

Especialización en Psicología en Servicios de Salud
TRABAJO FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
**“PRIMERAS MIRADAS. Abordaje del Vínculo Temprano en el
Primer Nivel de Atención.”**

Programa de Practicantes y Residentes convenio ASSE-Facultad de Psicología UDELAR
SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL DE PAYSANDÚ-RAP ASSE

Residente en Psicología: Lic. En Psic. Victoria Rojas de Benedetti
Tutora: Prof. Agda Gabriela Etchebehere

Montevideo, Agosto de 2022

Tabla de contenidos

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	4
1-PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1-RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA TEMÁTICA	5
1.3- ANTECEDENTES	9
2-MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	11
2.1-Paradigma de la Complejidad-Morin	12
2.2-Cambios en el sistema de salud uruguayo- SNIS	12
2.2.1 Modelo APS	13
2.2.2 La Salud Mental dentro de los programas prioritarios del MSP: ¿Cómo se aborda la temática de los Vínculos Tempranos dentro del Sistema de Salud?	15
2.3- Contribución del Psicoanálisis	16
2.3.1 Conceptualizaciones sobre Vínculos y Vinculos Tempranos	16
-¿Que es un vínculo? (aportes del psic vincular)	16
2.4- Contribución de la Teoría del Apego	17
2.4.1 Conceptualizaciones de Apego y Clasificación (-Bowlby-Ainsworth)	18
2.4.2 Relación entre Apego y Vínculo Temprano	19
2.5- Aportes acerca del desarrollo sano del niño/a	19
2.5.1 Componente psíquico-emocional del desarrollo	20
2.5.2 Relevancia e incidencia de los vínculos tempranos para el desarrollo posterior del sujeto.	23
2.6 Influencia de trastornos en el vínculo temprano en algunos problemas de salud mental.	23
3-MARCO METODOLÓGICO:	25
3.1 Justificación y enfoque metodológico	25
3.2 Recolección de datos:	26
3.3 Selección de los participantes	26
3.4 Organización y Análisis de datos	27
3.5-Resultados esperados y plan de difusión	30
3.6 Consideraciones éticas:	30
4- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:	31
4.1- APS (Atención Primaria en Salud)	31
4.2- VT (VÍNCULO TEMPRANO)	33
4.3- CONDICIONES ASISTENCIALES (Cat. Emergente)	37
5-CONSIDERACIONES FINALES	39
5.1 Conclusiones	39
5.2 Recomendaciones	42
6- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
7-ANEXOS	46
7.1 Protocolo de entrevista	46
7.2- HOJA DE INFORMACIÓN	47

RESUMEN

El presente proyecto de investigación se enmarca dentro del Programa de Practicantes y Residentes por convenio de ASSE y Facultad de Psicología UDELAR, y a su vez en la Especialización en Psicología en Servicios de Salud. Pretende conocer cómo se aborda el Vínculo Temprano de bebés y sus referentes familiares, qué relevancia tiene y cuáles son las concepciones del mismo, en las prácticas cotidianas de una policlínica del primer nivel de atención de la ciudad de Paysandú.

Se utilizará metodología de tipo cualitativa, siendo un estudio de carácter exploratorio, mediante la técnica de entrevista semi-dirigida, a técnicos del equipo de policlínica pertenecientes a las disciplinas de Obstetricia y Enfermería. Posteriormente se realizará el análisis de la información recogida a través de distintos ejes categóricos en articulación con el marco teórico-conceptual presentado.

Se espera obtener resultados que aporten a la actualización en la temática, pretendiendo compartir en una segunda instancia las conclusiones extraídas con el equipo de salud, involucrado así como en otros ámbitos que lo consideren de interés.

PALABRAS CLAVE: Vínculo Temprano - Primer Nivel de Atención - Salud Mental

ABSTRACT

This research project is part of the Internship and Resident Program by agreement of ASSE and the UDELAR School of Psychology, and in turn, in the Specialization in Health Services Psychology. It aims to know how the Early Bonding of babies and their family references is approached, what is its relevance and conceptions of it, in the daily practices of a polyclinic of the first level of care in the city of Paysandú.

Qualitative methodology will be used, being an exploratory study, through the semi-directed interview technique, to technicians of the polyclinic team belonging to the disciplines of Obstetrics and Nursing. Subsequently, the analysis of the information collected will be carried out through different categorical axes in conjunction with the theoretical-conceptual framework presented.

It is expected to obtain results that contribute to updating the subject, trying to share in a second instance the conclusions drawn with the health team involved, as well as in other areas that consider it of interest.

KEY WORDS: Early Bond - First Level of Care - Mental Health

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación se enmarca dentro del Programa de Practicantes y Residentes por convenio de ASSE y Facultad de Psicología UDELAR, y a su vez en la Especialización en Psicología en Servicios de Salud de esa casa de estudios.

Como parte del sistema de evaluación de los Residentes es solicitada la creación, implementación y evaluación de un proyecto de intervención o de investigación dentro del transcurso de cursada de la Residencia.

En esta instancia se plantea realizar un proyecto de investigación para conocer cómo se aborda el Vínculo Temprano de bebés y sus referentes familiares, qué relevancia tiene y cuáles son las concepciones del mismo, en las prácticas cotidianas de una policlínica del primer nivel de atención. En este caso se seleccionó la Policlínica Artigas de la ciudad de Paysandú por haber trabajado con dicho equipo durante todo el período de la Residencia y por lo tanto se generó cierta familiarización con los técnicos y el espacio de trabajo.

La temática escogida es resultado de un intrincado recorrido que comienza desde los primeros años del grado como un área de especial interés, por la influencia que tiene en el posterior desarrollo del individuo. Esto motivó cursos, asistencia a exposiciones y el Trabajo Final de Grado. Luego en la Residencia se abre la posibilidad de poder llevar a la práctica lo aprendido así como continuar investigando dada la complejidad de la temática que no se agota en un trabajo o un proyecto de investigación.

En cuanto al Marco Metodológico seleccionado para este proyecto se utilizará metodología de tipo cualitativa, siendo un estudio de carácter exploratorio, mediante la técnica de entrevista semi-dirigida a técnicos del equipo de policlínica pertenecientes a las disciplinas de Obstetricia y Enfermería. Posteriormente se realizará el análisis de la información recogida a través de distintos ejes categóricos en articulación con el marco teórico-conceptual presentado.

Se espera obtener resultados que aporten a la actualización en la temática y se pretende compartir en una segunda instancia las conclusiones extraídas con el equipo de salud involucrado así como en otros ámbitos que lo consideren de interés.

1-PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1-RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA TEMÁTICA

El Vínculo Temprano entre la madre y su bebé (posteriormente se nominará VT), como temática de investigación e intervención así como sus efectos en el desarrollo, se hace visible en la segunda mitad del Siglo XX. Desde distintas escuelas y nacionalidades hemos contado con referentes vastamente conocidos como D.Winnicott, J.Bowlby o J.Condon a nivel internacional, así como también han surgido en nuestro país importantes investigadores de la temática como M.Cherro, M. Altmann o V.Guerra.

A través de diversos estudios en el área del desarrollo, desde los trabajos de Spitz hasta los de Guerra a nivel local, se ha establecido una estrecha relación entre la salud mental del adulto y sus primeros vínculos afectivos, dada la influencia que estos tienen en la conformación de la personalidad del sujeto. En nuestro país, expresiones actuales sobre este asunto, del ex- ministro Jorge Quián en el Día Mundial de la Salud Mental del 2018 refieren con preocupación: “El 40 % de las hospitalizaciones en los hospitales pediátricos públicos de Uruguay se asocia a la salud mental, 21 % de los niños de entre 6 y 11 años puede desarrollar una enfermedad mental y el suicidio es la segunda causa de muerte entre las personas de 14 a 29 años”. (MSP, 2018)

No parece necesario a la luz de estas cifras, esperar a la llegada de la edad adulta para visualizar la importancia de la salud mental infantil, y asimismo priorizar la prevención de los problemas de salud mental desde los primeros vínculos. Roncallo, Sanchez y Arranz (2015) indican al respecto que “la calidad del vínculo materno-fetal constituye un factor protector del vínculo madre-bebé y por tanto, del desarrollo psicológico posterior.” En acuerdo con ello entendemos que el abordaje de la salud mental, y más específicamente del vínculo temprano desde la gestación, sería un importante trabajo preventivo, así como de detección e intervención precoz, en los casos en que se encuentran elementos de riesgo para el desarrollo del niño/a y/o del entorno familiar.

Refieren Repetur y Quezada (2005):

“... diversos autores señalan que el vínculo seguro es un objetivo legítimo de intervención, no sólo por las ventajas generales para la vida que parecen asociadas a él, sino porque puede ser un componente importante del equipo psicológico en la lucha contra las adversidades de la vida”.

UNICEF (2012, p.13) por su parte, establece claramente:

“El vínculo temprano tiene un impacto directo en la organización cerebral. Existen períodos específicos, llamados períodos ventana, en los que se requieren determinados estímulos para el óptimo desarrollo de algunas áreas cerebrales. Esta estimulación adecuada depende del establecimiento de un vínculo temprano satisfactorio”

Por otra parte, en relación a la importancia del trabajo en el primer Nivel de Atención, la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977, logra un compromiso de los países de involucrar como políticas de salud, la Atención Primaria para alcanzar la meta “Salud para Todos en el año 2000”. Un año después, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS) declaró que “la atención primaria de salud, como función central del sistema nacional de salud y parte integrante del desarrollo social y económico, es la clave para alcanzar esa meta”.

“Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (Alma Ata, 1977)

A nivel nacional, a partir del 2005 comienza en nuestro país un proceso de reforma del modelo de atención, gestión y financiación de la salud, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dentro de sus cambios se destaca la incorporación de la estrategia de APS, que impulsa al primer nivel de atención como sector fundamental, junto con la priorización de las actividades de Promoción y Prevención en salud. Actualmente el programa de Salud Mental es uno de los prioritarios del Ministerio de Salud Pública de nuestro país, y se propuso como problema crítico dentro de los objetivos sanitarios nacionales 2020, la incidencia del suicidio y problemas vinculados a la salud mental y el desarrollo en la primera infancia.

Los datos anteriormente mencionados hacen pensar que la Atención Primaria en Uruguay en relación a la Salud Mental y en especial al tema del Vínculo Temprano, se encontraría en una situación favorecedora de la calidad de vida de las comunidades de las que forman parte. Sin embargo según los antecedentes revisados por parte de otras investigaciones, las concepciones sobre Vínculo Temprano presentes en los equipos de salud de primer nivel de atención, se asocian en gran medida a prácticas enfocadas principalmente en la mujer y no en la díada, reducidas al apego, al cual relacionan estrechamente con los primeros momentos de vida del bebé y a la lactancia. Esto genera mínimas condiciones para promover vínculos tempranos saludables luego de los primeros meses de vida, involucrando otros aspectos más allá de la lactancia así como de otros actores que tienen estrecha relación con el desarrollo integral del/a niño/a.

Son variadas las corrientes y los orígenes de estudios acerca de la importancia de los primeros vínculos afectivos en el desarrollo de los/as niño/as y posteriormente del adulto, sin embargo en la práctica cotidiana de los servicios de salud, específicamente en el primer nivel de atención, no siempre se trabaja con un concepto claro sobre vínculo temprano, apego, y la influencia que este puede tener en el desarrollo de la personalidad. Según los estudios de Fascioli (2006) el conocimiento acerca de conductas normales y patológicas en el vínculo temprano es escaso en los Licenciados enfermeros, así como los posibles factores de riesgo para desarrollar estas dificultades. “Cuando se les preguntó si conocían las conductas normales de la interacción madre-recién nacido, el 60% dijo no conocerlas.” “La mayoría de los licenciados (88%) dijo no conocer conductas ni de la madre, ni del niño, ni del binomio que pudieran estar expresando la existencia de una distorsión vincular entre ambos”.

Por otra parte, si tomamos en cuenta el estudio de Akar, A. (2015) vemos la importancia que presenta en la percepción materna del cuidado, el hecho de contar con redes de apoyo y contención. En esto el equipo de salud de primer nivel puede formar parte fundamental, si toma dentro de sus tareas el cuidado no solamente del bebé sino de la relación madre-hijo.

Por último, en cuanto a la pertinencia de este proyecto, el presente estudio brinda desde el área académica la posibilidad de contrastar algunas concepciones acerca de esta temática con la experiencia en el territorio, es decir, con lo que efectivamente sucede en la práctica cotidiana de los servicios de salud. Además permitiría producir conocimiento en relación a esta temática y a las

prácticas en servicios de salud incluidos en el estudio, pudiéndose identificar si existieran necesidades de capacitación del equipo en este tema, apuntando a una mejora de la calidad en la atención de la salud.

