

Diferencias en las representaciones sociales de la atención prenatal en gestantes que asisten al Hospital de Minga Guazú, Paraguay

Arnaldo Martínez M.¹, Dina Paniagua C.², Iris Vuyk M.³, Lisa Riveros G.⁴, Mirna Mercado G.⁵, Adriana González C.⁶, Ana Mieres⁷

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés alguno.

Resumen

Antecedentes: La atención prenatal precoz puede reducir significativamente la morbimortalidad materno infantil. **Objetivo:** contrastar las representaciones sociales de las gestantes que asisten precozmente a la atención prenatal en el Hospital Distrital de Minga Guazú (HDMG), con las de las que asisten tardíamente a la atención prenatal en dicho hospital; y contrastar las representaciones sociales de las gestantes nulíparas, con las de aquellas que ya han tenido hijos. **Materiales y métodos:** el estudio, fue observacional, prospectivo, analítico, y transversal. Entre julio y septiembre del 2014, por muestreo intencional de casos sucesivos, fueron seleccionadas 191 gestantes que asistían al control prenatal en el HDMG. Se aplicó un cuestionario de evocación simple con cuyas respuestas se construyeron cuadrantes de análisis prototípico y grafos de redes semánticas. **Resultados:** El término "cuidado" solo aparece en las mujeres de atención prenatal precoz comparadas con las de atención prenatal tardía. El mismo elemento diferencia a las mujeres que ya tuvieron hijos (muestran este elemento) de las nulíparas (no muestran el elemento). Las redes semánticas de los grupos muestran significativas diferencias de "grado". **Discusión:** Los datos aportan soporte empírico que corrobora la teoría. La tarea educadora de las enfermeras para con las mujeres que ya tuvieron hijo puede proponerse como hipótesis explicativa de la presencia de este elemento prescriptivo en las representaciones de las mujeres que ya tuvieron hijos, algo que no se ve en las nulíparas. De ser así, las campañas de educación y prevención con énfasis en elementos prescriptivos claramente identificados serán de gran importancia.

Palabras clave: Atención Prenatal; Determinantes Sociales de la Salud; Normas Sociales; Cognición; Enfermería; Educación Prenatal.

¹Centro de Investigaciones Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este. Minga Guazú – Paraguay

²Centro de Investigaciones Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este. Minga Guazú – Paraguay

³Centro de Investigaciones Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este. Minga Guazú – Paraguay

⁴Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este. Minga Guazú – Paraguay

⁵Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este. Minga Guazú – Paraguay

⁶Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este. Minga Guazú – Paraguay

⁷Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este. Minga Guazú – Paraguay

Social representations differences among pregnant attending antenatal care at Minga Guazú's Hospital, Paraguay

Abstract

Background: Early prenatal care can significantly reduce maternal and child morbidity and mortality. **Objective:** to compare the social representations of early prenatal care pregnant who attend to the district's Hospital of Minga Guazú (HDMG), with the social representations of those of late prenatal care at the same hospital; and to compare the social representations of nulliparous pregnant with the social representations of those who already had children. **Materials and methods:** The study was observational, prospective, analytical, and cross-sectional. Between July and September 2014, by purposive sampling of successive cases were selected 191 pregnant women who attend the HDMG's prenatal care service. Evocation's questionnaire was applied for data collection, and prototypical analysis was used to analyze the representational structure as well as semantic network technique. **Results:** The word "care" appears only in the representations of early prenatal care pregnant. The same elements distinguish the women who already had children (displays this word) of those who had not children (do not displays this word) Semantic networks of the groups showed significant differences of "degree". **Discussion:** The data provide empirical evidence that supports the theory. The educational work of nurses for women who have had child may be proposed as an explanatory hypothesis of the presence of this prescriptive element in representations of women who already had children, something not seen in nulliparous pregnant. If so, the education and prevention campaigns with particular emphasis on clearly identified prescriptive elements will be of great importance.

Keywords: Prenatal Care; Social Determinants of Health; Social Norms; Cognition; Nursing; Prenatal Education.

Introducción

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico (1). La atención prenatal eficaz debe ser precoz, periódica, completa y de amplia cobertura para garantizar la mayor reducción de las tasas de morbilidad materna y

perinatal (2). Entre todos los requisitos, el de la precocidad es determinante en muchos aspectos.

A pesar de las evidencias al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado más de una vez las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo, estadísticas que reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal (3).

