



Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería

“ESTILOS DE APEGO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL BINOMIO
MADRE-HIJO”

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

Autores: Dennyse Evaristi Palma
Jellinett Fernández Bórquez
Patricia Gutiérrez Ojeda
Cindy Jofré Torres
María Andrea Pardo Lizana
Karen Peñailillo Caro

Docentes Asesoras: Lucy Armostrong B.
Nidia Núñez A.

Valparaíso, Chile

2010

AGRADECIMIENTOS

Damos las gracias, en primer lugar, a Dios que nos dio la vida e ilumina nuestros caminos. También a nuestros padres, que con su amor y apoyo nos incentivaron a seguir adelante, siendo uno de los pilares fundamentales para cada una de nosotras. En general, a todos nuestros seres queridos, quienes nos acompañaron y alentaron con sus palabras, en los momentos más difíciles.

Agradecemos a nuestras profesoras guías quienes nos orientaron en el trabajo de esta tesis, y que en más de alguna oportunidad, mostraron preocupación por nosotras, no tan sólo como estudiantes, sino como personas.

Por último, damos las gracias a los Centros de Salud Cienfuegos y Belloto Sur, por su disponibilidad para realizar nuestra investigación y a cada una de las madres que aceptaron voluntariamente, participar en este estudio.

ÍNDICE DE MATERIAS

	PÁGINAS
1.1 Agradecimientos	I
1.2 Índice de materias	II
1.3 Índice de gráficos	VI
1.4 Índice de tablas	VII
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
2.1 Introducción	2
2.2 Delimitación del problema	4
2.3 Definición de términos	4
2.4 Limitaciones del estudio	5
2.5 Objetivos generales	5
2.6 Objetivos específicos	5
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	
3.1 Fundamentos	8
3.1.1 Fundamentos biológicos y evolutivos de la teoría de apego	8
3.1.2 Estilos de apego y su incidencia en la personalidad	9
3.1.3 Estilos de apego y relaciones afectivas	10

3.1.4 Apego y psicopatología	11
3.2 Antecedentes	12
3.2.1 Antecedentes de apego en Chile	12
3.3 Teorías de Apego	16
3.3.1 Modelos de John Bowlby	16
3.3.2 Modelo representacional de la relación de apego	17
3.3.3 Modelo de Mary Ainsworth	17
3.3.4 Mary Main	19
3.4 El lactante, sus características y necesidades relacionadas con el apego	20
3.4.1 Características del lactante	20
3.4.2 Evolución de los órganos de los sentidos	20
3.4.3 Necesidades del lactante relacionadas con el apego	21
3.4.4 Familia y apego	22
3.4.5 Características de la madre	23
3.4.6 Apego y lactancia materna	24
3.5 Definición y operacionalización de variables	25
 CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de diseño de investigación	36
4.1.1 Organización del trabajo en grupo	36

4.1.2 Revisión bibliográfica	37
4.2 Población en estudio – Definición del Universo	37
4.3 Diseño muestral	38
4.4 Método de recolección de datos	38
4.5 Descripción de los instrumentos	38
4.5.1 Estudio de confiabilidad de los instrumentos	39
4.6 Criterios utilizados para el análisis de datos	40
4.6.1 Vaciamiento de datos	40
4.6.2 Análisis de datos	40
4.7 Plan de recolección de datos y organización del trabajo en terreno	40
 CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS	
5.1 Algunos antecedentes de la muestra	43
5.1.1 Antecedentes de la madre	43
5.1.2 Antecedentes del lactante	44
5.1.3 Antecedentes de la familia	46
5.2 Descripción de los resultados	47
5.2.1 Características maternas	49
5.2.2 Características filiales	51
5.2.3 Características familiares	53

5.3 Cruzamiento de variables	56
------------------------------	----

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Discusión- Conclusiones	62
6.2 Recomendaciones	66
6.3 Resumen	68
6.4 Abstract	69
6.5 Referencias bibliográficas	70
6.6 Bibliografía general	76

ANEXOS

Anexo N°1: Consentimiento Informado	79
Anexo N°2: Instructivo de Instrumentos	80
Anexo N°3: Instrumento N°1: Pauta de análisis de documentos	81
Anexo N°4: Instrumento N°2: Cuestionario aplicado a la madre	84

en consultorio o domicilio

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁGINAS
Gráfico N°1: Distribución de las madres según edad	43
Gráfico N°2: Distribución de las madres según escolaridad	43
Gráfico N°3: Distribución de las madres según paridad	44
Gráfico N°4: Distribución de las familias según tipo	46
Gráfico N°5: Distribución de los estilos de apego en 51 binomios madre – hijo a los 12 meses de edad del lactante	47
Gráfico N°6: Distribución de las madres según actividad actual	48
Gráfico N°7: Distribución del puntaje de la Escala Edimburgo a los 2 meses	49
Gráfico N°8: Distribución del puntaje de la Escala Edimburgo a los 6 meses	50
Gráfico N°9: Lactancia predominante antes de los 6 meses de los lactantes	52
Gráfico N°10: Distribución de los lactantes según orden entre sus hermanos vivos	53
Gráfico N°11: Distribución de las familias según tipos de redes de apoyo	55
Gráfico N°12: Distribución de las familias según fuentes de redes de apoyo	55
Gráfico N°13: Distribución de las madres según Edimburgo y edad	56
Gráfico N°14: Distribución de las madres según Edimburgo y escolaridad	57
Gráfico N°15: Distribución de las madres según Edimburgo y orden del lactante entre sus hermanos	59
Gráfico N°16: Distribución de las madres según Edimburgo y tipo de familia	59

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁGINAS
Tabla N°1: Distribución de los lactantes según sexo	44
Tabla N°2: Distribución de los lactantes según edad al momento de la investigación	45
Tabla N°3: Distribución de los lactantes según edad gestacional	45
Tabla N°4: Distribución de los estilos de apego en los binomios madre – hijo del estudio a los 4 meses de edad del lactante	47
Tabla N°5: Distribución de las madres según lugar de trabajo actual	48
Tabla N°6: Número de horas que las madres dedican al cuidado del lactante	49
Tabla N°7: Distribución de las madres según aceptación de embarazo	50
Tabla N°8: Distribución de la lactancia materna exclusiva según duración	51
Tabla N°9: Distribución de los lactantes, según introducción de la lactancia artificial antes de los 6 meses	51
Tabla N°10: Edad de los lactantes al momento de introducción de la lactancia artificial	52
Tabla N°11: Participación del padre en los cuidados del lactante	53
Tabla N°12: Número de horas de participación del padre en los cuidados del lactante	54
Tabla N°13: Distribución de las familias según presencia de redes de apoyo	54
Tabla N°14: Distribución de las madres según Edimburgo y lactancia artificial	57
Tabla N°15: Distribución de las madres según Edimburgo y lactancia materna	58

Tabla N°16: Distribución de las madres según Edimburgo y edad gestacional del lactante 58

Tabla N°17: Distribución de las madres según Edimburgo y participación del padre 60

CAPÍTULO 1:
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El vínculo afectivo es una necesidad que forma parte del proyecto de desarrollo de la persona desde su nacimiento, y se establece de manera definitiva con su madre, a partir de los 6 meses de vida, determinando la capacidad emocional que se desarrollará. Si esta necesidad no es satisfecha, el niño, adolescente, joven o adulto sufrirá de "aislamiento o carencia emocional", a diferencia de quienes mantienen una adecuada relación afectiva, la que influirá positivamente en las características psicosociales de éstos (Lafuente, 2000)¹. Durante este proceso las características del cuidador principal y del entorno en el cual está inserto, tienen especial relevancia en el estilo de apego a desarrollar.

Según la literatura, el apego “es considerado como el proceso de maduración a través del cual el cuidador principal de la infancia adquiere la calidad de un objeto de amor” (England, 1981; citado por Aizpuru, 1994)². Este lazo afectivo que se forma entre el lactante y su madre es aquello que lo impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ella a lo largo del tiempo.

La Psicóloga estadounidense, Mary Ainsworth (1954), identificó tres patrones organizados de respuestas infantiles: apego seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente, basándose en un instrumento de observación denominado “Situación Extraña”³.

El estilo de apego seguro es un factor de protección y resiliencia (Siegel, 1999) respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta. Las personas con apego seguro muestran menos hostilidad y más habilidad al momento de regular la relación con otros (Fonagy, 2004; Simpson y cols., 1992; Vaillant, 1992). Estos individuos se contemplan como personas sanas, con baja ansiedad y menos hostilidad (Kobac y Sceery, 1998). Asimismo, se considera que presentan menos sentimientos de soledad y son socialmente más activos⁴.

A partir de lo anterior, resulta fundamental conocer los distintos estilos de apego del binomio madre- hijo, para realizar intervenciones acordes a los resultados encontrados, como por ejemplo, el fomento del apego seguro, mediante talleres y terapias psicoeducativas.

Es importante señalar que, debido a la relevancia de este tema en Chile, durante septiembre del 2009, y en virtud de la Ley N° 20.379, se creó el Sistema Intersectorial de Protección Social, que institucionalizó el programa Chile Crece Contigo, dirigido a todos los niños y niñas del país, con el objetivo de acompañarlos y apoyarlos en su desarrollo, desde la gestación hasta que ingresen a la educación pre básica en el sistema escolar (Ministerio de Planificación, Gobierno de Chile, 2009). Dentro de sus actividades se encuentra la aplicación de la Escala Massie Campbell, que mide los estilos de apego madre e hijo, y cuyos resultados permiten intervenir precozmente al detectar estilos de apego inseguro⁵.

Al considerar la importancia que tiene la gestión del cuidado del lactante en el rol del profesional de Enfermería, en especial en los Centros de Salud de Atención Primaria, el grupo de tesis decidió investigar sobre los estilos de apego y las características del binomio madre-hijo y su familia, en la población de los Centros de Salud de Viña del Mar y Belloto Sur. Los resultados de la investigación, aunque en pequeña escala, pueden constituir un aporte a la práctica profesional de Enfermería y, por supuesto, a las futuras investigaciones que se realicen de este relevante tema que compete a toda una sociedad.

2.2 Delimitación del problema

Estilos de apego madre-hijo y las características maternas, filiales y familiares de los lactantes evaluados con la Escala Massie-Campbell en los Centros de Salud Cienfuegos y Belloto Sur, de Viña del Mar y Villa Alemana respectivamente, durante el segundo semestre de 2010.

2.3 Definición de términos

- **Estilos de apego madre-hijo:** Se refiere a la evaluación de calidad de la relación vincular entre la madre biológica y el hijo(a), a través de la aplicación de la Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-hijo en situaciones de estrés. El resultado debe estar registrado en la ficha de cada lactante, efectuada por las enfermeras(os) debidamente validados, pertenecientes a los Centros de Atención Primaria incluidos en el estudio.

- **Lactantes:** Evaluados con la Escala Massie-Campbell en el período comprendido entre el 1° de Julio del 2009 al 30 de Julio del 2010.

- **Características maternas:** Se refiere a la edad, paridad, escolaridad, tipo de actividad, los resultados de la Escala de Edimburgo y aceptación de embarazo en las madres.

- **Características filiales:** Son las características del lactante referidas al sexo, edad actual, edad gestacional al nacer, duración de lactancia materna y orden entre los hermanos vivos.

- **Características familiares:** Corresponde al tipo de familia, participación del padre en los cuidados del lactante y redes de apoyo.

2.4 Limitaciones del estudio

- Dificultades en hallar Centros de Salud donde las Enfermeras se encontraran validadas para la aplicación de la Escala Massie- Campbell.
- Acceso limitado a trabajar con las fichas en uno de los Centros de Salud.
- Dificultad para que la totalidad del equipo de tesistas se reuniera debido a dispersión de horarios asignados a la práctica clínica.

2.5 Objetivos generales:

1. Conocer los estilos de apego madre-hijo que se presentan en la población en estudio.
2. Describir las características maternas, filiales y familiares que presentan los binomios madre-hijo del estudio.

2.6 Objetivos específicos:

- 1.1. Identificar los diversos estilos de apego madre-hijo en la población en estudio.

- 2.1. Identificar características maternas:

- 2.1.1 Edad

- 2.1.2 Escolaridad

- 2.1.3 Paridad

- 2.1.4 Tipo de actividad

- 2.1.5 Resultado de Escala de Edimburgo

- 2.1.6 Aceptación del embarazo

- 2.2. Identificar características filiales:

- 2.2.1 Sexo del lactante

2.2.2 Edad al momento de la investigación

2.2.3 Edad gestacional al nacer

2.2.4 Duración de la lactancia materna

2.2.5 Orden del lactante entre los hermanos(as) vivos

2.3. Identificar características familiares:

2.3.1 Tipo de familia

2.3.2 Participación del padre en los cuidados

2.3.3 Redes de apoyo familiares

CAPÍTULO 2:
MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

El apego corresponde al resultado de un conjunto de pautas de conductas características, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna (Bowlby, 1989)⁶.

La conducta de apego, corresponde a cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se le considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. El lactante no recurre a cualquiera, es por esta misma razón que generalmente se asigna a la madre este rol, siendo en la mayoría de las culturas el personaje que más tiempo comparte con su hijo en sus primeros meses. Un rasgo de la conducta de apego es la intensidad de la emoción que la acompaña. Si la relación funciona bien, produce alegría y sensación de seguridad. Si resulta amenazada, surgen celos, ansiedad e ira. Si se rompe, habrá dolor y depresión. La forma en que se organiza en un individuo depende de las experiencias que tiene en su familia de origen o, desafortunadamente fuera de ella (Bowlby, 1989)⁷.

3.1. FUNDAMENTOS

3.1.1. Fundamentos biológicos y evolutivos de la teoría de apego.

El apego es más fácilmente observable en la preocupación intensa que muestran los niños pequeños en entornos poco familiares con respecto a la localización exacta de las figuras parentales. Durante la infancia temprana, el apego se identifica con un interés insistente en mantener proximidad con una o con unas pocas personas seleccionadas (no necesariamente familiares biológicos); la tendencia a usar a estos individuos como una base segura desde la cual explorar los entornos desconocidos; y huida hacia la figura de apego como un refugio de seguridad en momentos de alarma (Main, Mary 2000)⁸.

Según Main (1999), los primeros vínculos de apego están formados a los siete meses, los cuales se forman hacia sólo una o unas pocas personas. Es el infante el que selecciona a sus figuras de apego principales, generalmente en base a interacciones sociales contingentes⁹.

