

Descripció del funcionament de les relacions familiars
després d'un embaràs no planificat
i l'impacte de l'acceptació d'aquest
en el desenvolupament infantil als quatre anys d'edat

Júlia Oroval Ferrando

Revisió de l'article **“L’acceptació de la maternitat i les implicacions
en el desenvolupament infantil als quatre anys d’edat”**

Realitzat al Instituto da Família de Porto Alegre,
juntament amb Martha Colhares, Angela Marin i Pânila Longhi.

Orientat per Olga García Falceto i presentat en aquesta
mateixa institució el 13 de gener del 2009

Index

Presentació	3
Article	
Introducció	6
La família i l'arribada d'un fill	7
La decisió de tenir un fill	9
L'acceptació de l'embaràs	12
La nutrició relacional	14
Embaràs, relacions familiars i desenvolupament infantil	16
Disseny	20
Instruments, delineació i procediment	22
Resultats	25
Discussió	30
Agraïments	34
Bibliografia	35
Annexes	
Garf	42
Pir- Gas	44
Escala per valorar la conjugalitat	47
Escala per valorar la xarxa social	48
Denver	49
Qüestionari I etapa (només una còpia)	

*El científico puso una pulga en la palma de su mano, y le dijo: ¡salta!
la pulga saltó
y el científico cogió su libreta y anotó:*

“cuando le dices a la pulga ¡salta!, la pulga salta.”

*Después de dejar a la pulga sin patas, repitió la operación,
...pero la pulga no saltó.
El científico volvió a coger su libreta y anotó:*

“cuando le cortas las patas, la pulga se queda sorda”

Presentació

El motiu de la presentació d'aquest article, i de que no l'hagi realitzat en grup amb altres companys/es de l'escola, està lligat a la meua estada durant el curs passat i part de l'actual, a l'Instituto da Família de Porto Alegre, Brasil, a través de la Red Relates.

M'agradaria poder explicar per tant, quin ha estat el procés de realització d'aquest treball, que va començar a l'agost de l'any passat, a meitat del últim curs a l'Infapa, quan un grup de quatre companyes vam començar a treballar en la primera versió d'aquest article que vam presentar com a treball de final de curs al gener d'aquest any.

Aquest estudi, s'ha realitzat a partir d'una investigació longitudinal dirigida per la doctora Olga García Falceto, coordinadora del Infapa i professora de psiquiatria infantil en la Universitat Federal do Rio Grande do Sul. Olga va presentar a Barcelona, a les Jornades Relates del 2006, alguns dels resultats d'aquesta investigació. En la presentació, en la qual va passar vídeos d'algunes de les entrevistes a les famílies, va despertar el meu interès i curiositat per conèixer més d'aquella investigació. Per una banda, per la magnitud de l'estudi, en el qual explorava moltíssimes variables familiars, per una altra, pel fet de ser un estudi longitudinal en que ja s'havien realitzat 3 etapes, i últim, per la població estudiada (totes les famílies d'una àrea de Porto Alegre, que van tenir un fill en hospital públic en el 1999), sent una mostra heterogènia en quant la classe social, però que també incloïa famílies en situació de risc social.

Des de poc temps després d'arribar a l'Infapa, la Olga em va comentar que s'estava preparant una quarta etapa de l'estudi, i si voldria col·laborar-hi com a investigadora. Vaig estar assistint a les reunions de preparació d'aquest, però finalment, degut a un retard en la confirmació del Comitè Ètic i de problemes amb el finançament, va trigar tant a posar-se en marxa que jo vaig tornar a

Barcelona abans que comencés.

La primera intenció del grup no era la de treballar sobre les dades d'aquest estudi, sinó la de fer un estudi amb metodologia qualitativa sobre algun cas, en el que poguéssim desenvolupar la teoria sistèmica, però la proposta de treballar sobre aquesta investigació longitudinal ens va semblar un repte interessant. Significava, però, enfrontar-se a bases de dades per tractar de comprendre millor algun fenomen dels que poguessin estar explicant.

Malgrat això, no ha estat gens fàcil, no va ser-ho per la primera versió de l'article, ni ho ha estat per aquesta segona.

Entre les dificultats que s'ens han presentat, la primera ha estat haver de desistir de fer un anàlisi qualitatiu, degut a que la informació en aquest sentit era molt incompleta, i per tant, haver de fer-lo quantitatiu, amb el handicap de la nostra manca de coneixement i pràctica de l'estadística. A més, amb les primeres contradiccions sorgides del fet de pensar en "quantificar" relacions entre persones, un concepte que per a nosaltres era força nou i a vegades difícil de manejar.

El fet de treballar amb dades quantitatives, també ha suposat que realitzéssim anàlisis que expliquen la realitat simplificant-la, aïllant-hi factors que interaccionen de forma molt complexa, i que la riquesa d'aquesta complexitat, justament és el que sovint trobem en la teoria sistèmica.

Per tot això, la metodologia ja suposava un pas de distanciament de marc teòric que en teoria havíem de poder partir.

El fet de treballar amb una base de dades d'una investigació preexistent, també ha suposat condicionants en quant al tema, ja que per al tema inicial que vam voler observar, els embarassos en l'adolescència, no es disposava de suficients casos. La planificació de l'embaràs va ser un tema que ens va cridar l'atenció sorpreses per l'elevat nombre de dones que deien no haver planificat la gestació. Veure que d'aquelles, un 10% deia que no van acceptar-lo durant tota la gestació també ens va sorprendre i ens va fer voler explorar què passava amb aquelles famílies i aquells nens, i quins factors relacionals es trobaven en la família quan aquest fet es donava.

De nou, però, aquests temes han estat una dificultat per a poder comprendre'ls des d'una perspectiva sistèmica. Hem trobat molt poca literatura sistèmica que parli tant de l'etapa de l'embaràs com de les primeres etapes de la parentalitat.

Un dels meus propòsits en aquesta segona versió ha estat intentar ampliar l'article en aquest aspecte, i he pogut fer-ho amb les limitacions que ja he mencionat. Un altre propòsit era poder revisar les anàlisis realitzades. En l'anàlisi faltava algun factor important, com és el nombre de

fills, i a més podia realitzar-se un anàlisi multifactorial, amb el qual s'obtidria més potencia explicativa de la correlació amb el desenvolupament. També he inclòs en el anàlisi les variables referents al funcionament de la família i les relacions familiars que s'havien avaluat en la investigació. Per últim, per intentar compensar la simplificació que resultava realitzar una correlació entre factors per explicar el desenvolupament (i l'allunyament del pensament sistèmic que trobava en aquest anàlisi), he inclòs una descripció de les variables relacionals a les dues etapes de l'estudi presents en aquest treball (quan el nen tenia 4 mesos i quan tenia 4 anys). Aquesta informació no aporta conclusions, però sí que enriqueix l'article des del punt de vista d'entendre el fenomen estudiat i suggerir nous aspectes a tenir en compte.

Amb tot això m'agradaria expressar com el camí de realització de l'article ha estat difícil i a vegades frustrant per sentir que no estava podent parlar del que potser, m'hagués agradat parlar acabant aquest màster, per sentir-me a vegades com el científic de la història o com la puça, però al mateix temps ha sigut també molt enriquidor a nivell personal, un repte en molts sentits i un camí ple d'aprenentatges on he pogut aprendre de moltes persones a les que agraeixo molt la seva ajuda.

Potser parlar “amb llenguatge dels números” no hagués estat la meva elecció, però arribada a aquest punt, crec que també pot contribuir per traçar pots amb altres àmbits de coneixement, per a que s'escoli a la teràpia familiar i es recolzi la seva intervenció per al desenvolupament de polítiques públiques en l'àmbit de la salut i de la prevenció.

Introducció

L'embaràs i el procés de tenir un fill pot ser una de les experiències més gratificats i significatives per a una família. Malgrat això, és un procés que va lligat a una sèrie de transformacions profundes a diversos nivells, que poden resultar en dificultats que la família haurà d'enfrontar. Es coneix que és un període del cicle vital familiar en que les necessitats de suport tant instrumentals com expressives augmenten i quan l'embaràs no és desitjat, fins al punt que no arriba a acceptar-se, aquestes dificultats poden veure's ampliades o donar-se'n d'altres.

En aquest estudi observem un grup de famílies després d'un embaràs no planificat i descriurem com han evolucionat el funcionament de les relacions familiars quan l'infant tenia 4 mesos i quan tenia 4 anys. També analitzem quines variables referents a les relacions familiars i a la relació amb l'embaràs tenen influència en el desenvolupament de l'infant als 4 anys d'edat. Es vol, per tant, traçar alguns ponts entre les aproximacions al tema de les relacions primerenques i el vincle, des de les teories del camp de la psicoanàlisi, amb les aportacions de la teràpia sistèmica de família a aquest tema.

La família i l'arribada d'un fill

Un dels reptes més comuns viscuts per les famílies és el moment de tenir els fills, ja que aquesta és una fase del cicle vital familiar que envolta una gran transició i implica el despertar de sentiments molt intensos lligats a la maternitat i la paternitat (Dessen i Braz, 2000). Segons alguns estudis, aquesta seria la fase del cicle vital familiar que més aboca a les famílies a demanar ajuda professional per a superar les dificultats que comporta (Delgado Cruz i altres, 2002).

Es pot dir que la família comença per la unió de dos individus i realment és fundada com a tal amb l'arribada del primer fill (Falceto & Waldemar, 2001). Sovint el pas més important i que va lligat a més canvis, té lloc amb l'arribada del primer fill, amb el pas de la parella com a sistema conjugal, a la parella també com a sistema parental (Linares, 2006), però cada embaràs i naixement dins la família comporta canvis i profunds i reestructuració en el sistema familiar, i es considera una crisi normativa o transitòria del cicle vital familiar.

Comprenem la gestació com un moment particularment sensible per tractar-se d'un període d'intensos canvis biològics, somàtics, psicològics i socials, que influencien tant la dinàmica psíquica individual com les demés relacions socials de la dona (Raphael- Leff, 1997; Rubin, 1975; Szejer & Stewart, 1997). No obstant això, a partir de la comprensió més ampla que ens aporta la sistèmica, veiem que tota la família passa per transformacions durant la gestació i són igualment intensos els canvis psicològics que puguin donar-se en els demés membres i els canvis que es donen en les relacions.

La relació amb les famílies d'origen de cadascun dels membres de la parella tendeix a

modificar-se, ja que les fronteres de la nova família tendeixen a tornar-se més definides però al mateix temps, també més permeables a rebre l'ajuda dels avis, en vistes a proporcionar un adequat context de cura per al nadó (Prado, 2006). Segons aquest terapeuta familiar, aquesta aproximació que es dona durant l'embaràs i s'accentua després del naixement, és fonamental per al bon desenvolupament de l'aferrament i de les funcions parentals.

