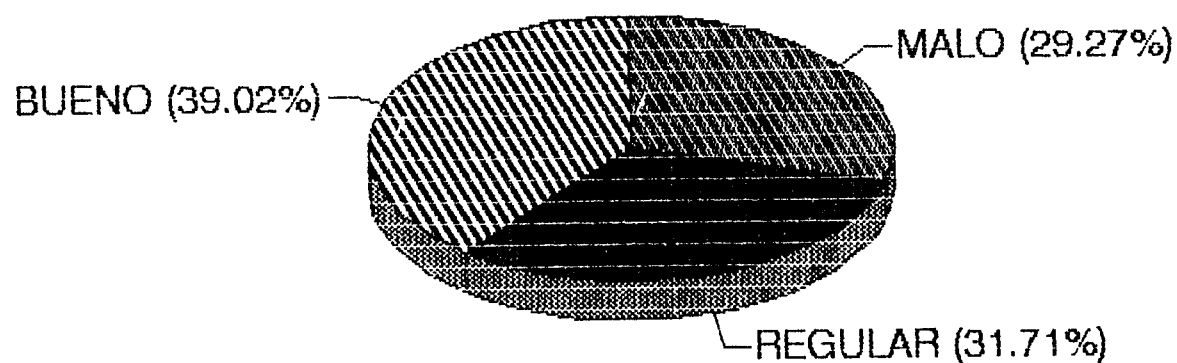
CENTRO DE SALUD N° 9

MADRES PRIMIPARAS



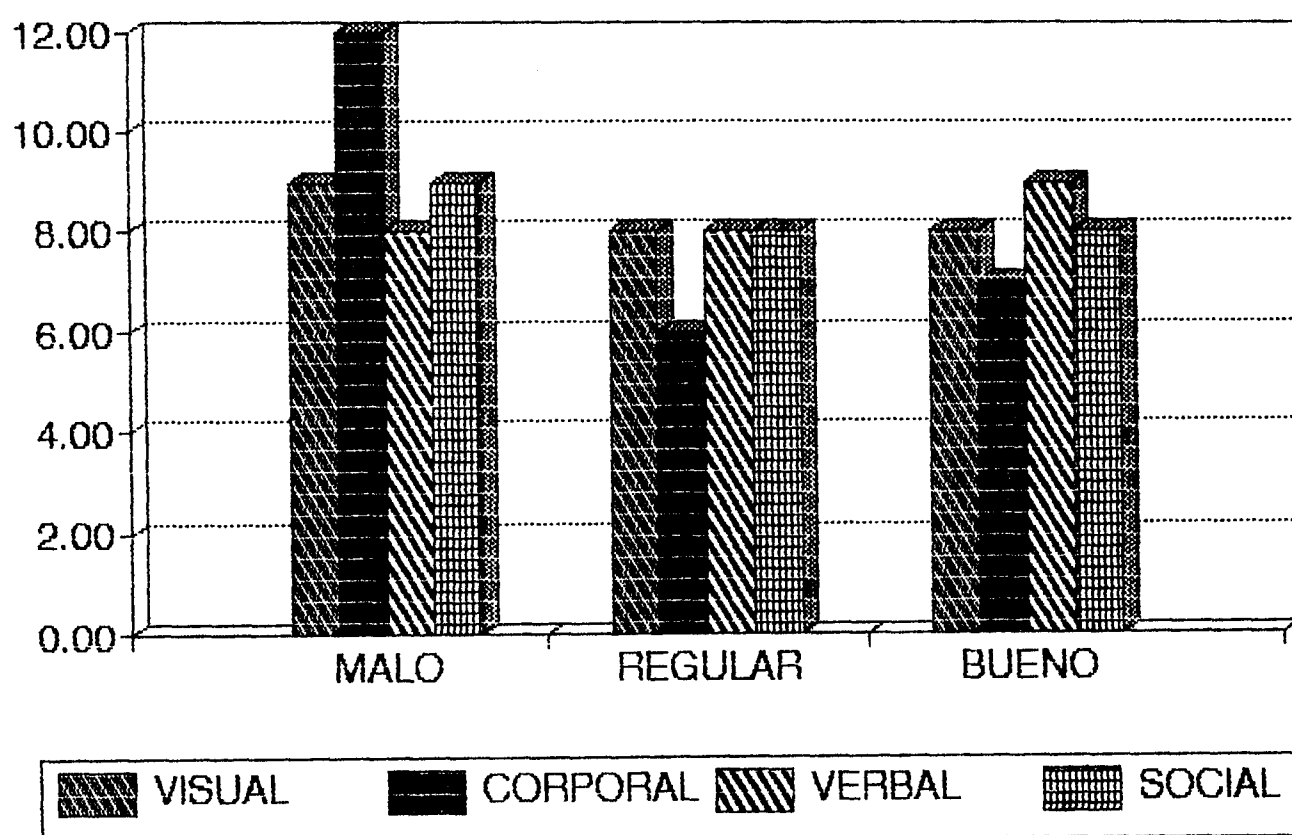
CENTRO DE SALUD N° 9

MADRES MULTIPARAS



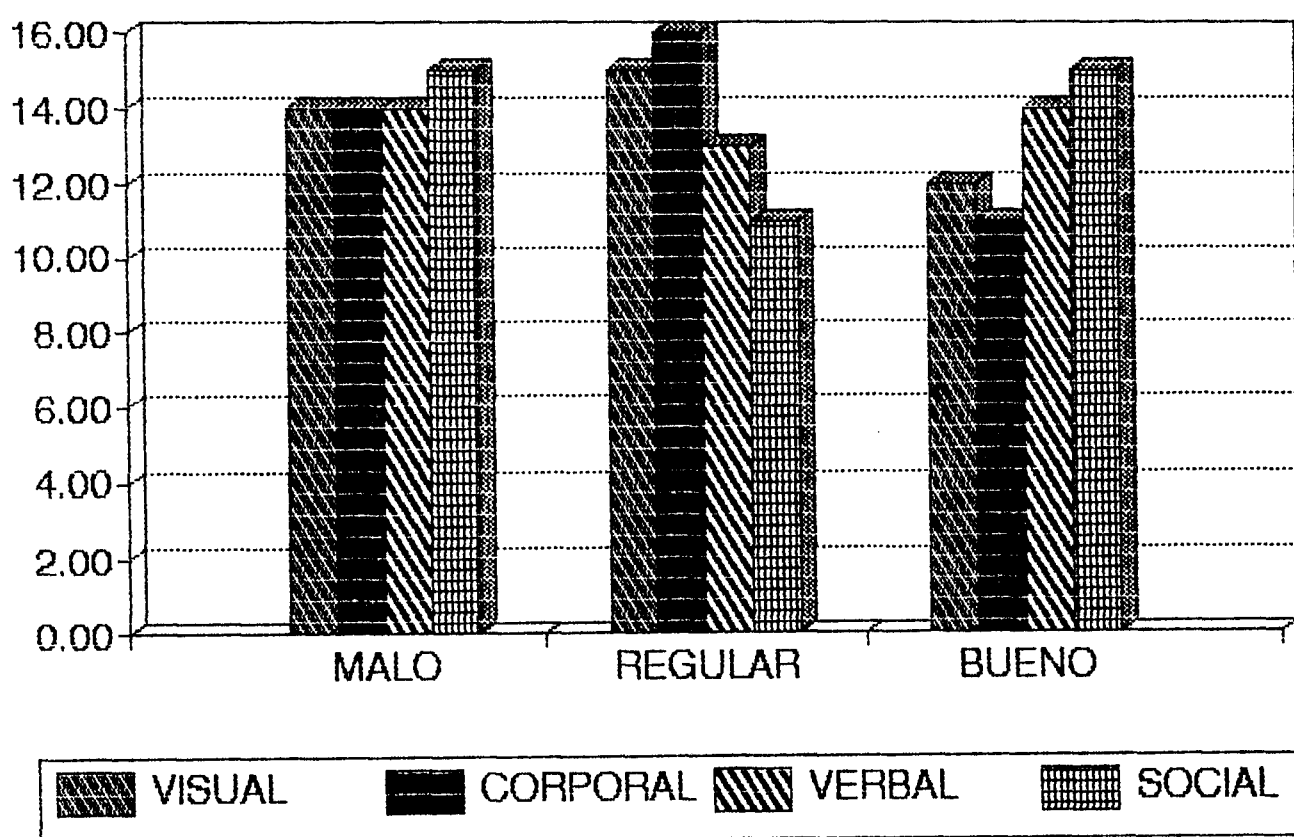
CENTRO DE SALUD N° 9

MADRES PRIMIPARAS



CENTRO DE SALUD N° 9

MADRES MULTIPARAS



CENTRO DE SALUD N° 2

	FECHA NACIMIENTO	EDAD MATERNA	NUMERO DE HIJOS		TIPO DE VINCULO	PUNTAJE PARCIAL			PUNTAJE TOTAL	
			PRIMIP.	MULTIP.		Vis	Cor	Ver		Soc
ADOLESCENTES										
DIADA N° 1	01/03/93	18 años		2 hijos	REGULAR	4	4	7	6	21 puntos
DIADA N° 2	01/03/93	18 años		2 hijos	MALO	1	1	3	2	7 puntos
DIADA N° 3	11/03/93	15 años	X		REGULAR	5	7	7	7	26 puntos