La realidad paraguaya no es distinta: "en el Paraguay, la tasa de mortalidad materna es todavía una de las más elevadas de América Latina, comparable a países con menores niveles de desarrollo" (4). Igualmente, "la mortalidad neonatal, es decir, aquella que ocurre en los primeros 28 días de vida, apenas ha descendido de 14,4 por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 11,2 por 1000 nacidos vivos en 2011, y es una de las más

Correspondencia a:

Arnaldo Martínez Mercado, M. Sc.
Av. Mariscal López entre Mariscal Estigarribia y Padre Moleón, Barrio María Auxiliadora, Minga Guazú, Alto Paraná – Paraguay. CP 7420.
Email: aru2801@hotmail.com

Teléfono: + (595 644) 21537; Móvil: (+595 973) 565018

Recibido: 08/06/2015 Aceptado: 14/06/2015 Publicado: 30/06/2015

altas de la región. En Paraguay, 7 de cada 10 niños y niñas que mueren antes del primer año de vida lo hacen en el periodo neonatal, y casi 6 de cada 10 lo hacen en la primera semana de vida.”(4)

A pesar del amplio campo de fenómenos a estudiar, el interés del estudio se centra en un aspecto bien delimitado: ¿Por qué muchas madres no asisten precozmente a los controles prenatales, cuando hay hospitales públicos disponibles y al alcance de las usuarias, como es el caso de la Ciudad de Minga Guazú, una urbe de la Zona Metropolitana de Ciudad del Este, Paraguay, en donde funciona un Hospital Distrital? Se sabe que existen variables sociales que condicionan la asistencia de las mujeres embarazadas, variables que a su vez se moldean según las relaciones de género, clase y etnia(4).

En este estudio, por razones de delimitación, se optó por una perspectiva de psicología social, intentando entender el fenómeno desde la perspectiva de las mismas gestantes y aplicando un enfoque teórico que explica el comportamiento de las personas a partir del constructo de las “representaciones sociales” que éstas tienen acerca del mundo.

La conducta de las personas está regida por lo que las mismas piensan y conocen. Las personas van construyendo sus pensamientos, sus conocimientos en contextos sociales. El producto de este proceso constructivo de ideas se denomina “Representaciones sociales”. Las representaciones sociales pueden ser definidas como el saber del “sentido común”; “saber ingenuo” (no científico); “pensamiento natural” (5), etc.

Las representaciones sociales son las modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y la conducción del entorno social, material e ideal (5). Una representación, no se reduce solamente a elementos cognitivos, sino también evaluativos y constructivos de lo social. En otras palabras, las representaciones

sociales son un instrumento de la acción. Las personas actúan en el mundo según cómo se lo representan. Yendo al tema de este trabajo: Las gestantes van a actuar con respecto a la atención prenatal, según cómo ellas se representen este fenómeno.

El estudio de las representaciones sociales tiene su origen ya en los primeros trabajos sociológicos de Émile Durkheim (6) aunque todavía con la denominación de “representaciones colectivas”. En el siglo XX, un psicólogo social rumano, nacionalizado francés, Sergei Moscovici, formula la teoría, a medio camino entre la sociología y la psicología social (7), y desde entonces ella no ha dejado de aplicarse en varios campos, especialmente en las áreas de educación, política y salud. Diversos estudios muestran su versatilidad y utilidad en este último campo en el que se han estudiado las representaciones sociales de la salud mental(8, 9, 10), las representaciones sociales de la educación sexual (11), las representaciones sociales de la calidad de vida de personas con VIH/SIDA (12), las representaciones sociales del alcoholismo (13), etc., solo por mencionar unos pocos ejemplos de la enorme cantidad de trabajos que han aplicado el enfoque y sus métodos de análisis.

Una corriente de esta teoría es la que se conoce como "enfoque estructural" o "teoría estructural de las representaciones sociales", según la cual las representaciones constituyen esquemas cognitivos, estructuras de significado que definen el comportamiento y que se componen de dos elementos: un núcleo y elementos periféricos. Los elementos nucleares son predominantemente evaluativos y prescriptivos (definen favorable o desfavorablemente el objeto de la representación y prescriben el comportamiento). Los elementos periféricos son más descriptivos (14, 15, 16, 17, 18, 19).

Para estudiar las representaciones sociales existen varios procedimientos, tanto cuantitativos como

cualitativos (20). Algunas de las técnicas como las que se aplican en este estudio se basan en un cuestionario de evocación de palabras, sobre la base teórica de que la evocación tiende a activar los elementos más "prototípicos" (21) de las representaciones, es decir, aquellos más frecuentemente activados, especialmente en circunstancias sociales de la vida cotidiana.

En la técnica del "análisis prototípico" que se aplica en este estudio, por ejemplo, se menciona un "término inductor" ("atención prenatal") y se les ruega a las personas que citen las 5 primeras palabras que asocian con dicha expresión inductora (21). Los términos evocados son luego compilados y analizados según la frecuencia de evocación en la muestra y según el orden medio en el que dichos términos son evocados (orden medio de evocación de la muestra: OME). De esta manera son aislados los elementos cognitivos que en un determinado grupo tienen alta frecuencia (son socialmente compartidos) y tienen bajo orden medio de evocación (tienden a ser evocados en los primeros lugares en el orden de evocación del grupo objeto de estudio).