Les qüestions relacionades, amb les famílies d'origen, per tant, prenen una nova importància i aspectes no solucionats de les relacions amb aquestes, poden esclatar amb una nova llum. Selma Fraiberg senyalava com les relacions pares- nadó tendeixen a estar influenciades per les interaccions passades dels pares amb la família d'origen (Fraiberg, 1994), mencionant els “fantasmes” en les habitacions dels nadons. Segons Byng- Hall, que estableix un pont entre la teoria de l'aferrament i la teràpia familiar sistèmica, el vincle dels fills estaria influït pels vincles no resolts dels pares en la família d'origen. Els pares podrien, de forma conscient o no, seguir un d'aquest dos camins de la parentalitat: replicar les seves experiències d'interacció pares- fills o intentar evitar la seva repetició (Byng- Hall, 1990).

Des d'una altra perspectiva, per a Carl Whitaker el casament és la forma per la qual dues famílies envien representants per a tornar a reproduir-se (Whitaker i Bumberry, 1991), per tant, la parentalitat significa que cada membre de la parella parteix de models diferents que poden entrar en tensió i portar dificultats en relació a la criança, que fins aleshores no havien aparegut en la conjugalitat.

En el cas que ja existeixin altres fills, un nou embaràs introduirà canvis, en especial, en la relació d'aquests amb els seus pares (Falceto & Waldemar, 2008), que hauran d'ajudar-los a lidar amb els sentiments que comporta de l'arribada d'un nou membre, la pèrdua del lloc que ocupaven dins la família (el fill únic esdevé el gran, el petit de la casa passa a ser el mitjà, etc.) i totes les noves vivències relacionades amb la fratria, els gelos, la competència, l'admiració, l'adquisició de noves funcions, etc.

Tant des de perspectives dinàmiques com sistèmiques, s'ha parlat del paper del pare en el moment de l'arribada d'un fill, i dels sentiments d'exclusió que pot patir degut al menor pes en el

triangle pares- nadó i també de la necessitat de la mare de “maternatge” i suport emocional en aquest període, que sovint es demana a la pròpia mare, augmentant així els sentiments d'exclusió de la parella (Stern, 1997).

Cada un dels fills d'una mateixa família tindrà, per tant, pares diferents en un context diferent al voltant del seu naixement, ja que la parella va modificant-se al llarg del cicle familiar i després de cada crisi normativa, com pot ser un naixement. Aquestes característiques familiars, vindran a interactuar amb les característiques de cada embaràs (amb complicacions o sense, etc.) i les característiques genètiques i fenotípiques que cada individu té quan neix. De forma recíproca, l'activació que provoqui en la família, l'atribució al fill de determinades formes de ser, té una influència clara en el desenvolupament cognitiu, afectiu i la personalitat d'aquest. Explicat en paraules de Wynne (1984), els intercanvis i les transaccions familiars es basen en el resultat dels precedents, i això significa que en cada fase del desenvolupament, les experiències es recombinen per donar lloc a una nova potencialitat biològica i comportamental que després contribueix a determinar l'estadi següent.

Tots aquests canvis que ocorren en diversos nivells individuals i en la família durant l'embaràs, també afecten la pròpia construcció de la vivència de la gestació (Piccinini, Lopes, Gomes, De Nardi, 2008) i possiblement influiran en com es dona l'acceptació de la parentalitat.

La decisió de tenir un fill

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), 75 milions de gestacions no són planejades anualment en el món. Aquesta qüestió, per tant, s'indica com un greu problema de salut pública, perquè quan l'embaràs no planejat tampoc és acceptat poden ocórrer intents d'avortament i en els països on aquest és il·legal, això pot suposar un risc per a la dona. A Amèrica Llatina, l'avortament insegur és determinant de 21% de les morts maternes (World Health Organization, 1998), i al Brasil, on l'avortament és il·legal, ocorren més d'un milió

d'avortaments induïts, segons estimatives de 2005 (Monteiro i Adesse, 2006). L'avortament insegur és responsable per 250 mil ingressos al any en el Sistema Únic de Salut (SUS), per al tractament de les seves complicacions.

Des d'una aproximació psicoanalítica, la planificació de l'embaràs s'ha estudiat de manera individual i molt especialment des de la perspectiva de la dona. D'acord amb Maldonado aquesta és resultat de la interacció de diversos motius, conscients i inconscients (Maldonado, 1997), però l'arribada dels mètodes anticonceptius va portar a les dones el sentiment que dominen la seva fecunditat, i que el desig de la maternitat podia ser realitzat quan conscientment elles escollissin. No obstant això, d'acord amb Debray (1988), la dona no aconsegueix identificar quins són els seus veritables desitjos al quedar embarassada, perquè hi ha una diferència entre allò que es desitja i que es demanda. El desig, d'acord amb l'abordatge psicoanalítica, correspon a l'esfera inconscient, mentre la demanda seria una voluntat pertanyent a l'esfera conscient. Així, les gestacions no planejades tindrien la tendència a originar-se de la complexitat de la motivació inconscient pel que fa a la gestació.

En aquest sentit, alguns autors apunten que la vivència de la gestació tendeix a ser viscuda amb ambivalència, a causa de l'oscil·lació entre desitjar i no desitjar el fill. D'acord amb Maldonado (1997), no existeix un embaràs totalment acceptat o totalment rebutjat. Moltes de les ambigüitats i paradoxes experimentades per les dones que no van planejar l'embaràs també són presents de diferents maneres en les gestacions planejades i acceptades (Lundquist, 2008). Per tant, és molt difícil avaluar el quant un embaràs és o va ser desitjat. Fins i tot, Westoff i Ryder (1977) van suggerir que mares i pares poden racionalitzar sobre la intenció de l'embaràs a posteriori, en el sentit d'expressar més intenció de tenir el fill, després del naixement d'aquest.

Des de la perspectiva sistèmica, s'entén un embaràs no planificat com una crisi no normativa o inesperada, és a dir, fruit d'una situació o accident i no del pas d'una etapa a una altra del cicle vital familiar, i per tant, més potencialment estressant i perillosa per a la salut mental de la família. Les conseqüències que tingui, però, no han de ser necessàriament negatives, sinó que

dependrà del significat que la família doni a aquesta situació i dels recursos de que disposi per a fer-hi front.

El model sistèmic, entén que en el desig de tenir un fill, hi participaran qüestions que tenen a veure amb les relacions més properes, en primer lloc, la relació conjugal i el sistema familiar, però també poden influir qüestions relatives a les famílies d'origen o d'altres relacions significatives. Per això, les expectatives de les famílies d'origen tindran un pes en la decisió de cada un dels membres de la parella, sobretot en el cas de relacions de poca individuació i diferenciació de la família d'origen, en que podria arribar a tenir-se un fill per a “donar-lo” als propis pares per tal que continuïn exercint la parentalitat. Per altra banda, dificultats i conflictes en la parella poden ser un motiu per a no voler tenir un fill, com poden ser un motiu per a pensar que un fill serà la solució a les dificultats o retindrà a un cònjuge que es planteja deixar la relació.

Una altra qüestió és que el desig de tenir un fill pot ser o no ser compartit entre els membres de la parella. En el cas de no ser compartit, aquesta pot ser una de les diferències indissolubles dins de la parella, que pot portar a la separació o en cas que no es doni de forma implícita, a l'aparició de símptomes. Les relacions de poder i la jerarquia interna dins la parella entren en joc en com es planifica i com es dona aquesta decisió.

Segons Salvatierra (1989), hi ha pocs estudis que examinin la qüestió de la planificació de l'embaràs de forma científica i estadísticament adequada. Aquest autor, ens parla de que la reproducció humana va més enllà de la parella i és un procés social cooperatiu, en el sentit que, malgrat que amb grans variacions, totes les societats solen oferir diversos tipus d'ajuda, com pot ser a la fertilització, a través de la institucionalització del matrimoni, protecció de danys durant la gestació, ajuda econòmica o assistència al part. Tenint en compte la perspectiva ecològica de Bronfenbrenner (1987), el macrocontext social i cultural, les expectatives del rol social, així com les qüestions relatives als altres sistemes de pertinença, com el laboral o la xarxa social, també tindran un pes molt important en el desig o no de tenir un fill. Per tant, les dificultats econòmiques, el prioritzar el projecte professional o la manca de suport i de xarxa social poden fer que una família prefereixi no tenir fills en determinats moments.

Segons Miller (1973), algunes etapes del curs reproductiu de la dona, com ara l'adolescència o el preclimateri, seran més propícies a un embaràs no planificat.

És important destacar que malgrat un embaràs no planejat pot portar, sobretot, sentiments de rebuig, la reacció inicial no es cristal·litza, doncs una actitud inicial de rebuig pot donar lloc a una actitud predominant d'acceptació i viceversa (Maldonado, 1997). Segons Valent (1987), el que passa sovint, és que l'embaràs no planejat passa a ser assumit de manera passiva, per mitjà del discurs estereotipat: “ja que estic, continuaré”, però això significa l'acceptació de l'embaràs, i no sempre es dona així.

L'acceptació de l'embaràs

Des de les teories psicoanalítiques, quan es parla d'acceptació o no de l'embaràs, es fa referència a la pròpia constitució de la maternitat i al procés de formació del vincle amb el nen, que ja comença a formar-se en el període de l'embaràs. L'estadi inicial d'aquest es caracteritza per la identificació del nadó en creixement, per la mare, com una part integrant de si mateixa (Maldonado, 1997). S'observa que la dona embarassada comença a vincular-se amb el nadó com individu a partir del segon trimestre de la gestació, quan els moviments del fetus permeten que aquest es senti com un ésser separat del propi cos de la dona. És també durant aquest període que, per regla general, les dones responen als moviments fetals mostrant afecte, acariciant la panxa i fent servir un llenguatge que expressa afecte, com referències a “nosaltres” en lloc de “jo” (Denmark i Paludi, 1993). Així, comença a desenvolupar-se l'espai psíquic, bé com l'espai real que la mare, i la família, van donant per al nadó en la seva vida, acomodant o reformant la casa, comprant el bressol i pensant el seu nom. S'observa que la dona embarassada comença a atribuir característiques i personalitat al nadó i els sentiments que formen part del vincle tendeixen a

desenvolupar-se. Segons Klaus i Kennell (1992), en aquest període la mare pot mostrar canvis significatius en la seva actitud en relació amb el fill, i les gestacions no planejades o no desitjades poden arribar a ser millor acceptades.

Hi ha tres patrons principals de vincle maternal durant l'embaràs, segons Leifer (1980). El primer d'ells seria caracteritzat per un continuat afecte cap al nadó demostrat per la gestant; el segon, caracteritzat per l'absència inicial de sentiments de proximitat i afecte, fins després del segon trimestre de la gestació; i un tercer patró seria caracteritzat pel poc o cap vincle manifest per la gestant al llarg de l'embaràs. En aquest últim patró, les dones generalment no perceben els nadons com individus, sinó que com molèstia o intrusió. Els casos extrems són els de la negació de l'embaràs, que pot estendre's també als familiars pròxims i a la parella. Autors com Lundquist (2008) van observar que aquest patró d'afecte pot durar tota la gestació i, inclusivament, després del naixement del nadó, causant des de la negligència en la cura prenatal i fins a l'infanticidi en els casos més extrems.