1.2- OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo al recorrido teórico realizado, la formación académica y la experiencia práctica en el servicio mencionado, surgen algunas interrogantes y objetivos de este estudio que guiarán la investigación así como la elaboración del trabajo final, donde se expondrá el análisis y los resultados alcanzados.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las características de las prácticas de los técnicos de primer nivel de atención respecto al tema Vínculo Temprano?

¿Cuáles son las concepciones que se transmiten en el discurso a lo/as usuario/as acerca del vínculo temprano?

¿Qué relevancia tiene para los técnicos de primer nivel de atención el abordaje de esta temática en su trabajo?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Generar conocimiento acerca de las prácticas y concepciones en relación a la temática Vínculo Temprano, presentes en los técnicos de un equipo de primer nivel de atención.

Objetivos Específicos:

-Conocer las características de las prácticas de la/os técnica/os del primer nivel de salud en relación a los Vínculos Tempranos

-Indagar la relevancia que tiene para los técnicos el abordar la temática Vínculos Tempranos y cómo la relacionan con el desarrollo integral de niños y niñas.

-Explorar las concepciones y discursos que se transmiten a la/os usuaria/os acerca de los Vínculos Tempranos.

1.3- ANTECEDENTES

A partir de la temática seleccionada para el proyecto, se realizó un relevamiento de antecedentes en el mismo a nivel nacional e internacional, que abordarán el trabajo en Vínculo Temprano por parte de equipos de salud del primer nivel de atención.

Antecedentes Nacionales:

Alejandra Akar en 2015 realizó en Montevideo una investigación cualitativa, descriptiva y transversal titulada “Construcción de sentidos en torno a la noción de Calidad de Cuidado en mujeres madres con hijos de hasta dos años de vida. Estudio cualitativo en un Centro de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Montevideo”, dentro de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. En la misma se investiga acerca de los cuidados dirigidos a la primera infancia y los adultos cuidadores, en su mayoría mujeres, en familias en situación de pobreza, centrándose principalmente en la noción de cuidados, maternaje y de instituidos en torno a ellos.

Entre sus principales conclusiones Akar (2015, p. 125) expresa:

“la percepción de estas mujeres en torno a la calidad de cuidado materno, se ve afectada por la presencia de redes de contención. Es evidente, la necesidad de reformular aspectos en relación a los cuidados como garantía para el desarrollo de los niños y de las mujeres maternantes.”

Resulta interesante la referencia al set de bienvenida del programa Uruguay Crece Contigo, sobre lo cual algunas de las mujeres opinan que para poder recepcionar estos materiales e información, “no solo basta con recibir la información (no sólo alcanza con el acceso a la información) plantean que hay que tener “la mentalidad abierta” para poder incorporar eso que se está ofreciendo”. Enunciando Akar que esto sería un indicador para pensar de qué modo se está realizando, si es suficiente la entrega a modo universal o si es necesario implementar otras estrategias para lograr los resultados propuestos.

Fascioli (2006) por su parte, en su trabajo exploratorio-descriptivo “El cuidado del vínculo madre-hijo que realizan Licenciados enfermeros de centros de salud públicos de Montevideo”, caracteriza una muestra de Licenciados en Enfermería del sector público de Montevideo, e investiga cómo es su práctica de cuidado del vínculo madre-hijo, así como los conocimientos que la sustentan. A través de las entrevistas realizadas se concluyó que “no se considera el cuidado del vínculo madre-hijo durante los períodos gestacional y puerperal como una necesidad de salud de la población.” (Fascioli, p.21). Entiende que la atención de la díada madre-hijo en los centros públicos de Montevideo se realiza desde un modelo predominantemente biológico, disociando a ambos miembros para asistir a sus singularidades y no así a sus comportamientos vinculares. Refiere que “Aunque afirman que no es una actividad de atención primaria, consideran el impacto que este cuidado significa para la salud general y mental de la población al considerar importante una adecuada interacción temprana madre-hijo, para la construcción de una personalidad sana lo suficientemente fuerte como para tolerar las contingencias de la vida”. (Fascioli, p.22). Si bien se

considera importante para todas las diádas, estos profesionales sostienen que es imprescindible en las situaciones de pobreza, que vuelven a estas madres más vulnerables y frágiles.

Otro antecedente nacional en relación al tema de este proyecto, fue el estudio de carácter cualitativo del discurso y las prácticas pediátricas sobre la lactancia como promotora del vínculo temprano (Saldombide, 2019). Se trató de una investigación realizada en un centro de segundo nivel de atención de la salud de ASSE, con entrevistas a pediatras y observaciones en la consulta relacional. Entre los principales hallazgos se evidencia que predomina una concepción de vínculo temprano unido casi directamente con el concepto de apego, caracterizado como algo innato de la mujer, y que se da en los primeros tiempos de nacido el bebé. “Tanto la lactancia como las primeras instancias vinculares y cuidados de los niños pequeños están asociados a la madre. Los profesionales contienen en sus discursos elementos propios de las representaciones sociales sobre la responsabilidad materna”. Se concluye que es por ello que no se percibe la importancia de introducirlo en la consulta pediátrica como aspecto relevante para el desarrollo sano del bebé. (Saldombide, 2019)

Antecedentes internacionales:

El estudio realizado por Schwarz,. (2009) “La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media”. Se trata de un trabajo descriptivo y exploratorio en el que se analizan las percepciones y prácticas acerca de la maternidad en ginecólogos, obstetras y mujeres jóvenes de clase media urbana argentina.

Como principal hallazgo destaca que “la institución médica refuerza los estereotipos tradicionales de género legitimándolos a partir de las diferencias biológicas entre mujeres y varones.” Entiende que “Es menester abordar desde una perspectiva de género el tema de la intervención de la institución médica en los procesos reproductivos.” Observa además una diferencia entre las mujeres médicas y los varones, teniendo éstas mayor tendencia a la integralidad en el enfoque de la vida de la paciente, así como un mayor respeto hacia la diversidad de estructuras familiares y prácticas sexuales. Por último resalta la necesidad de “Cuestionar y problematizar las maneras actualmente convencionales de traer niños al mundo y ubicar la maternidad, el embarazo, el parto y la lactancia en lugares privilegiados del debate comunitario”.

Roncallo, Sanchez, & Arranz (2015), hacen un interesante aporte en su trabajo “Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana” de la Universidad del País Vasco, España. En el mismo se plantea un modelo de intervención interdisciplinar, centrado en el vínculo materno-fetal “como factor protector del vínculo en el período

post-parto y como potenciador de prácticas de parentalidad positiva que fomente un desarrollo psicológico saludable”. (p. 1)

Entre sus principales afirmaciones indican “Potenciar los recursos internos de las mujeres, así como su capacidad de resiliencia y el papel de la pareja de crianza y las redes sociales de apoyo, incide en la salud física y emocional de madres y bebés, pero también en la vinculación post-natal, el apego infantil, las pautas de crianza y parentalidad positiva y la prevención entre otras del abuso y maltrato. (p. 21)

2-MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

En este capítulo se desplegarán conceptos teóricos, que conforman el marco desde el cual nos posicionamos para la comprensión y análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo, y por ende de la temática de investigación que nos concierne.

2.1-Paradigma de la Complejidad

Como primer punto creemos necesario acercar algunos aspectos del Paradigma de la Complejidad para comenzar a comprender esta temática, en cuanto a los distintos vértices que conforman la subjetividad de una persona en desarrollo, así como también para comprender el contenido encontrado en las entrevistas. En este sentido Morín () expresa que “la autonomía humana es compleja” debido a que no se compone de manera simple sino que depende de condiciones culturales, histórico-sociales, además de familiares-genéticos. Refiere entonces al carácter multidimensional de la realidad, entendiendo que la incertidumbre es parte de nuestro día a día y que sería una gran falacia creer en la posibilidad de alcanzar un saber totalitario.

El autor expresa entonces la necesidad de utilizar macro-conceptos para comprender la complejidad de la realidad. Utilizando la metáfora del sistema solar que se compone por diversos elementos que son a la vez partes de ese sistema y también son el propio sistema, entiende que es útil y necesario pensar mediante una “constelación y solidaridad de conceptos”.

En el año 2005 comienza un proceso de cambio integral en el Sistema de Salud uruguayo, orientado hacia una reforma que involucraría no solamente el área de gestión o de financiamiento, sino también el modelo de atención a la salud. Refiere en el documento para su creación: “universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema”.

Como primer punto a destacar aparece el cambio en el modelo de atención de la salud, hacia un modelo de mayor integralidad, con un foco en las acciones de promoción y prevención de salud, de diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades. Además entiende esencial la adecuada rehabilitación de secuelas y el trabajo en cuidados paliativos.

En segundo lugar se ubica al MSP como responsable en la construcción y en la rectoría del sistema. Se encargará de la definición de las políticas de salud, del registro y habilitación de los efectores de salud, así como su regulación y contralor.

En tercer lugar, se refiere al cambio en el “sistema de gasto y financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad, a través de un Seguro Nacional de Salud”.

2.2.1 Modelo APS

Los ejes descritos en el punto anterior se pensaron para ser desarrollados en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, apoyando principalmente el trabajo del primer nivel de atención.

Cuando hablamos de APS nos referimos al modelo de Atención Primaria en Salud. La Organización Mundial de la Salud en la conferencia de Alma Ata de 1978 la define de la siguiente forma:

(...) 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 (...) Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al hogar donde residen y trabajan las personas (...)

A continuación se señalan algunos de los principales elementos que componen a los sistemas de salud basados en la APS:

- **Cobertura y Acceso universales:** cobertura universal implica que los mecanismos de financiación y de organización son suficientes para cubrir a toda la población, eliminando la capacidad de pago como barrera al acceso. La accesibilidad implica por lo tanto la ausencia de barreras de todo tipo a la atención de la salud, que implica también tener en cuenta las necesidades de la población local.
- **Primer contacto:** se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos.

- **Atención integral, integrada y continua:** los servicios disponibles deben incluir la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo. Implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y si fuera necesario a otros servicios sociales.
- **Orientación familiar y comunitaria:** no es suficiente con una perspectiva individual o clínica, sino una perspectiva de la salud pública, capitalizando la información familiar y comunitaria para identificar riesgos así como el orden de prioridad de las intervenciones.
- Énfasis en **promoción y prevención:** pretende apoyar a las comunidades para que logren el mayor control sobre su propia salud, abordando los determinantes sociales de la salud. Implica trascender los espacios clínicos para abarcar lo educativo, laboral y familiar, entre otros espacios.
- **Cuidados apropiados:** el sistema de salud no debería limitarse a la atención de una enfermedad o de un órgano, sino por el contrario ocuparse de las personas como un todo, teniendo en cuenta sus necesidades psicológicas, sociales, económicas, ambientales. Incluye el concepto de efectividad como guía de las estrategias de prevención y curación, con el objetivo de obtener los mayores resultados con los mínimos recursos. Implica además que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y evitando en su mayor medida los riesgos para la población y el individuo.
- **Recursos humanos adecuados:** incluyen a proveedores, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo. Deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, y tratar a todas las personas con dignidad y respeto, desde una postura ética. Ello exige una planificación estratégica e inversiones en capacitación, empleo, incentivos, para mantener al personal en su mayor nivel de capacidad.

¿Cuáles son los NIVELES DE ATENCIÓN en salud? ¿Qué características tiene el Primer Nivel?

Podemos definir los niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos sanitarios, para satisfacer las necesidades de la población. Dentro de ese orden encontramos tres niveles diferenciados.

El **primer nivel** es el más cercano a la población, el primer contacto de la persona con el Sistema de Salud. Se encarga de resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por establecimientos de baja complejidad como son las policlínicas o los centros de salud, donde se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes.

En el **segundo nivel** se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención más específica como puede ser pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

El **tercer nivel** se reserva para la atención de problemas con una prevalencia mucho menor, como pueden ser patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

Parece útil en este punto hacer una aclaración entre los conceptos de Promoción y Prevención de Salud, que si bien están muy relacionados, en ocasiones son confundidos. La **promoción** de salud es una estrategia establecida en Ottawa en 1986, donde se la define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Involucra sustancialmente a la vida cotidiana en sus distintas áreas: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente. En cambio la **prevención** se refiere al control de las enfermedades, poniendo énfasis en los factores y poblaciones de riesgo.

Puede clasificarse a su vez en tres niveles: la Prevención Primaria consiste en medidas orientadas a “evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978)

La Prevención Secundaria se dedica al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas) y su tratamiento oportuno.

La Prevención Terciaria refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad, mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en todas las áreas buscando reducir secuelas.

2.2.2 La Salud Mental dentro de los programas prioritarios del MSP:

¿Cómo se aborda la temática de los Vínculos Tempranos dentro del Sistema de Salud?

El Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 de nuestro país, expresa en su introducción que “parte de considerar que la salud mental es inseparable de la salud en sentido general y que ésta, es un bien público socialmente determinado, entramado en el modo de vida, sostenido por todos y garantizado por el Estado, inseparable de la justicia y la inclusión social, afirmado por la cultura solidaria y ajeno a toda forma de discriminación o estigma.”

Desde dicho marco entiende la Salud Mental como: “un estado de bienestar en el cual la persona, consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley N°19.529, 2017).” En consecuencia, considera indispensables para su protección las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que creen condiciones para la vida digna de todas las personas.

Destacaremos por la proximidad con nuestra temática dos objetivos dentro de este plan.

En la línea de la Promoción y Prevención, el **Objetivo 4: Incluir a la familia y/o referente socio-afectivo (RSA) como entorno determinante de la salud del NNA.**

Líneas estratégicas:

- Desarrollar programas de intervención en la primera infancia, infancia y adolescencia enfocados al trabajo con familias y al fortalecimiento de las capacidades de cuidado.
- Promover la corresponsabilidad entre varones y mujeres en las prácticas de crianza.
- Desarrollar un sistema eficiente de apoyo y seguimiento a las familias.

Acciones:

- Generar campañas de difusión para favorecer apego seguro con familia o RSA.
- Diseñar estrategias y programas de promoción de relaciones positivas en la familia basadas en la función parental.
- Elaborar protocolos de actuación dirigido a equipos técnicos del área salud, educación y programas de proximidad para el acompañamiento y fortalecimiento de familias que tengan NNA.
- Elaborar protocolos de actuación de apoyo a madres y padres con discapacidad.
- Generar mecanismos de apoyo para ejercer los roles de maternidad/paternidad de personas con trastorno mental severo.
- Generar apoyos para que familias con escasos recursos económicos puedan convivir con hijos con discapacidad.

Dentro de la Atención, el **Objetivo 5: Garantizar la atención de calidad al inicio de la vida y durante los primeros años.**

Líneas estratégicas:

- Potenciar la atención en salud mental en los servicios de cuidado perinatal.
- Promover la salud mental para el desarrollo social, emocional y cognitivo en lactantes y primera infancia (0-5 años) con la debida corresponsabilidad entre varones y mujeres en los primeros años de vida de sus hijos.

Acciones:

- Diseñar e implementar protocolos donde se incorpore la dimensión de la salud mental en el acompañamiento de embarazo, parto y puerperio.
- Creación de unidades de atención del desarrollo (UAD).

El plan descrito se encuentra en plena vigencia y en periodo de evaluación de sus primeros dos años de funcionamiento, por lo cual no son de público conocimiento las acciones que efectivamente han sido realizadas y sus respectivos resultados.

2.3- Contribución del Psicoanálisis

Entendemos que la corriente psicoanalítica, refiriéndonos a la misma de manera amplia, ha cosechado a lo largo de su historia interesantes aportes en relación a la importancia de los vínculos familiares, para el posterior desarrollo del individuo. Diversos autores han investigado acerca de la conformación del psiquismo a través de la interrelación entre el bebe y el ambiente que lo rodea, principalmente la influencia de sus referentes afectivos más cercanos.

Para el presente trabajo hemos decidido seleccionar dentro del vasto contenido existente, algunos conceptos que entendemos colaboran a la hora de analizar la temática de nuestro interés.

2.3.1 Conceptualizaciones sobre Vínculos y Vínculos Tempranos

¿Qué es un vínculo? Cotidianamente utilizamos la palabra Vínculo para distintas áreas de nuestra vida y a modo general, pero ¿a qué nos referimos en este caso? Tomando el Diccionario de las Configuraciones Vinculares (1998), entendemos que “Vincular” significa “unir o atar una persona o cosa con otra”, dada su procedencia del latín “vinculum, vincere”.

Berenstein y Puget (1997), desde el Psicoanálisis Vincular han ampliado el concepto, entendiéndolo como elemento constitutivo de la construcción de subjetividad, “una ligadura estable entre yoes deseantes con características de extraterritorialidad”. Consideran que esta subjetividad existe simultáneamente en tres espacios psíquicos, con sus representaciones específicas: intrasubjetiva, intersubjetiva y transubjetiva.

Es importante agregar que los acuerdos, pactos y reglas inconscientes sostienen esos vínculos con una cualidad afectiva.

¿Qué es el Vínculo Temprano? Es la relación de afecto y cuidado que construyen madres y padres o cuidadores con su bebé, desde el momento en que son conscientes de la existencia del embarazo hasta los primeros meses de vida del bebé. Comúnmente se confunde o utiliza indistintamente con el término Apego, con el cual se encuentra relacionado pero no consisten en lo mismo. Este concepto será desarrollado más adelante.

También nominado como Interacción Temprana, por el significado de su raíz etimológica inter y acción, se entiende al encuentro madre-bebe como un juego de acciones recíprocas, mediante el

cual el nuevo ser se puede desarrollar. Pero si bien se puede decir que en todo vínculo hay interacciones, la interacción temprana está envuelta en características un tanto especiales.

Madre e hijo/a conforman una unidad psicosomática también llamada dual, que comienza ya desde la vida intrauterina. En esta unidad en un principio el bebé solamente aporta su cuerpo, debido que su aparato psíquico está aún en proceso de desarrollo, por lo que la madre aporta ambas partes. Es entonces durante los primeros meses de vida que se inicia un proceso que se apoya en bases neurofisiológicas con el objetivo de llegar a lo psicobiológico. Lo que entendemos como Interacción Temprana, aun con sus variables, no se extiende más allá de los 10 o 12 meses de vida.

Podemos describir también ciertas funciones de la interacción temprana:

-visual: se trata de comportamientos visuales que mantienen ambos miembros

-táctil: son conductas táctiles, pueden ser caricias u otras expresiones.

-sostén: refiere a modalidades de sostén del bebé y cómo este se acomoda al mismo

-verbal: es lo que dice la madre tanto a nivel de contenido como la forma, así como laleos, balbuceos y vocalizaciones del bebé.

2.4- Contribución de la Teoría del Apego

La teoría del Apego nace del pensamiento de un psicoanalista aunque no sea reconocida como tal por el Psicoanálisis ortodoxo. Jhon Bowlby es el principal impulsor de esta teoría acogida por la Psicología del Desarrollo en base a distintas experiencias y observaciones con niños y sus padres, y a partir de sus ideas hasta el día de hoy continúa sumando adeptos que han actualizado y complementado su teoría.

Bowlby (1973) la describe como:

“una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular, y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva.”

Vemos aquí a modo introductorio, que estos postulados no solo intentan explicar la particular forma de relacionamiento del bebé y sus cuidadores, sino principalmente las consecuencias de esta relación en el futuro desarrollo del individuo, más específicamente en su personalidad. Encontramos la influencia de lo Psicoanalítico en las bases de esta conceptualización, pero con las críticas y discrepancias que lo llevan a su separación e independencia.

2.4.1 Conceptualizaciones de Apego y Clasificación

El comportamiento de Apego es concebido como:

“toda forma de conducta que consiste en que un individuo consigue o mantiene proximidad a otra persona diferenciada y preferentemente individual y que es considerada, en general, como más fuerte y/o más sabia. Incluye el llanto y la llamada (que dan lugar a asistencia o cuidados), seguimiento y adhesión y también intensa protesta si el niño se queda solo o con personas extrañas”. (Bowlby, 1969)

El modelo relacional del desarrollo considera al adulto-figura de apego como regulador emocional determinante de la estructuración del psiquismo del bebé, estableciendo respuestas diferentes según las necesidades emocionales del niño.

Podemos describir ciertos rasgos de la conducta de Apego:

- se caracteriza por su especificidad y su duración, es decir que está dirigido a ciertos individuos determinados que tienen además un orden de preferencia y persisten por gran parte del ciclo vital.
- las emociones más intensas surgen durante la formación, mantenimiento y ruptura de las relaciones de apego.
- activan esta conducta: la extrañeza frente al medio, el hambre, la fatiga; ponen fin a esta conducta la percepción visual o acústica de la figura de apego, y tener una interacción feliz con la misma.

Dentro de los aportes destacados, el concepto de Base Segura ha sido de los más reconocidos. Refiere que establecer un vínculo de apego tiene el valor de crear una base segura para que el niño pueda desarrollar todas sus capacidades, explorando el mundo con la confianza necesaria en sí mismo y en el medio que lo rodea.

Por su parte Mary Ainsworth (1978) desarrolló esta teoría junto a John Bowlby, y en los años 80 amplió la teoría también a los adultos. Para estudiar el Apego diseñó la conocida “Situación Extraña”, experimento con madres y sus bebés, a través del cual logra plantear 3 pautas de Apego diferenciales:

- Apego Seguro: son niños activos en el juego y que buscan contacto incluso cuando se han angustiado por una separación breve, enseguida se consuelan y continúan el juego.
- Apego Ansioso: estos niños rehúyen a su madre cuando esta regresa a su lado luego de una separación, algunos incluso tratan a los extraños más amistosamente que a su propia madre.
- Apego Ansioso-Rechazante: oscilan entre la búsqueda de proximidad y el oponerse al contacto con la madre.

Las conductas de apego se mantienen a lo largo de toda la vida, activándose en determinadas circunstancias como amenazas de pérdida o pérdida real.

“El apego es interno... Este algo internalizado que llamamos apego tiene aspectos de sentimientos, de memorias, de deseos, de expectativas, y de intenciones, todos los cuales...”

serven como una especie de filtro para la percepción e interpretación de la experiencia interpersonal, como un molde que configura la naturaleza de una respuesta externamente observable". (Ainsworth, 1967, pág. 429)

El tercer gran avance de la teoría del apego es denominado la era representacional, en el que se destaca el trabajo de Mary Main quien diseñó un instrumento clínico que permite el estudio de los modelos operativos parentales en relación con el apego: la Entrevista de Apego Adulto (AAI, Adult Attachment Interview). Esto ha permitido encontrar tres tipos de "modelos representacionales del apego": Autónomo-Seguro, Desentendido y Preocupado.

2.4.2 Relación entre Apego y Vínculo Temprano

El descubrimiento de las modalidades de apego dio lugar al desarrollo del estudio del vínculo que une al bebé y a su madre, añadiendo la perspectiva interaccional. Esta considera las respuestas del niño en una relación concomitante con las respuestas de la madre, y no necesariamente con experiencias de separación.

Ainsworth comprobó que la modalidad de apego observada en el niño sometido a la Strange Situation se relacionaba con una modalidad específica de interacción con el niño por parte de sus cuidadores. Eran sistemas de conducta también llamados Modelos Operativos que se activaban frente a los sistemas de conducta de sus madres). Esto tiende a convertirse en una estructura interna, o sistema representacional, y posteriormente a fijarse en estructuras cognitivas estables.

2.5- Aportes acerca del desarrollo sano del niño/a

Cuando pensamos en el desarrollo infantil nos referimos al proceso que comienza desde la concepción, compuesto por diversos aspectos que van desde el crecimiento físico, la maduración neurológica, cognitiva, social y afectiva del niño. Como resultado se espera un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio. (PAHO)

La Organización Panamericana de la Salud nos aporta algunos datos interesantes:

- más del 80% del cerebro del bebé se forma antes de los tres años
- hasta un 75% de cada comida sirve para desarrollar el cerebro del bebé
- jugar 15 minutos con un bebé puede desencadenar miles de conexiones cerebrales

-el desarrollo del cerebro es, en los tres primeros años de vida, el eje central del desarrollo integral del niño. Si bien el componente genético incide, la experiencia vital del niño con su ambiente material y social es clave.

2.5.1 Componente psíquico-emocional del desarrollo

El desarrollo como hemos expuesto se conforma por distintas áreas que pueden ser estudiadas por separado, aunque en realidad en el individuo se apuesta a que funcionen de manera coordinada y conjunta. Este apartado tratará acerca de conceptos de distintos autores que investigaron y produjeron acerca del componente psíquico-emocional del desarrollo humano.

El psiquiatra y psicoanalista René Spitz (1969), introduce la temática enfatizando la importancia del primer año de vida para el desarrollo de las potencialidades del bebe, tanto a nivel corporal como psicológico. Respecto a este último expresa que depende principalmente del despliegue de relaciones de objeto significativas, es decir de relaciones sociales. Como relación privilegiada describe la que implican a la madre y su bebe, quienes se comunicarán a través de “señales afectivas”, que tendrán un efecto fundante en la psique del infante. Ambos miembros de esta díada perciben el afecto del otro y responden con cierto afecto en un intercambio constante. Dichos intercambios serán las bases precursoras de las demás funciones psíquicas.