Bowlby consideró que la conducta de apego se había desarrollado porque servía a la función adaptativa de proteger al infante de los predadores (Bowlby, 1969)¹⁰. Siendo una de las funciones evolutivas centrales de la conducta de apego, la proximidad a los cuidadores la entendemos hoy como el aumentar la probabilidad de que el niño sea protegido, defendido de los ataques de miembros de la misma especie y capacitado para seguir los movimientos del grupo (Main, 1999)¹¹.

Observaciones de Robertson y Bowlby (1962), sobre la respuesta de los niños de uno y dos años frente a separaciones importantes con sus padres, demostraron que cuando los niños eran colocados en entornos desconocidos, que no proveían cuidadores estables sustitutos, fueron atravesando por tres etapas de respuesta ante la separación, progresivamente más desfavorables: protesta, desesperación y desconexión¹². La etapa inicial de protesta se caracterizó por una preocupación por la ubicación de la figura de apego, que se expresaba en llamadas y llanto. En la fase de desesperación, se mantenían las llamadas y preocupación, volviéndose paulatinamente apáticos y retiraron todo interés por el entorno. En la etapa final o desapego, los niños empezaron a fijarse en el entorno inmediato, incluyendo las enfermeras y otros niños. Este cambio se concibió como positivo, llamándolo “acomodarse, adaptarse, asentarse” (Main, 2000)¹³.

3.1.2. Estilos de apego y su incidencia en la personalidad

Se han realizado muchas investigaciones que han relacionado el estilo de apego con variables como la experiencia individual y constitución genética, la calidad del cuidado, la receptividad al llanto, la alimentación, la accesibilidad psicológica, la cooperación y aceptación de la madre. Al mismo tiempo se han realizado investigaciones que buscan comparar la calidad de las relaciones del niño con cada uno de sus padres.

Bowlby (1998), señala que el estilo de apego refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno más amplio, por lo que es factible que exista una influencia conjunta entre las variables del cuidador y el temperamento infantil¹⁴.

Shaven y Bremman (1998)¹⁵, examinaron las relaciones entre estilos de apego y cinco grandes factores de la personalidad, encontrando que las personas seguras eran menos neuróticas, más extrovertidas y más conformes que los individuos inseguros que eran más ansiosos y esquivos. Asimismo Lafuente (2000), reconoce que los adultos con un estilo de apego seguro tienen más alta autoestima y son más sociables que las personas con apego inseguro ambivalente¹⁶.

Bartholomew y Horowitz (1991)¹⁷, estudiaron las relaciones del contexto familiar y variables de la personalidad en adultos. Se descubrió que las personas con estilo de apego seguro tenían una mejor evaluación de la familia de origen y del clima familiar actual, una personalidad más positiva, mayor sociabilidad, dominio, autoestima y empatía. Las de apego inseguro, eran temerosas y preocupadas (Bourbeau y cols, 1998)¹⁸.

3.1.3 Estilos de apego y relaciones afectivas

Lafuente (2000), sostiene que una adecuada relación afectiva produce en el niño los siguientes efectos: obtienen mejor desarrollo intelectual, manifiestan superioridad en algunos aspectos del lenguaje, tienen más habilidad para el juego simbólico, muestran adelanto en el concepto de permanencia de los objetos y personas. Además, son más precoces en el conocimiento de sí mismos y de los demás, son más flexibles, abiertos, positivos y realistas en el procesamiento de la información, poseen mayor inteligencia social. Igualmente revelan cierta superioridad en la conducta exploratoria, presentan mayor interés y destrezas lectoras, y en la etapa adulta es mayor su rendimiento laboral¹⁹.

Del Barrio (2002), destaca que las condiciones óptimas de los padres para desarrollar una buena conducta de apego son: sensibilidad, aceptación del niño, capacidad de equilibrar el control y autonomía de éste y el apoyo intelectual y afectivo en la realización de tareas²⁰.

Las personas con estilo de apego seguro realizan una búsqueda activa de información, están abiertos a ella y poseen estructuras cognitivas flexibles; su nivel de ansiedad es mínimo y son capaces de incorporar nueva información (Botella, 2005)²¹. Esta capacidad les permite ajustarse de manera adecuada a los cambios del ambiente, a proponerse metas realistas y a evitar creencias irracionales.

Las personas con estilo de apego evitativo, rechazan la información que pudiese crear confusión, teniendo estructuras cognitivas rígidas (Mikullincer, 1997).

Las personas ansiosas – ambivalentes, también muestran este comportamiento pero desean acceder a nueva información, aun cuando sus intensos conflictos les llevan a alejarse de ella (Mikullincer, 1997)²².

3.1.4. Apego y psicopatología

En 1941, Bowlby expuso que las relaciones primarias perturbadas madre-hijo deberían ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental. La naturaleza de muchos estados psiquiátricos, los estados de ansiedad y depresión producidos en la vida adulta pueden relacionarse de manera sistemática con los estados de ansiedad, desesperación y desapego²³.

Estudios realizados han encontrado las siguientes relaciones entre diferentes patrones de apego y algunos trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia; sobre el apego inseguro, Weinfield y cols. (1999), encontraron relaciones con la depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia²⁴. Por su parte, Warren y cols. (1997) relacionaron el apego ambivalente en la infancia con el trastorno de ansiedad en el adolescente²⁵. Por otro lado, Ogawa y cols. (1997), encontraron relación entre el apego inseguro, evitativo o desorganizado en la infancia con síntomas disociativos a edades entre 17 y 19 años²⁶. Así mismo, en el marco de otra investigación, Rosentein y Horowitz (1996) demostraron que adolescentes con apego evitativo eran más susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abusos de sustancias, trastornos de personalidad narcisista o antisocial y rasgos paranoicos de personalidad. En tanto, aquellos con una organización de apego ansioso eran más susceptibles a

desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo histriónico, limítrofe o esquizoide²⁷.

Greenberg (1999), muestra importantes relaciones entre el tipo de apego y la psicopatología²⁸. Al parecer es probable que los apegos inseguros están asociados a posteriores patologías (Girón, 2003)²⁹. Por otra parte, algunos autores sugieren una asociación entre los estilos de apego inseguro, la insatisfacción de pareja y las prácticas parentales ineficaces (De Vito y Hopkins, 2001)³⁰.

En general, el estilo de apego seguro es un factor de protección y resiliencia respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta. Las personas con apego seguro muestran menos hostilidad y más habilidad al momento de regular la relación con otros (Fonagy, 2004). Estos individuos se contemplan como personas sanas con baja ansiedad, menos hostilidad y con mayores capacidades del Yo (Kobac y Sceery, 1998). Asimismo, se considera que presentan menos sentimientos de soledad y son socialmente más activos³¹.

3.2 ANTECEDENTES DEL APEGO

3.2.1 Antecedentes de Apego en Chile

La preocupación del Estado por la infancia ha ido variando progresivamente desde una visión preferentemente asistencial, a una más promocional y de inversión social, que considera el desarrollo infantil como un componente fundamental y directamente asociado al desarrollo humano integral.

Durante el 2000, se diseñó una denominada Política Nacional a favor de la infancia y adolescencia para el periodo 2001 – 2010. Esta iniciativa incorporó un Plan de Acción Integrado, que comprende servir de marco orientador para cada una de las iniciativas a favor de la infancia y adolescencia, generar una institución propia para ésta y su familia y garantizar que todos los niños sean respetados y puedan ejercer sus derechos para asegurar el desarrollo integral de éstos (Política Nacional del Gobierno de Chile, 2000)³².

Dada la relevancia de las políticas de protección infantil y adolescente ya mencionadas, el actual gobierno, encabezado por el Presidente Sebastián Piñera, creó la comisión “Mujer, Trabajo y Maternidad”, con el fin de plantear un proyecto de ley para extender el postnatal a 6 meses, el cual se encuentra actualmente en proceso de redacción para ser enviado al congreso durante diciembre de 2009³³.

A partir de la Reforma de las Políticas de Infancia y Adolescencia 2001-2010, el Gobierno de Chile elaboró un diagnóstico de la situación actual y propuso medidas para implementar un sistema de protección infantil. En este contexto nace el programa “*Chile Crece Contigo*”, el cual forma parte del Sistema de Protección Social del Gobierno con proyección al 2010 (Ministerio de Salud, 2007)³⁴.

Dentro de los objetivos está generar una red de programas y servicios, que favorezcan el pleno desarrollo de las potencialidades y logren igualar las oportunidades de los niños y niñas de Chile, esperando que al finalizar el año 2010 todos ellos estén cubiertos por este sistema. Además de promover el desarrollo en un contexto socio-familiar, se espera lograr que los niños de nuestro país vivan en condiciones apropiadas, con una crianza positiva y con pertinencia cultural, a través de la promoción enfocada en la madre, padre y/o cuidador, para que construyan desde el nacimiento una relación significativa con sus hijos, con seguridad en su vínculo de apego y mejorando sus competencias parentales. También pretende prevenir el rezago y déficit del desarrollo pesquisándolo precozmente, facilitando el acceso oportuno a programas e intervenciones (Sotello, et.al, 2007)³⁵.

La detección y evaluación de la calidad de la relación afectiva madre-hijo(a) durante los inicios de la vida, es una tarea primordial para prevenir y determinar precozmente problemas emocionales presentes y futuros en el niño(a).

La formulación de pautas que midan tempranamente la calidad de los vínculos de apego presentados durante los primeros años de vida de los niños(as) y, junto con ello, su adecuada aplicación a nivel de atención primaria, han sido los objetivos primordiales para los investigadores y expertos en el tema.

La Escala Massie – Campbell de Observación de Indicadores de Apego madre – hijo, en situaciones de estrés entre el primer mes y los 12 meses de vida, ha sido aplicada en nuestro país, ya que posee los estándares básicos de validez y confiabilidad y se ha utilizado en diversos estudios de apego temprano en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y alto riesgo social (Sotello, 2007)³⁶.

La teoría de apego formulada por Bowlby y Ainsworth, basada en raíces biológicas, tenían una supuesta validez universal, sin embargo, esta teoría se fundamentaba más en un modelo teórico que en los resultados de investigaciones. Este modelo no consideraba el factor cultural y se basaba en estudios etológicos y primatológicos, según los cuales el apego tiene un claro valor adaptativo, ya que los sujetos que manifiestan estas conductas tienen más posibilidades de sobrevivir (Oliva, 2004)³⁷.

Estudios realizados por Sagi en Israel han encontrado un elevado número de niños que muestran apego inseguro – ambivalente en la Situación del Extraño, en comparación con los datos de Ainsworth. Estudios realizados en Japón también apuntan a una elevada incidencia en este tipo de apego, con ausencia total de apegos inseguros-evitativos. En Alemania en cambio, se da el tipo de apego inseguro-evitativo. En Estados Unidos, por su parte, se han encontrado distintas distribuciones del estilo de apego en la Situación del Extraño cuando los sujetos pertenecen a un grupo étnico-cultural, dándose mayor incidencia del apego inseguro entre sujetos afroamericanos (Oliva, 2004)³⁸.

Las diferencias detectadas en el comportamiento de los niños en la Situación del Extraño cuestionan la validez del procedimiento, ya que las características de las diferentes culturas influirán en el grado de estrés generado (Oliva, 2004)³⁹.

Un estudio sobre apego realizado por psicólogas chilenas en Santiago, y publicado por la revista Latinoamericana de Psicología, arrojó que un 69,4% de los lactantes fue clasificado en la categoría de apego seguro, mientras que el 30,6% como inseguro. Un 25% de la muestra se clasificó como inseguro/evitativo y un 5,6% inseguro ansioso-ambivalente (Quezada y Santelices, 2009)⁴⁰. Dentro de sus conclusiones, observan que la distribución en las clasificaciones de apego de los lactantes es similar a la encontrada en la muestra original de Mary

Ainsworth en la clase media de Baltimore, cuya proporción en la clasificación fue: 66% seguro, 20% inseguro evitativo y 12% inseguro ambivalente (Buchheim, 2003)⁴¹.

Por otra parte, un estudio realizado el 2008 por alumnas de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, usando la escala de Massie – Campbell, en una población rural de la comuna de Niebla, determinó que el 88% de las madres obtuvo apego seguro y un 12% apego inseguro con tendencia a la ambivalencia. Se estableció que el estilo de apego variaba de acuerdo a la edad de las madres, a su ocupación y nivel educacional. En relación al cuidador del lactante, un 79% obtuvo apego seguro y un 12% de las madres presentó apego inseguro con tendencia a la ambivalencia, (Aguilar y Andia, 2009)⁴².

Un estudio realizado en 130 díadas madre-hijo, que se atendían en consultorios de Lo Barnechea y San Miguel, estableció que el 73% presentaba apego seguro. No obstante, el 9% tenía apego desorganizado, el más complejo de los vínculos inseguros que se correlaciona con trastornos mentales graves y diversas psicopatologías (Lecannelier, 2007)⁴³.

La escala de evaluación del estilo de apego fue creado por Henry Massie & Kay Campbell en 1978, cuyo objetivo fue evaluar la calidad del apego entre un cuidador significativo (generalmente los padres), y su hijo entre cero y 18 meses de edad (de preferencia se usa durante el primer año de vida). Esta escala consiste en una pauta de evaluación para situaciones de estrés del niño(a). Posee criterios observables claros y conductuales, que suelen ser fuertes indicadores de la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y su hijo(a), estos son: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad.

Cabe señalar, que esta escala fue creada para ser utilizada en contextos de estrés moderado del niño y para su uso rápido en el contexto de la consulta pediátrica, aunque también puede utilizarse en otros momentos de estrés del niño(a), como la muda, el baño, la alimentación y momentos breves de separación del cuidador significativo (Lecannelier, 2007)⁴⁴. En el contexto chileno se realiza en el control de salud infantil, catalogada como una situación estresante para la madre y el lactante. Es de fácil aplicación, corrección y decodificación, la que puede ser administrada por un profesional de salud enfermero(a), con la debida capacitación y validación.

Esta escala posee dos pautas de observación, una para la conducta de la madre o cuidador y otra para la conducta del niño(a). En cada uno de los indicadores se asigna un puntaje de 1 a 5, dependiendo del tipo de frecuencia e intensidad del indicador.

Los puntajes obtenidos tras la aplicación de la escala, indican la presencia de un estilo de apego, sin embargo se habla de tendencias, ya que no existen puntajes exactos o ideales.

3.3. TEORÍAS DE APEGO

3.3.1 Modelo de John Bowlby⁴⁵

Para John Bowlby, gran exponente y fundador de la teoría de apego, existe una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos.

Bowlby desarrolló la teoría de apego a partir de los conceptos que aportaba la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar porqué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación.