Nombroses investigacions han criticat l'existència d'un període crític per a la formació del vincle maternal durant el període posterior al naixement (Rode i altres, 1981; Leiderman, 1981), per la qual cosa entenem que pel fet que no s'hagi creat el vincle durant l'embaràs per una gestació no desitjada, no necessàriament tindrà conseqüències en la posterior formació d'aquest. Malgrat això, alguns estudis correlacionen l'actitud vers l'embaràs amb les dinàmiques del vincle després del naixement, trobant una correlació significativa (Graziottin, 2009). Un altre estudi recent, indica que l'acceptació de l'embaràs, és un predictor negatiu d'un aspecte de l'estrès parental (el sentiment de que la parentalitat és una càrrega), encara que no troben que correlacioni significativament amb d'altres aspectes relatius a la parentalitat (com trobar agradable la interacció amb el fill, o la calidesa de la relació parentofilial) (Ispa, 2007).

Tenint en compte a la parella, entenem que també poden donar-se diferents graus d'acceptació o diferent evolució de l'acceptació entre els membres de la parella, i això ser una font de conflicte. La no acceptació de l'embaràs no només pot portar sentiments de culpa, vergonya, inadequació, sinó també de ràbia cap al cònjuge, o culpar-lo de l'embaràs no desitjat.

Tenint en vista el que exposem fins aquí, veiem que el naixement d'un fill d'un embaràs no planificat pot suposar canvis rellevants en les relacions familiars, tals com en el funcionament familiar, la conjugalitat i la parentalitat. Hem vist que el vincle dels pares amb el fill comença a produir-se durant l'embaràs, i per tant podem pensar que la no acceptació de l'embaràs pot afectar en algun aspecte la nutrició relacional d'aquests cap a l'infant, la qual cosa pot arribar a desencadenar conseqüències per al seu desenvolupament.

La nutrició relacional

Segons Zuravin, S. (1987) les investigacions indicarien la relació entre embarassos no planificats i risc de maltracte infantil. Aquesta autora, examina en un estudi una mostra de 518 famílies ateses als serveis socials de la ciutat de Baltimor, trobant també una relació significativa del nombre d'embarassos no planificats a la família, amb la cura adequada dels infants ($p=0,001$). La probabilitat d'abús físic i de negligència van ser investigades amb una regressió logística i els resultats de l'estudi revelen que la probabilitat de predir la negligència ($R=0,100$) és més important que la de predir l'abús ($R=0,058$).

Tot i que diversos estudis indiquen aquesta associació, l'establiment d'una una relació causal és criticable des de la lògica circular de la perspectiva sistèmica. Les famílies que per les seves característiques tindran més dificultats en exercir les seves funcions parentals, poden ser

també més propenses a patir embarassos no desitjats, i alhora, el naixement de fills en circumstàncies o nombre poc propicis, augmenta les dificultats de les famílies per cuidar-los adequadament. Estaríem parlant aleshores d'una tipologia de família caòtica, que seria propensa a la multiproblematicitat i sense estructures que facilitin la nutrició emocional i en canvi, entrariem dins l'àmbit de les deprivacions quan la conjugalitat es manté harmoniosa mentre que la parentalitat està primàriament deteriorada (Linares, 1996).

Segons aquest autor, la nutrició relacional és el conjunt d'elements cognitius, emocionals i pragmàtics que converteixen la interacció humana en un substrat adequat per al creixement, la maduració, el benestar i la salut mental (Linares, 2002). Les funcions parentals, tant les nutrícies com les sociabilitzadores, poden estar alterades de forma estable o conjuntural, amb independència de les funcions conjugals. De les disfuncions en la combinació entre parentalitat i conjugalitat es poden desprendre greus conseqüències carencials en el nucli emocional dels fills, encara que s'han de tenir en compte els recursos provinents del ecosistema poden compensar aquestes carències (Linares, 1993).

Quan neix un infant d'un embaràs que no ha arribat a ser acceptat per algun dels progenitors o per tots dos, podem pensar que la nutrició relacional que s'espera que ofereixin per les seves funcions parentals, encara no ha començat a produir-se, però pot començar a donar-se en qualsevol moment sense que les dificultats inicials condicionin el desenvolupament del nen, o per altra banda, quedar amplament compensada amb recursos de la xarxa social.

Embaràs, relacions familiars i desenvolupament infantil

Les formes per les quals es manifesten les dificultats en quant al desenvolupament infantil poden estar relacionades a factors biològics, genètics, psicològics i ambientals, generalment implicant interaccions complexes entre ells (Halpern & Figueres, 2004). Alguns estudis relacionen els comportaments materns en el prenatal i la planificació de l'embaràs, amb característiques del nen, determinant així quins serien els possibles comportaments de risc materns durant l'embaràs en quant al desenvolupament infantil (Bustan & Coker, 1994; Kost, Forrest, & Singh 1998).

Diverses teories psicològiques inclouen en els seus pressupostos que la naturalesa de les experiències amb els cuidadors durant la infància exerceix influència en el desenvolupament cognitiu, emocional i social del nen (Bowlby, 1989; Brazelton, 1988; Klaus & Kennell, 2000).

La descoberta de factors específics i l'impacte que cadascun causa en el desenvolupament infantil estan sent objecte de diverses investigacions en les últimes dècades (Ruter, 1989; Garbarino, 1990). Per exemple, la investigació desenvolupada per Pilz i Schermann (2007) a Rio Gran do Sul va indicar que baixa renda familiar (9,3 vegades més), gestació materna amb interval interpartal inferior el 18 mesos (3,9 vegades) i mares sense el suport dels pares del nen (7 vegades) són factors associats a la sospita de retard en el desenvolupament neuropsicomotor, avaluat pel Test de Denver II en nens fins a sis anys d'edat. Ja Halpern, Giugliani, Victora, Fangs i Horta (2000), en estudi amb nens de 12 mesos, van verificar que aquelles que tenien major risc per a sospita de retard en el desenvolupament van ser els de les mares més pobres (1,5 vegades més), els que havien nascut amb més baix pes (4 vegades), els que van presentar edat gestacional

menor que les 37 setmanes (1,6 vegades), els que tenien més de tres germans (1,9 vegades) i els que havien rebut llet materna per menys de tres mesos (1,6 vegades) o no havien estat alletades (1,9 vegades).

Els estudis existents presenten conclusions contradictòries sobre els efectes del planejament i acceptació de l'embaràs sobre el desenvolupament infantil, i una de les dificultats més grans és poder controlar les variables que poden afectar tant al desenvolupament infantil, com a la predisposició per a tenir un embaràs no planificat o a una actitud negativa cap a l'embaràs.

Diversos estudis indiquen que l'embaràs no planificat i encara més el no desitjat, augmenten la situació d'estrès de la dona, amb ansietat i símptomes físics durant la gestació i posterior mala adaptació al paper matern (Oakley, 1980; Wolkind y Zajicek, 1981, citats a Salvatierra, 1989). També ha estat molt estudiada la relació entre les condicions psicològiques durant l'embaràs, en especial l'estrès, l'ansietat i la depressió, i la influència sobre el fill. Segons DiPietro (2006), un dels handicaps d'aquests estudis, és la dificultat en discernir aquests atributs psicològics puntuals de les característiques més persistents, que d'aquesta manera, també tindrien una influència en l'estil de la criança, en la interacció mare- fill, i per tant, les investigacions requereixen un acurat control després del naixement per tal que la interpretació dels seus resultats sigui vàlida.

Aquest autor, que realitza un estudi sobre els efectes dels problemes psicològics durant l'embaràs en relació amb el desenvolupament infantil als 2 anys, conclou que els resultats dels anteriors estudis no són consistents en afirmar que existeix una relació entre dificultats psicològiques durant l'embaràs i desenvolupament infantil. En els resultats d'aquest estudi, que realitza amb 94 dones mesurant a les 26, 28 i 32 setmanes de gestació, l'ansietat, l'estrès específic

i no específic en relació a l'embaràs i la depressió, conclou que aquestes variables estan associades a un nivell més avançat de desenvolupament de l'infant, mesurat amb el Baydar, especialment pel que fa el desenvolupament motor i cognitiu. Sent així, conclou que nivells de perturbació psicològica moderats durant l'embaràs poden accentuar la maduració fetal. Contràriament a aquests resultats, l'ansietat específica relativa a l'embaràs, mesurada amb la Pregnancy Experience Scale (PES), té una relació significativa amb retard en el desenvolupament, resultat que segons els autors, només podria explicar-se per la influència de la vivència negativa de l'embaràs sobre la relació mare- fill, de tal manera que aquesta pitjor relació acaba influint negativament sobre el desenvolupament del nen. Tal i com explica Zamberlan (2002), la qualitat d'aquesta interacció inicial és considerada un important factor mediador entre els esdeveniments perinatals i el posterior desenvolupament de l'infant, en especial en el que es refereix a la comunicació, socialització i cognició.

Han estat pocs els estudis trobats sobre les conseqüències de gestacions no planejades en el desenvolupament infantil més enllà dels primers mesos de vida del nen. A Xile, Alvarez (1991) va avaluar el coeficient de desenvolupament (CD) infantil de nens desnodrits. Els resultats van indicar que en el grup de nens amb CD normal, 68,8% eren provinents d'un embaràs planejat, mentre que només 43,8% dels nens amb CD a sota del normal ho eren ($p < 0,05$).

A l'estudi multicèntric de Marson i Cleland (2003) havien estat investigats els efectes adversos de l'embaràs no planejat sobre les següents variables: la cura prenatal abans dels sis mesos, la supervisió mèdica de la gestació, la completa vacunació del nen i el creixement físic. L'estudi, realitzat en cinc països en vies de desenvolupament (Bolívia, Egipte, Kènia, Perú i Filipines) va concloure que només al Perú els resultats del nen eren significativament pitjors, tenint el grup de nens no planejats 1,15 vegades més possibilitat de presentar dèficit en el seu

creixement. Els altres països van presentar diferència significativa només en relació amb el cura prenatal, sent que en països com Kènia i Filipines les gestacions no planejades tenien 20% més probabilitat de rebre un prenatal inadequat. En aquest mateix sentit, Weller, Eberstein i Bailey (1987) van realitzar un estudi amb una població nord-americana i van destacar que dones que no planejaven l'embaràs, tenien major tendència a engegar tardanament la cura prenatal quan comparades amb dones que la van planejar.

Baydar (1995) també va estudiar una mostra nord-americana de nadons fins a dos anys d'edat i les seves anàlisis van revelar que la planificació de la gestació no es va relacionar amb mesures de desenvolupament infantil quan van ser controlades les variables sociodemogràfiques de la família. En aquest mateix sentit, l'estudi nord-americà realitzat per Joyce, Kaestner i Korenman (2000) va indicar que els fills fruits de gestacions no planejades tenien pitjors resultats en la lectura i desenvolupaven menys el seu vocabulari, a més de presentar més problemes de comportament que els fills fruit de gestacions planejades. No obstant això, quan van ser controlades les variables sociodemogràfiques de la família i els factors ambientals, els resultats no van mostrar significació estadística.

