



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERIA



“ESTILOS DE APEGO Y FACTORES MATERNOS, FILIALES Y
FAMILIARES EN EL BINOMIO MADRE E HIJO.”

Seminario de tesis para optar al grado:
LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA

Autores:

Vanessa Caneo Caneo
Claudia Cárcamo Espinoza
Valeska Manquipillan Manquecoy
Javiera Mc Cawley Torres
Paula Mendoza Salazar
Natalia Peralta Reyes
Camila Sanhueza Contreras

Docentes Asesoras:

Cecilia Jara C.
Nidia Núñez A.

Valparaíso, Chile
2012

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos dar a gracias a Dios, por guiarnos en este camino, acompañarnos en las dificultades y por mantenernos unidas, conservando nuestra amistad. También queremos agradecer a nuestros padres por todo su amor y apoyo incondicional durante todo el proceso. A nuestros profesores que nos han formado a lo largo de la carrera y seminario de tesis, y en especial a nuestras profesoras guías Cecilia Jara y Nidia Núñez por su dedicación y paciencia.

Cada día una mañana

Cada día un razón

Abrir los ojos al cielo

Y pensar con mucha emoción

El fin de un camino

Que empieza a la vez

Tantos sueños y proyectos

Que empiezan a nacer

Vamos con fuerza hacia delante

Nada nos podrá parar

Vocación será el llamado

Y nuestra vida por él entregar

Esperando contribuir a futuras generaciones les dejamos a continuación nuestra investigación.

ÍNDICE DE MATERIAS

| | PÀGINAS |
|------------------------|---------|
| 1.1 Agradecimientos | II |
| 1.2 Índice de materias | III |
| 1.3 Índice de gráficos | VI |
| 1.4 Índice de tablas | VII |

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

| | |
|-------------------------------|---|
| 2.1 Introducción | 2 |
| 2.2 Delimitación del problema | 6 |
| 2.3 Definición de términos | 6 |
| 2.4 Limitaciones del estudio | 8 |
| 2.5 Objetivos generales | 8 |
| 2.6 Objetivos específicos | 8 |

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 3.1 Fundamentos Teóricos del apego | 11 |
| 3.1.1 Apego y la teoría de Bowlby | 11 |
| 3.1.2 Apego y su relación con la Neurociencia | 13 |
| 3.2 Apego y conductas maternas | 15 |
| 3.2.1 Sensibilidad Materna | 15 |
| 3.2.2 Escala de Edimburgo | 17 |
| 3.3 Estilos de Apego y el desarrollo emocional del lactante | 18 |
| 3.4 Escala Massie-Campbell | 19 |
| 3.5 Antecedentes del Apego en Chile | 21 |
| 3.5.1 Políticas sanitarias y Programa de protección integral a la infancia | 21 |
| 3.5.2 Apego y Control de Salud infantil | 23 |
| 3.6 Apego y Lactancia Materna | 24 |

| | |
|---|----|
| 3.7 Características Filiales | |
| 3.7.1 Apego y Necesidades del lactante | 26 |
| 3.7.2 Desarrollo Psicomotor del lactante durante sus primeras etapas de vida. | 27 |
| 3.8 Apego y Familia | 28 |
| 3.9 Apego y Redes de Apoyo | 29 |
| 4.1 Definición y Operacionalización de variables | 30 |

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

| | |
|--|----|
| 5.1 Tipo de diseño de investigación | 40 |
| 5.1.1 Organización del trabajo en grupo | 40 |
| 5.1.2 Revisión bibliográfica | 41 |
| 5.2 Población en estudio – Definición del Universo | 41 |
| 5.3 Diseño muestral | 42 |
| 5.4 Método de recolección de datos | 42 |
| 5.5 Descripción de los instrumentos | 43 |
| 5.5.1 Estudio de confiabilidad de los instrumentos | 44 |
| 5.6 Criterios utilizados para el análisis de datos | 45 |
| 5.6.1 Vaciamiento de datos | 45 |
| 5.6.2 Análisis de datos | 45 |
| 5.7 Plan de recolección de datos y organización del trabajo en terreno | 46 |

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| 6.1 Algunos antecedentes de la muestra | 48 |
| 6.1.1 Antecedentes de la madre | 48 |
| 6.1.2 Antecedentes del lactante | 48 |
| 6.1.3 Antecedentes de la familia | 48 |
| 6.2 Descripción de los resultados | 49 |
| 6.2.1 Factores maternos | 49 |

| | |
|---|----|
| 6.2.2 Factores filiales | 53 |
| 6.2.3 Factores familiares | 57 |
| 6.2.4 Estilos de apego presentes en el estudio | 59 |
| 6.3 Cruzamiento de variables | 60 |
| 6.3.1 Estilos de apego inseguro y los factores maternos | 60 |
| 6.3.2 Estilos de apego inseguro y factores filiales | 63 |
| 6.3.3 Estilo de apego inseguro y factores familiares | 64 |
| | |
| CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 7.1 Discusión- Conclusiones | 66 |
| 7.2 Recomendaciones | 69 |
| 7.3 Resumen | 71 |
| 7.4 Abstract | 72 |
| | |
| ANEXOS | |
| Anexo N°1: Consentimiento Informado | 74 |
| Anexo N°2: Instrumentos de recolección de datos | 75 |
| Anexo N°3: Escala Massie- Campbell | 78 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | PÁGINAS |
|---|---------|
| Gráfico N° 1: Distribución de las madres según edad | 49 |
| Gráfico N° 2: Distribución de las madres según escolaridad | 49 |
| Gráfico N° 3: Distribución de las madres según actividad | 50 |
| Gráfico N° 4: Distribución de las madres según número de abortos | 51 |
| Gráfico N° 5: Distribución de las madres según paridad | 51 |
| Gráfico N° 6: Distribución de las madres según aceptación o no del embarazo del lactante del estudio | 52 |
| Gráfico N° 7: Distribución de las madres según resultado de la escala de Edimburgo a los 2 meses del lactante | 52 |
| Gráfico N° 8: Distribución de las madres según resultado de la escala de Edimburgo a los 6 meses del lactante | 53 |
| Gráfico N° 9: Distribución de los lactantes según sexo | 54 |
| Gráfico N° 10: Distribución de lactantes por duración lactancia materna exclusiva | 54 |
| Gráfico N° 11: Distribución de los lactantes según evaluación de desarrollo psicomotor por EEDP y Pauta Breve | 55 |
| Gráfico N° 12: Distribución de lactantes según episodio de hospitalización | 56 |
| Gráfico N° 13: Distribución de las familias según tipo | 57 |
| Gráfico N° 14: Distribución de los padres que participan en los cuidados de su lactante | 57 |
| Gráfico N° 15: Distribución de las familias según sus redes de apoyo | 58 |
| Gráfico N° 16: Distribución de otras personas que participación en los cuidados del lactante | 58 |
| Gráfico N° 17: Distribución de los lactantes en sala cuna | 59 |
| Gráfico N°18: Distribución de los resultados de los estilos de apego medidos por la escala Massie Campbell | 59 |
| Gráfico N°19: Estilos de apego inseguro y edad de la madre. | 60 |
| Gráfico n°20: Estilos de apego inseguro y escolaridad de la madre | 61 |
| Gráfico n°21: Estilos de apego inseguro y actividad de la madre | 61 |

| | |
|--|----|
| Gráfico n°22: Estilos de apego inseguro y resultados de la aplicación de la escala de Edimburgo a los dos meses del lactante. | 62 |
| Gráfico n°23: Estilos de apego inseguro y resultados de la aplicación de la escala de Edimburgo a los seis meses del lactante. | 62 |
| Gráfico n°24: Estilos de apego inseguro y duración de la lactancia materna. | 63 |
| Gráfico n°25: Estilos de apego inseguro y episodio de hospitalización del lactante. | 63 |
| Gráfico n°26: Estilo de apego inseguro y apoyo de algún integrante de la familia en el cuidado y crianza del lactante. | 64 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | PÁGINAS |
|---|---------|
| Tabla n° 1: Horas que la madre se dedica exclusivamente al cuidado del lactante | 50 |
| Tabla n°2: Distribución de los lactantes según edad | 53 |
| Tabla n° 3: Distribución de los lactantes según resultado de EEDP | 55 |
| Tabla n° 4: Distribución de lactantes según tiempo de hospitalización | 56 |

CAPÍTULO 1:

INTRODUCCIÓN

2.1 INTRODUCCIÓN

El apego es el vínculo afectivo que se forma entre el lactante y una figura vincular, que es aquella que le otorga todos los cuidados que necesita para crecer y desarrollarse, quien generalmente corresponde a la madre. A diferencia de cualquier otro vínculo afectivo, el apego es una relación en donde lo que prima es la seguridad que el lactante percibe de su madre. Esta relación se forma desde el nacimiento y posterior contacto piel a piel con la madre, donde por instinto el lactante busca protección en ella y se da la primera conexión extrauterina.

A través de numerosas investigaciones se ha ido comprobando la importancia de la formación de un vínculo seguro y afectivo entre padres e hijos, como un factor protector de la infancia y de la familia. Los estudios realizados en el campo del apego son de carácter reciente, aunque durante las últimas décadas se ha dado un importante paso a nivel investigativo, especialmente en lo relacionado a la apreciación del apego entre el binomio madre e hijo.

El apego es una relación que presenta diferentes tendencias o estilos, como se menciona comúnmente, y entre ellos se encuentran: estilo de apego seguro y estilo de apego inseguro, que a su vez se subdivide en estilo de apego inseguro ambivalente y estilo de apego inseguro evitante. No existe un estilo que sea mejor que el otro, simplemente son diferentes. Pero cabe destacar que el estilo de apego seguro es aquel que propicia y favorece el desarrollo integral del lactante.

Una investigación efectuada por Mary Ainsworth, la distribución de las clasificaciones según el estilo de apego en los lactantes en la clase media de Baltimore, los resultados fueron los siguientes: 66% estilo de apego seguro, 20% estilo de apego inseguro evitante

y 12% estilo de apego inseguro ambivalente (Buchheim, 2003)¹. Una recopilación de estudios norteamericanos, realizados entre 1977 a 1990, nos permite observar una panorámica general de los estilos de apego predominantes en la población, cuyos resultados muestran que el 67% de los lactantes fueron clasificados con un estilo de apego seguro, un 21% con estilo de apego inseguro evitante y un 12% con estilo de apego inseguro ambivalente². Estos porcentajes tan similares en investigaciones ejecutadas en distinto tiempo y lugar, nos demuestran que estos tres estilos de apego predominarán en estas proporciones en cualquier población.

Un estudio publicado por la Revista Latinoamericana de Psicología, nos presenta los siguientes resultados en relación al estilo de apego en 72 lactantes de la comuna de Santiago, Chile. El 69,4% de los niños (50) fueron clasificados con estilo de apego seguro, mientras que un 30,6% (22) con estilo de apego inseguro; en este último grupo, a 18 niños se les observó un estilo de apego inseguro evitante (25% del total de la muestra), y 4 lactantes fueron clasificados con estilo de apego inseguro ambivalente (5.6%)³.

Finalmente, una investigación de pregrado efectuada en el año 2010 por estudiantes de IV año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Chile, se obtuvo de un total de 105 binomios de madre e hijo, un 99,1% de estilo de apego seguro y solamente un 0.9% de estilo de apego inseguro ambivalente, medidos a través de la

¹ Quezada, V. Santelices, M. (2009) *Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida*. Extraído y revisado el 23 de mayo del 2012, desde http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100005&lng=es&nrm=iso

² Van Ijzendoorn, M. (2010) *El Apego durante los Primeros Años (0-5) y su Impacto en el Desarrollo Infantil*. Extraído y revisado el 23 de mayo del 2012 desde http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/van_IjzendoornESPxp.pdf

³ Quezada, V. Santelices, M. (2009) *Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida*. Extraído y revisado el 23 de septiembre del 2012, desde http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100005&lng=es&nrm=iso

escala Massie Campbell, por enfermeras de atención primaria de salud pública, en las ciudades de Viña del mar y Quilpué⁴.

La relevancia del apego se describe en una noticia, publicada por el Journal of Epidemiology and Community Health en el año 2010⁵, la que además de entregar una definición del apego, describe sus aspectos positivos en el tiempo, sustentados a través de una investigación realizada por la Universidad de Duke, en Estados Unidos, que evaluó a 48 personas, cuyas madres habían sido también estudiadas hace 34 años atrás, cuando éstas tenían 8 meses de vida. Los resultados indican que las madres que habían manifestado un mayor apego con sus hijos en su infancia temprana, criaron adultos con menores tasas de ansiedad, hostilidad y depresión. Mónica Kimelman, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, explican que un alto nivel de apego en la tabla de evaluación aplicada en la investigación, se describe cuando la madre tiene la capacidad de detectar y contener los problemas de sus hijos de forma rápida y efectiva, sabiendo diferenciar por ejemplo el llanto por hambre, del llanto a causa del frío o la atención. Lister Rosell, psiquiatra de la Clínica Las Condes, refiere que cuando existe un buen apego entre padres e hijo, los niños generan una mayor confianza y desarrollan un vínculo más fuerte con sus padres, siendo la lactancia materna el primer paso y puente para que se establezca el vínculo afectivo con la madre.

Con certeza se puede aseverar que un primer vínculo bien formado con la madre o con un cuidador principal, se asocia con una alta probabilidad de establecer relaciones saludables con su entorno; mientras que el desarrollo de un vínculo deficiente a tan temprana edad, se relaciona con problemas afectivos y conductuales a largo plazo, durante todo el ciclo vital. Acciones como colocar al lactante al hombro, mecerlo,

⁴ Evaristi, D, Fernandez, J. (2010), *Estilos de Apego y las características del binomio Madre- Hijo Escuela de Enfermería*, Universidad de Valparaíso Chile.

⁵ Van I Jzendoorn M. (2010). *El apego durante los primeros años (0-5) y su impacto en el desarrollo infantil. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Extraído y revisado el 23 de septiembre del 2012, desde http://www.encyclopediainfantes.com/documents/van_IJzendoornESPxp.pdf.

alimentarlo, mirarlo detenidamente o hablarle con cariño, son experiencias que contribuyen para la formación de un primer vínculo sano del hijo con la madre, el padre y con su familia, como primera instancia de socialización.

Es fundamental una intervención temprana en la infancia, para beneficiarse de todos los aspectos positivos que se derivan del desarrollo de un apego seguro, no tan solo para el lactante, sino que también para su familia y la sociedad. La educación que pueden realizar los profesionales de enfermería, quienes son unos de los principales encargados de acoger, acompañar y educar a los padres y sus hijos durante su primera etapa de vida, pueden aportar en el fortalecimiento de la figura vincular para con el lactante, realizando la importancia del desarrollo de un apego seguro entre padre e hijos durante los controles de salud del niño, mediante una crianza basada en el conocimiento y afecto bien entregado.

La fuerza del apego no se extingue al pasar de los años, sino que sólo va aumentando de complejidad con el paralelo desarrollo de todas las habilidades mentales y biológicas del individuo. Esto hace que el apego sea algo constitutivo de todo el ciclo vital.⁶

La presente investigación se realizará en los centros de Salud de Viña del Mar seleccionados por las tesoristas, en los meses de Diciembre 2011 y Enero 2012; quienes a través de la aplicación de la escala de observación Massie-Campbell, y un cuestionario aplicado a las madres pertenecientes a los centros de salud elegidos que asistan a su control de salud infantil con enfermeras, serán quienes conformen la población a investigar.

En este estudio se identificarán los estilos de apego presentes en un determinado grupo de madre e hijos, describiendo además los factores presentes en estos binomios, para conocer qué características predominan en estos estilos de apego, invitándonos a ser

⁶ Lecannelier F (2006) *Apego e Intersubjetividad*. Edit. LOM. Santiago. Pág. 16

participes de la promoción de un vínculo seguro entre madres e hijos, para la protección de la infancia y la familia.

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Estilos de apego y factores maternos, filiales y familiares, presentes en binomio de madres y sus hijos controlados en Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar entre los meses de Diciembre 2011 y Enero 2012.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Estilos de apego: Está referido a estilos de apego según la clasificación de Bowlby medidos a través de la escala de apego madre – hijo(a) en situaciones de stress: Massie Campbell, instrumento de tamizaje en que se aplican criterios de observación estandarizados, relacionados con la calidad del vínculo de apego, aplicado por estudiantes de enfermería debidamente validadas en la aplicación de la escala de la Universidad de Valparaíso, en el contexto del control de salud.

Los estilos de apego que se observarán a través de la escala son los siguientes:

- Estilo de Apego seguro.
- Estilo de Apego Inseguro Evitante.
- Estilo de Apego inseguro Ambivalente.

