

no mane
58 811

01
R382A
2009
C.1



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**Seminario de Título de Psicología Clínica conducente al grado académico de Licenciada
en Psicología y al Título Profesional de Psicóloga**

**“RELACIÓN ENTRE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POSPARTO Y
ESTILOS DE APEGO EN LA DÍADA MADRE-HIJO PREMATURO”**

PROFESORA GUÍA:
CLAUDIA CALDERÓN FLANDES

POR:
GIANINNA ECHEVERRÍA JAQUE
PAULA RAMMSY MADARIAGA
MARÍA ALEJANDRA RODRÍGUEZ CALLEJAS
NATALIA TOPAZ BIGGS

VALPARAÍSO, ENERO 2009



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra profesora guía, Ps. Claudia Calderón, por la confianza depositada, por intentar disminuir nuestras ansiedades y potenciar nuestro trabajo, por la libertad entregada para tomar decisiones, por la dedicación y paciencia que necesitó para cada una de las correcciones y recorrecciones.

Agradecemos al Hospital Dr. Gustavo Fricke y al Hospital Dr. Carlos Van Buren, junto a sus profesionales, por habernos brindado la oportunidad de acceder a los espacios requeridos para la investigación y por su buena disposición.

Agradecemos también a las madres y sus hijos que participaron, por entregarnos parte de su tiempo y por compartir con nosotras parte de sus vidas.

Gracias papá, con tu esfuerzo me diste la posibilidad de realizarme profesionalmente y como persona. Ahora cuento con una herramienta para enfrentarme a la vida y forjar mi futuro.

Gracias mamá, por tu apoyo y cariño que me ayudaron a lograr con éxito esta y cada una de mis metas.

A mis hermanos, por estar siempre presentes.

Y a mi pololo Claudio, por su amor, tolerancia y comprensión a lo largo de estos años de estudio y por ser la luz que alumbró mi camino

Giannina Echeverría Jaque

Gracias a mis padres por brindarme apoyo moral, material y económico durante todo este camino, colmando de fe y amor cada instante.

A mi hermano Camilo, por estar allí e interesarse por mi trabajo.

A mis cuatro "hadas madrinas", mis tías, por estar presentes en aquellos momentos en los que necesité ayuda, compañía o tan sólo una palabra de aliento.

Y a Ti Amor ("futuro colega"), por tu cariño, empuje y alegría que fueron parte de mi armonía.

Paula Rammsy Madariaga

Gracias a mis padres por su amor y apoyo incondicional, por darme la sabiduría propia de sus años y por el esfuerzo realizado para hacer este sueño posible.

A mis hermanos por haber creído siempre en mí y en que lo podía lograr.

A Jorge por todos estos años que hemos caminado y crecido juntos, por permitirme ir de tu mano, por ser mi constante apoyo...el lugar donde anhelaba siempre llegar, gracias por tu amor y entrega.

A mi hermosa Lilith, por darme la alegría de su amor y su sonrisa día a día, por permitirme descubrir el deseo y gusto de trabajar con los niños.

M^a Alejandra Rodríguez

Gracias mamá, por ser mi apoyo emocional incondicional, por ayudarme a buscar el equilibrio, por tu equilibrio.

Gracias papá, por embetunarme de tu maravillosa forma de ver el mundo, por enseñarme a poner el lente de aumento en lo bueno de las personas, en lo bueno de la vida.

Gracias hermanas, por su ejemplo de emprendimiento, por apoyarme en mis proyectos y por hacer que me sienta protegida.

Natalia Topaz Biggs

INDICE

	CONTENIDO	PÁGINA
I.	INTRODUCCIÓN	6
II.	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
V.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
VI.	MARCO TEÓRICO	11
VII.	PREMATUREZ	11
	Cifras de prematurez en Chile	12
	Políticas Públicas de Salud en Prematurez	13
VIII.	DEPRESIÓN POSPARTO	15
	Disforia Posparto	15
	Depresión Posparto	16
	Epidemiología	17
	Respuesta Psicológica de las madres de niños prematuros	18
IX.	APEGO	21
	Evaluación de los Estilos de Apego	26
X.	APEGO, PREMATUREZ Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POSPARTO	29
XI.	FOMENTO DEL VÍNCULO MADRE-HIJO: POLÍTICAS PÚBLICAS	35
XII.	METODOLOGÍA	38
	Diseño General de la Investigación	38
	Selección de la Muestra	38
	Descripción del Procedimiento	39
	Instrumentos de Recolección de Información	40
	Descripción de Instrumentos	41
	Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre	41
	Escala de Depresión Posparto de Edinburgo	41

	Escala Massie-Campbell de “Apego Durante Stress”	42
	Formulario de Consentimiento Informado	45
	Análisis de los Datos	45
XIII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	46
XIV.	CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	46
	Descripción de Antecedentes Personales de la Madre	46
	Descripción de Antecedentes Mórbidos y de Salud Mental de la Madre	48
	Descripción de Antecedentes Biológicos del Embarazo	48
	Descripción de Antecedentes Sociales del Embarazo	49
	Descripción de Antecedentes del Parto y Recién Nacido	49
	Antecedentes del Funcionamiento Familiar durante el Embarazo	50
	Descripción de la variable Riesgo Psisosocial en las Madres	51
	Respuestas de la Madre frente al Embarazo y el Parto	52
	Síntesis General de la Caracterización	53
XV.	ANÁLISIS DE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO	54
	Estadísticos Descriptivos	54
XVI.	ANÁLISIS DE RELACIÓN	56
XVII.	ANÁLISIS DESCRIPTIVOS COMPLEMENTARIOS	58
XVIII.	CONCLUSIONES GENERALES	62
XIX.	REFERENCIAS	68
XX.	ANEXOS	73