Un estudi realitzat a Finlàndia, per Rantakallio i Myhrman (1980) va comparar nens nascuts de gestacions planejades (n=283) i no planejades (n=284) quan tenien vuit anys d'edat, mitjançant qüestionaris contestats pels pares. L'estudi va demostrar que els fills fruit de gestacions no planejades necessitaven de major suport per aprendre a escriure, però presentaven rendiment escolar i desenvolupament emocional semblants als fills de gestacions planejades. Els autors encara van destacar que les famílies dels nens la gestació dels quals no va ser planejada, van presentar menor ascensió social. Les mares dels nens, controlant les variables de nivell educacional i socioeconòmic, que havien tingut fills no planejats van presentar menor estabilitat

en quant a la relació conjugal, menor interacció amb els companys i interacció més pobre amb l'entorn social.

Myhrman (1988) també va investigar un seguiment d'aquesta mateixa mostra als 16 anys d'edat i va concloure que les diferències continuaven no sent molt importants, però tendien a ser majors en les nenes oriündes de gestacions no planejades, que presentaven pitjor relació amb el seu pare, percebent-los com més hostils, inconsistents en la pràctica educativa i menys positius. Elles també tendien a ser qualificades pels seus professors com més resistents a continuar estudiant, tenint pitjor comportament i també conclouen que tenien relacions de poca qualitat amb les seves parelles.

El present estudi té com objectiu per una banda, descriure la qualitat de les relacionals familiars i la seva evolució, d'un grup de famílies que van tenir un fill d'un embaràs no planificat. Per altra banda, busca investigar a través d'un anàlisi multifactorial, en aquests fills, si els factors socio-demogràfics, les variables de les relacions familiars o l'acceptació de l'embaràs per part de la dona, tenen relació amb el desenvolupament del fill als quatre anys.

Disseny

Participants

Aquesta mostra forma part d'un estudi de major dimensió que avalua els aspectes psicosocials implicats en la salut infantil i familiar. Havien estat identificades, a través dels registres de naixement realitzats pels hospitals públics, totes les famílies d'un barri de Porto Alegre- RS, Brasil, que van tenir un fill nascut en període de novembre de 1998 a desembre de 1999. L'àrea era econòmicament heterogènia, predominantment de classe mitjana- baixa, però amb algunes famílies molt pobres.

Per a la realització d'aquesta investigació, s'han seleccionat les famílies que van participar en aquest estudi que declaren que no van planejar les aquest embaràs, sent en total 85 famílies.

Per a descriure les característiques de les famílies participants, comparem el grup de mares que va acceptar la gestació i el de mares que no la van acceptar. Les mares del primer grup tenien edat mitjana de 29 anys (Desviació Típica = 8,43), amb escolaritat (mitjana = 5,67 anys; DP=1,66) i nivell socioeconòmic - NSE (39% classe C; 44% classe D; 17% classe E) diversos. A més, 89% d'elles tenien company i convivia amb ell, mentre 11% no tenien company. En canvi, les mares del segon grup tenien edat mitjana de 24 anys (dt= 6,00) i escolaritat (m= 6,93 anys; DP= 2,78) i NSE també variats (7% classe B; 47% classe C; 29% classe D; 17% classe I). D'entre elles, 75% tenien company i habitaven amb ell, 9% tenien company, però no habitaven amb ell i, 16% no tenien company. En quant als fills estudiats, tots tenien quatre mesos d'edat, 46% d'ells eren nenes i 54% nens, i el 26% eren fills primogènits.

Taula 1
Característiques socio- demogràfiques de la mostra

		Mares que no acceptaren l'embaràs (n=9)		Mares que acceptaren l'embaràs (n=76)		Total (n=85)	% Total
		n	%	n	%	n	%
Edat	< 20 anys	1	11	23	30	24	28
	≥ 20 anys	8	89	53	70	61	72
Escolaritat (anys)	<8 anys	8	89	55	72	63	74
	> 8 anys	1	11	21	28	22	26
Company	Viu amb ell	8	89	57	75	65	77
	No viu amb ell	-	-	7	9	7	8
	No te company	1	11	12	16	13	15
Niv. socio econòmic	Classe B	-	-	6	8	6	7
	Classe C	3	33	37	49	40	47
	Classe D	4	45	21	27	25	29
	Classe E	2	22	12	16	14	16
Ordre naixem.	Primogènit	1	11	21	28	22	25
	No primog.	8	89	55	72	63	74

Sexe infant	Masculí	2	22	43	57	45	53
	Femení	7	78	33	43	40	47
Numero de fills a casa	≤3	5	62	67	92	72	89
	>3	3	38	6	8	8	11

El Nivell socio econòmic ha estat calculat amb base en la proposta de MARPLAN.

Instruments, delineació i procediment

Quan el nadó arribava a l'edat de quatre mesos, un estudiant de medicina visitava la casa de la família per demanar que participessin d'un estudi preliminar, responent a una entrevista. L'equip d'entrevistadors va rebre entrenament intensiu, després del qual va ser realitzat un estudi-pilot amb deu famílies. Tots els entrevistadors que participaven van contribuir a la versió final del qüestionari. Els investigadors que van realitzar les entrevistes i aplicar les escales, tenien formació en Teràpia Familiar Sistèmica, i la recollida d'informació va realitzar-se en parelles, alternant-se les parelles d'investigadors, per tal de garantir la confiança de la informació. Totes les dades van ser inserides dues vegades i verificades per evitar eventuais errors d'introducció. Els Comitès d'Ètica en Investigació de l'Hospital de Clínicas de Porto Alegre i del Grup Hospitalari Concepció (GHC) van aprovar el protocol de l'estudi.

En la primera etapa de l'estudi van realitzar-se visites domiciliars que duraven prop de dues hores, dividides en tres moments. Primer, els entrevistadors, dos terapeutes familiars, establien una conversa preliminar que incloïa avis, altres parents o amics que vivien en la mateixa casa o que estaven visitant la família en el moment de l'entrevista. Després, els pares van ser entrevistats en conjunt i, finalment, mare i pare van ser entrevistats individualment. La primera part de l'entrevista amb els pares abordava el naixement i el seu impacte en la vida de la família i dels pares, en especial el suport prestat per les famílies d'origen.

A la segona part de l'entrevista, es va qüestionar sobre la relació de la parella i la xarxa social. També es va realitzar el genograma per a cada família, incloent casaments anteriors i fills d'altres relacions, les seves històries personals i mèdiques, amb una descripció de les famílies dels

dos progenitors, i de les semblances i diferències en la forma com la família funcionava actualment en comparació de les famílies d'origen.

En la tercera part, cadascun dels pares va conversar individualment amb un terapeuta. Es començava amb una conversa oberta amb preguntes sobre l'embaràs i el part, incloent-hi sobre la planificació i l'acceptació de la gestació, entre d'altres aspectes. També s'abordaven temes relatius a la història personal i la salut mental, tals com els ingressos psiquiàtrics en el passat i en el present i l'ús de drogues.

Després de completar el procés diagnòstic, cada entrevistador avaluava de manera independent el nivell de funcionament emocional de la mare i del pare pel que feia a la seva vida quotidiana i les seves principals relacions, utilitzant els criteris de l'American Psychiatric Association's Diagnostic Manual - DSM-IV (1994) i de l'Avaluació Global del Funcionament Relacional (GARF), que és un dels instruments que aquest manual inclou. Aquesta escala classifica el grau en que la família o la parella atén les necessitats operacionals i afectives individuals i dels seus membres, d'acord amb tres àrees de funcionament: 1) resolució de problemes, 2) estructura familiar i 3) expressió afectiva entre la parella. L'escala atribueix una puntuació global de 5 (la unitat relacional està funcionant de manera satisfactòria (d'acord amb l'informe dels participants i de la perspectiva dels entrevistadors) fins a 1 (la unitat relacional s'ha tornat massa disfuncional per a garantir la continuïtat de la relació).

Les relacions mare- nadó i pare- nadó van ser classificades d'acord amb l'Escala PIR-GAS (National Center for Clinical Infant Program, 1997), que s'utilitza per identificar i classificar la qualitat d'aquestes interaccions. Són considerades la dinàmica de les relacions, incloent la interacció progenitor- fill, els seus nivells de dificultat, la seva flexibilitat i els efectes de les relacions sobre el desenvolupament del nen. La intensitat, freqüència i durada de la relació també són avaluades. Les puntuacions són de 10 a 90, sent 90 la puntuació màxima.

Els entrevistadors discutien les seves avaluacions fins a arribar a un consens sobre el resultat. En el cas que hi hagués discordança, el cas era discutit novament amb l'investigador principal fins que aconseguir el consens. En cas que calgués, el vídeo de l'entrevista era revisat.

Les famílies havien van ser visitades novament quatre anys després i es va utilitzar la mateixa metodologia en les entrevistes que en la primera etapa de la investigació.

Per a l'avaluació del desenvolupament del nen als quatre anys d'edat va ser utilitzat el test de desenvolupament de Denver II. El test, dissenyat per ser utilitzat en nens des del naixement fins a l'edat de sis anys, consisteix en 125 ítems dividits en quatre grups: a) personal/social – aspectes de la socialització del nen dins i fora de l'ambient familiar; b) motricitat fina – coordinació ull/mà, manipulació de petits objectes; c) llenguatge – producció de so, capacitat de reconèixer, entendre i usar el llenguatge; i d) motricitat àmplia – control motor corporal, seure, caminar, saltar i tots els altres moviments realitzats a través de la musculatura àmplia. Aquests ítems són registrats a través de l'observació directa del nen i, per a alguns d'ells, es sol·licitava que la mare informés si el fill realitzava o no determinada tasca. Cada tasca sol·licitada correspon a un ítem d'observació que pot ser considerat avançat, normal, requerint atenció o en retard. La interpretació del test és feta en dues etapes: individual (per ítem) i global (considera la suma dels ítems que requereixen atenció i en retard). És considerat un ítem que requereix atenció, quan el nen no realitza o refusa fer una tasca que del 75 al 90% dels nens de la mateixa edat ja realitza, i és considerat ítem en retard quan no realitza o refusa una tasca que més de 90% dels nens de mateixa edat ja realitzen.

En l'avaluació global, el desenvolupament del nen s'avaluava com a normal, sospitós o inestable. Es va considerar normal quan no va haver ítems en retard i va trobar-se només un ítem requerint atenció (valor 1). Va ser designat sospitós, quan van trobar-se dos o més ítems requerint atenció i/o un o més ítems en retard (valor 2), i indefinit, quan va haver refús en un o més ítems que més de 75% dels nens de mateixa edat ja realitzen (valor 3). El test de Denver II va ser escollit per ser el més utilitzat pels professionals de l'àrea de la salut per a una primera exploració en poblacions asimptomàtiques, i perquè permetia un fàcil entrenament i una administració ràpida (20 minuts).

Resultats

En la primera part dels resultats, farem una descripció de les variables relacionals descrites anteriorment, de les famílies estudiades, als 4 mesos i als 4 anys d'edat dels fills, podent observar quines han estat les tendències en l'evolució del funcionament familiar, la relació mare-fill, la relació pare- fill, el funcionament de la parella i la xarxa social.