Las representaciones sociales también pueden ser analizadas construyendo las llamadas "redes semánticas naturales" (22) a partir de los elementos evocados, técnica que también se aplica en este estudio que objetiva dichas redes mediante "grafos" construidos sobre la base de la teoría de los grafos, con apoyo de software.

Dado que la teoría de las representaciones sociales sostiene que el comportamiento de las personas está condicionado por elementos cognitivos socialmente construidos, este estudio se realiza con el objetivo de contrastar las representaciones sociales de las mujeres que asisten precozmente a la atención (control) prenatal, con las representaciones sociales de las mujeres que asisten tardíamente a la atención (control) prenatal; y como la teoría hipotetiza que las experiencias previas ejercen modificaciones en las

representaciones sociales, el trabajo también se realiza para contrastar las representaciones sociales de las gestantes nulíparas, con las representaciones de las gestantes que ya han tenido hijos.

Materiales y métodos

El estudio ha sido prospectivo, analítico, observacional, transversal y abierto. La población de interés ha sido la de las gestantes que asisten al control prenatal en el Hospital Distrital de Minga Guazú, Paraguay (HDMG). La población accesible fue la de las gestantes que asistieron al control en el servicio prenatal del hospital mencionado, durante los meses de julio a septiembre del 2014. Fueron entrevistadas 191 embarazadas que asistieron al control prenatal en el HDMG durante los meses mencionados.

Fueron incluidas las gestantes fichadas que asistieron al control prenatal en el día de la aplicación del instrumento, siempre que estuvieran en buenas condiciones psicofísicas para responder al mismo y aceptaran participar del estudio, luego de ser debidamente informadas de los objetivos del mismo, de la condición de anonimato y de la ausencia de todo riesgo. Fueron excluidas las gestantes fichadas que asistieron al control prenatal del hospital mencionado pero no se encontraban en condiciones psicofísicas como para acceder a la entrevista y responder al cuestionario.

Entrevista mediante, y previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas que constaba de las siguientes partes: Presentación, datos sociodemográficos y preguntas de evocación libre a partir de una expresión inductora: "atención prenatal".

En el HDMG, antes de la consulta con el médico, en una sala especialmente acomodada al efecto, las gestantes fueron recibidas por las enfermeras,

quienes antes de la toma de datos antropométricos aplicaron el instrumento. Se solicitó a cada entrevistada la evocación libre y espontánea de las cinco primeras palabras que se le ocurriesen cuando se pronunciaba la expresión inductora "atención prenatal". Luego se solicitó a cada una que evocara las 2 palabras que asociaban a cada una de las cinco primeras evocadas.

Así se construyeron los cuadrantes del análisis prototípico. A dicho efecto, fueron listadas las palabras evocadas por la muestra según frecuencia y según orden medio de evocación (OME) con los que se lograron agrupar las expresiones en cuatro cuadrantes: términos de alta frecuencia y bajo OME (primer cuadrante); términos de alta frecuencia y alto OME (segundo cuadrante); términos de baja frecuencia de evocación y bajo OME (tercer cuadrante) y términos con baja frecuencia de evocación y alto OME (cuarto cuadrante).

La teoría sostiene que la conducta está guiada por los elementos nucleares de la representación, que suelen ser predominantemente prescriptivos, esto es, que determinan el comportamiento de las personas, y que se agrupan, con el procedimiento descrito, en el primer cuadrante. Se compararon, por tanto, especialmente, los elementos nucleares de las representaciones sociales de las gestantes que acudieron precozmente a la primera atención prenatal y los elementos nucleares de las representaciones sociales de las que asistieron tardíamente a la primera atención prenatal. Se consideró que la atención prenatal es precoz cuando se la iniciaba dentro de las 12 primeras semanas de gestación y se la consideró tardía cuando el primer control se realizaba pasadas las primeras 12 semanas de gestación.

Para el punto de corte en la agrupación de los términos por cuadrantes, se utilizó como referencia la frecuencia media de las palabras y el OME. Para admitir un término como "socialmente compartido"

se adoptó el criterio de que los términos fueran repetidos en al menos el 5% de la muestra. Los términos que no alcanzaron este porcentaje mínimo no fueron incluidos. Todo ello siguiendo las recomendaciones metodológicas de quienes desarrollaron la teoría(23).

Con todas las palabras evocadas en los 5 primeros lugares y las palabras asociadas a las mismas, siempre que alcanzaron una proporción igual o superior al 5% de la muestra, también se construyó una matriz cuadrática para analizar cómo los términos se vinculan entre sí. Con esta matriz procesada con los Softwares Ucinet® (24) y Netdraw® (25) lograron definirse grafos que objetivaron las representaciones bajo la forma de redes semánticas (redes de significados).