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso que se desarrolla con una secuencia predeterminada, terminando con el nacimiento de un ser humano capaz de adaptarse a la vida extrauterina, sin embargo, no todas las mujeres logran completar las cuarenta semanas de gestación debido a numerosas circunstancias que llevan a la culminación de este proceso antes de término, dando paso a un nacimiento prematuro. Aun cuando la atención del recién nacido prematuro ha supuesto un avance incuestionable, no ha ocurrido una disminución significativa de estos partos, esto adquiere relevancia al considerar que se trata de una experiencia de riesgo para los niños nacidos, pero también al ser una experiencia que puede provocar un gran impacto psicológico en la madre que da a luz a un niño prematuro. La respuesta psicológica de la madre ante este evento estresante puede ser tan variada como incierta, oscilando desde un estado de ánimo disfórico de tipo transitorio, a una depresión posparto susceptible de permanecer en el tiempo, lo que puede traer consigo diversos efectos en la relación madre-hijo que podrían llegar a influir en el estilo de apego a desarrollar por la díada, entendiendo el apego como la tendencia hacia el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo al que se considera más capacitado para responder a las demandas del medio. Esta interacción entre madre e hijo puede verse interferida por diversas variables provenientes tanto de la madre, como del niño y su contexto.

A partir de estos antecedentes y frente a la escasez de investigaciones en torno al tema en nuestro país, surge como interrogante dilucidar el tipo de relación existente entre los índices de sintomatología depresiva posparto y el estilo de apego desarrollado por la díada madre-hijo prematuro usuarios del sistema público de la Región de Valparaíso.

II. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Durante la última década se han producido profundos cambios en materia de salud, los cuales se enmarcan dentro de los compromisos internacionales suscritos por el Estado de Chile y que constituyen las prioridades del programa del actual Gobierno con respecto al logro de los Objetivos Sanitarios. En consecuencia de esto, el Gobierno de Chile durante el año 2006 anuncia la creación del *Programa Chile Crece Contigo*, un Sistema de Protección Integral a la Infancia cuyo propósito es apoyar el desarrollo de los niños y niñas en cada etapa de la primera infancia, desde el período de gestación hasta los 4 años de edad. A la base de esta propuesta se conceptualiza el período de la gestación y posparto como un momento determinante para el desarrollo emocional, intelectual y social del niño, con una influencia central de la madre, el padre y la familia.

El período del embarazo constituye uno de los eventos vitales más significativos dentro de la vida de la mujer, lo cual implica no sólo una alta exigencia biológica, sino también emocional. En las últimas décadas se ha demostrado que durante la gestación y período posparto aumenta la probabilidad de que la mujer presente síntomas físicos y psicológicos, tales como estrés y depresión posnatal. Por otra parte, la presencia de eventos estresantes, como el nacimiento de un hijo prematuro y la consecuente hospitalización del hijo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), son factores que podrían incrementar la probabilidad de que las madres presenten síntomas depresivos en un momento clave para la formación y posterior desarrollo del estilo de apego madre-hijo. Considerando que el desarrollo de un vínculo temprano sano entre las madres y su hijos sentará las bases para el crecimiento integral de estos niños, es que resultan importantes las medidas de apoyo proporcionadas a las madres, en especial durante el período posterior al parto.

A partir de lo anteriormente señalado, surge la necesidad y el interés de investigar la relación existente entre la depresión posparto materna y los estilos de apego en la díada madre- hijo prematuro, lo cual posibilitará incrementar el nivel de conocimiento en esta área, aportando antecedentes de un grupo escasamente estudiado en su epidemiología a nivel nacional, relevando desde la psicología la necesidad de implementar intervenciones oportunas

y preventivas para este grupo específico, lo que va en concordancia con los lineamientos de trabajo estipulados en los objetivos sanitarios del actual programa de Gobierno de Chile.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El período gestacional y el nacimiento de un nuevo hijo se presenta como un proceso que implica cambios físicos y psicológicos que requieren la adaptación y reorganización de la madre a esta nueva etapa, la que generalmente transcurre durante cuarenta semanas, tiempo requerido para que el niño alcance un estado de maduración psicobiológica que le permita encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Cuando este proceso gestacional concluye anticipadamente, provocando un nacimiento prematuro, se interrumpe el proceso de maduración que prepara a la madre y al recién nacido, creando un estado de vulnerabilidad física y psíquica en el niño y la madre.

Estudios plantean que el nacimiento de un niño prematuro suele presentarse como una situación generadora de estrés. Este evento vital crítico, junto con las características del recién nacido prematuro, así como la situación de internación del niño en una unidad de cuidados de alta complejidad, pueden provocar reacciones diversas en la madre. En general, el estrés y la depresión son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden presentarse como factores de riesgo en el desarrollo temprano de la calidad de la relación madre e hijo.

En consideración de lo anterior, la presente investigación pretende evaluar la presencia de sintomatología depresiva posparto y su relación con los diferentes estilos de apego presentes en la díada madre-hijo prematuro.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En madres de niños prematuros, ¿Cuál es la relación entre la presencia de sintomatología depresiva posparto y los estilos de apego en las díadas madre-hijo prematuro?

V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Explorar la relación estadística entre la sintomatología depresiva posparto y los estilos de apego en las díadas madre-hijo prematuro.