Bowlby (1993, pp.60) definió la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido⁴⁶. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Sin embargo, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados.

El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionadas entre sí: el sistema de conductas de apego, de exploración, de miedo a los extraños y el afiliativo (Oliva, 2004; Girón y cols., 2003)⁴⁷.

El sistema de conductas de apego se refiere a todas las conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y al contacto con las figuras de apego (sonrisas, llanto,

contacto). Estas conductas se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas.

El sistema de exploración consiste en que cuando se activan las conductas de apego, disminuye la exploración del entorno.

El sistema de miedo a los extraños, en tanto, supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego.

El sistema afiliativo, se refiere al interés que muestran los individuos por mantener proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con quienes no se han establecido vínculos afectivos.

Por tanto, el apego hace referencia a una serie de conductas diversas, cuya activación y desactivación, así como la intensidad de sus manifestaciones, va a depender de diversos factores contextuales e individuales y no de una simple conducta instintiva.

3.3.2 Modelo representacional de la relación de apego

Para Bowlby (1980), el modelo interno activo o modelo representacional es una representación mental de sí mismo y de las relaciones con otros. Este se construye a partir de las relaciones con figuras de apego y sirve al sujeto para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás y dirigir su conducta⁴⁸.

Este modelo va a tener una profunda influencia sobre las relaciones sociales del sujeto. Si una persona, durante su infancia, tuvo un apego seguro con sus padres u otras personas, posteriormente tendrá una actitud básica de confianza en los demás. Por el contrario, si ha tenido experiencias negativas con sus figuras de apego, tenderá a no esperar nada positivo, estable o gratificante de las relaciones que pueda establecer en la vida adulta.

3.3.3. Modelo de Mary Ainsworth

En 1954, Mary Ainsworth realizó observaciones en Uganda y registró a qué edad el niño empieza a discriminar y diferenciar a su madre de los extraños. A partir de esto elaboró un instrumento de observación denominado “Situación Extraña”, el cual sirve para comprobar el uso que hace el

niño de su figura de apego como base de seguridad y para ver si existe un equilibrio entre el sentimiento de seguridad y la actividad exploratoria. Demostró que se podía utilizar este instrumento de observación para deducir el comportamiento del niño en su casa; y a partir de esto define el apego como “el lazo afectivo entre una persona y otra, el cual los une en el espacio y perdura a través del tiempo”⁴⁹.

En los resultados de la prueba, Ainsworth identificó tres patrones organizados de respuestas infantiles, los cuales se relacionan con diferentes tipos de apego:

1.- **El apego seguro:** se caracteriza porque aparece la ansiedad frente a la separación y seguridad al encontrarse con la madre. Es un modelo de confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta. Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades (Fonagy, 2004)⁵⁰.

2.- **Apego inseguro – evitativo:** el niño muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador; se relaciona con desconfianza ante la disponibilidad del cuidador. En la situación extraña, los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, se producen cambios en su sistema nervioso, aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005)⁵¹.

Debido a esta conducta independiente, podría interpretarse como una conducta saludable, pero Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas (citado en Oliva, 2004)⁵².

En este caso, las características del cuidado materno son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión al contacto (Botella, 2005). La interpretación global de Ainsworth indica que cuando los niños entraban en la Situación del Extraño comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia.

3.- **Apego inseguro – ambivalente:** El niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador. Son niños que muestran limitada exploración y juego, tienden a ser altamente perturbados por la separación y tienen dificultad en reponerse después. La presencia de la madre y sus intentos de calmarlo fracasa y la ansiedad del niño y la rabia parecen impedir que obtengan alivio con la proximidad de la madre.

En este tipo de apego parece que la madre o cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo.

Las características del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005). El rasgo que más define a estas madres es no estar siempre disponibles; sin embargo, en algunas circunstancias se encuentran responsivas y sensibles, lo que podría indicar que son capaces de interactuar positivamente con el niño, cuando se encuentran emocionalmente estables (Stevenson – Hinde y Shouldice, 1995)⁵³.

Los tipos de apego que describe Ainsworth se han considerado en la mayoría de las investigaciones sobre apego. Sin embargo, posteriormente se ha propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado inseguro desorganizado/desorientado, que recoge muchas de las características de los dos grupos de inseguro ya descritos, y que inicialmente eran considerados como inclasificables (Main y Solomón, 1986)⁵⁴. Se trata de los niños que muestran la mayor inseguridad. Cuando se reúnen con sus madres tras la separación, estos niños muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias.

3.3.4 Mary Main (1985)⁵⁵

Se ocupó en correlacionar la conducta del niño en la Situación Extraña con el discurso de los padres. Desarrolló mediciones y construcciones teóricas basándose en la narrativa de padres y madres sobre sus experiencias relacionales. Describió tres tipos de apego del adulto: 1) Seguro / autónomo; 2) Inseguro / desentendido (despreocupado) y 3) Inseguro / preocupado.

La clasificación del apego se basó en la cualidad de los relatos parentales, dando más importancia a los patrones de pensamiento, recuerdos y relatos acerca de relaciones pasadas que a sus contenidos específicos.

Las personas clasificadas como seguras integran coherentemente sus recuerdos en una narración con sentido. Las personas inseguras presentan dificultades en integrar las memorias de las experiencias con el significado de las mismas. Los desentendidos tienden a negar recuerdos, idealizando o minimizándolos.

3.4 EL LACTANTE, SUS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES RELACIONADAS CON EL APEGO

3.4.1 Características del lactante

El periodo de lactancia puede ser dividido en lactante menor, que va desde el mes de vida hasta el año, y lactante mayor desde los 12 a 24 meses. Hay gran velocidad de crecimiento y desarrollo, a la vez tienen una mayor vulnerabilidad al medio y una gran dependencia de éste para satisfacer sus necesidades básicas. El primer año de vida adquieren una serie de logros como el inicio de la marcha y el lenguaje y, finalmente, la aparición de dientes. En el segundo año hay una desaceleración de la velocidad de crecimiento, un progreso en las funciones motoras y sociales y también se inicia el control de esfínteres (Wong, 1995)⁵⁶.

3.4.2 Evolución de los órganos de los sentidos

La estimulación moderada del tacto hace que los lactantes presenten mayor aumento de peso, mayor actividad espontánea y respuestas motoras más maduras. (Cassasas y Campos, 2002)⁵⁷.

Con respecto a la audición, al mes de vida el lactante ya discrimina sonidos que manifiesta a través de la agitación del cuerpo y llanto. Posteriormente, a los 3 meses, mueve los ojos en búsqueda del sonido, y un mes más tarde logra reconocer voces familiares y dirige la cabeza a la fuente de sonido. A los 10 meses responde al sonido de su nombre.

Al quinto día reconoce el olor del pecho de su madre, lo que le confiere gran importancia a la formación del vínculo de apego y el tiempo que comparte con ella especialmente los primeros días de vida. En relación a la visión, entre los 3 y 4 meses se establece la binocularidad y alrededor de los 5 meses percibe colores básicos. Al final de los 6 meses, el bebé distingue detalles de los objetos observados (Armstrong, L. y Bratz, J, 2009)⁵⁸.

3.4.3. Necesidades del lactante relacionadas con el apego

La alimentación proporciona la energía y los nutrientes que aseguran una óptima expresión del potencial genético de crecimiento y desarrollo, además, previene patologías que se pueden expresar en la infancia o en edades posteriores y proporciona un normal desarrollo de la conducta alimentaria.

La lactancia materna es el único alimento capaz de satisfacer los requerimientos nutricionales del niño durante los 6 primeros meses de vida, sin requerir otro agregado. Por su parte, entrega múltiples beneficios tanto para la madre como para el lactante, tal como la formación de un tipo de apego que le permitirá al niño un mayor bienestar a futuro (MINSAL, 2005)⁵⁹.

En cuanto a la necesidad de actividad, movimiento y recreación, el juego favorece la interacción con el mundo que lo rodea y ayuda al niño a relacionarse con otros. El lactante, a través del juego, explora y manipula los objetos, conoce la naturaleza de los mismos y estimula los sentidos.

Con respecto a la necesidad de comunicación, el lactante logra la adquisición de la confianza básica, a medida que esté satisfecha su necesidad de afecto.

Los padres deben expresar el cariño hacia el niño a través de conductas concretas para que él se sienta amado. Estas implican compartir tiempo, actividades, gestos y estímulos (Armstrong, L. y Bratz, J. 2009)⁶⁰.

3.4.4 Familia y apego

El apego suele producirse respecto de la madre, pero puede ser establecido en cualquier persona que cumpla su rol, sea hombre o mujer. Existe unidad de criterio en que los cuidados maternos contribuyen a la seguridad del apego. Oliva (2004), da una explicación al sostener que la “Situación del Extraño” evalúa el modelo interno activo que el niño ha elaborado, a partir de su interacción con la madre o la figura principal de apego⁶¹.

La relación que se produce entre el niño y el adulto responsable de la crianza se convierte en el primer ambiente o clima emocional que vive el niño y que le introduce en el grupo familiar (Fonagy, 2004) y, a través de éste, también en el grupo social y cultural en el que la familia se desenvuelve⁶².

La familia es el primer referente social, por lo que su papel es esencial al momento de configurar los esquemas que regularán la interacción futura del niño con el entorno (Musitu y Cava, 2001)⁶³.

La importancia de las tareas evolutivas características de cada etapa comienzan en los primeros meses y tienen que ver con el establecimiento de un buen lazo afectivo con los padres y la regulación biológica: interacción madre-padre, formulación de una buena relación de apego, exploración, experimentación y dominio del mundo del objeto (Trianes, 2002)⁶⁴.

Las buenas relaciones familiares pueden garantizar una adecuada adaptación social, incluyendo las relaciones de pareja, de padres e hijos y las de estos últimos entre sí (Mikulincer y Florian, 1999)⁶⁵.

Sobre la importancia de la familia, Aizpuru (1994) menciona que el apego a la madre o cuidador principal es sólo el primero de los tres apegos verdaderos que ocurren en la vida. El segundo sería con la pareja y el tercero hacia los hijos⁶⁶.

En consecuencia, el apego se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, el mundo social en general y juicios que afectan la formación y mantenimiento de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo (Bowlby, citado en Borbeau y Cols, 1998)⁶⁷.

3.4.5 Características de la madre relacionadas con el apego

El patrón de interacción que se da entre madre e hijo es determinante para el tipo de apego. La seguridad, sincronía, reciprocidad, calor, como modelos de apego, marcan diferencias cualitativas que modelan una personalidad vulnerable o segura.

Para Aizpuru (1994)⁶⁸ un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas. Las características del cuidado materno en este caso son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión (Botella, 2005)⁶⁹.

Por su parte, la conducta intrusiva, controladora, la falta de respuesta, el poco compromiso y los estímulos excesivos no permiten o dificultan el desarrollo de un tipo de apego seguro.

Es posible que la madre del niño(a) no sea sensible a su hijo(a) debido a depresión, abuso de sustancias, porque se sienta abrumada por problemas personales, u otros factores que puedan interferir con su habilidad de ser consistente y nutriente con el niño (Perry, 1999)⁷⁰

La presencia de síntomas de depresión post parto influye de manera negativa en la relación madre-hijo, siendo inversamente proporcional a la duración del episodio, en el desarrollo emocional y cognitivo global (verbal, motor, etc.) de los hijos, incluso exacerbando los efectos de variables asociadas con menor desarrollo mental y del lenguaje del niño, así como el nivel socioeconómico⁷¹.

Los hijos de madres con depresión post parto tienen relaciones de apego inseguro significativamente mayores que los hijos de madres sin depresión, y presentan con mayor frecuencia trastornos conductuales, mayor riesgo de maltrato infantil, de accidentes y una mayor frecuencia de ingresos hospitalarios⁷².

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es un instrumento que se aplica a todas las madres a los 2 y 6 meses de edad de su hijo(a), con el objetivo de detectar precozmente signos de depresión post parto en la madre (Salud Mental de la Mujer, 2007)⁷³.

Consiste en una encuesta sencilla de 10 preguntas en donde la madre debe elegir la alternativa que más represente la forma como se ha sentido los últimos 7 días. Se le asigna un puntaje de 0 a 3, según el aumento de la gravedad del síntoma para las preguntas del 1, 2, 4, mientras que las restantes son con puntaje inverso. Una puntuación de 11 ó más muestra la probabilidad de una depresión.

Cualquier puntaje distinto de “0” en la pregunta 10, requiere de evaluaciones adicionales inmediatamente debido que puede representar riesgo suicida.

3.4.6. Apego y lactancia materna⁷⁴

La lactancia materna proporciona al niño todas las sustancias nutritivas que le aseguran su óptimo crecimiento, además constituye la principal fuente de afecto, a través de lo cual el niño establece los vínculos amorosos con su madre, recibe las primeras satisfacciones y percepciones del mundo externo.

Al recibir de su madre la atención, el afecto y el contacto piel a piel cada vez que mama, adquiere la confianza, que es la base de su personalidad, y a la vez contribuye en su equilibrio emocional.

La lactancia materna exclusiva al menos, durante los primeros seis meses de vida, por sí sola determina una disminución de la morbimortalidad en el niño y su propia madre. Estudios han demostrado que estos niños son más inteligentes y presentan con menor frecuencia diferentes enfermedades respiratorias, gastrointestinales, obesidad, en comparación con niños que no recibieron lactancia materna exclusiva (Revista Chilena de Pediatría, Santiago 2007)⁷⁵.

Toda madre debe estar convencida de que es capaz de amamantar a su hijo; debe recibir el apoyo y estímulo de su familia y del equipo de salud. Por esto, es importante que los profesionales del área, tomen conciencia que la preparación para la lactancia debe iniciarse en la forma más precoz posible, enfatizarla durante el embarazo, reforzarla durante el puerperio, entregando información a la madre y enseñándole técnicas de amamantamiento.