El estudio siguió las normativas de buenas prácticas clínicas de la declaración de Helsinki y se desarrolló de acuerdo a la normativa Paraguaya vigente: la Resolución nº 146 del 08 de marzo de 2012, que clasifica a este estudio en la categoría de investigación sin riesgo, descrito en el consentimiento informado que aceptaron cada uno de los participantes.

Resultados

Los datos recogidos de las 191 gestantes entrevistadas en el HDMG durante los meses de julio a septiembre de 2014 evidencian una distribución relativa por zona de residencia, como sigue: 86% (164) con residencia en zona urbana, y 14% (27) con residencia en zona rural. La media de edad de la muestra (n=191) fue de 24 años y la desviación estándar de 6. Un 68% (130) de las gestantes eran mujeres jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 30 años. La edad mínima fue de 14 años, en tanto que la gestante de mayor edad tenía 54 años.

Según la condición de llegada, la distribución relativa fue de 54% (104) para las que asistieron tardíamente a la atención (control) prenatal, y 46% (87) para las que

asistieron precozmente. Con relación a los niveles de educación formal se vio que 58% (111) de la muestra no pasaban de la Educación Escolar Básica (EEB), 37% (71) tenían estudios del nivel medio y 5% (9) tenían estudios de nivel universitario. Así mismo, 70% (134) de las gestantes ya habían tenido al menos un hijo, en tanto que 30% (57) eran nulíparas.

Tabla 1. Descripción de la muestra.

Variables	Categorías	Frecuencia	%
Condición de llegada	Precoz	87	46%
	Tardía	104	54%
	TOTALES	191	100%
Zona de residencia	Urbana	164	86%
	Rural	27	14%
	TOTALES	191	100%
Niveles de educación formal	EEB	111	58%
	Nivel medio	71	37%
	Nivel Universitario	9	5%
	TOTALES	191	100%
Paridad	Nulíparas	57	30%
	Mujeres con hijos	134	70%
	TOTALES	191	100%

Para proceder a la contrastación de las representaciones se compararon los cuadrantes de análisis prototípicos y los grafos de las redes semánticas, desagregando la muestra en grupos como sigue: gestantes que asistieron precozmente a la atención prenatal (dentro de las 12 primeras semanas de gestación) y gestantes que asistieron tardíamente a la atención prenatal (luego de las 12 semanas de gestación). Igualmente gestantes nulíparas y mujeres que ya tuvieron hijos, tal como puede verse en las tablas y grafos que se presentan, también por pares, a fin de facilitar la comparación.

Si los elementos nucleares, como afirma la teoría, se agrupan en el primer cuadrante (el de más alta frecuencia y de menor OME, extremo superior izquierdo de las tablas), y si los elementos prescriptivos del núcleo de la representación son los que orientan o guían el comportamiento, la teoría ha recibido fuerte evidencia empírica al constatarse que

los núcleos de las representaciones de ambos grupos en realidad difieren. En efecto: en el grupo de mujeres que asistieron precozmente a la atención prenatal puede verse un elemento (cognema), designado como "cuidado" por las gestantes, que no aparece en el grupo de las que asistieron tardíamente a la atención prenatal (ver Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Análisis prototípico: Control prenatal tardío.

	OME < 2,1		OME > =2,1	
F > =14	Bebé	36 1,583	Análisis	16 2,625
	Control	14 1,714	Salud	16 2,75
	Embarazo	21 1,429		
F < 14	Bienestar	6 1,667	Alimentación	7 2,714
	Cuidado	12 1,833	Ecografía	10 2,5
	Importante	6 1,167	Prevención	11 2,636
			Tratamiento	10 2,6

Tabla 3. Análisis prototípico: Control prenatal precoz

	OME < 2,1		OME > =2,1	
F > =11	Bebé	31 1,71	Análisis	11 2,818
	Control	11 1,364	Salud	12 2,5
	Cuidado	17 2		
	Embarazo	13 1,692		
F < 11	Importante	5 1,8	Bienestar	5 2,6
	Prevención	9 2	Ecografía	8 3,125
	Tratamiento	4 1	Medicamento	6 2,333
			Papanicolaou	4 2,75

Cuando se comparan las redes semánticas objetivadas bajo la forma de grafos, a partir de las matrices cuadráticas elaboradas con los términos evocados y sus asociados, pueden notarse aún mejor las diferencias de las representaciones sociales.

La comparación entre ambas redes semánticas muestra que las de las mujeres que asistieron tardíamente es menos densa y de menor conectividad que la red semántica de las representaciones sociales de las mujeres que asistieron precozmente.