Objetivos Específicos

- a. Describir las características socio-demográficas y psicológicas que podrían incidir en la presencia de sintomatología depresiva posparto y los estilos de apego hallados en las díadas madre hijo-prematuro.
- b. Evaluar la presencia de sintomatología depresiva en las madres de hijos prematuros mediante la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo.
- c. Evaluar la tendencia de los estilos de apego en un grupo de niños prematuros y sus madres mediante la aplicación de la Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Estrés.
- d. Describir la relación estadística entre la sintomatología depresiva y la tendencia de los estilos de apego en la muestra total y los subgrupos que la componen.

VI. MARCO TEÓRICO

VII. PREMATUREZ

El parto prematuro es quizás uno de los principales problemas obstétricos ya que constituye una de las dificultades más importantes de la asistencia perinatal, afectando el bienestar y supervivencia de millones de niños cada año, generando además un alto costo sanitario por la necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en las UCI Perinatales y la existencia de secuelas a largo plazo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile se puede definir como parto prematuro aquel que se produce entre las 22 y 37 semanas de gestación y cuyo recién nacido pesa menos de 2500 gramos. Por otro lado se considera como prematuros de alto riesgo a aquellos niños que nacen con menos de 32 semanas de gestación y que pesan menos de 1500 gramos.

Los síntomas que caracterizan al parto prematuro pueden ser resultado de una serie de fenómenos fisiopatológicos que tienen como efecto final el desencadenamiento de contracciones uterinas de pretérmino y eventualmente el parto. De esta forma se ha visto que si bien en algunos casos es evidente una causa, en otros casos ésta es desconocida, ya que existen múltiples circunstancias idiopáticas predisponentes al parto prematuro, entre las que se incluyen factores previos a la gestación y otros propios del embarazo. Por estos motivos las líneas de investigación se han orientado a la detección de los factores de riesgo, ya que de su estudio y detección depende en gran parte la disminución de la frecuencia de la prematurez. Entre estos se han encontrado principalmente factores de origen biológico tales como la edad de la mujer, la ganancia de peso durante el embarazo, historial de partos prematuros, hábitos nocivos y patologías asociadas como preeclampsia y diabetes gestacional. Por otro lado, investigaciones señalan la existencia de determinados factores sociales asociados al riesgo de tener un parto pretérmino. Al respecto se postula el nivel socioeconómico como factor que incide en el incremento de la morbimortalidad a través de diversos mecanismos, tales como los cuidados insuficientes, la alimentación deficiente,

embarazos no deseados ni aceptados, mujer sin soporte económico, hábitos sociales inadecuados, entre otros (Arancibia et al, 2005).

Cifras de Prematurez en Chile

El parto prematuro se considera el mayor problema de la medicina perinatal, en el mundo se producen aproximadamente 13 millones de nacimientos prematuros por año (Preterm Birth and Genetics Internacional Alliances, 2008), cifras que pese a los avances en la atención médica del embarazo se han mantenido constantes en los últimos años.

En el caso de Chile, el total de nacidos hasta el año 2001 alcanzaba los 259.069, del cual un 6% corresponde a nacimientos prematuros y un 0.99% a prematuros extremos. Hasta el año 2005 las cifras de natalidad nacionales alcanzaban los 230.831 neonatos, donde la primera causa de mortalidad en menores de un año corresponde a trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal. En cuanto a la mortalidad perinatal la prematurez explica el 83% de la muertes y la prematurez de alto riesgo el 66% (Guía Clínica de Prevención del Parto Prematuro, 2005; DEIS, 2005).

Estas cifras dan cuenta de la prematurez como primera causa de morbimortalidad neonatal en nuestro país, variando su frecuencia entre un 5 y 12 % de los partos. Así, el riesgo de morir de un recién nacido prematuro es 180 veces mayor que el de un recién nacido de término, y aquellos prematuros que sobreviven tienen un mayor riesgo de secuelas e invalidez en etapas posteriores, tales como retraso en el desarrollo, déficit visual, déficit auditivos, enfermedad pulmonar crónica y parálisis cerebral (Guía Clínica de Prevención del Parto Prematuro, 2005; DEIS, 2005).

El riesgo de morir en el primer año de vida también es mayor para los prematuros, al igual que la probabilidad de presentar secuelas a largo plazo. Es a partir de estas cifras, de las secuelas asociadas y de los costos sanitarios que conlleva la prematurez que se decide incluirla dentro de las Garantías Explícitas de Salud (GES) propuestas por el Ministerio de Salud.

Políticas Públicas de Salud en Prematurez

El gobierno de Chile ha establecido Objetivos Sanitarios Nacionales para la década 2000-2010, reorientando las políticas públicas en salud, siendo el referente principal para establecer prioridades el definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud en la población. A partir de esta reorientación en las políticas de salud es necesario resguardar las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a la atención de las enfermedades que causan mayor cantidad de muertes en el país o que generan mayor cantidad de años de vida perdidos y que cuentan con tratamientos efectivos para su atención.

Teniendo en cuenta la incidencia y el alto costo asociado, se establece la prematurez como Garantía Explícita de Salud, incluyendo a los niños nacidos antes de completar las 37 semanas de gestación. Se plantea como objetivo principal disminuir la mortalidad perinatal, neonatal y la morbilidad. En este contexto, el manejo adecuado de mujeres embarazadas de riesgo permite prolongar la vida intrauterina, optimizando las condiciones del feto para el nacimiento y la vida extrauterina. Una vez producido el parto prematuro se debe hacer un manejo óptimo del recién nacido para disminuir su morbilidad y mortalidad, teniendo en cuenta que aun así seguirán habiendo secuelas inherentes a la prematuridad y secundarias al tratamiento, sobre todo cuando se trate de prematurez extrema. En estos casos se debe prevenir y tratar precozmente las secuelas para que se logre mejorar su calidad y condición de vida.

