

Estilos de apego en la relación madre-hijo (a) según características familiares y personales del lactante

Seminario de tesis para optar al grado de
Licenciada (o) en Enfermería

Autores: Jerbanna Alvear Carvajal.

Andrea Morales Lira.

Nicolle Ponce Parraguez.

Cristhian Quiroga Gálvez.

Pilar Rojas Céspedes.

Gieraldinne Tobar Gutiérrez.

Daniela Vásquez Gajardo.

Docentes guía: Lucy Armstrong B.

Josephine Bratz.

Valparaíso, Chile 2012

Agradecimientos

En el transcurso de convertirse en profesionales de la salud hemos experimentado distintas situaciones y atravesado diversas barreras que nos han llevado a crecer en el ámbito profesional y personal, lo que sin duda no hubiese sido posible sin el apoyo y la fortaleza brindada de quienes nos han acompañado en este proceso.

Especialmente agradecemos a nuestras familias, apoyo fundamental que nos entrega sostén y afecto manteniéndonos de pie en cada etapa de la vida.

Nuestros agradecimientos van dirigidos también a nuestras docentes guías, quienes fueron de gran relevancia en el desarrollo de nuestro proceso formativo a través del trabajo de nuestra tesis.

Finalmente agradecemos a la corporación municipal de Valparaíso, específicamente a los CESFAM Barón, CESFAM Marcelo Mena y CESFAM Placeres, instituciones que nos abrieron sus puertas para llevar a cabo este estudio, así como también a las madres que voluntariamente accedieron a participar en este proceso investigativo.

ÍNDICE DE MATERIAS

CONTENIDO	PÁGINA
AGRADECIMIENTOS	II
INDICE DE MATERIAS	III
INDICE DE GRÁFICOS	V
INDICE DE TABLAS	VII
INDICE DE ANEXOS	VIII
<u>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.</u>	1
▪ Introducción.	2
▪ Delimitación del problema.	4
▪ Definición de términos.	4
▪ Limitaciones de la investigación.	5
▪ Objetivos generales y específicos.	5
<u>CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL.</u>	7
I. Fundamentos.	8
II. Teorías del apego.	11
III. Características familiares y personales del lactante que influyen en el desarrollo del apego.	18
IV. Influencia del apego en el desarrollo del niño (a).	25
<u>CAPÍTULO III: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.</u>	29
<u>CAPÍTULO IV: MATERIAL Y MÉTODOS.</u>	43
▪ Tipo de diseño de la investigación.	44

▪ Organización del trabajo en grupo.	44
▪ Población en estudio.	45
▪ Criterios de inclusión de la población.	45
▪ Método de recolección de datos (criterio de elección).	45
▪ Descripción de los instrumentos.	46
▪ Estudio de confiabilidad de instrumentos.	47
▪ Procesamiento de datos.	48
○ Vaciamiento de datos.	
○ Análisis de datos.	
▪ Plan de recolección de datos y organización del trabajo en terreno.	48
<u>CAPÍTULO V: RESULTADOS.</u>	50
▪ Descripción de los resultados.	51
▪ Cruzamiento de variables.	71
<u>CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES.</u>	83
▪ Conclusión y discusión.	84
▪ Recomendaciones.	89
▪ Resumen de la investigación.	91
▪ Abstract.	92
<u>CAPÍTULO VII: PÁGINAS COMPLEMENTARIAS.</u>	93
▪ Lista de referencias bibliográficas.	94
▪ Anexos.	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁGINA
Gráfico N° 1: Distribución de los estilos de apego.	51
Gráfico N° 2: Distribución de las madres, según nivel de escolaridad.	56
Gráfico N° 3: Distribución de las madres, según número de hijos.	57
Gráfico N° 4: Distribución de las madres, según resultado de Escala de Edimburgo.	58
Gráfico N° 5: Distribución de las madres, según tipo de actividad laboral.	59
Gráfico N° 6: Distribución de la población en estudio, según tipo de familia.	60
Gráfico N° 7: Distribución de las madres, según redes de apoyo referidas.	61
Gráfico N° 8: Distribución de las madres, según tipo de relación con el padre del lactante.	62
Gráfico N° 9: Distribución de la población, según tipo de parto.	63
Gráfico N° 10: Distribución de los lactantes, según estado nutricional.	64
Gráfico N° 11: Distribución de la población, según presencia de lactancia materna.	65
Gráfico N° 12: Distribución de los lactantes, que se alimentan con lactancia materna según tipo.	66
Gráfico N° 13: Distribución de los lactantes, según frecuencia de asistencia a los controles de salud.	67
Gráfico N° 14: Distribución de los lactantes, según hospitalizaciones previas.	68
Gráfico N° 15: Distribución de los lactantes, según asistencia a sala cuna.	69
Gráfico N° 16: Distribución de la población, según los resultados de Escala Massie Campbell a los 4 meses.	70
Gráfico N° 17: Distribución de los estilos de apego, según edad de la madre.	71
Gráfico N° 18: Distribución de los estilos de apego, según número de hijos.	72
Gráfico N° 19: Distribución de los estilos de apego, según resultado de Escala de Edimburgo.	73

Gráfico N° 20: Distribución de los estilos de apego, según tipo de actividad laboral de la madre.	74
Gráfico N° 21: Distribución de los estilos de apego, según tipo de familia.	75
Gráfico N° 22: Distribución de los estilos de apego en madres que refieren recibir apoyo afectivo.	76
Gráfico N° 23: Distribución de los estilos de apego, según apoyo del padre.	77
Gráfico N° 24: Distribución de los estilos de apego, según tipo de parto.	78
Gráfico N° 25: Distribución de los estilos de apego, según estado nutricional del lactante.	79
Gráfico N° 26: Distribución de los estilos de apego, según tipo de lactancia materna.	80
Gráfico N° 27: Distribución de los estilos de apego según resultado de EEDP.	81
Gráfico N° 28: Distribución de los estilos de apego obtenidos a los 4 y 6 meses, según resultado de Massie-Campbell.	82

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁGINA
Tabla N° 1: Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego seguro hacia sus madres.	52
Tabla N° 2: Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego seguro hacia sus lactantes.	53
Tabla N°3: Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego inseguro- evitante hacia sus madres.	54
Tabla N°4: Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego inseguro-evitante hacia sus lactantes.	55

ÍNDICE DE ANEXOS

CONTENIDO	PÁGINA
Anexo N°1: Instructivos para la aplicación de los instrumentos.	98
Anexo N°2: Cuestionario.	100
Anexo N°3: Escala de Massie-Campbell.	104
Anexo N°4: Consentimiento informado para madres.	106
Anexo N°5: Ficha de consentimiento informado para madres.	108
Anexo N°6: Asentimiento informado para madres adolescentes menores de 18 años.	109
Anexo N°7: Ficha de asentimiento informado para madres adolescentes.	111
Anexo N°8: Consentimiento informado de visita domiciliaria.	112
Anexo N°9: Tablas.	113
Anexo N°10: Flujograma de atención para apegos inseguros detectados en la comunidad bajo control del CESFAM Marcelo Mena.	116
Anexo N°11: Flujograma de atención para apegos inseguros detectados en la comunidad bajo control del CESFAM Barón.	117
Anexo N°12: Flujograma de atención para apegos inseguros detectados en la comunidad bajo control del CESFAM Placeres.	118
Anexo N°13: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.	119

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Introducción

A través de los años se han desarrollado diversos estudios relacionados con el vínculo madre-hijo(a), de los que se ha podido concluir la gran relevancia de estas relaciones, y los efectos que tiene para el desarrollo integral del niño, destacando la influencia del vínculo en diversos ámbitos y áreas que el lactante ha de desarrollar, como la personalidad y sus relaciones interpersonales (Freud, 1996; Bourdeau 1998), además del desarrollo intelectual y psicomotor (Lafuente, 2000). Es fundamental por lo tanto, conocer cuáles son los factores que participan en el establecimiento de los estilos de apego, e investigar aquellos que se asocian a la formación de un estilo de apego seguro o inseguro, esto debido a planteamientos que consideran que ciertas características personales o familiares del lactante, como por ejemplo el nivel bajo de escolaridad materna, podrían ser determinantes en la formación o no de apegos seguros en la relación (Aguilar, 2009).

Son los resultados obtenidos en las diversas investigaciones desarrolladas a nivel tanto mundial como nacional las que han dado pie a la materialización de propuestas, estrategias y programas transversales a las diversas áreas gubernamentales de nuestro país, siendo el principal exponente de estos avances el Programa Chile Crece Contigo, desarrollado para la protección integral del niño durante la infancia, abarcando estrategias para acompañar, proteger y apoyar a éste y su familia.

Al realizar una revisión bibliográfica de las investigaciones realizadas sobre los estilos de apego, se aprecia cierta discordancia en los resultados que se exponen en la literatura nacional y en la internacional. Cabe destacar dos estudios nacionales, el de Aguilar y Andía (2009), realizado en la comuna de Niebla, Valdivia, que dio como resultado un porcentaje de estilos de apego inseguro de un 12%, mientras que el estudio de Quezada y Santelices (2009), realizado en Santiago, arrojó una mayor presencia de estilos de apego inseguro correspondientes al 30,6%, resultado similar al estudio internacional de Mary Ainsworth (1967) que describe un 32% de este estilo de apego. Es por ello que hemos decidido indagar e involucrarnos en este tema, siendo una instancia para conocer la distribución de los estilos de apego en nuestra comuna y las

características que los rodean, tarea que adquiere relevancia al ser una herramienta de valoración que permitirá plasmar nuestra realidad a nivel local. Además nos involucraremos en el rol del profesional de enfermería, quien adquiere gran protagonismo en la promoción de estilos de apegos seguros, debido a su rol activo en los controles de salud infantil, motivo por el cual debe estar debidamente capacitado para la aplicación de la Escala de Massie-Campbell, instrumento utilizado en nuestro país para la detección de los estilos de apego desarrollados.

El presente estudio elaborado para conocer los estilos de apego en una población determinada, se realizó en la comuna de Valparaíso, durante Diciembre del año 2011, a 40 madres con sus hijos pertenecientes a los consultorios Barón, Marcelo Mena y Placeres, los que forman parte de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL). El lugar físico donde se aplicaron los instrumentos sucede en el hogar de las personas en estudio, mediante la realización de visitas domiciliarias, además de la recolección de información a través de las fichas de salud de las familias, y de la base de datos informática.

Delimitación del problema:

¿Cuáles son los estilos de apego en la relación madre-hijo(a), según características familiares y personales de los lactantes controlados en los Centro de Salud familiar Barón, Marcelo Mena y Placeres, pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, durante Diciembre del 2011?

Definición de términos:

1. Estilos de apego: Tipo de relación afectiva, donde existe búsqueda de seguridad por parte del niño hacia su madre. Éste se determina a través de la aplicación de la escala de Massie-Campbell.

1.1. Apego seguro: Estilo de apego que al ser evaluado a través de la Escala Massie-Campbell, presenta predominio en los puntajes 3 y 4.

1.2. Apego inseguro: Estilo de apego donde se ven afectadas las conductas vinculadas con la búsqueda de seguridad por parte del lactante. Se pueden distinguir dos sub- categorías:

a) **Apego Inseguro - evitante:** Estilo de apego que al ser evaluado a través de la Escala Massie- Campbell, presenta predominio en los puntajes 1 y 2.

b) **Apego Inseguro - ambivalente:** Estilo de apego que al ser evaluados a través de la Escala Massie- Campbell, presenta predominio en el puntaje 5.

2. Relación madre-hijo: Vínculo que se establece entre la madre biológica y el lactante.

3. Lactante: Todos los menores nacidos en el mes de Junio del año 2011, controlados en los CESFAM Barón, Marcelo Mena y Placeres, pertenecientes a la CORMUVAL.

Limitaciones de la investigación

1. Ausencia de datos del lactante y la madre en los documentos pertinentes, lo que dificulta la recolección de información y el establecimiento del contacto con las madres del estudio.
2. Dificultad para reunir al grupo de trabajo debido a la incompatibilidad de horarios entre los integrantes de la investigación.

Objetivo general

Determinar los estilos de apego en la relación madre-hijo(a) según características familiares y personales de los lactantes controlados en los CESFAM Barón, Marcelo Mena y Placeres, pertenecientes a la CORMUVAL, durante Diciembre del 2011.

Objetivos específicos

1. Identificar los estilos de apego en la población en estudio.
2. Identificar las conductas de apego de los lactantes hacia sus madres en la población en estudio.
3. Identificar las conductas de apego de las madres hacia sus hijos en la población en estudio.
4. Identificar características familiares del lactante:
 - Edad de la madre.
 - Escolaridad de la madre.
 - Número de hijos.
 - Resultado Escala de Edimburgo a los 2 meses del lactante.
 - Actividad laboral de la madre.
 - Tipo de familia.
 - Redes de apoyo.
 - Tipo de relación entre los padres.
 - Apoyo del padre.
 - El padre comparte con su hijo.

5. Identificar características personales del lactante:

- Género.
- Edad.
- Tipo de parto.
- Estado nutricional.
- Lactancia materna.
- Asistencia a controles de salud infantil.
- Hospitalizaciones previas.
- Asistencia a sala cuna.
- Resultado EEDP.
- Estilo de apego a los 4 meses.

CAPÍTULO II:

MARCO CONCEPTUAL

I.- FUNDAMENTOS

El apego establecido entre un lactante y su figura vincular es fundamental para el desarrollo cognitivo, psicomotor y psicosocial del niño, por lo tanto es de gran importancia investigar las distribuciones y frecuencias de estilos de apego presentes en distintas poblaciones, lo que permite la planificación de intervenciones en salud con el objetivo de promover estilos de apego seguro. Es por esto, que tanto a nivel internacional como nacional, se han realizado diversos estudios que buscan conocer la distribución de los estilos de apego madre-hijo.

En Estados Unidos, Egeland y Forber (1984), realizaron un estudio longitudinal en madres con lactantes de 12 a 18 meses de distintos niveles socioeconómicos. Los resultados de esta investigación, se ven reflejados en las siguientes cifras:

- Nivel socioeconómico alto: 20% estilo de apego inseguro evitante, 10% estilo de apego inseguro ambivalente y 70% estilo de apego seguro.
- Nivel socioeconómico medio: 20% estilo de apego inseguro evitante, 15% estilo de apego inseguro ambivalente y 65% estilo de apego seguro.
- Nivel socioeconómico bajo: 22% estilo de apego inseguro evitante, 23% estilo de apego inseguro ambivalente y 55% estilo de apego seguro.

Los autores encontraron una relación directamente proporcional entre la presencia de estilos de apego inseguro y condiciones de inestabilidad familiar, madres solteras o muy jóvenes.

Por otro lado, Van Ijzendoorn y Kroonenberg (1988), realizaron un estudio que consistió en observar cerca de dos mil situaciones extrañas en ocho países distintos. Uno de éstos era Japón, con una muestra correspondiente a 118 lactantes, en el cual evidenciaron 0% de estilos de apego inseguro evitante, 32% de estilos de apego inseguro ambivalente y un 68% de estilos de apego seguro. A partir de esto, los autores plantearon que los resultados obtenidos estarían influenciados por los modelos de crianza propios de la cultura nipona, por lo que el aspecto sociocultural sería un factor importante en la formación del estilo de apego madre-hijo.

A nivel nacional, existen diversos estudios que abordan el apego como un elemento clave para el desarrollo posterior del lactante. El estudio *“Apego y Psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida”* (Quezada y Santelices, 2009) realizado en Santiago a 72 lactantes, arrojó un 25% estilos de apego inseguro evitante, un 5,6% de estilos de apego inseguro ambivalente y un 69,4% de estilos de apego seguro en los lactantes. Por otra parte, el estudio *“Relación entre los estilos de apego, según escala de Massie-Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres”* (Aguilar y Andía, 2009), realizado en Valdivia a 33 lactantes de 4 y 12 meses, obtuvo un 100% de estilos de apego seguro, mientras que en las madres se obtuvo un 0% de estilos de apego inseguro evitante, 12% de estilos de apego ambivalente y 88% de estilos de apego seguro. Así mismo, el estudio *“Apego, temperamento, mentalización y autorregulación: Un estudio longitudinal de los 12 a los 36 meses”* (Lecannelier, 2006), evaluó a 140 relaciones madre-hijo (a), revelando un 13,85% de estilos de apego inseguro evitante, 13,08% de estilos de apego inseguro ambivalente y un 73,08% de estilos de apego seguro. El mismo año, Lecannelier realizó el estudio *“Apego e institucionalización: Un estudio empírico”*, en el que se evaluó a través de la situación extraña a 76 lactantes entre 3 y 7 meses institucionalizados. Los resultados indicaron que un 42,3% correspondía a estilos de apego inseguro evitante, un 1,3% a estilos de apego inseguro ambivalente, un 2,6% a estilos de apego desorganizado y un 37,2% a estilos de apego seguro.

Gracias a todas las investigaciones realizadas en el ámbito del apego, actualmente la promoción de estilos de apego seguro de forma temprana constituye uno de los principales pilares para el logro de un desarrollo integral del lactante. Esto se ve reflejado en las leyes y normas nacionales existentes, que aseguran la oportunidad y el apoyo a la madre para criar y estimular a su hijo adecuadamente, como se evidencia por ejemplo con la unión de Chile en el año 1990 a la convención de los Derechos de los niños y niñas de las Naciones Unidas, dando paso en el año 2000 a la creación de la *“Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010”*.

En Octubre del año 2006, se anuncia la creación del *“Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo”*, dirigido a todos los niños y niñas del país, con el fin de

acompañarlos y apoyar a los padres en el desarrollo integral de sus hijos, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar. En Septiembre del año 2009, se aprueba la ley 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el programa Chile Crece Contigo, transformándose así en una política pública. En el marco de este programa, se establecen actividades dentro de los controles de salud infantil a cargo de profesionales de enfermería capacitados y validados por el Ministerio de Salud, quienes son responsables de identificar e intervenir en los factores de riesgo pesquisados y, al mismo tiempo, promover factores protectores del desarrollo integral de los niños/as, entre los cuales el apego constituye uno de los componentes principales. Es por esto que se implementa la Escala Massie-Campbell, instrumento de observación creado en 1978, que se aplica a los 4 y 12 meses de edad del lactante, con el objetivo de pesquisar precozmente los estilos de apego, fomentar los estilos de apego seguro e intervenir en los estilos de apego inseguro. Cabe señalar que esta escala posee estándares básicos de validez y confiabilidad, y está diseñada para ser aplicada en situaciones de estrés moderado y en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y de alto riesgo (Sotello, Kotliarenco, Lecannelier, 2007). La escala posee dos pautas de observación, una para la conducta de la madre (o cuidador principal) y la otra para la conducta del lactante. Los indicadores de calidad del vínculo entre la madre y el niño son: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad (Lecannelier y Acevedo, 2007). En cada uno de ellos se asigna un puntaje de 1 a 5 determinando el estilo de apego, según las tendencias de las conductas observadas.

El rol y quehacer del profesional enfermero en la promoción de estilos de apego seguro, se fundamenta en teorías propias de la disciplina y en bases ético-legales que establecen las responsabilidades del este profesional en la salud del niño y su familia en nuestro país.

En relación a las teoristas de enfermería que han realizado investigaciones sobre las relaciones entre los padres y sus hijos, se destaca Kathryn Barcard, quien señala e insta a otros profesionales de enfermería a dirigir su atención y esfuerzo a esta “área crítica del funcionamiento humano”, deseando que “la ciencia enfermera traiga consigo nuevos consejos a esta dimensión del funcionamiento humano: la formación de relaciones de compasión y de cuidado con el otro” (Marrinner, 2003, pp.491).

En el ámbito legal, es el código sanitario, en su artículo 113, quien le entrega al profesional enfermero la responsabilidad de fomentar y velar por el cuidado de las personas, respecto a su salud.

Con todo este sustento teórico y legal, la (el) enfermera (o) ejerce su profesión de forma comprometida, considerando la importancia que tiene el estilo de apego que desarrollen la madre y su hijo sobre la salud del niño/a, y los efectos a nivel familiar. Por lo tanto, como principal figura encargada de realizar los controles de salud infantil en la atención abierta, y ser uno de los miembros del equipo de salud a cargo de llevar a cabo la estrategia del Hospital Amigo en la atención cerrada (Minsal, 2007), este profesional es responsable en gran medida de la pesquisa, refuerzo e intervenciones de los estilos de apego que se identifiquen en la distintas relaciones madre-hijo.

II.- TEORÍAS DEL APEGO.

Las teorías del apego se originan a partir de estudios sobre las relaciones afectivas entre los seres humanos. A continuación se mencionan los dos principales teoristas que han desarrollado aspectos fundamentales del vínculo de apego y otros investigadores que avalan ambas teorías.

1. John Bowlby (1907-1991).

John Bowlby, psicoanalista inglés, realizó numerosas investigaciones relacionadas con los vínculos que se forman entre una madre y su hijo. En sus observaciones destaca las consecuencias que tienen las interrupciones de dichas relaciones en el desarrollo del niño. En 1948, estudió a niños institucionalizados, quienes sufrieron episodios de maltrato infantil, y niños hospitalizados con comportamientos perturbados. Los resultados obtenidos de estos estudios, le permitieron determinar la importancia de las relaciones consistentes y continuas con el niño, y su importancia para el desarrollo emocional de éste. Así mismo estableció que la ausencia de esta

relación provocaría en los niños una alteración o pérdida de la búsqueda de estabilidad y seguridad.

En la actualidad, aún destacan las conclusiones obtenidas por Bowlby, las que consideran que la relación de cuidado continuo y cariñoso por parte del cuidador principal hacia el lactante, es un factor fundamental en la formación del vínculo. Es así como Sotello (2007), señala que el apego no se desarrolla en determinadas acciones aisladas, sino más bien a través de la entrega de un cuidado estable, continuo y sensible a lo largo de los años, lo que determina la formación de un apego sano.

A lo largo de su trabajo investigativo Bowlby presentó la teoría del apego en su trilogía “Apego” (1969), “Separación” (1973) y “Pérdida” (1980). Los principios fundamentales de ésta, son descritos en “*El apego: Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo*” (Moneta, 2003), los que se mencionan a continuación:

- a) El apego se considera como un sistema innato e instintivo de la especie humana, así como también de otras especies animales, lo que permite que bajo condiciones de estrés se activen las conductas de apego en torno a la figura vincular.
- b) El niño construye representaciones entorno a sí mismo y a la figura vincular, reflejando la confianza que desarrolla en él, como alguien aceptable, merecedor de cuidados y de protección. Estos modelos se generan en base a la accesibilidad de la figura vincular. Cuando el niño crece comprende la disponibilidad del cuidador, logrando tolerar mejor la separación.
- c) El apego considera conductas que permiten mantener la proximidad y el contacto con la figura de apego, protestar frente a la separación de su cuidador y mantener a la figura vincular como base segura para la exploración. Cuando estas conductas fracasan en reiteradas ocasiones el niño forzosamente desarrolla nuevas estrategias defensivas que excluyen a su cuidador.

En el año 1968, el psicoanalista, define la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido”. Bowlby (1998), complementa la definición señalando que es “un tipo

de conducta social, que se comienza a desencadenar cuando se activa un sistema de conductas, las que se desarrollan en el bebé como resultado de la interacción con el ambiente de adaptación, y en especial con la figura primordial que visualiza en este entorno, es decir la madre.”

Otro aspecto señalado en los postulados de Bowlby, tiene relación con las representaciones de la madre como figura vincular, las cuales se refieren al perfil que crea el niño de su madre, y que serviría como base segura para la exploración (Moneta, 2003). Respecto a esto, Bowlby (1980) señala que las representaciones maternas, se encuentran dentro del sistema motivacional que permiten la realización de las conductas de apego que posee cada niño, el que estaría determinado por la genética. Estas representaciones comienzan desde el desarrollo del niño en el útero, donde es capaz de distinguir la voz materna. Ya fuera del útero, el niño forma esquemas emocionales con las personas que para él son significativas para luego almacenarlos en su memoria (Moneta, 2003). Según Stern (1991), el niño almacena en su cerebro las experiencias tempranas que tuvo con su madre y las representaciones que tiene de ésta, lo cual le permite reconocerla y tener una motivación para vincularse con ella.

En relación a las etapas de formación del vínculo de apego, Bowlby (1980) postula que el desarrollo del apego tiene lugar en cuatro fases:

- **Fase de preapego** (antes de los 2 meses): Existen señales internas que el lactante realiza para establecer contacto con los demás, como por ejemplo: llorar y sonreír. Así cuando el cuidador responde, el niño refuerza la permanencia de estas señales. Éstos pueden reconocer a su madre por el olor y la voz, pero no se aferran a ella.
- **Fase de formación del apego** (2 a 7 meses): El niño comienza a diferenciar al cuidador principal, lo que se evidencia por la mayor libertad que adquieren sus conductas, como las sonrisas y balbuceos en los momentos en que se encuentra con su cuidador y cuando éste lo carga. Empieza a comprender que sus conductas influyen en cómo actuarán los demás, es así como desarrolla expectativas de su cuidador. A pesar de esto, no se observa una protesta evidente del niño frente a la separación.