3.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Principal	Definición conceptual	Dimensiones	Sub dimensiones	Indicadores	Sub indicadores
Estilos de apego madre-hijo	Estilos de apego medidos por la Escala Massie Campbell donde se observan los elementos de apego repetitivos en diversas situaciones, entre los cuales se encuentran el contacto físico, el contacto visual, las vocalizaciones y la afectividad. En general, donde más se suele formar estos estilos de apego es en aquellas instancias en donde el bebé se encuentra estresado y la madre o el padre contienen, regulan, calman o protegen ese stress.	1. Seguro		<p>Conducta del niño durante el evento estresante:</p> <p>Mirada: Ocasionalmente mira a la cara de la madre.</p> <p>Vocalización: Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.</p> <p>Tocando (a): Ocasionalmente toca a la madre.</p> <p>Tocando (b): Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.</p> <p>Sosteniendo: Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.</p> <p>Afecto: Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.</p> <p>Proximidad o cercanía: Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.</p>	Puntaje 3
				<p>Mirada: Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre.</p> <p>Vocalización: Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.</p> <p>Tocando (a): Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.</p> <p>Tocando (b): Rara vez evita ser tocado por la madre.</p> <p>Sosteniendo: Moldea su cuerpo al de la madre.</p>	Puntaje 4

				<p>Rara vez la empuja.</p> <p>Afecto: Tensión ocasional, en general sonrío.</p> <p>Proximidad o cercanía: Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.</p>	
--	--	--	--	--	--

Variable Secundaria	Definición conceptual	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
Edad de la madre	Edad cronológica actual de la madre al momento de la entrevista			<18 años 18-24 25-31 32-38 >38	
Escolaridad de la madre	Nivel educacional alcanzado por la madre en establecimientos reconocidos por el Ministerio de Educación (MINEDUC)			Sin instrucción Básica Media	Completa Incompleta Completa

				Superior	Incompleta Completa Incompleta
Paridad de la madre	Número de hijos biológicos de la madre			1 2 3 >3	
Tipo de actividad de la madre.	Actividad remunerada o no que desempeña la madre utilizando una cantidad determinada de horas al día.	Tipo de actividad que desempeña Remuneración de la actividad	-Trabaja -Estudia. -Dueña de casa. Sí	-Actividad remunerada fuera de la casa -Actividad remunerada dentro de la casa	Número de horas al día. Número de horas al día Número de horas al día

			No	-Actividad no remunerada fuera de la casa (estudios) -Actividad no remunerada dentro de la casa	Número de horas al día Número de horas al día
Puntaje de Edimburgo	Encuesta auto-administrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres, en el período postnatal. En Chile se aplica a las madres de hijos/as de 2 y 6 meses de vida.	Dos meses Seis meses		Puntaje menor a 11 con conducta 10 ausente Puntaje 11 o más Puntaje menor a 11 con conducta 10 ausente	

				Puntaje igual o mayor a 11.	
Aceptación de embarazo	Aquel embarazo que por voluntad propia es mantenido en el tiempo y asumido, independiente del deseo de haberse embarazado	Embarazo aceptado		Sí No	
Tiempo al cuidado del lactante	Número de horas diarias que la madre dedica al cuidado del lactante al día.			Nº horas	
Sexo de lactante				Masculino Femenino	
Edad actual del lactante	Edad cronológica actual del lactante, medida en meses.			Número de meses	
Edad gestacional del	Semanas de gestación			< 37 semanas	

lactante	del lactante al nacer.			37 semanas y más	
Duración de lactancia materna	Período que madre amamanta a su hijo/a con lactancia materna exclusiva o en conjunto con lactancia artificial u otro alimento	Lactancia materna exclusiva		Número de meses	
		Lactancia predominante antes de los 6 meses, ya sea, lactancia materna de pecho o mixta		Número de meses	
		Lactancia materna después de los 6 meses		Mes de término	
Orden del Lactante entre los hermanos vivos	Lugar que ocupa el lactante entre los hermanos vivos			1° 2° 3° >3°	

Tipo de Familia	Tipo de estructura establecida entre las personas que viven bajo el mismo techo del lactante y comparten algunas funciones, con lazos de consanguinidad o no			<p>Familia Nuclear</p> <p>Familia Extendida</p> <p>Familia Compuesta</p>	<p>Monoparental</p> <p>Biparental</p> <p>Reconstituida</p> <p>Monoparental</p> <p>Biparental</p> <p>Monoparental</p> <p>Biparental</p>
Participación del padre en los cuidados del lactante	Padre biológico del lactante que participa de los cuidados de su hijo(a) diariamente.			Número de horas al día en compañía del niño	<p>< ó = a 2</p> <p>3 – 4 hrs.</p> <p>5- 6 hrs.</p> <p>7– 8 hrs.</p> <p>9 – 10 hrs.</p> <p>>10 hrs</p>

Redes de apoyo	Estructura social compuesta de personas (u organizaciones u otras entidades), las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, que además otorgan ayuda de tipo afectivo y/o económico a la familia.	Religioso Comunitario Familiar Amistad Gobierno	Tipo de ayuda	Afectiva Económica	
-----------------------	---	---	---------------	-----------------------	--

CAPÍTULO 3:
METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y exploratorio

4.1.1 Organización del trabajo en grupo

El grupo de Seminario Tesis estuvo conformado por seis alumnas de IV año de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El estudio se inició en agosto del 2009, en la cátedra de Metodología de la Investigación, con la participación de las docentes guías, profesoras Nidia Núñez y Cecilia Jara. Por motivos extra académicos de la profesora Cecilia Jara, en marzo del año 2010 asume como docente guía la profesora Lucy Armstrong, perteneciente al Departamento de Enfermería del Niño y Adolescente.

El tema fue seleccionado en conjunto con las docentes y el grupo de Seminario Tesis, integrado por:

Patricia Gutiérrez: Presidenta

María Andrea Pardo: Vicepresidenta

Dennyse Evaristi: Secretaria

Jellinet Fernández: Subsecretaria

Karen Peñailillo: Tesorera

Cindy Jofré: Subtesorera

4.1.2 Revisión bibliográfica

Se realizaron sesiones de trabajo del grupo con y sin asesoría presencial de docentes, según necesidades del proceso investigativo.

En el objetivo de delimitar el problema se realizó una revisión bibliográfica específica sobre el área a investigar, en forma individual y, a continuación, analizada en grupo. Posteriormente, a través de la investigación se siguió revisando bibliografía a fin de ampliar, actualizar y profundizar el marco teórico.

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO – DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

La población en estudio, estuvo constituida por el binomio madre-hijo; éste con edad entre 6 y 18 meses. El universo lo conformaron 604 binomios madre-hijo controlados en dos centros de salud:

- Cienfuegos (Centro de Salud Familiar, Viña del Mar) → 266 binomios.
- Belloto Sur (Centro de Atención Primaria de Salud, Villa Alemana) → 338 binomios.

La elección de los dos consultorios se efectuó por existir allí Enfermeras confiabilizadas en la aplicación de la Escala Massie-Campbell, según información del servicio de salud Viña del Mar-Quillota.

Centros de Salud	Muestra aleatoria	Porcentaje del Universo
Cienfuegos	30	11,2%
Belloto Sur	75	22,1%
Total	105	17,4%

Universo y muestra de la investigación.

4.3 DISEÑO MUESTRAL

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

- Lactantes entre 6 y 18 meses al cuidado de su madre biológica
- Lactantes que tengan aplicada la Escalas de Massie-Campbell
- Madres biológicas a quienes se les aplicó Escala de Edimburgo

La composición de la muestra se visualiza en la Tabla N°1.

4.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para medir las variables del estudio se confeccionaron dos instrumentos: Pauta de análisis de documentos, y un cuestionario para la madre.

4.5 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

El método de recolección de datos utilizado para el objeto de estudio consiste en dos instrumentos:

Pauta de análisis de documentos (ver anexo N°3), está conformado por 4 secciones:

- Antecedentes generales de la madre: en donde se encuentra el nombre, el número de ficha, el domicilio y el teléfono.
- Otros datos de la madre: edad actual, escolaridad, paridad, aceptación de embarazo y el puntaje de escala de Depresión Edimburgo.
- Datos del lactante: sexo, edad actual en meses y edad gestacional.
- Resultados de instrumento de evaluación de apego de la escala Massie-Campbell.

El tipo de dato utilizado es cerrado y de selección múltiple.

Se construyó también un instructivo para las encuestadoras que debió ser de completo conocimiento previo a la aplicación de la encuesta, el cual constaba de aspectos generales y específicos.

Cuestionario para la madre (ver anexo N°4), aplicado en consultorio o domicilio, conformado por 17 preguntas cerradas y de selección múltiple, reúne preguntas de las distintas características a estudiar, de la madre, filiales y familiares.

4.5.1 Estudio de confiabilidad de los instrumentos

La prueba del instrumento se realizó a través de la aplicación del cuestionario, el 5 de agosto de 2010, a 6 madres que cumplían con los criterios de inclusión en los centros de salud Cienfuegos y Belloto sur, previo consentimiento informado, y en las mismas condiciones estipuladas por la investigación, valor equivalente a 5,7% de la población en estudio.

Objetivos de la prueba:

- Determinar el tiempo utilizado para la aplicación de los instrumentos
- Identificar preguntas que podían ser modificadas u omitidas
- Pesquisar preguntas que deberían ser incluidas en los cuestionarios
- Determinar posibles dificultades en la aplicación de los instrumentos

La prueba del instrumento permitió cumplir con todos los objetivos descritos, determinando el tiempo máximo de 10 minutos. Ello fue una instancia para analizar los instrumentos y conocer cualidades de la muestra. Gracias a esto se logra modificar, eliminar e incorporar, nuevas preguntas a los instrumentos.

La pauta de análisis de documentos inicialmente fue construida para obtener datos directamente de la ficha, sin embargo, luego de ser probado el instrumento, se modifica a formato encuesta.

4.6 CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se efectuó a través de medidas de tendencia central y de porcentajes, asimismo, se confeccionaron tablas y gráficos de cruzamiento de algunas variables para observar si existían tendencias en algunos resultados.

4.6.1 Vaciamiento de datos

En la tabulación de los datos se utilizó el programa Excel de Microsoft Office 2003, y se confeccionó una base de datos para el posterior análisis estadístico.

4.6.2 Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos, se utilizó el programa Excel de Microsoft Office 2007, en donde se realizaron diferentes gráficos y tablas para las distintas variables a analizar.

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

Previo a la recolección de datos se enviaron cartas a los directores de los centros de salud Belloto Sur y Cienfuegos, con el propósito de obtener autorización para realizar la investigación en ambas instituciones.

Una vez conseguidas las autorizaciones, se comunicó a las enfermeras de cada recinto la finalidad del estudio. Posteriormente se establecieron fechas y horarios para la recolección de datos de la muestra, previa salida a los domicilios.

Para optimizar el tiempo, cuatro de las tesis se encargaron de la recolección de datos en Belloto Sur, y otras dos lo hicieron en el Cienfuegos. La recolección se realizó mediante la aplicación de los instrumentos, previo consentimiento informado de las madres, desde agosto hasta mediados de septiembre del 2010.

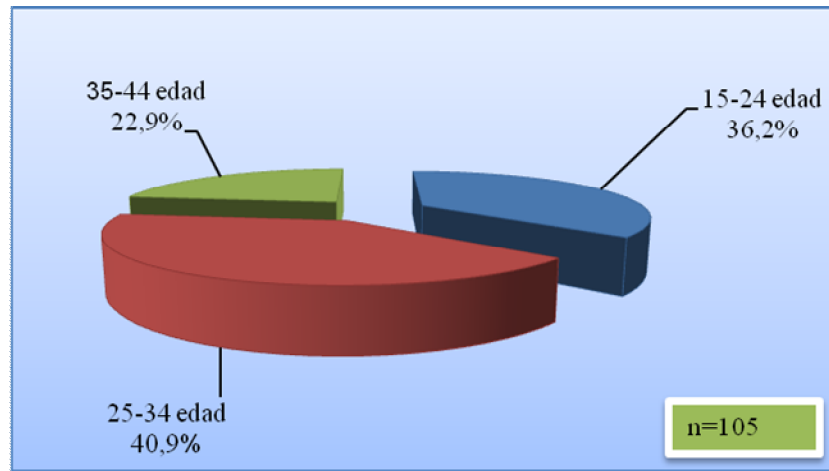
Las visitas domiciliarias se realizaron durante tres días a la semana, miércoles, jueves y viernes o según la disponibilidad de las tesis, en un promedio de 12 horas semanales, con un total de 72 horas de trabajo de campo.

CAPÍTULO 4:
RESULTADOS

5.1 ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA MUESTRA:

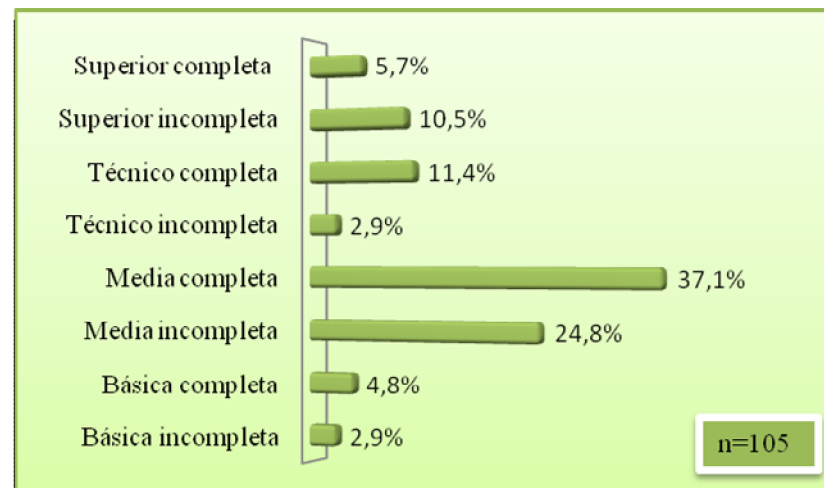
5.1.1 Antecedentes de la madre:

Gráfico N°1: Distribución de las madres según edad



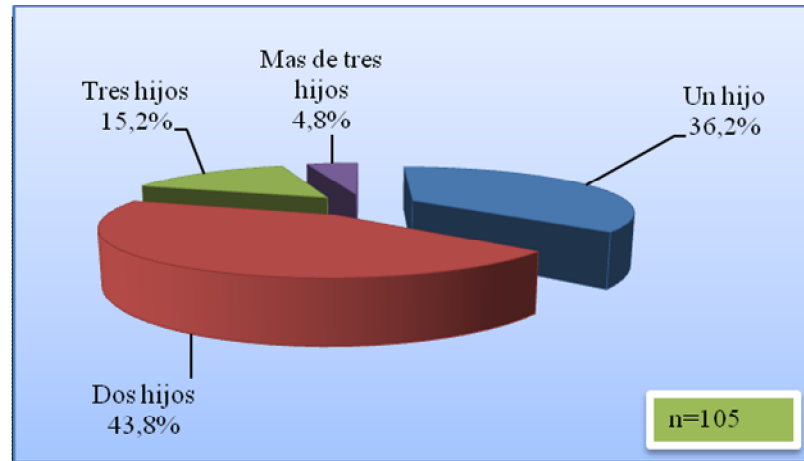
- El 77.1 % de las madres tiene entre 15 y 34 años de edad.