Se utilizan además los criterios establecidos por el Consenso Comisión Minsal 2005, que define los pasos a seguir en Salud Pública, con el fin de dar la cobertura adecuada a cada caso. Este consenso establece que el recién nacido prematuro de alto riesgo, menor de 32 semanas de gestación (edad gestacional segura) se considerará con posibilidad de manejo clínico después de las 23 semanas. En aquellos casos donde exista una edad gestacional dudosa se debe realizar un análisis y decisión caso a caso. Bajo las 32 semanas de gestación, que corresponde al 15% sobre el total de partos prematuros, se concentra el mayor riesgo perinatal, por lo tanto, las estrategias de prevención y manejo adecuado deben focalizarse en este grupo de embarazos.

Por otra parte, las líneas establecidas para el tratamiento de la prematuridad estipulan la prevención, diagnóstico y manejo adecuado de las mujeres que presentan factores de riesgo, posibilitando con esto la reducción de la incidencia y de las secuelas asociadas al parto prematuro, especialmente en los casos de los recién nacidos de muy bajo peso al nacer. Esta prevención se realiza a través de la identificación de la población objetivo de mujeres según el riesgo y progresión de la enfermedad. También se garantiza el tratamiento para el niño que nace prematuro, incluyendo la cobertura y tratamiento de determinadas patologías del recién nacido prematuro. Estos nuevos lineamientos en salud dan a la prematuridad la prioridad en atención que requiere, lo que sin duda, posibilita una mejoría en la sobrevivencia de los prematuros. Esta sobrevivencia además se ha visto potenciada principalmente por los avances en la medicina perinatal y el advenimiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Si bien las Políticas Públicas de Salud se enfocan principalmente en las condiciones médicas de la prematuridad y sus tratamientos, se están desarrollando actualmente líneas programáticas de trabajo que apuntan a ocuparse de la salud mental perinatal de la mujer en estado de parto, puerperio y posparto, entendiendo que el buen estado de salud integral de la madre es una condición necesaria para el apoyo y soporte del desarrollo infantil de sus hijos, partiendo desde el fortalecimiento de los cuidados prenatales hasta la atención de madres de niños menores de un año. Investigaciones dan cuenta que la experiencia de haber tenido un parto prematuro es experimentado como una situación de estrés por la madre, lo que podría tener implicancias en la salud mental de estas mujeres, incidiendo posteriormente en la predisposición a padecer una depresión posparto (Nagata M, et al.2003; Cho J. et al. 2008; Leonetti L, et al. 2008).

VIII. DEPRESIÓN POSPARTO

En la mujer el período grávido puerperal ha sido el que con mayor frecuencia se asocia a trastornos psiquiátricos, tanto leves y transitorios, como a cuadros de mayor intensidad. Se ha observado que no hay ningún período de la vida de la mujer en que el riesgo de deprimirse sea mayor (Jadresic 2000; Nagata M, 2000, 2004). Esta etapa es vivida como un momento de cambios drásticos que afectan física y psicológicamente a la mujer, ya sea por los cambios endocrinos ocurridos, como por otros cambios mayores que afectan su vida en general, entre los que destacan la nueva asunción de roles y los cambios a los cuales debe adaptarse la pareja (Jadresic 2000; Nagata M, 2000, 2004). La prematurez, las complicaciones del parto y las enfermedades del recién nacido se pueden presentar muchas veces como situaciones que demandan a los padres una capacidad de adaptación mayor a este evento inesperado, pudiendo incrementar la probabilidad de desarrollar una depresión posparto en las madres.

En relación con lo anterior es importante hacer la distinción conceptual entre ánimo deprimido y enfermedad depresiva. Mientras el primero es un síntoma inespecífico, la segunda es una entidad mórbida. Durante el año que sigue al parto, el ánimo depresivo, es decir, el síntoma de depresión anímica, puede formar parte de alguno de los siguientes cuadros clínicos.

Disforia Posparto (Maternity Blues)

Es un trastorno transitorio que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y a lo más algunos días, otros autores lo prolongan hasta cerca de las dos semanas posparto. El trastorno es leve, autolimitado y habitualmente no requiere tratamiento (Jadresic, 2000, Nagata 2004).

Una de sus manifestaciones puede ser al ánimo depresivo, pero más comunes son el insomnio, el llanto, la fatiga y la ansiedad. Si uno o más de estos síntomas se prolonga más allá de dos semanas, especialmente si se trata de una mujer con el antecedente de episodios depresivos recurrentes, se hace necesaria una nueva evaluación para descartar el desarrollo de

un trastorno del ánimo más significativo.

Depresión Posparto

El período en que la mujer presenta más riesgo de cursar enfermedades psiquiátricas es dentro de los 30 días posteriores al parto, lo que transforma a la experiencia de tener un hijo en la causa más frecuente de depresión médica en las mujeres, pudiendo afectarlas durante los primeros meses posparto, existiendo distintos criterios temporales para determinar la aparición de sintomatología depresiva posparto. La mayoría de los autores plantean que la depresión posparto puede desarrollarse en cualquier momento del primer año luego del parto, con una máxima incidencia dentro de los cuatro primeros meses. La prevalencia de la depresión durante el período posparto ha sido evaluada mostrando que entre un 10% y un 28% de las mujeres cursan un episodio depresivo mayor en esta etapa (Ryan y Kostaras, 2005).

Los síntomas y signos de la depresión posparto son en general indistinguibles de aquellos que caracterizan a la depresión mayor que se presenta en otras etapas de la vida e incluyen ánimo depresivo, anhedonia, falta de energía y sentimientos de culpa, sobresaliendo la tendencia al llanto y la labilidad emocional. Las ideas de culpa se refieren a la situación de la maternidad, pudiendo existir sentimientos de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves (Jadresic, 2004).