Binomio madre – hijo: Se refiere a madres y sus hijos lactantes de 6 a 11 meses considerados en el estudio

Factores maternos: Se refiere a características de la madre, tales como:

- Edad.
- Escolaridad.
- Ocupación.

- Antecedentes de embarazo y parto.
- Antecedentes de salud de la madre.

Factores filiales: se refiere a características del lactante de 6-11 meses de edad, tales como:

- Sexo.
- Desarrollo psicomotor.
- Lactancia Materna.
- Antecedentes de salud.

Factores familiares: Se refiere a características del grupo familiar del binomio madre-hijo, las cuales corresponden a:

- Tipo de familia.
- Participación del Padre.
- Redes de Apoyo.

Hijo: Se refiere a los lactantes de 6-11 meses al momento del estudio; controlados en los centros de salud seleccionados.

2.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Tiempo de pausa en el proceso de investigación debido a la movilización estudiantil, situación que no permitió continuar con las reuniones de asesoría ni con el desarrollo de la investigación en el tiempo que estaba planificado.
- Demora en el tiempo de respuesta de confirmación de los centros de salud seleccionados para el estudio, lo que resulta perjudicial para la investigación en relación al desarrollo de ésta en los tiempos estipulados.
- Dificultad en el ámbito organizacional para efectuar reuniones, de grupo y con asesoría, debido a actividades propias del área académica, como las prácticas clínicas y actividades extracurriculares de las tesistas.
- Limitaciones para trabajar con las fichas en los Centros de Salud seleccionados, debido a que no se encontraban con toda la documentación necesaria para la investigación.
- Inasistencia de lactantes considerados en la muestra del estudio a sus controles de salud planificados con la enfermera, de los centros de salud seleccionados

2.5 OBJETIVOS GENERALES

1. Determinar los estilos de apego presentes en el binomio madre e hijo(a) del estudio.
2. Describir los factores maternos, filiales y familiares en los binomios madre e hijo(a) presentes en el estudio.

2.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1. Identificar los estilos de apego presentes en el binomio madre e hijo del estudio.
- 2.1. Identificar factores maternos presentes en las madres del estudio:
 - Edad.
 - Nivel de escolaridad.
 - Ocupación.

- Antecedentes del embarazo y parto.
- Antecedentes de salud.

2.2. Identificar factores filiales en los hijos de las madres del estudio:

- Sexo
- Características del crecimiento y desarrollo.
- Duración de la lactancia.
- Antecedentes de salud.

2.3. Identificar factores familiares presentes en el entorno familiar de las madres e hijos del estudio:

- Tipo de familia.
- Participación del padre.
- Red de apoyo.

CAPÍTULO 2:

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

El apego se define como el vínculo que se forma entre una persona en sus primeros años de vida, con la figura significativa de su infancia, siendo este vínculo la base para cualquier relación que se establezca en el futuro, radicando ahí su relevancia para la sociedad.

3.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL APEGO

3.1.1 El apego y la teoría de Bowlby.

La teoría del apego comenzó en los años cincuenta, explicando la perspectiva etiológica del apego. La idea fundamental de la teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o inquietud de un niño al separarse de su cuidador principal, es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. Cuando Bowlby habla de la presencia de la figura de apego, se refiere a que ésta debe estar accesible, y ser capaz de responder de manera apropiada dando protección y consuelo.

Su teoría defiende tres postulados básicos:⁷ Contempla primeramente que un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, lo cual lo hará menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos. Defiende también que la confianza se va adquiriendo de forma gradual en los primeros años de vida, y tiende a permanecer por el resto de la vida. Y por último contempla que las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego, forjados por diferentes individuos durante sus primeros años, constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

⁷ *Caminos del desarrollo Psicológico. De lo prenatal al primer año de vida. Vol I.* (1997) Dallal E, Castillo. Edit. Plaza y Valdés. 1997. Página 98. México.

En la obra de Bowlby titulada “*Cuidado Maternal y Salud Mental*”, se expone con precisión una teoría centrada en la necesidad de cuidados maternos que requiere todo niño, para la perfecta armonía del desarrollo psicomotor. Bowlby recurre al mecanismo del “imprinting”, aludir al elemento esencial por el que el lactante desarrolla un firme apego o unión a la madre, dentro de los primeros seis meses de vida. La alteración del vínculo madre-hijo será la responsable de importantes repercusiones a nivel psicológico en el niño. Esta idea representa el eje central de su teoría, que se planteó como una estrategia evolutiva de supervivencia del ser humano.

Es importante tener en cuenta que el apego no se desarrolla en determinadas acciones aisladas que aseguran el adecuado bienestar del niño; en este sentido, una madre o cuidadora podrá satisfacer al lactante siendo sensible y empática a sus señales de apego, o por el contrario mostrarse insensible o distante. En el primer caso, la madre actúa colaborando a la construcción del sentimiento de seguridad del niño; y en el caso opuesto, la acción materna debilita este sentimiento, dando lugar a un camino alternativo de su desarrollo, caracterizado por fórmulas de apego ansioso o inseguro (Bowlby, 1973).

El vínculo seguro implicará el establecimiento de un sentimiento de seguridad, mientras que las interrupciones significativas tempranas, producirán inseguridad, tensión y angustia. Lo cierto es que para Bowlby, el sentimiento de seguridad básica que se establece a temprana edad, resultará decisivo en las posteriores separaciones que acontecerán de forma inevitable durante la madurez. El sentimiento de seguridad básica que les acompaña desde la infancia, se da gracias al establecimiento de un vínculo seguro con la madre, que a futuro favorecerá la resolución de problemas y la resiliencia, y también hacer frente a las adversidades. Cuando la separación lo angustie o lo deprima, recurrirá a sus recuerdos de apego seguro, y de representaciones positivas sobre sí mismo y de los otros, para reconstruir representaciones actualizadas, más prácticas y eficaces.

3.1.2 Apego y su relación con la Neurociencia

Los primeros años constituyen una etapa muy importante en el desarrollo de una persona, y se le denomina periodo temprano. Esta etapa es sensible o crítica a los estímulos necesarios para un desarrollo cerebral adecuado, dependiente de los factores biológicos con los que cuenta cada persona (herencia genética). El contexto de apego, descrito como el ambiente de relaciones afectivas continuadas y coherentes, con un número limitado de cuidadores, es al cual el cerebro deberá adaptarse durante el proceso de desarrollo cerebral, relacionándose así con la formación del vínculo temprano, considerándose a ambos como dos procesos co-dependientes.

La teoría de la regulación consiste en que el cuidador principal regula de forma inconsciente los procesos fisiológicos y emocionales del lactante, para que luego éste desarrolle sus propios mecanismos de regulación ante situaciones de estrés. Estos mecanismos se describen en tres ejes cerebrales:

- **Eje simpático adrenomodular:** Responsable de la regulación del factor liberador de corticotropina (CFR), el cual modula la acción del sistema simpático a través de las catecolaminas.
- **Eje hipotalámico pituitario adrenérgico:** Encargado de regular la respuesta del estrés mediante la liberación de cortisol, inhibiendo el sistema simpático.
- **Circuitos del sistema límbico:** Encargado de la regulación de las emociones y de la respuesta emocional inmediata, entre otras funciones reguladoras.

Un ambiente que permita el desarrollo de un vínculo temprano seguro, es aquel que además permite regular de un modo flexible las demandas de estrés del mismo ambiente a lo largo del ciclo vital, dado el buen acoplamiento y funcionamiento de estos tres sistemas.

La sincronía afectiva es la anticipación de los estados afectivos entre el cuidador principal y su hijo, a través de la comunicación que genera como respuesta en el receptor, en la adaptación de sus propios estados: afectivo y fisiológico. El desarrollo de la sincronía afectiva está directamente relacionada con el desarrollo del hemisferio cerebral derecho, por los procesos que en éste se llevan a cabo, como la comunicación gestual espontánea (entre el cuidador y el lactante), además del procesamiento de toda la información afectiva facial y auditiva proveniente del entorno, y del control de todas aquellas funciones vitales que permiten la sobrevivencia y regulación del estrés.

Durante el primer año de vida del lactante, el sistema límbico se reorganiza de tal manera que le permite una mayor regulación de sus mecanismos internos y externos. Este sistema se organiza jerárquicamente en tres partes:

1. **Corteza orbito frontal:** Sistema de control emocional e intersubjetivo, como el procesamiento de las intenciones del entorno a través del lenguaje no verbal, la adaptación social y emocional, y la representación social implícita de las interacciones sociales. Su periodo crítico de crecimiento es desde el noveno mes hasta los dieciocho meses de vida del lactante.
2. **Cingulado anterior:** Encargado de las conductas sociales, afectivas y atencionales que mantienen el contacto afectivo entre el cuidador y el lactante, por ejemplo, las vocalizaciones de risas y el llanto.
3. **Amígdala:** Responsable del procesamiento emocional básico mediante los cinco sentidos entre el cuidador y el lactante, en los dos primeros meses de vida éste.

La relación entre estas tres estructuras es bidireccional. La amígdala responde a estímulos directos perceptivos, siendo su respuesta rápida. Esta respuesta es procesada por la corteza orbitofrontal, la cual la monitorea y ajusta, según sean las necesidades *intersubjetivas* del organismo. La función de la corteza, es proporcionar una respuesta (conducta) adaptada, según sea la situación de estrés a la cual se ve expuesta el lactante.

De la correcta o ineficaz interconexión entre las partes del sistema límbico, depende el desarrollo o no de trastornos relacionados con las conductas desadaptativas.

En un estilo de apego seguro, el lactante logra ser contenido en las situaciones de estrés por su figura vincular, lo que favorece posteriormente en su adultez, el alcanzar conductas aceptadas socialmente; es así como la neurociencia explica de manera meticulosa el desarrollo de este vínculo y la participación de distintas estructuras cerebrales que permiten su formación.

3.2 APEGO Y CONDUCTAS MATERNAS

3.2.1 Sensibilidad Materna

La sensibilidad materna está en plena relación con la satisfacción de la necesidad de comunicación del binomio madre e hijo, el cual se relaciona con el desarrollo emocional del lactante y se encuentra presente en la satisfacción de sus otras necesidades (necesidad de evitar peligros, necesidad de actividad – movimiento y recreación, necesidad de reposo y sueño, necesidad de respiración, necesidad de eliminación- higiene y vestirse-desvestirse, y la necesidad de comer y beber). El lactante logrará la adquisición de la confianza básica en la medida que tenga satisfacción en el plano afectivo.

La sensibilidad materna actúa como un organizador externo de la regulación bio-conductual del lactante (Schore, 2002). Así, la sensibilidad de la madre y la capacidad para responder a las señales del lactante, son elementos necesarios para la formación del apego seguro, conformando el vínculo madre e hijo. Ésta es la base de donde emanan todos los vínculos afectivos posteriores y debe fomentarse en cada etapa del desarrollo, especialmente durante la lactancia que es el período en que se establecen los fundamentos de la confianza básica.

Existe una sincronía afectiva⁸ de un lenguaje sin palabras donde el binomio se va comunicando y adaptando a sus propios cambios de estado. Estos eventos de sincronía, acoplamiento, comunicación y coordinación afectiva, promueven una serie de procesos vitales para el futuro desarrollo del lactante: la sincronía de ritmos biológicos, el desarrollo de habilidades de regulación afectiva y fisiológica, las habilidades comunicativas, las capacidades cognitivas, e incluso el sentido de responsabilidad personal.

Los padres deben expresar el cariño hacia el lactante a través de conductas concretas para que él se sienta amado. Éstas implican compartir tiempo, actividades, gestos, estimulación, diálogo que implique interés en su quehacer, pensamientos y sentimientos. Se debe tomar en cuenta que la madre modela y modula con sus acciones de cuidado el cerebro del lactante.⁹

Las pérdidas reiteradas influyen en la autoestima y autoimagen de las madres por lo tanto podría producir un impacto en el desarrollo de la sensibilidad materna de su siguiente hijo, y así afectar el establecimiento del vínculo de apego, ya que presentará mayor ansiedad producida por el recuerdo de la pérdida.

La conducta materna que influye en la calidad del vínculo se clasifica en cuatro grupos¹⁰:

1. **Sensibilidad v/s Insensibilidad:** Grado de sensibilidad para percibir las señales y estados del lactante. La madre sensible interpreta y responde correctamente a las señales que envía su hijo; en cambio la madre insensible no atiende las señales del lactante o las efectúa de manera errónea.

⁹ Lecannelier F (2006) *Apego e Intersubjetividad*. Santiago. Edit. LOM. Pág. 28

¹⁰ Armstrong L. Bratz, J. (2010). *Satisfacción de las necesidades básicas del lactante*. Apunte de departamento de Enfermería del niño y adolescente I, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso.

2. **Aceptación v/s Rechazo:** Capacidad de la madre para atender los cuidados del lactante. La madre que muestra una actitud de rechazo tiene sentimientos de enojo que se traspan al lactante, lo siente o ve como un estorbo y le es difícil satisfacer sus deseos o necesidades, generando una relación conflictiva u hostil con su hijo.
3. **Cooperación v/s Interferencia:** La madre cooperadora respeta la autonomía del lactante y trata de evitar situaciones conflictivas; en contraposición con la madre que interfiere imponiendo su voluntad sin importar la necesidad y/o el estado de ánimo del lactante, e intentando que él se adapte a su comodidad.
4. **Disponibilidad v/s Desentendimiento:** La madre disponible está atenta siempre a las señales de su hijo, y la madre desentendida está preocupada sólo de sus actividades.

3.2.2 Escala de Edimburgo

La escala de Edimburgo es una prueba que tiene como objetivo el rastreo de la depresión postparto, la cual ha sido utilizada en varios países y está validada en nuestro país. Su aplicación está programada en el control de salud de los dos y los seis meses del lactante, sin embargo, en caso que se sospeche sintomatología ansiosa depresiva, esta escala también se podría aplicar desde la cuarta semana a los doce meses de vida del lactante.

La depresión posparto corresponde a la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos que se manifiesta durante el primer año posparto¹¹; presenta manifestaciones clínicas marcadas como humor deprimido, anhedonia, sentimientos de incapacidad para brindar los cuidados al recién nacido, lo que influirá en el desarrollo del vínculo de apego; sentimientos de culpa por no amamantar o cuidar a su hijo (a); al estar sola con el lactante presenta miedo o rechazo, síntomas ansiosos, labilidad emocional, desánimo y falta de concentración. Todos estos síntomas que experimenta la madre, interfieren en el desarrollo armónico del vínculo de apego ya que provocan una alteración en la sensibilidad de la madre y de su relación con el lactante.

¹¹ MINSAL Chile, M. d. (2008). *Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de 0 a 6 años.*

3.3 ESTILOS DE APEGO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL LACTANTE

Tanto Ainsworth, como Bowlby y otros autores, definieron los tres patrones más importantes de apego y las condiciones familiares que los promueven, existiendo para ellos el estilo seguro, el ansioso-ambivalente y el evasivo. Según Lecannelier (2007), desde los 6 meses de vida, la madre y su hijo han ido aprendiendo a relacionarse, aplicando elementos de apego en distintas situaciones estresantes para el lactante, donde la madre reacciona a sus señales. De esto se desprende la definición de los distintos tipos o estilos de apego:

Apego Seguro: Relación donde la madre suele vocalizar con un tono de voz afectivo y calmado; por ende, suele tener un contacto físico, visual. De igual forma se observa una relación donde la madre es capaz de proteger del estrés adecuadamente al lactante. Una relación de apego seguro facilita el desarrollo del cerebro derecho, promueve una eficiente regulación afectiva, y siembra las semillas para una salud mental infantil adaptativa (Schore, 2001).

Apego Inseguro Evitante: Estilo de relación en donde la madre suele utilizar un tono afectivo inadecuado, actúa con indiferencia, evitando el contacto con el lactante. El lactante mantiene una neutralidad afectiva (defensiva), parece independiente, maduro, autónomo, presenta una expresión contenida del afecto negativo, pero de manera desigual e impredecible (Ainsworth, 1978). El lactante evita el contacto afectivo, no mira ni vocaliza y tampoco busca a la madre.

Apego Inseguro Ambivalente: Relación en la cual la madre suele tener un tono afectivo contraproducente que se expresa bajo la forma de sobre- estimulación (madre angustiada y/o tensa). Se observa un vínculo afectivo exagerado que inquieta al lactante, sobre todo en situaciones de estrés, logrando así niños reacios al contacto y agresivos, o manifestando un aferramiento hacia la madre. Las madres tienen tendencia a comportarse de forma intrusiva, interfiriendo con la autonomía, por lo que suelen ser lactantes

difíciles de calmar, lloran más y son más irritables. Las madres manifiestan una desconexión cognitiva, caracterizada por su incapacidad de integrar lo positivo y lo negativo, lo bueno y lo malo, lo deseable y lo indeseable. Su estrategia de cuidados se basa en tener al lactante cerca, puesto que a una distancia corta consideran que pueden protegerle mejor, aunque no sean capaces de hacerlo de una forma eficiente.