Subraya Spitz que es vital que la primera relación del bebe sea con otro humano, relación en la cual se basarán todas las demás relaciones que establezca, conformando así el comienzo del proceso de transformación del infante en un ser humano y social. En dicho proceso entiende fundamental lo que llama Clima Afectivo, el tipo de afecto que la madre expresa en su intercambio, haciendo que las experiencias vividas sean importantes para el niño por el hecho de encontrarse “entretejidas y coloreadas” por ese afecto materno, que a su vez orientará los afectos del infante.

Por su parte el psiquiatra y psicoanalista Daniel Stern (1991) investigó la experiencia subjetiva que tiene el infante acerca de sí mismo y de su relación con otros. Si hablamos de las relaciones intersubjetivas, el autor considera que su rasgo más pertinente es la capacidad de compartir mutuamente los estados afectivos. Alrededor de los 9 meses la figura materna puede actuar más allá de la imitación, debido a una mayor capacidad de relacionamiento del niño, llamando a este conjunto de acciones Entonamiento Afectivo. Se han descrito las siguientes características de dicho fenómeno:

- impresión de imitación, apareamiento con la conducta del bebe
- es transmodal, el modo de expresión utilizado por la madre es diferente al del bebe
- el objeto del apareamiento no es la conducta del otro miembro sino los aspectos de la misma que reflejan su estado emocional.

“De modo que el entonamiento de los afectos, consiste en la ejecución de conductas que expresan el carácter del sentimiento de un estado afectivo compartido, sin imitar la expresión conductual exacta del estado interior.” (Stern, 1991)

Bonavita, Cerutti & Defey (1995) afirman en “El bebe, sus padres y el hospital”, que el tono afectivo de los primeros vínculos es un factor fundamental en el desarrollo emocional del niño. Dependerá de esa tonalidad como será transmitido el mundo para ese bebe, ya sea como lugar seguro o inestable, como agradable o peligroso. Esto tendrá relación además del estado afectivo y emocional de los padres, con sus modelos de apego infantiles.

Por otra parte el bebe necesita que esta relación de sostén sea continua, viéndose afectado en gran medida por las separaciones en esa etapa, generando fallas que afectan las bases del desarrollo, debido a ser un periodo que podríamos llamar fundante. Las autoras subrayan que las situaciones traumáticas o las deprivaciones sensoriales o afectivas generan efectos negativos graves para el resto de la vida del individuo, comparándolo con las fallas de los cimientos de un edificio.

También desde nuestro país, la Psicóloga Mercedes Freire de Garbarino (1992) elabora el concepto de Estructura Interaccional Temprana (EIT) para explicar lo que sucede en el intercambio entre madre y bebé. La interacción temprana configura además de una forma de relación entre ambos, una estructura vincular que puede llegar a determinar en gran parte la estructura psíquica del bebe.

La EIT sería una estructura con un rol estructurante, conformada por tres elementos: en primer lugar la imagen interna que la madre tiene de su bebe, su representación. Es imprescindible que el bebe ocupe el espacio psíquico en la madre para desarrollar luego el propio. En segundo lugar el encuentro trófico de ritmos y sincronías, que si logra ser adecuado favorecerá el desarrollo del bebe. El ritmo es la actividad que desarrollan el bebe y su madre junto a su estado afectivo, y la sincronía refiere a la coincidencia de los ritmos entre ambos. Por último pero no menos importante, la semantización y decodificación, es decir el trabajo constante que realizará la madre de dar sentido a las acciones del bebé, incluyendo sus movimientos, miradas, gestualidad, y sonidos.

Desde un ángulo médico, es significativo el aporte del Neonatólogo Jose Luis Díaz-Roselló (1991) acerca de los Ritmos y Sincronías. El autor entiende que la característica de cercanía estrecha entre madre-bebe hace que ambos conozcan el ritmo de los movimientos del otro. En otros casos además de la coincidencia, la experiencia placentera pasa por el hecho de que las acciones de uno y otro se complementen, alternándose en el rol activo. Destaca las palabras de Brazelton, quien refiere que en los momentos de mayor sincronía “ambos quedan engranados, bailando la misma tonada”.

Las conductas de la díada durante la lactancia permiten observar que las mismas no corresponden exclusivamente a motivos nutricionales. Se han observado sincronizaciones en el ritmo de la lactancia, adecuándose las acciones de la madre al ritmo de la succión, pasando alternadamente por estados de tensión a otros de saciedad y distensión.

Díaz-Roselló concluye con la importancia de este proceso dado que “las sincronías constituyen una estructura de base evidente en la configuración del vínculo precoz madre-hijo, que tal vez funciona como matriz relacional en los vínculos adultos”.

Donald Winnicott, Pediatra y luego Psicoanalista, realizó vastos aportes sustanciales a la temática de nuestro interés. Por una parte en el capítulo “Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas” (1986), desarrolla un escrito que destaca la importancia vital del contacto afectuoso para el desarrollo integral sano del niño, y posteriormente para su etapa adulta.

Merece destacarse el siguiente enunciado:

“La historia de un ser humano no comienza a los 5 años, ni a los 2, ni a los meses, sino en el momento de nacer, incluso antes;”

“No hay una cosa tal como un bebé”, expresa el autor respecto a que la acción de describir a un bebé implica describir a un bebé y a alguien más, ya que este no puede existir sólo, constituyendo parte esencial de una relación, Es en un vínculo.

El autor enumera las razones o funciones para las cuales la existencia y accionar de la madre cobra una necesidad fundamental:

- 1-necesaria como persona viva, son necesarios su calor, olor, colores, texturas, sonidos para la sobrevivencia física y psicológica del bebé.
- 2-para presentar el mundo a su alrededor, la realidad externa y ayudarlo a adaptarse a la misma.
- 3-para la tarea de la desilusión, en tanto que no se puede obtener todo lo que se necesita en el momento y forma que deseamos.

En relación con el último punto Winnicott asevera que lo que el bebé necesita no es la perfección en el quehacer materno, sino “una adaptación suficientemente buena”, concepto bastante popularizado que mantiene su utilidad al día de hoy. Esto sucede a través de un estado especial en el que se encuentra la madre, en el que se identifica en gran medida con su hijo, con ayuda de su recuerdo de haber sido un bebé y de haber sido cuidada, influyendo esto en sus experiencias como madre.

Con el tiempo, el bebé comienza a necesitar que su madre “falle” en su respuesta, ya que el niño está en condiciones de tolerar frustraciones y fallas relativas del ambiente. Esto se va generando de forma sutil, pero su continuidad crea las bases para que el bebé pueda luego enfrentarse al mundo, mientras va avanzando en sus procesos madurativos.

Winnicott expresa que es una necesidad vital para un bebé el hecho de que alguien facilite las primeras etapas de los procesos de crecimiento psicológico y/o psicosomático, siendo una de las funciones fundamentales de la “madre de devoción corriente”. Cuando el entorno facilitador es “suficientemente bueno”, las tendencias heredadas del bebé hacia el crecimiento alcanzan sus primeros logros importantes, siendo el principal la Integración. El apoyo del yo de la madre facilita la organización del yo del bebé, para que luego este pueda afirmar su propia identidad.

Tampoco podría dejar de mencionar las teorizaciones de dicho autor acerca del *Papel del Espejo de la madre y la familia en el Desarrollo del niño (1972)*. Entiende que en estas primeras etapas el ambiente cumple un rol fundamental, y en particular la madre. Es característico del bebé cuando es amamantado que mire la cara de su madre, a lo que Winnicott sugiere que en ese acto el bebe se ve a sí mismo. Pero con esta frase no da por sentado que siempre sea realizado de la manera más satisfactoria. Existen casos donde el bebé no recibe una imagen especular, sino el reflejo de los estados anímicos de la madre o peor aún, rigidez e indiferencia. No sucede sin dejar consecuencias en el vínculo entre el bebe y su madre, y progresivamente en el desarrollo de su personalidad, lo cual se abordará en el siguiente apartado.

2.5.2 Relevancia e incidencia de los vínculos tempranos para el desarrollo posterior del sujeto.

Habiendo desarrollado anteriormente acerca del componente psíquico del desarrollo, así como de conceptualizaciones sobre los vínculos tempranos, se considera importante describir cómo se relacionan estos elementos en su incidencia y efectos en el desarrollo del ser humano.

Entendemos en primer lugar que el fortalecimiento de la interacción temprana madre-hijo actúa como eje principal en el crecimiento corporal y madurativo del niño sano, refiriéndonos a una interacción equilibrada en cantidad y en calidad. Actualmente, los teóricos del desarrollo plantean que “los patrones de regulación funcionales o distorsionados asociados con la regulación emocional temprana, sirven como prototipos para los estilos individuales posteriores de regulación emocional” (Carlson, 1998). Esto es, la forma en que el niño/a organiza su conducta hacia su madre o cuidador principal, tiene relación estrecha con la manera en que organizará su comportamiento hacia los demás vínculos.

Según diversas investigaciones de Ainsworth (1979), los bebés que muestran un vínculo seguro al año de edad son, en etapas posteriores:

“más cooperadores y expresan afectos más positivos y comportamientos menos agresivos y de evitación hacia la madre y otros adultos menos conocidos, que los bebés que muestran vínculos inseguros.”

Estos niños tendrán mayores capacidades para reflexionar sobre el mundo mental porque es consecuencia de la capacidad psíquica del cuidador para observar la mente de su hijo. También presentan ventajas en comportamiento social, regulación del afecto, resistencia a tareas desafiantes; son capaces de solicitar y aceptar la ayuda de sus madres y usualmente obtienen mejores puntuaciones en pruebas de desarrollo y de lenguaje. (Fonagy, 2000).

En cuanto a los adultos, se ha estudiado la relación entre el tipo de vínculo y la satisfacción y calidad de las relaciones maritales y sexuales. Se ha observado que las personas seguras muestran los mayores niveles de satisfacción e implicación, mientras que los sujetos inseguros registran los

mayores niveles de insatisfacción en las relaciones de pareja. En sujetos adultos el vínculo seguro también se ha asociado a un mejor manejo de las emociones negativas, así como a la capacidad de buscar soporte en las figuras de apego cuando lo necesitan.

2.6 Influencia de trastornos en el Vínculo Temprano en algunos problemas de Salud Mental.

En continuidad con el apartado anterior donde trata acerca de los beneficios de un vínculo temprano sano en el desarrollo del ser humano, en las siguientes líneas intentaremos exponer algunos efectos en la salud mental cuando dicho vínculo se genera de formas inadecuadas.

En principio es necesario aclarar que los trastornos del vínculo se caracterizan por el hecho de que las dificultades se generan entre personas, no de manera individual, dependiendo de con quién esté interactuando el bebe, por lo cual no sucede en todos los vínculos. No se ha elaborado aún una definición internacionalmente aceptada, pero según la revisión de investigaciones previas que ha realizado por Palacios-Hernández (2006), una alteración en el vínculo materno-infantil puede definirse como: “una alteración en la respuesta emocional materna hacia el bebé, presente en la interacción temprana entre ambos, posterior al parto y durante el primer año del posparto”.

Según la clasificación diagnóstica de Salud Mental y Trastornos del Desarrollo de la Infancia y la Temprana Infancia de la Asociación Americana de Psicología (DC:0-3R), es posible diagnosticar un involucramiento “excesivo, deficiente, ansioso, hostil o abusivo de los padres con sus infantes”.

El DSM-5 y el ICD-1032 identifican de manera similar a los trastornos del apego observado en infantes desde los 9 meses hasta los 9 años, centrándose en la sintomatología visible en el niño y no en el padre, nominado Trastorno de Apego Reactivo (Código F94.1).

El DSM-5 por su parte es el más cercano en centrarse en la conducta del progenitor, describiendo la evaluación clínica de problemas de relación entre padres e hijos (Código V61.20/Z62.820) como una condición de interés clínico. Como condición debe generar un efecto negativo en la salud del infante asociado a maltrato infantil o negligencia, con consecuencias médicas y psicológicas significativas para el hijo, pero no aporta aún criterios para su diagnóstico clínico.

Entendemos entonces que las relaciones de apego tempranas distorsionadas estarán en un alto porcentaje ligadas con la psicopatología en el transcurso de la niñez y adolescencia, sin olvidar la compleja interacción entre variables biológicas y ambientales. Explican Repetur y Quesada (2005) que los patrones de regulación emocional, así como las expectativas derivadas de la historia de interacciones madre-hijo, forman las bases para la interpretación, la expresión emocional y conductual del niño. Diversos estudios han demostrado relaciones significativas entre los tipos de vínculo inseguro y el aumento de sintomatología en niños y adolescentes. Aquellos con vínculo evitativo se caracterizan por aspectos agresivos, falta de complacencia y rechazo pasivo cuando la madre busca contacto con ellos. Los niños ambivalentes presentan menor tolerancia a la frustración, son menos persistentes y en consecuencia menos efectivos en su accionar.

