

EL CUIDADO DEL VÍNCULO MADRE-HIJO QUE REALIZAN LICENCIADOS ENFERMEROS DE CENTROS DE SALUD PÚBLICOS DE MONTEVIDEO.

Laura Fascioli¹

(Versión Abreviada)

Resumen

A partir de numerosos estudios se comprobó que el desarrollo de un buen vínculo madre-hijo configura una base segura que ayuda al niño a enfrentar las contingencias de la vida y que su distorsión interviene en la aparición de variadas patologías. Los cuidados de enfermería que se realizan para promover y proteger el desarrollo de una relación madre-hijo sana contribuyen a prevenir problemas de salud que hoy son acuciantes como el crecimiento de la pobreza y su infantilización; desamparo de los seres más vulnerables; recrudescimiento de la violencia familiar; prostitución infantil y aumento de patologías principalmente psico-sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que ellos aumentaran en los próximos años y señala que los recursos humanos destinados a salud mental – entre ellos los enfermeros profesionales - son escasos y no se poseen datos suficientes sobre su cantidad y formación tanto en salud mental como en atención primaria. El objetivo del presente trabajo (estudio exploratorio-descriptivo) es caracterizar una muestra de licenciados enfermeros del sector público de Montevideo e investigar a través de su relato, como es su práctica de cuidado del vínculo madre-hijo y cuales son los conocimientos que la fundamentan. Los datos obtenidos (por entrevistas semi-estructuradas y cuestionario), analizados cuanti- cualitativamente e interpretados según marco referencial, permiten decir que se trata de un grupo mayoritariamente femenino, envejecido, con muchos años de trabajo, con escasos conocimientos teóricos y muchos experienciales, que presentan dificultades en su práctica por falta de investigación, limitaciones de índole institucional y social y estancamiento profesional. El cuidado del vínculo madre-hijo no es considerado oficialmente un aspecto a tener en cuenta en el modelo de salud uruguayo.

Palabras clave: Vínculo / cuidados / salud mental / enfermería materno-infantil

THE NURSING CARE OF THE NATURAL BOND BETWEEN MOTHER AND CHILD THAT IS PERFORMED BY NURSES OF STATE HEALTH-SERVICES IN MONTEVIDEO.

Summary

Having numerous studies as basis, it has been proved that the development of a good bond between mother and child, provides a safe base that helps the child face life contingencies, its deprivation has high incidence in the appearance of different pathologies. Nursing cares made to promote and protect the healthy development of the mother-child relationship, contribute to the prevention of problems with health. This situation needs to be solved urgently. There are: impoverishment rising figures with their enormous incidence on children, the abandonment of the most vulnerable, recrudescence of familiar violence, children's prostitution, and so the increase of pathologies, mainly the psico-social ones. WHO foresees they will increase the following years and points that human resources for mental health - among them nurses - are not sufficient, and they do not have enough data about its quantity and training in mental health treatment and primary attention.

The aim of this work (exploratory-descriptive study) is to characterize a sample of nurses of the public sector in Montevideo and investigate through their statements about their mother-child care practices and what is the knowledge they base their work on. The information obtained (through semi-structured interviews and questionnaire), analyzed in quantity and quality and interpreted within a frame of references, allow us to say we are talking about a group of elder women with lot of working experience but with little theoretical knowledge. They show difficulties in practice because of lack of investigation, institutional and social limitations and also lack in professional development.

¹ Licenciada en Enfermería. Licenciada en Psicología. Master en Salud Mental. Especialista en Administración. Directora de Departamento de la División Enfermería del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República (Uruguay). e-mail: laurafascioli@hotmail.com lfasciol@hc.edu.uy

The bond between mother and child is not officially considered as an aspect to be taken into account in the Uruguayan Health system model.

Key words: bond / care / mental health / mother-child nursing

O ATENDIMENTO EM ENFERMAGEM DO VÍNCULO MÃE-FILHO REALIZADO PELOS GRADUADOS DE CENTROS DE SAÚDE PÚBLICOS DE MONTEVIDÉU

Resumo

A partir de numerosos estudios, comprovou-se que o desenvolvimento de um bom vínculo mãe-filho configura uma base segura que ajuda a criança a enfrentar as contingências da vida e que sua distorsão intervém no aparecimento de variadas patologias. O atendimento em enfermagem que se realizam para promover e proteger o desenvolvimento de uma relação saudável mãe-filho contribuem para prevenir problemas de saúde que hoje são agudos como o crescimento da pobreza e sua infantilização; desamparo dos seres mais vulneráveis; recrudescimento da violência familiar; prostituição infantil e aumento de patologias principalmente psico-sociais. A OMS prevê que eles aumentarão nos próximos anos e assinala que os recursos humanos destinados à saúde mental –entre eles os enfermeiros profissionais- são escassos e não se possui dados suficientes sobre sua quantidade e formação, tanto em saúde mental como em atendimento primário. O objetivo do presente trabalho (estudo exploratório-descritivo) é caracterizar uma amostra de graduados em enfermagem do setor público de Montevideo e investigar através de seu relato, como é sua prática de cuidado do vínculo mãe-filho e quais são os conhecimentos que a fundamentam. Os dados obtidos (por entrevistas semi-estruturadas e questionário), analisados quanti-qualitativamente e interpretados segundo um marco referencial, permitem dizer que se trata de um grupo majoritariamente feminino e envelhecido, com muitos anos de trabalho, com escassos conhecimentos teóricos e muita experiência, que apresentam dificuldades em sua prática por falta de investigação, limitações de caráter institucional e social e estancamiento profesional. O cuidado do vínculo mãe-filho não é considerado oficialmente um aspecto a ser levado em conta no modelo de saúde uruguaio.

Palavras clave: Vínculo / cuidados / saúde mental / enfermagem materno-infantil

Introducción

La inmadurez, incompletud e indefensión del ser humano al nacer lo hacen depender de otro que lo cuide, le de amparo, le permita llegar a ser. Habitualmente es la madre biológica quien brinda esos cuidados; pero no siempre es así, en su ausencia la función maternizante la

debe cumplir otra persona, pues sino irremediabilmente el bebe muere. Algo similar ocurre a cualquier individuo en momentos de vulnerabilidad, de fragilidad, de desamparo, en donde la presencia de alguien que se haga cargo, que cuide, es lo que puede satisfacer las necesidades básicas de la vida y aliviar la angustia de la soledad.

La importancia del cuidado como práctica social no necesita ser fundamentada, simplemente es indispensable. Sin embargo a lo largo de la historia se le ha dado más o menos importancia hasta el momento actual en que se la desvaloriza tanto que desaparece de la percepción de la mayoría de las personas: se ha vuelto invisible. Esta situación parece responder a varias causas, una de las cuales tiene que ver con el lugar social ocupado por la mujer, pues en la mayoría de las sociedades y a lo largo de la historia se han considerado las actividades de cuidado como tareas inherentes al sexo femenino. Los trabajos de la mujer relacionados con sus "aptitudes femeninas" se consideran naturales y no se valoran en términos de dinero aún cuando quienes los realizan perciban un salario. Cuanto mas se parecen a los quehaceres domésticos menos se valorizan y remuneran. No se hace un reconocimiento explícito del esfuerzo y el tiempo que ellos implican. Por otra parte, en el momento actual, los cambios económico-sociales producto de la aplicación del modelo neoliberal, han conducido a la fragmentación de la sociedad, el desvínculo, el individualismo, la competencia, la violencia, la alienación y la pérdida de amor y preocupación por el prójimo. El cuidado de la naturaleza y de las personas se realiza desde una concepción utilitaria pues se le da importancia si genera ganancia; todo es considerado pasible de ser mercancía. En Uruguay la desestructuración del Estado Benefactor que antes asumía una parte del cuidado de las personas, ha depositado en la familia (especialmente en la mujer) toda la responsabilidad del cuidado y la procreación sin proveer de los recursos necesarios. Al mismo tiempo los cambios económico-sociales condujeron a una labilización de la estructura familiar que significa, entre otras cosas, una pérdida de la capacidad de continencia hacia sus miembros más frágiles. El aumento del número de horas que las personas deben dedicar a lograr su subsistencia limita los intercambios familiares. El descenso de los salarios y el aumento del desempleo además de deteriorar las condiciones de existencia, generan emigración, principalmente de hombres jóvenes, quedando solas las mujeres como responsables del cuidado y manutención de los hijos y de otros integrantes de la familia. El resquebrajamiento familiar y la desesperanza y frustración cotidianas tienden a promover violencia en la que se victimiza a los miembros más débiles del grupo y genera personas frágiles, vulnerables, desamparadas, destructivas y autodestructivas.