Gráfico N°2: Distribución de las madres según escolaridad



- El 67.6% de las madres poseen enseñanza media completa.

Gráfico N°3: Distribución de las madres según paridad



- El 43,8% de las madres tiene dos hijos. Lo que concuerda con la realidad nacional, donde el promedio de hijos es 1.9 por mujer en Chile según INE 2007.

5.1.2 Antecedentes del lactante

Tabla N°1: Distribución de los lactantes según sexo

Sexo	Cantidad	Porcentaje (%)
Femenino	53	50,5%
Masculino	52	49,5%
Total	105	100%

- El porcentaje respecto a sexo de los lactantes incluidos en este estudio es similar.

Tabla N°2: Distribución de los lactantes según edad al momento de la investigación

Resumen	Edad del lactante
Promedio	11
Desviación estándar	3
Mediana	11
Mínimo	6
Máximo	18

- La edad de los lactantes al momento de la encuesta está en su mayoría contenida entre los 8 y 14 meses de edad, siendo el promedio de 11 meses.

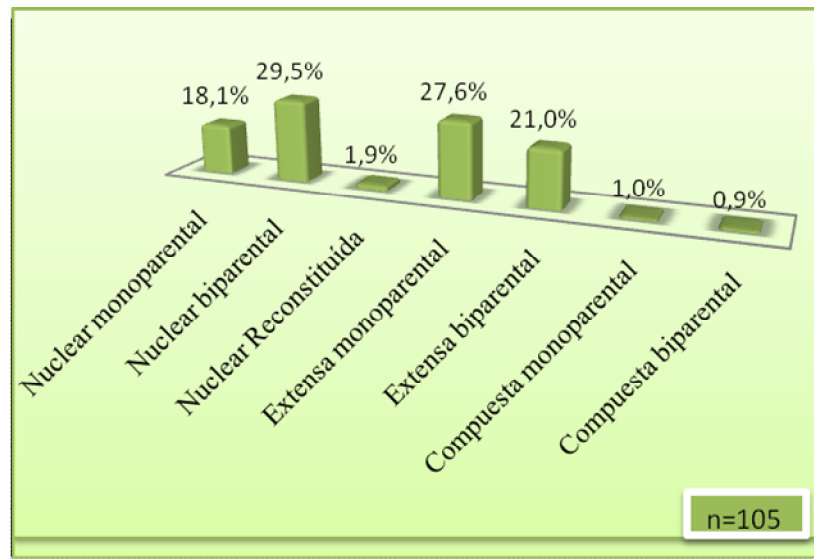
Tabla N°3: Distribución de los lactantes según edad gestacional

Edad gestacional	Cantidad	Porcentaje (%)
Menor a 37 semanas	7	6,7%
37 semanas y mas	98	93,3%
Total	105	100%

- El 93,3% de los lactantes nacieron de término.

5.1.3 Antecedentes de la familia

Gráfico N°4: Distribución de las familias según tipo



- ◆ El tipo de familia predominante es biparental (51.4%), ya sea nuclear o extensa.

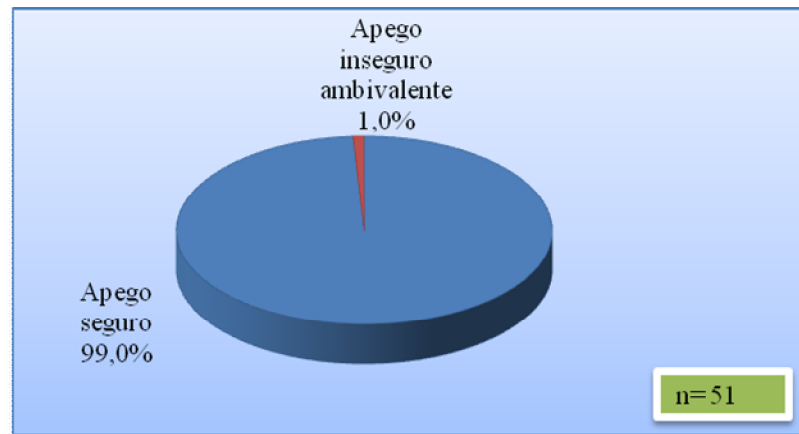
5.2 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla N°4: Distribución de los estilos de apego en los binomios madre – hijo del estudio a los 4 meses de edad del lactante

Estilo de apego	Cantidad	Porcentaje (%)
Apego seguro	104	99,1%
Apego inseguro ambivalente	1	0,9%
Total	105	100%

❖ El 99,1% corresponde a estilo de apego seguro.

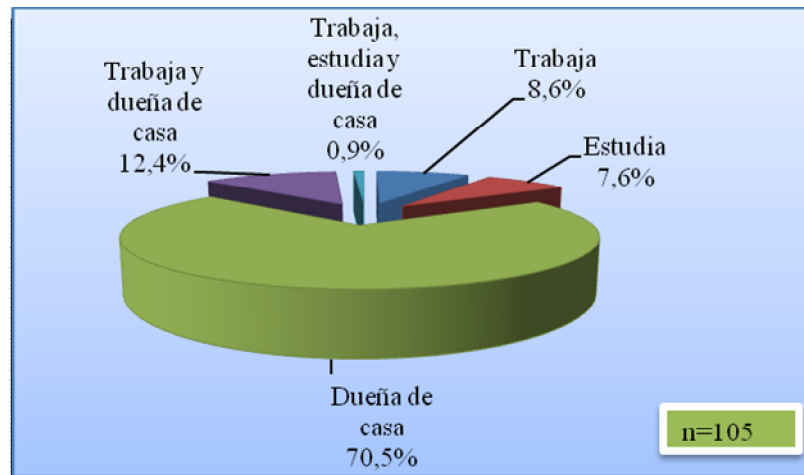
Gráfico N°5: Distribución de los estilos de apego en 51 binomios madre – hijo a los 12 meses de edad del lactante



❖ De los lactantes con la escala Massie Campbell aplicada a los 12 meses el 99,0% presenta estilo de apego seguro.

5.2.1 Características maternas:

Gráfico N°6: Distribución de las madres según actividad actual



- En el total de las madres existe un predominio de dueñas de casa (83.8%); de ellas el 13.3% además trabaja.

Tabla N°5: Distribución de las madres según lugar de trabajo actual

Lugar de trabajo	Cantidad	Porcentaje (%)
Dentro del hogar	2	8,7%
Fuera del hogar	21	91,3%
Total	23	100%

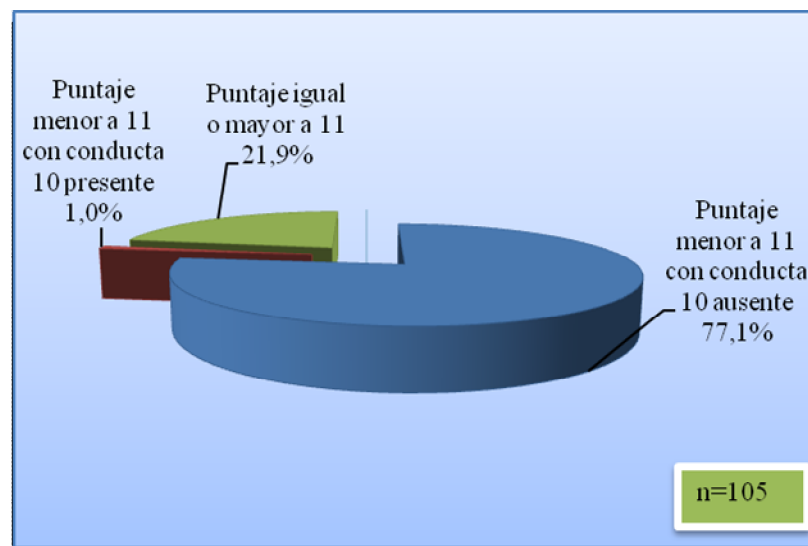
- Del 100% de las madres que trabajan un 91,3% de estas lo hacen fuera del hogar.

Tabla N°6: Número de horas que las madres dedican al cuidado del lactante

Resumen	Horas de cuidado del lactante	
Promedio	20	
Desviación Estándar	5	
Mediana	24	
Mínimo	3	
Máximo	24	n=105

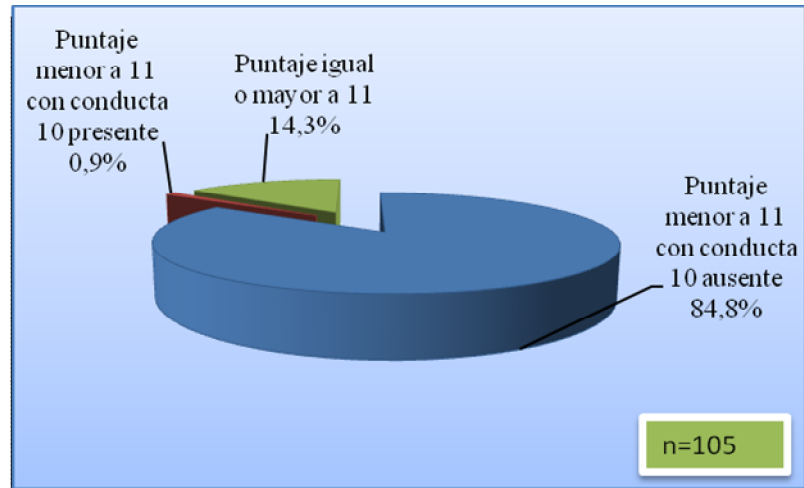
- En el total de las madres, dedican al cuidado del lactante un promedio de 20 horas al día, siendo el mínimo 3 y el máximo 24 horas al día.

Gráfico N°7: Distribución del puntaje de la Escala de Edimburgo a los 2 meses



- El 77,1% de las madres encuestadas no presenta síntomas indicadores de probable depresión postparto a los 2 meses de edad del lactante.

Gráfico N°8: Distribución del puntaje de la Escala Edimburgo a los 6 meses



- A los 6 meses aumenta el promedio de madres que no presentan síntomas indicadores de probable depresión postparto.

Tabla N°7: Distribución de las madres según aceptación de embarazo

Aceptación de embarazo	Cantidad	Porcentaje (%)
Sí	101	96,2%
No	4	3,8%
Total	105	100%

- Casi el total de las madres (96,2%) dice haber aceptado su embarazo.

5.2.2 Características filiales

Tabla N°8: Distribución de la lactancia materna exclusiva según duración

Resumen	Duración lactancia materna exclusiva (meses)	
Promedio	4	
Desviación estándar	2	
Mediana	6	
Mínimo	0	
Máximo	8	n=105

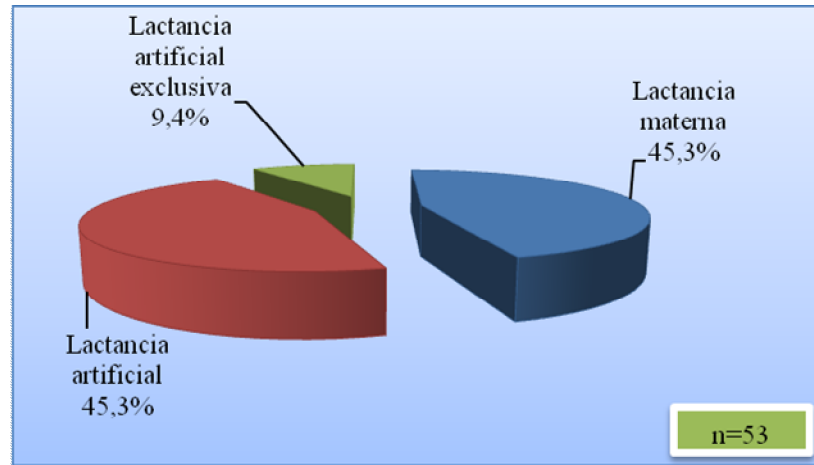
- La LME en el lactante tiene como promedio de duración 4 meses, siendo el mínimo 0 meses y máximo 6 meses.

Tabla N°9: Distribución de los lactantes, según introducción de la lactancia artificial antes de los 6 meses

Introducción de lactancia artificial	Cantidad	Porcentaje (%)
Sí	53	50,5%
No	52	49,5%
Total	105	100%

- Según estos resultados, aproximadamente la mitad de los lactantes (49,5%), se alimentó de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Gráfico N°9: Lactancia predominante antes de los 6 meses de los lactantes



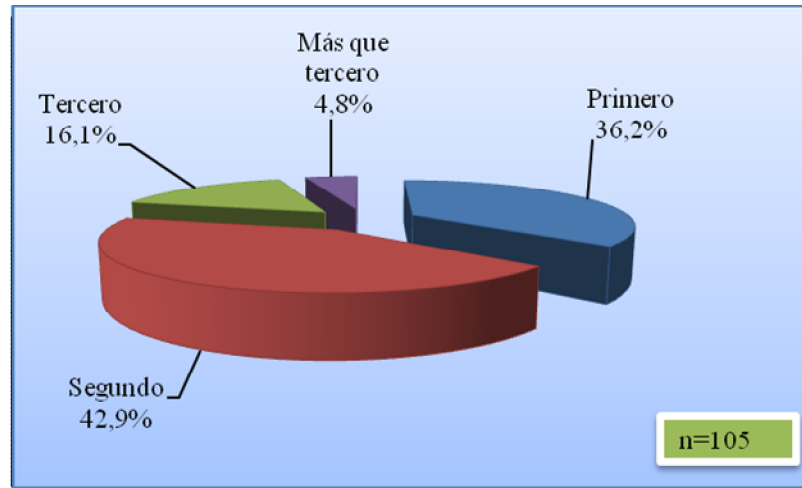
- De las madres que introdujeron lactancia artificial antes de los 6 meses, en el 54.7% predominó la lactancia artificial sobre la materna.

Tabla N°10: Edad de los lactantes al momento de introducción de la lactancia artificial

Resumen	Edad de introducción lactancia artificial	
Promedio	3	
Varianza	1	
Mediana	3	
Mínimo	0	
Máximo	5	n=53

- La edad promedio de introducción de la lactancia artificial fue de 3 meses, siendo la edad mínima de introducción a los 0 meses y la máxima a los 5 meses.

Gráfico N°10: Distribución de los lactantes según orden entre sus hermanos vivos



- El 42,9% de los lactantes corresponde al segundo hijo entre los hermanos vivos.

5.2.3 Características familiares

Tabla N°11: Participación del padre en los cuidados del lactante

Participación del padre	Cantidad	Porcentaje (%)
Si	82	78,1%
No	23	21,9%
Total	105	100%

- El 78,1% de los padres participan en el cuidado de su hijo.