En los adolescentes, la inseguridad del vínculo se ha asociado con mayores niveles de depresión, ansiedad, resentimiento, alienación y problemas con el consumo de alcohol (Rosenstein, 1993). Se ha observado una correlación entre vínculo resistente y depresión, y entre vínculo evitativo y trastornos de la conducta alimentaria (Rosenstein, 1993), así como el abuso de drogas.

También se han estudiado rasgos de personalidad, que en el caso de Rosenstein (1993) describió rasgos narcisistas, antisociales e histriónicos en adolescentes con vínculo evitativo; rasgos de evitación del contacto interpersonal o patrones de déficit interpersonales se correlacionaron con la presencia de vínculo resistente.

Por su parte, Fonagy (2000), ha encontrado relaciones claras entre el apego desorganizado y el trastorno límite de la personalidad. El comportamiento desorganizado y desorientado es:

“reemplazado gradualmente en los primeros cinco años de vida por frágiles estrategias conductuales que pretenden controlar al progenitor, ya sea a través de conductas despóticas o de cuidado, ambas inapropiadas para la jerarquía de la relación y para la edad del menor”.

Entiende que el apego desorganizado se liga con situaciones de maltrato infantil, negligencia y abuso sexual, razones por las cuales genera un sí mismo desorganizado base de trastornos de la personalidad.

“El sentido inestable del sí mismo, la impulsividad, la inestabilidad emocional y el riesgo de actuaciones suicidas en los pacientes con personalidad límite, estarían muchas veces sobre la base de una relación traumática entre el cuidador primario y el bebé, una relación que dio lugar a un vínculo desorganizado” (Fonagy, 2000).

Winnicott por su parte, realiza una síntesis interesante en su escrito “El primer año de vida” (1958), afirmando que el desarrollo emocional durante el primer año de vida construye la base sobre la que se erigirá la salud mental del ser humano.

El autor entiende que el desarrollo integral si bien se basa en una tendencia esperable en la mayoría de los casos, no se concretará sin que participe otro ser humano que cuide del bebe y atienda sus necesidades.

“Ustedes podrán comprobar que la falla de estos procesos tempranos de crecimiento nos conduce inmediatamente al tipo de sintomatología que encontramos en los hospitales psiquiátricos, de manera que la prevención de las enfermedades mentales debe comenzar con el cuidado de los niños y con todo lo que hacen naturalmente las madres que quieren tener un bebé a quien cuidar”.

3-MARCO METODOLÓGICO:

3.1 Justificación y enfoque metodológico

En este apartado se abordará el enfoque desde el cual se investigará, las técnicas seleccionadas y su justificación, así como el modo en que se analizará la información recabada.

En este caso se utilizará metodología de tipo cualitativa en un estudio de carácter exploratorio. Creswell (1998) en Vasilachis (2006) define este tipo de investigación como “un proceso interpretativo de indagación (...) que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una condición natural”. De acuerdo con dichas características es que se la considera adecuada para este estudio, por el tipo de problema abordado, por el enfoque desde la complejidad y la importancia brindada a los discursos.

Por su parte Marshall y Rossman (1999) en Vasilachis (2006) expresan que la investigación cualitativa implica tres aspectos:

- “a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio;
- b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos; c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios.”

Los mismos pretenden formar parte de este estudio, ya que la perspectiva en este caso de los técnicos será uno de los objetivos buscados mediante la interacción antes mencionada, en el ambiente natural de trabajo de los participantes.

El diseño del estudio será de tipo Estudio de Caso cualitativo de corte transversal, que pretende conocer las perspectivas y discursos en un equipo de salud en particular dentro de la ciudad de Paysandú. No se pretende por lo tanto, universalizar los resultados a todos los equipos de salud ni a las disciplinas involucradas. Si se intentará que el estudio pueda ser útil para aplicar con sus adaptaciones necesarias, en otros contextos o equipos, de manera de continuar generando conocimiento acerca de este vasto tema.

3.2 Recolección de datos:

Como técnica principal de recolección de datos se seleccionó la entrevista semi-dirigida, lo que en palabras de Taylor y Bogdan (1992) son las entrevistas en profundidad:

“reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”.

Es la técnica adecuada para poder obtener la visión de los participantes acerca de ciertos aspectos establecidos en la entrevista, así como para que surjan aspectos no contemplados dado que es menos rígida que la entrevista de tipo estructurada.

3.3 Selección de los participantes

Teniendo en cuenta lo numeroso de la conformación de este equipo de salud, se seleccionó la cantidad de dos técnicos de las disciplinas Obstetricia y Enfermería. El criterio para la selección de las mismas responde a su mayor asiduidad de trabajo con los bebés y sus referentes afectivos.

3.3.1 Características de los participantes de la investigación:

Los datos solicitados fueron sistematizados en la tabla siguiente:

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los participantes

PARTICIPANTE	DISCIPLINA	GÉNERO	EDAD	FORMACIÓN ESPECÍFICA	AÑO DE EGRESO	AÑOS DE TRABAJO EN EL ÁREA
1	Obstetricia	F	41	si	2002	19
2	Enfermería	F	43	no	2006	10
3	Obstetricia	F	35	no	2010	8
4	Enfermería	F	59	si	1994	28

3.4 Organización y Análisis de datos

En una etapa posterior, luego de realizadas las entrevistas a los técnicos, se realizará el análisis de la información recogida a través del análisis de contenido del discurso, con el objetivo de “Identificar actitudes, creencias, deseos, valores, centros de interés, objetivos, metas, etc., de personas, grupos, organizaciones” (Fernandez, 2002. p.37).

Esta técnica es en palabras de Abela:

“una técnica de interpretación de textos, (...) donde pueden existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos (,...) el denominador común de todos estos materiales, es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimientos de diversos aspectos y fenómenos de la vida social”.

Se elaborarán a su vez distintos ejes categóricos que organicen la información obtenida, los cuales se articularán en el análisis con el marco teórico-conceptual presentado, de lo cual se extraerán conclusiones al respecto.

A partir del análisis y organización de los discursos y prácticas pediátricas se crearon las siguientes categorías para su posterior lectura teórica-reflexiva:

Tabla 2-Categorización de respuestas

<u>CATEGORÍA</u>	<u>SUBCATEGORÍA 1</u>	<u>SUBCATEGORÍA 1.2</u>
1- APS	1.a-Consideraciones	1.a1- Prevencion, promocion y educacion en salud
		1.a2- Se realiza en el 1er nivel, en comunidad y según necesidades
	1.b-Prácticas	1.b1- Controles (presión, peso), estado general
		1.b2- Educación (sexual, alimenticia)
		1.b3- Inserción: caif, liceo, ferias
2-VT	2.a-Conceptos	2.a.1- Relación madre-hijo desde embarazo a 1os meses
		2.a.2- Elementos: contacto, cuidados embarazo y posparto, comunicación
	2.b-Abordaje	2.b.1-Importancia: se visualiza su relación con el desarrollo de un niño sano

		2.b.2- Formas: hablar sobre lactancia y enfocarlo al vínculo. Se indaga acerca de lo cotidiano según lo observado en la madre y sobre conductas básicas del bebé.
	2.c- Indicadores calidad	2.c.1- Vínculo saludable: expresiones positivas y cariñosas de la madre durante el embarazo acerca del comportamiento del bebé. Cuidado e higiene del bebe y de si misma, cumple con controles. Reacciona con tranquilidad a situaciones del bebé. Bebé con expresión placentera en el contacto con su madre. Mirada conectada entre ambos, se comunican.
		2.c.2- Vínculo no saludable: desprolijidad o escaso cuidado del niño y su salud. Quejas en relación al bebe, expresa que interfiere en su rutina o hábitos. Escasa apertura al diálogo. Ausencia o escasa mirada hacia el bebe, así como de contacto físico, visión negativa o defectuosa del niño. Niño con dificultades de salud o desarrollo. manifiestan necesidad de atención ante cualquier adulto, llanto irritable.

	2.d- Relación VT-Desarrollo	2.d.1- Existencia de relación: unanimidad al respecto
		2.d.2- Efectos: en la salud y posterior desarrollo del bebe. En su capacidad de aprendizaje, atención, memoria, autocontrol y comportamiento. En su capacidad de expresión y lenguaje. En su desempeño social en la niñez y luego en la adultez repitiendo patrones o vivencias.
3-CONDICIONES ASISTENCIALES (Cat. Emergente)	3.a-Organizacionales	3a1- Distribución tiempo y espacios. Se prioriza la Atención, agendas completas no dejan tiempo para tareas de prevención y promoción, o exige extra horario. Consultas breves: no permite profundizar, por limitado espacio y alta demanda
		3c1- Prejuicios sobre la Salud Mental: Inclusión reducida de SM en abordaje: depende de objetivos de la directiva y persiste hegemonía de psicofármacos. Estudiantes como recurso: dependencia hacia ellos, sin suficiente respaldo en el rol por escasez de profesionales insertos

	3.b-De los técnicos	3b1- Criterios de observación y registro no unánimes: depende de intereses y disposición técnica Decisión acerca de pertinencia de derivación: casos “graves” o “no graves”, depende de la formación y perspectiva del técnico, relación cercana con psicólogos influye, asociación con sala de internación.
--	---------------------	---

3.5-Resultados esperados y plan de difusión

Se espera que los resultados obtenidos a partir de la información recolectada pueda responder a las interrogantes así como cumplir con los objetivos planteados en este proyecto. De esta manera obtener aportes a la temática de Vínculo Temprano y su abordaje dentro de la Atención Primaria. Es parte de la intención de este trabajo poder colaborar en la mejora de la calidad de atención en salud, por lo que se pretende difundir los resultados obtenidos en principio con el equipo participante de la investigación, intentando aportar a su práctica cotidiana, así como también en otros equipos o ámbitos en los que pueda ser de utilidad, como puede ser centros de formación de profesionales de la salud.

3.6 Consideraciones éticas:

Se informa en este apartado que los sujetos de investigación **no son población vulnerable**.

Riesgos del estudio y valoración fundamentada: según indican estudios similares, participar de esta investigación no conlleva riesgos, pero se tendrá en cuenta que los técnicos de la salud forman parte del grupo de trabajadores que según declara la Organización Internacional del Trabajo, pueden estar expuestos a diferentes riesgos psicosociales.

Medidas de reducción y atención del eventual daño: si ocurriera un eventual daño psicosocial en consecuencia de este estudio, se procederá a interrumpir el intercambio, abriéndose un nuevo espacio de escucha atenta, que permita brindar las orientaciones psicológicas correspondientes. Será competencia y responsabilidad del investigador responsable brindar este espacio, así como el de establecer el seguimiento de su situación.

Descripción de beneficios y valoración fundamentada: se entiende que participar de estos intercambios puede tener beneficios directos para los participantes, ya que contar con un espacio desde donde poder reflexionar sobre la práctica laboral, permite redimensionar las capacidades puestas en juego cotidianamente.

Garantías de confidencialidad de los datos recabados: los datos de los participantes serán identificados a través de un código y **no será utilizado su nombre**, manteniéndose la información en estricto **anonimato**. En caso de utilizar algunas de sus expresiones en artículos de divulgación científica, las mismas mantendrán las normas de **confidencialidad** que establece la ley 18.831, la que garantiza la protección de su identidad.

4- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

En este capítulo se desarrollarán las líneas de análisis y discusión de los resultados hallados a través de las entrevistas, de las cuales se analizará su contenido en articulación con los aportes conceptuales descritos anteriormente en el apartado Marco Teórico-Conceptual.

4.1- APS (Atención Primaria en Salud)

Con respecto a este primer apartado se buscó conocer cuáles eran las definiciones sobre **APS** que manejan actualmente los profesionales para pensar y actuar en su práctica cotidiana.

En esta categoría de análisis fueron agrupadas las siguientes unidades temáticas, que surgieron de los discursos presentes en las entrevistas, como se visualiza en el cuadro siguiente extraído de la tabla 2:

1- APS	1.a-Consideraciones	1.a.1- Prevención, promoción y educación en salud
		1.a.2- Se realiza en el 1er nivel, en comunidad y según necesidades
	1.b-Prácticas	1.b.1- Controles (presión, peso), estado general
		1.b.2- Educación (sexual, alimenticia)
		1.b.3- Inserción: caif, liceo, ferias

La primera subcategoría que refiere a las *Consideraciones* surge de lo planteado en las entrevistas ante la pregunta: “¿Qué entiende usted por Atención Primaria en Salud?” (1.a). Las ideas que priman refieren a la prevención, promoción y educación en salud como elementos imprescindibles de la APS. Si bien lo son, no se nombraron otras áreas como el diagnóstico precoz o el apoyo para el autocuidado que son también parte de la APS. Tampoco queda claro en las entrevistas el trabajo con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, sino que por momentos se daba a entender que en la policlínica se realizaba todo el trabajo posible, dada la variedad de especialidades con las que cuentan.