DIADA N° 4	07/03/93	15 años	X		REGULAR	4	7	5	4	20 puntos
DIADA N° 5	11/03/93	19 años		3 hijos	REGULAR	4	5	9	4	22 puntos
DIADA N° 6	24/03/93	16 años	X		REGULAR	5	5	8	6	24 puntos
DIADA N° 7	07/04/93	16 años	X		REGULAR	6	5	6	7	24 puntos
DIADA N° 8	04/03/93	16 años	X		REGULAR	5	6	7	6	24 puntos
DIADA N° 9	27/03/93	19 años	X		REGULAR	6	6	7	5	24 puntos
DIADA N° 10	19/02/93	17 años	X		REGULAR	5	5	10	4	24 puntos
DIADA N° 11	23/02/93	19 años	X		MALO	4	4	4	1	13 puntos
DIADA N° 12	02/03/93	19 años		2 hijos	MALO	3	2	3	4	12 puntos
DIADA N° 13	05/03/93	17 años	X		REGULAR	5	6	9	4	24 puntos
DIADA N° 14	08/03/93	17 años		3 hijos	MALO	3	5	3	2	13 puntos
DIADA N° 15	08/03/93	18 años	X		REGULAR	4	7	9	4	24 puntos
DIADA N° 16	13/03/93	21 años		3 hijos	MALO	3	1	5	5	14 puntos
DIADA N° 17	15/04/93	21 años		3 hijos	MALO	2	1	5	5	13 puntos
DIADA N° 18	07/04/93	21 años	X		BUENO	10	10	10	8	38 puntos
DIADA N° 19	15/04/93	20 años	X		BUENO	10	10	10	9	39 puntos
DIADA N° 20	17/02/93	21 años		2 hijos	BUENO	6	8	10	8	32 puntos
DIADA N° 21	23/03/93	21 años		2 hijos	MALO	3	3	5	3	14 puntos
DIADA N° 22	02/03/93	21 años		5 hijos	MALO	0	0	3	2	5 puntos

Pedro Alejandrina
Porro Sandra

Pao Alejandrina
Parro Sandra

	FECHA NACIMIENTO	EDAD MATERNA	NUMERO DE HIJOS		TIPO DE VINCULO	PUNTAJE				PUNTAJE TOTAL
			PRIMIP.	MULTIP.		PARCIAL				
						vls	Cor	Ver	Soc	