Figura 1. Red semántica: Control prenatal tardío

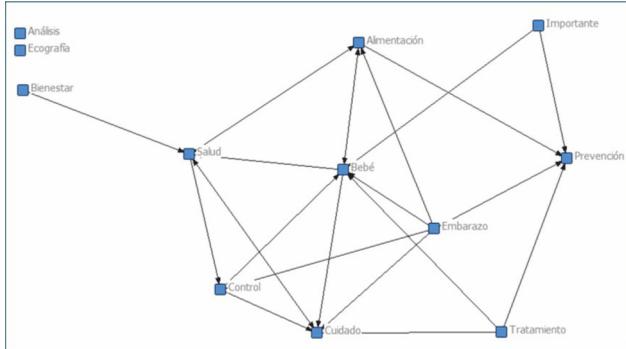
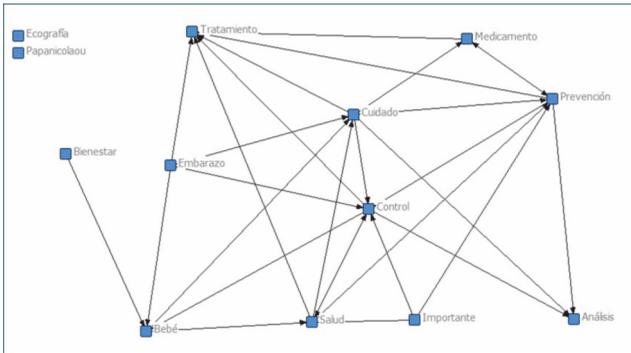


Figura 2. Red semántica: Control prenatal precoz



Las redes semánticas objetivadas por medio de grafos permiten observar esta diferencia con más detalles, aplicando los indicadores (Grado) proporcionados por los mismos grafos expresados por los softwares ya mencionados.

Figura 3. Red semántica con análisis de grado: Control prenatal tardío.

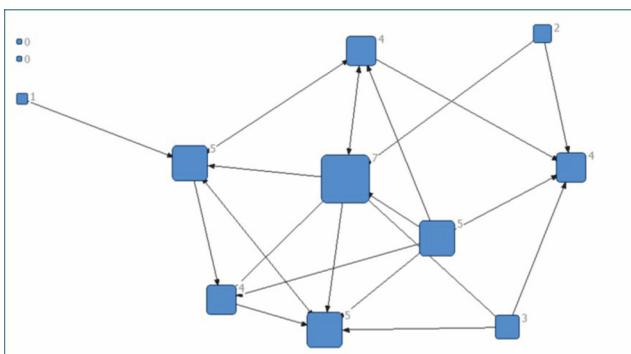
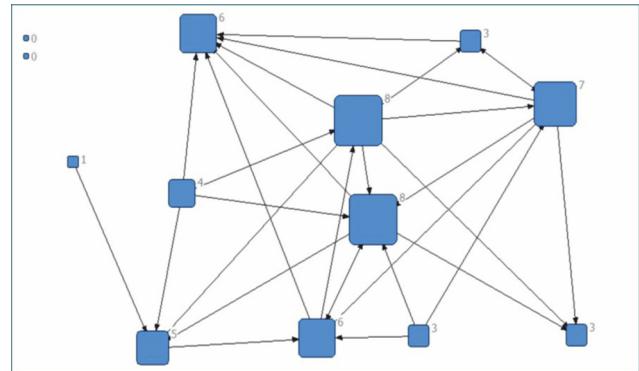


Figura 4. Red semántica con análisis de grado: Control prenatal precoz.



En los procedimientos de análisis de los grafos como los que aplica la teoría del Social Network Analysis(26) la centralidad de un elemento (nodo) se determina por lo que se denomina "grado". El grado de un nodo está determinado por el número de enlaces que llegan y salen del mismo y lo unen con otros nodos de la red. Este concepto y esta medida son de suma importancia en este caso, puesto que también muestran que en la red de las representaciones sociales de las mujeres que asistieron tardíamente a la atención prenatal el elemento con mayor grado [7] es el término "bebé", que obviamente es un elemento "descriptivo" (dice algo que pasa, ocurre o se ve, pero no prescribe una conducta), mientras que la red semántica de las gestantes que asistieron precozmente muestra que los elementos de mayor grado son "cuidado" [8], "control" [8] y "prevención" [7] todos ellos con fuerte carga prescriptiva (apuntan a guiar el comportamiento). Las redes semánticas, entonces, son diferentes en sus elementos nucleares, que según la teoría, son justamente aquellos que condicionan la conducta.

La comparación entre las tablas de análisis prototípico de las gestantes que ya han tenido hijos y las de las nulíparas arroja resultados similares. Así mismo sucede con los grafos de las redes semánticas de ambos grupos.