En algunos casos, estos cuadros de depresión posparto no suelen ser diagnosticados porque se piensa que podrían ser disforias posparto y no depresiones, en especial cuando aparecen más tardíamente en relación al parto, pudiendo coincidir la aparición de los primeros síntomas con el alta hospitalaria de las madres, dificultando la pesquisa oportuna de sintomatología depresiva y por tanto la intervención temprana en este grupo objetivo.

Por otra parte, para explicar la aparición de este fenómeno los estudios señalan la importancia que tendrían los elementos psicosociales en el inicio y desarrollo de estos cuadros depresivos, entre los que se encuentran los antecedentes depresivos previos, conflictos maritales, eventos vitales, apoyo social insuficiente y ambivalencia acerca del embarazo. Los

antecedentes depresivos familiares o personales adquieren relevancia y las mujeres con mayores problemas de adversidad socioeconómica están más expuestas a presentar estos cuadros (Jadresic, 2004).

Epidemiología

Estudios chilenos sobre prevalencia de síntomas depresivos y/o ansiosos en el embarazo demuestran que alrededor del 30% de las gestantes tiene síntomas de ansiedad, depresión o ambos, los cuales son inespecíficos, sin alcanzar a configurar un trastorno mórbido. En el posparto, esta cifra aumenta a cerca de un 40%, existiendo mayor riesgo de padecer alguna alteración desde el punto de vista psiquiátrico.

En cuanto a las entidades estrictamente mórbidas, que cumplen con los criterios de patología y que perturban sustancialmente la calidad de vida de la mujer, una de cada diez mujeres presenta depresión posparto, cifras que son avaladas por dos estudios nacionales (Jadresic 1992, Alvarado, 1992). En Chile se producen cerca de 300.000 nacimientos anuales, lo cual implica que alrededor de 30.000 mujeres sufren de depresión posparto cada año, sin embargo, sólo una cuarta parte de ellas recibe tratamiento. En esta misma línea de investigación, otros estudios han encontrado tasas de prevalencia variadas que fluctúan entre 2,9% y 34,0%, situándose gran parte de ellos entre el 10% y el 20% (Alvarado et al, 2000).

Cuando se habla de depresión posparto en madres de niños prematuros, la tasa de incidencia resulta aún mayor. Al respecto se señala que cerca de un 50% de estas madres han reportado un nivel significativo de síntomas depresivos durante el período temprano posparto (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003; Mew, Holditch-Davis, Belyea, Miles, & Fishel, 2003). En síntesis, las madres de hijos prematuros podrían ser más vulnerables a desarrollar una depresión posparto en comparación a las madres de hijos de término, ya que el nacimiento prematuro y la consecuente tensión e incertidumbre en la madre aumenta, por lo menos temporalmente. Pese a que se ha reconocido la necesidad de ayuda especial sobre este grupo, se ha observado un problema de subdiagnóstico en instituciones de atención materno-infantil, principalmente en aquellas donde no se aplica ningún método de rastreo en el período posparto, lo que idealmente debiera ser aplicado a todas las mujeres y no sólo a las

poblaciones de riesgo (Moreno, Domínguez, Franca, 2004).

Respuesta Psicológica de las Madres de Niños Prematuros

La presencia de factores de riesgo psicosocial durante la gestación y período posparto pueden llegar a aumentar la probabilidad de que la mujer presente síntomas físicos, emocionales, conductas de riesgo, maltrato a los niños, violencia e incluso depresión posnatal. En las últimas décadas se ha demostrado que es frecuente que las mujeres gestantes y puérperas presenten síntomas depresivos y/o ansiosos inespecíficos. Por otra parte, la presencia de eventos estresantes, como el nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer o el riesgo médico del recién nacido puede dar origen a la aparición de sintomatología depresiva o agravar un cuadro depresivo pre-existente (Davis et al. 2003, Mew et al. 2003, Nagata 2004). A pesar de los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención neonatal chilena actual, aun con el desarrollo tecnológico y sus incuestionables ventajas, la hospitalización de un bebé prematuro puede ser una situación estresante y agresiva para el recién nacido y su familia.

Los avances médicos en el cuidado del niño prematuro han significado un progreso en el área de la Neonatología, las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) han disminuido la mortalidad neonatal e infantil y han jugado un papel importante en lo que respecta a la supervivencia en este grupo de niños. Sin embargo, esto ha generado algunas implicancias menos positivas en relación a la adaptación y salud psicológica de las madres que se enfrentan a este nuevo contexto. El nacimiento prematuro, el período de hospitalización y el subsecuente cuidado del niño pueden generar crisis psicológicas, traduciéndose en experiencias emocionales de estrés y depresión en la madre, las que por su carácter imprevisible pudieran aumentar la incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Diversas investigaciones arrojan cifras que indican que cerca de un 50% de las madres de niños prematuros han reportado elevados síntomas depresivos durante el período posparto (Davis et al, 2003; Mew et al, 2003).

En esta misma línea, se han evaluado los índices de depresión en madres que han debido pasar por la hospitalización de sus hijos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Los resultados obtenidos demuestran que una proporción importante de estas

madres con hijos prematuros y de bajo peso presentarían índices positivos para depresión, los que fueron hallados en el 61,3% de este grupo de madres (Nagata et. al 2003). A su vez, cuando se evalúan los índices de ansiedad y depresión materna, los resultados muestran que dichos síntomas se presentan simultáneamente, de manera tal que altos niveles de ansiedad parecen interactuar con altos niveles de depresión, esto independientemente de la gravedad de las complicaciones médicas que los niños prematuros presenten. Se concluye de esta forma que el estado médico del niño no hace diferencia en los niveles de depresión y ansiedad materna, de este modo, la ansiedad materna pareciera estar más relacionada con el nacimiento prematuro en sí que con la severidad de la enfermedad neonatal (Phyllis Zelkowitz Et Al, 2007; Booten S, 2000).