En cuanto al lugar donde se desarrollaría la estrategia de APS indican al primer nivel de atención como prioritario, en conexión con la comunidad y sus necesidades. Pero sin embargo solo una de las entrevistadas nombró las prácticas de promoción de la salud como importantes y características de la APS, en lugares multitudinarios como ferias y liceos, es decir, fuera del centro de salud. Podemos decir que si bien el concepto del trabajo en comunidad estaría presente, la mayoría de los técnicos expresaron que no era posible llevarlo a cabo por razones de tiempo o agenda, por lo tanto difícilmente se trascendía el espacio clínico como refieren los principios de APS.

La segunda subcategoría trata de las *Prácticas* que los técnicos consideran que forman parte de la estrategia de APS, a partir de la pregunta: “¿Considera que este enfoque se está implementando en esta policlínica? ¿De qué forma?” (1.b). La mayoría de los técnicos respondió que sí se aplica, argumentando respecto a nuestro tema principalmente mediante los

controles de salud en general, tanto durante el embarazo (ginecológicos y de laboratorio), como luego del nacimiento del niño, en el cuidado de su salud y desarrollo.

Por otra parte, si bien no se expresó directamente, se podía percibir en los ejemplos brindados que trabajan mayoritariamente desde una perspectiva familiar y amplia, teniendo en cuenta las necesidades psicológicas, sociales y económicas de los usuarios, además de tener en cuenta y utilizar el conocimiento que tienen de otros miembros de la familia y de su historia, de modo de identificar posibles factores de riesgo así como la modalidad más adecuada para las intervenciones. En segundo lugar se mencionó la educación en salud en sus distintas temáticas, como por ejemplo sexualidad y alimentación como actividad que forma parte de su rol como trabajadores en el primer nivel de atención, pero como en segundo plano, dependiendo de la disponibilidad de tiempo y espacio para realizarlo.

4.2- VT (VÍNCULO TEMPRANO)

Mediante esta segunda categoría se intentó conocer tres aspectos: inicialmente cuáles eran las definiciones sobre Vínculo Temprano con las que contaban los técnicos, a la hora de enfrentarse con situaciones relacionadas al mismo, y que prácticas formaban parte de su abordaje. En segundo lugar enumerar los elementos que utilizan para evaluar la calidad de ese vínculo, y en consecuencia los efectos que el mismo podría tener en el desarrollo posterior del niño/a.

En esta sección se seleccionaron las siguientes unidades temáticas:

2-VT	2.a-Conceptos	2.a.1- Relación madre-hijo desde embarazo a primeros meses
		2.a.2-Elementos:contacto, cuidados embarazo y posparto, comunicación
	2.b-Abordaje	2.b.1-Importancia: se visualiza su relación con el desarrollo de un niño sano
		2.b.2-Formas: hablar sobre lactancia y enfocarlo al vínculo. Se indaga acerca de lo cotidiano según lo observado en la madre y sobre conductas básicas del bebé.
	2.c- Indicadores calidad	1.c.1– Vínculo saludable: expresiones positivas y cariñosas de la madre durante el embarazo acerca del comportamiento del bebé. Cuidado e higiene del bebe y de si misma, cumple con controles. Reacciona con tranquilidad a situaciones del bebé. Bebé con expresión placentera en el contacto con su madre. Mirada conectada entre ambos, se comunican.
		1.c.2- Vínculo no saludable: desprolijidad o escaso cuidado del niño y su salud. Quejas en relación al bebe, expresa que interfiere en su rutina o hábitos. Escasa apertura al diálogo. Ausencia o escasa mirada hacia el bebe, así

La primera subcategoría refiere a *Conceptos*, que surge de lo planteado en las entrevistas ante la pregunta: “¿Qué entiende usted por Vínculo Temprano?” (2a), a partir de la que aparecen dos grupos de respuestas. Por una parte surge la respuesta unánime del significado de VT como una relación estrecha entre madre e hijo/a, que se inicia en el embarazo y continúa hasta los primeros meses de vida. Existen diferencias en cuanto al número de los meses, pero ninguna respuesta excede el primer año de vida, lo cual coincide en general con las conceptualizaciones teóricas.

Por otra parte, los entrevistados enumeraron sus elementos constitutivos o característicos. Aparece mayoritariamente como elemento positivo el cumplimiento de los controles de embarazo y en el posparto, así como el cuidado personal y de higiene de la madre y de su bebé. En menor medida, surgen respuestas acerca de la comunicación entre madre e hijo y la importancia del contacto entre ellos.

Percibimos que se encuentra más normalizado el control del vínculo por sus aspectos más normativos desde el lado médico, no así desde los aspectos relacionales y emocionales. Sin embargo los estudios sobre este tema toman como constitutivos: comportamientos visuales entre la diada mamá-bebe, conductas táctiles como las caricias, las modalidades de sostén de la madre y la acomodación del bebe, y por ultimo lo verbal por parte de ambos, tanto a nivel de contenido como de forma (laleos, balbuceos y vocalizaciones).

Como segunda subcategoría ubicamos el elemento *Abordaje* de esta temática por parte de los técnicos en su trabajo cotidiano, a partir de la pregunta “¿Qué relevancia considera usted que tiene el abordaje de este tema?”(2b).

Por una parte se visualiza en la mayoría de las respuestas la importancia del abordaje, debido a la relación que entienden existe entre el VT y el desarrollo del bebé. Por otra parte se describen las formas en que se lleva a cabo dicho abordaje: hablar sobre lactancia y enfocarlo al vínculo es una de las respuestas mayoritarias, junto con que se indagan aspectos generales de la vida cotidiana y de las conductas básicas del bebé. Según lo observado y escuchado realizan ciertas orientaciones o derivaciones si fuera necesario.

Sin embargo no se menciona un abordaje específicamente acerca de la salud mental materna y perinatal, ya sea por parte de psicólogos o por otros profesionales formados en la temática. Pero el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 expresa como una de las acciones recomendadas “Diseñar e implementar protocolos donde se incorpore la dimensión de la salud mental en el acompañamiento de embarazo, parto y puerperio.” Entendiendo al primer nivel de atención como sitio privilegiado en el cual se realiza el acompañamiento de estas tres etapas, es que considero de relevancia la incorporación de esta dimensión en el abordaje.

En tercer lugar ubicamos la subcategoría *Indicadores Calidad*, en referencia a la calidad que puede tener el VT, clasificándose como Saludable o No Saludable. Surge a partir de la pregunta 2c “¿Qué indicadores tiene en cuenta para conocer cómo se está desarrollando ese vínculo?”

En primer lugar, los técnicos respondieron que observan si el crecimiento y desarrollo del niño están acorde a lo esperado para cada etapa. Argumentan que descartando factores biológicos, algunas dificultades en el desarrollo pueden tener relación con la vinculación de ese bebe con su cuidador. Esto fue nombrado como un posible indicador de calidad, acompañado del grado de cumplimiento de todos los controles médicos estipulados y del estado de higiene tanto de la madre como del bebe.

La representación que la madre tiene de su bebe inclusive durante el embarazo también nos da señales acerca de su relación, y los entrevistados lo expresaron como la forma en que la madre se expresa acerca de su bebe, si es positiva y cariñosa o desde la queja como molestia.

Los entrevistados hicieron hincapié en la mirada como un indicador importante, refiriéndose a la comunicación entre madre e hijo, si hay conexión y afectividad en la misma. La ausencia de ésta así como del contacto físico en general es considerado un indicador de vínculo no saludable.

“Reacciona con tranquilidad a situaciones del bebé” fue otro de los elementos nombrados respecto al vínculo saludable, que podemos relacionar con la capacidad de calmar al bebé y de la regulación emocional de esa madre. por el contrario sería un indicador negativo un bebe con llanto irritable que no se calma y una madre con grandes montos de ansiedad frente a las demandas de su hijo.

Si bien no se nombró directamente, podemos decir que algunos entrevistados aludieron a características de apego como un indicador, por ejemplo si el niño muestra necesidad de atención frente a cualquier adulto y no hacia su cuidador principal. Sin embargo no se señaló la capacidad de decodificación y semantización de la madre hacia las conductas de su hijo como un factor principal, así como tampoco la capacidad e intencionalidad de socialización del bebe, según las etapas.

Otro elemento que consideramos base de un vínculo saludable son los ritmos y sincronías de la diada, lo cual no fue tenido en cuenta como indicador en el abordaje de los técnicos.

La última subcategoría de este apartado conjuga la *relación entre el VT y el Desarrollo del niño/a*, indagada en la pregunta “¿Encuentra alguna relación entre las características del Vínculo Temprano y el desarrollo del niño/a?” (2.d)

En primer lugar es relevante constatar que existe unanimidad en los entrevistados en cuanto a la existencia de dicha relación y por lo tanto de la relevancia de abordar los elementos que la conforman. En cuanto a los efectos que podría tener un vínculo temprano en el desarrollo según su calidad, se enumeraron varios aspectos que concuerdan en gran medida con las investigaciones en el tema.

Las respuestas más generales apuntan a que los problemas durante el vínculo temprano generarían efectos nocivos en la salud y el desarrollo integral del niño/a. Respuestas más específicas señalan posibles consecuencias en la capacidad de aprendizaje del niño, el desarrollo

de funciones como atención, memoria y la capacidad expresiva, incluyendo el lenguaje. También se mencionaron aspectos relativos al desempeño social tanto en la niñez como en etapas posteriores, sus formas de comportamiento y su regulación emocional.

Podemos decir que estos aspectos son acertados, aunque lo que se visualiza es cierta generalización y conceptualizaciones que parecen basadas mayormente en su experiencia profesional y vital. Se percibe un desconocimiento de los tipos de apego que se pueden configurar a partir de las conductas de los cuidadores o figuras de apego. Así mismo esto hace que no se relacionen claramente los efectos nocivos con los distintos tipos de apego o con las dificultades en el vínculo cuidador-bebe.

Según Repetur y Quesada (2005) la historia de interacciones madre-hijo, así como los patrones de regulación emocional que allí se generen, forman las bases para la interpretación, la expresión emocional y conductual del niño. Tampoco se argumentaron motivos acerca de la necesidad de una madre para un bebé: su calor, olor, colores, texturas, sonidos para la sobrevivencia física y psicológica del bebé; para presentar el mundo a su alrededor y ayudarlo en su adaptación al mismo; para la tarea de la desilusión/frustración necesaria.

No se visualizó por parte de los entrevistados alguna relación entre adicciones y los trastornos del vínculo, así como tampoco de problemáticas de gran incidencia como ansiedad y depresión.

4.3- CONDICIONES ASISTENCIALES (Cat. Emergente)

Esta categoría surge como emergente del material de entrevistas, como comentarios adicionales a las preguntas realizadas. Podemos subdividir esta categoría en dos subcategorías:

Organizacionales y de los Técnicos, las cuales contienen varios aspectos a desarrollar.

3-COND. ASISTENCIALES	3.a-ORGANIZACIONALES:	3a1- Distribución tiempo y espacios. Se prioriza la Atención, agendas completas no dejan tiempo para tareas de prevención y promoción, o exige extra horario. Consultas breves: no permite profundizar, por limitado espacio y alta demanda
		3c1- Prejuicios sobre la Salud Mental: Inclusión reducida de SM en abordaje: depende de objetivos de la directiva y persiste hegemonía de psicofármacos. Estudiantes como recurso: dependencia hacia ellos, sin suficiente respaldo en el rol por escasez de profesionales insertos
	3.b- TÉCNICOS:	3b1- Criterios de observación y registro no unánimes: depende de intereses y disposición técnica Decisión acerca de pertinencia de derivación: casos “graves” o “no graves”, depende de la formación y perspectiva del técnico, relación cercana con psicólogos influye, asociación con sala de internación.

La primera subcategoría refiere a las *Condiciones Organizacionales*. Dentro de la misma encontramos por una parte la *distribución del tiempo y del espacio* para las actividades de los técnicos en la policlínica. Podemos ver que ambos factores están interconectados, por un lado los técnicos sienten que los espacios de consulta son limitados y la demanda asistencial es de gran número, por lo cual las consultas tienden a realizarse en tiempos cortos, intentando abarcar los puntos más fundamentales según la disciplina, pero perdiendo la posibilidad de profundizar en el estado del paciente, sobre todo en asuntos emocionales.