En la següent taula s'expressen els resultats de les variables, ordenades de menys funcional a més funcional, de més pertorbada a més adaptada.

Taula 2

		4 mesos		4 anys	
		n	%	n	%
Funcionament Familiar	0 a 20	1	1,2	3	3,5
	21 a 40	6	7,1	5	5,9
	41 a 60	14	16,5	20	23,5
	61 a 80	40	47,1	43	50,6
	81 a 100	24	28,2	13	15,3
Funcionament Conjugal	6	13	15,3	4	4,7
	5	2	2,4	0	0
	4	3	3,5	2	2,4
	3	14	16,5	10	11,8
	2	29	34,1	25	29,4
	1	21	24,7	18	21,2
	no avaluat	3	3,5	26	30,6
Relació mare-fill	10 a 30	1	1,2	6	7,1
	40 a 50	9	10,6	9	10,6
	60 a 70	19	22,4	21	24,7
	80 a 90	56	65,9	44	51,8
	no avaluat	0	0,0	1	1,2
Relació pare-fill	10 a 30	0	0,0	6	7,1
	40 a 50	4	4,7	9	10,6
	60 a 70	19	22,4	21	24,7
	80 a 90	45	52,9	48	56,5
	no avaluat	17	20,0	1	1,2
Xarxa Social	5	0	0,0	0	0
	4	4	4,7	62	72,9
	3	24	28,2	18	21,2
	2	43	50,6	1	1,2
	1	14	16,5	3	3,5

Els resultats d'aquesta taula ens mostren que no hi ha hagut variacions importants en el funcionament de les relacions familiars, però sí que n'hi ha hagut en quant a la xarxa social. Les

famílies transcorreguts 4 anys, s'han mantingut en funcionaments bastant satisfactoris i al voltant d'el 50% continuen tenint puntuacions entre 60 i 80 punts en el GARF (que respon a la capacitat per resoldre conflictes, l'expressió dels sentiments, la coherència en els límits i fronteres, l'afecte, etc.). La proporció de dones que no tenen company, continua al voltant del 15%, i el 70% de les dones continuen amb el pare biològic del fill, per tant només hi ha un 7% de separacions des de la primera etapa de la investigació. Hi ha 6 dones que tenen una altra parella i d'aquestes, només 2 hi conviuen. El funcionament conjugal, es manté semblant, tot i que hi ha un 30% que no s'ha avaluat als 4 anys. En aquest sentit es manté al voltant d'un 20% de relacions que tendeixen a ser disfuncionals i insatisfactòries (≤ 4), i al voltant del 50% de relacions molt satisfactòries o bastant satisfactòries segons el relat dels participants i els entrevistadors.

En quant a les relacions de parentalitat, tampoc s'observen variacions importants, i en el cas dels pares, es manté el 50% de relació molt ben adaptada o adaptada. En el cas de les mares, augmenta només al voltant del 5% les relacions amb trastorn, i disminueixen un 15% les relacions més ben adaptades o adaptades, quedant-se en poc més del 50% del total.

En canvi, la xarxa social d'aquestes famílies demostra una important evolució cap a un empobriment. La proporció de famílies entrevistades que relaten greu insatisfacció en quant a la xarxa social passa de ser aproximadament un 5% a ser un 72% de les famílies, i per altra banda, les que disposen d'una xarxa social en les millors condicions en quant a nombre de contactes, heterogeneïtat, qualitat de les relacions i suport, passa de superar el 15% a només un 3,5%.

La segona part d'aquest l'estudi tracta d'investigar l'efecte de l'acceptació de l'embaràs i les relacions familiars sobre el desenvolupament infantil als 4 anys d'edat.

Els resultats del test Denver als quatre anys d'edat per a aquest grup ha estat d'un 71,5% dels casos sense sospita de retard en el desenvolupament, mentre que un 25% dels casos han presentat sospita de retard en el desenvolupament, i el restant 3,5% dels casos ha resultat indefinit.

En primer lloc, investigarem la correlació entre l'acceptació de l'embaràs i el

desenvolupament. Compararem el grup de famílies en que la mare no accepta l'embaràs i el grup de famílies en que, malgrat no ser planificat, s'accepta al llarg de l'embaràs. Hem utilitzat per a aquest anàlisi una delimitació de grups contrastants (Nachmias & Nachmias, 1996).

Primerament, els grups han estat examinats pel test qui- quadrat en quant a les seves variables socio- demogràfiques. Les variables: color de la mare ($\chi^2_{gl=2}=1,545$; $p<0,46$), ocupació de la mare ($\chi^2_{gl=2}=0,730$; $p<0,69$), classe social ($\chi^2_{gl=3}=2,089$; $p<0,55$), i si la mare tenia company ($\chi^2_{gl=2}=1,147$; $p<0,56$) han estat examinades, a més del fet del nen haver nascut amb malformació congènita ($p<0,37$), de l'ordre de naixement del nadó ($p<0,26$), i del sexe del nen ($p<0,08$), que ha estat avaluades segons el test exacte de Fisher. Per altra banda, l'edat ($t=1,705$; $gl=8,75$; $p<0,12$) i l'escolaritat ($t=-1,620$; $gl= 83$; $p<0,11$) de les mares, al ser variables contínues, han estat analitzades a través del Test t.

En un segon moment, els resultats derivats del test Denver-II han estat analitzats pel test qui- quadrat, segons el test exacte de Fisher, que ha indicat una diferència estadísticament significativa entre els grups ($p<0,00$). Aquesta dada permet afirmar que els/les fills/es de les mares que no havien acceptat la gestació tendeixen a presentar majors dificultats en termes de desenvolupament ($m=1,89$; $DP=0,33$) que els/les fills/es de les mares que havien acceptat la gestació ($m=1,18$; $DP=0,39$) encara que no l'haguessin planejada (taula 3).

Taula 3
Mitjana, Desviació Típica i Grau de Significança per al Resultat del Test Denver-II en cada un dels Grups

	Mares que no acceptaren l'embaràs (dt)	Mares que acceptaren (dt)	p
Denver-II	1,88 (0,35)	1,16 (0,37)	0,00

Segons l'anàlisi de probabilitat de risc, és possible afirmar que els/les fills/es del grup de mares que no va planejar i no va acceptar la gestació mostren cinc vegades més risc de presentar dificultats en el seu desenvolupament (3,0-9,5). Es destaca, a més, que en el grup dels nens les mares dels quals no havien acceptat la gestació, les principals àrees de desenvolupament

afectades van ser el llenguatge i el desenvolupament de la motricitat fina.

Per tal de conèixer quin és el pes en aquesta correlació de la variable acceptació de l'embaràs, en interacció amb algunes variables demogràfiques que poden ser significatives, realitzarem una regressió logística amb el model forward. En el cas del resultat inestable del Denver, per ser pocs els casos els que el presenten (n=3), vam decidir no incloure'ls en l'anàlisi de la regressió logística de manera que obtenim una variable dicotòmica amb les categories *sospita de retard en el desenvolupament* i *desenvolupament normal*, i el nombre de casos analitzat resta en 82. El criteri de selecció de les variables, ha estat el suport en la literatura i la significació estadística en la prova qui- quadrat. Segons aquests criteris, s'ha escollit les variables *anys d'escolaritat de la mare* (p=0,002) i *nombre de fills vivint a casa* (p=0,002) pel a la qual s'han creat dos grups, fins a 3 fills i més de tres fills.

Els resultats de la regressió logística amb aquestes tres variables descrits en la tabla 3, mostra com la variable amb més associació amb el desenvolupament infantil als 4 anys segueix sent l'acceptació de l'embaràs, i la següent variable significativa, encara que amb un pes molt menor, és l'escolaritat de la mare. El nombre de fills vivint a casa, segons aquest anàlisi no s'inclouria en el model explicatiu. En la taula 4 s'exposen els resultats de les variables d'elecció, els coeficients de regressió corresponents (B), el error típic d'estimació (E.t.), el estadístic W de Wald, amb graus de llibertat (gl), la probabilitat associada (p) i la *odds ratio*.

Taula 4
Resultats de la primera regressió logística per al desenvolupament als 4 anys

	B	E.t.	Wald	gl	p	Exp (B)
Acceptació de l'embaràs	3,285	1,142	8,282	1,000	0,004	26,717
Anys d'escolaritat de la mare	-0,326	0,128	6,446	1,000	0,011	0,722

Com veiem a la taula 4, el risc de patir sospita en el desenvolupament és 26 vegades més gran si la mare no accepta l'embaràs, mentre que l'escolaritat de la mare, apareix com un factor de

protecció, de manera que per cada any menys d'escolaritat de la mare, el risc de que el fill presenti sospita de retard en el desenvolupament augmenta 1,39 vegades.

Les variables referents a les relacions dins la família en la primera etapa de l'estudi, que són considerades importants per al desenvolupament del nen, també han estat analitzades per a veure la seva relació amb l'acceptació de l'embaràs. Aquestes variables avaluades són el funcionament de la família i de la parella segons el GARF, la relació mare- nadó i pare- nadó d'acord amb el PIR-GAS, les relacions de cada un dels pares amb la seva família d'origen i la xarxa social.

Taula 5
Incidència Mitjana, Desviació Típica, Valor Test *t*, Grau de Llibertat i Grau de Significança per al Resultat de les escales per a cada Grup.

	Mares que no van acceptar (dt)	Mares que van acceptar (dt)	<i>t</i>	gl	<i>p</i>
Funcionament familiar	59,22 (15,94)	69,80 (15,35)	-1,95	83	0,05
Relació conjugal	3,11 (1,54)	2,64 (1,72)	0,78	80	0,44
PIR-GAS mare- fill	67,78 (17,16)	75,53 (13,00)	-1,63	83	0,11
PIR-GAS pare- fill	65,71 (17,18)	77,33 (9,36)	-1,76	65	0,13
Relació família origen-mare	2,33 (0,87)	2,05 (1,00)	0,80	83	0,42
Relació família origen-pare	2,00 (0,82)	2,06 (0,94)	-0,17	67	0,86
Xarxa social	2,11 (0,78)	2,22 (0,78)	-0,41	83	0,68

Tal i com veiem a la Taula 5, de totes aquestes variables analitzades a través del test *t*, només el funcionament familiar, segons la GARF ($t=-1,948$; $gl=83$; $p<0,05$), revela diferència significativa entre els grups. El funcionament de la família es mostra com més adequat en el grup de mares que va acceptar la gestació ($m=69,80$; $DP=15,35$), comparat amb el grup de mares que

no la va acceptar ($m=59,22$; $DP=15,94$). A més a més, observades les mitjanes, es pot percebre que en la relació mare- nadó i pare- nadó, hi ha una diferència d'aproximadament 10 punts, indicant que el grup de mares que va acceptar la gestació tendeix a presentar una millor interacció entre la mare i el nen i el pare i el nen que l'altre grup.