- **Fase de apego** (a partir de los 7 meses): El lactante presenta ansiedad y protesta ante la separación. Comienza a representar a su figura de apego como figura total, sin embargo es posible que puedan existir figuras secundarias (Díaz, s.f.).
- **Pertenencia ajustada:** El niño comprende mejor las separaciones con su cuidador, por lo tanto la protesta disminuye, y ambos comienzan a tranzar situaciones, siendo el lactante quien utiliza peticiones y persuasiones para lograr lo que desea, es decir, él intenta influir sobre su figura de apego.

2. Mary Ainsworth (1913-1999).

Mary Ainsworth psicóloga estadounidense y colaboradora de Bowlby, realiza una investigación a niños en Uganda (1967), con el objetivo de observar la interacción madre-hijo/a y su influencia sobre la formación del apego. A partir de esto, Ainsworth y Bell en el año 1970 diseñaron la “Situación Extraña”, con el fin de observar cómo se presentaban las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés en niños de 12 meses. En esta prueba experimental se observan las conductas de la madre y de su hijo (a) en una situación estresante. Para esto son introducidos a una sala de juegos en la que se incorpora una persona desconocida, ésta juega con el niño, mientras que la madre sale de la habitación, luego la madre regresa y vuelve a salir con la persona desconocida, quedando el niño completamente solo. Finalmente ambas regresan a la habitación. A partir de lo anterior, Ainsworth descubrió que la gran mayoría de los niños (66%) exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la persona desconocida, la cual disminuía aún más cuando la madre salía; sin embargo sus conductas exploratorias retornaban luego de un momento de llanto. Un 20% de los niños no parecían mostrar malestar ante la separación de sus madres, ni conductas diferenciales hacia ellas cuando regresaban, mientras que un 12% de ellos lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en sus brazos. El resto de los niños (2%) presentaban conductas que no encajaban en ninguno de los otros patrones. Con estos datos se pudo comprobar y afirmar de manera empírica que la madre en su gran mayoría funciona para el niño como una base segura de exploración y que el niño al percibir cualquier tipo de amenaza o estrés disminuye o hace desaparecer su exploración y se activan las conductas de apego. En el caso de

la situación extraña, la amenaza o estrés percibido por el niño se ve reflejado en la introducción de una persona desconocida, en un sitio que no conoce, sumado a la ausencia de la madre en ciertos momentos. Como resultado de esta experimentación, Ainsworth (1974, 1978), postuló lo que hoy se conoce como *estilos de apego*, los cuales se describen a continuación:

- **Apego seguro:** El niño en presencia de su madre, se muestra con gran interés en explorar el ambiente. En el momento de la separación, éste se observa angustiado y tiende a llorar, ya que presenta una clara preferencia por su figura vincular frente al extraño. Sin embargo, pasado un tiempo vuelve a jugar y explorar. En el reencuentro, el niño se observa entusiasmado por la presencia de su madre y sus conductas exploratorias aumentan.
- **Apego inseguro evitante:** En el momento de la separación, el niño no presenta signos de extrañar a su madre, es decir, no llora ni se angustia. Cuando se reencuentra con ella, la evita e ignora, estableciéndose una escasa proximidad, concentrando su interés en el ambiente.
- **Apego inseguro ambivalente:** Previo a la separación, el niño se observa angustiado y preocupado por su madre, pudiendo estar enojado o pasivo. Busca permanentemente su cercanía y presenta escasa exploración. Al momento de la separación, no interactúa con el ambiente, se muestra inquieto, llora y quiere estar en presencia de su madre. Sin embargo, al momento de su encuentro no logra calmarse y su exploración es nula, mostrándose una ambivalencia entre la ira y el cariño que siente hacia ella.
- **Apego desorganizado:** En el momento de la separación, el niño demuestra no poseer habilidades para afrontar la situación. En presencia de su madre, muestra una variedad de conductas confusas y contradictorias, como por ejemplo, paralizarse y permanecer en una especie de trance, realizar movimientos estereotipados, presentar una expresión facial aturdida, aferrarse y luego alejarse con mirada esquiva.

Tras su investigación Mary Ainsworth (1983), definió apego como “conductas que favorecen ante todo la cercanía con una persona determinada”. Dentro de las conductas de apego están las señales (llanto, sonrisas, vocalizaciones), la orientación (miradas) y el contacto físico (abrazar, aferrarse) (Craig & Baucum, 2001). Los efectos del tacto sobre el desarrollo del apego

fueron investigados por Sullivan (1996), quien presentó a recién nacidos un tipo de olor nuevo al que tenían en sus cunas, si este olor era presentado simultáneamente con una pequeña caricia en la espalda, al día siguiente los lactantes preferían ese olor a otros presentados aisladamente. Demostró que el sentido olfatorio reforzado con el tacto, constituyen un proceso evolutivo que se ha mantenido en el tiempo, y que refuerza la formación del vínculo de apego. Además ayudarían a entender cómo se establece éste vínculo y cómo permanece en el tiempo.

Otro concepto trabajado por Mary Ainsworth es la sensibilidad materna, incluido en diversos estudios realizados sobre el apego y se describe como “la habilidad de la madre para percibir las señales de su bebé, interpretarlas con precisión y responder rápida y adecuadamente a las necesidades emocionales del niño” (Ainsworth, Bell y Station 1974). Mary Ainsworth, Bowlby y otros autores (Bretherton, 1985; Main, 1990; Sroufe, 1988), han destacado la relevancia que tiene esta característica, describiéndola como un factor fundamental en la formación de un apego seguro, destacando la proporcionalidad entre una alta sensibilidad materna durante el primer año de vida y la seguridad del apego en el niño.

Debido a la relevancia que se le atribuye a la sensibilidad de la madre en el establecimiento del apego, es que se han desarrollado diversas metodologías para evaluar esta característica materna, y en ello Mary Ainsworth realizó una importante contribución al focalizarse en 4 aspectos claves del cuidado temprano, creando las siguientes escalas de evaluación:

- **Escala 1: Sensibilidad v/s insensibilidad frente a las señales del niño:** Evalúa la habilidad de la madre para percibir e interpretar con precisión la comunicación implícita en el comportamiento del niño y responder a éste en forma apropiada. Se analizan cuatro componentes esenciales para el cumplimiento de esta habilidad: la conciencia de las señales, la exacta interpretación de las señales, la apropiada respuesta a las señales y la pronta respuesta a ellas.
- **Escala 2: Cooperación v/s interferencia con el comportamiento del niño:** Se evalúa el respeto a la autonomía del bebé, la libertad que la madre le otorga para que explore su

entorno y las interrupciones que ella realiza hacia las actividades, estados de humor o intereses del niño, midiendo la frecuencia y proximidad de éstas.

- **Escala 3: Accesibilidad v/s ignorancia y descuido:** Se basa en la accesibilidad de la madre hacia su bebé, haciendo hincapié en el interés que ella tenga hacia él, siendo consciente de los estados de ánimo y señales del niño.
- **Escala 4: Aceptación v/s rechazo a las necesidades del bebé:** Pretende medir el balance existente entre los sentimientos positivos y negativos que tiene la madre hacia su bebé, entendiendo que ambos son inevitables en la interacción madre-hijo diaria. Se evalúa en qué medida la madre ha podido resolver los sentimientos conflictivos que se le han presentado.

Cabe destacar que también se consideran aspectos importantes de la sensibilidad materna: mutualidad, sincronía, actitud positiva y apoyo emocional que reciba la madre (Van Ijzendoorn, 1997).

Por otra parte, Ainsworth postula tres fases para la formación del vínculo de apego, a diferencia de Bowlby quien las clasifica en cuatro. Sin embargo, ambos consideran conductas similares del lactante a través del desarrollo del vínculo y suponen los 24 meses de edad del lactante como el tiempo aproximado para el logro de la consolidación del apego. Almate (2003) presenta éstas etapas de la siguiente forma:

- **Etapas 1. Sensibilidad social indiferenciada (RN a 8 meses):** El bebé comienza a relacionarse de manera breve con su entorno, a través de estímulos que llegan a él. Distingue a su madre dentro de los primeros días mediante la exploración con sus sentidos, destacando el reconocimiento de la voz, el olor y el rostro.
- **Etapas 2. Búsqueda activa de proximidad (8 a 24 meses):** El niño experimenta un progreso en su desarrollo cognitivo donde adquiere la capacidad de percibir progresivamente que su madre o cuidador principal está presente a pesar de que no la vea o escuche, permitiendo la consolidación del vínculo en una figura de apego.
- **Etapas 3. Conducta de reciprocidad (Desde los 24 meses):** El niño se comporta de una determinada manera con el objetivo de lograr la atención y admiración de su madre o

figura de apego, ya que se considera una figura independiente de ella, reconociendo lo que él es y lo que representa su madre.

Como se observó en las etapas de formación del vínculo de apego, formuladas tanto por Bowlby (1980) como Ainsworth (Almate, 2003), la edad del lactante es un factor importante para determinar el tipo de conductas de apego que podemos esperar en la relación madre e hijo. Es en los primeros 24 meses de vida, donde ocurre la formación del estilo de apego, período en el que según Schore (1994, 2001), se producen encuentros sensoriales y afectivos entre la madre y el bebé, que van moldeando la organización mental del niño, más específicamente del hemisferio derecho, ya que éste es dominante durante los primeros tres años de vida, tiempo en que se procesa la información relacionada con el sentido subjetivo de sí mismo. En este hemisferio se localiza la comunicación emocional/gestual (información afectiva facial y auditiva) que se produce entre madre e hijo y además está implicado en la realización de conductas de apego por parte del bebé, y de conductas de contención y protección por parte de la madre, teniendo un rol activo en el enfrentamiento del estrés.

III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y PERSONALES DEL LACTANTE QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL APEGO

El desarrollo óptimo y saludable de los niños depende de múltiples factores que interactúan entre sí, tales como las características familiares de cada uno, la idea de los padres sobre la crianza, las expectativas que éstos tengan sobre el niño, las experiencias pasadas de cada uno, las características propias del niño (experiencias hospitalarias, asistencia a sala cuna y temperamento [Díaz, 1999]), entre otros factores. Es por lo anterior que a continuación se describen algunas de éstas características.

1. Características familiares del lactante relacionadas con el apego.

De acuerdo con la teoría del apego, la conducta materna es determinante en la construcción de las relaciones afectivas tempranas. Numerosos estudios se han centrado en describir las variables maternas que inciden o están asociadas al establecimiento de las relaciones de apego (Bowlby, 1982, 1989; Brazelton & Cramer, 1990). Algunas de estas características maternas que se relacionan con el apego son: edad, actividad laboral, sensibilidad a las señales del niño, salud mental, entre otras.

Respecto a la edad de la madre, estudios han concluido que las madres adolescentes, tienen mayor riesgo de generar un estilo de apego inseguro con sus hijos. Lamb, Hopps y Elster (1987), evaluaron en una población norteamericana el patrón de apego en 40 niños de 6-14 meses, hijos de madres adolescentes. El estudio se llevó a cabo en dos situaciones distintas: natural (en casa) y en laboratorio (situación extraña). A partir de esta investigación, los autores encontraron que las madres adolescentes ofrecían un cuidado insuficiente a sus hijos y que además durante las interacciones presentaban conductas insensibles e intrusivas, originando en el niño una disminución de la búsqueda de proximidad y una mayor evitación hacia su madre. A partir de esto, los autores concluyeron que la probabilidad de establecer un estilo de apego inseguro evitante es mayor en estos niños que en los hijos de madres adultas. Main y Solomón (1987), concuerdan con los resultados de esta investigación y agregan que estos niños presentan una menor probabilidad de desarrollar un patrón de apego seguro con sus madres. Escobar (2008), en su estudio *“Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus recién nacidos”*, realizado en una muestra de 30 relaciones madre-hijo, en el Hospital Barros Lucos Trudeau, coincide con las investigaciones anteriores, agregando que las madres adolescentes poseen una menor capacidad de sensibilidad para captar e interpretar correctamente las señales del niño. Por el contrario, Andreozzi, Flanagan, Seifer, Brunner y Lester (2002), postulan que la edad materna no influiría en el estilo de apego que se desarrolle entre la madre y su hijo, sin embargo, describieron otras variables maternas que sí influirían en éste: autoestima, probabilidad de castigo físico, niveles de estrés ante el rol materno y percepción del temperamento del niño.

En cuanto a la actividad laboral de la madre, Fernández (1988), en su estudio realizado en Barcelona, en una muestra de 61 niños, concluyó que la calidad de la dedicación y la atención que ofrecen las madres trabajadoras a sus hijos es mayor que la que proporcionan las mujeres dueñas de casa. Esto se explicaría porque las madres que trabajan disponen de un tiempo más limitado y lo distribuyen de tal forma que el destinado para su hijo sea exclusivo. Por otra parte, Barglow, Vaughn & Monitor (1987), concluyeron que las madres que trabajan y que se ausentan jornada completa, presentan un mayor riesgo de desarrollar apegos inseguros evitantes con sus hijos, no así cuando la madre se ausenta media jornada. Sin embargo, Belsky y Rovine (1994), contradicen estos resultados con respecto a aquellos niños de madres que se ausentan media jornada, encontrando que estos presentaban con mayor frecuencia apegos inseguros, lo cual se explica a partir de la mayor ansiedad y tensión en las madres que deben cumplir simultáneamente roles maternos y profesionales.

Otro factor que se ha estudiado en el contexto del apego, es la depresión post-parto. En este contexto, el hecho de que no exista una percepción adecuada, una interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada de la madre a las señales del niño (Aizpuru, 1994), puede deberse a que, según Perry (1999), hay falta de sensibilidad de la madre a las señales de su hijo, ya sea porque se siente abrumada por problemas personales, u otros factores que pueden interferir con su habilidad de ser consistente y atender prontamente a las necesidades del niño. Castañón (2005), en su artículo “*Depresión Postparto, que se nos pase*”, reafirma lo anterior, agregando además que los hijos de madres con depresión post parto presentan con mayor frecuencia trastornos conductuales, ingresos hospitalarios, accidentes y maltrato infantil. Por lo tanto, estos estudios confirman que la presencia de síntomas de depresión post parto influyen de manera negativa en la relación madre-hijo. Es por lo anterior, que actualmente en Chile existe una escala que detecta precozmente signos de depresión post parto en la madre, denominada Escala de Edimburgo, la cual se aplica a todas las madres en los controles de salud de sus hijos (as) a los 2 y 6 meses de edad (MINSAL, 2007).

Diversos estudios señalan que el apoyo social que recibe la madre es otra variable que influiría en el establecimiento del apego madre-hijo, ya que las madres que cuentan con redes de

apoyo social, particularmente brindadas por su propia familia, tienden a ser más sensitivas, seguras y optimistas frente al rol maternal, lo que al mismo tiempo favorece el establecimiento del apego seguro con su hijo. Esto se explicaría por la importante disminución del nivel de estrés de la madre (Crittenden, 1985; Jacobson & Frye, 1991).

La familia es otro factor que se ha estudiado en el contexto del apego, ésta se define como un grupo de personas unidas por lazos de parentesco, afinidad y/o consanguinidad, que viven o comparten un techo en común. Existen distintos tipos de familia según estructura y composición, las que se definen a continuación (INE, 2001):

- **Familia nuclear:** integrada por una pareja adulta con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
- **Familia extensa:** integrada por una pareja o uno de sus miembros con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.

Otra clasificación es según la presencia o ausencia de ambos padres:

- **Familias biparentales:** Compuesta por progenitores de ambos sexos, con o sin hijos.
- **Familias monoparentales:** Constituida por un solo progenitor con hijos.

Suele ocurrir que en las familias monoparentales, la figura de apego central y primordial es la madre, pues es la persona que vive con el niño, lo protege y le entrega cariño y confianza, esta forma se forman vínculos de apego bastante fuertes, que podrían llegar a generar una excesiva dependencia entre ambos (Miguel y Vargas, 2001). En estas situaciones es también común que el niño reemplace la ausencia de su padre como figura masculina de apego, por su abuelo materno (Miguel y Vargas, 2001).

Además, Buitrago y Vergeles (1996), en su artículo “*Hijos de familias monoparentales*”, señalan que este tipo de familias presenta un alto porcentaje (16%) de embarazos no deseados, y que por lo general, la relación entre los padres no es estable ni perdurable en el tiempo, ya que muchas de estas parejas se encuentran en la etapa de la adolescencia y dependen de la familia de origen, lo que podría influir en el estilo de apego que la madre desarrolle finalmente con su hijo.

2. Características personales del lactante relacionadas con el apego.

De la misma manera que se han tenido en cuenta las variables vinculadas a la madre como elementos determinantes en el establecimiento del apego, se debe tener presente que las características del niño también juegan un papel importante.

La lactancia materna proporciona al niño todas las sustancias nutritivas que le aseguran su óptimo crecimiento, además de constituir una importante fuente de afecto a través de la cual el niño recibe sus primeras satisfacciones y percepciones del mundo externo, permitiéndole vincularse emocionalmente a su madre. Además, durante la lactancia materna el niño estimula el pezón de su madre a través de la succión, lo que estimula la liberación de oxitocina por parte de las células nerviosas neurosecretoras. Esta hormona tendría diversos efectos, tanto fisiológicos como conductuales en la madre, promoviendo el apego y el bienestar materno (Insel & Hulihan, 1995; Pedersen, Caldwell, Walker, Ayers et al., 1994; Peterson, Mason, Barakat, & Pedersen, 1991; Porges, 1998).

Strathearn, Fonagy, Amico, Montague (2009) investigaron las respuestas neurohormonales en una muestra de 30 madres primerizas, a quienes previamente, se les aplicó la Entrevista de Apego del Adulto para reconocer su propio estilo de apego. La investigación se realizó a través de la aplicación de una resonancia magnética funcional (MRI) a las madres mientras éstas observaban a sus hijos sonriendo y llorando. Estos autores observaron que las madres clasificadas con estilos de apego seguro, poseían una mayor activación de las zonas del cerebro que se relacionan con la oxitocina (hipotálamo e hipófisis). Por lo tanto, el estudio sugiere que las diferencias individuales del apego materno estarían relacionadas con el desarrollo de sistemas oxitocinérgicos neuroendocrinos (Nature, 2009).

Lecannelier, Canto, Jakobus y Medina (2007), estudiaron en Chile un muestra de 130 relaciones madre-hijo con el objetivo de conocer el estilo de apego desarrollado según el tipo de parto. Los resultados obtenidos indicaron que el 80,3% de las mujeres que tuvieron a sus hijos por parto vía vaginal, generaron un apego seguro. En cambio, las que tuvieron parto a través de

una cesárea o fórceps, presentaron apego seguro en un 61,5% de los casos. La diferencia entre estos resultados estaría dada por el grado de conexión entre la madre y el recién nacido durante el proceso de parto, ya que el rol de la madre es más activo en un parto vía vaginal que en uno vía cesárea.

En el ámbito nutricional, la falta de cercanía y una respuesta adecuada hacia las necesidades del niño, pueden provocar en el niño sensaciones de estrés, influyendo sobre la regularización del apetito, el peso corporal y el balance de energía. Anderson (2011), en un estudio prospectivo, observó la relación madre-hijo en una muestra de 6.650 niños a los dos años, y posteriormente analizaron sus registros de peso a los cuatro años y medio. El estudio concluyó que en las relaciones madre-hijo con un estilo de apego inseguro, el riesgo de obesidad se eleva en un 30%. De los niños clasificados con estilo de apego inseguro, un 23,1% resultó ser obeso, mientras que en los niños con estilo de apego seguro, esto sucedió sólo en el 16,6% de los casos (Anderson, 2011). Por el contrario, en una investigación realizada en Chile, en el Servicio de Nutrición del Hospital Roberto del Río, se estudió a 28 escolares entre 10 y 14 años con distintos estados nutricionales: 8 obesos y 20 no obesos. Los resultados obtenidos indicaron que el 75% de los niños no obesos y un 70% de los niños obesos, presentaron un estilo de apego inseguro, concluyendo que el estado nutricional no estaría relacionado con el estilo de apego de forma determinante (Barriga, 2006).

Por otro lado, la vida moderna y la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, han generado que muchos niños(as) asistan tempranamente a sala cuna. Esta situación actual, ha requerido de estudios que permitan establecer la asociación existente entre los estilos de apego y la asistencia a sala cuna. Los niños que ingresan a sala cuna antes del año de edad, muestran en mayor proporción apegos inseguros ambivalentes hacia sus madres, que los que asisten después del año o son cuidados por ellas. Estos resultados se observan probablemente, debido a que el niño mayor de un año de edad, tiene mayores recursos afectivos y cognitivos para comprender la experiencia, así como mayor tiempo de interacción con su madre, esto le permite tener mayor claridad, respecto a qué esperar de ella en relación a su disponibilidad como base segura y confiable (Vaughn, Gove y Egeland, 1980).

La asistencia regular a controles de salud infantil es un factor protector para el desarrollo de un apego seguro (Minsal, 2008), ya que se considera un indicador de dedicación y preocupación de la madre por el bienestar de su hijo. Además, el CESFAM actúa como red de apoyo, pesquisando e interviniendo en los problemas biopsicosociales que presente el lactante y su familia. Sin embargo, existen casos excepcionales donde la asistencia excesivamente frecuente a los centros de salud, podría ser considerado un factor característico de un estilo de apego ambivalente, asociándose al Síndrome de Munchausen por poderes, tipo de abuso infantil en el que generalmente la madre busca asistencia médica con excesiva frecuencia sosteniendo que su hijo está enfermo, cuando en realidad el niño está sano (Brahm, 2011).

El impacto de la hospitalización temprana infantil, fue estudiado por Posada (1999) en una población colombiana, donde se evaluó la influencia del contexto en el que se dan las interacciones madre-hijo sobre la relación de apego. Las situaciones fueron dos: contexto estresante (hospitalario) versus contexto cotidiano (hogar). En el primer estudio se evaluó la conducta de cuidado materno en circunstancias cotidianas y se relacionó con la conducta de seguridad del niño. Los investigadores encontraron altos puntajes de seguridad en niños cuyas madres habían sido descritas como sensibles; es decir, madres que atienden y responden a las señales de sus hijos(as) de manera pronta, precisa y consistente, además participan en las interacciones con éstos, son también amables y cercanas y disponen el medio considerando las necesidades propias y las del bebé. El segundo estudio, evaluó la sensibilidad materna en una situación estresante en el hospital y la conducta de seguridad del bebé en casa, que fue descrita por cada madre usando el Q-Sort de Apego (conductas de seguridad del bebé). Los resultados indicaron asociaciones significativas entre ambas situaciones, aún dentro del contexto hospitalario; contexto que ha sido descrito por otros autores como un factor potencialmente negativo para el desarrollo de un apego seguro (Aylward; Siegel & Conte, 2001). El contacto físico entre la madre y el bebé también es tradicionalmente obstaculizado y provisto en gran medida por el personal médico en la mayoría de las Unidades de Cuidados Neonatales (Werner & Conway, 1995); y tal contacto ha sido considerado un elemento importante para el establecimiento del vínculo afectivo entre el bebé y su madre (Constantinou, Adamson-Macedo, Stevenson, Mirmiran & Fleisher, 1999; Kenne & Klaus, 1998; Gorski, Hountington &

Lewkowiez, 1990). Respecto a la percepción que tiene el lactante menor de 6 meses sobre la enfermedad y la hospitalización, la teoría describe que éste no presenta reacciones de angustia ante la separación ni pérdida de control, debido a que el apego con la madre aún no se ha establecido, ya que dicho vínculo se encuentra en un proceso de formación (Whaley y Wong, 1995).

IV. INFLUENCIA DEL APEGO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO/A.

Las experiencias tempranas tienen un gran impacto en el desarrollo del niño, pudiendo traer consecuencias positivas y negativas dependiendo del contexto en que se generen. Si estas experiencias ocurren en ambientes estresantes, de abandono con deprivación afectiva, hostilidad e insatisfacción de necesidades básicas, tendrán una influencia negativa sobre el desarrollo del niño, ya que éste será más propenso a presentar inestabilidad e incongruencia de comportamientos y desórdenes o problemas de salud, obteniendo como resultado la integración de un estilo de apego inseguro. En cambio, si en el ambiente y en las relaciones afectivas predomina la protección, la estimulación, el cuidado cálido y estable, se generan impactos positivos en el desarrollo del niño, siendo éste integral y sano. Cuando el niño experimenta las vivencias afectivas óptimas, los reguladores internos de apego mantienen un estado fisiológico estable, formando la base de la seguridad, y permitiendo el desarrollo de características positivas en su comportamiento y personalidad (Juri, 2008). Es importante que la compañía afectiva y consistente ocurra dentro de los primeros años de vida del niño, lo que permitirá la formación y estructuración de una organización mental coherente y estable (Lecannelier, 2006).