Por otra parte, la alta demanda que es prioritario cumplir, limita al mínimo la posibilidad de realizar actividades de promoción y prevención en salud, menos aún saliendo de la policlínica, donde se necesita insistir y justificar de gran manera la importancia de suspender consultas, u obligando a realizarlas extra horario. Esto claramente reduce la motivación de los técnicos para planificar este tipo de actividades a pesar de que perciban su importancia. Por lo tanto la promoción y prevención, consideradas uno de los pilares de las APS, quedan relegadas a un segundo plano frente a lo asistencial.

En segundo lugar ubicamos *prejuicios sobre la Salud Mental*. Dentro de esta visualizamos cierta dependencia respecto a los estudiantes de Psicología en el seguimiento de situaciones relativas a la salud mental, dado que es escaso el número de profesionales de esta disciplina insertos en las instituciones de salud. Menor aún si nos referimos a policlínicas del primer nivel de atención, ya que la mayoría está nucleado en el Servicio Comunitario de Salud Mental, dentro del predio del Hospital. Por lo tanto si concurren estudiantes de Psicología a realizar intervenciones en primer nivel, cuentan con escaso apoyo en cuanto a modelos en el rol allí situados.

Además de esta dificultad, puede pensarse que cuando no hay estudiantes que visibilicen en mayor medida situaciones relacionadas a la salud mental, o que faciliten la conexión con el servicio de salud mental, ciertas situaciones pueden tener tiempos de espera mayores o en el peor de los casos, que no realicen las intervenciones oportunas.

Estos pre-juicios acerca de los problemas de salud mental y sus espacios de tratamiento tienen sin duda un sustento histórico que a pesar del tiempo transcurrido y las campañas educativas aún tienen peso, y en este caso el Servicio de Salud Mental de Paysandú se encuentra ubicado adyacente a la sala de internación de Psiquiatría, por lo cual la unión de ambas intervenciones resulta inevitable, además de la persistente hegemonía de la medicalización.

La segunda subcategoría es *Condiciones de los Técnicos*, que contiene dos aspectos complejos. Se observan *criterios no unánimes* en la práctica cotidiana de la policlínica. Es llamativo el hecho de que la mayoría de los técnicos verbalizan naturalmente que algunas acciones (entre las que destacan la observación y el registro) se realizan según el interés del técnico en la situación o tema, o en los vínculos que tengan los técnicos para derivar pacientes a otros tratamientos o intervenciones. Esto hace que los criterios no sean unánimes sino variables según la situación, lo que puede hacer que varíe también la solución a la problemática, el tiempo transcurrido y las consecuencias en el paciente.

En relación a la presencia de la salud mental, algunas respuestas apuntan a que el *abordaje* de los usuarios no siempre es “realmente” *integral*, considerando que no siempre se incluyen los aspectos emocionales en la comprensión de lo que le sucede. Según refieren, depende de la perspectiva y la formación de cada técnico la importancia que se le brinda a lo emocional en las consultas médicas. Considerando que sería importante continuar sensibilizando y actualizando al personal acerca de esta área y los beneficios de su inclusión.

El punto anterior a su vez influye sobre el siguiente, referido a la *pertinencia de derivación* de una situación para su abordaje por un técnico de la Salud Mental. Se visualiza en algunas respuestas la percepción un tanto distorsionada de lo que serían casos “graves” o “no tan graves”, luego de lo cual en los primeros casos se decide que es pertinente la derivación al servicio de salud mental, y en el segundo caso se entiende más adecuado hacer conexión con la psicóloga del centro de salud, para abordajes relacionados a conflictivas familiares o vinculares. Se evidencia también que si existe una relación cercana entre los técnicos “médicos” con técnicos de la salud mental, influye positivamente a la hora de pensar una situación que implica la salud mental del paciente, así como en su tratamiento y derivaciones necesarias.

5-CONSIDERACIONES FINALES

5.1 Conclusiones

Las interrogantes y objetivos planteados desde el comienzo funcionaron como guía en la construcción de este proceso de investigación acerca de las concepciones y formas de atender en un centro de salud del interior del país, y más específicamente en relación al tema Vínculo Temprano.

De acuerdo a los datos recabados se realizan las siguientes conclusiones:

- respecto a las *características generales de las prácticas* de los técnicos de primer nivel de atención, emerge un claro antagonismo entre las concepciones teóricas que poseen acerca de las tareas correspondientes al primer nivel de salud, enmarcadas en la Atención Primaria en Salud (APS) y lo que efectivamente realizan en su práctica cotidiana. Según su relato, más allá de saber lo que se debería hacer o lo que hace falta, las condiciones que organizan su trabajo no permiten sobre todo priorizar la prevención y promoción de salud como indica la APS, y cuando esta se aplica es muy difícil que se ubique fuera del espacio de la policlínica.

- acerca de las *concepciones* que se transmiten a lo/as usuario/as *acerca del vínculo temprano*, hay unanimidad en cuanto al período que abarca y la idea general de que implica una relación estrecha entre madre e hijo, sin incluir al menos desde el discurso a la figura paterna.

-al indagar el *abordaje del Vínculo Temprano* en sus prácticas, se visualiza en la mayoría de las respuestas que se lo considera importante debido a la relación entre el VT y el desarrollo del bebé. Aparece mayoritariamente su evaluación según el cumplimiento de los controles en el embarazo y en posparto, así como la higiene y aspecto de la madre y su bebé. Las respuestas que refieren a la comunicación entre madre e hijo y la importancia del contacto entre ellos son minoritarias, por lo cual entendemos que se encuentra más normalizado el control del vínculo por sus aspectos más normativos desde aspectos médicos y no desde aspectos relacionales y emocionales.

-En cuanto a las *formas de abordaje* se relaciona el vínculo temprano estrechamente con la lactancia para poder indagar sobre las conductas básicas del bebé, así como generalidades de la rutina de la madre. Si bien ambos temas están muy relacionados parece ser una vía un tanto limitada de abordaje, sobre todo para aquellas madres que por distintos motivos no pueden amamantar. Al ser una temática relacionada a la alimentación y al crecimiento del niño parece brindar más confianza para indagar, lo que no sucede desde perspectivas que apuntan a las emociones o la forma de vincularse, que en realidad aportarían un contenido de mayor amplitud acerca de la situación. A pesar de que el Plan Nacional de Salud Mental lo recomienda, no se mencionan abordajes específicamente acerca de la salud mental materna y perinatal, ya sea por parte de psicólogos o por otros profesionales formados en la temática.

-al indagar los *indicadores* que toman en cuenta los técnicos para conocer la *calidad del vínculo temprano* aparecen mayoritariamente el nivel de crecimiento y desarrollo del niño según la edad, el grado de cumplimiento de los controles médicos así como la higiene de la diada.

En cuanto a indicadores relativos a lo emocional surge la mirada como un indicador importante para la comunicación entre madre e hijo. Su ausencia así como del contacto físico es considerado un indicador de vínculo no saludable. También se observa la forma en que la madre se expresa acerca de su bebe, si es positiva y cariñosa o desde la queja como molestia.

Algunos entrevistados aludieron a características de apego como un indicador, por ejemplo si el niño muestra necesidad de atención frente a cualquier adulto y no hacia su cuidador principal, así como la capacidad de calmar al bebé y de la regulación emocional de la madre. Sin embargo no surgieron los conceptos de capacidad de decodificación y semantización hacia las conductas del bebe, la capacidad e intencionalidad de socialización del bebe ni la importancia de los ritmos y sincronías en la diada.

-por último se investigó acerca de los *efectos* que consideran los técnicos que tiene el *vínculo temprano en el desarrollo*, según la calidad del mismo. Varias respuestas concuerdan con las

investigaciones revisadas, señalando que los problemas durante el vínculo temprano generarían efectos nocivos en la salud y el desarrollo integral del niño/a.

Profundizando en la temática se señalan posibles consecuencias en la capacidad de aprendizaje del niño, el desarrollo de funciones como atención, memoria y la capacidad expresiva, incluyendo el lenguaje. También se mencionaron aspectos relativos al desempeño social tanto en la niñez como en etapas posteriores, sus formas de comportamiento y su regulación emocional.

Más allá de la concordancia con la teoría en varios aspectos, se visualiza cierta generalización y conceptualizaciones que parecen basadas mayormente en la experiencia profesional y vital. Se percibe un desconocimiento de los tipos de apego existentes a partir de las conductas de los cuidadores o figuras de apego así como sus características. Así mismo esto hace que no se relacionen claramente los efectos nocivos con los distintos tipos de apego o con las dificultades en el vínculo cuidador-bebe. No se visualizó por parte de los entrevistados alguna relación entre adicciones y los trastornos del vínculo, así como tampoco de problemáticas de gran incidencia como ansiedad y depresión.

-de forma emergente surge la categoría que denominamos *Condiciones Asistenciales*, a modo de clasificar un contenido adicional presente en las entrevistas que resulta por demás interesante, para comprender de mejor manera las dinámicas de la atención de algunos servicios del primer nivel de atención.

-La *distribución del tiempo y los espacios* para las actividades no beneficia a los técnicos y en consecuencia a los usuarios, dada la presión de la alta demanda asistencial que obliga a consultas breves con dificultad para profundizar en otros aspectos que exceden lo más explícito. Otra consecuencia es que las actividades que el modelo de APS propone priorizar que son la promoción y prevención en salud quedan relegadas a momentos en que haya tiempo, ocasiones especiales o contar con el recurso de estudiantes con tiempo disponible. Mucho más difícil se hace poder ir hacia la comunidad, por lo que la mayoría de estas actividades se realizan a modo expositivo dentro de los límites de la policlínica.

-Se percibe que resisten ciertos *prejuicios acerca de la Salud Mental*, en primer lugar generando la pregunta acerca de los motivos del escaso número de profesionales de esta disciplina insertos en las instituciones de salud. Menor aún si nos referimos a policlínicas del primer nivel de atención, ya que la mayoría está nucleado en el Servicio Comunitario de Salud Mental, dentro del predio del Hospital. Por lo tanto si concurren estudiantes de Psicología (que ofrecen tiempo de prácticas) a realizar intervenciones en primer nivel, cuentan con escaso apoyo en cuanto a modelos en el rol allí situados.

Tal vez tampoco la ubicación territorial es un factor que favorece, estando el Servicio de Salud Mental de Paysandú ubicado de forma adyacente a la sala de internación de Psiquiatría (que en sus inicios se nucleaba dentro de esta policlínica que tomamos para investigar), por lo cual la unión de ambas intervenciones resulta inevitable para técnicos y usuarios, con los temores que aún generan las intervenciones de “lo mental”.

-Por otra parte, dentro de las condiciones relativas a los técnicos, se observan *criterios no unánimes* en la práctica cotidiana de la policlínica. Los técnicos verbalizan naturalmente que algunas acciones (entre las que destacan la observación y el registro) se realizan según el interés del técnico en la situación o tema, o en los vínculos que tengan los técnicos para derivar pacientes a otros tratamientos o intervenciones.

-Esto influye sobre las decisiones acerca de la *pertinencia de derivación* de una situación para su abordaje por un técnico de la Salud Mental. Se visualiza en algunas respuestas la percepción un tanto distorsionada de lo que serían casos “graves” o “no tan graves”, luego de lo cual en los primeros casos se decide que es pertinente la derivación al servicio de salud mental, y en el segundo caso se entiende más adecuado hacer conexión con la psicóloga del centro de salud, para abordajes relacionados a conflictivas familiares o vinculares. Se evidencia también que si existe una relación cercana entre los técnicos “médicos” con técnicos de la salud mental, influye positivamente a la hora de pensar una situación que implica la salud mental del paciente, así como en su tratamiento y derivaciones necesarias.

-En relación a la presencia de la salud mental en el primer nivel de atención, algunas respuestas apuntan a que el *abordaje* de los usuarios no siempre es “realmente” *integral*, considerando que no siempre se incluyen los aspectos emocionales en la comprensión de lo que le sucede. Depende de la perspectiva y la formación de cada técnico la importancia que se le brinda a lo emocional en las consultas médicas.

5.2 Recomendaciones

La presente propuesta se originó teniendo como uno de sus objetivos la oportunidad de contribuir en la atención en salud del primer nivel y específicamente de la inclusión de la salud mental en la misma.

No se intenta sin embargo, establecer enunciados a modo de revelación de verdades acerca de las prácticas en este centro de salud o en su ciudad, tampoco que se vean opacadas las buenas prácticas y discursos que allí se realizan, dado que nada es absoluto ni radical, ni nos sentimos ubicados en un lugar desde el que se cuenta con todo el conocimiento y se está exento de equivocaciones.

Este trabajo pretende aportar desde una mirada crítica reflexiva, interrogantes, perspectivas, y visibilidad en algunos aspectos que la misma práctica cotidiana y la presión constante tiende a velar para no salirse de su cauce. Se intenta además generar nuevos sentidos a partir del material que los propios trabajadores aportaron desde su saber y su experiencia a la luz de ciertos marcos que permitan complejizar estos saberes.