Otra área relevante dentro de la investigación en salud mental perinatal apunta a evaluar las fuentes de mayor de tensión para las madres que generan síntomas ansiosos y depresivos, dentro de éstas se han identificado el aspecto frágil del niño prematuro, la incertidumbre en relación a su supervivencia, dudas en torno a su papel parental y el evento de la separación de su hijo causada por la hospitalización. Por otra parte, se han investigado las variables que influyen en la depresión materna como una forma de detectar los factores causales que podrían estar interviniendo en la presencia de depresión posparto en las madres de niños prematuros. Los resultados encontrados muestran que la variable que tiene una mayor relación con la presencia de sintomatología depresiva es el estrés maternal, seguido por el nivel educacional de la madre, el estado civil, el apoyo social y la calidad de vida marital (Davis et al., 2003; Phyllis Zelkowitz et al., 2007).

La revisión anterior brinda evidencia suficiente acerca de la importancia de considerar la depresión posparto, ansiedad y prematuridad como variables que podrían afectar la salud mental perinatal de las madres, pudiendo influir consecuentemente en la calidad de la interacción madre- hijo. De allí la importancia que reviste la identificación temprana de sintomatología depresiva posparto en las madres, haciendo uso sistemático de herramientas de screening de rápida aplicación, tal como la Escala de Edinburgo, que luego permitan realizar una apropiada intervención en las madres identificadas con sintomatología depresiva junto a programas de seguimiento de estos casos, teniendo en consideración no sólo las consecuencias médicas y psicológicas que la depresión posparto produce en las madres, sino también las implicancias que puede tener sobre el sano desarrollo del vínculo madre-hijo

prematureo.

Por otra parte, se ha señalado que el nacimiento prematuro de un hijo y la hospitalización precoz del mismo en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN) puede provocar en los padres oscilaciones y ambivalencias en la expresión afectiva de sentimientos y reacciones hacia sus hijos (Davis et al., 2003), lo que podría tener implicancias posteriores en el desarrollo de la interacción madre-hijo prematuro. De esta forma, se ha observado que si durante los primeros años de vida el niño es expuesto a los síntomas depresivos de su madre, la regulación atencional y afectiva de éste puede verse comprometida, lo cual puede tener consecuencias en el niño que se extiendan más allá del período depresivo de la madre (Hay, 1997).

En base a los antecedentes anteriormente expuestos se ha considerado pertinente incorporar la teoría del apego como marco de referencia de la investigación pues ofrece un marco conceptual coherente, proponiendo una mirada vincular en la cual las relaciones madre-hijo adquieren relevancia para comprender el posterior desarrollo del niño.

IX. APEGO

El estudio de las interacciones tempranas entre madre e hijo y el papel que éstas desempeñan en la evolución posterior del niño contribuyeron a definir el papel de la madre o cuidador como un soporte desde el cual el niño conoce y explora el mundo. Esta conceptualización propuesta por el trabajo conjunto de John Bowlby y Mary Ainsworth sienta las bases para las directrices actuales que se siguen en la teoría del apego, la cual remonta sus inicios a la década de 1950, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) encomienda a Bowlby tareas de asesoramiento sobre la salud mental de los niños institucionalizados. En esta labor, el autor parte del principio fundamental de considerar esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño tengan la vivencia de una relación cálida, íntima y continuada con la madre, en la que ambos encuentren satisfacción y goce, estableciendo que las muestras de afecto, proximidad y contacto físico con un número reducido de adultos o cuidadores primarios es tan importante y necesario para su desarrollo como condiciones adecuadas de alimentación, higiene y salud (Bowlby, 1998). Estos planteamientos encaminaron a Bowlby a formular la teoría del apego, con base en la etología, que permite conceptualizar de forma clara y novedosa la tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos intensos con otras personas. Su teoría plantea que el vínculo afectivo que une a los niños con su figura de apego primario es indispensable para la supervivencia humana y un ejemplo de conducta instintiva que va en beneficio del hombre y la especie, transformándose en un tipo de conducta social que cumple una función biológica, así en momentos de ansiedad, temor o estrés, el niño recurre a su figura de apego para calmarse con lo cual vivencia la regulación de sus estados físicos y afectivos.

En las últimas décadas, la teoría del apego ha cobrado relevancia en el campo de la salud mental perinatal, confirmándose a través de distintas investigaciones la influencia que pueden tener las relaciones tempranas en la calidad de los vínculos que se establecen a lo largo de la vida, constituyendo por este motivo una de las construcciones teóricas más sólidas para explicar el desarrollo socioemocional de los individuos. Dentro esta teoría se entenderá el apego como:

“Cualquier forma de conducta que tenga como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera más capacitado para hacer frente a las demandas del medio. Esto resulta evidente cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados otorgados por este otro” (Bowlby, 1969).

Las conductas tendientes a mantener la proximidad o cercanía con un cuidador significativo serán identificadas como conductas de apego, las que conllevan una compleja mezcla de interacciones entre la madre y el niño. Estas pautas de interacción que se van desarrollando entre el niño y su madre sólo son comprensibles como resultado de las contribuciones de uno y otro a través de los siguientes tipos de conducta que aparecen durante su interacción habitual (Bowlby, 1969, 1988):

- a. La conducta de apego del bebé son todas aquellas conductas orientadas a la búsqueda de proximidad y comprende las señales e intentos del hijo por ganar cercanía y contacto con sus figuras de apego, como es el caso del llanto, la succión y la locomoción entre otras.
- b. La conducta de cuidados maternos, entre las que se encuentran la conducta de recuperación, cuyo resultado previsible es atraer al hijo hacia la madre. La mayor parte de la conducta materna tiene que ver con reducir la distancia con el bebé manteniendo con él un estrecho contacto físico.