Tabla N°12: Número de horas de participación del padre en los cuidados del lactante

Resumen	Número de horas de participación	
Promedio	5	
Desviación Estándar	4	
Mediana	9	
Mín	1	
Max	20	n=83

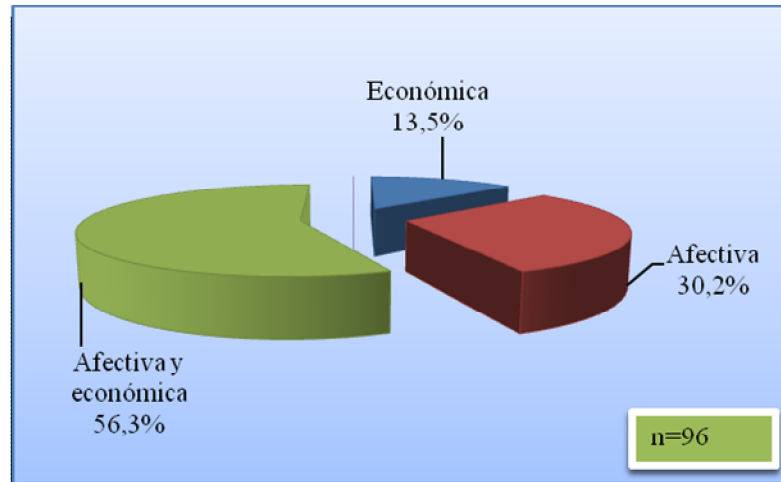
- Los padres que participan en el cuidado de su hijo dedican en promedio 5 horas diarias, con un mínimo de 1 hora y un máximo de 20 horas.

Tabla N°13: Distribución de las familias según presencia de redes de apoyo

Presencia de redes apoyo	Cantidad	Porcentaje (%)
Sí	96	91,4%
No	9	8,6%
Total	105	100%

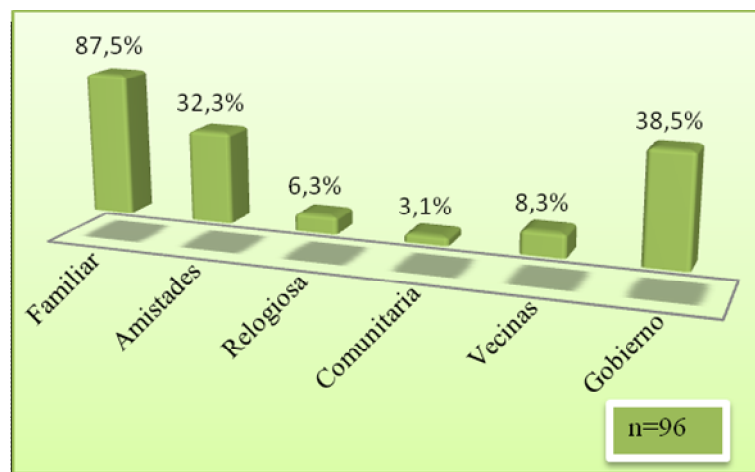
- El 91,4% de las familias poseen algún tipo de redes de apoyo.

Gráfico N°11: Distribución de las familias según tipos de redes de apoyo



- De las madres que poseen redes de apoyo el 56,3% recibe ayuda de tipo afectiva y económica, y el 30% sólo económica.

Gráfico N°12: Distribución de las familias según fuentes de redes de apoyo



- La fuente mayor de red de apoyo es la de tipo familiar (87,5%), seguida por las del gobierno (38,5%) y por amistades (32,3%).

5.3 CRUZAMIENTO DE VARIABLES

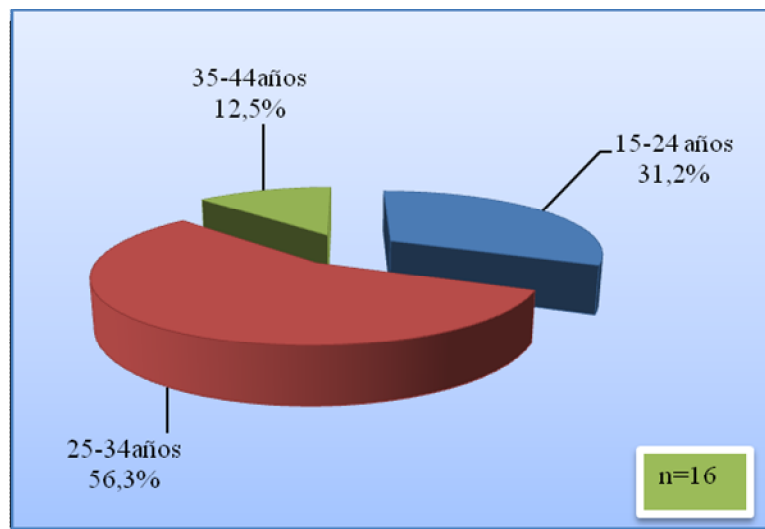
A continuación todos los resultados se referirán a 16 madres del estudio, con excepción de aquellos que señalan específicamente un n diferente.

1-No se realizó cruzamiento entre la variable principal con las variables secundarias, ya que casi la totalidad de los estilos de apego resultaron ser seguros.

2-A continuación se presentan los resultados de las 16 madres que en la Escala de Edimburgo aplicada a los 6 meses mostraron presencia de síntomas indicadores de probable depresión postparto

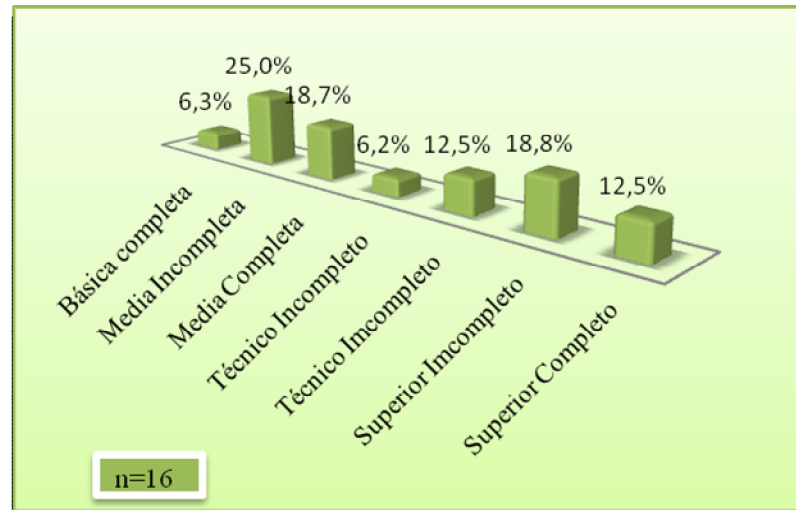
PUNTAJE EN LA ESCALA DE EDIMBURGO SEGÚN OTRAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS, FILIARES Y FAMILIARES

Gráfico N°13: Distribución de las madres según Edimburgo y edad



- La mayor parte de las madres con presencia de síntomas indicadores de probable depresión postparto a los 6 meses se encuentra entre los intervalos de 25-34 años de edad (56,3%).

Gráfico N°14: Distribución de las madres según Edimburgo y escolaridad



- El 68,7% de las madres con presencia de síntomas indicadores de probable depresión postparto a los 6 meses, presentan enseñanza media completa y superior
- Mientras que el 25,0% presenta enseñanza media incompleta.

Tabla N°14: Distribución de las madres según Edimburgo y lactancia artificial

Introducción de la lactancia artificial	Cantidad	Porcentaje (%)
Sí	9	56,2%
No	7	43,8%
Total	16	100%

- Del total de las madres con presencia de síntomas indicadores de probable depresión a los 6 meses, el 56,2% incluyó la lactancia artificial en la alimentación de los lactantes antes de los 6 meses.

Tabla N°15: Distribución de las madres según Edimburgo y lactancia materna

Continuación de la lactancia materna	Cantidad	Porcentaje (%)
Sí	11	68,8%
No	5	31,2%
Total	16	100%

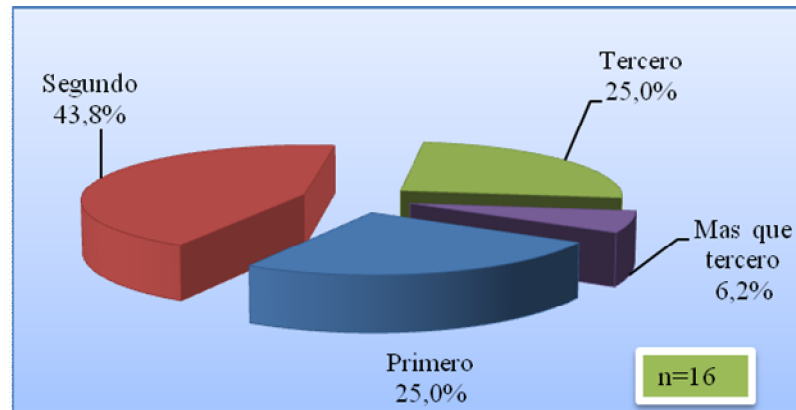
- El 68,8% de los lactantes recibieron lactancia materna después de los 6 meses.

Tabla N°16: Distribución de las madres según Edimburgo y edad gestacional del lactante

Edad gestacional	Cantidad	Porcentaje (%)
Menor a 37 semanas	2	12,5%
Mayor o Igual a 37 semanas	14	87,5%
Total	16	100%

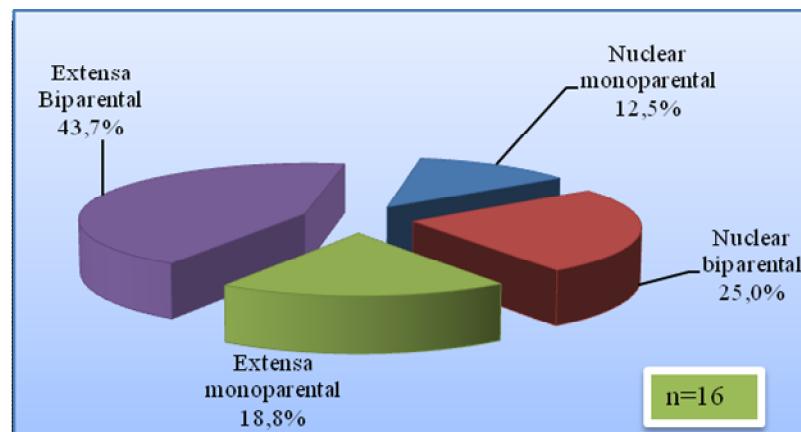
- El 87,5% de los lactantes con madres con presencia de síntomas indicadores de probable depresión postparto a los 6 meses, (son de término).

Gráfico N°15: Distribución de las madres según Edimburgo y orden del lactante entre sus hermanos



- El 43,8% de las madres con presencia de síntomas indicadores de probable depresión postparto a los 6 meses, corresponde a quienes han tenido su segundo hijo.

Gráfico N°16: Distribución de las madres según Edimburgo y tipo de familia



- Del total de las madres con presencia de síntomas indicadores de probable depresión postparto a los 6 meses, el 43,7% pertenece al tipo de familia Extensa Biparental. Mientras que el 12,5% pertenece a familias nucleares monoparentales.

Tabla N°17: Distribución de las madres según Edimburgo y participación del padre

Participación del padre	Cantidad	Porcentaje (%)
Sí	13	81,2%
No	3	18,8%
Total	16	100%

- ◆ El 81,2% de las madres que presentan la escala de Edimburgo alterada a los 6 meses cuenta con la participación del padre del lactante en su cuidado.

CAPÍTULO 5:
DISCUSIÓN- CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación resultan interesantes para conocer las características maternas, filiales y familiares de los 105 binomios madre-hijo que se estudiaron.

Debido a la nula versatilidad de la variable principal, no fue posible efectuar un análisis de tendencia entre los estilos de apego, cruzando éstos con las características maternas, filiales y familiares. Sin embargo estimamos conveniente exponer algunos comentarios acerca de los resultados obtenidos en este estudio sobre los estilos de apego en los binomios.

Respecto al segundo objetivo general de esta investigación puede destacarse lo siguiente:

Características maternas:

El 72,4% de la muestra corresponde a mujeres entre los 20 y 35 años, rango de edad que favorece la capacidad materna desde el punto de vista fisiológico (Dr. Eleazar Santana, 2008), este factor podría generar el desarrollo de un estilo de apego seguro, reflejado en el alto porcentaje de este estilo en la muestra estudiada. Sin embargo, el aspecto psicológico no se ve influenciado por la edad, sino más bien por el nivel de madurez que tenga la madre al momento de aceptar o no el embarazo. De acuerdo a esto, el alto porcentaje de aceptación de embarazo en este estudio (96,2%), podría explicar ambas referencias.

En los últimos años la escolaridad en Chile ha aumentado considerablemente, datos que coinciden con los resultados de esta investigación. Esto podría significar que al presentar un alto nivel de estudios, las madres podrían adquirir mayor conocimiento y capacidad comprensiva respecto a la importancia que el desarrollo de un estilo de apego seguro tiene en la formación y desarrollo de sus hijos.

Características filiales:

Los resultados de la edad gestacional arrojados en esta investigación indican el predominio de lactantes de término, lo que podría constituir un factor beneficioso para el desarrollo del estilo de apego seguro. La cercanía de la madre con su hijo desde los primeros días de nacido estimula

positivamente la formación del vínculo, favorece la lactancia materna exclusiva y disminuye el estrés de la madre frente a la experiencia del nuevo rol a asumir.

Los resultados de este estudio con respecto a la duración de la lactancia materna exclusiva se asemejan a la realidad de nuestro país. Según la teoría, la duración de la lactancia natural influye positivamente en el desarrollo del apego seguro, sea exclusiva o predominante por sobre la artificial. Considerando que los grupos de lactantes alimentados hasta los 6 meses con lactancia materna (exclusiva y predominante) de la muestra estudiada, corresponden al 72% del total, se destaca que podría asociarse a un factor favorecedor del desarrollo del estilo de apego seguro.

El estudio realizado pareciera indicar que pertenecer al segundo hijo o más entre los hermanos vivos, sería un factor que facilita la formación de un estilo de apego seguro, ya que podría ser que la experiencia adquirida de la madre con el primer hijo, le haya ayudado a organizarse mejor y con eso evitar los síntomas de depresión post parto.