Apego Desorganizado: Estilo de relación en donde la madre suele presentar conductas indiferentes, enojadas e irritantes, afectos con alta labilidad, descontextualizados, hiper o hipo activados, pudiendo llegar incluso a la negligencia o al maltrato físico y/o psicológico. Los cuidadores muestran conductas que atemorizan al lactante y estos sienten que su fuente de protección es a su vez la principal fuente de miedo, alarma y desprotección. Dado que el comportamiento de los cuidadores es tan impredecible y atemorizante, los lactantes pueden desarrollar conductas extrañas, ilógicas y contradictorias. Este apego es propio de las situaciones de negligencia, alcoholismo, drogadicción o enfermedades psiquiátricas en los cuidadores¹².

3. 4 ESCALA MASSIE-CAMPBELL

El apego se organiza en un *modelo mental* alrededor de los 7-8 meses de vida, y la metodología para evaluar el apego se orienta a medir estos tipos de modelos mentales desde los doce meses.¹³ En Chile se ha implementado la aplicación de la escala Massie-Campbell (1978) al menos dos veces en el primer año de vida. Se ha establecido que en los controles de salud de cuatro y doce meses se realizará una observación del estilo de apego utilizando este instrumento.

Ésta es una escala de observación que evalúa la calidad del vínculo, tanto desde el punto de vista del lactante como de la madre, y entrega indicadores de la calidad de apego para

¹² Aguililar, Andía (2009) *Relación entre los tipos de apego según escala Massie- Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al centro de salud familiar rural Niebla*. Tesis enfermería, universidad Austral de Chile. Extraído el 23 de mayo de 2012 desde <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fma283r/doc/fma283r.pdf>

¹³ Lecannelier F (2006) *Apego e Intersubjetividad*. Santiago. Edit. LOM, Pág. 20

padres y sus hijos. El instrumento consiste en una pauta de evaluación donde se elaboran criterios observacionales claros y conductuales y que suelen ser fuertes indicadores de la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé. La pauta contiene seis elementos de apego:

- 1.- Contacto Visual (mirada).
- 2.- Vocalización.
- 3.- Tocando.
- 4.- Sosteniendo.
- 5.- Afectos compartidos.
- 6.- Proximidad o cercanía.

El estímulo visual y auditivo proveniente de la madre, expresado en risas, sonrisas, juegos y miradas hacia el lactante, permite una mayor integración de su hemisferio derecho, lugar que se ve relacionado con la conducta de apego, y de conductas de contención y protección de parte de la madre (Lecannelier).

La aplicación de la Escala Massie Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Lactante en Situaciones de Stress (ADS), permite identificar los estilos de apego en el binomio madre-hijo según una puntuación preestablecida, a partir de la observación de la respuesta que otorga la madre ante un proceso de estrés del lactante; y es por ese motivo que se encuentra estipulada su aplicación dentro del control de salud infantil.¹⁴

El estrés puede ser entendido como una amenaza percibida a la homeostasis de un organismo, como una situación que causa un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo o la secreción hormonal (Cicchetti & Walker, 2001). Cuando ocurre una amenaza al bienestar personal, se inicia una respuesta de estrés (Lecannelier, 2006), como la que se vivencia en el control de salud infantil.

¹⁴ MINSAL Chile, M. d. (2008). *Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de 0 a 6 años*

Esta escala es de fácil aplicación, corrección y decodificación, la cual puede ser administrada por cualquier profesional de la salud capacitado para la ejecución de este instrumento. Cabe destacar que esto no reemplaza la experiencia del profesional, sino que ordena y sistematiza herramientas que ya posee.

Se realiza la observación en el contexto del control de niño sano asegurándose que haya espacio suficiente para la madre/padre, lactante y examinador. La importancia de la escala es captar el estilo de apego sin interferencia de terceros, por lo que nunca se debe dirigir la conducta de la madre, ni explicar detalles del procedimiento, ya que esto podría alterar su conducta habitual con el lactante.

3. 5 ANTECEDENTES DEL APEGO EN CHILE

3.5.1 Políticas Sanitarias y Programa de protección integral a la infancia

En Chile el desarrollo de las políticas en salud respecto al apego ha pasado por una larga evolución. Actualmente el modelo que rige es el de Atención integral en salud la cual se dirige, ya no al paciente y a la enfermedad, sino que a las personas en su integralidad física, mental y que están insertas en una familia y comunidad. Dentro de este enfoque integral se pone énfasis en aquellas etapas de mayor vulnerabilidad como es la primera infancia, donde el apego cobra importancia desde la gestación, ya que propicia que el niño pueda desarrollarse en un ambiente seguro.

El programa Chile Crece Contigo es un sistema de protección integral a la infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar a todos los niños y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal. Forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (ley 20.379) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños, desde el primer control de gestación, hasta su ingreso al

sistema escolar. Este programa entrega un monitoreo en hitos propios del desarrollo emocional y social, los cuales no estaban incluidos en el modelo clásico de seguimiento infantil.

Se han desarrollado distintas leyes que promueven el resguardo del binomio madre o figura vincular con el hijo, en el período crítico de la formación del vínculo de apego. Debido a ello en Marzo de 2011 se firmó un proyecto de ley que extiende el postnatal a seis meses. El proyecto considera incrementar en doce semanas adicionales el permiso post natal para alcanzar así las veinticuatro semanas. Durante este período, las madres reciben un subsidio maternal, financiado por el Estado, que cubrirá su remuneración durante esta fase.

Durante la gestación, existen prestaciones universales del programa Chile Crece Contigo, donde se impulsa la ejecución de talleres de educación grupal de preparación para el parto y la crianza. Los objetivos de estas sesiones son principalmente introducir a la mujer y a su pareja en el significado de la gestación, a través de la interacción con el grupo de pares; favorecer la formación del vínculo seguro; promover el vínculo madre-padre e hijo; fortalecer el rol del padre en el proceso de gestación, nacimiento y crianza; promover la lactancia materna; entre otras. Las dos últimas sesiones se realizan en la maternidad, donde además de facilitar el proceso de parto, se refuerza el acompañamiento en el nacimiento y la importancia del apego y la lactancia materna.

Dentro de las prestaciones del proceso de parto existe el contacto físico piel a piel entre la madre y el recién nacido, el cual se basa en que éste fomenta el reconocimiento mutuo entre el recién nacido y su madre a través de los sentidos, y establece interacciones vinculares sensibles, que promueven un apego seguro. En caso que la madre no esté en condiciones de realizar este contacto, lo puede realizar el padre.

Otro beneficio es el programa de apoyo al recién nacido (PARN) el cual brinda ayuda a las familias para asegurar que todos los niños cuenten con las condiciones óptimas de atención y cuidado en la primera etapa de su desarrollo. Este soporte tiene dos

componentes principales: El set de Implementos Básicos para el Recién Nacido y educación para las familias.

3.5.2 Apego y Control de Salud Infantil

En la atención primaria, la supervisión del crecimiento y desarrollo del niño es un pilar fundamental y constituye una instancia excepcional para la ejecución continuada y coordinada de actividades de fomento y protección, reconociendo asimismo la importancia que tiene la familia en la salud del niño y su papel responsable en la promoción y mantención de su bienestar¹⁵. La supervisión de salud se considera efectiva cuando tiene las características de ser precoz, oportuna e integral, y debe contemplar los aspectos físicos, emocionales, intelectuales, éticos y sociales del desarrollo; así como también la participación de la familia en este proceso. A través de esta supervisión se pretende entregar a los padres el apoyo y la guía necesaria para lograr que el niño viva en un ambiente libre de riesgos biopsicosociales, y que le permita desarrollar al máximo su potencial genético. También se pretende pesquisar en forma precoz y oportuna cualquier alteración o situación de riesgo que pueda afectar el crecimiento y desarrollo ideal del niño.

En Chile actualmente se recomienda realizar los controles de salud infantil con la siguiente frecuencia: período recién nacido (cero a 27 días) dos controles, lactante de 28 días a 5 meses: cinco controles; lactante de 6 a 11 meses: tres controles; lactante de 12 a 23 meses: cuatro controles; pre escolar de 2 a 5 años: dos controles anuales y escolar un control anual.

Existen diversas acciones que el profesional de enfermería ejecuta en los menores de seis años de edad, de las cuales destacamos: la anamnesis, el examen físico (que incluye antropometría, examen físico general y segmentario), la evaluación del desarrollo psicomotor, y la ejecución de protocolos para pesquisar desviaciones del desarrollo,

¹⁵ Bahamondes M. (2010) *Control de Salud Infantil*. Departamento Niño y Adolescente. Universidad de Valparaíso. Chile

donde se establece la aplicación de la Escala de Massie Campbell a los cuatro y doce meses de edad, lo que permite la detección del estilo de apego a través de la observación por enfermeras validadas para su aplicación.

En un estudio realizado por Gunnar (1996), se midió la calidad del cuidado de los padres durante el control médico a los 2, 4, 6 y 15 meses de edad del niño. Además se evaluó el tipo de apego entre cuidador y lactante a los dieciocho meses y se obtuvo muestras de los niveles de cortisol de los niños, hormona que revela el nivel de estrés experimentado por éstos. En los casos en donde los cuidadores eran altamente sensibles (estilo de apego seguro), los niños mostraban niveles de estrés normal; mientras que en aquellos cuidadores con baja sensibilidad y respuesta, los niños presentaban un aumento de cortisol entre los seis y quince meses de edad. Tras lo anterior se puede señalar que los controles de salud efectuados por el profesional de enfermería deben ser integrales y meticulosos al realizarse, no sólo reteniendo la información entregada por la madre, sino que además debe contar con la observación como herramienta fundamental, para así poder determinar a través de ella el estilo de apego que presente el niño con su cuidador que asiste a estos controles.

3. 6 APEGO Y LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el producto de una serie de factores hormonales, glandulares, biológicos, psicológicos y fisiológicos, que dan como resultado un producto lácteo con una serie de nutrientes especiales que le permite a los lactantes ser alimentados por sus madres durante la primera etapa de su vida, sin necesitar de otro alimento para su desarrollo. *Es exclusiva cuando no se incluye ningún otro alimento que no sea leche de su madre.*

Avalado por estudios científicos sobre el tema, se demuestra que la lactancia materna brinda innegables beneficios a los lactantes alimentados con la leche de sus madres. Por ejemplo: Una nutrición óptima y acorde a la edad gestacional, un crecimiento y desarrollo adecuado a la etapa de vida; y para relevancia de esta investigación, una fuente

satisfactoria de afecto entre la madre y su hijo, que será la base sobre la cual se construirá este primer vínculo conocido como apego. La lactancia estimula un adecuado desarrollo psicomotor y una salud óptima para el lactante.

La lactancia materna, al menos durante los primeros seis meses de vida, por sí sola determina una disminución de la morbimortalidad en el lactante y en su propia madre. Resulta de interés destacar que investigaciones de los últimos años demuestran fehacientemente que los lactantes que al menos fueron alimentados durante seis meses con lactancia materna exclusiva, son más inteligentes y presentan con menor frecuencia diferentes enfermedades como asma bronquial, enfermedades gastrointestinales, leucemias, obesidad, diabetes mellitus tipo I y II, y enfermedades auto inmunitarias. A largo plazo continúan con una mejor salud y una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, cánceres y enfermedades auto inmunitarias. No obstante, también las madres se benefician al corto y largo plazo, con una anticoncepción natural durante la lactancia, mayor rapidez en la recuperación del peso previo al embarazo, menor incidencia de osteoporosis, cáncer de mama y ovarios.

Bajo otro punto de vista, la lactancia materna y el apego disminuye el riesgo de maltrato infantil. Se ha observado que un porcentaje de los niños maltratados presenta el antecedente de un estilo de apego no seguro, frecuentemente asociado a prematuridad o patología perinatal. El niño vulnerable, que enferma con frecuencia pese a que los estudios inmunológicos y de laboratorio resultan normales, y el mal progreso de peso y/o estatura sin explicación nutricional o endocrinológica, también han sido relacionados a una disfunción del apego.

3.7 CARACTERÍSTICAS FILIALES

3.7.1 Apego y Necesidades del lactante

Necesidad de comunicación:

La comunicación está íntimamente relacionada con el desarrollo emocional del niño, es por tanto un eslabón fundamental en la satisfacción de las demás necesidades y donde se puede apreciar el vínculo que se establece entre el lactante y su madre, por medio de la capacidad de ésta para responder a las señales del lactante, también llamada sensibilidad materna; como las miradas, las vocalizaciones, el tacto como medio de comunicación y las acciones derivadas del llanto del niño; es primordial que la madre identifique las necesidades que expresa su hijo(a) a través de distintos llantos. Este conjunto de acciones son fundamentales para la formación del apego seguro, base de donde emanan todos los vínculos afectivos posteriores.

Necesidad de comer y beber:

La alimentación es una de las necesidades básicas del ser humano, ya que le permite sobrevivir. Es de suma importancia satisfacerla durante la infancia, para que de esta manera el niño pueda crecer y desarrollarse adecuadamente.

Se debe considerar que a menor edad del lactante, el requerimiento nutritivo es mayor. La lactancia materna no sólo satisface la necesidad de alimentación del lactante, sino que permite una comunicación, interacción y un espacio único e íntimo donde se relacionan ambas partes, pudiendo experimentar un lazo único que permite un refuerzo del vínculo que están formando. La lactancia materna exclusiva es el único alimento capaz de satisfacer todos los requerimientos nutricionales del lactante durante los primeros seis meses de vida. De esta edad en adelante, es necesario agregar la alimentación no láctea, que corresponde primero a un almuerzo; para posteriormente, iniciada esta comida, agregar también la cena.

A los 4-6 meses de edad el lactante mama cada 4 horas (aproximadamente 5 a 6 veces en 24 horas). A los 6-7 meses el lactante recibe 4 mamadas y 1 almuerzo en 24 horas. A los 8 –11 meses, mama 3 veces y recibe 2 comidas al día.

3.7.2 Desarrollo Psicomotor del lactante durante sus primeras etapas de vida

El Desarrollo Psicomotor corresponde a la manifestación externa de la maduración del sistema nervioso central, y se define como el conjunto de habilidades o hitos que van apareciendo a medida que el niño va madurando y creciendo. Estos hitos obedecen, por un lado, al producto de la maduración del sistema nervioso; y por otro, a la influencia e intercambio con el medio ambiente: en el plano afectivo en su interacción con las personas; así como el orden cognitivo en su interacción con el medio físico.

En los primeros meses de vida, el lactante por su inmadurez biológica es incapaz de utilizar su sistema motriz voluntario, pero su sistema tónico está plenamente desarrollado tanto en el plano sensitivo como motor¹⁶. Así la primera relación que establece con su madre es a través del llanto y de reacciones musculares. Cuando la madre satisface sus necesidades el niño responde con una relajación muscular de agrado ante sus demandas. Walton (1980) describe este *diálogo tónico* en dos planos, en sensaciones táctiles referido a la piel, y al contacto con el movimiento del otro; ambos relacionados con su organización tónico-emocional. Los contactos que establece la madre con el niño tienen que ver con la forma en que lo toma, lo acaricia, lo mira, los masajes que le entrega, este conjunto de acciones le ofrecen al lactante seguridad afectiva. No sólo son conductas que repercuten en la sensibilidad y comportamiento del niño, sino también en la madre, por lo tanto permite una comunicación única que será parte primordial en la formación del apego entre ambos.

Sin embargo a partir del cuarto o quinto mes de vida del lactante, éste experimenta voluntariedad en sus acciones y movimientos. Chokler (1994) se refiere al apego como el

¹⁶ Ruiz de Velasco (2001) *La unión-separación, base del proceso de desarrollo psicomotor en el niño*. INDIVISA. Boletín de Estudio e investigación 002. Madrid. España.

conjunto de funciones de protección, sostén, acompañamiento y consuelo imprescindibles para preservar y favorecer las relaciones del niño con el medio. Podemos ver que este vínculo no sólo está relacionado con su figura materna, sino con el ambiente que lo rodea, ya que a través del sentimiento de seguridad permite al niño la exploración y su desarrollo psicomotor. Existe una interacción inversamente proporcional entre la cercanía con su figura vincular y la distancia, que le permite la exploración. El niño necesita a su madre o figura vincular como una compañía en sus períodos de exploración y de desarrollo psicomotor; con sus miradas, vocalizaciones positivas ante las acciones del lactante; pero no como alguien que interviene en el desarrollo normal de éste. La separación significa crecimiento, aceptar la pérdida de la seguridad e ir hacia lo desconocido, todo esto logrado con el vínculo de apego establecido como una seguridad permanente sin importar la presencia o ausencia posterior de su figura vincular.