Estas conductas irán evolucionando a través del tiempo conforme evolucionan las necesidades del niño, y se irán consolidando llegando a convertirse en formas predecibles de interacción, lo que teóricamente se ha denominado como **Estilos de Apego**. Estos estilos se irán desarrollando en la infancia temprana y estarán directamente relacionados con la historia de interacciones entre el bebé y sus cuidadores, basadas en la satisfacción de los requerimientos de cercanía, acogida y protección del bebé frente al temor, dolor y fatiga (Bowlby, 1969, 1980). Así madre e hijo van aprendiendo un modo de relacionarse a través de un estilo de apego, que suele ser claramente observable en aquellas instancias en donde el bebé se encuentra estresado y la madre contiene, regula, calma o protege de ese estrés.

Estos patrones de interacción se han categorizado en tres tipos de estilos de apego:

“Apego Seguro”, “Apego Ansioso Ambivalente” y “Apego Evitativo” (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). En sus inicios el estudio de los estilos de apego fueron conducidos por Mary Ainsworth quien utilizó para tales efectos el “Procedimiento de la Situación Extraña” (1960), que implica estudiar al niño en su interacción con la madre y con un adulto extraño en un entorno no familiar, este procedimiento es desarrollado para comprobar la calidad de la relación entre el bebé y su cuidador o madre, por lo que durante la observación el interés se centra en las reacciones del niño al separarlo de la madre y cuando vuelve a reunirse con ella. En sus observaciones Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre y que esta conducta disminuía cuando entraba la persona desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir de estos datos, quedaba claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias.

Ainsworth encontró diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación, las que le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos estilos de apego establecidos:

1. Estilo de apego seguro: Se trataba de niños que en la “Situación Extraña” usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban afectados, su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Las madres, por su parte, fueron calificadas como sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban. A partir de sus observaciones Ainsworth planteó que estos niños mostraban un patrón saludable en sus conductas de apego. La responsividad diaria de sus madres les había dado confianza en ellas como protección, por lo que su simple presencia en la “Situación Extraña” les animaba a explorar los alrededores.

2. Estilo de apego inseguro-evitante: Se trataba de niños que se mostraban independientes en la “Situación Extraña”. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactarse físicamente con ella a su

regreso, incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Debido a su conducta independiente, en principio esto podría interpretarse como saludable, sin embargo, Ainsworth planteó que se trataba de niños con dificultades emocionales, su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Las madres se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y rechazantes. La interpretación global de Ainsworth era que cuando estos niños entraban en la “Situación Extraña” comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Habiendo sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones, de este modo cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella.

3. Estilo de apego inseguro-ambivalente: En la “Situación Extraña” estos niños se mostraban preocupados por el paradero de sus madres, con escasas conductas de exploración, pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños oscilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. Las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitaban, siendo el rasgo que mejor define a estas madres el no estar siempre disponibles para atender las llamadas del niño, son poco sensibles y los atienden menos, iniciando menos interacciones. Un aspecto destacado del comportamiento de estas madres tiene que ver con su intrusividad ante la conducta exploratoria del niño, aumentando con esto su dependencia y falta de autonomía. En cuanto al comportamiento del niño, puede explicarse como una respuesta a una madre inestablemente disponible, el niño puede desarrollar una estrategia para conseguir su atención exhibiendo mucha dependencia. Esta estrategia consistente en acentuar la inmadurez y la dependencia puede resultar adaptativo a nivel biológico, ya que serviría para mantener la proximidad de la figura de apego.

Para comprender además como se llegan a desarrollar estos patrones de interacción entre madre e hijo es necesario considerar la intensa complejidad psicobiológica de la infancia temprana en la cual madre e hijo participan juntos. Estudios han observado que los niños en

sus primeras semanas de vida pueden focalizar sus ojos y seguir a un rostro humano que ellos prefieren por sobre otros objetos (Spitz, 1965; Fantz & Miranda, 1975 en Massie Campbell, 1978), escuchan y atienden a las voces (Brazelton, 1973), se mueven sincrónicamente con el ritmo y la voz de quien habla (Condon & Sander, 1974 en Massie Campbell, 1978) y sonríen y fruncen el ceño en respuesta a eventos placenteros y estresantes (Brazelton, 1973). Posteriormente, los niños hacen imitaciones rudimentarias de las expresiones parentales (Meltzoff, 1985 en Massie Campbell, 1978). En general, los bebés y las madres se influyen mutuamente el uno al otro a través de los gestos, el tacto, la verbalización, el juego y el intercambio afectivo (Beebe & Lachman, 1988; Stern, 1988; Cohn & Tronick, 1989). Sin embargo, algunos niños muy pequeños o prematuros pueden mostrar conductas sociales que están considerablemente disminuidas, teniendo una menor responsividad en la interacción con su madre (Blair, 1987 en Massie Campbell, 1978).