Per últim, hem realitzat una segona regressió logística incloent a l'anàlisi, a més de l'acceptació i la escolaritat, altres variables del funcionament de les relacions en la família, com són el funcionament familiar (GARF), la relació mare- nadó als quatre mesos (Pir- Gas), el funcionament de la xarxa social familiar i la relació de la mare amb la seva família d'origen.

El resultat d'aquest anàlisi, torna a confirmar el model anterior, sense afegir-hi cap nova variable, ja que són les dues que presenten en l'anàlisi significació estadística, sent l'acceptació de l'embaràs per part de la dona el factor més associat al desenvolupament ($p=0,004$), i l'escolaritat de la mare en segon lloc ($0,026$).

Taula 5
Resultats de la segona regressió logística per al desenvolupament als 4 anys

	B	E.t.	Wald	gl	p	Exp (B)
Acceptació de l'embaràs	3,401	1,173	8,412	1,000	0,004	29,989
Escolaritat de la mare	-0,325	0,146	4,930	1,000	0,026	0,723
Funcionament Familiar	-0,002	0,037	0,004	1,000	0,947	0,998
PIR-GAS mare- fill	0,01	0,033	0,177	1,000	0,674	1,014
Relació família origen-mare	0,373	0,491	0,576	1,000	0,448	1,452
Xarxa Social	-0,202	0,655	0,095	1,000	0,758	0,817

Discussió

Aquest estudi ha buscat descriure el funcionament de les relacions de la família després del naixement d'un fill d'un embaràs no planificat, i investigar si l'acceptació de l'embaràs pot estar relacionada al desenvolupament del nen i quins són els factors socio- demogràfics i de les

relacions familiars que poden interactuar en aquesta relació.

El funcionament de les relacions familiars no mostra grans diferències entre els 4 mesos dels nens i els 4 anys, encara que la relació mare i fill té una tendència major a empitjorar que la relació del pare amb el fill. Això demostra que la crisi que pot portar l'arribada d'un fill d'una gestació no planejada no té perquè pertorbar el funcionament de les relacions, i les conseqüències que tingui dependrà del significat que la família doni a aquest fet i dels recursos de que disposi.

Cal destacar, si més no, que el funcionament de la xarxa social empitjora considerablement. Això pot ser degut a que la major demanda de temps per a la parentalitat, pugui empobrir les relacions de la família amb l'entorn, i pugui fer que es perdin àmbits de relació, que al mateix temps també podien ser font de recursos, satisfacció i reconeixement. Aquest fet potser s'accentua en el cas dels embarassos no desitjats, quan la família considera que ja té prou càrrega de responsabilitats com per fer front a la criança d'un altre nen petit. Així i tot, per a extreure conclusions més sòlides, caldria disposar d'un grup de control en que les famílies planegen l'arribada del fill.

Per altra banda, ha estat possible constatar a través dels dos anàlisi realitzats amb regressió logística, que hi ha una relació entre l'acceptació de l'embaràs i el desenvolupament infantil als quatre anys, i que aquest seria el factor més associat amb el desenvolupament infantil de tots els estudiats en aquesta investigació.

Aquests resultats ens remeten a algunes dades evidenciades en la literatura. Els resultats trobats a aquest estudi concorden amb les conclusions de DiPietro i de Ispa en els estudis mencionats anteriorment, en que la relació negativa de la dona amb l'embaràs té un pes molt important en la vivència de la parentalitat com una càrrega, malgrat altres aspectes de la parentalitat es desenvolupin amb la mateixa eficàcia (Ispa, 2007) i en el desenvolupament del fill,

quan pel contrari, l'ansietat no relativa a l'embaràs correlacionaria amb un desenvolupament major d'aquest (DiPietro, 2006).

El present estudi indica també la importància del bon funcionament familiar en aquest període i la importància del suport de la família per a l'acceptació de la gestació. En especial, la necessitat d'un bon funcionament familiar, expressat en factors com que els membres de la família puguin expressar els seus pensaments i sentiments, cooperació en la resolució de conflictes, així com una bona organització i delimitació de responsabilitats i un clima emocional d'empatia, respecte i cura.

Davant de l'exposat fins aquí, suggerim que nous estudis avaluin la parentalitat en les diferents etapes i el desenvolupament infantil. Creiem que els reptes que es presenten en aquesta relació quan el fill té quatre anys d'edat, poden ser majors que els que es presenten en els primers mesos de vida, ja que als quatre anys, el/la nen/a ja s'ha començat a desenvolupar la seva autonomia i assertivitat, i comença a negociar la seva independència en relació als pares, defensar els seus drets i expressar els seus pensaments, sentiments i creences de manera directa (Falcone, 2001). També és important que altres estudis investiguin la relació del pare amb l'embaràs, tenint en compte la sabuda importància d'aquest en el desenvolupament del nen (Lewis i Lamb, 2003).

És possible que els instruments utilitzats en aquest estudi no hagin estat suficientment sensibles per explicar el fenomen estudiat. En aquest sentit, Klerman i Jekel (1984) argumenten que la intenció de l'embaràs és un fenomen complex, la investigació del qual pot dependre de les circumstàncies de formulació de les preguntes, depenent inclús de la raça i del sexe de l'entrevistador.

Malgrat les limitacions, els resultats d'aquest estudi indiquen clarament que la gestació és un període crític per a la família i que l'experiència d'una relació negativa de la dona, i potser de

tota la família, amb l'embaràs, possiblement és una senyal que ens pot fer pensar en futures complicacions o en altres problemes en la família que puguin posteriorment afectar l'infant.

Stern (1997) resalta que la terapia familiar s'ha aplicat relativament poc a les famílies amb nens molt petits, és a dir, quan el material clínic es en gran part la organització emergent de patron interactius no verbals. Per la seva part, Elisabeth Fivaz- Depeursinge i altres (1990) senyalen la poca bibliografia existent en aquesta àrea per al tractament d'aquestes famílies.

D'aquesta manera s'assenyala la necessitat que els professionals de l'àmbit de la salut que acompanyen la família en l'etapa de la gestació, puguin detectar precoçment de quina manera la família s'està relacionant amb l'embaràs. Així, es podrà dur a terme una intervenció que pugui ajudar a la família a prendre decisions i a fer els canvis necessaris per a que l'infant neixi en les millors condicions possibles per al seu desenvolupament. Això implica que en l'atenció al prenatal s'inclouï sempre a la parella, i inclús a vegades a tota la família, i que pugui donar-se un espai propici per a expressar la subjectivitat i els sentiments dels futurs pares. També implica que els professionals que atenguin aquestes famílies tinguin la formació adequada o un adequat suport multidisciplinar amb d'altres especialistes de la salut mental, per tal d'entendre la complexitat de les relacions que es poden donar en la família i derivar per una intervenció els casos que es cregui necessari.

Creiem que són recomanables les intervencions familiars preventives d'inici en la gestació per a oferir aquest suport de transició a la parentalitat, sobretot quan es donen situacions adverses. Actualment les famílies pràcticament només disposen d'algunes classes de preparació al part, que segons Clara Valls (2005) són un intent de desmedicalitzar i humanitzar el part, però descuiden aspectes com el poder escoltar les pors i preocupacions dels pares i mares.

Per altra banda, creiem que els recursos naturals de l'ecosistema familiar són els més propicis per a poder compensar dificultats en l'exercici de la parentalitat, i que les intervencions

professionals en aquestes situacions ha de tenir en compte poder ajudar a la família a mantenir una xarxa social i de suport rica, satisfactòria i eficaç.

Agraïments

Agraeixo molt sincerament el suport de totes les persones que m'han recolzat directa o indirectament en la realització d'aquest estudi, especialment a la Marta Colhares, Angela Marín i Pânila Longhi, coautores de l'article en la primera versió. A la Olga García Falceto, per ser molt més que una professora i als demés professors i alumnes del Instituto da Família de Porto Alegre. A l'Ignasi Gichs i a la Begonya Valle per la seva inestimable ajuda amb les anàlisis estadístiques. A l'Anna Vilaregut, per la seva orientació. A la Clara Valls, a la Mercè Mitjavila. A tots els professors i professores de l'Escola de Teràpia Familiar de Sant Pau, que de forma tan generosa han compartit la seva professionalitat i experiència amb mi durant aquests anys. Als companys de l'escola. A la Vaso. A l'Ernesto.

Referencias

- Alvarez, M. L., Concha, X., Elordi, M., Lamilla, C., Ramos, C., i Perez, P. (1991). Desnutrición infantil, coeficiente de desarrollo y su relación con el medio ambiente: un estudio piloto. *Revista de Saúde Pública*, 25(4), 282-288.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Forth Edition. Washington, Dc: American Psychiatric Association.
- Barber, J. S., Axinn, W. G., i Thornton, A. (1999). Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3), 231-257.
- Baydar, N. (1995). Consequences for children of their birth planning status. *Family Planning Perspectives*, 27, 228-234.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T., i Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós, 1987.
- Bustan, M. N., i Coker, A. L. (1994). Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. *American Journal of Public Health*, 84, 411-414.
- Cramer, B., Palacio- Espasa. (1993) *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- Debray, R. (1988). *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Delgado Cruz, A. Naranjo, J. A., Camejo, M., Forcellado, C. R. (2002). Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. *Rev Cubana Medicina General Integral*. 4/2002
- Denmark, F., i Paludi, M. (1993). *Psychology of women: A handbook of issues and theories*.

Westport, CT: Greenwood Press

- Dessen, M. A., i Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante a transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- DiPietro, J. Novak, M., Costigan, K., Atella, L., Reusing, S. (2006). Maternal Psychological Distress During Pregnancy in Relation to Child Development at Age Two. *Child Development*, Volume 77, Number 3, Pages 573 – 587
- Falceto, O. G., i Waldemar, J. O. (2001). O ciclo vital da família. In: C. L. Eizirik, F. Kapczinski, & A. M. Bassols, *O ciclo de vida humana: uma perspectiva psicodinâmica* (pp.49-72). Porto Alegre: Artmed.
- Falceto, O. G., e Waldemar, J. O. (2008). Famílias com bebês. In: L. C. Osório & M. E. P. do Valle (Eds.), *Manual de terapia familiar* (pp. 235-246). Porto Alegre: ArtMed.
- Falcone, E. O. (2001). Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Eds.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (pp. 195-209). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Fivaz- Depeursinge, E., Corboz- Warnery, A. I Frenck, N. (1990) Modèles et techniques d'intervention thérapeutique pendant les premières années de vie. *L'Approche Systémique*, 10, 1-49.
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1994). Fantasma no Quarto do Bebê – uma abordagem psicanalítica dos problemas que entram a relação mãe-bebê. *Publicação CEAPIA*, VII(7), 12-34.
- Garbarino, J. (1990). The human ecology of early risk. In: S. J. Meisels, & J. P. Shonkoff, *Handbook of early childhood intervention* (pp. 78-96). Melbourne: Cambridge University Press.
- Graziottin, A. (2009). Mother- child attachment dynamics in pregnancy and predictors of disruption. Abstract de la lectura presentada al 13th Congrès Mundial de Reproducció