Cuando el niño vive experiencias traumáticas, se producen en él impactos negativos en las diferentes áreas de la personalidad, pudiendo llegar a provocar alteraciones afectivas, tales como: trastornos de empatía, emocionales, de autoestima, entre otros (Dantagnan, 2005). En consecuencia, la existencia de estilos de apego seguro, suponen personalidades positivas, con alta autoestima y mayor sociabilidad que aquellos con estilos de apego inseguro (Lafuente, 2000). Por

ello, Freud (1996), concluye que el estilo de apego desarrollado será uno de los factores determinantes y fundantes de la personalidad humana.

Las conductas de apego “continúan a través de la vida con otras personas, como resultado de los esquemas y modelos aprendidos a través de su historia personal” (Bowlby, 1997; Schmidt, Nader y Casullo, 2003). Al existir la disponibilidad afectiva segura por parte de la madre, el niño será capaz de alcanzar la confianza básica inicial, para lograr y mantener relaciones sociales sanas, durante la infancia y la adultez. En relación a esto, Weiss (1982), estudió las relaciones adultas de proximidad, donde explica que éstas se rigen por los mismos principios que la relación madre-hijo(a): sistemas de búsqueda, mantención de la proximidad y el cuidado. Moneta (2003), aclara que estos modelos internos de funcionamiento, adquiridos en la infancia, guiarán las percepciones y comportamientos en las relaciones románticas, relaciones interpersonales de amistad, lazos familiares y relaciones de trabajo, en las cuales los adultos muestran un deseo hacia la proximidad de figuras de apego en situaciones de malestar y siente bienestar ante la presencia de esa figura o ansiedad si es inaccesible (Casullo y Fernández, 1995). Por lo tanto, las personas con estilos de apego seguro, se definen como amistosas, afables y capaces, y ven a los otros como personas bien intencionadas y confiables. Al contrario, quienes presentan estilos de apego inseguro adquieren pensamientos y comportamientos suspicaces, escépticos y retraídos, sintiéndose incómodos intimando; ven a los otros como desconfiables y son reacios a comprometerse. Frecuentemente se preocupan de que sus parejas los dejen de querer y sienten temor al abandono (Simpson, J. 1990; citado por Gayó, 1999).

Cabe destacar que existiría una correlación entre niños que han sido rechazados por sus madres y la promiscuidad sexual de éstos en la adolescencia y/o la adultez (Brennan, Shaver y Tobey, 1991). Moneta (2003), postula que esto se debería principalmente a una fuerte búsqueda de proximidad por parte del individuo, sin necesariamente ser entendido o relacionarse sentimentalmente.

Es importante señalar la influencia de apego frente a la salud mental del niño. Weinfield, Egeland, Bosquet y Cheng (1999), encontraron una correlación entre las alteraciones del vínculo de apego en la infancia y algunos trastornos psicopatológicos como la depresión, las dificultades

interpersonales y comportamientos hostiles en la adolescencia. También relacionaron el apego ambivalente en la infancia con el trastorno de ansiedad en el adolescente. Por lo tanto, un adecuado desarrollo psicosocial, con entornos que promuevan la comunicación, el juego entre pares y las personas encargadas de su cuidado, en conjunto con un contacto emocional cálido y estable, permitirán un bienestar mental en la vida del individuo.

Otros de los aspectos del desarrollo del niño que se ven influenciados por el estilo de apego, son el desarrollo cognitivo y el desarrollo psicomotor. La neurociencia avala la importancia de los vínculos tempranos en el moldeamiento de la mente, es decir, la plasticidad cerebral y la maduración de las funciones cognitivas como la memoria, la percepción, la atención y la reflexión. Existe entonces, una edad óptima o de mayor sensibilidad a los distintos tipos de estímulos sensoriales y motores. Es así como la cantidad, calidad, intensidad y diversidad de las experiencias sensoriales y motoras determinan en gran medida la gama de estímulos que el niño será capaz de reconocer y apreciar (MINSAL, 2008). En consecuencia, las funciones cognitivas se verían afectadas negativamente al existir durante la infancia una relación de apego inseguro, abuso o maltrato. Lafuente (2000), sostiene que una adecuada relación de apego, permite al niño un 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, son más precoces en el conocimiento de sí mismos y de los demás, son más flexibles, abiertos, positivos y realistas en la búsqueda activa y el procesamiento de la información. Igualmente revelan cierta superioridad en la conducta exploratoria, poseen mayor inteligencia social y en la etapa adulta es mayor su rendimiento laboral, ajustándose de manera adecuada a los cambios del ambiente, y al proponerse metas realistas, evitan creencias irracionales (Botella, 2005). Por otra parte, las personas con estilo de apego inseguro evitante rechazan la información que pudiese crear confusión, teniendo estructuras cognitivas rígidas. Los individuos con estilo de apego inseguro ambivalente, en relación a la exploración del medio ambiente, desean acceder a nueva información, aún cuando sus intensos conflictos les llevan a alejarse de ella (Mikullincer, 1997). El estudio de Armijo, Gómez, Kotliarenco y Muñoz (2009): “*Evaluación pre-post del desarrollo psicomotor y el estilo de apego en usuarios de los Centros de Desarrollo Infantil Temprano*”, utilizó una muestra de

166 lactantes, en los cuales se aplicó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor previo y posterior a las intervenciones realizadas con el objetivo de promover la resiliencia y el apego madre-hijo con un periodo de 18 meses de intervalo entre una aplicación y otra. Según lo mencionado se observó una mejoría significativa en el EEDP, identificándose un efecto preventivo para los casos con normalidad inicial y un efecto nivelador para los casos en situación de riesgo inicial. Concluyeron entonces que fortaleciendo el desarrollo infantil por medio de intervenciones educativas, psicosociales y comunitarias, se favorece el desarrollo psicomotor que logrará el lactante (Armijo et al., 2009). Por otro lado, este estudio nos indica que dentro de los factores de riesgo que perjudican la potenciación de habilidades y capacidades, se encuentra el estilo de apego inseguro, junto con privación materna, negligencia y abandono. Kotliarenco y Lecannelier (2004) reafirman esto, señalando que el factor protector por excelencia es la constitución de un estilo de apego seguro.

CAPÍTULO III:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB-INDICADORES
ESTILOS DE APEGO	<i>Relación afectiva desde la madre al niño y desde el niño a la madre, donde existe un rasgo motivacional que es la búsqueda de seguridad por parte del niño, que se expresa en conductas de apego observadas a través de elementos de apego durante la aplicación de la escala de Massie Campbell.</i>	Relación de apego desde el niño hacia la madre.	Seguro	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasionalmente mira a la cara de la madre. (3) • Frecuentes miradas alternando entre miradas cortas y largas a la cara de la madre. (4)
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasionalmente vocaliza, llanto leve. (3) • Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso. (4)
				Tocando A (el niño toca a la madre)	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasionalmente toca a la madre. (3) • Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia. (4)
				Tocando B (respuesta del niño)	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasionalmente evita ser tocado por la madre. (3) • Rara vez evita ser tocado por la madre. (4)
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> • Descansa en brazos de su madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja. (3) • Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja. (4)
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad moderada y/o placer intermitente poco claro. (3) • Tensión ocasional, en general sonrío. (4)

				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> • Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos. (3) • Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada. (4)
			Inseguro- evitante	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre evita la cara de la madre. (1) • Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre. (2)
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> • Callado, nunca vocaliza. (1) • Rara vez vocaliza o lloriquea. (2)
				Tocando A (el niño toca a la madre)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca toca o tiende hacia la madre. (1) • Rara vez toca a la madre. (2)
				Tocando B (respuesta del niño)	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre evita ser tocado por la madre. (1) • Frecuentemente evita ser tocado por la madre. (2)
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> • Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre. (1) • No se relaja en brazos de la madre, la empuja. (2)
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre está intensamente angustiado y temeroso. (1) • Frecuentemente irritable, temeroso o apático. (2)

				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza. (1) • Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón. (2)
			Inseguro-ambivalente	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> • Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo. (5)
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo. (5)
				Tocando A (el niño toca a la madre)	<ul style="list-style-type: none"> • Si están cerca siempre toca a la madre. (5)
				Tocando B (respuesta del niño)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca evita que la madre lo toque. (5)
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> • Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella. Nunca la evita. (5)
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre sonriente. (5)
				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada. (5)
ESTILOS DE APEGO		Relación de apego desde la madre hacia el niño.	Seguro	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasionalmente mira a la cara del niño. (3) • Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño. (4)
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasionalmente vocaliza al niño. (3) • Frecuentemente habla y murmura. Conversa y hace sonidos. (4)

				Tocando A (la madre toca al niño)	<ul style="list-style-type: none"> Ocasionalmente toca al niño. (3) Frecuentemente tiende al niño y lo toca. (4)
				Tocando B (Respuesta de la madre)	<ul style="list-style-type: none"> Ocasionalmente evita ser tocada por el niño. (3) Rara vez evita ser tocada por el niño. (4)
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente. (3) Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza. (4)
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro. (3) Tensión ocasional, en general sonrío. (4)
				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño. (3) Contacto físico frecuente con el niño. (4)
				Mirada	<ul style="list-style-type: none"> Siempre evita mirar la cara del niño. (1) Rara vez mira a la cara del niño. Miradas evasivas a la cara del niño. (2)
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> Callada, nunca vocaliza. (1) Palabras escasas, murmura. (2)

			Inseguro- evitante	Tocando A (la madre toca al niño)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca toca o tiende al niño. (1) • Rara vez toca al niño. (2)
				Tocando B (Respuesta de la madre)	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre evita ser tocada por el niño. (1) • Frecuentemente evita ser tocada por el niño. (2)
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> • Rechaza al niño alterado empujándolo, o lo toma alejado de su cuerpo. (1) • Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada. (2)
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre esta intensamente angustiada y temerosa. (1) • Frecuentemente irritable, temerosa y apática. (2)
				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> • Se va de la pieza. (1) • Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza. (2)
			Inseguro- ambivalente	Mirada	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos. (5)
				Vocalización	Vocalizaciones intensas todo el tiempo. (5)
				Tocando A (la madre toca al niño)	Si el niño está cerca siempre lo toca. (5)
				Tocando B (Respuesta de la madre)	Nunca evita ser tocada por el niño. (5)
				Sosteniendo	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo (5)

				Afecto	Siempre sonrío. (5)
				Proximidad	Siempre en contacto físico con el niño (5)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Edad de la madre				Años cumplidos	
Escolaridad de la madre	<i>Nivel educacional alcanzado por la madre del lactante, cursado en una institución reconocida por el MINEDUC.</i>			Sin instrucción	
				Básica	Completa
					Incompleta
				Media	Completa
					Incompleta
	Superior	Completa			
		Incompleta			
Número de hijos				Número de hijos	
Resultado Escala de Edimburgo	<i>Puntaje que permite la detección de signos tempranos de depresión post parto en la madre, realizado a los 2 meses de edad del lactante.</i>			Con riesgo de depresión post parto	
				Sin riesgo de depresión post parto	
Actividad laboral de la madre	<i>Tipo de tarea, lugar y tiempo donde se desempeña la madre del lactante durante el día.</i>	Tipo		Trabajadora	
				Estudiante	
				Dueña de casa	
		Lugar		Dentro del hogar	
				Fuera del hogar	
		Tiempo		Días de la semana.	
Número de horas diarias.					

Tipo de familia	<i>Composición del grupo de personas que viven con el niño en su hogar, existan o no lazos sanguíneos entre ellos.</i>	Nuclear		Monoparental	
				Biparental	
		Extensa		Monoparental	
				Biparental	
Redes de apoyo	<i>Grupo de personas o instituciones que brindan ayuda a la madre y su hijo.</i>	Afectivo		Familia	
				Comunidad	
				Gobierno	
		Económico		Familia	
				Comunidad	
				Gobierno	
Tipo de relación entre los padres	<i>Tipo de unión que existe entre el padre y la madre del lactante.</i>			Casados	
				Convivientes	
				Pareja estable, pero viven en casa diferentes	
				Viven en casas diferentes sin tener ningún vínculo afectivo, pero mantiene contacto para cumplir su rol de padres	
				Sin contacto con el padre	
				Otro	

Apoyo del padre		Afectivo		Si	
				No	
		Económico		Si	
				No	
		Afectivo y económico		Si	
				No	
		Otros		Si	
				No	
El padre comparte con su hijo	<i>Se refiere a la dedicación presencial del padre hacia su hijo.</i>			Si	
				No	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Género				Femenino	
				Masculino	
Edad				Meses cumplidos	
Tipo de Parto				Vaginal	Con fórceps
					Sin fórceps
				Cesárea	
Estado nutricional	<i>Clasificación nutricional de acuerdo a las tablas OMS realizada en el último control de salud del lactante, extraído desde tarjeta de salud.</i>	Malnutrición por exceso		Obesidad	
				Sobrepeso	
		Normal		Normal	
		Malnutrición por déficit		Riesgo de desnutrir	
Desnutrición					

Lactancia Materna	<i>El tipo y la duración de la alimentación del lactante con leche materna.</i>	<u>Exclusiva</u> (alimenta a su hijo sólo con lactancia materna)	Si	Nº de meses.
			No	
		<u>Predominante</u> (alimenta al menos 3 o 4 veces al día a su hijo con lactancia materna)	Si	Nº de meses
			No	
		<u>Casi nula</u> (alimenta sólo 1 o 2 veces al día a su hijo con lactancia materna)	Si	Nº de meses.
			No	
Asistencia a controles de salud infantil	<i>Frecuencia de asistencia a los controles de salud infantil, de acuerdo a las normas vigentes.</i>		Siempre (Ha asistido a todos los controles de salud).	
			Casi siempre (En 1 o 2 ocasiones se ha ausentado al control de salud).	

				A veces (En más de 2 ocasiones se ha ausentado al control de salud).	
				Nunca (No ha asistido a ningún control de salud anterior).	
Hospitalizaciones previas	<i>Se refiere al número de veces y días que el lactante ha estado hospitalizado.</i>	Frecuencia de hospitalizaciones.		Número de veces.	
		Días promedio de estadía por hospitalización.		Número de días.	
Asistencia a sala cuna				Si	Edad de ingreso
				No	
Resultado de EEDP	<i>Puntaje obtenido a través de la aplicación de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor, durante visita domiciliaria.</i>			Puntaje obtenido	Normal
					Riesgo
					Retraso

Estilo de apego a los 4 meses	<i>Resultado de la evaluación de estilos de apego mediante la aplicación de la Escala de Massie-Campbell, realizado a los 4 meses y extraído de la ficha del lactante.</i>			Apego seguro	
				Apego inseguro evitante	
				Apego inseguro ambivalente	

CAPÍTULO IV:

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño de la investigación:

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Organización del trabajo en grupo:

El grupo de trabajo que realizó este seminario de tesis, estuvo conformado por siete estudiantes de IV año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Se dio inicio al estudio en el segundo semestre académico del año 2010, en la cátedra de Metodología de la Investigación a cargo de la Profesora Angélica Mosqueda.

Se trabajó con las docentes guías Lucy Armstrong y Josephine Bratz del departamento de Enfermería del Niño y Adolescente, quienes dirigieron el proceso hasta su finalización.

Una vez seleccionado el tema en conjunto, se procedió a designar los cargos dentro del grupo de trabajo, los que quedaron conformados de la siguiente forma:

- Jerbanna Alvear Carvajal: Presidenta.
- Nicolle Ponce Parraguez: Secretaria.
- Daniela Vásquez Gajardo: Tesorera.
- Cristhian Quiroga Gálvez: Encargado de referencias bibliográficas.
- Andrea Morales Lira: Encargada de coordinación.
- Pilar Rojas Céspedes: Encargada de coordinación.
- Gieraldinne Tobar Gutiérrez: Encargada del material escrito.

Población en estudio:

La población en estudio estuvo conformada por el 100% de las madres y sus lactantes entre 6 y 7 meses, controlados en tres CESFAM de la comuna de Valparaíso. Cada uno de ellos compuesto por el siguiente número de lactantes:

CESFAM	Población
Barón	13
Marcelo Mena	20
Placeres	12
TOTAL	45

La población total en estudio correspondió a 45 lactantes y sus madres, de los cuales participaron 40. La inaccesibilidad al domicilio familiar impidió la participación de los restantes.

La población estudiada quedó conformado de la siguiente forma:

CESFAM	Población
Barón	11
Marcelo Mena	20
Placeres	9
TOTAL	40

Criterios de inclusión de la población

- Lactante aparentemente sano y nacido durante el mes Junio del año 2011.
- Madre biológica, aparentemente sana y cuidadora principal del lactante.

Método de recolección de datos (criterio de elección)

Para la medición de las variables se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de características familiares y personales del lactante (ver anexo N°2).
- Escala de Massie-Campbell (ver anexo N°3).

Descripción de los instrumentos

Para la recolección de datos se aplicó la Escala de Massie-Campbell, instrumento validado y aplicado actualmente en el control de Salud Infantil a los 4 y 12 meses, según normas ministeriales. Además, los tesistas confeccionaron un cuestionario sobre características familiares y personales para ser aplicado a las madres. Ambos instrumentos se describen a continuación.

Escala Massie – Campbell

Es una escala de observación que valora conductas de apego durante los primeros 12 meses de vida, a través de dos pautas: una para la madre (o cuidador principal) y la otra para el lactante. Ambas pautas contienen 6 elementos de apego a observar: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad.

En cada uno de los elementos se asigna un puntaje de 1 a 5. La predominancia de los puntajes 1 y 2 revelan un estilo de apego inseguro evitante, la de los puntajes 3 y 4 indican un estilo de apego seguro, y la del puntaje 5 un estilo de apego ambivalente. Además, existe una clasificación para las conductas no observadas. Posteriormente, se traza el perfil de acuerdo a los elementos de apego marcados, lo que permite graficar tanto el estilo de apego de la madre como el del niño, en caso de que un perfil sea disarmónico, es el de la madre el que determina el estilo de apego.

Cuestionario de características familiares y personales del lactante.

El cuestionario fue diseñado en base a la bibliografía analizada para obtener datos a través de la revisión de la ficha de salud del lactante y durante la visita domiciliaria por medio de las respuestas verbales entregadas por la madre.

En el encabezado del cuestionario se registraron los siguientes datos: nombre del CESFAM al cual pertenece el lactante, número de ficha, nombre del encuestador y un número correlativo para uso del estudio. Este instrumento se encuentra dividido en dos secciones:

- **Sección I:** Características familiares del lactante.
Contiene 8 ítems de preguntas cerradas.

- **Sección II:** Características personales del lactante.
Contiene 10 ítems de preguntas cerradas.

Estudio de confiabilidad de instrumentos

La escala Massie Campbell es un instrumento validado en Chile y aplicado durante el control de salud infantil a los 4 y 12 meses por el profesional de enfermería, quien es capacitado y validado de acuerdo a las normas ministeriales de nuestro país.

En el contexto de la presente investigación, los estudiantes tesistas fueron sometidos al proceso de validación para la aplicación de la escala Massie Campbell, evaluación que fue realizada por las docentes Lucy Armstrong, Josephine Bratz y Cecilia Jara, del Departamento del Niño y Adolescente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, quienes se encuentran validadas por el Ministerio de Salud.

El instrumento de características familiares y personales del lactante, fue probado durante el mes de Noviembre del 2011 a 7 madres que presentaban características similares a las madres del estudio.

Los objetivos de la prueba del cuestionario fueron los siguientes:

- Identificar las preguntas a modificar para facilitar la comprensión de éstas, y por ende, la aplicación del cuestionario.
- Identificar posibles dificultades en la aplicación del cuestionario
- Determinar el tiempo a utilizar en la aplicación del cuestionario.

Al realizar la prueba del cuestionario se lograron identificar algunas dificultades en la comprensión de algunas preguntas, que se relacionaban con problemas de redacción y de orden. Estas preguntas fueron modificadas con el fin de que el instrumento fuese más claro, objetivo y coherente. Además, se estimó el tiempo de aplicación en 10 minutos aproximadamente.

Procesamiento de datos

Vaciamiento de datos

Se realizó a través de una base de datos confeccionada con el programa Epi info 3.5.1 versión 2006.

Análisis de datos

Se utilizó Epi Info 3.5.1 (versión 2006) para el análisis descriptivo de las variables relacionadas con los estilo de apego, tanto del hijo hacia su madre como de la madre hacia su hijo, y además de las características familiares y personales de los lactantes y madres del estudio.

Plan de recolección de datos y organización del trabajo en terreno

Esta etapa del proceso investigativo se inició enviando cartas a los directores de los trece CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL, solicitando autorización para realizar este estudio, recibiendo respuesta de los CESFAM Barón, Marcelo Mena y Placeres, quienes aceptaron participar. Luego, se contactó a los profesionales encargados del Programa Infantil de cada CESFAM, con el propósito de coordinar una reunión para presentar el estudio y al mismo tiempo, conocer el número de lactantes nacidos en el mes de Junio del año 2011. Además, se establecieron fechas y horarios, según disponibilidad de cada CESFAM, para la recolección de datos mediante la revisión de fichas.

Para la recolección de datos durante las visitas domiciliarias, el grupo de tesis se dividió en subgrupos con el objetivo de optimizar los recursos. Cada visita fue realizada por dos

tesistas y coordinada con anterioridad, según la disponibilidad de éstos y de las madres del estudio, durante el mes de Diciembre de año 2011.

Las visitas se realizaron siguiendo el esquema que se describe a continuación: los tesistas saludaban, se identificaban y planteaban como objetivo evaluar el DSM del lactante, luego presentaban el consentimiento informado de visita domiciliaria correspondiente a cada CESFAM (ver anexo N°8), para proceder a realizarla. En los casos en que la madre autorizaba la visita, se aplicaba la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) del lactante (ver anexo N°13), al mismo tiempo que se observaban las conductas de apego por ambos tesistas (según escala Massie-Campbell) en forma individual. Finalizada la aplicación del EEDP, uno de los tesistas explicaba el estudio a la madre, sus objetivos y presentaba el consentimiento informado de éste (ver anexo N°4), para que la madre decidiera libremente participar o no en la investigación. En el caso de que la madre fuera adolescente se presentaba el asentimiento informado (ver anexo N°6). Si ésta aceptaba, uno de los tesistas aplicaba el cuestionario de características familiares y personales del lactante, mientras que el otro calculaba el resultado de EEDP. En el caso de que alguna madre no aceptara participar en la investigación, los datos obtenidos mediante la observación de las conductas de apego no se consideraban en el estudio, registrando en la ficha del lactante sólo el resultado de EEDP. En ambos casos, se educaba a la madre sobre apego y desarrollo psicomotor del lactante en base a los resultados obtenidos, y además se reforzaba la educación a través de la entrega de trípticos. Para finalizar, los tesistas se despedían cordialmente de la madre y agradecían su participación en el estudio.

Inmediatamente después de la visita, los tesistas actuaban a modo de interjueces y realizaban en forma autónoma el trazado de las conductas de apego de la escala de Massie-Campbell, según lo observado, definiendo el estilo de apego encontrado en cada caso.

Los estilos de apego inseguros pesquisados en esta investigación, fueron informados al encargado del Programa Infantil de cada CESFAM quien coordinó las intervenciones según flujograma (ver anexos N° 10, N° 11 y N° 12).

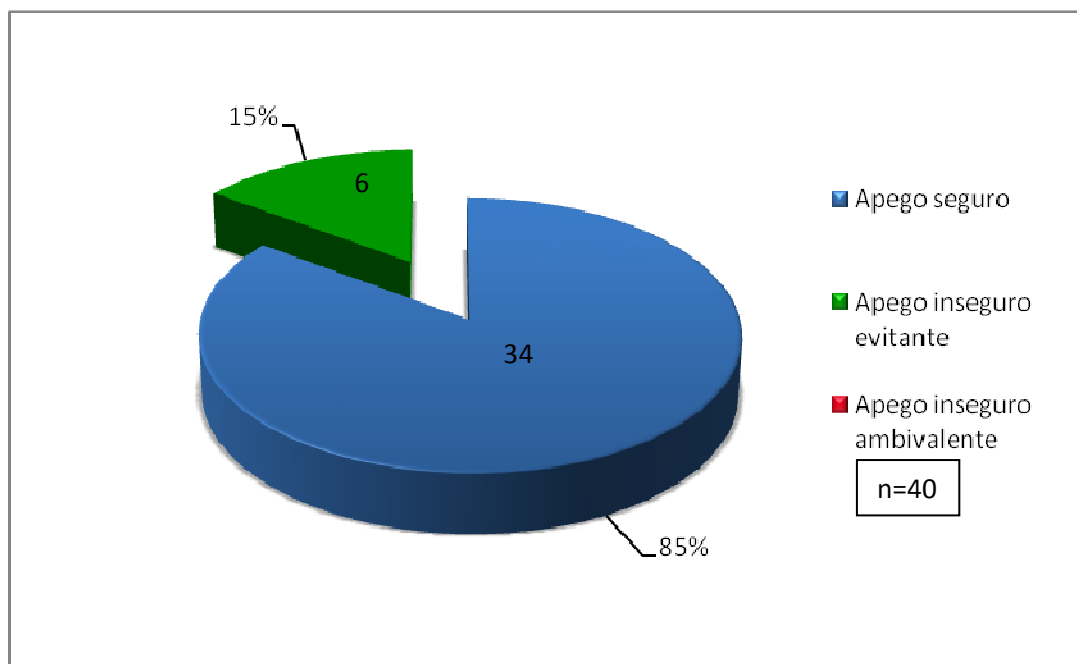
CAPÍTULO V:

RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis descriptivo de la población en estudio respecto a los estilos de apego, las conductas de apego y las características tanto familiares como personales del lactante relevantes en la formación del vínculo madre-hijo y se realiza cruzamiento de variables.