Pese al sistema económico-social dominante y tal vez a causa del mismo, las poblaciones van adquiriendo progresiva conciencia de sus derechos como seres humanos – entre ellos el derecho a la salud - reclaman por ellos y generan sus propios sistemas de vida, en donde los valores comienzan a ser distintos que los impuestos por el sistema. Tratan de tejer redes solidarias entre amigos,

vecinos, compañeros de trabajo en las que también participan algunos trabajadores de la salud para dar apoyo a aquel que lo necesita. A veces algunas redes no responden a valores solidarios y altruistas sino que se unen en el uso de conductas delictivas que les permitan sobrevivir, siendo habitual que adopten comportamientos violentos con los otros y con ellos mismos.

En los niveles sociales que poseen más recursos, también se producen cambios en las formas de relación que implican desvínculo, fragmentación y desamparo. La competencia, el individualismo, la exigencia excesiva, la búsqueda de perfección, el endeudamiento consumista van ayudando a conformar un tipo de persona estresada, desafectivizada, mecanizada, sola, capturada en la fascinación de lo virtual, necesitada también de un cuidado del que muchas veces no es consciente. Estos cambios del tejido social van generando transformaciones en la subjetividad. La complejidad, velocidad y masividad de los procesos no han permitido que se tenga aún una idea clara del tipo de modificaciones del psiquismo pero sí se ha constatado un aumento mundial de las enfermedades mentales, entre las cuales: depresiones, intentos de autoeliminación, suicidios, adicciones, ataques de pánico, trastornos de la personalidad, enfermedades psicosomáticas, trastornos de la alimentación, etc.

La situación de la salud mental en Uruguay no ha sido aún completamente estudiada desde una perspectiva epidemiológica y el sistema de atención hegemónico no da respuesta suficiente ni planificada a las enfermedades mentales. Al producirse el retorno a la democracia, luego del periodo dictatorial (1973-1984), hubo un intento de avance hacia un modelo interdisciplinario y comunitario, pero cuando se comienza a aplicar el modelo neoliberal (ca.1990) y en consecuencia el Estado va reduciendo su lugar de garante de los derechos sociales, las políticas de salud comienzan a perder de vista a las personas como destinatarios lógicos de sus propósitos asistenciales y se deslizan hacia un concepto mercantil de la salud. La atención queda librada al mercado, se configuran grupos empresariales muy fuertes y la participación del Estado se reduce a la asistencia de los llamados "indigentes". La disminución en la entrega de recursos a los organismos de salud estatales, el surgimiento de seguros médicos privados y la desfinanciación de las instituciones de asistencia privadas, ha aumentado la inequidad de las prestaciones y un alto porcentaje de personas ha quedado sin atención de ningún tipo; los sectores más pobres acceden a servicios pobres y los sectores más ricos acceden a servicios ricos con alta capacidad tecnológica, aunque no por ello de mejor calidad. Por otra parte se ha vigorizado el modelo de atención a la salud dominante hegemonizado por la medicina en el cual prevalecen características reduccionistas, mecanicistas, biologicistas, y que está centrado en el diagnóstico de enfermedad y el tratamiento individual predominantemente farmacológico, al cual se han agregado últimamente los criterios del "management" desplazando los objetivos humanitarios de atención y cuidado universales y equitativos hacia los del logro de la excelencia a través de una "tecnología de punta" para los sectores

económicamente pudientes. La Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Atención Primaria han quedado sólo en un discurso justificador de algunas acciones fragmentarias que intentan ser preventivas pero que se apoyan también en la mercantilización de técnicas diagnósticas cada vez más sofisticadas que permiten la detección anticipada de algunas enfermedades pero no logran la comprensión global de los complejos problemas de salud, tanto de personas como de grupos.

Dentro de este contexto, el cuidado del vínculo madre-hijo cobra importancia como práctica destinada a promover la salud y prevenir las enfermedades mentales. La forma en que se va desarrollando la relación temprana entre la madre y su niño es fundamental para la construcción de la personalidad, pues configura un tejido de sustentación, "una base segura" al decir de J. Bowlby (1), donde el niño puede apoyarse con más o menos firmeza para crecer y desarrollarse, lo cual no significa que dicha relación sea la única determinante en la complejísima y multideterminada construcción de la personalidad, pero es la base sobre la que se construyen otras relaciones y la forma de instalarse en el mundo. La madre vehiculiza a través de una transcripción particular propia las prohibiciones y prescripciones sociales del momento histórico y cumple con una función contenedora, amparadora, que capta las ansiedades más profundas del niño y se las devuelve en un lenguaje comprensible y tranquilizador que le va ayudando a introducirse en el mundo humano. Cuando la madre no puede cumplir con esta función el bebé queda con un excedente de ansiedades que lo hunde en lo que W. Bion llamó "terror sin nombre" y le genera una base de sufrimiento, angustia y temor sobre la cual pueden llegar a construirse distintas patologías más o menos graves. Si la madre, que debe amparar a su bebé para que pueda llegar a ser persona, no es a su vez amparada y cuidada en ese momento vital vulnerable, puede enfermar y en muchos casos arrastrar tras ella a su hijo. Las necesidades del par madre-hijo durante la gestación y el puerperio deberían poder ser comprendidas no desde un modelo que transforma a la mujer y al niño en pacientes a ser atendidos en un medio hospitalario, sino desde un modelo socio-cultural que les permita ser ellos mismos en ese momento crítico, en su propio contexto y desde sus propios deseos, ayudados y apoyados en su vulnerabilidad por alguien que los cuide sabiendo como hacerlo. En esa función de cuidado está Enfermería. Sin necesidad de tecnología sofisticada, con su herramienta de trabajo fundamental - su propia persona - y con conocimientos teóricos y experiencia que le permiten actuar con seguridad y humanidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) entiende que los trastornos mentales son responsables de una proporción considerable de las discapacidades y de la morbilidad en el mundo y prevé que aumenten en los años venideros. Pese a ello, agrega, los recursos destinados a la salud mental son insuficientes en casi todo el mundo. Recomienda mejorar los recursos humanos tanto en cantidad como en calidad y señala que para lograrlo es fundamental disponer de una información exacta acerca de los

existentes ya que considera paradójico que pese a contar con mucha información sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y de la carga que ellos representan para la salud mundial apenas si se tienen datos sobre los recursos disponibles para hacerles frente. También expresa que aunque el 87% de los países ha identificado la salud mental como actividad de atención primaria sólo el 59% forma profesionales y técnicos según esta concepción y que hay insuficiencias en la implementación de programas de salud mental, sobre todo para poblaciones especiales como niños y ancianos. El grupo de Directores de Salud Mental de los Ministerios de América Latina (5) recomienda que hay que resaltar las acciones de promoción y prevención en salud mental, siendo una de las medidas más efectivas la educación de la mujer ya que algunos de los cambios conductuales de la población que tienen altos efectos negativos sobre la salud son el recrudecimiento de la violencia social, familiar y el desamparo de los niños, a lo cual se suma el aumento desmesurado de la pobreza. Agrega este grupo que hay algunas situaciones que se caracterizan por ser más viables de abordar y tener resultados más efectivos, como la promoción del desarrollo psicosocial infantil a través de programas de salud mental y materno-infantiles actuando en forma conjunta y coordinada.

La escasa investigación existente en Uruguay en relación a los temas antedichos dio origen a las siguientes preguntas, ¿el cuidado del vínculo madre-hijo es considerado como un aspecto a tener en cuenta en el sistema de atención a la salud en Uruguay?; ¿se lo considera desde una estrategia en atención primaria? ¿se encuentra normatizado?, ¿se ocupan los licenciados enfermeros de dicho cuidado en su práctica cotidiana?, ¿lo consideran una actividad propia?, si lo hacen, ¿en qué conocimientos fundamentan sus acciones?, ¿qué modelos de atención subyacen a sus prácticas?.