Tabla 4. Análisis prototípico: Nulíparas

	OME <1,9		OME >=1,9	
F >=6	Bebé	15 1,6	Análisis	8 2,75
	Control	9 1,111	Cuidado	7 2,429
	Ecografía	6 1,833	Salud	6 2,833
F <6	Bienestar	5 1,8	Alimentación	2 2,5
	Embarazo	4 1,5	Estado	2 2,5
	Ginecología	2 1,5	Papanicolaou	3 2,667
	Peso	2 1,5		
	Presión arterial	2 1,5		
	Prevención	4 1,75		

Tabla 5. Análisis prototípico: Mujeres que ya tuvieron hijos

	OME <2,2		OME >=2,2	
F >=18	Bebé	52 1,654	Análisis	19 2,684
	Cuidado	22 1,733	Salud	22 2,591
	Embarazo	30 1,533		
F < 18	Control	16 1,813	Alimentación	8 3
	Importante	10 1,4	Bienestar	6 2,333
			Ecografía	12 3,25
			Medicamento	8 2,75
			Prevención	16 2,5
		Tratamiento	13 2,231	

Si, como afirma la teoría, la experiencia previa produce efectos en el núcleo de las representaciones sociales, y si se comparan las dos tablas previamente expuestas, puede verse, una vez más, que la teoría ha recibido soporte empírico.

En efecto, las diferencias se observan en 4 elementos, tres predominantemente descriptivos (ecografía, embarazo y control) y uno predominantemente prescriptivo (cuidado). Algo similar sucede cuando se objetivan las representaciones sociales a través de los grafos de las redes semánticas, como puede verse en las figuras a continuación.

Figura 5. Red semántica: Nulíparas.

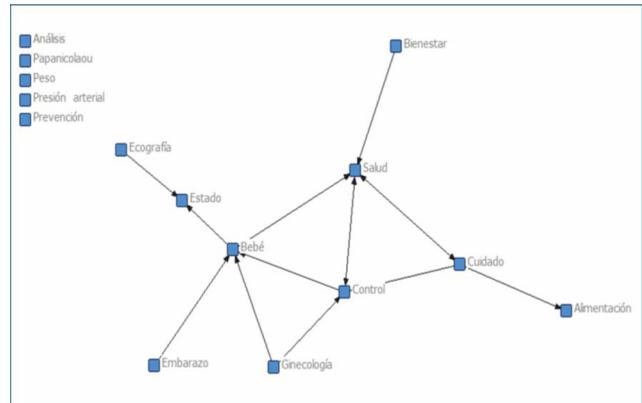
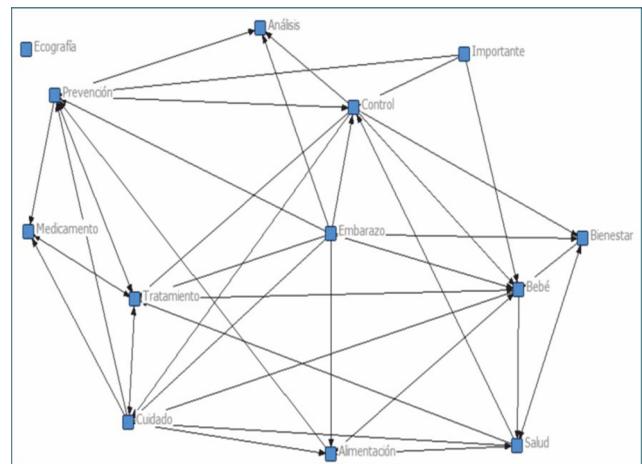


Figura 6. Red semántica: Mujeres que ya tuvieron hijos.



La comparación muestra que mientras la red semántica de las nulíparas tiene pocos elementos y ellos se encuentran escasamente conectados, la de las mujeres que ya tuvieron hijos tiene varios elementos densamente conectados. La comparación de los grafos tomando en consideración la conectividad de los nodos, es decir los "grados" de cada uno de ellos, objetiva mejor las diferencias, como puede verse en las figuras a continuación.

Figura 7. Red semántica con análisis de grado: Nulíparas.

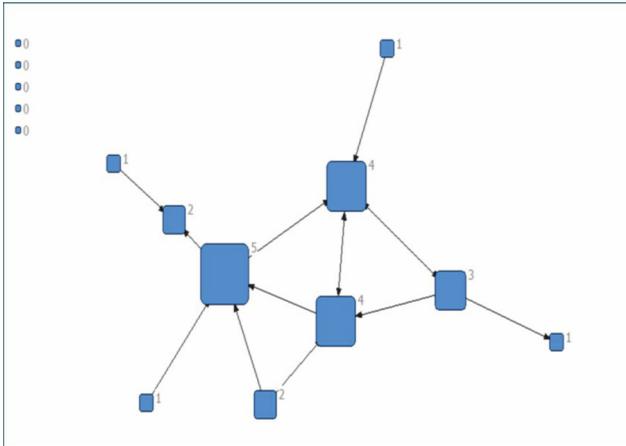
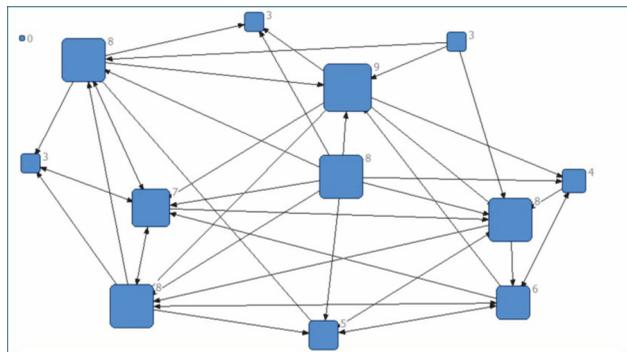


Figura 8. Red semántica con análisis de grado: Mujeres que ya tuvieron hijos.