Descripción de los resultados

Gráfico N° 1: *Distribución de los estilos de apego.*



- Del total de las madres y lactantes en estudio, un 85% presentan un estilo de apego seguro, y un 15% un estilo de apego inseguro evitante. No se observan estilos de apego inseguro ambivalente.

Tabla N° 1: Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego seguro hacia sus madres.

	1	2	3	4	5	N/O (*)
Mirada		16,2%	54,4%	29,4%		
Vocalización		16,2%	70,6%	13,2%		
Tocando A		11,8%	64,7%	20,6%		2,9%
Tocando B			16,2%	79,4%	4,4%	
Sosteniendo		2,9%	44,2%	52,9%		
Afecto		2,9%	51,5%	39,7%	5,9%	
Proximidad		16,2%	64,7%	19,1%		

(*) *Conducta no observada.*

De los lactantes que presentan apego seguro hacia sus madres:

- Un 83,8% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta mirada**, mientras que un 16,2% tiende al puntaje 2.
- Un 83,8% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta de vocalización**, mientras que un 16,2% tiende al puntaje 2.
- Un 85,3% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta tocando A** y un 11,8% tiende al puntaje 2, mientras que en un 2,9% de los casos la conducta no fue observada.
- Un 95,6% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta tocando B**, mientras que un 4,4% tiende al puntaje 5.
- Un 97,1% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta sosteniendo**, mientras que un 2,9% tiende al puntaje 2.
- Un 91,2% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta de afecto**, mientras que un 2,9% tiende al puntaje 2 y un 5,9% al puntaje 5.
- Un 83,8% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta de proximidad**, mientras que un 16,2% tiende al puntaje 2.

Tabla N° 2: Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego seguro hacia sus lactantes.

	1	2	3	4	5	N/O (*)
Mirada		1,5%	42,6%	54,4%	1,5%	
Vocalización		19,1%	45,6%	35,3%		
Tocando A		14,7%	44,1%	39,7%		1,5%
Tocando B			10,3%	79,4%	8,8%	1,5%
Sosteniendo		2,9%	51,5%	44,1%	1,5%	
Afecto			63,2%	33,9%	2,9%	
Proximidad	2,9%	4,4%	57,4%	35,3%		

(*) *Conducta no observada*

De las madres que presentan apego seguro hacia sus lactantes:

- Un 97% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta mirada**, un 1,5% tiende al puntaje 2 y un 1,5% al puntaje 5.
- Un 80,9% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta de vocalización**, mientras que un 19,1% tiende al puntaje 2.
- Un 83,8% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta tocando A** y un 14,7% tiende al puntaje 2, mientras que en un 1,5% de los casos la conducta no fue observada.
- Un 89,7% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta tocando B** y un 8,8% tiende al puntaje 5, mientras que en un 1,5% de los casos la conducta no fue observada.
- Un 95,6% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta sosteniendo** y un 2,9% tiende al puntaje 2, mientras que en un 1,5% de los casos la conducta no fue observada.
- Un 97,1% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta de afecto**, mientras que un 2,9% tiende al puntaje 5.
- Un 92,7% muestra predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la **conducta de proximidad**, mientras que un 7,3% tiende a los puntajes 1 y 2.

Tabla N°3: Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego inseguro- evitante hacia sus madres.

	1	2	3	4	5	N/O (*)
Mirada		58,4%	33,3%	8,3%		
Vocalización	16,6%	41,7%	41,7%			
Tocando A	16,7%	66,6%		16,7%		
Tocando B		8,3%	33,3%	41,7%	16,7%	
Sosteniendo		50%	50%			
Afecto		25%	41,7%	33,3%		
Proximidad		58,3%	41,7%			

(*) *Conducta no observada.*

De los lactantes que presentan apego inseguro hacia sus madres,

- Un 58,4% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta mirada*, mientras que un 41,7% tiende a los puntajes 3 y 4.
- Un 58,3% muestra predominio hacia los puntajes 1 y 2 en la *conducta de vocalización*, mientras que un 41,7% tiende al puntaje 3.
- Un 83,3% muestra predominio hacia los puntajes 1 y 2 en la *conducta tocando A*, mientras que un 16,7% tiende al puntaje 4.
- Un 8,3% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta tocando B*, un 16,7% al puntaje 5 y un 75% a los puntajes 3 y 4.
- Un 50% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta sosteniendo*, mientras que el 50% restante tiende al puntaje 3.
- Un 25% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta afecto*, mientras que un 75% tiende a los puntajes 3 y 4.
- Un 58,3% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta de proximidad*, mientras que un 41,7% tiende al puntaje 3.

Tabla N°4: Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego inseguro-evitante hacia sus lactantes.

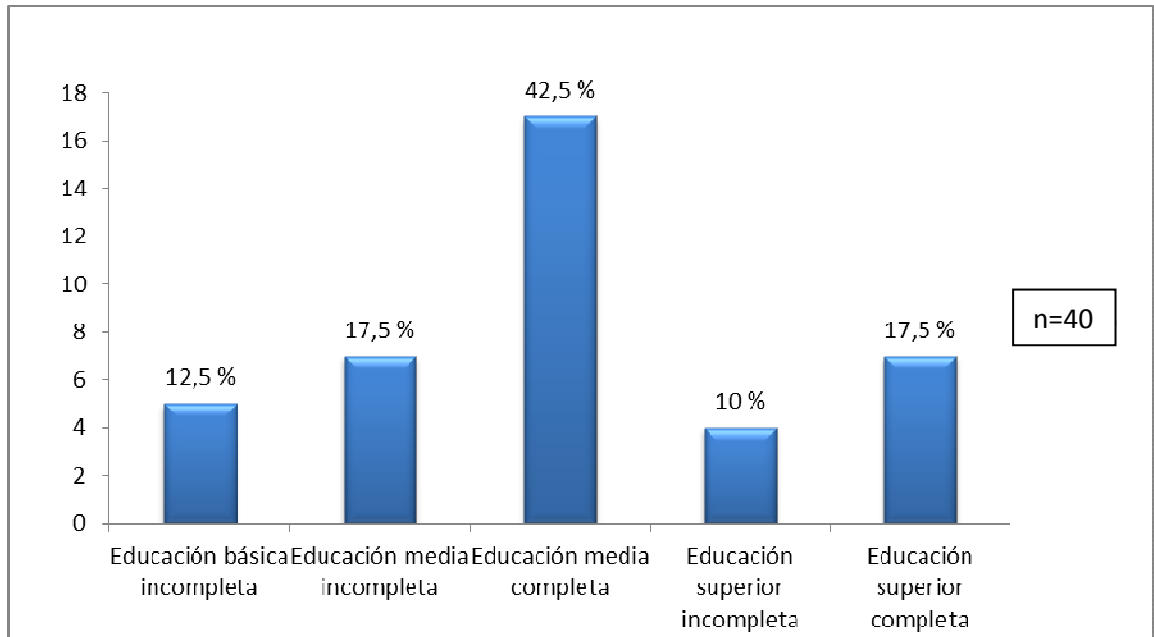
	1	2	3	4	5	N/O (*)
Mirada		33,3%	50%	16,7%		
Vocalización	16,7%	83,3%				
Tocando A		100%				
Tocando B		16,7%	16,7%	41,6%	16,7%	8,3%
Sosteniendo		66,7%	33,3%			
Afecto		41,7%	58,3%			
Proximidad	33,3%	58,4%	8,3%			

(*) *Conducta no observada.*

De las madres que presentan apego inseguro hacia sus lactantes:

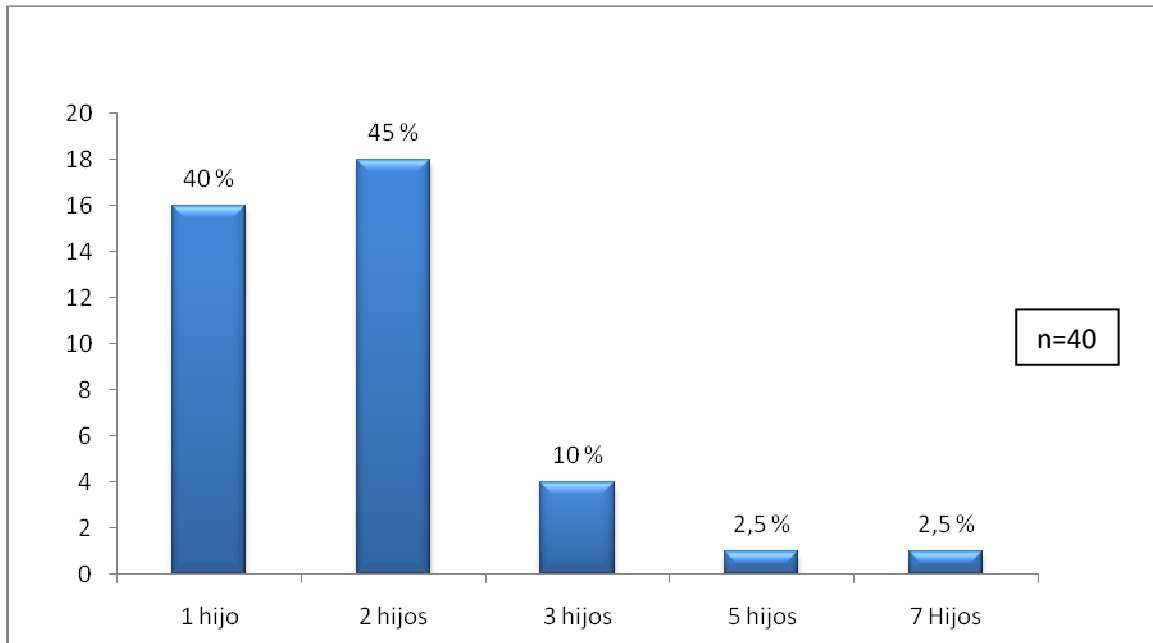
- Un 33,3% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta mirada*, mientras que un 66,7 tiende a los puntajes 3 y 4.
- Un 100% muestra predominio hacia los puntajes 1 y 2 en la *conducta de vocalización*.
- Un 100% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta tocando A*.
- Un 16,7% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta tocando B*, un 16,7% al puntaje 5, un 58,3% a los puntajes 3 y 4, mientras que en un 8,3% de los casos la conducta no fue observada.
- Un 66,7% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta sosteniendo*, mientras que un 33,3 tiende al puntaje 3.
- Un 41,7% muestra predominio hacia el puntaje 2 en la *conducta de afecto*, mientras que un 58,3 tiende al puntaje 3.
- Un 91,7% muestra predominio hacia los puntajes 1 y 2 en la *conducta de proximidad*, mientras que un 8,3% tiende al puntaje 3.

Gráfico N° 2: *Distribución de las madres, según nivel de escolaridad.*



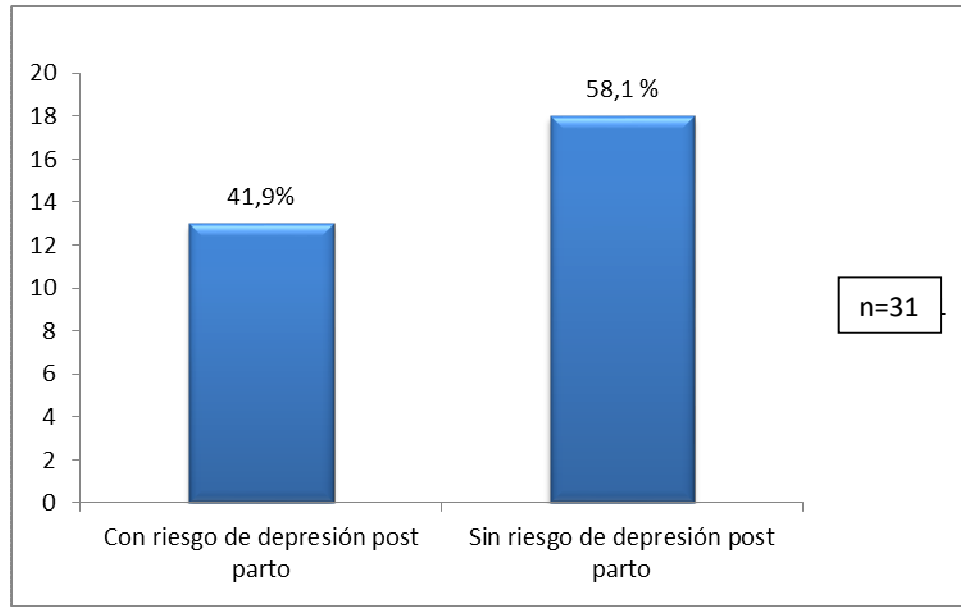
- Del total de las madres en estudio, el 70% tiene un nivel educacional entre enseñanza media completa y educación superior (completa e incompleta). Existe un 12,5% de ellas con educación básica incompleta.

Gráfico N° 3: *Distribución de las madres, según número de hijos.*



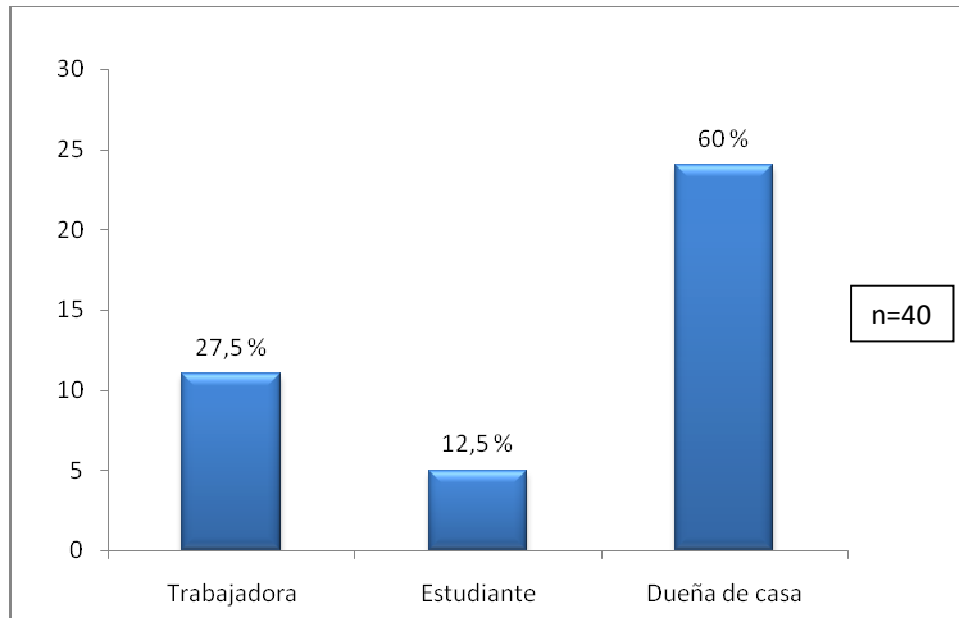
- La mayoría de las madres en estudio (85%), tienen 1 o 2 hijos, mientras que el 5% son madres de 5 o más hijos.

Gráfico N° 4: *Distribución de las madres, según resultado de Escala de Edimburgo.*



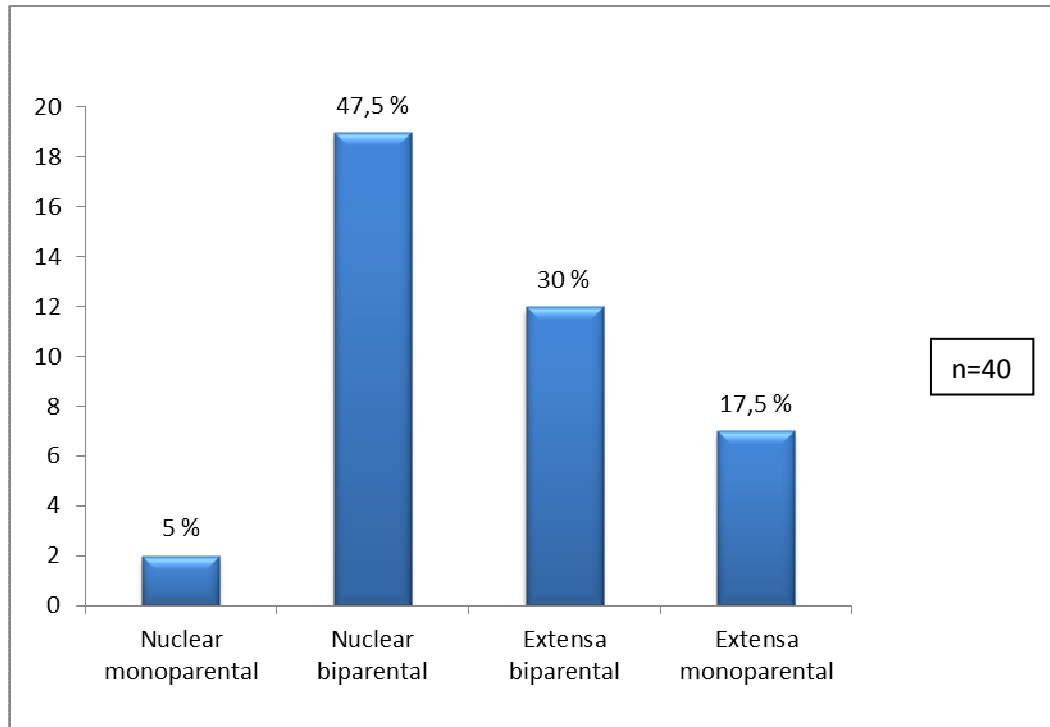
- Del total de las madres en estudio con resultado de la Escala de Edimburgo (31), un 41,9% presentó riesgo de depresión post parto en la aplicación de la escala.

Gráfico N° 5: *Distribución de las madres, según tipo de actividad laboral.*



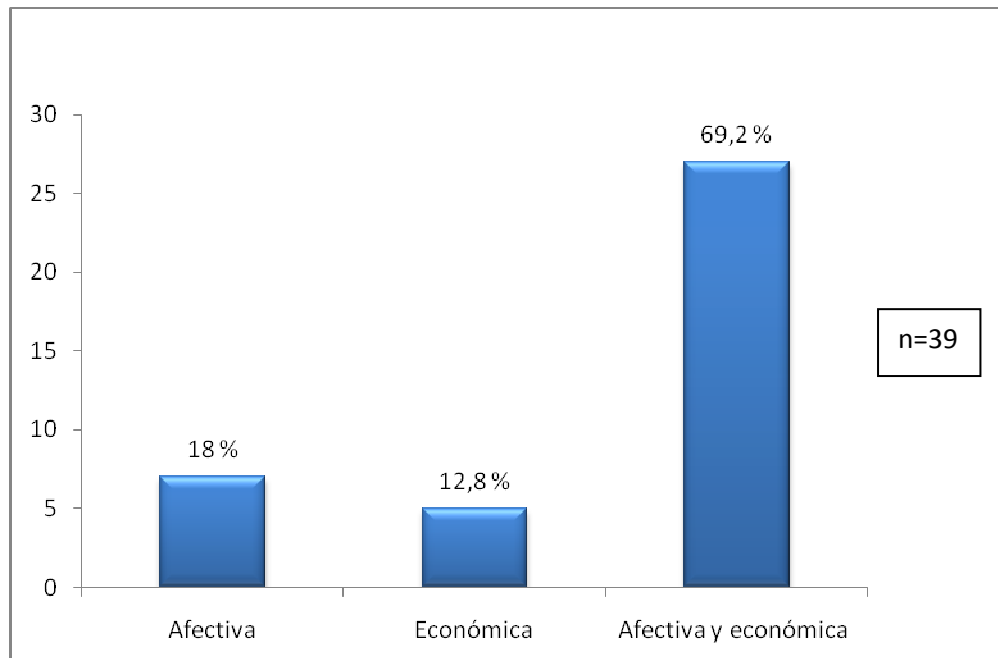
- Más de la mitad de las madres participantes del estudio (60%) refieren ser dueñas de casa.

Gráfico N° 6: *Distribución de la población en estudio, según tipo de familia.*



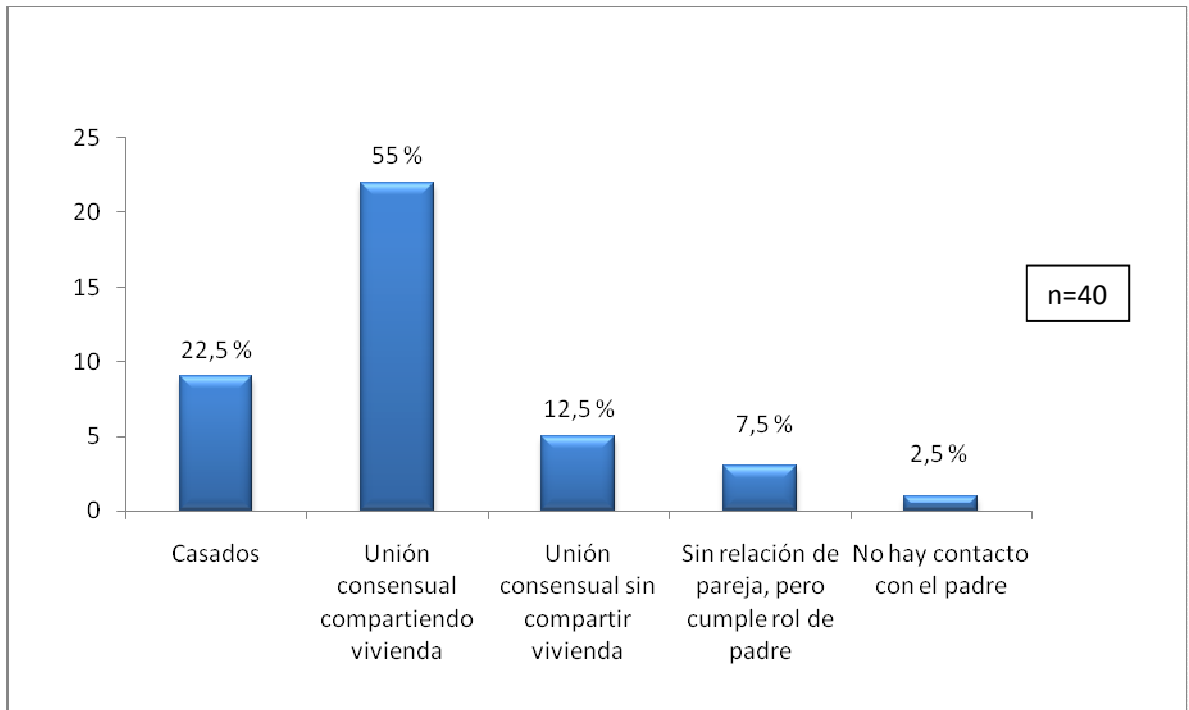
- La mayoría de los lactantes en estudio (77,5%) viven en familias con estructuras biparentales.

Gráfico N° 7: *Distribución de las madres, según redes de apoyo referidas.*



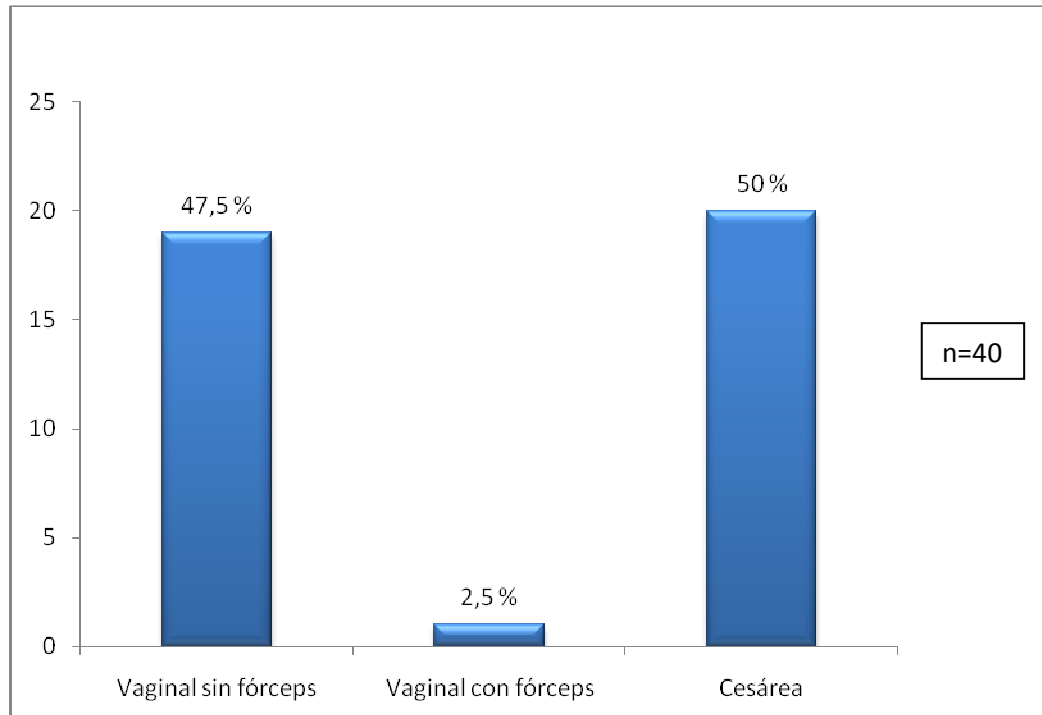
- Del total de las madres en estudio sólo una de ellas refirió no recibir apoyo de ningún tipo. De las madres que respondieron que si contaban con algún tipo de apoyo (39), un 69,2% refieren recibir apoyo de tipo afectivo y económico.