- Humana, Venècia. Itàlia. Març, 5-8.
- Halpern, R., i Figueiras, A. C. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 104-110.
- Halpern, R., Giugliani, E. R., Victora, C. G., Barros, F. C., i Horta, B. L. (2000). Fatores de Risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria*, 76(6), 421-428.
- Ispa, J. M., Sable, M. R. Porter, N., i Csizmadia, A. (2007). Pregnancy acceptance, parenting stress, and toddler attachment in low-income Black families. *Journal of Marriage and Family*, 69, 1-13.
- Joyce, T. J., Kaestner R., i Korenman, S. (2000). The effect of pregnancy intention on child development. *Demography*, 37(1), 83-94.
- Klaus, M. H., i Kennell, J. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M., i Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klerman, L. V., i Jekel, J. F. (1984). Unwanted pregnancy. In: M. B. Bracken, *Perinatal epidemiology* (pp. 283-300). New York: Oxford University Press.
- Kost, K. J., Forrest, i Singh, S. (1998). *The impact of pregnancy intention status on women's behavior during pregnancy and on birth outcomes*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Kubicka, L. Z., Matejcek, H. P., David, Z., i Dytrych, W. (1995). Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech Republic revisited at age thirty. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 361-369.
- Leiderman, P. (1981) Lazos sociales entre madres y bebés humanos: existe una fase sensible? En K. Immelmann, G. W. Barlow, L. Petrivovich i M. Main (eds.). *Behavioural Development*. Cambridge University Press.
- Leifer, M. (1890). *Psychological effects of motherhood: A study of first pregnancy*. New York: Praeger.
- Lewis, C. Lamb, M. (2003) Father's influences on children's development: The evidence from

- two-parent families. *European Journal of Psychology of Education*. Vol 8, n. 2, 211-228.
- Linares, J.L. (2002) *Del Abuso y Otros Desmanes. El Maltrato Familiar entre la Terapia y el Control*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (1993). La dimensión relacional en las depresiones. *Revista de Psioterapia*, vol IV, n. 13:67-75).
- Lundquist, C. (2008). Being torn: Toward a phenomenology of unwanted pregnancy. *Hypatia: a Journal of Feminist Philosophy*, 23(3), 137-155.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- Marston, C., i Cleland J. (2003). Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. *Population Studies*, 57(1), 77-93.
- Minuchin, S. (1990). *Terapia estrutural da família* (J. A. Cunha, Trad.). Em S. Minuchin, *Famílias: funcionamento e tratamento* (pp. 11-24). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1980).
- Miller, W. B. (1973). Psychological vulnerability to unwanted pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 5(4), 199-201.
- Myhrman, A. (1988). A family relation and social competence of children unwanted at birth: A follow-up study at the age of 16. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 181-187.
- Monteiro, M. F. G., i Adesse, L. (2006). Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005) [Resumo]. *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP. Caxambú- MG.
- Nachmias, C. F., i Nachmias, D. (1996). Research designs: Cross-sectional and quasi-experimental designs. In: C. F. Nachmias, & D. Nachmias, *Research methods in the social sciences* (pp. 125-151). London: Arnold.
- National Center for Clinical Infant Program. (1997) *Classificação diagnóstica: 0-3* –

- classificação diagnóstica de saúde mental e transtorno do desenvolvimento do bebê e da criança pequena*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., i De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Pilz, E. M., i Schermann, L. B. (2007). Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(1), 181-190.
- Prado, L. C. (2006). Entre a realidade e o sonho: o desafio das famílias com bebês. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Rantakallio, P., i Myhrman, A. (1980). The child and family eight years after undesired conception. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 8, 81-87.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rode, S. S, Chang, P. N., Fisch, R. O., i Sroufe, L. S. (1981). Pautas en los vínculos de los bebés separados de la madre tras el parto. *Developmental Psychology*, 17, 188-91.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-child Nursing*, 4, 143-153.
- Ruter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), 23-51.
- Salvatierra, V. (1989) *Psicología del embarazo y sus trastornos*. Ed. Martínez Roca, S.A., España.
- Stern, D. N. (1997). *La Constelación Maternal*. Psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós.
- Szejer, M., i Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Valente, M. L. (1987). Sintomas apresentados pela gestante e sua correlação com a menarca vivida problemáticamente. *Perfil -Boletim de Psicologia Clínica-UNESP*, 2, 23-37.
- Valls, C. (2005). Efectes d'una intervenció psicoeducativa en el desenvolupament maternal i en l'estat d'ànim d'un grup de dones durant la gestació. Tesis doctoral no publicada. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. U. Ramon Llull.

- Weller, R. H., Eberstein, I. W., i Bailey, M. (1987). Pregnancy wantedness and maternal behavior during pregnancy. *Demography*, 24, 407-413.
- Westoff, C. F., i Ryder, N. B. (1977). The predictive validity of reproductive intentions. *Demography*, 14, 431-453.
- Whitaker, C. A., i Bumberry, W. M. (1991). *Danzando con la familia*. Barcelona: Paidós.
- World Health Organization (1998). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva: World Health Organization.
- Wynne, L. Epigenesi dei sistemi di relazione: un modello per comprendere il processo di sviluppo di una famiglia. *Terapia Familiare*, Vol. 16, 2, 1984, Roma, pag. 83-110.
- Zamberlan, M. A. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 399-406.

Annexes

GARF

Escala per l'Avaluació Global del Funcionament en les Relacions

Es tracta d'una escala que inclou el DSM- IV, que en la seva versió anterior, DSM-III-R, no estava compresa, cosa que podria entendre's com un intent de mostrar la creixent importància dels factors relacionals en el diagnòstic, i de propiciar la investigació en aquest sentit.

Es considera una eina per a quantificar el funcionament d'un sistema relacional dissenyat per a utilitzar-se amb el sistema familiar, però que podria adaptar-se per a altres sistemes relacionals. Es té en compte el funcionament afectiu i instrumental, en tres àrees diferents:

- Resolució de problemes
- Organització
- Clima emocional

Considerem que el Garf ajuda a quantificar més adequadament les famílies en els aspectes caòtics i de dispersió, que en l'aglutinació.

Els resultats, poden agrupar-se en 5 nivells de funcionament:

5- (81 a 100): Existeixen patrons i rutines combinats que permeten satisfer les necessitats habituals de cada participant; existeix flexibilitat per canviar la resposta a esdeveniments o necessitats fora del usual; conflictes ocasionals i transicions difícils són resolts a través de la comunicació i negociació destinada a la solució de problemes.

Existeix una comprensió compartida i acord sobre els rols i tasques apropiades; la presa de decisions és establerta per cada àrea funcional; existeix reconeixement de les característiques particulars i dels mèrits de cada subsistema (p. ex. pares/parella, família, individus)

Existeix una atmosfera optimista en les relacions apropiada a la situació; una gran varietat de sentiments s'expressen lliurement i de forma elaborada; hi ha un clima general de calidesa i afecte compartits; les relacions sexuals dels dos adults són satisfactòries.

En resum: La unitat interaccional funciona satisfactòriament segons el relat dels participants i segons la perspectiva dels observadors.

4- (61-80): La majoria dels problemes interaccionals quotidians són resolts adequadament, però existeix dolor i dificultat en respondre a situacions poc comuns. Alguns conflictes permaneixen sense resoldre's però no pertorben la relació.

La presa de decisions és resolta, en general, de forma competent, però l'esforç per al control dels membres entre sí, a vegades va més enllà que el necessari i/o l'efectiu. Individus i coalicions són clarament demarcats però, a vegades, són depreciats o discriminats.

Una gama de sentiments s'expressa, però és evident que hi ha àrees de bloqueig emocional i tensió. La calidesa i l'afecte estan presents, però marcats per la irritabilitat i la frustració. L'activitat sexual dels adults pot ser una mica insatisfactòria i problemàtica.

En resum: El funcionament de la unitat interaccional és força satisfactori. Moltes dificultats que ocorren al llarg del temps són resoltes, encara que no totes.

3- (41-60): La comunicació, la solució de problemes i les activitats quotidianes, amb força freqüència, són inhibides o impedides pels conflictes no resolts; hi ha una dificultat moderadament greu en adaptar-se a situacions de estrès i transicions, com ara les sortides de casa,

les morts, els naixements i els casaments.

La presa de decisions és només competent i efectiva de forma intermitent; en aquestes situacions, s'observa excessiva rigidesa o falta significativa d'estructura. Les necessitats individuals freqüentment es troben submerges.

El dolor i/o la ràbia inútil o la paràlisi emocional interfereixen amb la possibilitat de compartir alegries. Tot i que és present algun tipus de calidesa i suport emocional, aquest és distribuït, en general, de forma desigual. Els problemes sexuals dels adults són freqüents.

En resum : Tot i haver períodes ocasionals de funcionament satisfactori i competent de les relacions, tendeixen a prevaler les disfuncionals i les insatisfactòries.

2- (21-40): Els patrons i les rutines interaccionals no satisfan les necessitats dels seus membres; les expectatives establertes són ignorades o complertes rígidament, tot i els canvis situacionals. Les transicions del cicle vital com les sortides i entrades en les relacions generen problemes frustrants i no resolts.

La presa de decisions és tirànica o bastant poc eficient. Les característiques particulars dels individus no són apreciades, o són ignorades per coalicions rígides, o pel contrari, confusament fluides.

Els períodes de convivència agradable, en conjunt, són infreqüents; la distància òbvia i la hostilitat declarada reflecteixen conflictes importants que permaneixen no resolts. La disfuncionalitat sexual greu entre els adults és freqüent.

En resum: La unitat interaccional és òbvia i seriosament disfuncional. Els períodes de relació satisfactòria són molt poc habituals.

1- (1-20): Les rutines interaccionals són poques (p. ex. No hi ha horaris marcats per a menjar, dormir, o estar despert); els membres de la casa amb freqüència no saben on són els altres o què poden esperar dels altres; hi ha constants malentesos i falta d'atenció en el que els altres diuen en la comunicació.

Les responsabilitats personals i generacionals no són recíprocament acceptades i reconegudes. Els límits interaccionals com un tot i els subsistemes no poden ser identificats o respectats. Alguns membres, en aquest sistema, poden amenaçar físicament, agredir o atacar sexualment a d'altres.

La desesperació o el cinisme són evidents; es presta poca atenció a les necessitats emocionals dels altres; quasi no existeixen sentiments de pertanyença, vinculació o preocupació amb el benestar dels demés.

En resum: La unitat interaccional s'ha tornat excessivament disfuncional per a poder garantir la continuïtat de contacte i vinculació.

0- Informació inadequada.

PIR GAS

Escala de Valoració Global de la Relació Pares- Lactant

En la classificació dels trastorns de la relació (Eix II) s'utilitza l'Escala de Valoració Global de la Relació Pares- Lactant PIR GAS, que és un instrument d'investigació. En general, s'espera que l'escala es completi després d'una avaluació clínica dels problemes de l'infant. Els problemes en les relacions, poden donar-se juntament amb comportaments sintomàtics, però no són un sinònim d'aquests. Podem trobar infants amb seriosos símptomes, i sense aparentment problemes en les relacions, així com relacions que podríem considerar patològiques, sense que trobem símptomes en l'infant. No cal saber l'origen de les dificultats. Situacions del context ampli de la relació també poden afectar-la i ser significatius des del punt de vista etiològic, però el que l'escala recull és només el padró de relació, i no la magnitud dels estressors ambientals.