3.8 APEGO Y FAMILIA

La satisfacción de las necesidades biopsicosociales de los niños durante su primera infancia depende de la familia, que corresponde a su unidad básica, y de los recursos organizados de la sociedad, la cual está integrada por las personas con que cada niño cuenta para establecer relaciones primarias de afecto, cuidado, apoyo y responsabilidad, sin importar los lazos consanguíneos o civiles que existan o no entre éstas (UNICEF 2002).

El desarrollo del lactante está determinado por la interacción con su familia, sus pares y su medio ambiente; y esta relación cambia constantemente en respuesta a factores internos o externos, como por ejemplo las tasas de pobreza, escolaridad de los padres, etc. Todos estos determinantes sociales actúan a través de la familia y éstas se relacionan con el lactante.

La teoría estructural es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Minuchin). Según esta teoría, la familia se puede clasificar como unipersonal (11,6% INE año2002), nuclear, extensa o sin núcleo.

3.9 APEGO Y REDES DE APOYO

El sistema intersectorial de Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial de los niños de 0 a 6 años es proporcionado desde el Ministerio de Desarrollo Social: Chile Crece Contigo, y sostiene que son necesarios los siguientes niveles de redes para obtener una buena calidad de salud: personal, familiar, social, comunitaria, institucionales sanitarias y no sanitarias.

El programa Chile Crece Contigo es de carácter intersectorial, pues no sólo participa el componente salud, si no también se incluyen redes de apoyo sociales, desde la madre al niño. Por lo tanto, existe una relación directa entre calidad de la red social y de salud. “La red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.” La familia (consanguínea o considerada como tal por la persona); como parte de la red social personal, es un importante factor protector de la salud de las personas. En muchos casos es la red más próxima, por lo tanto, la calidad de ésta es un factor determinante en la situación de salud familiar y su calidad de vida.¹⁷

¹⁷ MINSAL Chile, (2008). *Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de 0 a 6 años.*

4.1 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variables | Definición conceptual | Dimensiones | Subdimensiones | Indicadores |
|--|--|-----------------|----------------|---|
| Estilos de apego INSTRUMENTO MASSIE CAMBELL | Vínculo afectivo entre madre e hijo, que proporciona seguridad al lactante, medido a través de la aplicación de Massie Campbell, por enfermeras validadas. Los estilos a observar son: Inseguro Evitante: puntos 1 y 2 predominantes. Inseguro ambivalente: punto 5 predominante Seguro: punto 3 y 4 predominante. | Niño a la madre | Mirada | 1. Siempre evita la cara de la madre |
| | | | | 2. Rara vez busca la cara de la madre. Mirada breve a la cara de la madre. |
| | | | | 3. Ocasionalmente mira la cara de la madre. |
| | | | | 4. Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre |
| | | | | 5. Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo |
| | | | Vocalización | 1. Callado, nunca vocaliza. |
| | | | | 2. Rara vez vocaliza o lloriquea. |
| | | | | 3. Ocasionalmente vocaliza, llanto leve. |
| | 4. Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso. | | | |

| | | | | |
|--|--|--|-------------|---|
| | | | | 5. Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo |
| | | | Tocando (a) | 1. Nunca toca o tiende hacia la madre. 2. Rara vez toca a la madre. 3. Ocasionalmente toca la madre. 4. Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia 5. Si están cerca siempre toca a la madre |
| | | | Tocando (b) | 1. Siempre evita ser tocado por la madre. 2. Frecuentemente evita ser tocado por la madre. 3. Ocasionalmente evita ser tocado por la madre. 4. Rara vez evita ser tocado por la madre. 5. Nunca evita ser tocado por la madre |
| | | | Sosteniendo | 1. Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre. |

| | | | | |
|--|--|--|--------|--|
| | | | | <p>2. No se relaja en los brazos de la madre, la empuja.</p> <p>3. Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.</p> <p>4. Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.</p> <p>5. Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.</p> |
| | | | Afecto | <p>1. Siempre está intensamente angustiado y temeroso.</p> <p>2. Frecuentemente irritable, temeroso o apático.</p> <p>3. Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.</p> <p>4. Tensión ocasional, en general sonríe.</p> <p>5. Siempre sonriente.</p> |

| | | | | |
|--|--|---------------|-----------------------|--|
| | | | Proximidad o cercanía | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón. 2. Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón. 3. Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos. 4. Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o mirada. 5. Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada. |
| | | Madre al niño | Mirada | <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre evita mirar la cara del niño. 2. Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño. 3. Ocasionalmente mira al niño a la cara. 4. Frecuentemente miradas, largas y cortas a la cara del niño. |

| | | | | |
|--|--|--|--------------|---|
| | | | | 5. Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos. |
| | | | Vocalización | 1. Callada, nunca vocaliza. |
| | | | | 2. Palabras escasas o murmura. |
| | | | | 3. Ocasionalmente vocaliza al niño. |
| | | | | 4. Frecuentemente habla y murmura conversa y hace sonidos |
| | | | | 5. Vocalizaciones intensas todo el tiempo. |
| | | | Tocando (a) | 1. Nunca toca o entiende al niño. |
| | | | | 2. Rara vez toca al niño. |
| | | | | 3. Ocasionalmente toca al niño. |
| | | | | 4. Frecuentemente tiende al niño y lo toca. |
| | | | | 5. Si el niño está cerca siempre lo toca. |
| | | | Tocando (b) | 1. Siempre evita ser tocada por el niño. |
| | | | | 2. Frecuentemente evita ser tocada por el niño. |
| | | | | 3. Ocasionalmente evita ser tocada por el niño. |

| | | | | |
|--|--|--|-------------|--|
| | | | | 4. Rara vez evita ser tocada por el niño. |
| | | | | 5. Nunca evita ser tocada por el niño. |
| | | | Sosteniendo | 1. Rechaza al niño alterado, empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo. |
| | | | | 2. Sosteniente al niño sobre su pecho u hombro brevemente. |
| | | | | 3. Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente |
| | | | | 4. Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza. |
| | | | | 5. Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo. |
| | | | Afecto | 1. Siempre está intensamente angustiada y temerosa. |
| | | | | 2. Frecuentemente irritable, temerosa y apática. |

| | | | | | | | |
|-------------|--------------------|------------|-----------------------|--|------------------|-------------------|-------------------------|
| | | | | 3. Ansiedad moderada intermitente o poco claro. | | | |
| | | | | 4. Tensión ocasional, en general sonríe. | | | |
| | | | | 5. Siempre sonriente. | | | |
| | | | Proximidad o cercanía | 1. Se va de la pieza. | | | |
| | | | | 2. Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza. | | | |
| | | | | 3. Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño, | | | |
| | | | | 4. Contacto físico frecuente con el niño. | | | |
| | | | | 5. Siempre en contacto físico con el niño | | | |
| | | | Factores Maternos | Características de la madre | Edad de la Madre | Adulto Joven | Intervalo: 15 – 24 años |
| | | | | | | Adulto Intermedio | Intervalo: 25 – 34 años |
| Adulto | Mayor de 35 años | | | | | | |
| Escolaridad | Educación Básica | Incompleta | | | | | |
| | | Completa | | | | | |
| | Educación Media | Incompleta | | | | | |
| | | Completa | | | | | |
| | Educación Superior | Incompleta | | | | | |
| | | Completa | | | | | |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|---------------|
| | | Ocupación | Tipo de Actividad de la Madre | Estudiante |
| | | | | Dueña de Casa |
| | | | Trabajador | |
| | | | Estudiante y trabajadora | |
| | | | Otros | |
| | | Horas diarias exclusivas dedicadas al cuidado del lactante | Cantidad de horas | |
| | Antecedentes de embarazo y parto | Paridad | Número hijos vivos | |
| | | | Número abortos | |
| | | Planificación del embarazo | SI | |
| | | | NO | |
| | Antecedentes de salud de la madre | Presencia de síntomas indicadores de depresión pos parto medidos a través de Escala de Edimburgo a los 2 meses | Puntaje menor o igual a 10 con conducta 10 ausente | |
| | | | Puntaje menor o igual a 10 con conducta 10 presente | |
| Puntaje igual o mayor a 11 | | | | |
| Presencia de síntomas indicadores de depresión pos parto medidos a través de Escala de Edimburgo a los 6 meses | | Puntaje menor o igual a 10 con conducta 10 ausente | | |
| | | Puntaje menor o igual a 10 con conducta 10 presente | | |
| | | Puntaje igual o mayor a 11 | | |

| | | | | |
|-----------------------|---|---|----------------------|-----------------------------|
| Factores filiales | Características del lactante de 6-11 meses. | Edad actual del lactante | | En meses |
| | | Sexo del lactante | | Masculino |
| | | | | Femenino |
| | | Duración de la lactancia materna | | Exclusiva hasta los 6 meses |
| | | | | No exclusiva |
| | | Desarrollo psicomotor medido a través de Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP) | | Resultado Normal |
| | | Resultado Alterado | | |
| Antecedentes de Salud | Presencia de Hospitalizaciones | SI | | |
| | | NO | | |
| Factores familiares | Características de la familia, delimitadas para este estudio. | Tipo de familia | Nuclear monoparental | |
| | | | Nuclear biparental | |
| | | | Extendida | |
| | | | Otro | |
| | | Participación del padre | SI | |
| | | | NO | |
| | | Redes de apoyo | Familiar | SI |
| | | | | NO |
| | | | Comunitaria | Sala cuna |
| | Otros | | | |

CAPÍTULO 3:

METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y exploratorio.

5.1.1 Organización del trabajo en grupo

El grupo de seminario de tesis estuvo conformado por siete estudiantes de IV año de la carrera de enfermería de la Universidad de Valparaíso durante el año 2011.

El presente estudio se inició en el mes de Agosto del año 2010, en la cátedra de Metodología de la Investigación, con la participación de las docentes guías, profesoras Srta. Cecilia Jara C. y Srta. Nidia Núñez A., durante todo el periodo de realización del seminario de tesis, hasta Mayo del 2012.

El tema fue seleccionado de común acuerdo entre el grupo de tesis y las docentes guías. La organización del grupo se describe a continuación.

- **Presidente:** Valeska Manquipillan M.
- **Vicepresidente:** Natalia Peralta R.
- **Secretaría:** Paula Mendoza S.
- **Subsecretaría:** Camila Sanhueza C.
- **Tesorera:** Javiera Mc Cawley T.
- **Subtesorera:** Claudia Cárcamo E.
- **Relaciones públicas:** Vanessa Caneo C.

5.1.2 Revisión Bibliográfica

La revisión bibliográfica consistió en la búsqueda de sustento teórico para avalar la investigación, para ello se seleccionaron documentos tanto en formato papel, como digital; de revistas actualizadas y con certificación de los estudios que desarrollaron. Además como fuente bibliográfica se consideraron otras investigaciones de tesis anteriores tanto de nuestra universidad, como de otras instituciones nacionales y extranjeras; teniendo siempre en cuenta la actualización de los conocimientos referentes al tema del apego.

Con el objetivo de delimitar el problema, se realizó una amplia revisión bibliográfica del tema a investigar, el cual se fue acotando respecto a las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo del estudio.

Además esta búsqueda bibliográfica se acompañó de reuniones de trabajo de manera sistemática con y sin asesoría docente, según las necesidades identificadas durante el proceso investigativo.

5.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO- DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

La población en estudio estuvo constituida por los binomios de madres con sus hijos en edades comprendidas entre los seis y once meses de edad. El universo lo conformaron 214 binomios controlados en dos Centros de Salud de la Atención Primaria, de la Corporación Municipal de Viña del Mar, mencionados a continuación:

- Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza Bustos
- Centro de Salud Familiar Profesor Eugenio Cienfuegos

La elección de los dos centros de salud se justificó por el número total de lactantes entre los seis y once meses, el cual constituía un mayor universo para tomar la muestra aleatoria, según información dada por el estadístico de cada Centro de Salud visitado.

| Centro de Salud | Muestra Aleatoria | Porcentaje del Universo |
|---|-------------------|---|
| Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza Bustos | 44 | 27,92% (154 niños en Diciembre del 2011). |
| Centro de Salud Familiar Profesor Eugenio Cienfuegos | 9 | 20% (60 niños en Diciembre del 2011) |

5.3 DISEÑO MUESTRAL

La muestra fue de carácter aleatorio y según los siguientes criterios de inclusión:

- Hijos lactantes entre los 6 y 11 meses.
- Hijos que asisten a control de salud acompañados por su madre biológica.

La descripción de la muestra se describe al principio del análisis de los resultados a través de gráficos.

5.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar la información necesaria para la medición de las variables, se confeccionó un instrumento en formato de encuesta semiestructurada aplicada en la madre. Los estilos de apego fueron medidos, a través del instrumento: Escala Massie-Campbell de Indicadores de Apego Madre – Hijo/Hija en Situaciones de Estrés, abreviada como Escala de Apego Durante el Stress (ADS).

5.5 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Se describen a continuación, los dos instrumentos utilizados para la recolección de los datos.

- *Encuesta a madres de lactantes inscritos en establecimientos de Atención Primaria (anexo n° 2):* Consiste en una encuesta aplicada a la madre por las estudiantes tesisistas, para recolectar la información necesaria para el estudio. Esta encuesta está ordenada de la siguiente manera, a modo de facilitar la recolección de los datos:
 - *Antecedentes del lactante.*
 - *Antecedentes de la madre.*
 - *Antecedentes de la familia.*
 - *Antecedentes de la evaluación de la escala de Edimburgo.*

La última información requerida en relación a los resultados de la escala de Edimburgo, se estableció al final de la encuesta, porque se tratan de datos sensibles de entregar para la madre, y éstos se pueden obtener una vez establecida una relación de confianza con la persona.

La primera parte fue diseñada para obtener los datos a través de la ficha clínica del lactante, en su segunda parte la información se obtuvo a través de un cuestionario tipo encuesta. La encuesta constó de 30 preguntas establecidas de tipo cerradas. Las preguntas abiertas presentes en la encuesta, se establecían al final de cada pregunta cerrada, para especificar el tipo de información a conocer.

- *Escala Massie Campbell de Indicadores de Apego Madre – Hijo/Hija en Situaciones de Estrés:* Aplicada por las propias tesisistas durante el control infantil del niño seleccionado. La investigación se desarrolló en los centros de salud antes mencionados, en los cuales se escogieron los niños citados a control con enfermera en el rango de edad, acompañados por sus madres; así las tesisistas validadas aplicaron la escala durante el control de salud infantil. La escala contiene seis elementos de apego, los cuales son: afecto, mirada, proximidad, sostén, tocando y vocalización, los cuales se evalúan tanto en la observación de la conducta

de la madre para con el hijo, como del hijo para con la madre, en el contexto de estrés del control de salud. A cada categoría de observación se le asigna un puntaje de 1 a 5, dependiendo del tipo de la conducta observada descrita para cada uno de los elementos del apego; los puntajes 1 y 2 son indicadores de un patrón de un estilo de apego inseguro evitante, los puntajes 3 y 4 son indicadores de un patrón de estilo de apego seguro, y el puntaje 5 indica un patrón de estilo de apego inseguro ambivalente. Durante el contexto de estrés, se observaron todas las secuencias de estrés-regulación del binomio, para que al final del control de salud se marquen las conductas que más se asemejan a las representadas en la madre y en el lactante, las cuales determinarán el estilo de apego predominante en esa relación. Para que la medición de la tendencia del apego en el binomio sea más fidedigna, no se explicó a la madre el detalle de esta escala, ni tampoco se interfirió en el comportamiento de la madre durante el control observado.

5.5.1 Estudio de confiabilidad de los instrumentos

Previo a la prueba de los instrumentos, hubo un proceso de confiabilidad del grupo de testistas en relación a la aplicación de la escala Massie-Campbell. Esta validación se realizó por docentes de la escuela de Enfermería, pertenecientes al departamento de Enfermería del Niño y adolescente de la Universidad de Valparaíso, quienes están validadas para estos efectos por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Constó en primer lugar con la adquisición de conocimientos teóricos, para luego a través de videos emplear estos aprendizajes en la aplicación de la escala, finalmente se realizó una prueba que conjugaba las competencias necesarias para la correcta aplicación de la escala Massie-Campbell y por lo tanto la correcta identificación del estilo de apego observado.