En la búsqueda de respuestas a dichas interrogantes surgieron los siguientes objetivos:

a) a nivel general:

estudiar la forma en que llevan a cabo los cuidados del vínculo madre-hijo durante el período gestacional y puerperal licenciados enfermeros que trabajan en centros de salud públicos que brindan atención materno-infantil en Montevideo y en que conocimientos fundamentan sus prácticas.

b) a nivel específico:

caracterizar a los profesionales de la muestra que desarrollaron su actividad en centros de salud públicos durante el período marzo-noviembre 2003.

estudiar cuales son los conocimientos en que dichos profesionales fundamentan las prácticas que realizan y de que forma los adquirieron.

conocer a través de su relato como llevan a cabo las prácticas de cuidado del vínculo madre-hijo durante el período gestacional y puerperal.

Método

1. Delineamiento del estudio

A través de la revisión bibliográfica realizada se observó la ausencia de información en Uruguay acerca del tema abordado. Se trata, entonces, de una investigación pionera –estudio exploratorio descriptivo– que al recolectar, articular y analizar información sobre el tema, busca aportar elementos teórico-prácticos al conocimiento enfermero.

1.1- Definición de las variables consideradas

Se definieron las siguientes variables: cuidado, vínculo temprano madre-hijo,

1.2- Población en estudio

La muestra seleccionada constituye lo que se denomina muestra no probabilística de tipo intencional que Padua (6) define como producto de la selección de casos según el criterio de algún experto, no generalizable pero que resulta de gran importancia en las etapas exploratorias de la investigación, sobre todo si se utiliza para comprender fenómenos y situaciones específicas que posibiliten un posterior estudio en profundidad.

Tomando en consideración lo mencionado en los párrafos anteriores se pasó a la elección de los licenciados enfermeros y las instituciones. Se entrevistaron 25 licenciados enfermeros de una población de ca. 35 y se visitaron 17 centros de salud: el Servicio de Atención Materno-Infantil del Hospital Militar; la Policlínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario; 5 Centros de Salud pertenecientes al MSP; 6 Policlínicas pertenecientes a la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y 4 Centros de Atención Materno-Infantil pertenecientes al Banco de Previsión Social (BPS).

1.3- Instrumentos para la colecta de datos y procedimientos

1.3.1- Fuentes de información primarias:

Entrevistas - Las entrevistas realizadas fueron semi estructuradas ya que las mismas posibilitan, a los entrevistados, expresarse con libertad sobre el tema pero con una cierta guía de preguntas que impide que la narración se desvíe del objetivo central y al investigador captar la situación como un todo, percibir conductas, tonos de voz, gestos y actitud general del entrevistado en relación al tema. Se realizaron entrevistas a informantes clave; a las Profesoras de las cátedras Materno-Infantil y de Salud Mental del Instituto Nacional de Enfermería (INDE); a la Presidenta del Colegio de Enfermeros del Uruguay (CEDU) y a los 25 licenciados enfermeros de la muestra.

Cuestionario - Se confeccionó un cuestionario para ser aplicado a los 25 licenciados enfermeros de la muestra a fin de obtener respuestas más precisas para su caracterización como grupo profesional. Se tuvo en cuenta que podía llegar a presentar desventajas en el caso de que no fuera contestado en el tiempo y forma requeridos, por esta razón se resolvió que fuera aplicado por la investigadora en el mismo encuentro fijado para realizar la entrevista.

Segunda sección

Testado de instrumentos - Los instrumentos utilizados fueron puestos a prueba a través de una experiencia piloto que se realizó en el piso de internación de la Clínica Obstétrica y Ginecocológica del Hospital Universitario durante un mes.

1.3.2- Fuentes de información secundaria:

Literatura - Se realizó una búsqueda por Internet y se revisó literatura en bibliotecas públicas y privadas de Montevideo, abarcando un período de los últimos 10 años y considerando publicaciones nacionales e internacionales realizadas por enfermeros universitarios de países anglosajones² y latinoamericanos.

Se revisaron documentos oficiales de organismos internacionales y nacionales (gubernamentales y no gubernamentales) referidos a Normas, Ordenanzas y Reglamentos relacionados con el cuidado del vínculo madre-hijo; se revisaron el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería (INDE, 1993) y los programas vigentes de las Cátedras Materno-Infantil y de Salud Mental.

2. Procedimiento

Se inició el procedimiento enviando notas a las instituciones seleccionadas, solicitando autorización a sus autoridades para realizar las entrevistas y aplicar el cuestionario, y notas a cada uno de los licenciados enfermeros seleccionados explicando las características del trabajo y solicitando su colaboración con el mismo. Nadie se opuso a participar.

La aplicación de los cuestionarios y la realización de las entrevistas a los 25 licenciados enfermeros de la muestra se efectivizó en un lapso de 9 meses; todo el proceso fue realizado por la investigadora en los lugares de trabajo para poder observar el contexto laboral.

Se realizó un primer ordenamiento de la información obtenida a través de un análisis y categorización del contenido de las entrevistas y una clasificación de los datos del cuestionario. La información estaba completa; no hubo necesidad de volver al trabajo de campo. Una vez ordenados, depurados y analizados los datos cuantificables (tanto del cuestionario como de las entrevistas), se procesaron sistematizándolos a través de dos programas informáticos: *Microsoft Excel 97* y *Statística 98, edition 1984-1998*. El análisis cualitativo del material de las entrevistas se realizó siguiendo los lineamientos de los objetivos del trabajo a través de los siguientes pasos: detección de unidades de análisis significativas, análisis, síntesis e interpretación de acuerdo al marco conceptual-referencial.

3. Resultados y comentarios

3.1. Datos generales

Los datos recabados permiten caracterizar a los licencia-

dos de la muestra expresando que predomina ampliamente el sexo femenino (88%). En su mayor parte provienen del Interior del país (68%) y uno solo procede del extranjero. La mayoría (60%) estaba casada en tanto que un 20% permanecían solteros; un 12% estaban divorciados, un 4% habían establecido unión libre y un 4% eran viudos. El 72% tenían hijos, siendo la media de 1.6 hijos por licenciado.

Respecto a la edad el 44% de los licenciados se encontraba en edades entre los 50 y 60 años, con una media de 48 años y una moda de 57.5. Se observa en el gráfico 1 que la distribución de edades se desvía a la derecha. Este dato, junto con el aumento de la media y la moda en relación al censo de enfermeros profesionales de 1993 (7) para Montevideo habla de un envejecimiento de la fuerza laboral de licenciados en enfermería en los centros de salud públicos que puede deberse a varias causas y que merecería ser motivo de investigación. Entre las posibles causas se podrían plantear, emigración de los jóvenes; política de reducción del Estado con poco o ningún ingreso a nuevos cargos en el sector Salud, eliminación de cargos de licenciados en el MSP durante la dictadura, nueva Ley Jubilatoria que posterga la edad de retiro, política nacional de gobierno que no se orienta al crecimiento de los recursos humanos, modelo de salud que no considera a los licenciados enfermeros en sus programas.

En el gráfico 2, que corresponde al año de ingreso al cargo, se observa que en la distribución de valores la mínima cantidad de ingresos se produjo entre los años 1975-1990 y la máxima cantidad entre 1965-1970. Se observa también una depresión central que señala que entre los años 1975-1979 y 1985-1990 no se produjeron ingresos y entre 1980-1984 se produjeron 2 ingresos. En el gráfico 3, año de egreso de grado de la institución formadora, se observa que entre 1970-1989 se produjeron 4 egresos; entre 1985-1989 no se produjeron egresos y la mayor cantidad de ellos se produjo entre 1965-1969 y 1995-1999.

Si se comparan los gráficos 1, 2 y 3 se observa una depresión central similar en las tres curvas, la cual corresponde al período 1975-1990, años de dictadura en Uruguay. Se puede pensar que la escasez de licenciados en la franja etaria 35-50 años puede estar relacionada con dicho proceso y con los exilios económico y político, prisión, destituciones, exoneración de la función pública y cierre de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE).