Características familiares:

El que las madres con probables síntomas de depresión post parto a los 6 meses, vivan en un mayor porcentaje en familias de tipo extendidas biparentales, podría ser un factor desencadenante de estos síntomas, debido a la falta de autonomía de la pareja y cierta dependencia de la familia de origen. Según el resultado de nuestra investigación, el tipo de familia y los síntomas depresivos de la madre no influirían mayormente en la relación vincular del binomio.

Dentro de las actividades de la madre, podría ser un factor favorecedor el que éstas sean dueñas de casa, puesto que existiría una mayor cercanía y tiempo dedicado al cuidado del lactante, realizando la relación del binomio madre-hijo, al brindarle a éste la satisfacción de las necesidades adecuadas para su cuidado y bienestar, además de presentar una mayor sensibilidad materna (Aizpuru, 1994) y así contribuir con estímulos necesarios, día a día, para la obtención de un apego seguro.

Considerando que las redes de apoyo predominantes en nuestro estudio son de tipo afectiva y económica, podrían favorecer de manera importante el estilo de apego seguro a desarrollar en el

vínculo madre-hijo, debido a la ayuda que pueden proporcionar éstas en la calidad de los cuidados del lactante.

La responsabilidad compartida de los hijos ha ido en aumento en nuestro país, lo que se refleja considerablemente en este estudio. Esto podría generar mejores relaciones familiares, lo cual repercute de manera positiva en la relación vincular del binomio, y que en nuestro estudio se evidencia en el promedio de horas que participa el padre en los cuidados otorgados a su hijo (a).

Madre-hijo:

La distribución en las clasificaciones de apego de los lactantes es totalmente diferente a la encontrada en la muestra original de Mary Ainsworth, cuya proporción en la clasificación fue: 66% seguro, 20% inseguro evitativo y 12% inseguro ambivalente (Buchheim, 2003), en comparación con el 98,1% de apego seguro, 1,9% de apego ambivalente y 0,0% de apego inseguro evitativo de esta investigación. Cabe mencionar, que un estudio realizado por un grupo de psicólogas en Santiago de Chile (Quezada y Santelices, 2009), arrojó resultados similares a los encontrados por Ainsworth. Lo anterior indica que la distribución en los estilos de la muestra de los binomios madre-hijo de nuestra investigación, no está dentro de lo esperado. Ello nos plantea interrogantes y posibles respuestas:

1° La situación de control de salud podría predisponer a las madres a tener una actitud más afectuosa con su hijo(a) frente al profesional enfermero(a), lo que podría alterar la visualización de los aspectos a evaluar en la escala Massie Campbell. La presión que produce este contexto en las madres, podría modificar sus conductas al pensar que se está evaluando su rol como cuidadora.

2° El alto porcentaje de apego seguro encontrado podría ser explicado debido a la familiarización que la población investigada posee respecto a los controles de niño sano. Esto se debe a que los criterios de inclusión de la muestra, requerían que los binomios tuvieran aplicados los instrumentos de apego y depresión postparto, lo que explicaría la regularidad de asistencia a los controles, conllevando a que pudieran recibir más intervenciones que el resto de la población.

3° Los centros de salud donde se realizó el presente estudio corresponden a centros pioneros en la aplicación e intervención sobre temas de apego, lo que se podría entender como un factor que ha favorecido el aumento de positivas cifras.

4° El gran porcentaje de apego seguro podría deberse a las intervenciones tempranas realizadas por el equipo de salud, y especialmente por la profesional Enfermera(o), diseñadas para la promoción de la sensibilidad materna, para cambiar las representaciones parentales, proveer y aumentar el apoyo social y para mejorar la salud mental y bienestar materno.

RECOMENDACIONES

- ❖ De acuerdo a los resultados obtenidos, se sugiere efectuar la aplicación de la Escala de apego Massie-Campbell, realizando un control de niño sano directamente en el hogar de los binomios, contexto en el que la madre puede desenvolverse naturalmente, sin la presión del medio profesional y donde ella domina tanto el ambiente estático y dinámico. No obstante, se comprende la situación de escasez de recursos humanos para lograr este requisito.
- ❖ Fomentar en los hospitales públicos el apego temprano al momento de nacer el recién nacido con especial énfasis en los prematuros, para favorecer el desarrollo del apego seguro.
- ❖ Mejorar la flexibilidad de la edad de aplicación de la escala de apego Massie-Campbell en el caso de inasistencia a los controles de los 4 y 12 meses, ya sea aplicando la escala al control siguiente o por rescate de inasistente. Además de otras escalas a evaluar tanto en el lactante como en la madre.
- ❖ Fomentar las intervenciones tempranas propuestas por el MINSAL, como la realización de talleres educativos, terapias psicoeducativas, y psicoterapias padres-lactante.
- ❖ Luego de encontrar un apego inseguro en la aplicación de la escala Massie-Campbell, se recomienda fomentar las intervenciones pertinentes por la profesional Enfermera(o) y trabajar en conjunto con otros profesionales como psicólogos y matronas aptos para intervenir adecuadamente en el binomio madre-hijo.
- ❖ Incrementar la validación de todas las Enfermeras(os) de los centros de atención primaria de salud a nivel nacional, para la aplicación de la Escala de apego Massie-Campbell e incentivar la revalidación de todas las Enfermeras(os) cada 3 años.

-
- ◆ Considerar la posibilidad de la experiencia interjuz en la capacitación de validación de los profesionales para aplicar la Escala de Massie Campbell.
 - ◆ Incluir en la malla académica de la carrera de Enfermería a nivel nacional, la validación para la aplicación de la Escala de apego Massie-Campbell, previo a la asistencia a internados de atención primaria.
 - ◆ Durante el control del niño sano de los 4 y 12 meses, en los cuales se mide el estilo de apego del binomio, considerar que la antropometría del lactante sea realizada solamente por Enfermera (o) y no por los Técnicos en Enfermería, debido a que es la situación más estresante durante el control y no permitiría evaluar de forma integral las conductas observadas presentes en la Escala Massie-Campbell.
 - ◆ Implementar en los programas computacionales de los distintos Centros de salud, el detalle en el registro del resultado de la aplicación de la Escala Massie-Campbell, más allá del puntaje final, lo que permitirá a los demás profesionales observar la tendencia del estilo de apego en el binomio, para conocer e intervenir en las conductas que se encuentren fuera de lo esperado.
 - ◆ Fomentar no sólo la importancia del apego de la madre con su hijo, sino además de éste con la figura paterna, lo que ayudará a las relaciones intrafamiliares a futuro.

RESUMEN

La siguiente investigación tiene por objeto describir y analizar los distintos estilos de apego madre-hijo y las características maternas, filiales y familiares encontradas en la población a investigar. Para ello se realizó un estudio descriptivo, transversal y exploratorio en el cual se seleccionó una muestra de 105 díadas madre/hijo. Los datos se recolectaron a través de dos instrumentos de elaboración propia; el primero consta de una pauta de análisis de documentos, conformada por 4 secciones donde se registraron los datos generales de la díada y resultados de las Escalas de Apego Massie-Campbell y Edimburgo de Depresión postparto. El segundo instrumento corresponde a un cuestionario aplicado a la madre conformado por preguntas dirigidas a determinar las distintas características de la madre, del lactante y de la familia. Los resultados indican una discordancia entre el porcentaje de apego seguro (98%) en la muestra en relación con la realidad nacional, superando considerablemente la cantidad esperada. De acuerdo a los antecedentes, además señalan posibles características maternas y familiares favorecedoras del desarrollo de este estilo de apego, tales como la edad, escolaridad, actividad desempeñada, redes de apoyo, entre otros, por sobre las características del lactante, que probablemente no tendrían mayor asociación en el estilo de apego a desarrollar.

Palabras clave: estilo de apego, binomio madre-hijo, características maternas, filiales y familiares.

ABSTRACT

The objective of this research is to describe and analyze several kind of mother and child attachment and maternal, child and familiar characteristics founded from a sample of people.

To achieve this we did a descriptive, transversal and exploratory study, in which we selected 105 pairs composed by mother and children. The information has been obtain through two instruments that we made. The firs instrument is a pattern analysis of documents that is composed for 4 sections which contain the general information of each pair and the results of the respective mother and child attachment Massie-Campbell Scale and Edimburgo postpartum depression Scale. The second instrument is a mother's questionnaire to find specifics mother, child and family characteristics. The results showed a mismatch between the mother and child attachment trust percent (98%) in concordance with the national reality, exceeding the expected number. According with this background we can see possible maternal and familiar factors that encourage the development of this type of attachment, such as the age, school level, occupation and support networks. The child characteristics does not have relevance in this type of attachment.

Keywords: type of attachment, mother and children pair, maternal, child and familiar characteristics

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(8) Aburto, M. (2007). Psicotraumatología: El trauma temprano. *Revista electrónica de Psicoterapia I (1)*, p. 99. Extraído el 15 de Julio de 2010 desde http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V1N1/6_M_Aburto_Trauma_Temp_rano_CeIR_V1N1r.pdf

(35) (36) (41) (42) Aguilar, P. y Andina, R. (2009, Agosto). *Relación entre los tipos de apego según Escala de Massie –Campbell y el perfil sociodemográfico de las madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla*. Tesis para optar al grado de Licenciada(o) en Enfermería. Universidad Austral de Chile. Extraído el 23 de Junio de 2010 desde <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fma283r/doc/fma283r.pdf>

(45) Amar y cols. (2009, Julio). Vínculo de apego que establecen padres con hijos nacidos de embarazos múltiples. *Revista Salud Uninorte Vol. 25 N°2*. Extraído el 13 de Abril de 2010 desde http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120-55522009000200006&script=sci_arttext

(33) Anónimo (2010, Diciembre) SERNAM RM: Ya hay fecha para enviar proyecto de postnatal de seis meses al congreso. Entrevistas, Diario PYME. Extraído el día 4 de Diciembre de 2010 desde <http://www.diariopyme.com/2010/12/sernam-rm-ya-hay-fecha-para-enviar-proyecto-de-postnatal-de-seis-meses-al-congreso/>

(58) Armstrong, L. y Bratz, J. (2009). Crecimiento y Desarrollo Biológico del Lactante. Apunte cátedra enfermería niño y adolescente I.

(60) Armstrong, L. y Bratz, J. (2009). Satisfacción de las necesidades básicas del lactante. Apunte de cátedra enfermería niño y adolescente I.

(12) Bowlby, J. (1989). Mecanismos de defensa. *Una base segura* (pp. 47-49). Buenos Aires: Paidós.

(6) (7) Bowlby, J. (1989). Un enfoque etológico. *Una base segura* (pp. 15-18). Buenos Aires: Paidós.

(57) Caballero, E. (2002). Crecimiento y desarrollo del niño. Campos, C. y Casassas, R. *Cuidados del niño sano y enfermo*. (pp.39). Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile

(26) Cardaña, E. y Weiner, L. (2004, Marzo) La evaluación de la disociación. *Revista de Psicotrauma, Vol.III N°1* (p.10). Extraído el 23 de Julio de 2010 desde <http://www.intramed.net/UserFiles/Files/cardenya.pdf>

(27) Carrillo, E. (2006, Febrero). El apego a lo largo del ciclo vital como base desarrollo de la personalidad. *Revista Digital de Educación, N°14* (p. 48). Extraído el 7 de Abril de 2010 desde http://www.ecoem.es/administracion/revista/50e_Mundo_Educativo_14.pdf

(71) (72) Castañón, C. (s.f). Depresión Postparto, que se nos pase. Extraído el 11 de Junio de 2010 desde <http://www.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/articulos/041.html>

(15) (18) Chairez, F. (2003). *Teorías en la Psicología Social*. Informe de Licenciatura en Ciencias en la Comunicación. Universidad Abierta, S.C., Torreón, Coah. Extraído el 5 de Mayo de 2010 desde http://www.bpm.uasd.edu.do/Members/maria_valenzuela/psicologia-social.htm

(59) Departamento de Nutrición y Ciclo vital. División de prevención y control de enfermedades. (2005). *Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años*. Guías de Alimentación hasta la adolescencia. MINSAL (pp. 11-12).

(53) Girón, S. (2008). Apego y discapacidad. *V Jornadas de atención temprana de Andalucía*. Extraído el 13 de Abril de 2010 desde <http://www.atenciontemprana-atai.org/ACTAS/3.1.pdf>

(5) (34) Gobierno de Chile (2009). Ley N° 20.379 Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el subsistema integral a la infancia “Chile Crece Contigo”. Extraída el 16 de Mayo de 2010 desde http://www.unicef.cl/pdf/ley_pdf_convencion/Ley%2020379%20Chile%20Crece%20Contigo.pdf

(32) Gobierno de Chile (2000, Diciembre). *Política Nacional a favor de la infancia y adolescencia 2001 – 2010*. Extraído el 4 de Abril de 2010 desde <http://www.opcion.cl/documentos/biblioteca/Planes/PoliticaNacionaldeInfancia2001-2010.pdf>

(74) Herrera, L. y Lucchini, C. (2002). La alimentación el niño sano. Campos, C. y Casassas, R. *Cuidados del niño sano y del enfermo*. (pp. 66-68). Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile.

(43) Lecannelier, F. (2004-2007). *El legado del apego temprano en la salud mental: hacia la prevención e intervención temprana*. Proyecto FONDECYT. Extraído el 30 de Marzo de 2010 desde <http://www.saval.cl/link.cgi/MundoMedico/Noticias/18338>

(44) Lecannelier, F. (2007). *Manual de Administración Codificación y Guía de Conductas Problemáticas en el Apego*. Unidad de Intervención Temprana de la Facultad de psicología de la Universidad del Desarrollo (p.11). Extraído el 19 de Marzo de 2010 desde http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual_massie_campbell_2007.pdf

(9) (11) (13) Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Revista Internacional de psicoanálisis*, N°008. Extraído el 17 de Agosto de 2010 desde <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000156&a=Las-categorias-organizadas-del-apego-en-el-infante-en-el-nino-y-en-el-adulto-atencion-flexible-versus-inflexible-bajo-estres-relacionado-con-el-apego>

(54) (55) Martínez, C. y Santelices, M.P. (2005, Mayo). Evaluación del Apego en el Adulto: Una revisión. *Revista Psykhe*, Vol. 14, N°1. Extraída el 18 de Abril de 2010 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100014&script=sci_arttext

(24) Mendiola, M. (2004). Teoría del apego y psicoanálisis. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, N°020. Extraído el 3 de Mayo de 2010 desde <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000539&a=-Teoria-del-apego-y-psicoanalisis>

(2) (66) (68) Ministerio de Salud, Chile (2009, Octubre). *Apego Temprano*. Santiago: Universidad de Chile. Extraído el día 15 de Agosto de 2010 desde <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ninonina/ApegoTempranoJornada2.pdf>.