De este modo se considera importante poder abrir espacios para el análisis de las prácticas así como para generar instancias formativas o de actualización en las temáticas de mayor demanda o complejidad.

Desde la academia, en la formación médica y de enfermería, continuar ampliando las perspectivas en su atención de modo que lo psicosocial sea cada vez menos ajeno y excepcional a la hora de pensar el sufrimiento de quien consulta.

En cuanto a la temática de Vínculo Temprano y Desarrollo Integral del Niño poder considerar otros aspectos que hemos incluido en este escrito, de modo de poder visualizarlo progresivamente como el complejo proceso que realmente implica, ampliando también los actores involucrados y la percepción de la responsabilidad femenina por su “instinto” o saberes supuestamente innatos.

En síntesis, continuar problematizando la articulación que hacemos como profesionales entre la teoría y la práctica, entre los protocolos y la escucha, entre la multidisciplina a la interdisciplina, para que la idea de que no es posible salud sin salud mental se cale en cada pasillo y en cada encuentro.

6- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abela, J. (s/a). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Departamento Sociología Universidad de Granada, España.

Ainsworth, M. (1967). *Infancia en Uganda: cuidado infantil y el crecimiento del amor*. Baltimore: John Hopkins Press

Ainsworth, M. (1978). *Patrones de apego. Un estudio psicológico de la situación extraña*. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.

Akar, A. (2015). *Construcción de sentidos en torno a la noción de Calidad de Cuidado en mujeres madres con hijos de hasta dos años de vida. Estudio cualitativo en un Centro de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Montevideo*. Facultad de Psicología-UDELAR.

APA (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington: Panamericana

Berenstein, I. y Puget, J. (1997). *Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Bernardi, R., Guerra, V. & Díaz Roselló, J. (1991). *La madre y su bebe: Primeras interacciones*. Montevideo: Roca Viva.

Bonavita, Cerutti & Defey (1995). *“El bebe, sus padres y el hospital.”* Montevideo: Roca Viva

Bowlby, J. (1969) *El apego. El apego y la pérdida 1*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1973) *Separation: Anxiety & Anger*. Nueva York: Basic books.

Fascioli (2006). *El cuidado del vínculo madre-hijo que realizan Licenciados enfermeros de centros de salud públicos de Montevideo*. Revista uruguaya de Enfermería.

Fernandez, F. (2002). *El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación*. Revista de Ciencias Sociales (Cr), vol. II, núm. 96. Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica.

Fonagy, P. (2000). *Apegos patológicos y acción terapéutica*. Revista Aperturas Psicoanalíticas N° 4.

Freire de Garbarino, M. (coord.) (1992). *Interacción temprana. Investigación y terapéutica breve*. Montevideo: Roca Viva

Morin. E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

MSP (2015). *Objetivos sanitarios 2020*. Montevideo, Uruguay. Accesible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

MSP (2018). *Autoridades de la salud fomentan vínculo afectivo desde la gestación para revertir patología mental en niños*. Extraído de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/autoridades-de-la-salud-fomentan-vinculo-afectivo-desde-la-gestacion-para>

OMS. (1992) *Clasificación internacional de enfermedades*, 10.^a edición (CIE-10). Ginebra.

OPS (1978). *Declaración Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS)*. Extraído de: [DECLARACION DE ALMA-ATA](#)

Pachuk, C. & Friedler, R. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*. Buenos Aires: Del Candil.

Palacios-Hernández B. (2016). *Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación*. Rev Univ Ind Santander Salud.

Repetur, K.; Quezada, A. (2005). *Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas*. Revista Digital Universitaria, Volumen 6 Número 11. Accesible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm>

Roncallo, C.; Sanchez, M. & Arranz, E. (2015). *“Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana”*. Universidad del País Vasco, España. Accesible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200004

Rosenstein,D.S., HOROWITZ, H.A. (1993) *Working Models of Attachment in Psychiatrically Hospitalized Adolescents: Relation to Psychopathology and Personality*. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.

ROU (2007). *Ley N° 18.211 SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD*. Montevideo, Uruguay.

Saldombide, R. (2018). *El discurso y las prácticas pediátricas sobre la lactancia como promotora del vínculo temprano. Estudio de caso en un centro de segundo nivel de atención de la salud de ASSE*. Montevideo, Facultad de Psicología-UDELAR.

Schwarz, P. (2009). *La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. Argumentos, revista de crítica social*. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20100331030729/6.pdf>

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Ed.Paidós, España.

UNICEF (2012). *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. 0 a 3*. Buenos Aires, Fundación Kaleidós.

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (1958). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Horme.

Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Granica

Winnicott, D. (1986). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Horme.

<https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>

<https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>

7-ANEXOS

7.1 Protocolo de entrevista

Datos sociodemográficos:

Género: Edad:

Formación Años de egreso:

Año de comienzo de ejercicio de su profesión

Año de ingreso a la policlínica:

Formación específica en Embarazo y Puerperio:

Formación específica en Vínculo Temprano:

Encuadre de la entrevista:

Esta entrevista es en el marco del proyecto de investigación “Prácticas y concepciones de los técnicos en un primer nivel de atención, acerca del abordaje del vínculo temprano. Estudio de caso en una policlínica de ASSE de Paysandú” que se realiza en el marco de la Especialización en Psicología en Servicios de Salud de la Facultad de Psicología-Universidad de la República. Se estima que el tiempo de duración de la entrevista será de una hora. La misma será grabada para un mejor tratamiento de la información y posteriormente desgravada para su transcripción y análisis.

Al finalizar las mismas se garantiza un espacio para conversar sobre la experiencia, las movilizaciones afectivas, las interrogantes o dudas en relación al estudio que puedan aparecer en el proceso.

Los datos personales del/los participante/s serán debidamente protegidos de forma confidencial. Para ello se tomarán todos los recaudos necesarios para proteger su identidad, no siendo identificados en ningún informe ni publicación posterior.

Preguntas

¿Qué entiende usted por Atención Primaria en Salud? ¿Considera que este enfoque se está implementando en esta policlínica? ¿De qué forma?

¿Qué entiende usted por Vínculo Temprano? ¿Qué relevancia considera usted que tiene el abordaje de este tema? ¿Considera que es una tarea que corresponde al Primer Nivel de Atención?

¿Ha recibido alguna capacitación acerca del abordaje de este tema? ¿Han implementado en esta policlínica algún programa de abordaje del Vínculo Temprano?

¿En la consulta se indaga acerca del Vínculo Temprano? ¿De qué forma lo realiza y con qué finalidad?

¿Qué indicadores tiene en cuenta para conocer cómo se está desarrollando ese vínculo? ¿Qué características entiende usted que debería tener un Vínculo Temprano Saludable?

¿Encuentra alguna relación entre las características del Vínculo Temprano y el desarrollo del niño/a?

7.2- HOJA DE INFORMACIÓN

Investigadora a cargo: Res. Lic. Victoria Rojas

Referente Institucional Servicio Comunitario de Salud Mental de Paysandú: Dra. Mariela Oneto

Referentes Académicos: Prof. Adj. Mag. Silvana Contino (Programa de Residentes Facultad de Psicología), Prof. Agda. Gabriela Etchebehere (Tutora)

Usted ha sido invitada/o a participar de la investigación que lleva por título:

“PRIMERAS MIRADAS. Abordaje del Vínculo Temprano en el Primer Nivel de Atención.”

El mismo es parte de un trabajo enmarcado dentro de la Especialización en Psicología en Servicios de Salud y del programa de Practicantes y Residentes en convenio de ASSE y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Hemos diseñado este estudio con el objetivo de conocer las prácticas y concepciones en relación a la temática de los Vínculos Tempranos, presentes en los técnicos de un equipo de Primer Nivel de Atención del interior del país. Por lo cual hemos invitado a participar del mismo a técnicos de las siguientes disciplinas: Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Enfermería, seleccionadas por la cercanía con la temática en su trabajo cotidiano.

Dicho proyecto implica el manejo de ciertos datos, procesamiento de los mismos y evaluación de resultados. Los datos son obtenidos a través de la participación de los técnicos seleccionados a tales fines. Antes de decidir si participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el proyecto y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Su participación en esta investigación es **voluntaria**. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar, aún cuando haya aceptado antes.

Si accede a formar parte de este estudio, participará de una instancia de entrevista.

Algunas preguntas posibles de la entrevista estarán centradas en el tema del Vínculo Temprano y su abordaje desde su rol.

Según indican estudios similares, participar de esta investigación no conlleva riesgos, pero teniendo en cuenta que los técnicos de la salud forman parte del grupo de trabajadores que según declara la Organización Internacional del Trabajo, pueden estar expuestos a diferentes riesgos psicosociales, si ésto ocurriera se procederá a interrumpir el intercambio, abriéndose un nuevo espacio de escucha atenta, que permita brindar las orientaciones psicológicas correspondientes. Será competencia y responsabilidad del investigador responsable brindar este espacio, así como el de establecer el seguimiento de su situación.

Por otro lado, se entiende que participar de estos intercambios puede tener beneficios directos para usted, ya que contar con un espacio desde donde poder reflexionar sobre la práctica laboral, permite redimensionar las capacidades puestas en juego cotidianamente.

El encuentro de una hora de duración estimada será grabado (audio), para luego transcribir y poder analizar lo que en este espacio se haya expresado. Sus datos serán identificados a través de un código y **no será utilizado su nombre**, manteniéndose la información en estricto anonimato. En caso de utilizar algunas de sus expresiones en artículos de divulgación científica, las mismas mantendrán las normas de **confidencialidad** que establece la ley 18.831, la que garantiza la protección de su identidad.

En caso de no aceptar la invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

Si decide participar en el proyecto puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el equipo no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. En este caso, la información obtenida hasta el momento no será utilizada para dicho Proyecto.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al equipo responsable.

La información obtenida en este estudio a través de distintos medios (escrito y/o electrónico), que implique la identificación de la identidad de sus participantes, se mantendrá dentro de una actitud de **confidencialidad** y **anonimato**.

Usted también tendrá acceso al **Comité de Ética en Investigación** de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio, a través de algunos de los integrantes que conforman dicho Comité.

Al momento de tener los resultados finales del proyecto se realizará una devolución de los mismos a las participantes.

Firma Responsable de Investigación _____

Aclaración: _____

Teléfono de contacto: 098232675

Correo electrónico: lic.victoriarojas@gmail.com

Firma Participante: _____

Aclaración: _____

7.3- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada/o a participar de la investigación que lleva por título:

“PRIMERAS MIRADAS. Abordaje del Vínculo Temprano en el Primer Nivel de Atención.”

El mismo es parte de un trabajo enmarcado dentro de la Especialización en Psicología en Servicios de Salud, que brinda la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Tiene como principal objetivo conocer las prácticas y concepciones en relación a la temática del Vínculo Temprano, presentes en los técnicos de un equipo de primer nivel de atención, por lo cual se invitó a participar de este estudio a profesionales de la salud de las siguientes disciplinas: Pediatría, Obstetricia, Enfermería y Ginecología.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar, aún cuando haya aceptado antes. Si accede a formar parte de este estudio, participará de una instancia de entrevista

Algunas preguntas posibles de la entrevista estarán centradas en el tema del Vínculo Temprano y su abordaje desde su rol. Según indican estudios similares, participar de esta investigación no conlleva riesgos, pero teniendo en cuenta que los técnicos de la salud forman parte del grupo de trabajadores que según declara la Organización Internacional del Trabajo, pueden estar expuestos a diferentes riesgos psicosociales. Si esto ocurriera se procederá a interrumpir el intercambio, abriéndose un nuevo espacio de escucha atenta, que permita brindar las orientaciones psicológicas correspondientes. Será competencia y responsabilidad del investigador responsable brindar este espacio, así como el de establecer el seguimiento de su situación.

Por otro lado, se entiende que participar de estos intercambios puede tener beneficios directos para usted, ya que contar con un espacio desde donde poder reflexionar sobre la práctica laboral, permite redimensionar las capacidades puestas en juego cotidianamente.

El encuentro de una hora de duración estimada será grabado (audio), para luego transcribir y poder analizar lo que en este espacio se haya expresado. Sus datos serán identificados a través de un código y no será utilizado su nombre, manteniéndose la información en estricto anonimato. En caso de utilizar algunas de sus expresiones en artículos de divulgación científica, las mismas mantendrán las normas de confidencialidad que establece la ley 18.831, la que garantiza la protección de su identidad.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar a continuación:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el proyecto pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar.

Firma Responsable de la Investigación

Firma Participante

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Fecha: Paysandú, _____