El 44% de los licenciados de la muestra se encontraba trabajando, en el momento del estudio, entre 35 y 40 horas semanales en el área materno-infantil, con una media de 33 horas semanales. Sólo se contabilizó el número de horas que trabajaban en la especialidad materno-infantil y no se tuvo en cuenta la realización de horas extras. Las instituciones con las que se trabajó no tienen todas la misma cantidad de cargos para licenciados enfermeros, lo

² Se eligieron los países anglosajones pues es donde se han realizado más estudios sobre el cuidado del vínculo madre-hijo; se han elaborado instrumentos de evaluación del desarrollo vincular; los autores que han investigado sobre el tema son los que más han sido utilizados como referentes teóricos por los enfermeros universitarios latinoamericanos y porque en esos países se han propuesto modelos de atención de enfermería relacionados con la asistencia materno-infantil.

cual se relaciona, entre otras cosas, con la política de cada una de ellas en lo que respecta al grado de profesionalización que consideran necesario para brindar una atención de enfermería de calidad. El MSP designa un licenciado por centro en un único turno de 5 ó 6 horas diarias, con horario flexible, pero no todos cuentan con licenciados enfermeros. Los sistemas de la IMM y del BPS son similares al del MSP ya que mayoritariamente también designan un licenciado por centro con la misma cantidad de horas diarias de trabajo, pero el BPS en algunos casos designa más de un licenciado por centro. En el Hospital Universitario y en el Hospital Militar, dada la existencia de una estructura de enfermería organizada como departamento (H. Militar) o división (H. de Clínicas), además de los licenciados enfermeros operativos ejercen sus funciones, jefes de sector, de servicio (supervisores) y en el caso del Hospital Universitario directores de departamento y de división. En el Hospital Militar el director del Departamento de Enfermería es un médico. La IMM y el BPS no cuentan con departamentos de enfermería; los licenciados y auxiliares dependen administrativamente del servicio de atención a la salud (IMM) el cual está dirigido por un médico o de una gerencia de salud (BPS) dirigida también por un médico. La División Enfermería del Hospital Universitario cuenta con un director que es licenciado enfermero. El MSP durante el período estudiado, se encontraba en vías de transformación y a causa de ello se anuló el departamento de enfermería y sus integrantes pasaron a depender de un director médico. Por lo demás los tipos de cargo que estaban ocupando los licenciados de la muestra eran en su amplia mayoría (68%) cargos de ingreso. En este porcentaje se consideró un licenciado que ocupaba un cargo de auxiliar de enfermería pero cumplía funciones de licenciado y los cargos de coordinador que son también cargos de ingreso (por su salario y ubicación en el escalafón) aunque varían algunas funciones. Los cargos de ascenso los ocupaban el 32% de los licenciados de la muestra.

Los licenciados enfermeros que estaban trabajando en dos instituciones en el momento del estudio representan un 52% del total de la muestra, lo cual es un porcentaje significativamente mayor al que aparece en el Censo - 33.2% (7). De ese 52%, el 28% trabajaba en otra institución pública. Respecto a la cantidad de años de trabajo en el cargo, la media se ubica en 18.88 años y la mediana en 19 años. Agrupados en rangos, el mayor porcentaje de licenciados (44%) se ubica en el grupo 1 a 10 años; luego le sigue el grupo 30 a 40 años (32%) y un licenciado hacía más de 40 años que estaba trabajando.

3.2 Formación académica

En lo que tiene que ver con la formación de grado el 44% obtuvo al egresar el título de licenciado enfermero y el 56% obtuvo otros títulos: 36% nurse y 20% enfermero universitario. Esta variación en los tipos de título se debe a la existencia simultánea de la EUE y de la escuela de nurses Dr. Carlos Nery antes del período dictatorial; el cierre de la EUE y la creación de la Escuela Universitaria Dr. C. Nery durante la dictadura y la reapertura de la EUE,

luego INDE al retornar el sistema democrático de gobierno. Es un dato a tener en cuenta al analizar el nivel de formación de los licenciados de la muestra por la variación en los planes de estudio.

En cuanto a la formación de posgrado, el 64% de los licenciados de la muestra realizó diversos tipos de cursos: el 40%, relacionado con atención primaria y el 8% con salud mental. Un licenciado estaba realizando Maestría en Salud Mental, otro Maestría en Administración y ninguno Maestría en Atención Primaria. En lo que tiene que ver con cursos de posgrado sobre atención primaria, salud mental, atención de niños y gineco-obstetricia se observa que el porcentaje mayor (24%) accedió a los de esta última especialidad.

3.3 Conocimientos

La totalidad de los licenciados de la muestra expresaron poseer conocimientos teóricos sobre cuidado del vínculo madre-hijo adquiridos en su formación de pre y posgrado y durante su experiencia laboral, pero dijeron no poder acrecentarlos pues no tienen tiempo de leer ni de estudiar. Al preguntarles acerca de si podían definir lo que es un modelo de enfermería, el 56% pudo hacerlo expresando un concepto claro y preciso, un 4% dio un concepto incompleto y un 40% no pudo conceptualizar lo que es. Fueron varios los modelos nombrados; el 32% expresó aplicar en su trabajo los lineamientos del Modelo de D. Orem (tabla 1). Ninguno nombró los modelos relacionados con la atención materno-infantil de K. Barnard y R. Mercer (8).

En cuanto a conocimientos sobre literatura específica expresaron conocer muy pocos autores y trabajos. Dos nombraron autores extranjeros y uno a un investigador uruguayo (tabla 2).

Al estudiar cuales eran los conocimientos sobre el tema, se encontró que el 32% de los licenciados poseía un concepto claro y completo acerca de lo que es vínculo madre-hijo, un 48% dio un concepto incompleto y un 20% expresó no saber definirlo. En cuanto al concepto de apego, el 36% pudo definir con precisión lo que es, el 52% dio una definición incompleta y el 12% no supo definirlo. Ninguno se refirió a la Teoría del Apego de J. Bowlby (1). En lo que tiene que ver con formación de la personalidad el 60% conocía de manera incompleta como ella se constituye, el 12% no lo sabía y el 28% pudo expresar con claridad de que manera se va configurando. Sin embargo la mayoría (68%) le confirió una importancia fundamental al vínculo madre-hijo en la construcción de la personalidad; un 12% señaló que era muy importante; un 20% lo consideró importante y ninguno dijo que no fuera importante. Cuando se les preguntó si conocían las conductas normales de la interacción madre-recién nacido, el 60% dijo no conocerlas. Sin embargo al preguntarles que conductas normales se producían entre la madre y su hijo todos nombraron por lo menos una (gráfico 4). Las más nombradas fueron las que se relacionan con las actividades proximales (lactar, tocar).

La mayoría de los licenciados (88%) dijo no conocer conductas ni de la madre, ni del niño, ni del binomio que

podieran estar expresando la existencia de una distorsión vincular entre ambos. Sin embargo estas respuestas no son concordantes con lo que dijeron respecto a las actividades de cuidado que realizan, entre las cuales está la observación de conductas que podrían poner de manifiesto la existencia de una distorsión vincular: el 52% expresó observar la evolución del vínculo en su actividad diaria y el 60% detectar distorsiones vinculares. El 68% expresó conocer patologías en salud general y mental relacionadas con una alteración vincular temprana. Las patologías más nombradas fueron: las dificultades afectivas, la agresividad y el abandono.

A pesar de lo que relatan que hacen en su actividad diaria el 84% considera que el cuidado del vínculo madre-hijo no sería una actividad de promoción en salud mental y el 60% no lo considera como práctica propia de Enfermería. En lo que se refiere al uso de instrumentos de evaluación vincular, el 92% dice no utilizarlos y el 84% expresa que el método para evaluar que más usan en su práctica diaria es la observación. Dos licenciados hicieron referencia a instrumentos que fueron elaborados por psicólogos y aplicados tanto por estos como por enfermeros pero que ya no se usan. Uno de los licenciados dijo haber elaborado un instrumento que nunca pudo aplicar por falta de tiempo y de recursos.