ADULTAS										
DIADA N° 23	05/03/93	23 años	X		BUENO	10	7	8	8	33 puntos
DIADA N° 24	06/03/93	24 años	X		BUENO	10	10	10	9	39 puntos
DIADA N° 25	07/03/93	23 años	X		BUENO	10	9	10	8	37 puntos
DIADA N° 26	08/03/93	25 años		3 hijos	REGULAR	3	6	5	3	17 puntos
DIADA N° 27	23/03/93	23 años		2 hijos	REGULAR	3	3	5	6	17 puntos
DIADA N° 28	21/03/93	22 años	X		BUENO	10	7	10	9	36 puntos
DIADA N° 29	01/04/93	24 años	X		BUENO	10	10	9	8	37 puntos
DIADA N° 30	18/02/93	23 años	X		BUENO	10	10	9	8	37 puntos
DIADA N° 31	18/03/93	23 años		2 hijos	MALO	4	4	6	2	16 puntos
DIADA N° 32	05/03/93	36 años		8 hijos	BUENO	10	10	8	6	34 puntos
DIADA N° 33	04/03/93	29 años		4 hijos	BUENO	10	9	8	10	37 puntos
DIADA N° 34	17/02/93	35 años		2 hijos	BUENO	10	10	10	10	40 puntos
DIADA N° 35	08/03/93	34 años		4 hijos	BUENO	10	10	9	10	39 puntos
DIADA N° 36	09/03/93	26 años		3 hijos	REGULAR	4	5	6	7	22 puntos
DIADA N° 37	04/03/93	27 años		2 hijos	BUENO	10	10	8	6	34 puntos
DIADA N° 38	12/03/93	40 años		3 hijos	BUENO	10	10	10	10	40 puntos
DIADA N° 39	17/03/93	28 años		5 hijos	REGULAR	5	5	7	8	23 puntos
DIADA N° 40	20/03/93	28 años		5 hijos	REGULAR	1	5	6	5	17 puntos
DIADA N° 41	19/03/93	28 años		2 hijos	BUENO	5	8	9	10	32 puntos
DIADA N° 42	18/03/93	28 años		2 hijos	BUENO	10	10	10	10	40 puntos
DIADA N° 43	24/03/93	31 años		4 hijos	BUENO	10	10	10	10	40 puntos
DIADA N° 44	24/03/93	26 años		2 hijos	REGULAR	2	5	7	10	24 puntos
DIADA N° 45	11/03/93	30 años		4 hijos	BUENO	10	10	10	10	40 puntos
DIADA N° 46	13/02/93	40 años		4 hijos	REGULAR	7	2	3	9	21 puntos
DIADA N° 47	19/02/93	37 años		3 hijos	REGULAR	3	6	5	7	21 puntos
DIADA N° 48	25/02/93	26 años		3 hijos	BUENO	8	6	10	10	34 puntos
DIADA N° 49	08/02/93	35 años		4 hijos	BUENO	10	10	9	10	39 puntos
DIADA N° 50	09/03/93	26 años		3 hijos	REGULAR	1	5	6	8	18 puntos
DIADA N° 51	12/02/93	26 años		6 hijos	MALO	2	0	5	3	10 puntos
DIADA N° 52	12/03/93	31 años		9 hijos	REGULAR	6	6	6	8	24 puntos
DIADA N° 53	15/02/93	35 años		3 hijos	REGULAR	7	6	6	5	24 puntos