La prueba de los instrumentos se llevó a cabo en ambos Centros de Salud pertenecientes a la investigación: Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza Bustos y Centro de Salud Familiar Profesor Eugenio Cienfuegos. Se realizó por las propias investigadoras quienes aplicaron los instrumentos en las condiciones en que se hará en el desarrollo de la investigación.

Para la prueba de confiabilidad de los instrumentos se plantearon los siguientes objetivos:

- Identificar potenciales dificultades en la aplicación del cuestionario y de la Escala Massie-Campbell
- Identificar elementos distractores que interfieran en la observación necesaria para la aplicación de la Escala Massie-Campbell
- Determinar el tiempo utilizado para la aplicación de los instrumentos

5.6 CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Para las variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión; para las variables de carácter cualitativo, se utilizaron tablas de frecuencia absoluta y porcentual. También se entrecruzó la variable de los estilos de apego con otras variables relacionadas con las características maternas, filiales y familiares del binomio, para conocer si existía alguna tendencia en los resultados obtenidos. Para lo anterior se utilizaron tablas de contingencia. El análisis de los datos se presenta gráficamente mediante tablas y gráficos circulares y de barra.

5.6.1 Vaciamiento de datos

Para el vaciamiento de los datos recolectados, se confeccionó una base de datos en el programa Excel de Microsoft Office® 2003-2007, para el posterior análisis estadístico.

5.6.2 Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos, se utilizó el programa Excel de Microsoft Office® 2003-2007, para la creación de las tablas de resultados y los gráficos respectivos.

5.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO

Previo a la recolección de la información, se visitaron cuatro Centros de Salud pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar, para conocer la disponibilidad de las instituciones a participar en el estudio y el tamaño de la población infantil atendido en cada Centro, en edades de seis a once meses; luego se enviaron cartas desde la dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso a los directores o jefes del Programa Infantil de los Centros de Salud seleccionados para la investigación, solicitando la autorización necesaria para realizar el estudio.

Una vez obtenida la autorización por estas instituciones, se sostuvo un primer contacto con las enfermeras encargadas de los controles de salud infantil; donde se explicó el propósito del estudio y las condiciones en que éste se realizaría. Luego se procedió a planificar la recolección de los datos por semana, estableciendo fechas, horarios y las personas responsables, cuatro tesisistas en Centro de Salud Dr. Juan Carlos Baeza y dos en el Centro de Salud Profesor Eugenio Cienfuegos.

La recolección de los datos se realizó previo consentimiento informado a la madre para ser parte de la investigación, pero no se solicita consentimiento para la aplicación de la Escala Massie-Campbell ni se menciona a la madre que se observaría su comportamiento hacia su hijo (a), ya que esta situación podría provocar una interferencia en el resultado del estilo de apego medido, como es la recomendación de expertos. Luego de que la madre firmó el consentimiento se le aplicó el cuestionario, posteriormente se acompañó al binomio al control de salud del lactante, previa aprobación del profesional enfermera a cargo, para aplicar la escala de Massie Campbell.

La recolección de la información se extendió en un período de seis semanas, de lunes a viernes en la mañana y/o tarde, según la disponibilidad de cada una de las tesisistas, desde el mes de Diciembre del 2011 a mediados de Enero del 2012.

CAPÍTULO 4:

RESULTADOS Y PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS

6.1 ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

6.1.1 Antecedentes de la madre

- El mayor porcentaje corresponde al intervalo de mujeres entre 25 y 34 años, constituyendo el 59,6%, seguido con un porcentaje de 28,8% que se distribuye en dos intervalos entre 15 y 34 años y mujeres mayores de 35 años con un 11,5%.
- La edad de las madres se encuentran entre los 18 y 44 años, con un promedio aproximado de 28 años.
- El mayor porcentaje de 50% de las madres presentan educación media completa.

6.1.2 Antecedentes del lactante

- El porcentaje respecto al sexo de los lactantes incluidos en este estudio muestra una mayor proporción del sexo masculino (59,6%) por sobre el femenino (40,4%).
- La edad de los lactantes al momento de la encuesta está en su mayoría contenida entre los 6 y 11 meses de edad, teniendo un promedio aproximado de 8 meses.

6.1.3 Antecedentes de la familia

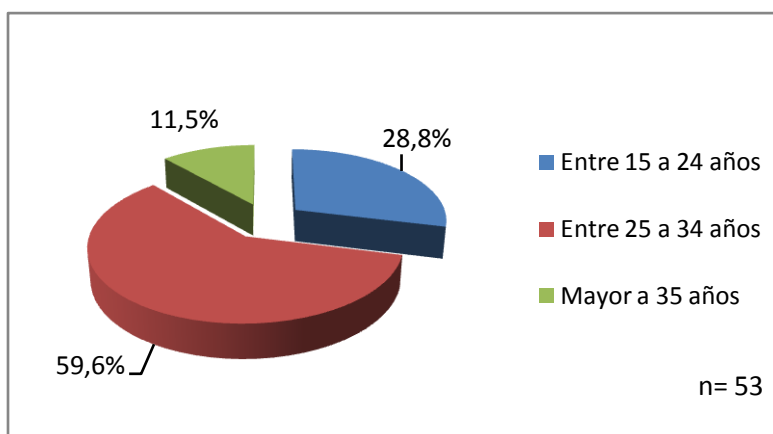
- El tipo de familia predominante es la extendida con un 47,2%, seguida por la familia nuclear biparental con un 43,4%.

6.2 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se expondrán los resultados más relevantes del estudio, que se obtuvieron a través del análisis de los datos. Éstos se presentarán en gráficos o tablas, con sus análisis respectivos; atinente a esta investigación, agrupados en las siguientes categorías:

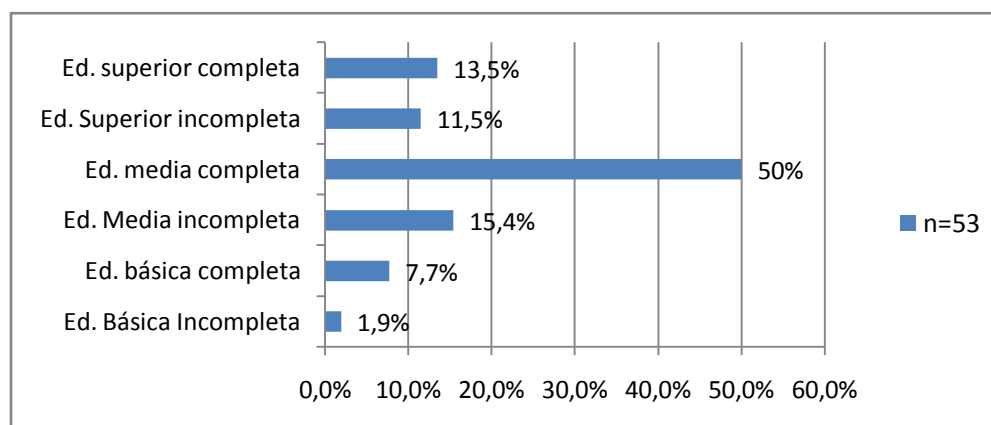
6.2.1 Factores maternos

1.1. Gráfico N° 1: Distribución de las madres según edad.



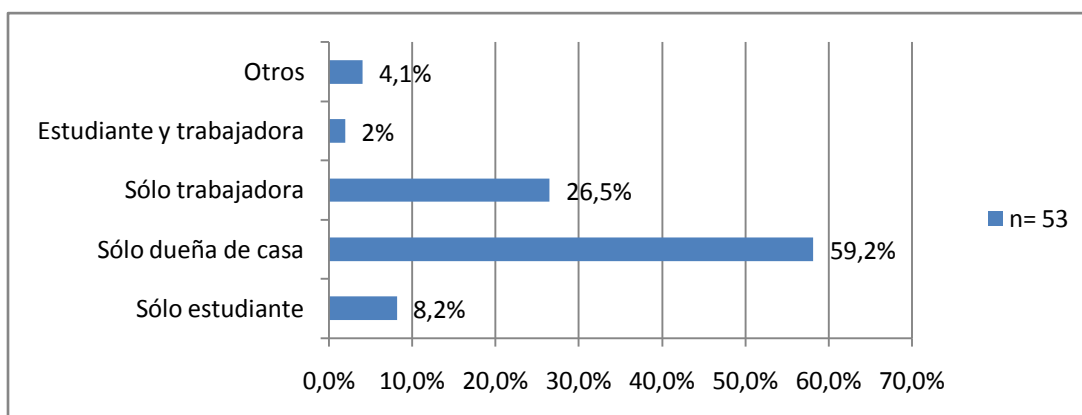
- El 59,6% de las madres del estudio tienen entre 25 y 34 años.

1.2. Gráfico N° 2: Distribución de las madres según escolaridad.



- El 50% las madres del estudio cursó su educación media completa.

1.3. Gráfico N° 3: Distribución de las madres según actividad.



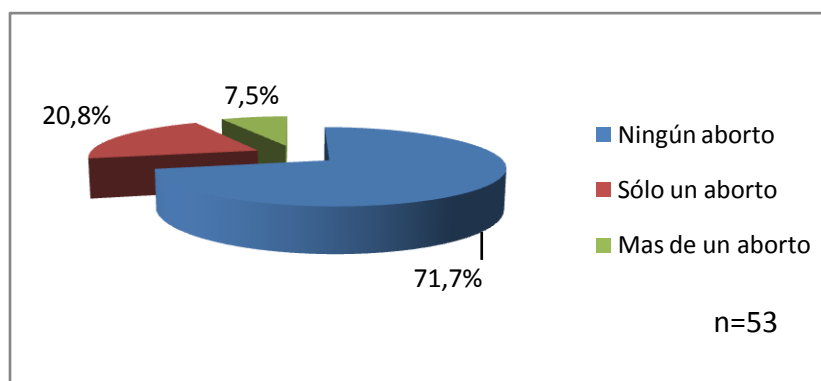
- El 59,2% de las madres del estudio se define sólo como dueña de casa.

1.4. Tabla N° 1: Horas que la madre se dedica exclusivamente al cuidado del lactante.

| | Horas dedicadas al cuidado del lactante |
|---------------------|---|
| Promedio | 14,2 |
| Desviación Estándar | 7,7 |
| Mediana | 12 |
| Moda | 24 |
| Mínimo | 3 |
| Máximo | 24 |
| N | 53 |

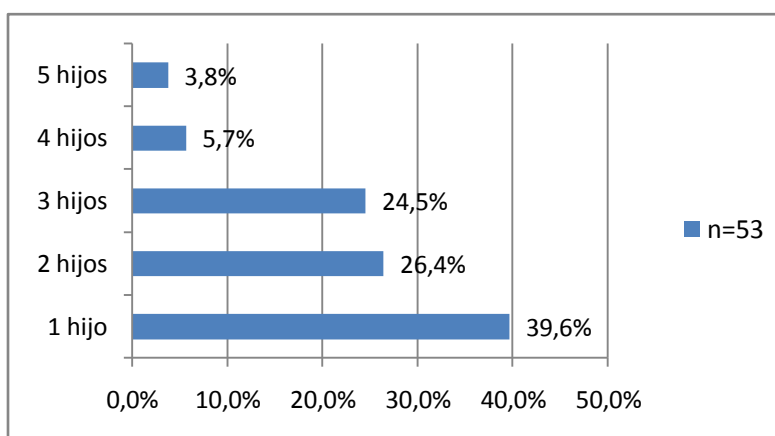
- Del total de madres del estudio, éstas dedican al cuidado del lactante un promedio de 14,2 horas al día.
- El 45,2% de las madres del estudio refiere dedicar 24 horas exclusivamente a su hijo, es decir durante todo el día.

1.5. Gráfico N° 4: Distribución de las madres según número de abortos.



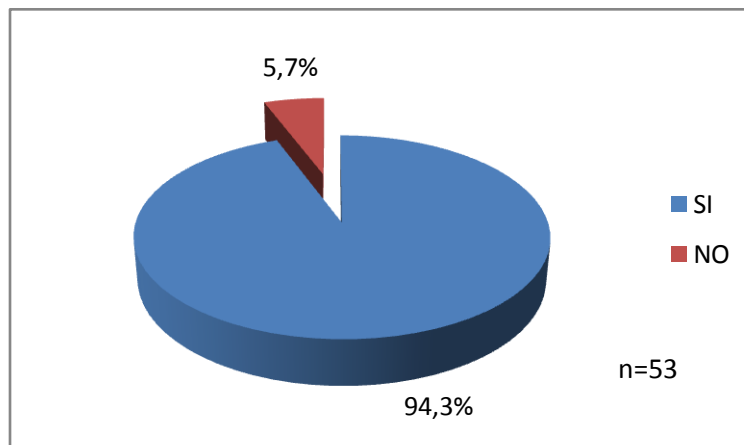
- El 71,7% de las madres del estudio refiere no haber presentado algún aborto.

1.6. Gráfico N° 5: Distribución de las madres según paridad.



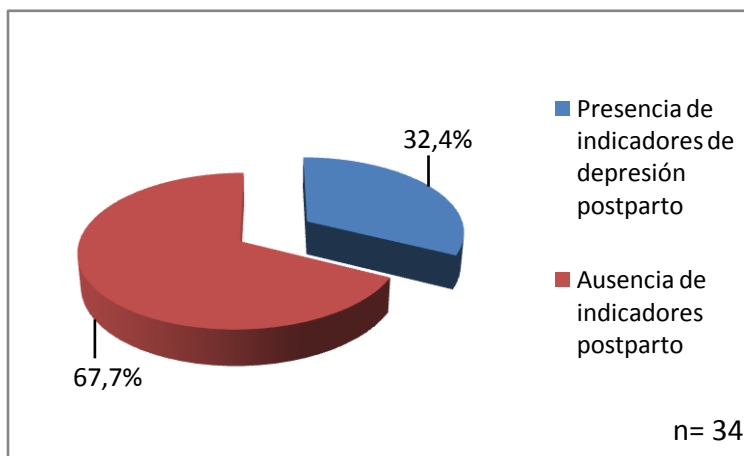
- Un 39,6% de las madres del estudio tiene solamente un hijo.
- El promedio de hijos por madre de este estudio es de 2,8 hijos, cifra que está por sobre la realidad nacional que es de 1,9 hijos por familia (INE, 2008).

1.7. Gráfico N° 6: Distribución de las madres según aceptación o no del embarazo del lactante del estudio



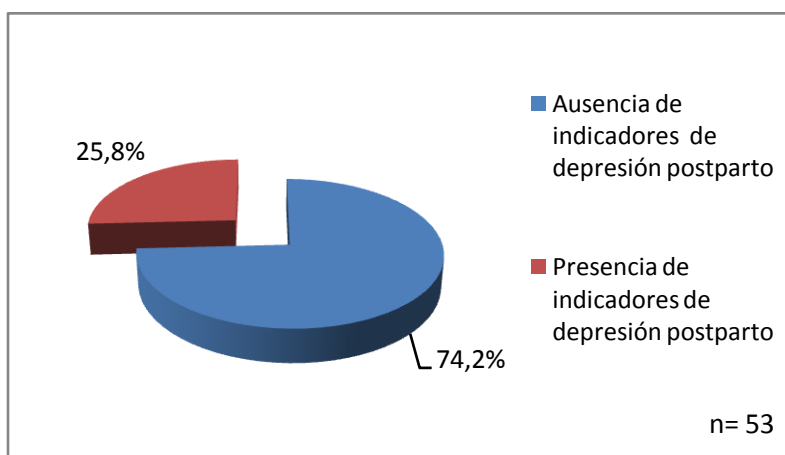
- Un 5,7% de las madres del estudio refirió no aceptar en primera instancia su embarazo.

1.8. Gráfico N° 7: Distribución de las madres según resultado de la escala de Edimburgo a los 2 meses del lactante.



- Un 32,4% de las madres del estudio presenta indicadores de depresión postparto a los dos meses de vida del lactante.

1.9. Gráfico N° 8: Distribución de las madres según resultado de la escala de Edimburgo a los 6 meses del lactante.



- Un 25,8% de las madres del estudio presenta indicadores de depresión postparto a los seis meses de vida del lactante.