S'ha de tenir en compte:

- L'aspecte qualitatiu conductual de la interacció.
- El to afectiu.
- La implicació psicològica entre les parts.

S'ha d'escollir, en general, un sol padró d'interacció:

Implicació excessiva (pot ser física o psicològica), implicació disminuïda, relació ansiosa- tensa, relació de ràbia- hostilitat, trastorn mixt de la relació, relació amb abús (verbal, físic o sexual).

L'escala està dissenyada para avaluar la qualitat de la relació mútua entre un pare i el lactant, i comprèn el rang d'una relació ben adaptada fins greument alterada.

Una qualificació menor de 40 punts implica un trastorn, trastorn sever o una incapacitat severa en la relació. Aquestes qualificacions denoten un diagnòstic en l'eix II. Una qualificació de entre 40 i 70 punts, pot descriure's però no és un trastorn.

La escala inclou les següents possibilitats:

90. Ben Adaptada.

Les relacions funcionen de forma excepcionalment bona. No només la relació és mútuament satisfactòria, agradable i sense conflictes, sinó que també promou el desenvolupament de ambdues parts, el nen i el progenitor.

80. Adaptada.

La relació no mostra psicopatologia significativa. Es caracteritza per interaccions que amb freqüència són recíproques, sincronitzades i satisfactòries. La relació no impedeix el progrés del desenvolupament de cap de les parts i és "suficientment bona" per ambdues.

70. Afectada (Perturbed)

La relació funciona de manera menys òptima en algun aspecte. El trastorn només es limita a una àrea de funcionament i pel demés la relació funciona de forma generalment bona. La perturbació només dura uns dies o setmanes. Alguns exemples serien que un nadó amb una malaltia física no greu, dorm poc durant varies nits, amb la qual cosa els pares estan exhausts. Un altre exemple seria quan els pares es muden de casa i presten menys atenció al seu nadó, el qual aleshores té menys capacitat per autorregular-se, degut a que l'entorn no li és familiar.

60 Afectada Significativament (Significantly perturbed)

La relació està afectada d'alguna manera, però encara és adequada i satisfactòria en gran part per als pares i per al fill. El problema no està present en un número important d'àrees, sinó en canvi, hi ha una o dues àrees problema. A més, sembla que les parts implicades són capaces de fer front a la situació de repte amb èxit i que el padró no serà de llarga durada. El trastorn dura menys d'un mes. Els pares o responsables del nen poden estar preocupats per la pertorbació, però no massa preocupats pel canvi en el padró de relació, perquè consideren que forma part de les respostes esperades i que durarà poc temps relativament. Un exemple seria el d'un nen petit que recusa el menjar per primera vegada després del naixement del seu germà petit.

50. Alterada (Distressed)

La relació està afectada no de forma passatgera, però, malgrat això, manté en certa forma flexibilitat i té algunes qualitats adaptatives. Una o ambdues parts poden experimentar ansietat o preocupació en el context de la relació. També s'observa que la relació possiblement afectarà el desenvolupament de la díada si el padró no millora. Els pares poden estar preocupats o no al respecte de l'alteració en la relació. Malgrat això, és poc probable que hi hagi símptomes obvis tant en els pares com en el fill, com a resultat de l'alteració de la relació.

Exemples serien que una nena mostrés ansietat freqüentment quan la seva mare ignora les seves senyals de que l'alimentí més lentament i en les interaccions cara a cara. Altres àrees de funcionament no mostren problemes en la interacció ni alteració de la nena.

40 Perturbada (Disturbed)

Aquí la relació posa a tots dos membres en risc significatiu de que es produeixi disfunció. Les qualitats adaptatives de la relació comencen a veure's compromeses per les característiques problemàtiques de la relació. Els patrons no es veuen establerts amb profunditat, però semblen ser més que una alteració passatgera, i comencen a afectar de manera adversa l'experiència subjectiva d'una a ambdues parts de la relació.

Exemples serien un pare i un nen que s'impliquen en lluites de poder o conducta provocativa aparentment de joc en múltiples àrees, per exemple la alimentació, l'hora de vestir-se, d'anar a dormir, etc. Encara que les parts tenen interaccions agradables, sovint van massa lluny i una o l'altra part acaba sentint-se molesta.

30 Trastornada (Disordered)

La relació es caracteritza per interaccions desadaptatives, relativament establertes que creen molèstia o ansietat en una o ambdues parts, dins del context de la relació. La marca central de les relacions trastornades és que impliquen interaccions inadequades mantenides rígidament, i que causen molèstia o insatisfacció en una o ambdues parts. La relació en general és conflictuosa. Malgrat això, pot ser que hi hagi un trastorn en la relació des del punt de vista del que és adequat per al desenvolupament del nen, sense que hi hagi conflicte.

Per exemple, un pare deprimit pot buscar suport i comoditat en el seu fill petit, estimulants activament conductes de consol i cura en el nen.

20 Greument Trastornada (Severely Disordered)

La relació està afectada greument. Un o ambdós membres de la relació (el que és més freqüent) estan afectats significativament per la pròpia relació. Els patrons desadaptats d'interacció estan presents de forma rígida, semblen ser poc susceptibles a canviar, i també sembla que són de llarga durada, encara que la seva aparició pot ser insidiosa. Una proporció significativa de totes les interaccions entre les parts quasi sempre implica conflicte.

Per exemple, el pare i el seu fill petit interactuen freqüentment mostrant conflicte. El pare no posa cap límit fins que s'enfada intensament i el castiga físicament. El nen, per part seva, és provocatiu i el pare se sent molest per ell contínuament.

10 Òbviament Impedida (Grossly impaired)

La relació està desorganitzada de forma perillosa. Les interaccions són tan freqüentment distorsionades que el nen està en perill imminent de patir abús físic.

Text and Scale from Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-3). National Center for Infants, Toddlers and Families. Washington DC.

Escala per valorar la conjugalitat

1. La unitat relacional està funcionant satisfactòriament segons el relat dels participants i la perspectiva dels observadors.
2. Funcionament de la unitat relacional una mica insatisfactori. Es resolen la majoria de les dificultats que ocorren al llarg del temps però no totes.
3. Tot i donar-se períodes ocasionals de funcionament satisfactori i competent de les relacions, prevaleixen els períodes de disfuncionalitat i/o insatisfacció.
4. La unitat relacional és òbviamment disfuncional. Els períodes de relació satisfactòria són molt poc freqüents.
5. La unitat relacional s'ha tornat excessivament disfuncional per a garantir la continuïtat del contacte i del vincle.
6. No s'ha arribat a constituir la parella.

Escala per valorar la Xarxa Social

Efectivitat de la xarxa social= suport traduït en accions concretes + satisfacció de qui el reb.

1. La xarxa social és rica (A. En quant al número de contactes, B. En quant a heterogeneïtat, C. En la qualitat de les relacions. D. Participació efectiva en el suport a la família) i l'entrevistat relata la seva satisfacció.
2. L'entrevistat relata satisfacció o lleu insatisfacció, però l'entrevistat considera la xarxa social pobre en alguna de les seves característiques (citar lletra).
3. L'entrevistat relata insatisfacció moderada amb relació a una o més de les seves característiques (citar les lletres corresponents, segons l'entrevistat i l'entrevistador).
4. L'entrevistat relata insatisfacció greu en relació a la seva xarxa social (citar lletres).
5. El contacte amb la xarxa social és insostenible.

Valoració Psicomotora pediàtrica pel mètode "DENVER"

L'Examen del Desenvolupament Infantil de la Població de Denver (EDIPD) ofereix una manera d'assessorament senzilla i eficaç sobre l'estat del desenvolupament psicomotriu del nen durant els 6 primers anys de vida.

No és un una prova d'intel·ligència, sinó que es proposa com un instrument investigador per ser utilitzat en la pràctica clínica amb la finalitat d'observar si el desenvolupament del nen en particular es troba dins dels límits de la normalitat.

Materials de l'examen:

Llana vermella, una caixa de bales, un sonall amb la nansa estreta, un pot d'alumini amb tapa a rosca, una campana, una pilota de tennis, un llapis, vuit cubs de 23 mm.

Instruccions:

S'ha d'explicar a la mare o cuidador que es tracta d'un mètode d'investigació del desenvolupament per obtenir dades sobre el creixement del nen, i que no s'espera que aquest sigui capaç de realitzar correctament tots els exercicis de l'examen. És obligatori procurar un examen que el nen pugui dur a terme, i és precís que estigui en relació amb algun parent que conegui el nen. Sempre que sigui possible utilitzarem l'observació directa. Encara que l'examen requereixi la participació activa per part del nen, hauria de fer-se un esforç per a no atabalar-lo. Els nens molt petits poden examinar-se a la falda de la mare. Hauria de continuar-se l'examen inclús davant d'una conducta de dolor o d'espant continuat. Es pot començar col·locant un o dos objectes del material d'examen davant del nen mentre preguntem a la mare si executa algunes de les característiques. El millor és proporcionar el primer qüestionari de preguntes a un nivell una mica inferior al que correspondria al nen per edat, amb la finalitat d'assegurar-li una experiència inicial afortunada. Per evitar distraccions, el millor és proporcionar els objectes de l'examen un a un.

Interpretacions:

Les preguntes de l'examen es classifiquen en 4 categories: motor gros, motor fi adaptatiu, llenguatge i social.

L'extrem esquerra del traç utilitzat indica l'edat en la que el 25% de la població estàndard pot realitzar l'exercici.

El verd engloba del 25 al 50%.

El blau del 50 al 75%.

El vermell del 75% al 90%.

El fallo en l'execució d'una prova que normalment és realitzada pel 90% dels nens de la seva mateixa edat pot ser considerada evidència de retard. Dos o més errors en un mateix sector constitueix una evidència de retràs. Dos o més errors en un dels sectors constitueix una composició anormal. Si en qualsevol sector apareix només un error, o no realitza en ell cap exercici amb èxit, i a més és creua amb la línia de l'edat, la resposta es considera dubtosa.

L'aparició de retard en el test pot ser degut a:

1. La falta de bona voluntat per part del nen per valer-se de les seves habilitats, degut a:
- Factors temporals, cansament, malaltia, hospitalització, separació dels pares, por, etc.

- Desgana general per realitzar la major part de les coses que se li demanen (pot determinar inhabilitat o deficiència en la realització de l'exercici.)

2. Inhabilitat per executar la prova degut a:

- retard general.

- factors patològics, tals com sordesa, deteriorament neurològic, etc.

- característiques familiars de desenvolupament lent en una o més àrees.

BIBLIOGRAFIA

Frankenburg, W. K., and Dodds, J. B.: The Denver Developmental Screening Test. *J. Pediat.*, 71:181. 1487. *Tratado de Pediatría*, Nelson Vaughan Mc Kay (Salvat).