4. Práctica profesional

4.1 Práctica Asistencial

Si bien el 60% de los licenciados expresó no considerar el cuidado del vínculo madre-hijo como función de Enfermería, el 92% dijo que desarrolla actividades dirigidas a realizar dicho cuidado. Dentro de ellas, las que expresaron realizar con más frecuencia son el fomento de la lactancia natural, control de la evolución del vínculo, fomento de la interacción madre-recién nacido, fomento de la participación del padre y los hermanos y de la integración de la abuela (limitando su rol, pues entienden que impediría a la madre asumir su función) (tabla 3).

El 60% expresó que no conoce las conductas normales de la interacción madre-hijo en el vínculo temprano, sin embargo todos nombraron por lo menos una (gráfico 4) que regularmente evalúan durante el cuidado que realizan a la madre y al niño. El 88% de los licenciados expresó que no conocía conductas de la madre y/o del bebé que señalaran la presencia de una distorsión vincular, pero el 60% dijo que detecta alteraciones del vínculo en su práctica profesional. Al solicitarles que nombraran las conductas que toman en cuenta para diagnosticar una alteración del vínculo, señalaron por separado conductas en la madre (gráfico 5) y conductas en el bebé (gráfico 6). Un solo licenciado expresó que evaluaba la sincronía vincular. La conducta de la madre que más se tomó en cuenta para detectar una posible alteración del vínculo fue el rechazo de la lactancia y en el bebé el escaso crecimiento ponderal, es decir conductas de expresión somática.

En cuanto a factores de riesgo que contribuyen a que aparezca una alteración vincular, el 88% de los licenciados expresó identificarlos. Los dos más considerados fueron

las presiones sociales -88% y las presiones económicas-64% (tabla 4). El porcentaje más alto -76% - entiende que el grupo de riesgo más importante es el que está constituido por las madres adolescentes con presiones económicas y sociales (tabla 5). Señalan que la madre adolescente no constituye un grupo de riesgo sólo por su edad, sino por las condiciones sociales y económicas en las que aparece y se desarrolla su embarazo y el nacimiento de su hijo. Le siguen las madres sin apoyo familiar -64% y las de familias de bajos ingresos- 52%.

Respecto a la existencia de normas y programas de atención, el 68% de los licenciados contestó que no existen normas de atención materno-infantil en el Servicio en que trabajan. La afirmación de que no existen norma podría deberse a desconocimiento de las mismas, por lo que se les preguntó al respecto. Un 76% contestó que no conocía las normas de su Servicio y un 68% dijo que sabía que existían pero que no las conocía. En cuanto a normas específicas para el cuidado del vínculo madre-hijo el 72% respondió que ellas no existen en el MSP y el 96% que no existen en el Servicio en que trabajan. En los Servicios en los que los licenciados contestaron que existen normas de atención materno-infantil propias, el 92% expresó que no colaboraron en su elaboración pues no fueron convocados para ello.

En cuanto a la práctica asistencial se encontró que el 100% dijo realizar actividades de coordinación; el 92%, actividades educativas (educación incidental y programada a usuarios y familia); el 76%, actividades de administración; el 36% dijo que realizaba visitas domiciliarias; el 28% consultas de enfermería y el 16% cuidados directos. El 36% señaló el diálogo como actividad que realiza principalmente para cumplir con su función; el 32% señaló la escucha y la observación y el 24% la orientación.

Dado que en la atención de enfermería en el primer nivel, la consulta, la visita domiciliaria y el cuidado directo son actividades particularmente importantes, se estudiaron con más detalle. Las respuestas permitieron concluir que el 64% de los licenciados no realiza consulta de Enfermería. El 92% reconoció que es una actividad fundamental pero que no pueden cumplir con ella como desearían, la mayoría de las veces por causas de política institucional.

En cuanto a las visitas domiciliarias el 56% de los licenciados expresó que no las realizaba. Igual que la consulta de Enfermería, la visita domiciliaria es reconocida por la mayoría como actividad fundamental, pero encuentran límites institucionales para desarrollarla.

Los licenciados señalan que en los cuidados de enfermería se debe considerar el contexto del usuario para comprender la situación de salud y para ofrecer una atención adecuada. Al preguntarles si podían cumplir con los lineamientos de esa idea en su práctica diaria, el 80% contestó que toma en cuenta el contexto familiar y el 60% el contexto socio-económico. Los entornos cultural y ambiental no son prácticamente tomados en cuenta. Sólo uno de los licenciados los consideró desde el punto de vista teórico pero expresó no usarlos en su práctica cotidiana.

Práctica docente.

En lo que respecta a la enseñanza a usuarios, el 100% de los licenciados dijo desarrollar procesos educativos. Los tipos de educación y los usuarios hacia los cuales estaban dirigidos variaban de acuerdo a las necesidades de estos y a los recursos disponibles.

Un 80% de los licenciados desarrollaba procesos educativos con estudiantes. Un 56% recibía estudiantes de grado y de posgrado del INDE, y un 28% estudiantes que provenían de otras instituciones tales como Facultad de Medicina y Escuela de Tecnología Médica.

4.3 Práctica de investigación.

Los procesos de investigación desarrollados por los licenciados de la muestra fueron escasos, un 12% participó en trabajos de investigación en los últimos 10 años. En total se realizaron 4 trabajos, de los cuales 2 fueron publicados. Ninguno de los trabajos estuvo relacionado con el tema del vínculo madre-hijo.

Revisión de documentos oficiales

Del análisis de documentos oficiales y de lo expresado por los Informantes Clave se desprende que en el Programa de Salud Materno-Infantil de 1987, el MSP establece Normas de Atención Materno-Infantil (10) que hacen referencia al binomio madre-niño. Ellas señalan que la interacción madre-niño comienza enseguida del nacimiento; que se debe promocionar un acercamiento temprano entre ambos y que es necesario capacitar al personal en la psico-profilaxis del parto sin temor, en la observación atenta del binomio madre-niño, en el cuidado de la interacción y en la promoción de la lactancia natural. Se señala también la necesidad de la identificación de factores de riesgo, considerando como tales: bajo nivel de instrucción, antecedentes de pérdidas reproductivas, de hermanos fallecidos, prematuridad, bajo peso al nacer, madre adolescente o añosa, patología previa al embarazo, uso de psicofármacos, a fin de llevar a cabo intervenciones de prevención primaria.

En 1998 se normatiza en lo referente a la lactancia natural. En la reformulación de las Normas de Atención Materno-Infantil (1999) no aparece expresada la necesidad de cuidado de la interacción madre-niño como en las normas de 1987.

El Plan Nacional de Salud Mental - 1985 (9) establece que la prevención se hará en estrecha coordinación con el Programa Materno-Infantil y en el niño mayor con la enseñanza preescolar y que se deberá favorecer el apego madre-hijo. Para la prevención secundaria se deberán diagnosticar precozmente patologías maternas físicas, psíquicas y sociales e individualizar madres de alto riesgo, principalmente adolescentes.

Desde que comenzó la reestructuración de algunos organismos del MSP (circa 1996) no se estarían aplicando ni el Plan Nacional de Salud Mental ni el Programa de Atención Materno-Infantil³. Ninguna de las instituciones

investigadas había elaborado hasta el momento, normas específicas para la atención del vínculo madre-hijo ni en la etapa gestacional ni en la puerperal. Tampoco Enfermería como colectivo profesional había elaborado pautas ni estándares de cuidado del vínculo madre-hijo en dichas etapas.

El Plan Licenciatura del INDE (1993), en el Programa "Proceso de atención a embarazadas, púerperas, recién nacidos y núcleo familiar" (2003), dedica 2 horas teóricas a los temas abandono, interacción temprana, apego y factores de promoción y protección.