El grafo de la red semántica de las mujeres nulíparas muestra que el elemento de más centralidad (de mayor grado) es "bebé" (un elemento descriptivo). Mientras que el grafo de la red semántica de las mujeres que ya tuvieron hijos muestra que los elementos de mayor grado son "control" [9], de carácter descriptivo; "cuidado" [8], prescriptivo; "prevención" [8], prescriptivo; "embarazo" [8], descriptivo y bebé [8], descriptivo. Sintetizando: mientras la red semántica de las nulíparas muestra un solo elemento central descriptivo, escasamente conectado, la red semántica de las mujeres con hijos muestra una red semántica en donde los elementos nucleares (de mayor grado) son prescriptivos

densamente conectados junto con algunos elementos descriptivos.

Discusión

El análisis prototípico ha mostrado que una diferencia significativa entre las representaciones sociales (RS) objetivadas es la presencia del cognema "cuidado" en las gestantes que acudieron a la atención prenatal en forma precoz, cognema que no aparece en el núcleo de la representación de las gestantes que asistieron a la consulta prenatal en forma tardía.

La misma diferencia se observa si se comparan las RS de la atención prenatal de las nulíparas con las RS de las mujeres con hijos. En las primeras no aparece el cognema "cuidado" en el núcleo de la RS, en tanto que sí aparece en el núcleo de las RS de las segundas.

Los datos soportan la hipótesis de que la diferencia en los elementos nucleares (diferencia en elementos de carácter prescriptivo) induce distintas formas de comportamiento. El comportamiento de las gestantes ante la atención prenatal estaría determinado por los elementos nucleares de la representación; en este caso específico aparece como elemento diferenciador el cognema "cuidado".

Los datos también soportan la hipótesis de que la experiencia previa ejerce cambios sobre las representaciones sociales. El cognema "cuidado" solo aparece en las mujeres que ya tuvieron hijos y no en las nulíparas.

El análisis por medio de la técnica de las redes semánticas muestra que las gestantes que asisten tardíamente a la consulta prenatal generan con sus respuestas redes semánticas simples de pocos elementos, escasamente conectados. Las gestantes que asisten a la consulta prenatal en forma precoz muestran redes semánticas más complejas y de elementos mejor conectados.

Igualmente, las nulíparas mostraron una red semántica simple, con elementos escasamente conectados, en tanto que las mujeres que ya tuvieron hijos muestran una red considerablemente más compleja, más densa y con elementos nucleares fuertemente conectados. Podría argumentarse que esta diferencia es explicable por la desigualdad del tamaño de los grupos desagregados. Sin embargo este argumento no se sustenta si se observa que la densidad y complejidad de la red del grupo de atención prenatal precoz (inferior en tamaño) son superiores con respecto a las de la red del grupo de atención prenatal tardía (mayor en tamaño).

Como conclusión general, estos datos aportan evidencia empírica que soportan las hipótesis centrales de la teoría y pueden sugerir el tremendo valor de la formación de las mujeres. Las mujeres que ya tuvieron hijos habrán pasado por procesos formativos y eso ha cambiado radicalmente sus esquemas cognitivos. Esto realza el papel fundamental de la enfermera educadora, y como determinante social fundamental se puede pensar en los procesos educativos referentes a la atención prenatal.

El estudio también da claras pistas de con qué terminología se deben orientar las campañas de educación y prevención y los anuncios publicitarios sobre el tema, los que deben insistir en los elementos prescriptivos (cuidado, prevención) más que en los elementos descriptivos (bebé y embarazo).

Finalmente, en relación con el diseño, es conveniente recordar que este estudio ha sido observacional, por lo que no se puede garantizar la ausencia de sesgos, habida cuenta de la falta de control de las variables intervinientes, propia de este tipo de estudios. Dado que el instrumento pedía a los participantes evocar libremente 5 palabras asociadas al término inductor y, como es normal con este instrumento, no todas las personas evocan siempre el mismo número de palabras, no se puede descartar el sesgo de no

respuesta. Es decir, el grado de interés o motivación de los participantes podría haber influido en la riqueza, variedad y cantidad de palabras referidas como evocadas.

Agradecimientos

Al Hospital Distrital de Minga Guazú por permitirnos la aplicación del instrumento en la población de interés.