Gráfico N° 8: *Distribución de las madres, según tipo de relación con el padre del lactante.*



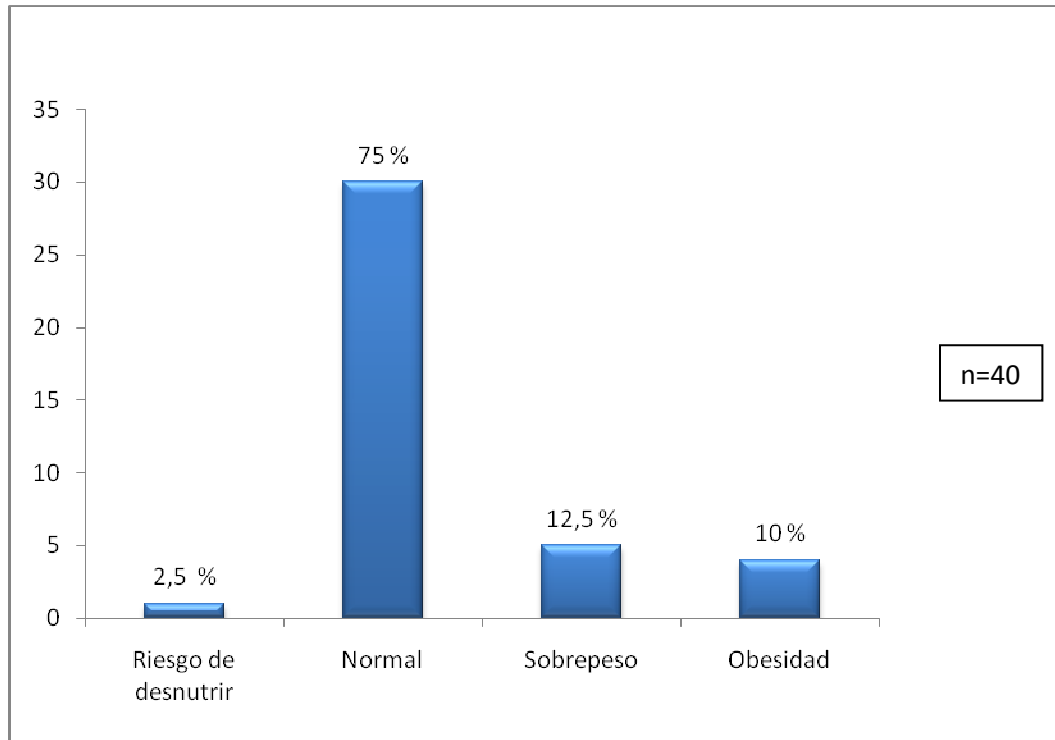
- Del total de las madres del estudio un 77,5% vive junto a su pareja y un 12,5% mantiene una relación consensual sin compartir vivienda. Un 2,5% de las madres no mantienen contacto con el padre del lactante.

Gráfico N° 9: *Distribución de la población, según tipo de parto.*



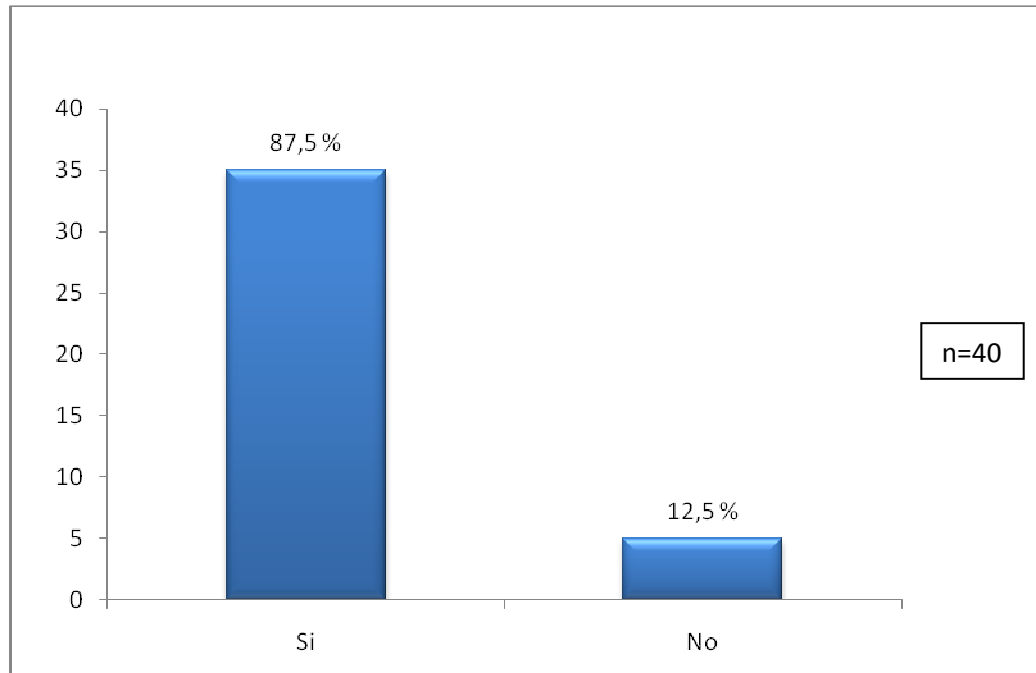
- Del total de lactantes del estudio un 47,5% nació por vía vaginal sin fórceps, mientras que un 50% lo hizo por parto vía cesárea.

Gráfico N° 10: *Distribución de los lactantes, según estado nutricional.*



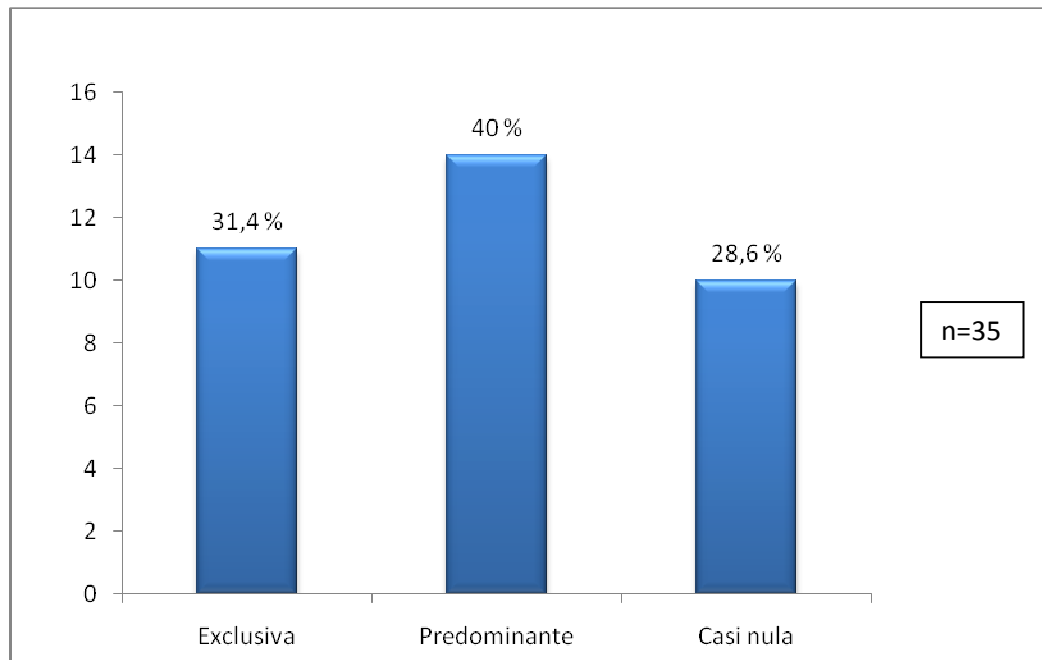
- Tres cuartos de los lactantes (75%) presenta un estado nutricional normal durante su último control de salud, mientras que un 22,5% se clasifica con malnutrición por exceso (estado nutricional de sobrepeso y obesidad).

Gráfico N° 11: *Distribución de la población, según presencia de lactancia materna.*



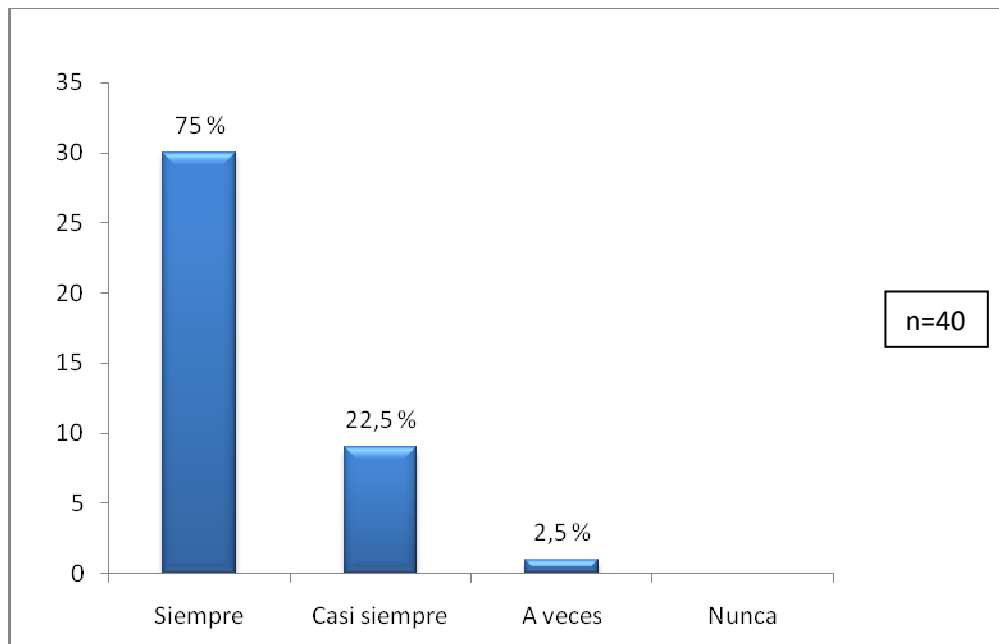
- Del total de los lactantes del estudio un 87,5% recibe lactancia materna.

Gráfico N° 12: *Distribución de los lactantes que se alimentan con lactancia materna, según tipo.*



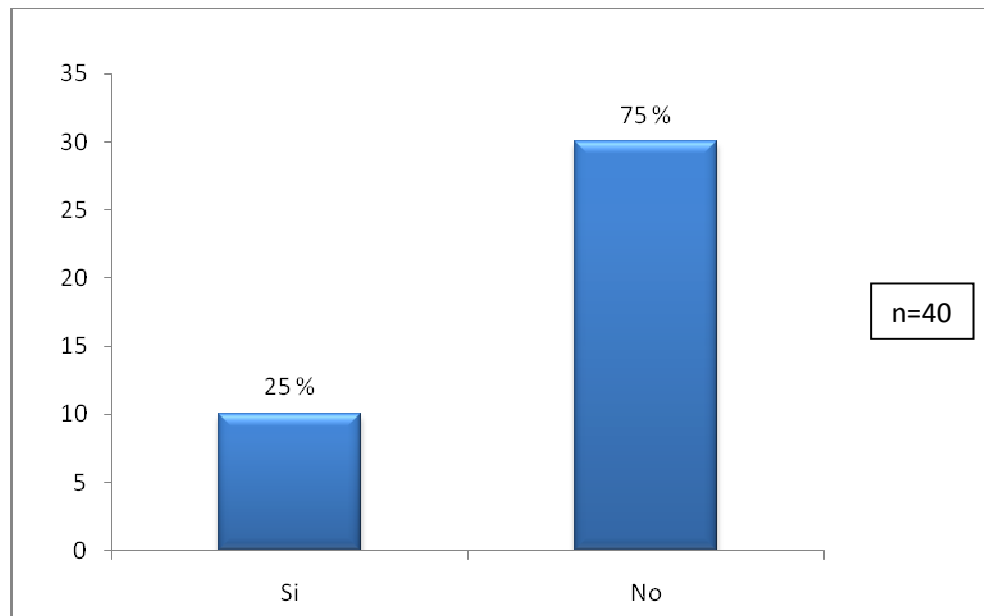
- De los lactantes que se alimenta con lactancia materna (35), 71,4% la recibe tres o más veces al día (exclusiva o predominante), y un 28,6% la recibe en forma casi nula.

Gráfico N° 13: *Distribución de los lactantes, según frecuencia de asistencia a los controles de salud.*



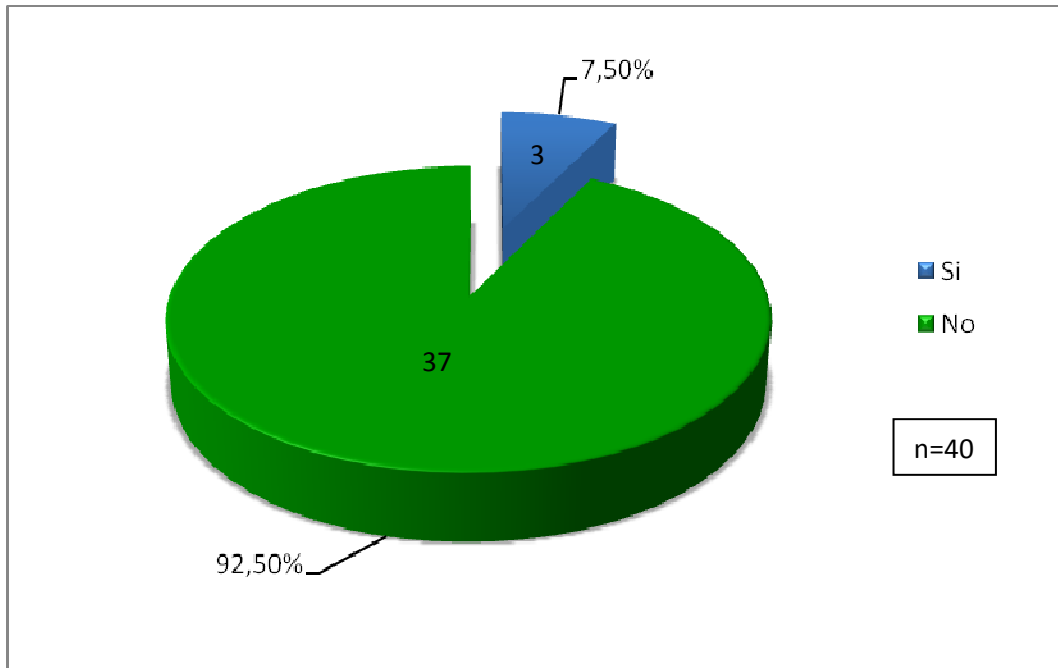
- Del total de los lactantes del estudio, un 75% ha asistido siempre a sus controles de salud y un 22,5% ha faltado una o dos veces.

Gráfico N° 14: *Distribución de los lactantes, según hospitalizaciones previas.*



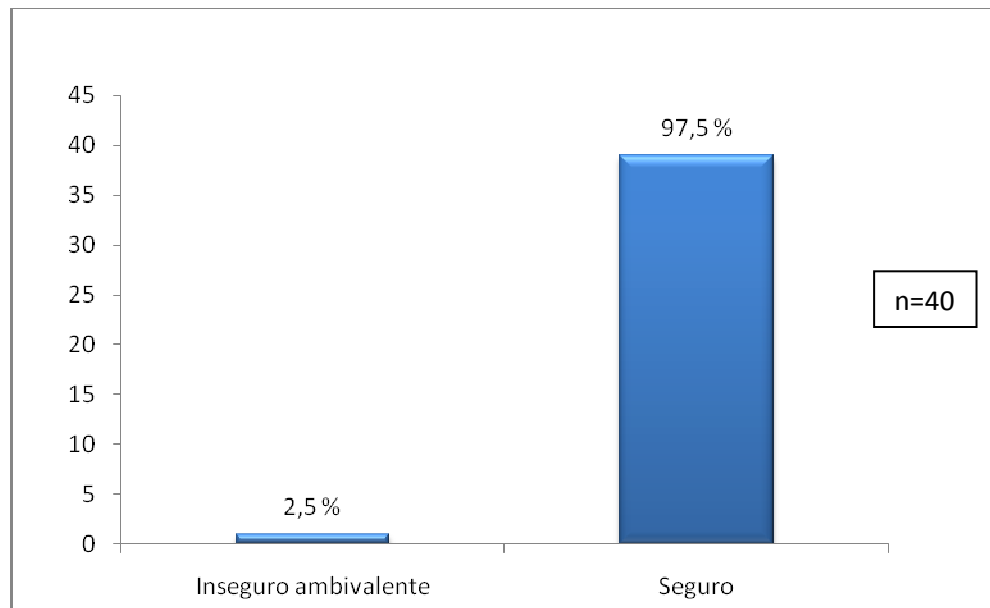
- Tres cuartos de los lactantes del estudio (75%) nunca ha estado hospitalizado.

Gráfico N° 15: *Distribución de los lactantes, según asistencia a sala cuna.*



- Del total de los lactantes del estudio un 92,5% no asiste a sala cuna.

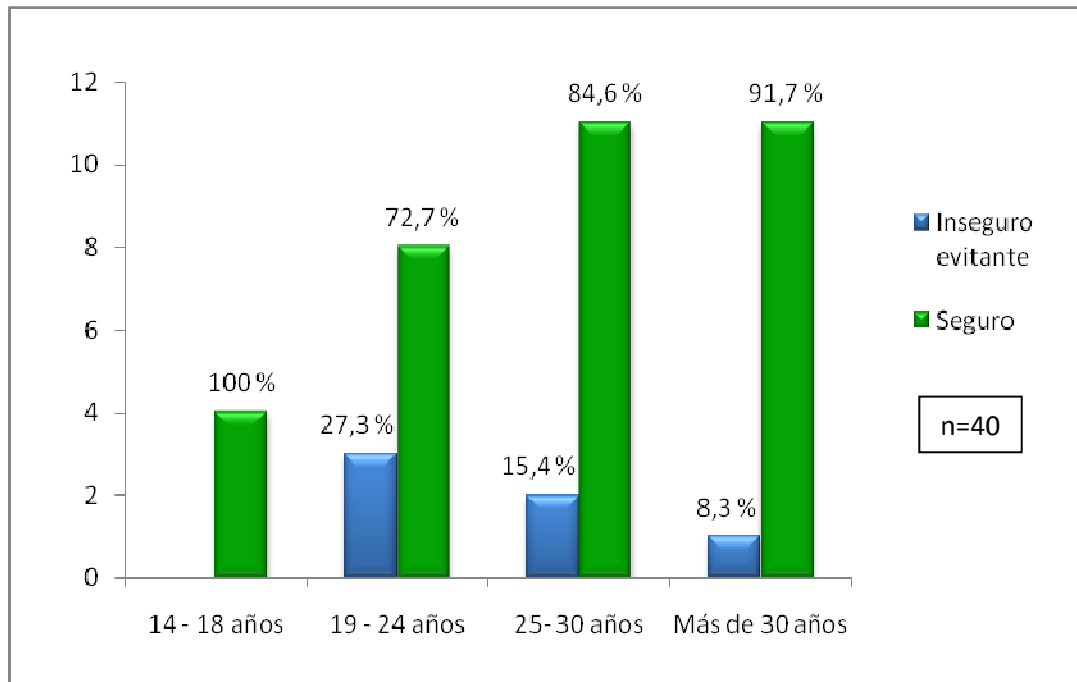
Gráfico N° 16: *Distribución de la población, según los resultados de Escala Massie- Campbell a los 4 meses.*



- La mayoría de los lactantes del estudio (97,5%) obtuvo un estilo de apego seguro a los 4 meses según resultados de Escala Massie- Campbell durante el Control de Salud Infantil.

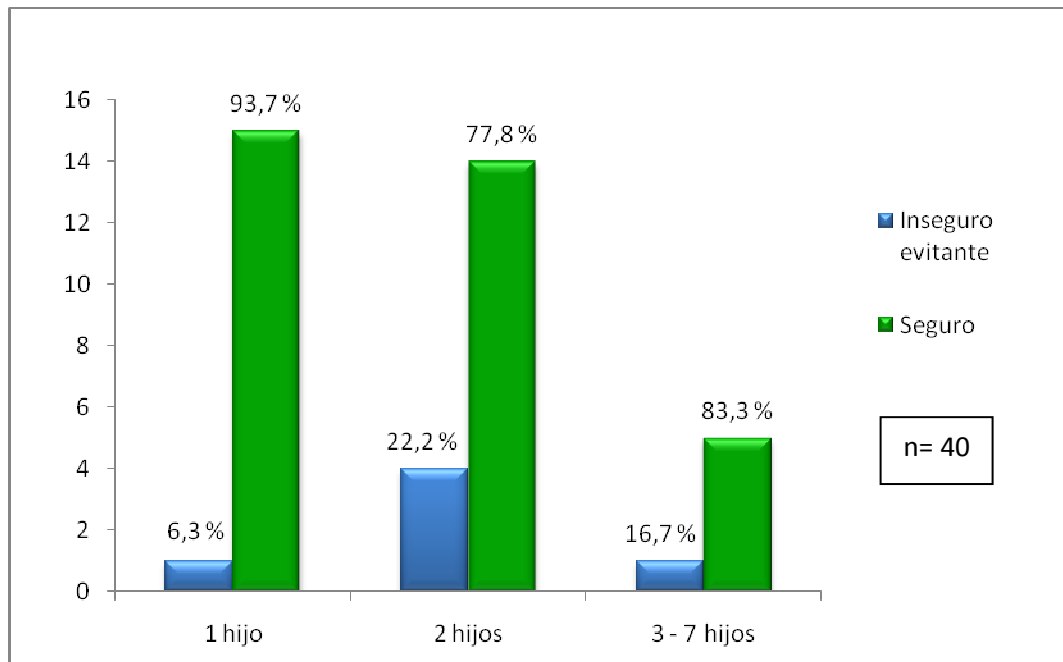
Cruzamiento de variables

Gráfico N° 17: *Distribución de los estilos apego, según edad de la madre.*



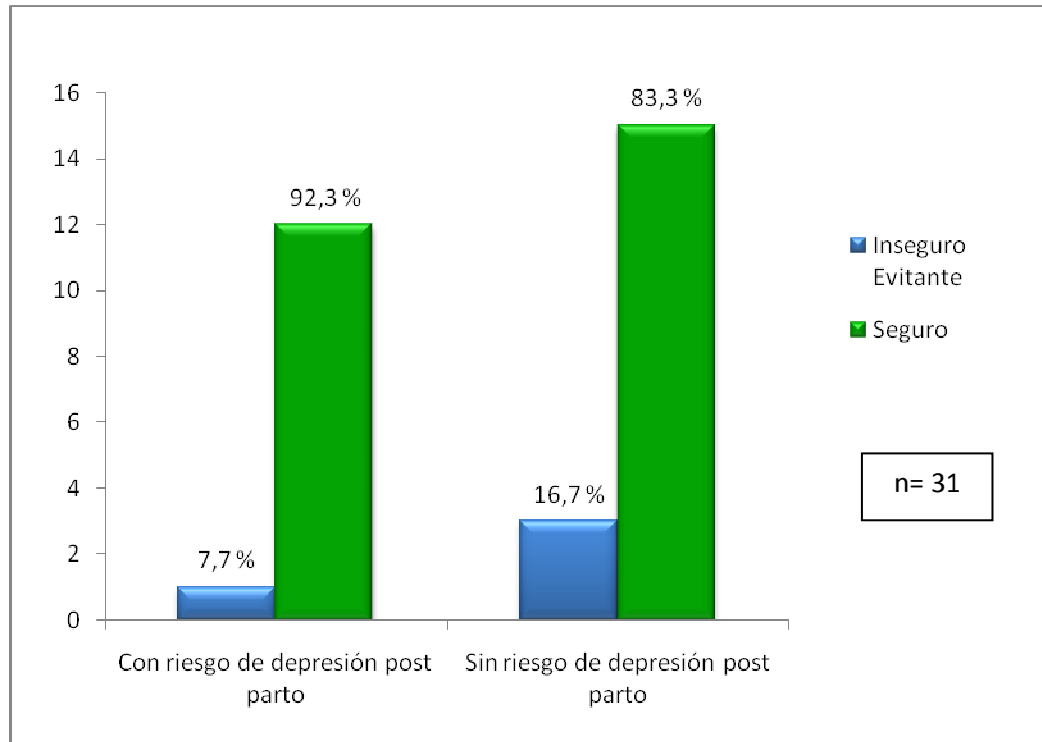
- El 100% de las madres adolescentes del estudio presenta un estilo de apego seguro. Así mismo las madres de entre 19 y 24 años concentran el mayor porcentaje de estilo de apego inseguro evitante, con un 27,3%.