(73) Ministerio de Salud, Chile (2007). *Programa de Salud Mental de la Mujer*. Extraído el 27 de Abril de 2010 desde <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ninonina/saludmentaldelamujer.pdf>

(65) Molina, P. y cols. (2009). *Cambios percibidos en la relación vincular de la pareja por el retorno de uno de sus hijos al hogar. "Puerta Giratoria"*. Extraído el 20 de Mayo de 2010 desde http://www.contextos-revista.com.co/Revista%202/A4_Cambios_percibidos.pdf

(63) Musitu, G. y cols. (2009, Diciembre). Familia y escuela: escenarios de riesgo y protección en la violencia escolar. *Revista electrónica de motivación y emoción REME*, Vol. 12, N°32-33. Extraído el 28 de Mayo de 2010 desde <http://reme.uji.es/articulos/numero32/article2/texto.html>

(3) (37) (38) (39) (49) (52) (61) Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, N°4, (pp. 64, 66-67, 76). Extraído el 12 de Mayo de 2010 desde <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/Apego.pdf>

(70) Perry, B. (1999). Formación de vínculos y el desarrollo de apego en niños maltratados: consecuencias de la negligencia emocional en la niñez. *Childtrauma Academia Serie Educativa*

para cuidadores, Vol. 1, N° 4 (p. 5). Extraído el 12 de Abril de 2010 desde http://childtraumaacademy.org/Documents/Attach_ca_sp.pdf

(48) Pinedo, J. y Santelices M.P. (2006). Apego Adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Revista científica Terapia psicológica, Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Vol.24, N°2* (p.202). Extraída el 24 de Marzo de 2010 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78524210.pdf>

(75) Pinto, F. (2007, Octubre). Apego y Lactancia Natural. *Revista chilena de Pediatría, Vol. 78, N° 1*. Extraído el 2 de Mayo de 2010 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600008

(40) Quezada, V. y Santelices, M.P. (2009, Diciembre). *Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida*, N°1. Extraído el 28 de septiembre de 2010 desde http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:per5MX4uvCsJ:www.revistalatioamericanadepsicologia.com/revistas/documentos/2/1apego4.pdf+apego+Quezada+y+Santelices,+2009&hl=es&gl=cl&pid=bl&srcid=ADGEESjkI3ZJ72mfef1L57HITHLB7x1pdU5hsb5y7BXaWcYQYO_dwz0DOOugJuve62qi0-OcCj9VcOKj2G4qQYmrgbALuDbK7eyuQXd-7tuB_YggE1CGWkXfeY4dMcPym6C87hkSDy7O&sig=AHIEtbQTwuJdiE-A3kfzYe61nPJaSuo8qw

(14) Rojas, J. (2006, junio). La familia, formación del apego y la autoestima. *Investigación Revista para conocer y transforma, vol.10, N°1* . (p. 70). Extraído el 1 de Junio de 2010 desde http://www.investigacionrevistacultca.org/vol10/articulo10_3.html

(1) (4) (16) (17) (19) (20) (21) (22) (25) (28) (29) (30) (31) (47) (50) (51) (62) (64) (67) (69) Sanchis, F. (2008). *Apego, Acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Tesis, Facultad de Psicología, Universidad de Ramon Llull. Extraída el día 28 de Septiembre de

2010 desde http://www.tdr.cesca.es/TESIS_URL/AVAILABLE/TDX-0723108-133810//Primera_parte_MARCO_TEORICO.pdf

(46) SERNAM, Gobierno de Chile (2006, Junio). *Perfil de la familia adoptiva chilena durante los últimos diez años y exploración de mecanismos de selección de postulantes a adopción desde la experiencia de organismos extranjeros* (p.16). Extraído el 29 de Junio de 2010 desde http://www.sename.cl/wsename/otros/Perfil_familia_adoptiva_chilena.pdf

(23) Villanueva, C. y Sanz, L.J. (2009). Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. *Revista Pediatría Atención Primaria, Vol. 11 N° 43*. Extraído el 7 de Mayo de 2010 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000400008&script=sci_arttext

(10) Wiener, J. y Dulcan, M. (2006). El campo de la psiquiatría infantil y adolescente. Antecedentes. *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (p.28). Barcelona: Editorial Elsevier. Extraído el 9 de septiembre de 2010 desde [http://books.google.cl/books?id=1qydXD4onKEC&pg=PA28&lpg=PA28&dq=predadores+\(Bowlby,+1969\)&source=bl&ots=TqN7-sczZ2&sig=MXt1VnoNEgA6Z8E1Xtz_rNwcuYE&hl=es&ei=WAL4TMa3L4K8sAPz_MzkAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CEQQ6AEwCQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.cl/books?id=1qydXD4onKEC&pg=PA28&lpg=PA28&dq=predadores+(Bowlby,+1969)&source=bl&ots=TqN7-sczZ2&sig=MXt1VnoNEgA6Z8E1Xtz_rNwcuYE&hl=es&ei=WAL4TMa3L4K8sAPz_MzkAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CEQQ6AEwCQ#v=onepage&q&f=false)

(56) Wong, Donna. (1995). Influencias del desarrollo en la promoción de la salud infantil. *Enfermería Pediátrica* (pp. 57-61). Madrid: Ediciones Harcourt España, S.A.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

LIBROS

- Moneta, M. (2003). El apego como contribución a la psicología del desarrollo. *Apego, Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo*, (pp. 1-20). Santiago: Cuatro vientos.
- Pineda, E. de Alvarado, E. y de Canales, F. (1994). Manual para el desarrollo de personal de salud. *Metodología de la investigación, 2da edición*, (pp. 39-124). Organización panamericana de la salud.

PÁGINAS WEB

- Consejo ejecutivo. (2002, Diciembre). Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. Organización mundial de la salud. Extraído desde http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1117.pdf
- Díaz, J. Tipo de apego y trastorno de conducta. *Teoría del apego y trastornos de conducta*. Extraído el 1 de Agosto de 2010 desde <http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/tc9.pdf>
- Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress (o escala de apego durante stress ADS). <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/MANUAL%20MASSIE-CAMPBELL-2007%5B1%5D.doc>
- Garrido – Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. *Implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología*. Extraído el 10 de Octubre de 2010 desde <http://www.accessmylibrary.com/article-1G1-155402642/apego-emocion-y-regulacion.html>

-
- Ijzendoorn, 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 el 20 de Octubre de 2010 desde http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/van_IJzendoornESPxp.pdf
 - Korstanje, M. (2007). La Teoría del Apego, sus alcances y limitaciones. *Biblioteca virtual de Derecho, Economía y ciencias Sociales*. Extraído el 11 de Octubre de 2010 desde <http://www.eumed.net/libros/2007c/325/teoria%20del%20apego.htm>
 - Moran, G. (2010). El Apego en la Primera Infancia: Comentarios de Van Ijzendoorn y Grossmann y Grossman. *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. Extraído el 19 de Octubre de 2010 desde <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/MoranESPxp.pdf>
 - Raczynski, D. (2006). Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del Desarrollo de Los Niños. *Asesorías para el Desarrollo. Docente Universidad Católica y Universidad de Chile*. Extraído el 15 de Octubre de 2010 desde http://www.oei.es/inicial/articulos/politica_infancia_temprana_chile.pdf

APUNTES

- Armstrong, L. (2009). Apego madre-hijo. Apunte cátedra Enfermería niño y adolescente I.
- Armstrong, L. y Bratz, J (2009). Desarrollo psicomotor y estimulación temprana. Apunte cátedra Enfermería niño y adolescente I.
- MINSAL. Apego temprano jornada 2 .pdf

ANEXOS

ANEXO N°1: ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: ¿Cuáles son los estilos de apego madre-hijo y las características maternas, filiales o familiares de los lactantes evaluados con la Escala Massie-Campbell en los centros de salud Cienfuegos y Belloto Sur, ubicados en las ciudades de Viña del Mar y Villa Alemana respectivamente, durante el segundo semestre del año 2009 y primer semestre del año 2010?

Le invitamos a colaborar en este estudio, respondiendo a una entrevista que será realizada por alumnas de 4to año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Si usted accede a participar, le pediremos responder a las preguntas de un cuestionario, lo cual le tomará unos 10 minutos de su tiempo, y ello es totalmente voluntario.

La información que usted nos entregue será estrictamente confidencial y anónima; así mismo se utilizará solo para el propósito de esta investigación y no afectará negativamente la atención de su niño(a), ni la suya en el consultorio.

Cualquier duda que usted tenga al respecto, ahora, durante o después de haber contestado, puede preguntarnos; además tiene el derecho de dejar de responder el cuestionario aunque ya lo haya comenzado.

Desde ya agradecemos su colaboración.

Yo,.....

Nombre y Apellidos

He sido informada por.....

Nombre y Apellidos

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, previa información recibida.

Firma Participante

Firma Investigador

Fecha:.....

ANEXO N°2: INSTRUCTIVO DE INSTRUMENTOS

Aspectos Generales:

- ❖ El Instrumento N°1 será aplicado en la institución que participa en el estudio, recolectando datos de la ficha de cada lactante por una tesista, con el permiso previo de la enfermera supervisora y consentimiento informado de la madre.
- ❖ El Instrumento N°2 será aplicado en forma presencial a través de una entrevista realizada por una tesista durante asistencia a control de salud infantil o dos tesistas en visita domiciliaria, según sea el caso.
- ❖ Para evitar cualquier tipo de pérdida, error o confusión, los instrumentos deberán estar enumerados con el número de ficha correspondiente.
- ❖ En el momento de la aplicación del instrumento, cada tesista deberá presentarse con su delantal institucional y piocha de identificación.

Aspectos Específicos:

- ❖ El Instrumento N°1 será aplicado por una tesista en el lugar de investigación de manera individual. El Instrumento N°2 dirigido a la madre del lactante debe ser aplicado por una tesista de manera individual, estableciendo una relación de proximidad y comodidad.
- ❖ En los instrumentos, la tesista marcará con una “X” la(s) alternativa(s) correspondiente (s) a cada ítem, según los datos registrados en los documentos, en el cuestionario y los recolectados a través de la entrevista. Bajo ninguna circunstancia debe usarse lápiz grafito y corrector líquido.
- ❖ En caso de las preguntas abiertas que incluyen los instrumentos, deberá consignarse con letra de imprenta en forma clara, legible y completa.
- ❖ El cuestionario se aplica en forma continua, sin interrupciones, en un tiempo máximo de 10 minutos, en las distintas entrevistas en consultorio y visitas domiciliarias realizadas a las madres de los lactantes que fueron seleccionados en forma aleatoria.

ANEXO N°3:
INSTRUMENTO N°1:
PAUTA ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

Número de Folio: ____

Antecedentes Generales

- Consultorio: _____
- Nombre de la madre: _____
- N° de Ficha: _____
- Domicilio: _____
- Teléfono: _____

A) Datos de la madre

1. Edad actual: _____
2. Escolaridad:
 - Sin estudios
 - Enseñanza Básica incompleta
 - Enseñanza Básica completa
 - Enseñanza Media incompleta
 - Enseñanza Media completa
 - Estudio Técnico incompleto
 - Estudio Técnico completo

-
- Enseñanza Superior incompleta
 - Enseñanza Superior Completa

3. Paridad:

- 1
- 2
- 3
- más de 3

4. Aceptación de embarazo:

- Sí
- No

5. Puntaje Escala de Depresión Edimburgo:

• 2 meses :

- Puntaje menor a 11 con conducta 10 ausente.
- Puntaje menor a 11 con conducta 10 presente.
- Puntaje igual o mayor a 11.

• 6 meses:

- Puntaje menor a 11 con conducta 10 ausente.
- Puntaje menor a 11 con conducta 10 presente.
- Puntaje igual o mayor a 11.

B) Datos del lactante

1. Sexo:

- Femenino
- Masculino

2. Edad actual en meses: _____

3. Edad gestacional:

- <37 semanas
- 37 semanas y más.

C) Resultados de Instrumento de Evaluación de Apego Massie-Campbell:

• 4 meses:

- Apego Seguro
- Apego Inseguro Ambivalente
- Apego Inseguro Evitante

▪ 12 meses:

- Apego Seguro
- Apego Inseguro Ambivalente
- Apego Inseguro Evitante

N° Ficha: _____

ANEXO N°4:

INSTRUMENTO N° 2:

CUESTIONARIO APLICADO A LA MADRE EN CONSULTORIO O DOMICILIO

1. ¿A qué actividad se dedica? (Se puede marcar más de una alternativa)

- Trabaja
- Estudia
- Dueña de casa

2. Si trabaja, ¿dónde lo hace?

- Dentro del hogar
- Fuera del hogar

3. ¿Cuántas horas diarias dedica a esta(s) actividad(es)?

- a) Estudios _____ horas.
- b) Trabajo _____ horas.

4. ¿Cuántas horas diarias dedica al cuidado de su bebé?

_____ horas.

5. ¿Hasta qué edad le dio a su hijo sólo leche de pecho?

_____ meses.

6. ¿Le introdujo lactancia artificial antes de los 6 meses? (Si es NO, pasar a pregunta 9)

- Sí
- No

7. Si la respuesta es Sí ¿A qué edad? _____meses.

8. ¿De cuál le daba más en el día?

- Lactancia materna
- Lactancia artificial

9. ¿Después de los 6 meses le sigue dando lactancia materna?

- Sí
- No

10. Si es NO ¿Hasta qué edad le dio? _____meses.

11. ¿Qué lugar ocupa su bebé dentro de los hermanos vivos?

- 1°
- 2°
- 3°
- >3°

12. ¿Con qué personas vive su hijo(a) en su hogar?

- Familia Nuclear Monoparental
- Familia Nuclear Biparental
- Familia Nuclear Reconstituida
- Familia Extensa Monoparental
- Familia Extensa Biparental
- Familia Compuesta Monoparental
- Familia Compuesta Biparental

13. ¿El padre participa en los cuidados del bebé?

- Sí
- No

14. Si la respuesta es Sí, ¿Cuántas horas al día como promedio?

_____ horas.

15. ¿Recibe algún tipo de ayuda?

- Sí
- No

16. Si la respuesta es Sí. ¿Qué tipo de ayuda? (Se puede marcar más de una alternativa)

- Económica
- Afectiva

17. Si recibe ayuda. ¿Quién o quienes se la otorgan? (Especificar tipo de ayuda)

Grupos u organizaciones:

- Familia
- Amistades
- Religiosas
- Comunitarias
- Vecinas(os)
- Gobierno