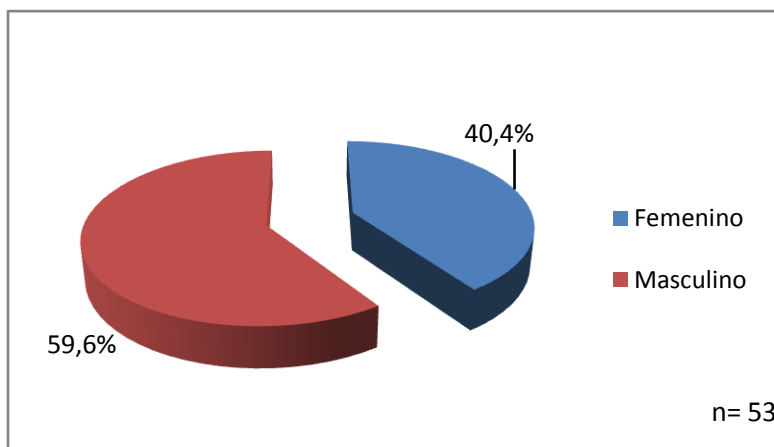
6.2.2 Factores filiales

2.1. Tabla N°2: Distribución de los lactantes según edad.

| Resumen | Edad del Lactante |
|---------------------|-------------------|
| Promedio | 7,9 |
| Desviación Estándar | 1,7 |
| Mínimo | 6 |
| Máximo | 11 |
| N | 53 |

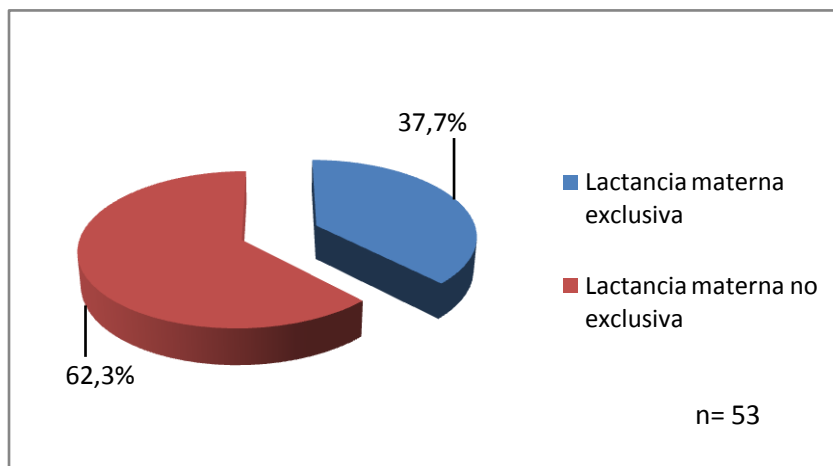
- El promedio de edad de los lactantes del estudio es de 7,9 meses.

2.2. Gráfico N° 9: Distribución de los lactantes según sexo.



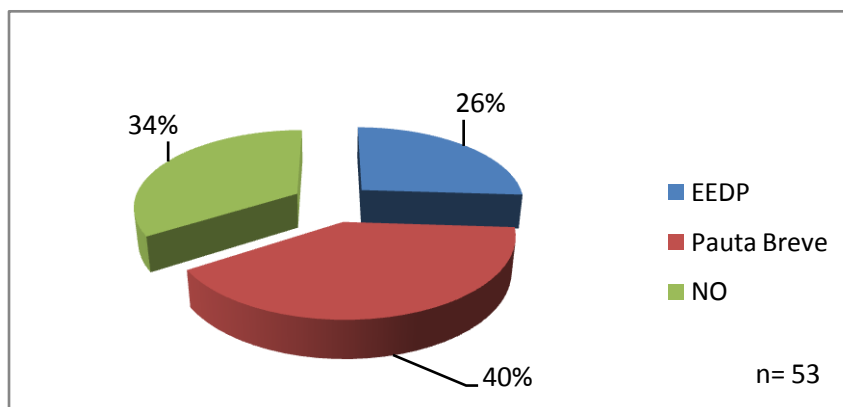
- El 59,6% de los lactantes del estudio entre 6 y 11 meses es de sexo masculino y el 40,4% de sexo femenino

2.3. Gráfico N° 10: Distribución de lactantes por duración lactancia materna exclusiva.



- El 37,7% de los lactantes del estudio recibió lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.

2.4. Gráfico N° 11: Distribución de los lactantes según evaluación de desarrollo psicomotor por EEDP y Pauta Breve.



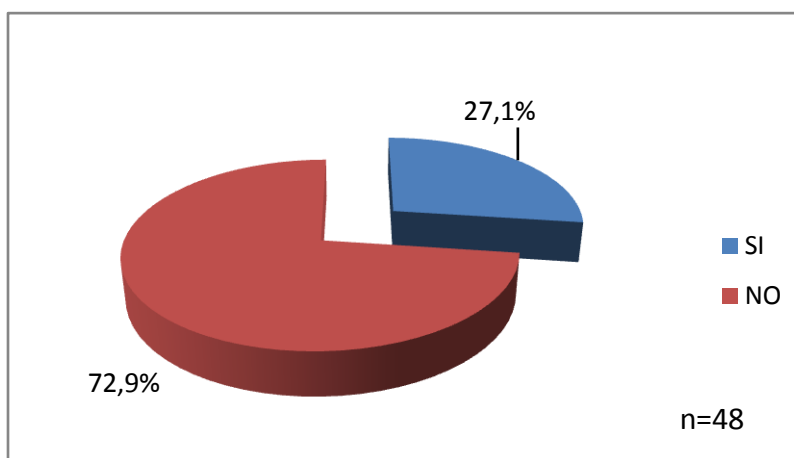
- Del total de los lactantes de la muestra, el 66% ha tenido evaluación del desarrollo psicomotor, de éstos un 40% corresponde a lactantes evaluados con pauta breve y un 26% con EEDP.

2.5. Tabla N° 3: Distribución de los lactantes según resultado de EEDP.

| Mes | Cantidad | Porcentaje (%) |
|---------------------------|-----------|----------------|
| Resultado Normal | | |
| 6 | 2 | 14,3% |
| 7 | 1 | 7,1% |
| 8 | 9 | 64,3% |
| 11 | 1 | 7,1% |
| Resultado Alterado | | |
| 8 | 1 | 7,1% |
| Total | 14 | 100% |

- Del total de lactantes en estudio a los que se le aplicó EEDP, un 92,8% obtuvo resultado normal es decir, un desarrollo psicomotor esperado para su edad.

2.6. Gráfico N° 12: Distribución de lactantes según episodio de hospitalización.



- De un total de 53 binomios del estudio, sólo 48 respondió a esta pregunta. De éstos el 27,1% refiere haber tenido algún episodio de hospitalización.

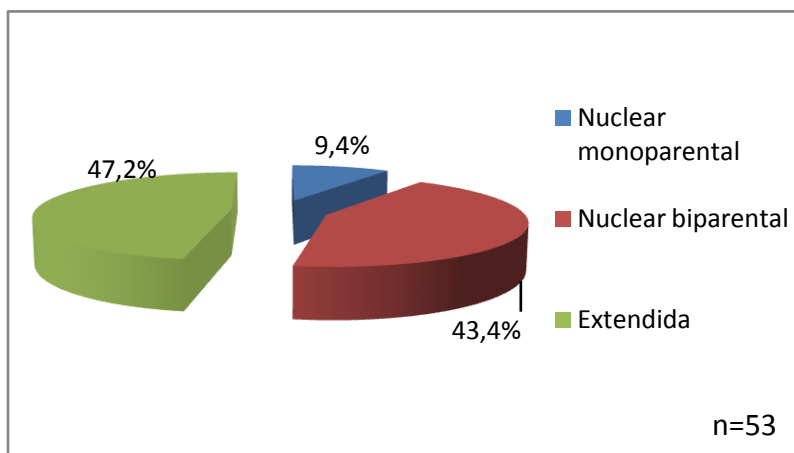
2.7. Tabla N° 4: Distribución de lactantes según tiempo de hospitalización.

| Tiempo | Cantidad | Porcentaje (%) |
|-------------------|-----------|----------------|
| De 0 a 7 días | 9 | 69,2% |
| De 8 a 14 días | 2 | 15,4% |
| Mayor a 2 semanas | 2 | 15,4% |
| Total | 13 | 100% |

- Del total de lactantes del estudio que han estado hospitalizados, un 15,4% presentó una hospitalización de una duración mayor a dos semanas.

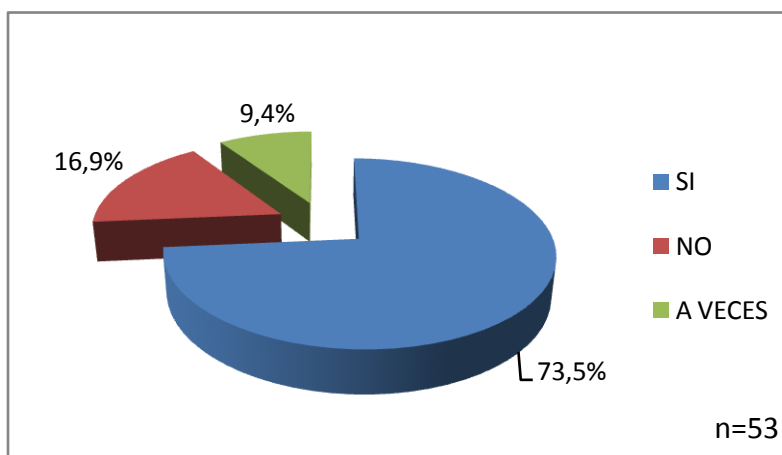
6.2.3 Factores familiares

3.1. Gráfico N° 13: Distribución de las familias según tipo.



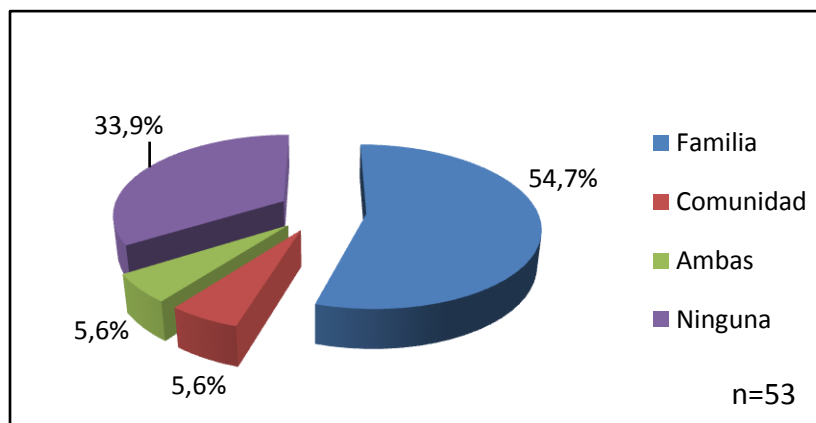
- El tipo de familia predominante en el estudio es del tipo extendida con un 47,2%.

3.2. Gráfico N° 14: Distribución de los padres que participan en los cuidados del lactante.



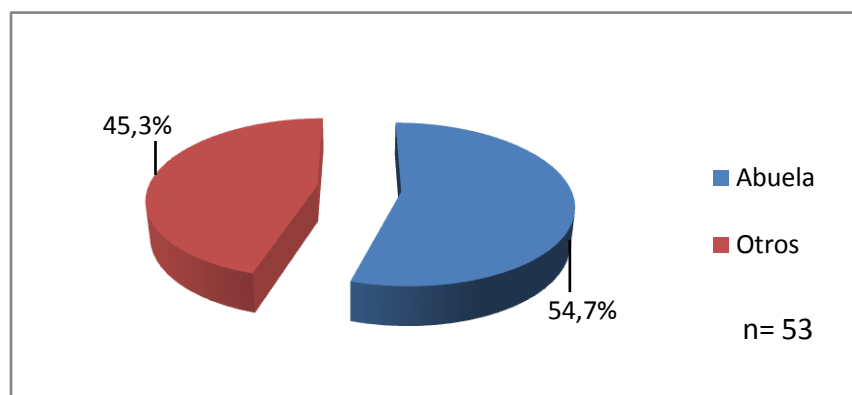
- Un 16,9% de las madres del estudio refiere que los padres no participan en los cuidados de su hijo.

3.3. Gráfico N° 15: Distribución de las familias según sus redes de apoyo.



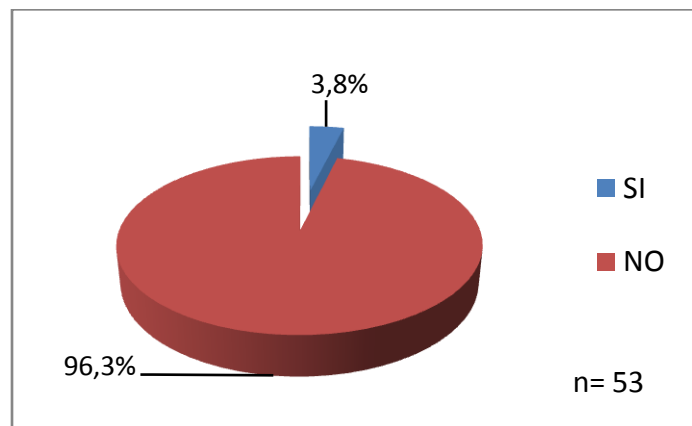
- Un 33,9% de las madres del estudio refiere que no recibe ningún tipo de apoyo, sea éste familiar y/o de la comunidad.

3.4. Gráfico N° 16: Distribución de otras personas que participan en los cuidados del lactante.



- Un 54,7% de las madres del estudio refiere que la abuela (materna y/o paterna) participa en los cuidados de su hijo.

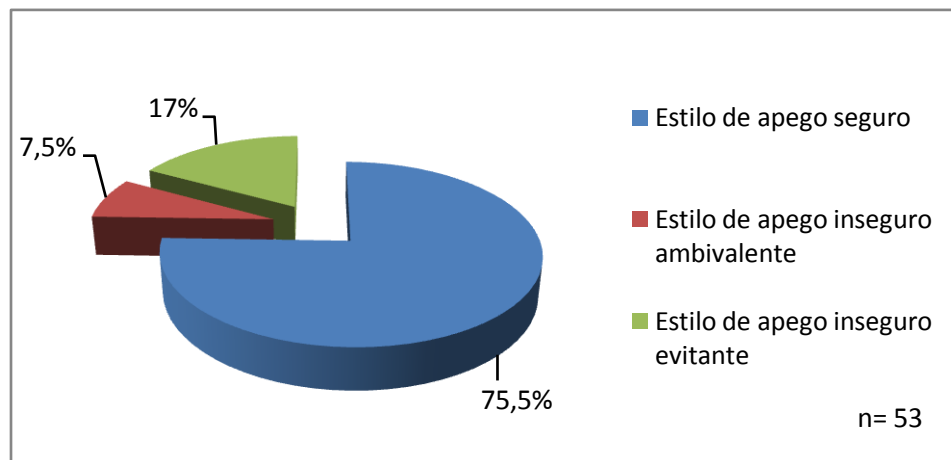
3.5. Gráfico N° 17: Distribución de los lactantes en sala cuna.



- Un 96,3% de los lactantes del estudio no asisten a sala cuna.

6.2.4 Estilos de apego presentes en el estudio

4.1. Gráfico N°18: Distribución de los resultados de los estilos de apego medidos por la escala Massie Campbell.



- Un 24,5% de los estilos de apego observados corresponden a un estilo de apego inseguro.

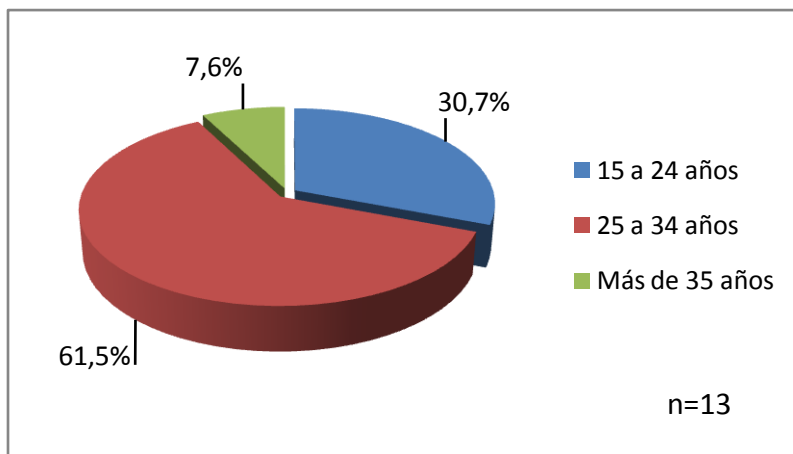
6.3 Cruzamiento de variables

A continuación todos los resultados se referirán a 13 binomios del estudio, con excepción de aquellos que señalan específicamente diferente.

1. No se realizó cruzamiento del estilo de apego seguro, ya que este estudio quiere enfocarse en los estilos de apego inseguros detectados a través de la Escala Massie Campbell.
2. A continuación se presentan los resultados de los 13 binomios del estudio que en la Escala Massie Campbell presentaron estilos de apego inseguro, tanto evitante como ambivalente.