Gráfico N° 18: *Distribución de los estilos de apego, según número de hijos.*



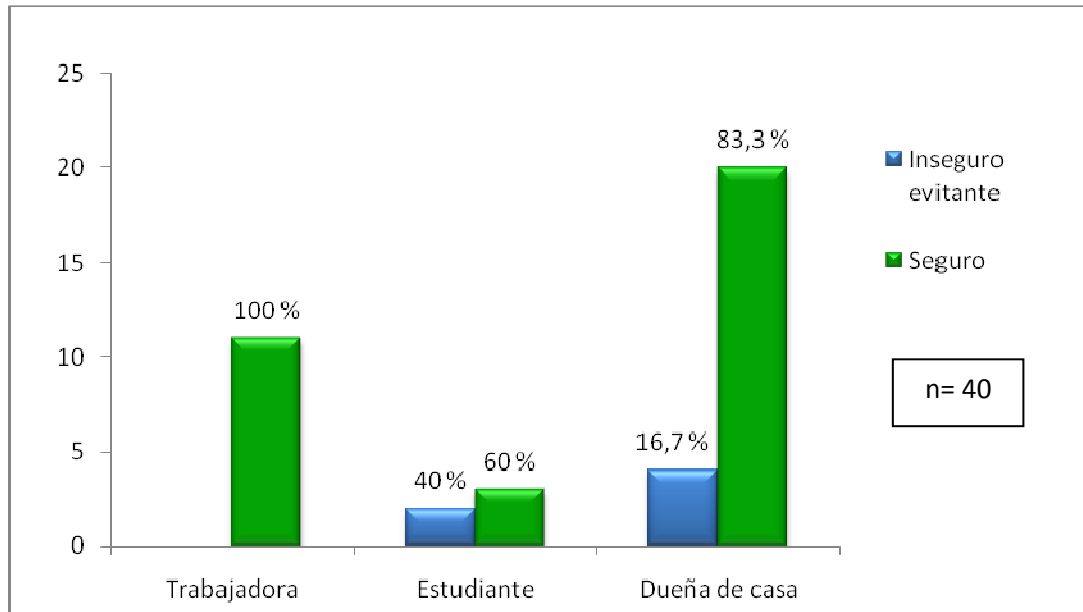
- Las madres del estudio que tienen un hijo presentan el mayor porcentaje de estilo de apego seguro (93,7%). Así mismo las madres que tienen 2 hijos presentan el mayor porcentaje de estilo de apego inseguro evitante (22,2%).

Gráfico N° 19: *Distribución de los estilos de apego, según resultado de Escala de Edimburgo.*



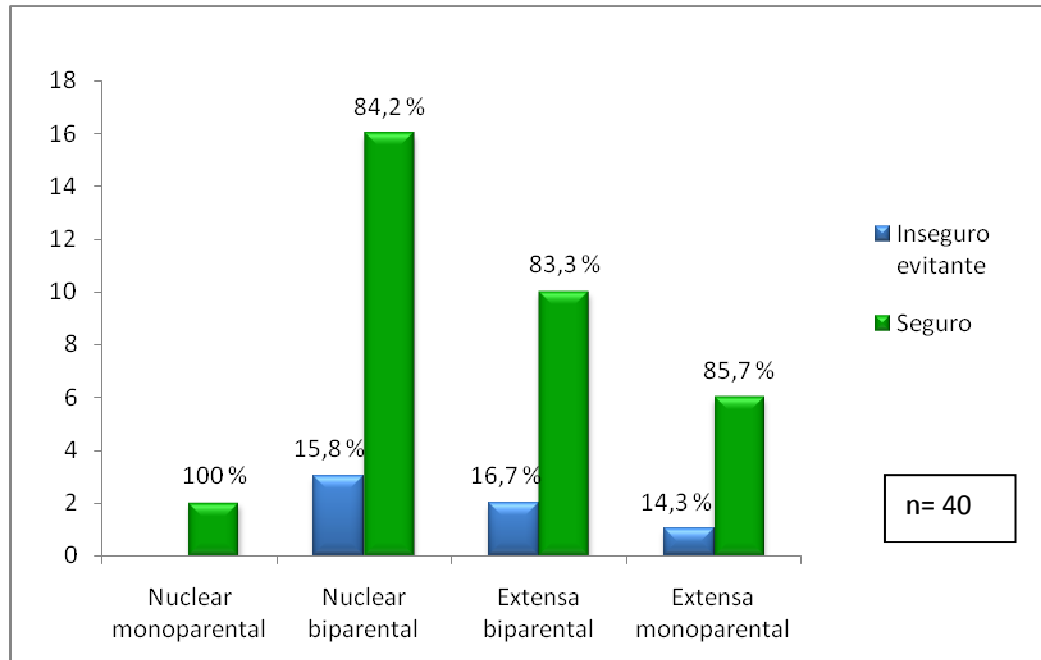
- Las madres sin riesgo de depresión post parto son quienes presentan el mayor porcentaje de estilo de apego inseguro evitante (16,7%), mientras que las madres con riesgo de depresión post parto muestra un 7,7% de este mismo estilo de apego.

Gráfico N° 20: *Distribución de los estilos de apego, según tipo de actividad laboral de la madre.*



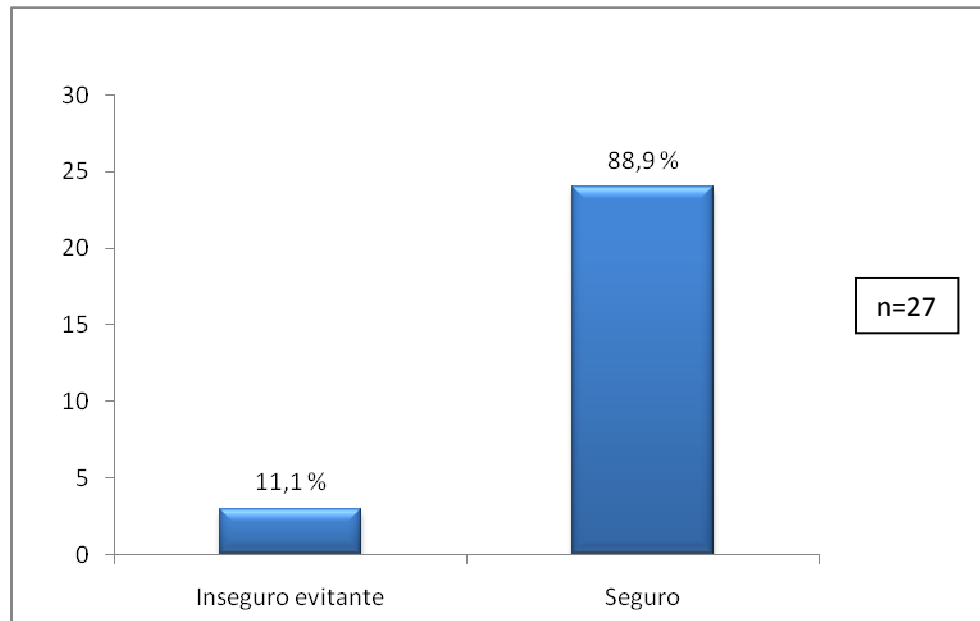
- Del total de madres trabajadoras del estudio, el 100% presenta un estilo de apego seguro y las madres dueñas de casa presentan un 88,3% de este estilo de apego.
- El 40% de las madres estudiantes presenta un estilo de apego inseguro evitante.

Gráfico N° 21: *Distribución de los estilos de apego, según tipo de familia.*



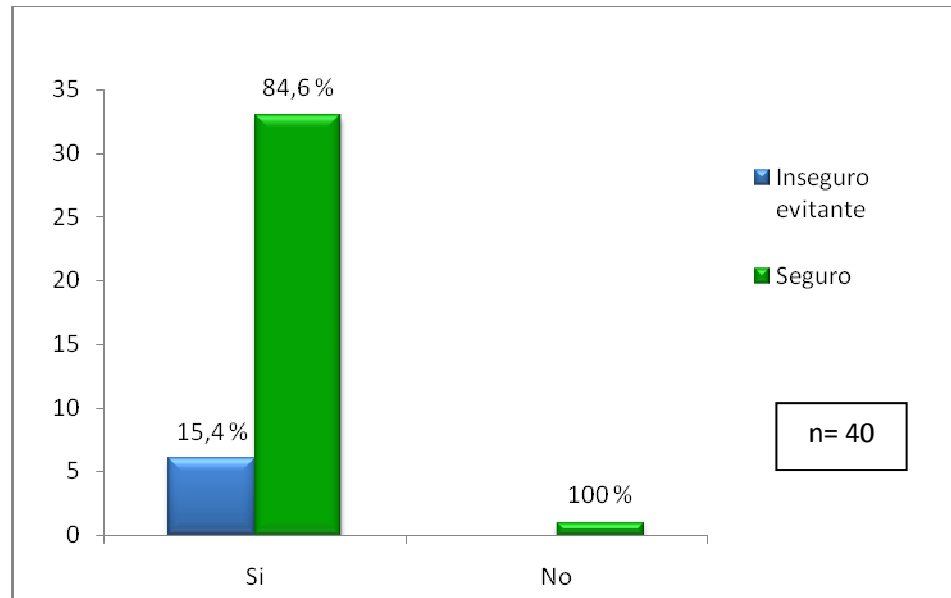
- De las familias nucleares monoparentales, un 100% presenta un estilo de apego seguro, mientras que el resto de los tipos de familias presentan mayoritariamente un estilo de apego seguro.

Gráfico N° 22: *Distribución de los estilos de apego en madres que refieren recibir apoyo afectivo.*



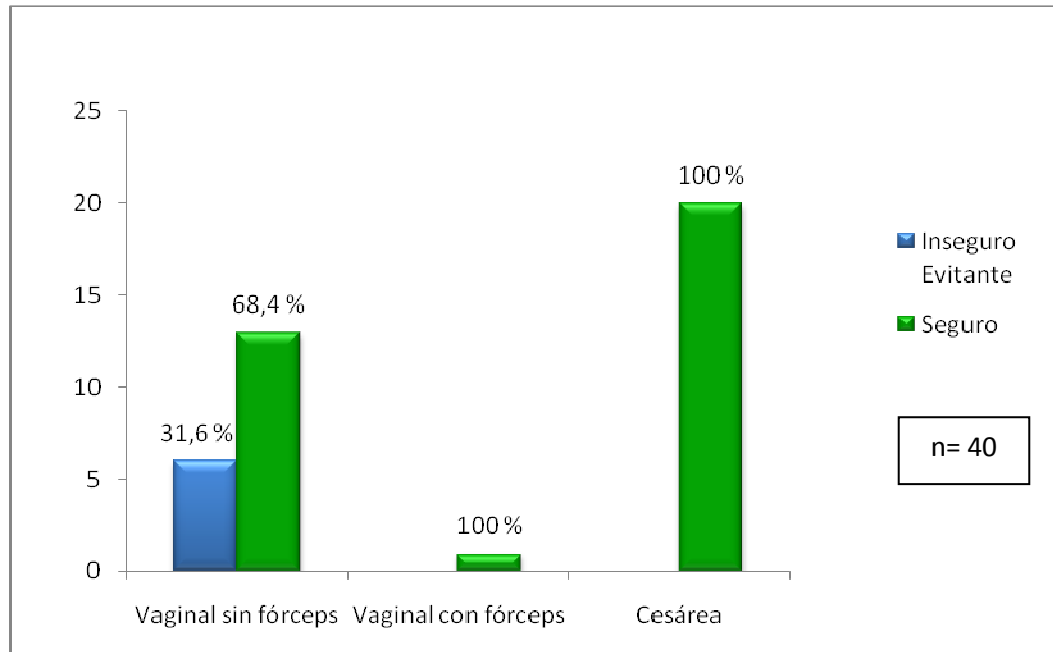
- De las madres que refieren recibir apoyo de tipo afectivo (27), un 11,1% presenta un estilo de apego inseguro evitante.

Gráfico N° 23: *Distribución de los estilos de apego, según apoyo del padre.*



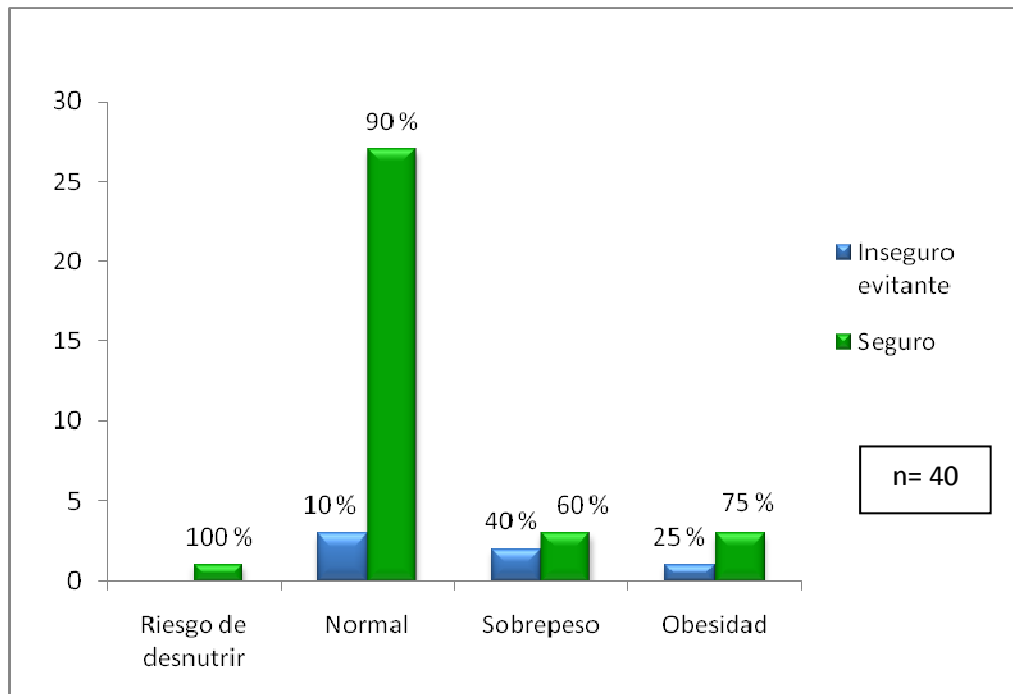
- Del total de las madres que refieren recibir apoyo del padre, un 84,6% presenta un estilo de apego seguro, mientras que el 15,4% restante presenta un estilo de apego inseguro evitante.

Gráfico N° 24: *Distribución del estilo de apego, según tipo de parto.*



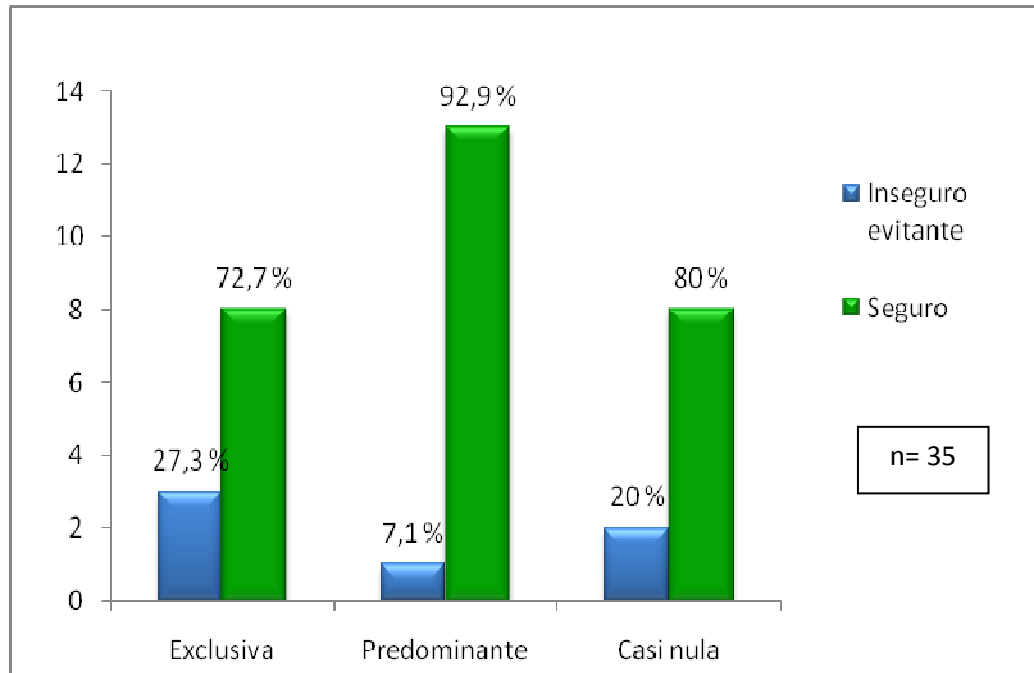
- El 100% de los lactantes nacidos por vía cesárea presenta un estilo de apego seguro.
- El 31,6% de los lactantes que nacieron por vía vaginal sin fórceps presentan estilos de apego inseguro evitante.

Gráfico N° 25: *Distribución de los estilos de apego, según estado nutricional del lactante.*



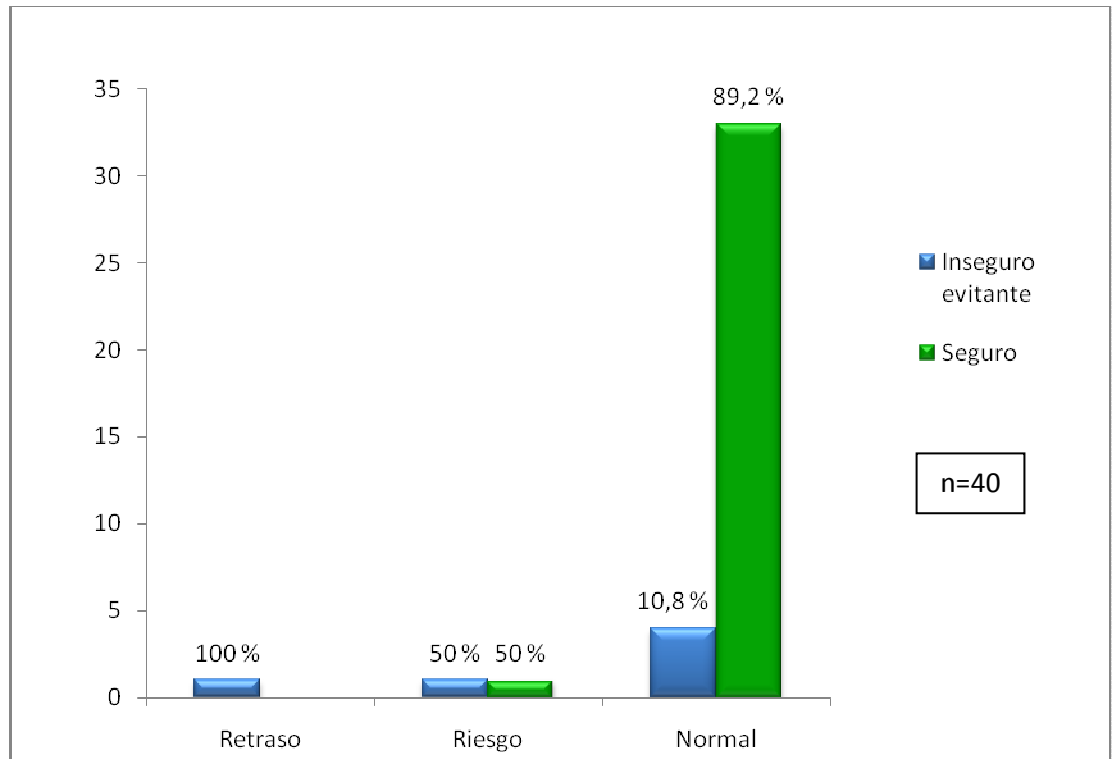
- De los lactantes que poseen malnutrición por exceso el estilo de apego inseguro evitante se presenta entre un 25 y 40%.
- De los lactantes con estado nutricional normal un 90% presenta un estilo de apego seguro.

Gráfico N° 26: *Distribución de los estilos de apego, según el tipo de lactancia materna.*



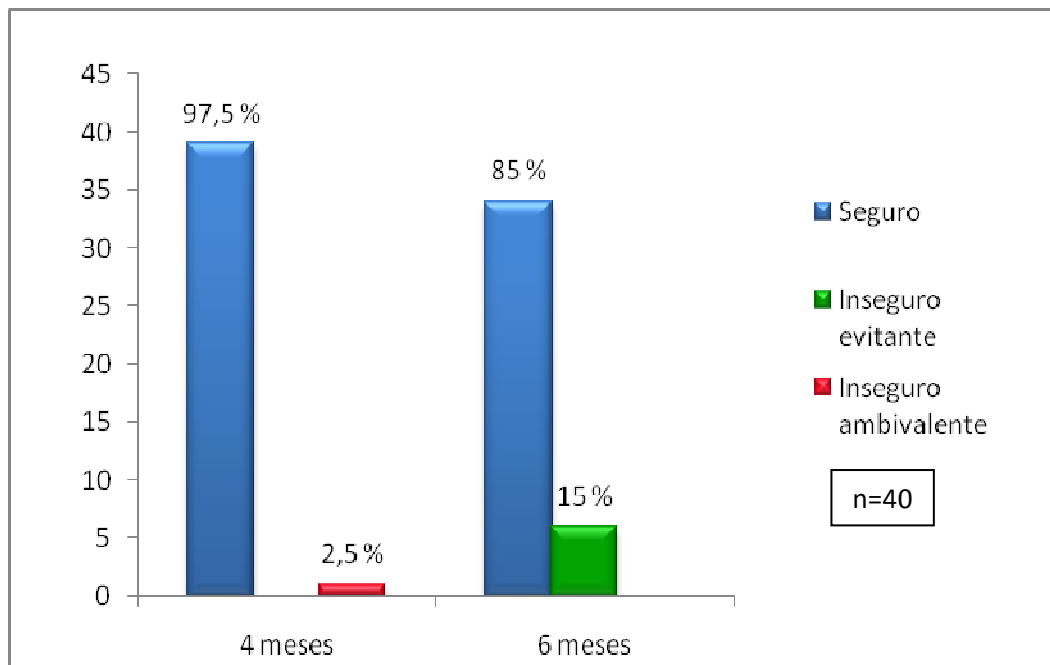
- De los lactantes alimentados con lactancia materna de tipo exclusiva un 27,3% presenta un estilo de apego inseguro evitante, mientras que los lactantes alimentados con lactancia de tipo predominante y casi nula presentan un 7,1% y 20% respectivamente del mismo estilo de apego.

Gráfico N° 27: *Distribución de los estilos de apego, según resultado de EEDP.*



- Gran parte de los lactantes del estudio con resultado de EEDP normal presentan un estilo de apego seguro (89,2%) y el 10,8% restante muestra un estilo de apego inseguro evitante.
- Un 50% de los lactantes con riesgo de retraso del desarrollo psicomotor y un 100% de los que efectivamente presentan dicho retraso, muestran un estilo de apego inseguro evitante.

Gráfico N° 28: *Distribución de los estilos de apego obtenidos a los 4 y 6 meses, según resultado de Massie-Campbell.*



- Del total de la población del estudio un 97,5% se clasifica en el estilo de apego seguro a los 4 meses y un 85% se clasifica en igual categoría a los 6 meses.
- A los 6 meses se obtiene que del total de la población un 15 % presenta un estilo de apego inseguro evitante, mientras que a los 4 meses existe un 0% de este estilo de apego.
- Del total de la población estudiada un 2,5% obtuvo un estilo de apego inseguro ambivalente a los 4 meses, sin presentarse este estilo de apego a los 6 meses.

CAPÍTULO VI:

CONCLUSIÓN, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio han permitido conocer las conductas de apego según las características familiares y personales de los lactantes.

Los estilos de apego se distribuyeron de la siguiente manera: 85% de estilos de apego seguro, 15% de estilos de apego inseguro evitante y 0% de estilos de apego inseguro ambivalente, porcentajes que difieren con el 66%, 20% y 12%, respectivamente, obtenidos en la investigación de Mary Ainsworth (1970). Por otro lado, existe una concordancia en la distribución de los estilos de apego obtenidos en la investigación realizada por Aguilar y Andia (2009), quienes encontraron un 88% de estilos de apego seguro y un 12% de estilo de apego inseguro, sin embargo existe discordancia en la distribución de estos últimos, registrando un 0% y 12% de estilos de apego inseguro evitante e inseguro ambivalente, respectivamente. Finalmente se destaca que los resultados de este estudio fueron discordantes con los obtenidos por Lecannelier (2006), quien encontró un 73,08% de estilos de apego seguro, y un 13,85% de estilo de apego inseguro evitante, sin embargo la mayor diferencia se aprecia en el resultado obtenido en los estilos de apego inseguro ambivalente, con un 13,08%.