	FECHA NACIMIENTO	EDAD MATERNA	NUMERO DE HIJOS		TIPO DE VINCULO	PUNTAJE PARCIAL			PUNTAJE TOTAL	
			PRIMP.	MULTIP.		Vis	PARCIAL			
							Cor	Ver		Soc
ADOLESCENTES										
DIADA N° 1	26/03/53	17 años	X		REGULAR	4	3	6	4	17 puntos
DIADA N° 2	19/03/53	15 años	X		REGULAR	6	3	6	4	19 puntos
DIADA N° 3	19/03/53	19 años		4 hijos	MALO	3	2	2	2	9 puntos
DIADA N° 4	19/03/53	20 años		2 hijos	REGULAR	5	5	5	3	18 puntos
DIADA N° 5	19/03/53	21 años	X		REGULAR	6	4	4	5	19 puntos
DIADA N° 6	14/04/53	20 años		3 hijos	MALO	2	2	3	4	11 puntos
DIADA N° 7	25/02/53	19 años		2 hijos	REGULAR	7	5	6	7	25 puntos
DIADA N° 8	04/03/53	16 años	X		REGULAR	6	4	5	6	20 puntos
DIADA N° 9	01/03/53	19 años		2 hijos	BUENO	8	6	7	8	29 puntos
DIADA N° 10	07/03/53	21 años		3 hijos	MALO	3	2	4	6	14 puntos
DIADA N° 11	12/03/53	21 años		3 hijos	MALO	2	2	3	2	9 puntos
DIADA N° 12	07/03/53	17 años		2 hijos	REGULAR	5	5	5	4	20 puntos
DIADA N° 13	17/03/53	17 años		3 hijos	REGULAR	5	4	3	3	15 puntos
DIADA N° 14	19/03/53	19 años	X		BUENO	8	7	8	8	31 puntos
DIADA N° 15	17/03/53	19 años	X		BUENO	7	8	8	8	31 puntos
DIADA N° 16	20/03/53	16 años	X		BUENO	9	9	9	10	37 puntos
DIADA N° 17	09/03/53	20 años	X		BUENO	10	10	10	10	40 puntos
DIADA N° 18	02/04/53	18 años	X		BUENO	8	9	9	9	35 puntos
DIADA N° 19	20/04/53	15 años	X		MALO	4	4	4	3	15 puntos
DIADA N° 20	24/04/53	16 años	X		MALO	3	3	3	4	13 puntos
DIADA N° 21	20/04/53	21 años		2 hijos	REGULAR	4	5	5	5	19 puntos
DIADA N° 22	12/05/53	16 años	X		MALO	3	3	2	3	11 puntos
DIADA N° 23	12/05/53	16 años	X		MALO	0	1	1	2	4 puntos
DIADA N° 24	14/05/53	17 años	X		MALO	0	0	1	2	3 puntos
DIADA N° 25	11/05/53	21 años		2 hijos	REGULAR	4	5	5	5	19 puntos
DIADA N° 26	12/05/53	16 años	X		MALO	2	2	2	4	10 puntos
DIADA N° 27	21/05/53	20 años		2 hijos	MALO	3	3	2	2	10 puntos
DIADA N° 28	19/03/53	16 años	X		REGULAR	4	4	5	5	19 puntos
DIADA N° 29	04/03/53	21 años		2 hijos	MALO	3	3	0	3	9 puntos
DIADA N° 30	17/04/53	18 años	X		BUENO	7	7	7	9	30 puntos
DIADA N° 31	23/04/53	18 años	X		MALO	3	4	3	3	13 puntos
DIADA N° 32	24/05/53	20 años		2 hijos	MALO	3	4	4	4	14 puntos
DIADA N° 33	03/03/53	21 años	X		BUENO	8	8	8	9	33 puntos
DIADA N° 34	21/05/53	21 años		3 hijos	MALO	1	1	1	2	5 puntos

G - 21

TESIS

Nombre: EL VINCULO TEMPRANO
MADRE-HIJO. su relación con
la edad y el número de hi-
jos de la madre

Autores:
PORRO, SANDRA
POO, ALEJANDRINA

Integrantes de Jurado: Dra. DONNINI
T.O. TELLECHEA
PROF. UNGARO.

Fecha de defensa: Abril de 1994

Calificación: 5 (cinco)