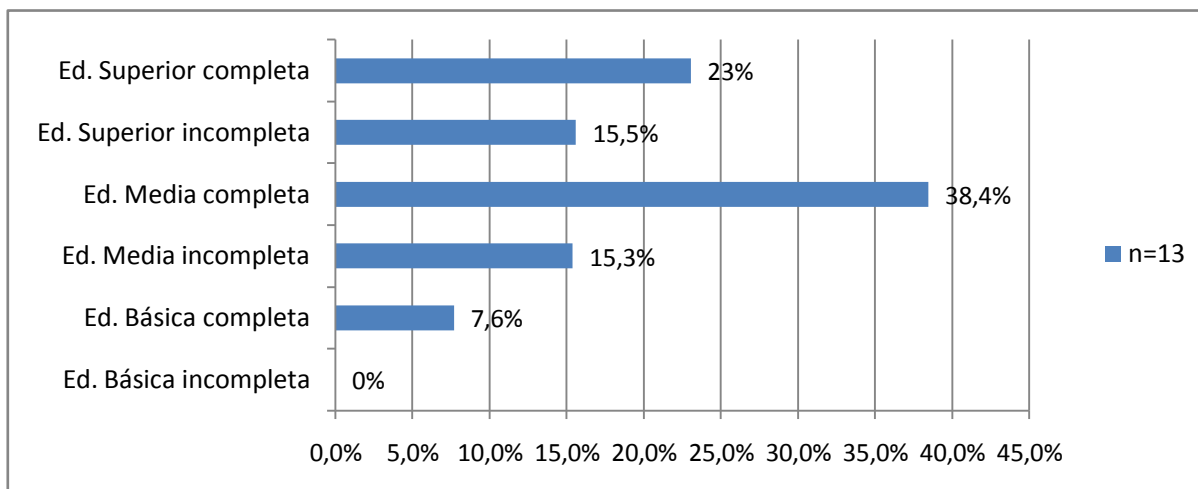
6.3.1 Estilos de apego inseguro y los factores maternos:

5.1 Grafico n°19: Estilos de apego inseguro y edad de la madre.



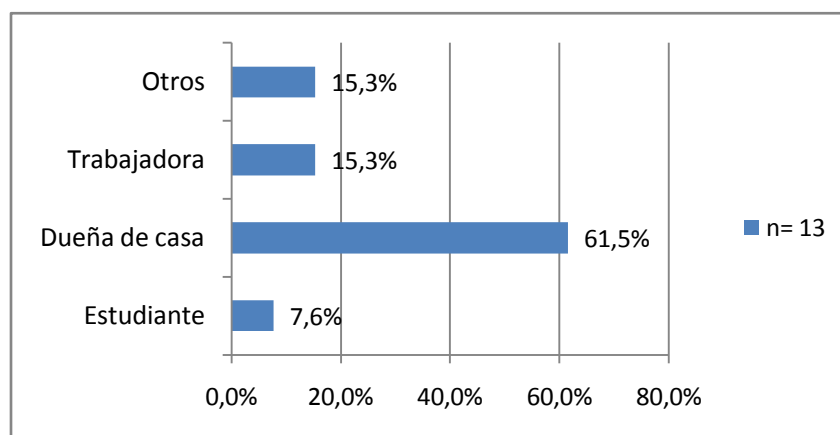
- Un 61,5% de los estilos de apego inseguro del estudio se presenta en binomios cuyas madres están en el rango de edad de 25 a 34 años
- Cabe destacar que un 30,7% de los estilos de apego inseguro del estudio, se observa en binomios con madres en edad de 15 a 24 años

5.2 Gráfico n°20: Estilos de apego inseguro y escolaridad de la madre



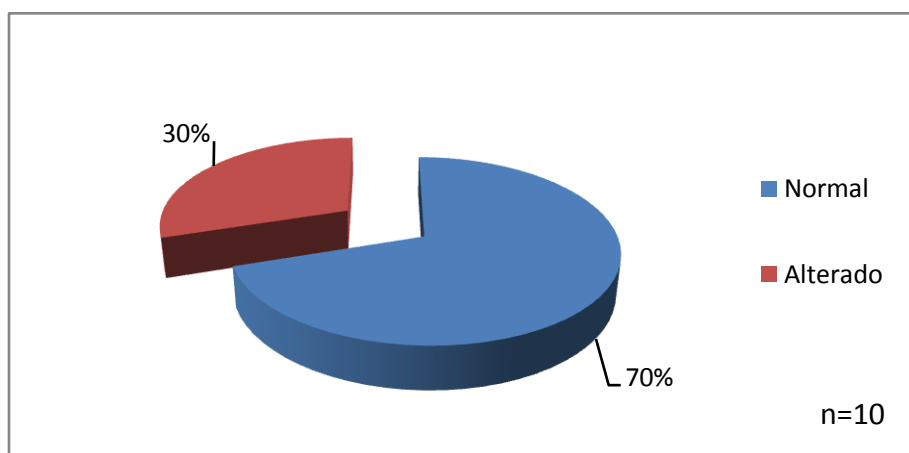
- Un 38,5 % de los estilos de apego inseguro del estudio se presentan en binomios cuyas madres han cursado estudios superiores.
- Un 38,4% de los estilos de apego inseguro del estudio se presentan en madres con enseñanza media completa
- Sólo en un 7, 6% de estilos de apego inseguro del estudio, las madres terminaron la enseñanza básica.

5.3 Gráfico n°21: Estilos de apego inseguro y actividad de la madre.



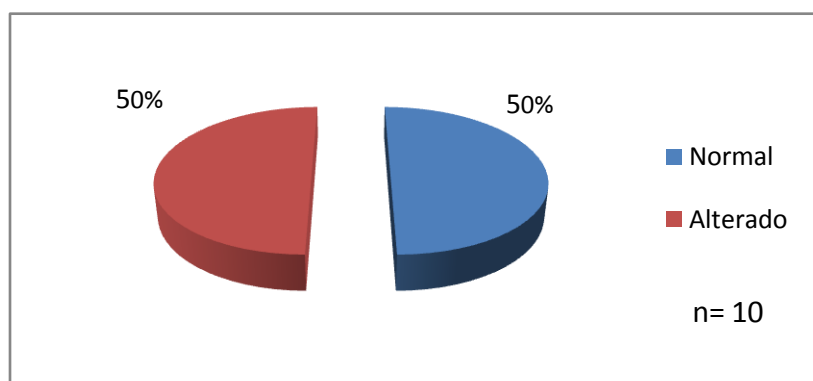
- En el 61, 5% de los binomios del estudio en que se observa estilo de apego inseguro, las madres refieren como actividad principal ser dueñas de casa.

5.4 Gráfico n°22: Estilos de apego inseguro y resultados de la aplicación de la escala de Edimburgo a los dos meses del lactante.



- Del total de binomios que presentan estilo de apego inseguro en el estudio, a 10 se les aplicó escala de Edimburgo a los 2 y a los 6 meses.
- Del total de estilos de apego inseguros observados en la muestra, cabe destacar que un 70% de las madres, presentó Escala de Edimburgo alterada, es decir manifestó indicadores de depresión postparto.

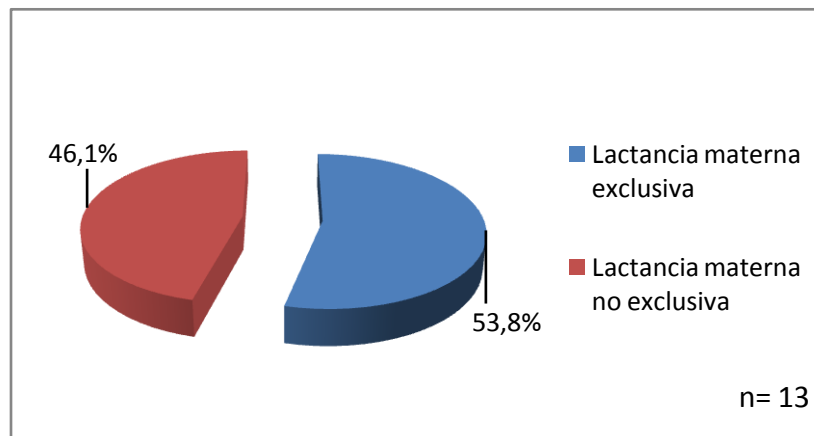
5.5 Gráfico n°23: Estilos de apego inseguro y resultados de la aplicación de la escala de Edimburgo a los seis meses del lactante.



- A los 6 meses de vida, del total de estilos de apego inseguros observados en el estudio, un 50% de las madres de estos binomios presenta indicadores de depresión postparto

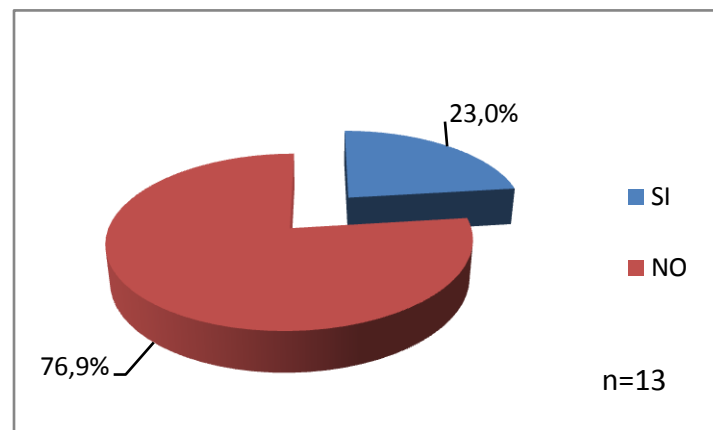
6.3.2 Estilos de apego inseguro y factores filiales:

5.6 Gráfico n°24: Estilos de apego inseguro y duración de la lactancia materna.



- En un 53,8% de los binomios que presentan estilos de apego inseguro en el estudio, los lactantes fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.

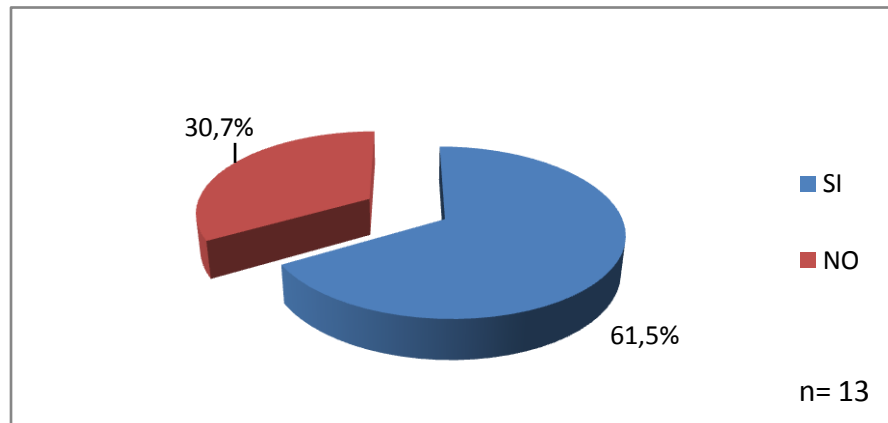
5.7 Gráfico n°25: Estilos de apego inseguro y episodio de hospitalización del lactante.



- Un 23% de los lactantes con estilo de apego inseguro del estudio, ha tenido al menos un episodio de hospitalización

6.3.3 Estilos de apego inseguro y factores familiares

5.8 Gráfico n°28: Estilo de apego inseguro y apoyo de algún integrante de la familia en el cuidado y crianza del lactante.



- En el 61, 5% de los binomios con estilo de apego inseguro del estudio, las madres cuentan con apoyo familiar para el cuidado de su hijo.

CAPÍTULO 5:

DISCUSIÓN- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Discusión- Conclusiones

Los resultados del estudio resultan interesantes para conocer las características de la población en la investigación, y comparar éstos con lo expuesto en el marco conceptual.

Con respecto al primer objetivo del estudio, se presentarán los estilos de apego medidos en el binomio madre – hijo. En relación al segundo objetivo, se describirán las características maternas, filiales y familiares de la muestra. Finalmente se realizará un análisis de tendencia entre los estilos de apego y las características maternas, filiales y familiares, mencionando el resultado de su cruce.

- **Estilos de apego**

Según la medición realizada por la Escala Massie Campbell al realizar el estudio, se obtuvo que un 75,5% de los binomios de la muestra presenta un estilo de apego seguro, 24,5% estilo de apego inseguro, y dentro de éste, 17% estilo de apego inseguro evitante, y 7,5% estilo de apego inseguro ambivalente. Al comparar los resultados obtenidos con la teoría, éstos se asemejan; donde se observan que el 67% de los binomios presentan un estilo de apego seguro; el 21% un estilo de apego inseguro evitante, y el 12% es estilo de apego inseguro ambivalente. También se puede hacer una comparación con los resultados obtenidos a nivel nacional, que muestran que el 69,4% presenta estilo de apego seguro, el 25% estilo de apego inseguro evitante, y el 5,6% estilo de apego inseguro ambivalente.

- **Características maternas**

El 59,6% de las madres encuestadas, se encuentra en el rango de edad entre los 25 y 34 años, etapa correspondiente a adulto joven, edad en que la mujer tiene las cualidades físicas y psicológicas para establecer un vínculo seguro y afectivo con su hijo; es en este rango de edad es donde se encuentra el más alto de los porcentaje de estilos de apego inseguro, con un 61,5%. Por otro lado, un 28,8% de las madres tiene entre 15 y 24 años, durante los primeros años, de este rango de edad, la tarea psicoeducativa es la búsqueda de la identidad, espacio en la que prefiere compartir con pares en vez de asumir responsabilidades de cuidado, como lo hace un padre; esto se refleja en que un 30,7% de los binomios presenta un estilo de apego

inseguro. En las mujeres mayores de 35 años, etapa de madurez fisiológica relacionada con un alto riesgo obstétrico, el estilo de apego inseguro corresponde al 7,6%. Lo que resulta interesante mencionar, es que en el rango entre los 25 y 34 años, un 61,5% establece corresponde a un estilo de apego inseguro, lo que se contrasta con la madurez psicológica asociada a estas edades; esto puede estar relacionado con la aceptación del embarazo, el cual es un factor importante para que la madre tenga la predisposición e interés de crear un vínculo seguro con su hijo.

En relación a la escolaridad, el 50% de las madres del estudio tiene enseñanza media completa, mientras que un 13,5% completó sus estudios superiores; en relación a éste último punto, es interesante mencionar que un 23% de este grupo presenta un estilo de apego inseguro. Esta tendencia al estilo de apego inseguro, vuelve a suceder en los casos de las madres con estudios superiores incompletos. Por lo tanto, los resultados no sugieren que tener una enseñanza básica completa beneficie la formación del estilo de apego seguro. De las 27 mujeres con enseñanza media completa, 22 presentaron un estilo de apego seguro con su hijo, lo cual puede ser un factor que favorezca la formación del estilo de apego seguro, ya que son personas con la capacidad necesaria para terminar la escolaridad mínima, pero que el hecho de que no continúen sus estudios, representa una oportunidad para compartir más y mejor con sus hijos, incluso si se encuentran trabajando.

La escala de Edimburgo que fue aplicada primero a los dos meses de vida del lactante, arrojó que un 32,4% de las madres presenta una escala alterada; mientras que la medición realizada a los seis meses de vida del lactante, muestra que las escalas alteradas disminuyeron a un 25,8%, lo cual se puede explicar por las intervenciones derivadas del flujograma para la detección y tratamiento de la depresión post parto en la atención primaria. En relación a los estilos de apego, en la primera escala de Edimburgo aplicada, el 30% de las madres que tuvo una escala alterada, resultó tener un estilo de apego inseguro con su hijo. En la medición realizada a los seis meses de vida del lactante, tanto las madres con escala alterada y con escala de resultado normal, presentaron un 50% de tendencia al estilo de apego inseguro. Se evidencia una relación entre los síntomas de depresión post parto y el estilo de apego inseguro, ya que aumenta en un 20% la tendencia al estilo de apego inseguro entre las escalas de Edimburgo alterado a los 6 meses con respecto a los 2 meses de vida del lactante.