Conclusiones

Con relación a las preguntas que dieron origen a este trabajo se puede decir que de acuerdo a la información recabada, dentro del modelo de atención a la salud predominante en el Uruguay en este momento, no se considera el cuidado del vínculo madre-hijo durante los períodos gestacional y puerperal como una necesidad de salud de la población. No se encontraron normas nacionales ni programas de promoción y protección de la salud mental y general a nivel público que consideren específicamente dicho cuidado. Tampoco Enfermería como colectivo profesional ha podido elaborar pautas ni estándares de cuidado. La atención del par madre-hijo que se realiza en los centros públicos de Montevideo se hace predominantemente desde un modelo que prioriza lo biológico y disocia a ambos miembros del par asistiendo las singularidades de cada uno y no los comportamientos vinculares. Por su parte los licenciados enfermeros desarrollan su actividad profesional en esas instituciones interpelados para adecuarse al modelo antedicho y sin que se les permita participar en los niveles de decisión. Sin embargo su formación profesional, sus propósitos y objetivos, su herramienta fundamental de trabajo y la práctica cotidiana que los mantiene muy cerca de las necesidades y condiciones de vida de las personas, hacen que comprendan mejor su función desde un modelo de atención de base social, el cual reviste características contra hegemónicas. De ahí las múltiples contradicciones entre lo que los licenciados entienden que deben hacer, lo que se les exige que hagan, lo que pueden hacer y lo que realmente hacen. Su actividad profesional parece transitar en la intersección de ambos modelos.

Se puede decir que los licenciados enfermeros no pueden reconocer ni apropiarse de una práctica asistencial que de hecho realizan así como tampoco planificar ni implementar procesos de atención de enfermería. La práctica aparece como actividades fragmentadas y puntuales de acuerdo a la demanda de atención. No investigan ni producen conocimientos teóricos pese a que demuestran tener una amplia experiencia sobre el tema. Parecería que todo conduce a que se desdibujen sus propósitos e identidad profesional generando una sensación de malestar que transmiten a través de quejas, promoviendo la alienación individual y colectiva.

³ No hemos encontrado registros oficiales que confirmen esta afirmación. Ella surge de los datos aportados por los informantes clave.

Segunda sección

Tratando de solucionar los problemas de atención cotidianos, los licenciados enfermeros buscan explicaciones y posibles respuestas en diferentes disciplinas científicas, sobre todo humanísticas, pero también utilizan el sentido común y su propia experiencia como profesionales y como personas. Parece que no encuentran en su propia disciplina los conocimientos que buscan, sin embargo son poseedores de una cantidad de saberes de los cuales no sólo no se apropian sino que además permiten que los absorban y hagan suyo otras disciplinas. Al no producirse una apropiación conciente de su saber profesional, sus acciones parecen estar fundamentadas en un conocimiento intuitivo⁴. Su forma de manifestarse como una capacidad súbita de comprender directamente la realidad de determinada situación, hace que parezca más una adivinación que un verdadero conocimiento. Sin embargo lo que parece faltar es concientización de los procesos racionales e irracionales que conducen a tal conocimiento, su análisis, sistematización y verificación en la realidad⁵.

La creatividad parece ser difícil de desarrollar para este grupo de licenciados enfermeros ya que deben actuar dentro de instituciones fuertemente signadas por el modelo médico hegemónico y cumplir con funciones y objetivos asistenciales determinados desde la cúpula de la estructura institucional de la cual no participan ni individualmen-

te ni como profesión. Es así que pese a los esfuerzos individuales por brindar cuidados de enfermería, los licenciados terminan centrando su accionar en tareas de administración y coordinación. Sin embargo tratan de no perder el contacto directo con los usuarios y con los estudiantes.

Puede decirse que a pesar de no ser reconocido en el propio discurso de los licenciados el cuidado del vínculo madre-hijo como actividad de enfermería, en la práctica parece serlo ya que relatan que lo realizan, tratando así de proteger la salud de un grupo que reconocen vulnerable. 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. Entienden que es un cuidado necesario para todos los pares madre-hijo, pero que se hace imprescindible en aquellas situaciones en donde existen pobreza sean ellas económicas, sociales, afectivas o educativas y que las mujeres que son o van a ser madres en esas condiciones de precariedad son especialmente vulnerables y frágiles, necesitadas de un cuidado que las ayude a ser más fuertes, a comprender porqué se encuentran en esa situación y a buscar posibles soluciones.

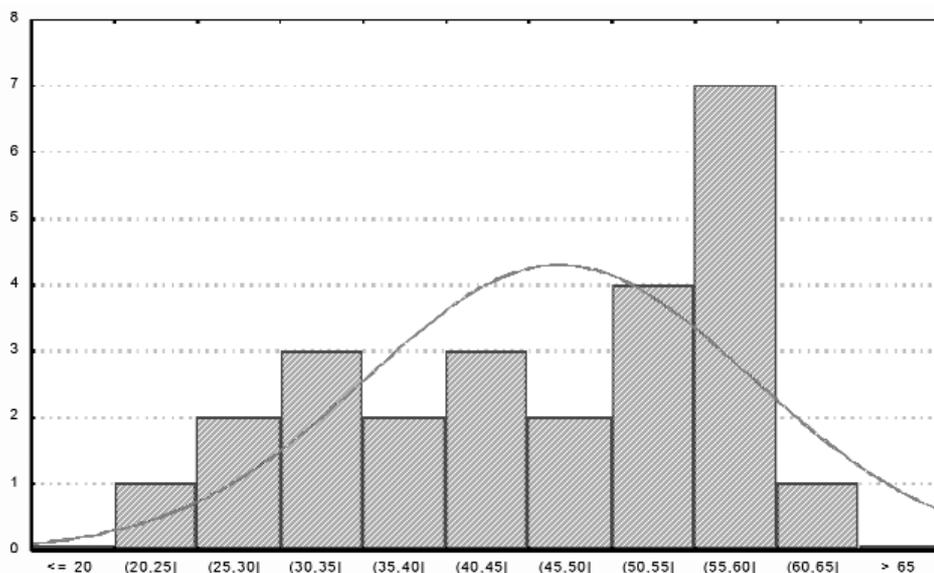


Gráfico 1 – Edades de los licenciados enfermeros de la muestra.

⁴ Intuición: del latín: *intueri*, mirar atentamente; conocimiento claro, íntimo e instantáneo de una idea o verdad tal como si se tuviera a la vista. Este tipo de conocimiento -peyorativizado por el pensamiento racionalista moderno y confundido con el intuitivismo- es una forma válida que se sustenta en la experiencia atesorada y los saberes adquiridos con anterioridad.

⁵ La exigencia académica desde el paradigma científico dominante que se le hace a enfermería en Uruguay, igual que a otras disciplinas humanísticas, parece ser la de enmarcar su cuerpo de conocimientos en un saber científico; con el agregado que en dicha profesión se entrecruzan contradicciones sociales de muy larga data que tienen que ver con el lugar social de la mujer y con las disociaciones, sobre todo cuerpo-mente y trabajo manual-trabajo intelectual. Sin embargo hay que tener en cuenta que no todo el conocimiento es conocimiento científico y que la ciencia al ser un producto histórico responde en su delimitación a complejíssimas interrelaciones y lucha de intereses de las clases propias de cada formación económico-social. Esta consideración abre un amplio y profundo debate que no es el objetivo de este trabajo, pero para poder contextualizar el conocimiento enfermero es necesario no olvidar que cualquier producción de conocimientos se inscribe dentro del antedicho complejo marco de luchas de poder a resulta de las cuales es validado o no como ciencia.