Referencias

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-Paraguay. Protocolo 1: Atención prenatal en atención primaria de la salud. Asunción: El Ministerio; 2011.
2. Pécora A, San Martín ME, Cantero A, Furfaro K, Jankovic MP, Llompert V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? *Rev del Hosp Matern Infant Ramón Sardá*. 2008;27(3):114–9.
3. Villar J, Bergsjø P. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Villar J, Bergsjø P, editors. Ginebra: OMS; 2003.
4. UNICEF. Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay. Asunción: UNICEF; 2013.
5. Moñivas A. Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría. *Epistemol y Represent Soc Concepto y Teoría [Internet]*. 1994;47(4):409–19. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2385297.pdf>
6. Ramírez Plascencia J. Durkheim y las representaciones colectivas. In: Rodríguez Salazar T, García Curiel ML, editors. *Representaciones sociales Teoría e investigación*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guadalajara (CUCSH-UDG); 2007. p. 17–50.
7. Moscovici S. *El psicoanálisis su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul; 1979.

8. Jodelet D. Folies et représentations sociales. Quebec: Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi; 1989.
9. Arthi. Representing Mental Illness : A Case of Cognitive Polyphasias. *Pap Soc Represent*. 2012;21:5.1–5.26.
10. Foster J. Unification and differentiation : a study of the social representations of mental illness. *Pap Soc Represent*. 2001;10:1–18.
11. Sánchez López M. Sexual-i-hablando, las representaciones sociales de las estudiantes de educación preescolar en relación con la educación para la sexualidad. *Rev Educ [Internet]*. 2008;XII(1):107–22. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194114582015.pdf>
12. Cardona-arias JA. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(5):765–76.
13. Gaussot L. Les représentations de l' alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sci Soc Sante*. 1998;16(1):5–42.
14. Abric JC. Central System, Peripheral System: Their functions and roles in the dynamics of social representations. *Pap Soc Represent*. 1993;2(2):75–8.
15. Guimelli C. Locating the central core of social representations: Towards a method. *Eur J Soc Psychol*. 1993 Sep;23(5):555–9
16. Molinari L, Emiliani F. Structure and Funtions of Social Representations: Theories of Development, Images of Child and Pupil. *Pap Soc Represent*. 1993;2(2):65–106.
17. Moliner P. A two-dimensional model of social representations. *Eur J Soc Psychol*. 1995 Jan;25(1):27–40.
18. Moliner P, Gutermann M. Dynamique des descriptions et des explications dans une representation sociale. *Pap Soc Represent*. 2004;13:1–12.
19. Moliner P, Martos A. Une redéfinition des fonctions du noyau des représentations sociales. *J Int des Représentations Soc*. 2005;2(1):89–96.
20. Abric JC. Prácticas sociales y representaciones. México: Coyoacán; 2001.
21. Wachelke JFR, Wolter RP. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Psicol Teor e Pesqui*. 2011;27(4):521–6.
22. Figueroa JG, González EG, Solís V. Aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Rev Latinoam Psicol*. 1981;13(3):447–58.
23. Vergès P. L' analyse des représentations sociales par questionnaires. *Rev Française Sociol*. 2001;42(3):537–61.
24. Borgatti SP, Everett MG, Freeman LC. *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard: Analytic Technologies; 2002.
25. Borgatti SP. *Netdraw Network Visualization*. Harvard: Analytic Technologies; 2002.
26. Borgatti SP, Mehra A, Brass DJ, Labianca G. Network analysis in the social sciences. *Science (80-) [Internet]*. 2009 Feb 13;323(5916):892–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19213908>

Anexo 1: Cuestionario con datos sociodemográficos y preguntas de evocación libre.

I. Datos sociodemográficos

1. **Edad:** _____

2. **Zona de residencia:**

- a. () Urbana
- b. () Rural

3. **Nivel de escolaridad:**

- a. () Educación Escolar Básica
- b. () Nivel Medio
- c. () Nivel Universitario

II. Datos relacionados con la paridad

4. **Cant. de partos anteriores:** _____

5. **Semana de gestación de la primera consulta según ficha médica:** _____

III. Pregunta de evocación libre

Ahora le voy a mencionar una expresión. Le ruego que la escuche y me diga, inmediatamente, las cinco primeras expresiones o palabras que le vienen a la cabeza cuando usted escuche la expresión que le voy a decir. Le pido 5 palabras.

Escuche la expresión: ATENCIÓN PRENATAL

- 6.1.-.....
- 6.2. -
- 6.3. -
- 6.4. -
- 6.5.-.....

7. Palabras asociadas con las anteriores, en secuencia.

Nº	Palabras	Otras asociadas
7.1		
	7.1.1.	.....
	7.1.2.	.....
7.2		
	7.2.1.	.....
	7.2.2.	.....
7.3		
	7.3.1.	.....
	7.3.2.	.....
7.4		
	7.4.1.	.....
	7.4.2.	.....
7.5		
	7.5.1.	.....
	7.5.2.	.....