Para los estilos de apego inseguro evitante, se observan conductas que se desvían de los puntajes 1 y 2 distribuidos de la siguiente manera:

- De los lactantes que presentaron estilo de apego inseguro hacia sus madres:
 - Un 75% presenta predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la conducta tocando B.
 - Un 75% presenta predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la conducta de afecto.
 - Un 50% presenta predominio hacia el puntaje 3 en la conducta sosteniendo.

- De las madres que presentaron estilo de apego inseguro hacia sus lactantes:
 - Un 66,7% presenta predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la conducta mirada.
 - Un 58,3% presenta un predominio hacia los puntajes 3 y 4 en la conducta tocando B.
 - Un 58,3% presenta predominio hacia el puntaje 3 en la conducta de afecto.

Derivado de lo anterior, se observa que las conductas *tocando B y afecto* están presentes tanto en las madres e hijos con estilo de apego inseguro evitante.

Es importante destacar que en las relaciones madre-hijo con estilo de apego inseguro evitante, las conductas de *vocalización y tocando A* que van desde la madre hacia su hijo, se encuentran en un 100% de los casos en los puntajes 1 y 2.

Respecto a los estilos de apego seguro, existe concordancia con las conductas de apego, ya que en el total de los casos, las 6 conductas observadas presentaron mayor porcentaje hacia los puntajes 3 y 4, tanto para las que van desde los lactantes hacia sus madres como las de éstas hacia sus hijos.

Características familiares y personales del lactante

Al analizar los resultados, en relación a las características familiares y personales del lactante, podemos mencionar que la edad de las madres se encuentra en un rango entre 14 y 37 años, siendo el promedio de 26,2 años (ver anexo N° 9). Si bien los autores Lamp, Hopps y Elster (1987), Main y Solomón (1987) y Escobar (2008), en sus estudios plantean que las madres adolescentes son quienes presentan una mayor probabilidad de establecer un estilo de apego inseguro con sus hijos, los resultados obtenidos en nuestra investigación indican que el 100% de las madres que presentan apego inseguro evitante no eran adolescentes.

Aguilar y Andía (2009), encontraron un 100% de estilos de apego seguro en las relaciones madre adolescente-hijo, utilizando como rango de edad los 17-20 años, situación que se asemeja a los resultados obtenidos en este estudio, donde las madres adolescentes, con edades entre los 14 -18 años, presentaban igual porcentaje de dicho estilo de apego.

En nuestro estudio, el mayor porcentaje de estilos de apego inseguro se encuentra en el rango de 19-24 años, representado por un 27,3%; mientras que en la investigación de Aguilar y Andía (2009), el mayor porcentaje de este estilo de apego se observa en el rango de 30-34 años, correspondiendo a un 40%.

Un 7,7% de las madres de este estudio con riesgo de depresión post parto presentan un estilo de apego inseguro evitante, mientras que en las madres sin riesgo de depresión post parto, un 16,7% presenta igual estilo de apego. Este resultado contradice estudios como los de Quezada y Santalices, (2009) que aseguran que la presencia de síntomas ansioso-depresivos se asocia a una mayor probabilidad de que la relación sea clasificada con un estilo de apego inseguro, dicha diferencia podría deberse a que aunque la psicopatología materna tiene una capacidad predictiva del 69,4% según estos mismos autores, su influencia no es absoluta, dando lugar a otras causas que podrían influir en la formación del vínculo de apego.

En relación a la actividad laboral de las madres en estudio, el 100% de las madres trabajadoras presentan estilo de apego seguro, esto coincide con los resultados del estudio de Fernández (1988), que indican que las madres trabajadoras tienen mayor tendencia a apegos seguros, debido a que están más conscientes de las limitaciones de su tiempo y lo distribuyen mejor.

Las madres del estudio que se desempeñan como dueñas de casa, presentan un 16,7% de estilos de apego inseguro evitante, difiriendo del resultado obtenido por los autores Aguilar y Andía (2009), correspondiente a un 9,1% de las madres dueñas de casa con estilos de apego inseguro, en este caso ambivalente.

El 100% de los lactantes que nacieron vía cesárea presentaron un estilo de apego seguro con sus madres, mientras que de aquellos que nacieron vía vaginal sin fórceps, un 31,6% presentaron estilos de apego inseguro evitante. Estos hallazgos no concuerdan con el estudio realizado por Lecannelier et al. (2007), quienes postulan que al presentar un parto de tipo vaginal sin fórceps, la presencia de estilos de apego seguro es mayor que al presentar un parto vía cesárea o con fórceps, ya que se establecería un mayor grado de conexión entre la madre y el recién nacido en el proceso de parto.

En relación al estado nutricional, se observa que del total de lactantes que tienen sobrepeso, el 40% presenta un estilo de apego inseguro evitante, coincidiendo con lo que

concluye Anderson (2011), quien encontró en sus estudios que en las relaciones madre-hijo con estilo de apego inseguro, el riesgo de obesidad se eleva en un 30%. Esto es respaldado por el 25% de los niños con obesidad que presentan un estilo de apego inseguro evitante. Se puede mencionar además, que la mayoría de los niños con estado nutricional normal (90%), presentan estilo de apego seguro.

Respecto a la lactancia materna, un 27,3% de los lactantes de nuestro estudio que la recibe de forma exclusiva presenta un estilo de apego inseguro evitante y un 72,7% muestra un estilo de apego seguro. Al analizar estos resultados con los obtenidos por Aguilar y Andía (2009), se observa una diferencia en los porcentajes descritos en su investigación, donde la lactancia materna exclusiva se presenta en un 15,8% de lactantes con estilo de apego inseguro ambivalente y un 84,2% de lactantes con estilo de apego seguro. Por otro lado, un 7,1% de los lactantes que reciben lactancia materna predominante en nuestro estudio, presentan un estilo de apego inseguro evitante, mientras que el 92,9% de los lactantes presentan un estilo de apego seguro. Los altos porcentajes de estilos de apego seguro tanto en los lactantes que consumen lactancia materna exclusiva como predominante, puede asociarse a que en estos tipos de alimentación, hay un mayor tiempo de contacto entre la madre y su hijo, lo que aumenta la liberación de oxitocina en la madre durante el amamantamiento, favoreciendo las conductas afectivas que estimulan la formación de estilos de apego seguro (Strathearn, 2009). Esto último reafirma que la lactancia materna es una fuente de afecto en la relación madre-hijo.

Otra de las características personales del lactante importante de analizar es la hospitalización. Del total de los lactantes que estuvieron hospitalizados en alguna ocasión, el 90% presentó estilos de apego seguro, mientras que el 10% restante resultó con un estilo de apego inseguro evitante. Esto no coincide con los estudios realizados por Aylward, Siegel y Conte (2001), quienes postulan que la hospitalización es un factor de riesgo para el desarrollo del apego seguro. Los resultados de la investigación de Posada (1999), en cambio, concuerda con nuestros resultados, ya que afirma que las conductas de apego de las madres durante el proceso de hospitalización de sus hijos no se verían afectadas durante este evento. Con respecto a las conductas de apego del lactante hacia su madre, Whaley y Wong (1995), plantean que éstas

tampoco se verían afectadas debido a que los lactantes menores de 6 meses no presentan reacciones ante la hospitalización (no existe angustia ante la separación ni pérdida de control), ya que el vínculo de apego aún se encuentra en desarrollo.

De acuerdo a los hallazgos de nuestro estudio, donde la mayoría de los lactantes con resultado de EEDP normal presentan un estilo de apego seguro (89,2%), podemos concluir que estos resultados coinciden con lo postulado por Kotliarenco y Lecannelier (2004), quienes plantean que la formación de un vínculo de apego seguro es un factor protector para un adecuado desarrollo psicomotor. Respecto a los lactantes que presentaron un estilo de apego inseguro evitante, se observa que éstos se distribuyen en el 50% de los casos que presentaron riesgo de retraso del desarrollo psicomotor y en el 100% de los casos que efectivamente presentaron dicho retraso, resultados que coinciden con las conclusiones de la investigación de Armijo et al. (2009), quienes plantearon que los estilos de apego inseguros afectarían las habilidades psicomotoras del lactante.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se sugiere lo siguiente:

- Realizar nuevos estudios para profundizar en algunos elementos y resultados obtenidos, como son:
 - Las conductas de apego (especialmente las de vocalización y de tacto desde la madre hacia el niño).
 - Relación entre el estilo de apego inseguro y la malnutrición por exceso del lactante.
 - Relación entre la formación de estilos de apego y la actividad laboral de las madres.
 - Relación entre la formación de estilos de apego y el tipo de parto.
 - Relación entre la formación de estilos de apego y resultado de la Escala de Edimburgo.
- Implementar intervenciones a nivel de atención primaria que promuevan la sensibilidad materna.
- Fomentar intervenciones para promover las conductas de vocalización y de tacto por parte de la madre, como es capacitar a los profesionales de enfermería en masaje infantil (Ej. Shantala).
- Definir flujogramas de intervención en cada centro de salud familiar, donde se explique en detalle las actividades a realizar en caso de pesquisa de apegos inseguro, garantizando una atención oportuna y atingente a cada caso en particular.
- Para estudios posteriores, considerar además del tipo de lactancia materna recibida por el niño la observación de otras variables como el contexto afectivo en el que la madre amamanta al lactante, es decir, las características de este encuentro, la manera en que la madre lo sostiene, lo mira, lo toca y le vocaliza durante la lactancia, y la respuesta del

lactante a estas conductas. Observar si existe una relación entre este acto y el desarrollo de distintos estilos de apego.

- Para estudios posteriores considerar otras variables psicosociales de la madre no estudiadas que podrían intervenir en el desarrollo de los estilos de apego como lo son la satisfacción laboral, relación de pareja y proyecto de vida.
- Aumentar el número de enfermeros (as) capacitados (as) y validados (as) por el MINSAL en la aplicación de la escala de Massie-Campbell, con la finalidad de que los resultados obtenidos sean confiables y objetivos.
- En estudios posteriores a éste, se recomienda que los investigadores consideren la cercanía y el contacto que tenga la madre con su hijo durante la hospitalización, ya que estas conductas de afecto pueden verse afectadas por múltiples causas, influyendo positiva o negativamente en el desarrollo del apego.

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

El apego es el vínculo emocional recíproco y perdurable entre el niño y su cuidador principal, que se caracteriza por la búsqueda de seguridad del niño hacia su madre. Estudios internacionales, pioneros y de gran relevancia, encabezados por Bowlby y Ainsworth describen diferentes estilos de apego, que se distribuyen en los siguientes porcentajes: 66% de estilos de apego seguro, 20% de estilos de apego inseguro evitable y 12% de estilos de apego inseguro ambivalente. Esta situación contrasta a lo observado en la realidad chilena, donde existe un mayor porcentaje de estilos de apego seguro.

El objetivo del presente estudio es determinar los estilos de apego y describir las características personales y familiares en una muestra constituida por 40 relaciones madre-hijo(a). Los niños del estudio son lactantes nacidos en el mes de Junio del año 2011 y son controlados en los CESFAM Barón, CESFAM Marcelo Mena y CESFAM Placeres. La recolección de datos se realizó a través de visitas domiciliarias, donde se aplicó la Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor (EEDP), la Escala Massie Campbell y un cuestionario sobre características personales y familiares del lactante. Para llevar a cabo el objetivo de la investigación se analizaron los datos obtenidos, donde se determinó la prevalencia de cada estilo de apego y el tipo de conductas observadas según la Escala Massie Campbell. Además se caracterizó a la población acorde a las respuestas dadas por la madre en el cuestionario, y se describieron características relevantes según los estilos de apego encontrados.

Los resultados obtenidos en esta investigación determinaron que en la población de estudio se presentó un 85% de estilos de apego seguro, un 15% de estilos de apego inseguro evitante, y un 0% de estilos de apego inseguro ambivalente. Respecto a la caracterización de la población destaca que en general forman parte de familias con estructuras biparentales, la mayoría de las madres son dueñas de casa, tienen 1 o 2 hijos, poseen estudios de enseñanza media y reciben apoyo de tipo afectivo y económico. Por otro lado, gran parte de los lactantes poseen estado nutricional normal y malnutrición por exceso, han recibido alguna vez lactancia materna, han asistido con frecuencia a los controles de salud y la gran mayoría no ha estado hospitalizada ni ha asistido a sala cuna.

ABSTRACT

Attachment is an emotional, mutual and lasting bond between a child and his/her main keeper, characterized by the searching of the child's security to his mother. Internationals pioneers' studies of great relevance, led by Bowlby and Ainsworth described different styles attachment, distributed in the following percentages: 66% of safe attachment, 20% of avoidable unsafe attachment and 12% of ambivalent unsafe attachment. This situation is the opposite of the Chilean reality, where a higher percentage of safe attachment exists.

The object of this study is to determine the attachment styles and describe the family and personal characteristics from 40 mother-child relationship. Children are infants born in June, 2011 and they are controlled by CESFAM Baron, CESFAM Marcelo Mena and CESFAM Placeres. The data collection was performed through home visits in which three instruments were implemented the Evaluation Scale of Psychomotor Development (EEDP), the Massie-Campbell Scale and a questionnaire about family and child characteristics. To carry out the objectives of this investigation, the results were analyzed, and it was able to determinate the prevalence of each style attachment and the conducts according to the Massie-Campbell Scale, also the people in study were characterized according to the answers given by the mother in the questionnaire and the main characteristics could be described in accordance with the attachment styles found.

The results obtained from this investigation showed the following distribution of styles attachment: 85% of safe attachment, 15% of avoidable unsafe attachment and 0% of ambivalent unsafe attachment. About the characterization of the people in study stands out that the most belong to two parents' family structures, are housewives of 1 or 2 children, have secondary education and are emotionally and financially supported. On the other hand, most of infants have normal nutritional condition or overweight; they have sometimes received breastfeeding, have often gone to health checks and also most have not been hospitalized or have never gone to the nursery.

CAPÍTULO VII:

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- *Administre sus referencias bibliográficas* (s.f.). Recuperado de <http://sibuc.uc.cl/sibuc/dhi/citar/index.html>.
- Aguilar, P., Andía, R. (2009). *Relación entre los tipos de apego según escala Massie Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al centro de salud familiar rural niebla enero- agosto 2008*. (Tesis de licenciatura). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- *Algunas consideraciones sobre el concepto de apego: Revisión Histórica y Aportes Clínicos* (s.f.). Recuperado de http://mdp.academia.edu/Mar%C3%ADaFlorenGiaciGiuliani/Papers/671293/Algunas_Consid eraciones_sobre_el_Concepto_de_Apego_Revisi on_Historica_y_Aportes_Clinicos
- *Apego Temprano* (2009). Recuperado de <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ninonina/ApegoTempranoJornada2.pdf>
- Barudy, J. (2005). *Los buenos tratos de la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. España: Gedisa.
- Barudy, J., Dantagnan, M. (2011). Cuidado y presencialidad: Palabras claves para el apego seguro. *El Observador*. (7), 77-86.
- Berk, L. (1999). *El desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Bowlby, J (1999). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, (5ta. ed.). Madrid: Morata.

- Brunelli S., Hofer M. (2007). Selective breeding for infant rat separation-induced ultrasonic vocalizations: developmental precursors of passive and active coping styles. *Behavioural Brain Research* 182(2), 193-207. Doi: 10.1016/j.bbr.2007.04.014
- Cantón, J., Cortés, M. (2000). *El apego de los niños a sus cuidadores: evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo*. España: Alianza.
- Castañón, C. (s.f). *Depresión Postparto, que se nos pase*. Recuperado del sitio Web del Departamento de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile de <http://www.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/articulos/041.html>.
- Child Trauma Academy. (1999). *Formación de vínculos y el desarrollo de apego en niños maltratados: consecuencias de la negligencia emocional en la niñez*. Recuperado de http://www.asatlas.org/descargas/doc_download/36-vinculos-maltratados.
- Coddou, C. (2010.07.04) Apego seguro es más común en niños que nacen por parto normal. *Facultad de Medicina, Universidad de Chile*. Recuperado de <http://www.med.uchile.cl/2010/abril/4130-apego-seguro-es-mas-comun-en-ninos-que-nacen-por-parto-normal.html>.
- Escobar, M. (2008). *Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Evaristi, D. (2010). *Estilos de Apego y las características del binomio madre-hijo*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría [Exclusivo en línea] *Aperturas psicoanalíticas*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a>.

- Fundación Orienta. (2008). *El sentimiento de seguridad es un camino del desarrollo*. Recuperado de <http://www.fundacioorienta.com/pdf/J.%20Juri.%20Papel.pdf>
- *Investigación sobre Separación madre-hijo: Dr. Phyllis C. Dolhinow*(s.f.). Recuperado de http://www.universoanimal.com/madre_hijo.pdf
- Lecannelier, F. (2007). *Manual de Administración, Codificación y Guías de Conductas Problemáticas en el apego*. Recuperado del sitio web del Instituto de intervención temprana de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo:
<http://idemsalud.com/documentos/adjunto012122007071438MANUAL%20MASSIE-CAMPBELL-2007%5B1%5D.pdf>
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago, Chile: Lom
- *Manual para el Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial de los Niños y Niñas de 0 a 6 años* (2009). Recuperado de <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/01/Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos-2008.pdf>
- Menninger, W., Nordlund, E., Rodger, T., Roudinesco, J., De Ruyter, H., Pacheco E Silva, A., ...& Zimmerman, K. (1950). Serie de informes técnicos: Comité de expertos en salud mental (31). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_31_spa.pdf
- Moneta, M. (2003). *El Apego: Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la díada madre-hijo*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

- Ortiz, J., Borre, A., Carrido, S., Gutiérrez, G. (2006). Relación de Apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología* 31(1), 71-86. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80538105.pdf>
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista chilena pediátrica*, 78(1), 96-102. Doi: 10.4067/S0370-41062007000600008
- *Salud Mental de la Mujer* (2007). Recuperado de <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ninonina/saludmentaldelamujer.pdf>
- Santelices, M., Olhaberry, M. (2009). Asistencia Temprana a Sala Cuna y patrones de apego infantil: Una revisión. *SUMMA Psicológica UST*. 6(1), 101-111. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3020383>
- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., Montague, P. (2009). Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. *Neuropsychopharmacology*, 34, 2655-2666. Doi: 10.1038/npp.2009.103

ANEXOS

Anexo N°1:

Instructivo para aplicación de los instrumentos.

Instrucciones generales:

- Los instrumentos deben ser aplicados por los estudiantes tesistas en forma presencial, a través de una visita domiciliaria.
- Cada visita domiciliaria debe ser realizada con el objeto de evaluar el DSM del lactante. Además debe ser realizada por al menos dos estudiantes, quienes deberán presentarse al hogar con su delantal institucional y piocha de identificación.
- Durante la evaluación de DSM las (os) tesistas observaran las conductas de apego en la relación madre – hijo (a) e hijo (a) – madre, de acuerdo a la Escala de Massie Campbell.
- Terminada la aplicación del EEDP, uno de las (os) tesistas procederá a calcular el Coeficiente de Desarrollo (CD) y el otro informará a la madre sobre el estudio y su deseo de participación.
- En caso de madre menor de 18 años el consentimiento informado deberá ser firmado por el tutor legal.
- Las madres menores de 18 años deben firmar el asentimiento informado.
- Si la madre acepta participar se le aplicará el cuestionario para recoger información sobre características personales y familiares. Para ello se debe establecer una relación de proximidad y comodidad, siendo en lo posible realizados en condiciones ambientales adecuadas: sin interferencias, ni ruidos de radio o televisión.
- Si no acepta participar no se aplicará cuestionario y no se incorporará al estudio.
- Los cuestionarios deben ser enumerados en forma correlativa y en concordancias con el formulario de la Escala Massie – Campbell, para evitar pérdidas, errores o confusiones.
- En cada formulario se debe identificar el nombre del CESFAM, fecha y número de ficha del niño (a).

Instrucciones específicas

- En el momento de la aplicación, el (la) tesista leerá las preguntas con sus respectivas alternativas, de las cuales la madre deberá elegir la más cercana a su realidad.
- En las preguntas cerradas, el (la) tesista marcará con una x la (s) alternativas señalada (s) por la madre del estudio o completará la respuesta referida por ella. Bajo cualquier circunstancia se debe evitar el uso de lápiz grafito y corrector.
- Se proporcionará el tiempo que la madre considere necesario para contestar cada pregunta, dando a su vez, la posibilidad de aclarar dudas.
- Al terminar la entrevista y de acuerdo a los resultados del DSM y las tendencias de estilo de apego establecidos se realizará intervención de enfermería, según sea el caso.
- Para completar el cuestionario se obtendrá de la ficha de salud familiar o el carnet de control de salud del lactante los siguientes datos: edad gestacional, tipo de parto, APGAR de nacimiento, puntaje de Edimburgo, estado nutricional en el último control.

Anexo N°2:

- **Número de cuestionario:**
- **Fecha:**
- **CESFAM:**
- **Ficha de familiar del lactante:**
- **Encuestador:**

**CUESTIONARIO: ESTUDIO “ESTILOS DE APEGO EN LA RELACIÓN
MADRE-HIJO (A) SEGÚN CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y PERSONALES
DEL LACTANTE”**

El presente cuestionario ha sido elaborado para conocer las características personales y familiares de las madres y sus hijos (as) que participan en el estudio sobre “Estilos de apego en la relación madre-hijo(a) según características familiares y personales de los lactantes controlados en los Centro de Salud familiar Barón, Marcelo Mena y Placeres, pertenecientes a la CORMUVAL, durante Diciembre del 2011”. Para ello, le solicitamos que responda a todas las preguntas con veracidad. Le agradeceremos sinceramente su participación y el tiempo que dedicará a responder este cuestionario, el cual consta de dos ítems: Características familiares del lactante y características Personales del lactante.

Ítem I: Características familiares.

I. Datos de la madre:

Edad: _____	Nº de hijos: _____	Edimburgo (2 meses): _____
-------------	--------------------	----------------------------

1. Ocupación:

Ocupación		N° de días a la semana	N° horas diarias
Trabajadora			
Estudiante			
Dueña de casa			

2. Lugar donde desempeña la actividad:

Dentro del hogar	
Fuera del hogar	

3. Escolaridad:

Sin instrucción		Básica incompleta		Básica completa	
Media completa		Superior incompleta		Superior completa	

4. Tipo de apoyo que recibe la madre:

Afectivo

Familia	
Comunidad	
Gobierno	

Económico

Familia	
Comunidad	
Gobierno	

5. Tipo de relación entre la madre y el padre del lactante:

	Casados.		Viven en casas diferentes sin tener ningún vínculo afectivo, pero mantienen contacto para cumplir su rol de padres.
	Pareja estable, pero viven en casas diferentes.		
	Sin contacto con el padre.		
	Convivientes.		Otro.

6. ¿Recibe apoyo del padre?

	Si.		No.
--	-----	--	-----

7. ¿De qué manera?

	Apoyo económico
	Apoyo afectivo
	Otro

8. *¿El padre comparte con su hijo/a?*

	Si.		No.
--	-----	--	-----

Item 2: Características personales del lactante.

Sexo: _____	Fecha nacimiento: _____	Edad en meses: _____
Resultado Massie-Campbell a los 4 meses: _____	Resultado EEDP: _____	

1. *Tipo de parto:*

	Vaginal sin fórceps.
	Vaginal con fórceps.
	Cesárea.

2. *APGAR de nacimiento:*

1 ^{er} minuto	Normal	
	Alterado	
5 ^{to} minuto	Normal	
	Alterado	

3. *¿Alimenta con lactancia materna al lactante?*

Sí (pasar a pregunta 4).	
No (pasar a pregunta 5).	

4. *Manera en que la lactancia materna forma parte de la alimentación del lactante:*

Exclusiva		Predominante		Casi nula	
-----------	--	--------------	--	-----------	--

5. *¿Recibió alguna vez?:*

<i>Si</i>		<i>No</i>	
-----------	--	-----------	--

6. Meses que se ha alimentado con LME de ser así:

1 mes		4 meses	
2 meses		5 meses	
3 meses		6 meses	

7. Frecuencia de asistencia a los controles de salud infantil:

Siempre		A veces	
Casi siempre		Nunca	

8. ¿El lactante asiste a sala cuna?:

<i>Si</i>		¿Desde qué edad (meses)?: _____
<i>No</i>		

9. ¿El lactante ha estado hospitalizado?:

<i>Si</i>		¿Cuántas veces?: _____	Número de días totales: _____
<i>No</i>			

10. Persona (s) con quien (es) vive el lactante:

Madre		Padre	
Hermanos		Abuelos	
Abuelos		Otros	

Firma encuestado: _____.

Firma encuestador: _____.