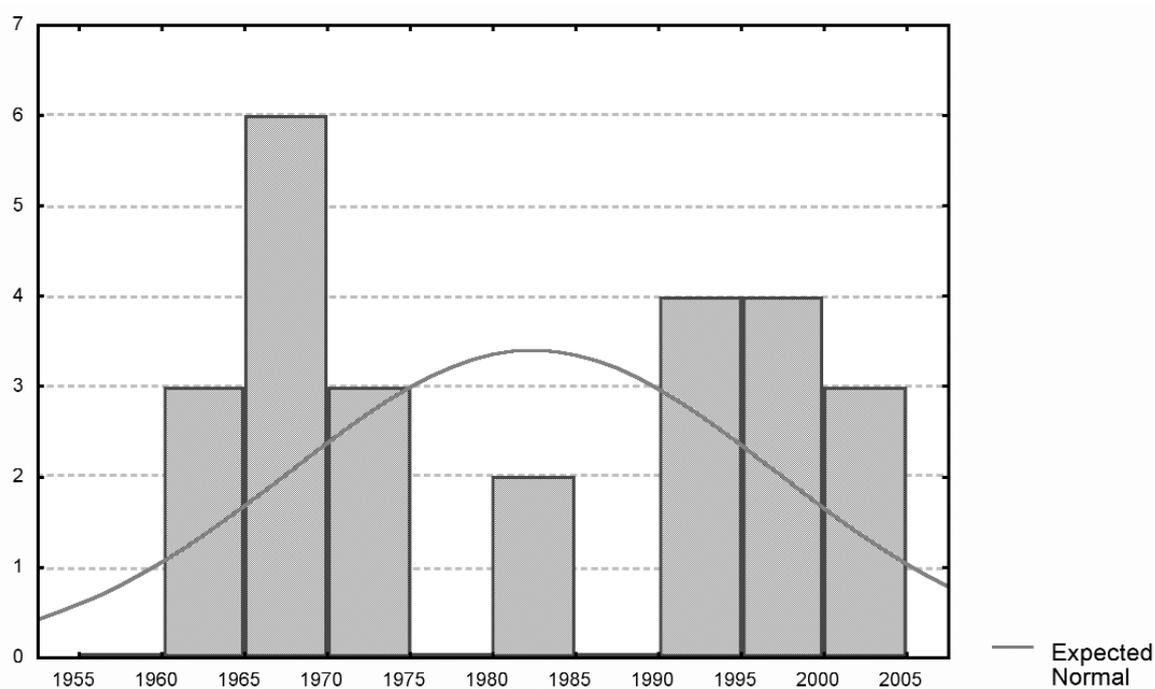


Gráfico 2 - Año de ingreso al cargo de los licenciados de la muestra.

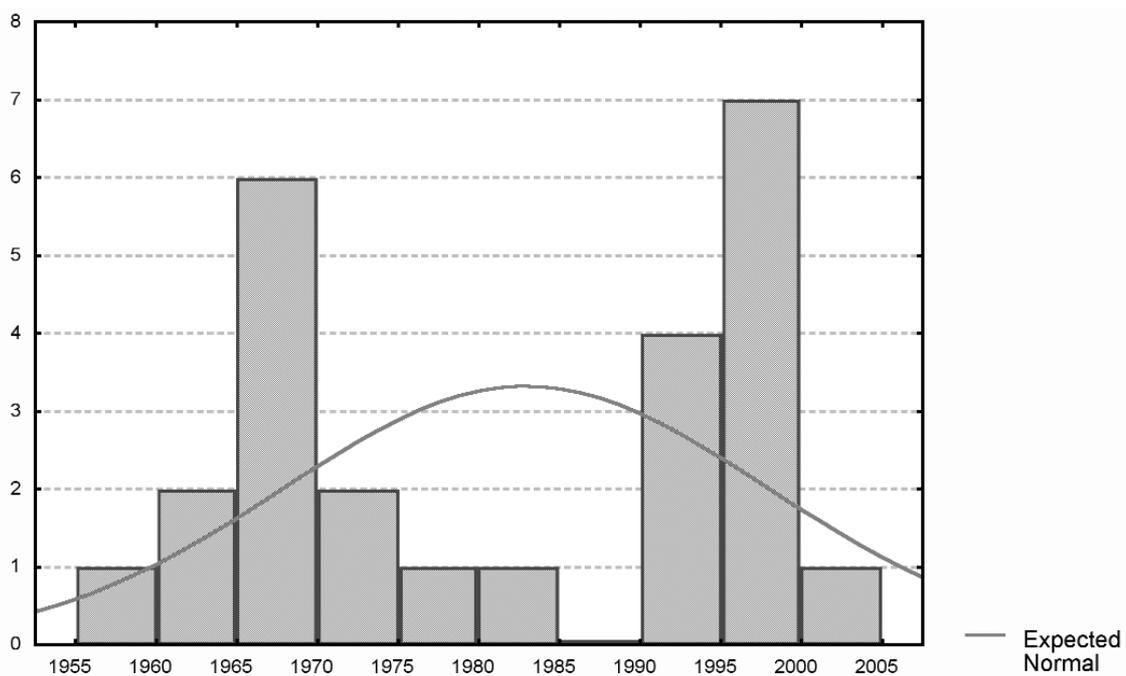


Gráfico 3 - Año de egreso de los licenciados de la muestra de su institución formadora.

Segunda sección

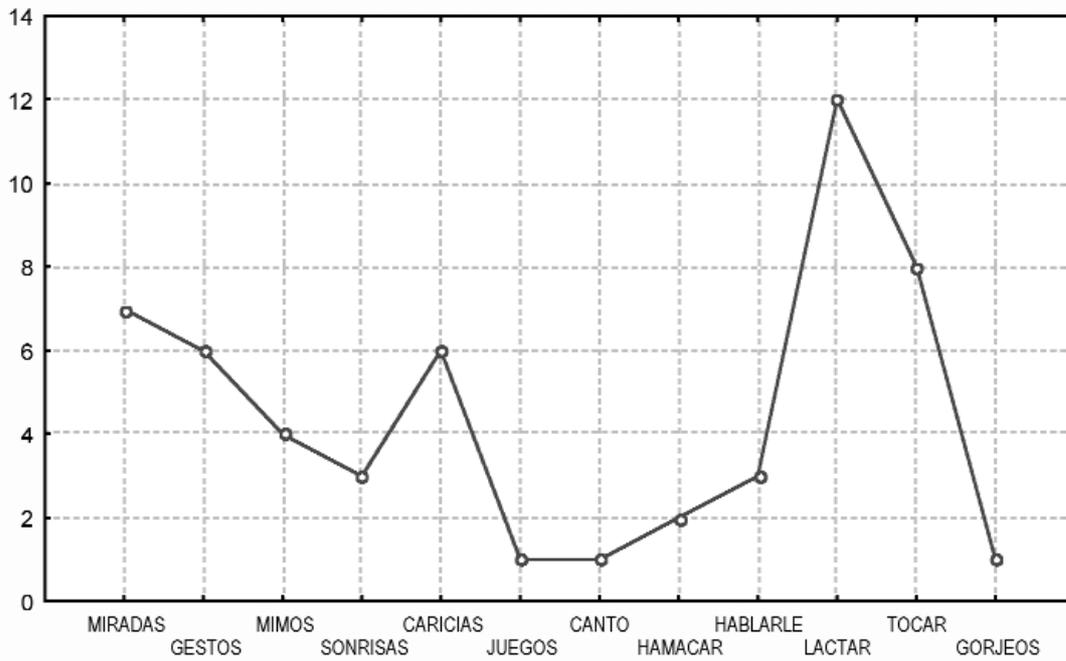


Gráfico 4 - Conductas normales entre madre-hijo que los licenciados enfermeros de la muestra expresaron observar.

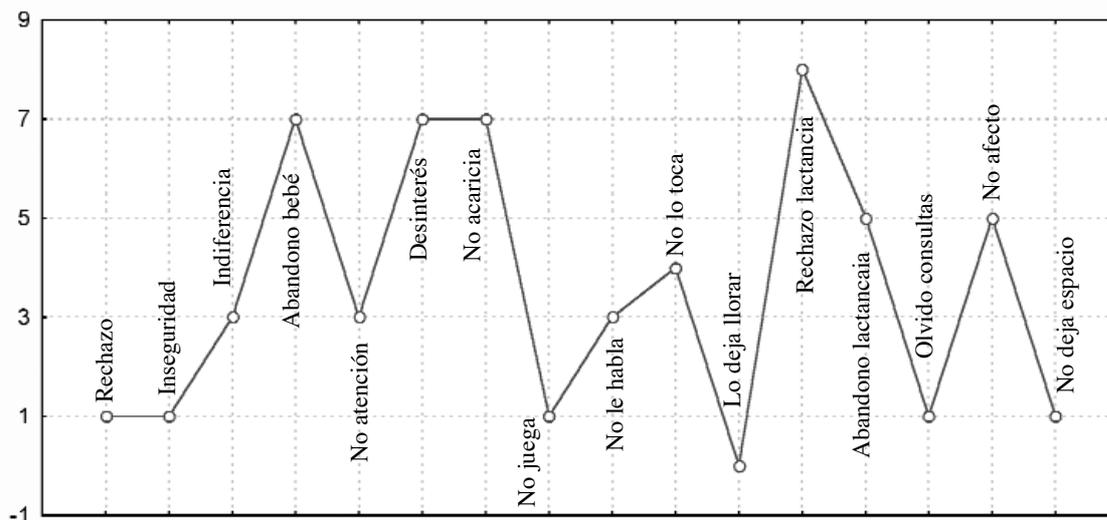


Gráfico 5 - Conductas de la madre que los licenciados de la muestra expresaron tomar en cuenta para diagnosticar una alteración vincular.