- **Características filiales:**

Sobre la lactancia materna, los resultados obtenidos muestran que de los binomios madre-hijo, el estilo de apego seguro con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses es de 37,7%, en comparación con el 62,3% de lactantes que recibió lactancia no exclusiva. El 53,8% que tuvo lactancia materna exclusiva presentó un estilo de apego inseguro; mientras que 46,1% que no tuvo lactancia materna no exclusiva, presentó un estilo de apego inseguro. Estos resultados no son concluyentes para nuestro estudio, porque estas diferencias porcentuales, que muestran una mayor cantidad de estilos de apegos inseguros con respecto a la lactancia materna no exclusiva hasta los 6 meses, indica que más que la cercanía propia que se establece con la lactancia materna, importa más la manera en que ésta se otorga al lactante, es decir, el afecto, la atención, la importancia que la madre le da a ese momento íntimo con el lactante. La sensibilidad materna está en plena relación con la satisfacción de la necesidad de comunicación del binomio madre e hijo, el cual se relaciona con el desarrollo emocional del lactante y se encuentra presente en la satisfacción de sus otras necesidades. El apego está estrictamente relacionado con la sensibilidad materna más que con la lactancia materna exclusiva, ya que es esto lo que permite a la madre percibir las señales del lactante, estar atenta a éstas y atender sus cuidados de manera oportuna (incluyendo la alimentación). Mientras mayor sea la sensibilidad que presenta la madre, en el ámbito de la alimentación, más oportuna será ésta para el lactante, en el momento adecuado, y de una manera en que la madre haga sentir a su hijo seguro y comfortable.

Al respecto de los episodios de hospitalización del lactante, los 23% de los binomios que presentan un estilo de apego inseguro recolectados, han presentado alguna hospitalización, en comparación con el 76,9% de los lactantes que no presentaron episodios de hospitalización y que presentan un estilo de apego inseguro. Con los resultados obtenidos podemos concluir que los estilos de apegos inseguros no tienen relación con la presencia de uno o más episodios de hospitalización del lactante.

- **Características familiares**

Al recopilar información sobre el apoyo que tienen las madres de otros integrantes de la familia del binomio, se obtuvieron los siguientes resultados con relación a estilo de apego inseguros; el 61,5% recibió apoyo de algún integrante de la familia y un 30,7% no la obtuvo, de esta manera se podría inferir que el hecho de compartir el cuidado del lactante con otras personas, podría disminuir el tiempo que pasa la madre con el lactante y así interferir en la formación y establecimiento de un vínculo de apego seguro; sin embargo se debe destacar la importancia del apoyo que pueda recibir la madre en el cuidado de su hijo, disminuyendo así su sobrecarga tanto física, como psicológica y emocional.

7.2 Recomendaciones

Es imprescindible intervenir en este período crítico, con el objetivo de proporcionar al lactante un ambiente afectivo y comunicativo, facilitador de las habilidades de regulación necesarias para una adecuada adaptación biopsicosocial.

Es importante dar énfasis a la validación del profesional enfermero para la medición del estilo de apego, a través de la escala Massie Campbell, porque este proceso permite identificar de forma confiable los estilos de apego en los binomios, con profesionales capacitados y especializados, que internalicen las conductas necesarias para valorar el apego en el lactante, teniendo además la oportunidad de ejecutar las intervenciones necesarias según cada caso; si es necesario, también aumentar el tiempo que se destina al control de salud infantil. Agregar el programa de validación a las mallas curriculares de pregrado de la carrera de enfermería.

Además de las mediciones del estilo de apego que se realizan a los cuatro y a los doce meses de vida del lactante, es importante flexibilizar e incluir otras mediciones en otras edades del mismo, dado que según la teoría, el apego se comienza a establecer a partir de los cuatro meses de vida de la persona, por lo tanto no existiría impedimento para realizar estas mediciones, sobre todo si el binomio se encuentra como inasistente a los controles de salud.

Al identificar los estilos de apego en el binomio, es importante tener establecido un flujograma con objetivos, metas y actividades, para mantener los estilos de apego seguro, e intervenir los estilos de apego inseguro, según sea cada caso, y mantener un seguimiento de las madres, sus hijos y sus familias.

Se recomienda no sólo enfocarse en medir el estilo de apego en la madre, sino con el cuidador principal que puede ser la abuela, el padre u otros. Es de vital importancia tener en cuenta que el cuidador principal es una persona significativa, quien tendrá una influencia en el lactante por el resto de su vida.

Entregar herramientas adaptativas a las familias, sin importar la condición de ellas, adecuando el círculo familiar más cercano al lactante, para proporcionarle un ambiente armónico que permita un desarrollo psicosocial apropiado para el lactante y quienes lo rodean.

7.3 Resumen

La presente investigación tiene por objetivo el análisis de los estilos de apego y factores maternos, filiales y familiares presentes en el binomio madre hijo para la formación de este vínculo.

Esta investigación es de tipo descriptiva y transversal, a través de una muestra intencionada de 53 niños controlados en Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar entre los meses de Diciembre 2011 y Enero 2012.

El método de recolección de datos constó principalmente de dos instrumentos, el primero de ellos fue la escala Massie Campbell; basada en la observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress, aplicado por las alumnas tesistas con la respectiva validación previa en la aplicación de la escala, y el segundo corresponde a un cuestionario de elaboración propia aplicado a la madre, con preguntas dirigidas a obtener los datos de los factores maternos, filiales y familiares de ese binomio.

Según teoría, la predominancia de apegos seguros debería corresponder a un 65% aproximadamente, y la realidad nacional arroja un porcentaje de un 98% de apegos seguros, lo cual deja en evidencia la discordancia entre ambas cifras. Con respecto a nuestro estudio el resultado arrojó un 75,5% de apegos seguros, del 24,5% restante que corresponden a apegos inseguros el 17%, para el estilo de apego inseguro evitante, y un 7,5% para estilo de apego inseguro ambivalente.

Asimismo con respecto a los factores maternos, filiales y familiares, se observan que ciertos elementos predisponen a cierto estilo de apego, pero ningún factor fue determinante para establecer un cierto tipo de vínculo.

Resultados de recientes estudios de apego, dejan en evidencia la importancia de ahondar en este campo investigativo.

Palabras clave: Estilo de apego, binomio madre-hijo, características maternas, filiales y familiares, escala Massie Campbell.

7.4 Abstract

The objective of this research is to describe and analyse de mother and child attachment, and the maternal, filial and familiar characteristics found in this bound.

The study is descriptive and transversal, and it was made in two health's institutions of Viña del Mar's Corporation, between December of 2011 and January of 2012. The sample was composed by 53 mothers and their children, who were chosen in a deliberately way. We used two instruments to obtain the information needed in our study, one of them was the Massie Campbell Scale, to observe different behaviour between mother and child during the stressful situation; the second instrument was an inquiry to the mother, to find out the maternal, filial and familiar characteristic of these bounds.

98% of the total attachments measured in Chile were secure, percent that is not according with the theory (65%); in our study we got 75,5% of secure attachment pattern. This situation repeats in the other types of mother and Chile attachment, for example, with the avoidant pattern (17%) and the ambivalent pattern (7,5%), in our research.

About the bound characteristics, although some of them are present in a specific attachment, also neither of them determinates the formation of a specific bound.

These results are important to investigate more about the mother and child attachment's topic.

Key word: type of attachment, maternal, filial and familiar characteristics, mother and son-daughter, pair.

ANEXOS:

Anexo N°1: Consentimiento Informado

Establecimiento: _____ N° _____

Estudio:

“Estilos de apego y factores maternos, filiales y familiares, presentes en binomio de madres y sus hijos controlados en Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar entre los meses de _____”

Le invitamos a participar voluntariamente de este estudio, respondiendo a un breve cuestionario que será entregado por una alumna de IV año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, el cual no tomará más de 15 minutos de su tiempo.

Si usted decide participar, la información que nos entregue es total y estrictamente confidencial; la cual sólo será utilizada para esta investigación, y no afectará negativamente su atención y de su hijo en este centro de salud.

Cualquier duda que tenga al respecto, puede preguntar libremente a la estudiante que le entregó el documento. Además usted tiene todo el derecho de dejar de contestar el cuestionario, en cualquier momento de su aplicación.

De antemano, agradecemos su colaboración.

Yo, _____
(Nombres y Apellidos)

He sido informado por _____
(Nombres y Apellidos)

Y acepto participar voluntariamente en esta investigación, luego de haber sido informada y resuelto todas mis dudas al respecto.

Firma participante _____

Firma investigador _____

Fecha _____

Anexo N°2: Instrumentos de recolección de datos

• Instrumento n°1

N° _____

Establecimiento: _____ N° de ficha: _____ Fecha: _____

Entrevistador: _____

Encuesta a madres de lactantes inscritos en establecimientos de Atención Primaria

Se realizará la siguiente encuesta anónima (protegida por el artículo 29 de la ley n° 17.374) aplicada por el investigador presente a través de una entrevista.

Tesistas IV año Enfermería pregrado Universidad de Valparaíso

1) **Del número total de hijos, este hijo ¿qué número es?** _____

2) **Edad actual del lactante** _____

3) **Sexo del lactante** ___ Femenino ___ Masculino ___ Sin respuesta

4) **Tipo de parto:** ___ Parto vaginal ___ Cesárea ___ Parto con fórceps ___ Sin respuesta

5) **Estado nutricional del lactante**

Desnutrición

Bajo Peso

Normal

Sobrepeso

Obesidad

Sin respuesta

6) **Evaluación del desarrollo psicomotor del lactante**

SI Pauta breve/ _____ MES/ Normal Alterado

EEDP / _____ MES/ Normal

Normal con rezago

Riesgo de retraso

Retraso

NO

Sin respuesta

7) **Asistencia a controles de salud del lactante** _____ número de controles a la fecha (según edad) _____ Sin respuesta

8) **¿Su hijo ha presentado o tiene alguna enfermedad?**

SI

Aguda ¿Cuál? _____

Crónica ¿Cuál? _____

Enf. congénita ¿Cuál? _____

NO

Sin respuesta

9) **¿Su hijo ha estado hospitalizados?**

SI ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Por qué?: _____

NO

Sin respuesta

10) **Cuando su hijo ha estado hospitalizado ¿ha podido acompañarlo durante los horarios establecidos?**

Siempre ¿Por qué?: _____

A veces ¿Por qué?: _____

Nunca ¿Por qué?: _____

Sin respuesta

11) **¿Durante cuánto tiempo alimentó a su hijo(a) con lactancia materna exclusiva?** _____

12) **¿Qué edad tiene usted?** _____

13) **¿Cuántos embarazos ha tenido?** _____

14) **¿Cuántas pérdidas ha tenido?** _____

15) **¿Cuántos hijos vivos tiene?** _____

- 16) Este último embarazo ¿fue planificado?**
 SI
 NO, Cuando supo que estaba embarazada ¿aceptó esta condición?
 SI NO ¿Por qué? _____
 Sin respuesta
- 17) ¿Cómo fue su embarazo?**
 Sin complicaciones
 Con complicaciones, ¿Cuáles? _____
 Sin respuesta
- 18) ¿Usted tiene algún problema de salud o enfermedad actualmente?**
 Si ¿Cuál? _____ ¿Desde cuándo? _____
 No
 Sin respuesta
- 19) ¿Cuántas veces ha estado hospitalizada posterior al nacimiento de su hijo(a)?**
 Si ¿Por qué razón? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
 No
 Sin respuesta
- 20) ¿Hasta qué nivel cursó sus estudios?**
 Educación básica incompleta Educación básica completa
 Educación media incompleta Educación media completa
 Educación superior incompleta Educación superior completa
 Sin respuesta
- 21) ¿A qué actividad se dedica?**
 Estudiante Dueña de casa
 Trabajador activo Otra actividad _____
 Sin respuesta
- 22) ¿Cuántas horas diarias dedica a esta(s) actividad(es)?**
 Estudiante _____ horas Dueña de casa _____ horas
 Trabajador activo _____ horas Otra actividad _____ horas
 Sin respuesta
- 23) ¿Cuántas horas diarias dedica exclusivamente para cuidar a su hijo?**

- 24) ¿Su hijo(a) asiste a sala cuna? ___SI ___NO ___Sin respuesta**
- 25) ¿Quiénes integran su grupo familiar?**
 Madre e hijo (nuclear monoparental) Madre, padre e hijo (nuclear biparental)
 Padres, hijo y otros familiares (extendida) Otros ¿Quiénes? _____
 Sin respuesta
- 26) ¿El padre de su hijo(a) participa en su cuidado y crianza?**
 SI
 A veces ¿Por qué?: _____
 NO ¿Por qué?: _____
 Sin respuesta
- 27) Para el cuidado de su hijo ¿recibe apoyo de algún integrante de su familia?**
 SI ¿Quiénes? _____
 NO
 Sin respuesta
- 28) Para el cuidado de su hijo ¿recibe apoyo de su comunidad (vecinos, amistades)?**

- SI ¿Quiénes? _____
- NO
- Sin respuesta
- 29) Detección de síntomas sugerentes de depresión post-parto, a través de la aplicación de la escala de Edimburgo a los 2 y 6 meses**
- SI
- 2meses:**
- Puntaje menor a 11 con conducta 10 ausente
- Puntaje menor a 11 con conducta 10 presente
- Puntaje igual o mayor a 11
- 6meses:**
- Puntaje menor a 11 con conducta 10 ausente
- Puntaje menor a 11 con conducta 10 presente
- Puntaje igual o mayor a 11
- NO
- Sin respuesta
- 30) Después de tener a su hijo(a) ¿tuvo síntomas de depresión post-parto (tristeza, falta de energía, sentimientos de culpa, angustia por no entender las señales de su hijo(a))?**
- SI ¿Ha recibido alguna intervención? ¿Cuáles? _____
- No
- Sin respuesta

Anexo N°3: Escala Massie-Campbell

- Instrumento n°2

Establecimiento: _____ N° _____ de _____ ficha: _____ Fecha: _____ N° _____
 Entrevistador: _____

ESCALA MASSIE-CAMPBELL

| ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL PARA SER USADO DURANTE EL EXAMEN PEDIATRICO Y OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES EN EL CUIDADO DEL NIÑO | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|---------------|
| CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE | | | | | | |
| CONDUCTA A OBSERVAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X |
| MIRADA | Siempre evita la cara de la madre | Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre | Ocasionalmente mira a la cara de la madre. | Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre. | Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo. | Comp. no Obs. |
| VOCALIZACIÓN | Callado, nunca vocaliza. | Rara vez vocaliza o lloriquea. | Ocasionalmente vocaliza, llanto leve. | Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso. | Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo. | id. |
| TOCANDO (a) | Nunca toca o tiende hacia la madre. | Rara vez toca a la madre. | Ocasionalmente toca a la madre. | Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia. | Si están cerca siempre toca a la madre. | id. |
| (b) | Siempre evita ser tocado por la madre. | Frecuentemente evita ser tocado por la madre. | Ocasionalmente evita ser tocado por la madre. | Rara vez evita ser tocado por la madre. | Nunca evita que la madre lo toque. | id. |
| SOSTENIENDO | Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre. | No se relaja en brazos de la madre, la empuja. | Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja. | Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja. | Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita. | id. |
| AFECTO | Siempre está intensamente angustiado y temeroso. | Frecuentemente irritable, temeroso o apático. | Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro. | Tensión ocasional, en general sonríe. | Siempre sonriente. | id. |
| PROXIMIDAD O CERCANÍA | Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza. | Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón. | Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos. | Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada. | Siempre sigue a la madre en el cuerpo o la mirada. | id. |
| RESUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRÉS DEL NIÑO | | | | | | |
| CONDUCTA A OBSERVAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X |
| MIRADA | Siempre evita mirar la cara del niño. | Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño. | Ocasionalmente mira al niño a la cara. | Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño. | Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos. | Comp. no Obs. |
| VOCALIZACIÓN | Callada, nunca vocaliza. | Palabras escasas o murmura. | Ocasionalmente vocaliza al niño. | Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos. | Vocalizaciones intensas todo el tiempo. | id. |
| TOCANDO (a) | Nunca toca o tiende al niño. | Rara vez toca al niño. | Ocasionalmente toca al niño. | Frecuentemente tiende al niño y lo toca. | Si el niño está cerca siempre lo toca. | id. |
| (b) | Siempre evita ser tocada por el niño. | Frecuentemente evita ser tocada por el niño. | Ocasionalmente evita ser tocada por el niño. | Rara vez evita ser tocada por el niño. | Nunca evita ser tocada por el niño. | id. |
| SOSTENIENDO | Rechaza al niño alterado, empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo. | Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada. | Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente. | Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza. | Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo | id. |
| AFECTO | Siempre está intensamente angustiada y temerosa. | Frecuentemente irritable, temerosa y apática. | Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro. | Tensión ocasional, en general sonríe. | Siempre sonriente. | id. |
| PROXIMIDAD O CERCANÍA | Se va de la pieza. | Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza. | Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño. | Contacto físico frecuente con el niño. | Siempre en contacto físico con el niño. | id. |