Especificaciones:

- El tipo de apoyo afectivo que recibe la madre puede ser en los cuidados del lactante, apoyo emocional, apoyo en actividades diarias, grupos de autoayuda, talleres de relajación, u otros.
- El tipo de apoyo económico que recibe la madre puede ser la entrega de pensiones, subsidios, alimentos, pañales u otros bienes materiales.

Anexo N°3

ESCALA DE EVALUACIÓN DE APEGO MADRE-BEBÉ MASSIE-CAMPBELL

ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL PARA SER USADO DURANTE EL EXAMEN PEDIATRICO Y OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES EN EL CUIDADO DEL NIÑO						
CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE						
CONDUCTA A OBSERVAR	1	2	3	4	5	X
Mirada	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira a la cara de la madre.	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre.	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo.	Comp. no Obs.
Vocalización	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Comp. no Obs.
Tocando (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca siempre toca a la madre.	Comp. no Obs.
Tocando (b)	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	Comp. no Obs.
Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Comp. no Obs.
Afecto	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional, en general sonrío.	Siempre sonriente.	Comp. no Obs.
Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Comp. no Obs.

RESUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRÉS DEL NIÑO						
CONDUCTA A OBSERVAR	1	2	3	4	5	X
Mirada	Siempre evita mirar la cara del niño.	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos.	Comp. no Obs.
Vocalización	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	Comp. no Obs.
Tocando (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Comp. no Obs.
Tocando (b)	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	Comp. no Obs.
Sosteniendo	Rechaza al niño alterado, empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo	Comp. no Obs.
Afecto	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional, en general sonríe.	Siempre sonriente.	Comp. no Obs.
Proximidad o cercanía	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Comp. no Obs.

Anexo N°4

Consentimiento Informado para madres

Estudio: “Estilos de apego en la relación madre-hijo(a) según características familiares y personales de los lactantes”

Estimada Madre:

Le invitamos a participar en este estudio cuya finalidad es determinar la prevalencia de estilos de apego en la relación madre - hijo. La información que nos proporcione será de mucha utilidad en la implementación de nuevas intervenciones y estrategias de gran valor social en el ámbito de las relaciones madre-hijo.

Su participación en este estudio consiste en responder un cuestionario que tiene por objetivo recolectar información sobre características familiares y personales. Otra fuente de información que utilizaremos serán la ficha de salud familiar y carnet de control de su hijo(a), a partir de la cual recolectaremos otros datos, tales como: puntaje Edimburgo, tipo de parto, edad gestacional, APGAR de nacimiento, estado nutricional del niño en su último control. Además, durante la visita domiciliaria, los investigadores observarán la relación de apego que se establece entre Ud. y su hijo (a), mediante una pauta de observación.

Los investigadores responsables de este estudio son estudiantes tesisistas de cuarto año de la Escuela de Enfermería de la Universidad Valparaíso, y las enfermeras – matronas Lucy Armstrong y Josephine Bratz, profesoras de dicha casa de estudios.

En el caso de que los investigadores lo consideren pertinente, usted podrá acceder a beneficios en su CESFAM, los cuales consisten en: evaluar el apego y posteriormente intervenir (educación, apoyo, asesoramiento), según los resultados pesquisados por el profesional de salud.

Su participación no constituye ningún riesgo para la salud de usted ni de su hijo (a). En caso de que se sienta incómoda, usted puede comunicarlo y nosotros la acogeremos; si no desea participar o si no desea seguir haciéndolo, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, lo cual no tendrá consecuencias negativas para usted ni su hijo/a, ni tampoco afectará las atenciones de salud habituales en su CESFAM.

Es importante que sepa que la información que nos proporcione se manejará con absoluta reserva y no será revelada a terceros. Los resultados de esta investigación se usarán sólo para los fines de este estudio y en eventuales publicaciones se protegerá la identidad de los participantes.

Su participación en el estudio no tendrá ningún costo económico, ni tampoco habrá retribución monetaria.

En caso de dudas y consultas sobre la investigación, usted puede contactarse con Jerbanna Alvear, presidenta del grupo de investigación, fono: 94639720, o escribir al correo tesis.enfermeriauv@gmail.com. También es posible que se contacte con las docentes guías: Lucy Armstrong y Josephine Bratz, del Departamento Niño y Adolescente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Dirección: Blas Cuevas #1028, Valparaíso, fono: 2507427.

Nombre y firma de quien informa el consentimiento: _____

Fecha: _____

Número de consentimiento: _____

Anexo N° 5

Ficha de consentimiento informado para las madres

Yo (Iniciales) _____ declaro haber leído y comprendido que mi participación en el estudio: *¿Cuáles son los estilos de apego en la relación madre-hijo(a) según características familiares y personales de los lactantes controlados en los Centro de Salud familiar Barón, Marcelo Mena y Placeres, pertenecientes a la CORMUVAL, durante Diciembre del 2011?*, es totalmente voluntaria y que podré retractarme de participar en cualquier fase de éste sin perjuicio alguno para mí y mi hijo (a). Entiendo también que mi participación no tiene costos ni beneficios económicos, que mis datos personales e información familiar serán manejadas con confidencialidad y que en caso de dudas acerca del estudio podré comunicarme libremente con el representante del grupo de investigadores: Jerbanna Alvear, presidenta del grupo de investigación, fono: 94639720, o escribir al correo tesistas.enfermeriauv@gmail.com. Comprendo que si los investigadores así lo consideran necesario, podré participar junto a mi hijo en las intervenciones que serán coordinadas por el CESFAM en el que me atiendo.

Nombre de la persona informada (iniciales): _____

Fono de la persona informada: _____

Firma de la persona informada: _____

Fecha: _____

Número de consentimiento: _____

Anexo N°6

Asentimiento informado para madres adolescentes menores de 18 años.

Estudio: “Estilos de apego en la relación madre-hijo(a) según características familiares y personales de los lactantes”

Estimada Madre:

Queremos invitarla a participar en este estudio de manera voluntaria. Nuestro propósito es determinar la prevalencia de estilos de apego en la relación madre - hijo. La información que nos proporcione será de mucha utilidad en la implementación de intervenciones y estrategias de gran valor social en el ámbito de las relaciones madre e hijo.

Para participar debe responder un cuestionario, en el cual se recolectará información familiar y personal. Otra fuente de información será la ficha de salud familiar y el carnet de control de su hijo(a). Durante la visita se realizará observación de la relación de apego que se establece entre Ud. y su hijo (a).

Para su conocimiento, somos estudiantes tesistas de IV Año de Enfermería, pertenecientes a la Universidad de Valparaíso. Estamos asesorados por dos profesoras guías de esta institución: Enfermeras – matronas Lucy Armstrong y Josephine Bratz.

Si lo consideramos pertinente podrá acceder a beneficios dentro de su CESFAM, tales como: Evaluación del apego, educación, apoyo y asesoramiento profesional.

La participación en este estudio no tiene ningún riesgo para Ud. ni para su hijo(a), tampoco consecuencias negativas en las atenciones habituales del CESFAM. Tiene derecho a negarse a participar en el estudio, a retirarse cuando lo desee y expresar su incomodidad en cualquier momento.

Es importante que sepa que la información que nos entregue se manejará con absoluta reserva y no será revelada a terceros. Los resultados de la investigación se usarán sólo para los fines de este estudio y se protegerá la identidad de los participantes. Su participación no tendrá costo económico, ni tampoco habrá retribución monetaria.

En caso de dudas y consultas puede contactar a Jerbanna Alvear, presidenta del grupo de investigación, fono: 94639720, o escribir al correo tesistas.enfermeriauv@gmail.com. También puedes comunicarte con las profesoras guías: Lucy Armstrong y Josephine Bratz, del Departamento Niño y Adolescente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Dirección: Blas Cuevas #1028, Valparaíso, fono: 2507427.

Nombre y firma de quien informa el consentimiento: _____

Fecha y número de asentamiento: _____

Anexo N° 7

Ficha de asentimiento informado para madres adolescentes.

Yo (Iniciales del nombre) _____ declaro estar informada y haber entendido que mi participación en el estudio: **“¿Cuáles son los estilos de apego en la relación madre-hijo(a) según características familiares y personales de los lactantes controlados en los Centro de Salud familiar Barón, Marcelo Mena y Placeres, pertenecientes a la CORMUVAL, durante Diciembre del 2011?”**, es totalmente voluntaria y podré retractarme de participar en cualquier fase de éste sin perjuicio alguno. Entiendo también que mi participación no tiene costos ni beneficios económicos, que mis datos personales e información familiar serán manejadas con confidencialidad y que en caso de dudas acerca del estudio podré comunicarme libremente con el representante del grupo de investigadores: Jerbanna Alvear, presidenta del grupo de investigación, fono: 94639720, o escribir al correo tesistas.enfermeriauv@gmail.com. Comprendo que si los investigadores así lo consideran necesario, podré participar junto a mi hijo en las intervenciones que serán coordinadas por el CESFAM en el que me atiendo.

Nombre de la persona informada (iniciales): _____

Fono de la persona informada: _____



Firma de la persona informada: _____

Fecha: _____

Numero de asentimiento: _____

Anexo N° 8

ANEXO - 02
CONSENTIMIENTO INFORMADO VISITA
DOMICILIARIA INTEGRAL PARA EL DESARROLLO
PSICOSOCIAL DE Niños o niñas DE 0 A 6 AÑOS

Yo, (nombre y apellidos del adulto responsable del niño o niña)

RUT: _____ - ____; estoy de acuerdo y autorizo la realización de la visita en mi domicilio, del equipo de salud del Centro (nombre del centro de salud)

Yo he sido informada(do) sobre la importancia de apoyar las condiciones del desarrollo de mi hijo / hija de 0 a 6 años en varias áreas; por ejemplo físico, emocional, social, lenguaje, etc. y además estoy informada(do) sobre el objetivo principal de esta visita de hoy: (escriba el objetivo principal de la visita domiciliaria)

Nombre del adulto responsable: _____

Firma del adulto responsable: _____

Nombre de las dos personas del equipo de salud que realizan la visita:

- _____

- _____

Fecha: _____

Hora de ingreso al domicilio: _____

Anexo N° 9

Tabla N° 1: Edad de la madre.

EDAD DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 años	1	2,5%
18 años	3	7,5%
19 años	2	5%
20 años	2	5%
22 años	3	7,5%
23 años	3	7,5%
24 años	1	2,5%
25 años	6	15%
26 años	2	5%
27 años	1	2,5%
28 años	1	2,5%
29 años	2	5%
30 años	1	2,5%
31 años	2	5%
32 años	4	10%
34 años	3	7,5%
35 años	1	2,5%
36 años	1	2,5%
37 años	1	2,5%
TOTAL	40	100%

Mediana	27
Mínima	14
Máxima	27
Promedio	26,2

Tabla N° 2: Género del lactante.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	21	52,5%
Femenino	19	47,5%
TOTAL	40	100%

Tabla N° 3: CESFAM al que pertenecen los lactantes.

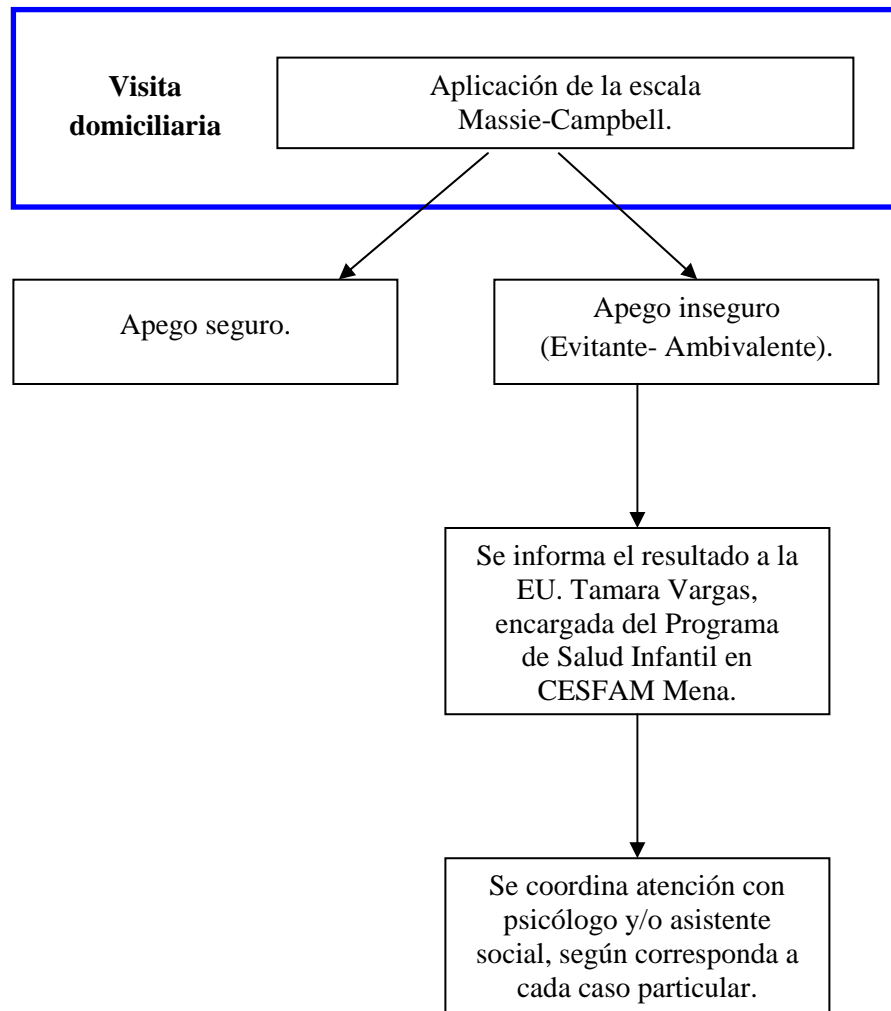
CESFAM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Barón	11	27,5%
M. Mena	20	50%
Placeres	9	22,5%
TOTAL	40	100%

Tabla N° 4: Distribución de los resultados de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)

PUNTAJE OBTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESULTADO
61	1	2,50%	Retraso
70	1	2,50%	Riesgo
84	1	2,50%	Riesgo
87	1	2,50%	Normal
89	1	2,50%	Normal
90	2	2,50%	Normal
91	1	2,50%	Normal
93	1	2,50%	Normal
97	2	5%	Normal
100	3	7,50%	Normal
101	2	5%	Normal
102	1	2,50%	Normal
103	2	2,50%	Normal
104	2	5%	Normal
107	1	2,50%	Normal
111	1	2,50%	Normal
112	3	7,50%	Normal
114	3	7,50%	Normal
115	3	7,50%	Normal
119	1	2,50%	Normal
120	1	2,50%	Normal
122	1	2,50%	Normal
124	1	2,50%	Normal
126	2	5%	Normal
129	1	2,50%	Normal
135	1	2,50%	Normal

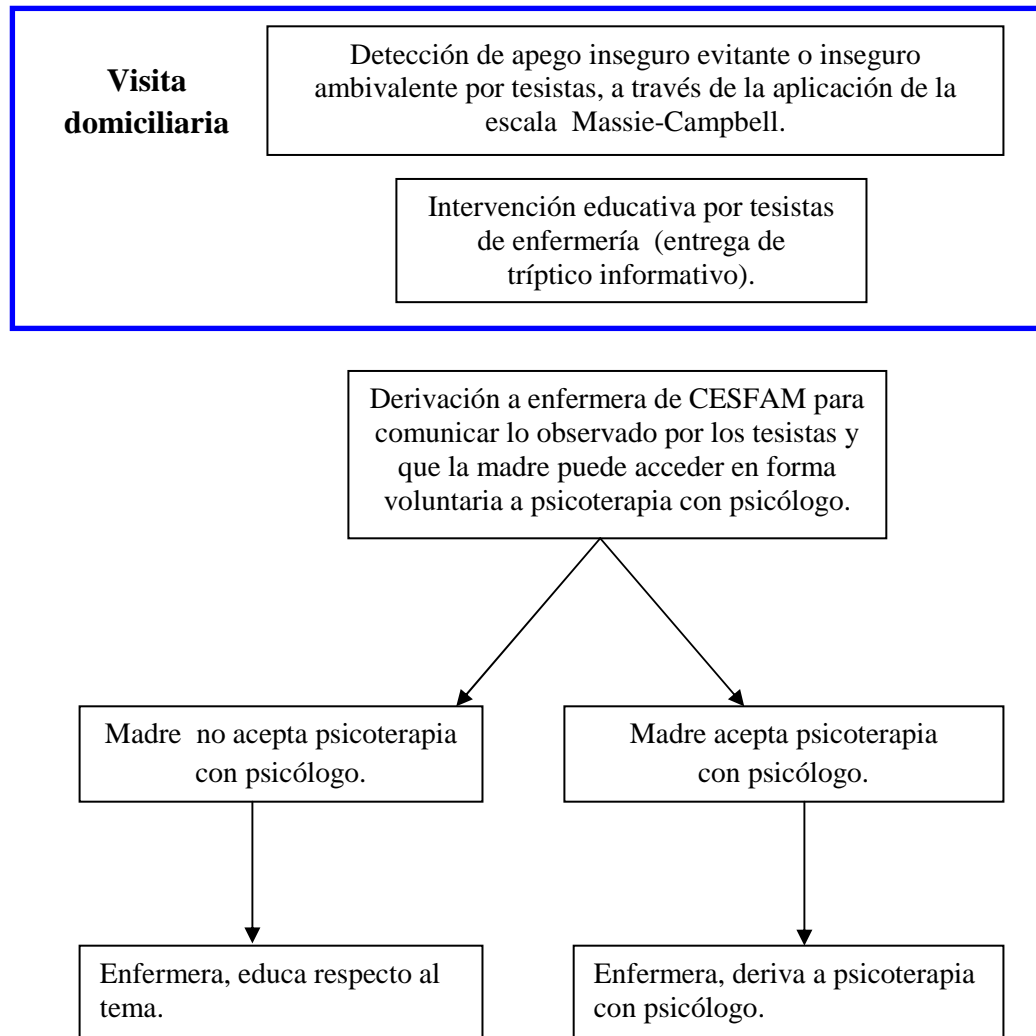
Anexo N° 10

**Flujograma de atención para apegos inseguros
detectados en comunidad bajo control de CESFAM Marcelo Mena.**



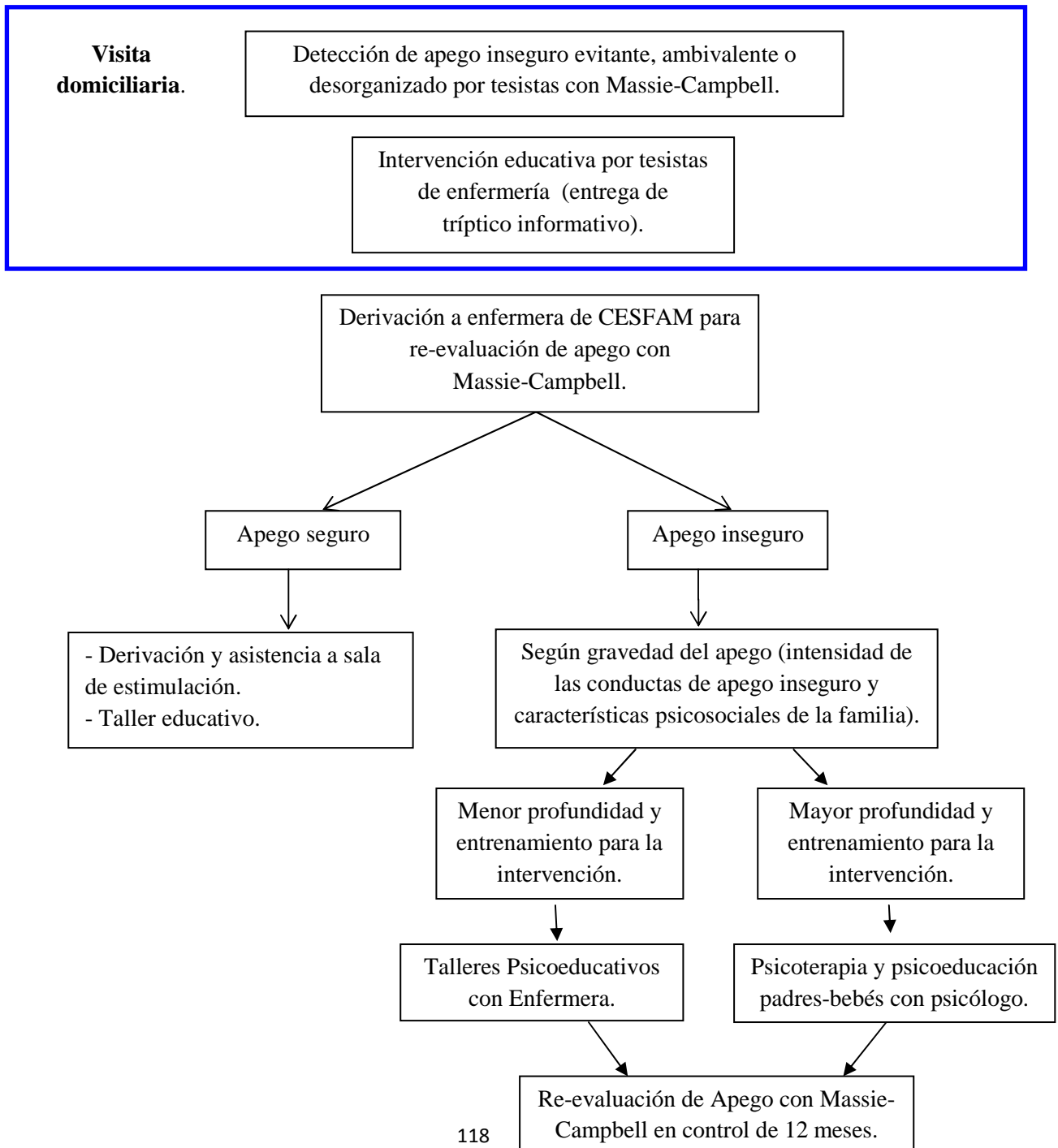
Anexo N° 11

**Flujograma de atención para apegos inseguros
detectados en comunidad bajo control de CESFAM Barón.**



Anexo N° 12

**Flujograma de atención para apegos inseguros
detectados en comunidad bajo control de CESFAM Placeres.**



Anexo N° 13: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años (EEDP)

Nombre del niño					
Fecha de nacimiento		Fechas de evaluaciones.			
Establecimiento					
Edad	Item	Ponderación	1	2	3
1 mes.	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador 2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla 3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador 4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°) 5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona	6 c/u			
2 meses.	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador 7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador. 8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador 9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada 10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**	6 c/u			
3 meses.	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de del examinador 12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°) 14. (M)Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada 15. (L) Vocalización prolongada **	6 c/u			
4 meses.	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece 17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 18. (M)En posición prona se levanta a sí mismo 19. (M)Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada 20. (LS) Ríe a carcajadas **	6 c/u			
5 meses.	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla 6 c/u 22. (C)Palpa el borde de la mesa 23. (C) Intenta prehensión de la argolla 24. (M)Tracciona hasta lograr la posición sentada 25. (M)Se mantiene sentado con leve apoyo	6 c/u			

6 meses.	26. (M) Se mantiene sentado solo, 6 c/u momentáneamente 27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída 28. (C) Coge la argolla 29. (C) Coge el cubo 30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **	6 c/u			
7 meses.	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más 32. (C) Intenta agarrar la pastilla 33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares 34. (S) Cooperar en los juegos 35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano	6 c/u			
8 meses.	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido 37. (M) Tracciona hasta lograr la posición de pie 38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos 39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo 40. (L) Dice da-da o equivalente	6 c/u			
9 meses.	41. (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble 42. (M) Camina sostenido bajo los brazos 43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar 44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal 45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales	6 c/u			
10 meses.	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice 47. (S) Imita gestos simples 48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros 49. (C) Junta cubos en la línea media 50. (SL) Reacciona al "no, no"	6 c/u			
12 meses.	51. (M) Camina algunos pasos de la mano 52. (C) Junta las manos en la línea media 53. (M) Se pone de pie solo ** 54. (LS) Entrega como respuesta a una orden 55. (L) Dice al menos dos palabras ****	12 c/u			
15 meses.	56. (M) Camina solo 57. (C) Introduce la pastilla en la botella 58. (C) Espontáneamente garabatea 59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros 60. (L) Dice al menos tres palabras **	18 c/u			

18 meses.	61. (LS) Muestra sus zapatos 62. (M) Camina varios pasos hacia el lado 63. (M) Camina varios pasos hacia atrás 64. (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella. 65. (C) Atrae el cubo con un palo	18 c/u			
21 meses.	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado 67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen 68. (C) Construye una torre con tres cubos 69. (L) Dice al menos seis palabras ** 70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos **	18 c/u			
24 meses.	71. (M) Se para en un pie con ayuda 72. (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados 73. (S) Ayuda en tareas simples ** 74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca 75. (C) Construye una torre con cinco cubos	18 c/u			