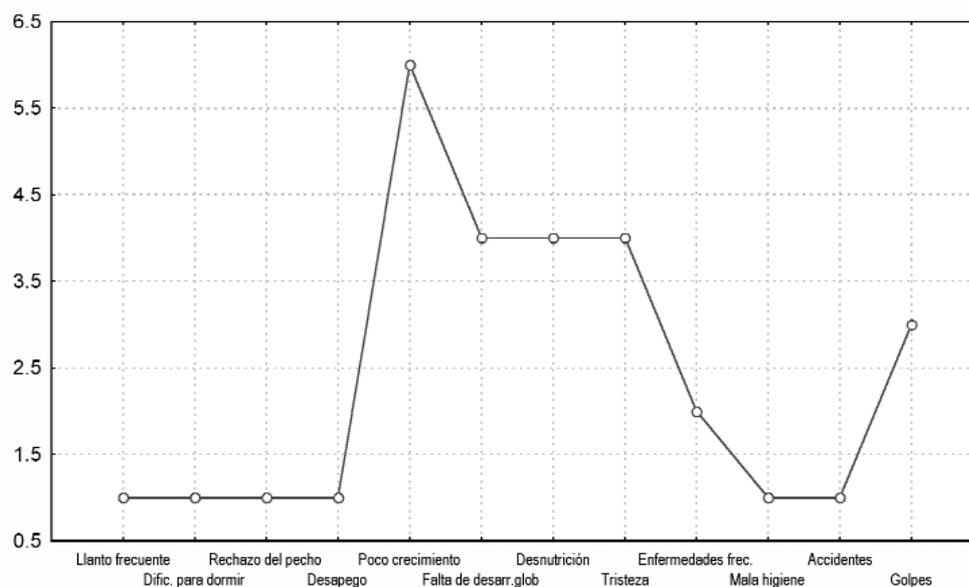


Gráfico 6 - Conductas del bebe que los licenciados de la muestra expresaron tomar en cuenta para diagnosticar una alteración vincular.

Tabla 1 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra que consideraron modelos de enfermería y nombre de los mismos.

Nombre del Modelo	Nº	%
Dorothea Orem	8	32
Florence Nightingale	3	12
Hildegard Peplau	2	8
Virginia Hendersson	1	4
Callista Roy	1	4
Joyce Travelbee	1	4
Madeleine Leininger	1	4

Tabla 2 - Autores extranjeros y uruguayos que han estudiado el vínculo temprano madre-hijo nombrados por los licenciados enfermeros de la muestra.

Ext. No Enfermeros	Ext. Enfermeros	Uruguayos No Enfermeros	Uruguayos Enfermeros
D. Winnicott		J. L. Díaz Rosselló	Silvia Meliá
T. Brazelton		Mary Maciel	Alma Carrasco
B. Cramer			Edith Maciel
Klaus y Kennell			Lilian Cohen
F. Espasa			
J. Manzano			

Segunda sección

Tabla 3 -.Actividades que los licenciados de la muestra expresaron realizaban para cuidar el vínculo madre-hijo.

Actividad	Nº	%
Fomentar la lactancia natural	23	92
Observar la evolución del vínculo	13	52
Enseñar a la madre a que cuide el bebe por si misma	14	56
Fomentar la participación del padre en el cuidado del bebe	14	56
Fomentar la participación de los hermanos	14	56
Fomentar la participación de la abuela	13	52
Fomentar la participación de la abuela limitando su rol	7	28
Fomentar que la madre acaricie a su bebe	7	28
Propender a que ambos padres cuiden del bebe	7	28
Observar si el bebe está bien alimentado e higienizado	7	28
Observar si aparecen enfermedades en el bebe	2	8
Observar si el bebe sufre accidentes	2	8
Observar si aparecen desincronías entre madre y bebe	1	4
No se hace, es tarea del psicólogo o el pediatra	2	8

Tabla 4 – Factores de riesgo que los licenciados de la muestra consideran que inciden en la aparición de alteraciones del vínculo madre-hijo.

	Nº		Nº
Presiones económicas	15	Mujer sometida a su pareja	2
Presiones sociales	22	Desempleo de la pareja	8
Violencia familiar	1	Multiempleo de la pareja	2
Carencias nutricionales	5	Desempleo del padre	7
Ausencia del padre	6	Bajo salario del padre	6
Padre violento y castigador	2	Falta de apoyo familiar	14
Embarazo por violación	3	Demasiados hijos	6
Carencia de transmisión de conocimientos de madres a hijas	1	Cansancio de la madre	2
Ignorancia	6	Psicosis puerperal	1
Embarazo no deseado	4	Depresión puerperal	1
Rechazo del feto	5	Abandono afectivo de la madre	14
Embarazo no controlado	2	Abandono socio-económico de madre y niño	12
Embarazadas adictas	5	Maltrato infantil	9
Embarazadas prostitutas	3	Pobreza extrema	8
Embarazadas con SIDA	1	Nomadismo	1
Rechazo de la lactancia	4	Falta de valores	1
Padres separados	12	Síndrome de Münchhausen	1
Mujeres solas	11		

Tabla 5 – Grupos de riesgo considerados por los licenciados enfermeros de la muestra.

	Nº	%
Madres adolescente	19	76
Madres adolescentes con presiones sociales y económicas	19	76
Madres sin apoyo familiar	16	64
Familias de bajos ingresos	13	52
Grupos de población con presiones socio-económicas	4	16
Parejas inestables	11	44
Madres abandonadas por sus parejas	7	28
Madres con muchos hijos	11	44
Madres solas	6	24
Madres que trabajan fuera del hogar	2	8
Madres con trastornos mentales	3	12
Madres prostitutas	5	20
Madres adictas	3	12
Madres que fueran abandonadas ellas mismas siendo niñas	2	8

Referencias bibliográficas

1. Bowlby J. *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Humanitas; 1982.
2. ----. *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Piados; 1983.
3. ----. *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata; 1986.
4. Organización Mundial de la Salud. *Recursos de salud mental en el mundo*. Ginebra: Atlas; 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. *1er. Grupo de trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina*. Panamá: OMS; 1996.
6. Padua J. *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
7. Meny M. *1er. Censo nacional: enfermería profesional*. Montevideo: Instituto Nacional de Enfermería - Colegio de Enfermeras del Uruguay; 1995.
8. Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 4a. ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
9. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Programa Nacional de Salud Mental*. Montevideo: MSP; 1986.
10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Normas de atención materno-infantil*. Montevideo: MSP; 1987.
11. Collière MF. *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana; 1993.
13. Díaz Rossello J. et al. *Una forma de desamparo: desencuentro en el inicio del vínculo*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 1988; (67):7-19.
14. Díaz Rossello J. et al. *La madre y su bebé: primeras interacciones*. Montevideo: Roca Viva; 1991.
15. Fassler C. *Cuidados: ¿una responsabilidad femenina?* En: Eliach S, Baldizán M, Usera MJ. *Políticas públicas: propuestas y estrategias*. Montevideo: Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia; 2001. p. 93-103.
16. Freire de Garbarino M. et al. *Interacción temprana: investigación y terapéutica breve*. Montevideo: Roca Viva; 1992.
17. Pampliega de Quiroga A. *Proceso de constitución del mundo interno*. Buenos Aires: Cinco; 1965.
18. Pichón-Rivière E. *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977.
19. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 5ª ed. México: Interamericana; 1997.
20. Sánchez Puñales S. *Historia de la Enfermería en Uruguay*. Montevideo: Trilce; 2002.
21. Stolkiner A. *Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental*. En: Troianovski, P. Bordon, O. *Políticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar; 1994; p. 25-53.
22. Tizón García J. *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Doyma; 1992.
23. Villar H. *La salud: una política de Estado*. Montevideo: s.n.; 2003.