Como corolario de este apartado, podemos señalar que a través de los meses uno puede percibir cómo naturalmente la respuesta de un niño y su madre se unen en un patrón estable (Massie, Bronstein, Afterman, Campbell, 1988), que se desarrolla desde las potencialidades y experiencias tempranas del bebé, sus cualidades constitucionales y temperamentales, el ambiente y los estímulos maternos, y la habilidad del niño para responder a estos últimos. En este proceso la madre es crucial y sus acciones están estrechamente ligadas con sus capacidades psicológicas, su carácter y las circunstancias sociales y físicas en que se encuentre inserta. Por otro lado, la experiencia del niño en este patrón se explica desde su natural dotación y por la interacción con su ambiente desde el cual emergerán tres importantes logros en sus primeros 12 meses de vida: a) la atención y unión con la madre; b) el establecimiento de la intencionalidad, comunicación recíproca y comunicación compartida (Greenspan, 1990) y, por último, c) el núcleo de representación mental de sí mismo y de sus padres (Stern, 1985). En este contexto, interferencias en la responsividad de la madre o el bebé durante este período pueden dificultar estos logros, el establecimiento de una adecuada interacción madre-hijo y, por tanto, el desarrollo de un estilo de apego seguro (Massie & Campbell, 1978).

Evaluación de los Estilos de Apego

Además de los aportes de los experimentos de Ainsworth en la “Situación Extraña”, se han desarrollado otras dimensiones desde las cuales analizar los estilos de apego, éstas plantean que el apego se desarrolla principalmente en aquellos momentos de estrés del bebé, en donde la sincronía de las conductas que la madre realice para calmar ese estrés van a ser determinantes de la calidad del apego que se vaya a desarrollar. De este modo, las interacciones entre madre-hijo pueden ir desde estados sintonizados a estados desintonizados, siendo este último un error de la comunicación normal que se produce cuando uno de los participantes, por ejemplo la madre, no evalúa correctamente el sentido de la expresión emocional del bebé ni ejecuta conductas dirigidas a corregir el estado de desregulación del mismo. Desde la sintonía que alcancen las conductas de ambos se irá modelando el yo del niño, quien al ir descubriendo experiencias afectivas compartidas podrá ir desarrollando una personalidad sana (Kimelman, et al., 2007). Esta sincronía de la interacción presenta componentes concretos posibles de evidenciarse tanto en el niño como en la madre cuando se analiza la interacción misma, los que pueden ser observados principalmente a través de los siguientes elementos (Massie & Campbell, 1978, Lecannelier 2008):

- a) **Mirada:** Corresponde al intercambio de miradas que se produce entre la madre y el niño, a su duración y persistencia. La mirada, al igual que el contacto físico, puede calmar o estimular el bebé, y una mirada cálida, afectiva y que se adapte a los estados del bebé, suele ser muy beneficiosa para su desarrollo.
- b) **Vocalización:** Son todos aquellos cantos, palabras, balbuceos y comentarios que se emiten en la interacción con el bebé. Estas vocalizaciones suelen ser una vía muy útil para calmar o estimular al bebé y ayuda a que éste se sienta vinculado con su madre.
- c) **Tocando:** Es el contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé para calmarlo, estimularlo, o simplemente con un fin de juego, sin embargo este contacto no incluye el tomar en brazos o abrazar.
- d) **Sosteniendo:** Es el “sostén” físico que se produce entre la madre y el bebé, en aquellos momentos en que ella lo toma en brazos.
- e) **Afecto:** Es la “envoltura” afectiva en la que se encuentra la madre y el bebé, la cual puede ser tensa, enojada, apática, ansiosa, feliz. En momentos de estrés, es esperable que la madre se encuentre ligeramente ansiosa, alerta, y atenta.

- f) Proximidad o cercanía: Se refiere a los procesos de cercanía o lejanía que se dan entre la madre y el bebé. En momentos de estrés, se refiere a si la madre prefiere estar cerca o lejos del bebé, y en el caso del niño a si suele seguir a la madre con su cuerpo y mirada.

Los seis elementos mencionados anteriormente se encuentran a la base de la construcción del instrumento de evaluación de los estilos de apego denominada “Escala de Apego Durante Stress (ADS)” desarrollada por Henry Massie y Key Campbell (1978). La escala ADS conceptualiza el apego como un proceso a través del cual los niños establecen y mantienen un sentido de seguridad que se transforma en la base de la posterior separación de su madre y exploración del ambiente. El apego se desarrolla desde la unión del niño con la madre mediante la mirada mutua, vocalización, tacto, la manera en que lo sostiene, la expresión facial y cercanía física durante la alimentación y otras interacciones. De este modo, la escala ADS subdivide los seis elementos del apego en componentes de acción susceptibles de ser observados clínicamente en situaciones de estrés leve a moderado que se presume generan tensión y ansiedad en la madre y/o en su hijo. Normalmente, cuando un niño está estresado, en peligro o experimentando tensión fisiológica como el hambre o el frío, éste busca alivio a través de señales como llorar y voltearse hacia la madre, quien alertada y preocupada, calma al niño. Esta mutua respuesta madre-hijo está dotada primariamente de la presencia combinada de los seis elementos de apego antes mencionados.

Adicionalmente, los momentos de estrés leve a moderado, condición en la cual se lleva a cabo la evaluación con la escala, tienen una importancia especial para el desarrollo del niño. Desde una mirada evolutiva psicodinámica, la experiencia informa que el estrés no traumático y las frustraciones seguidas del alivio, permiten que el niño adquiera seguridad y capacidad de desarrollar estructuras de ego para modificar la tensión interna y posponer la gratificación, diferenciarse a sí mismo de los otros y diferenciarse de la madre mientras mantiene relaciones afectivas estables en las cuales ambos se satisfagan y decepcionen de forma realista (Winnicott, 1958; Mahler, Pine, Bergman, 1975).

Desde una mirada investigativa, y siguiendo los principios que originalmente sostuvieron las primeras experimentaciones de Ainsworth, es en las situaciones de estrés donde se destaca y clarifica la necesidad y responsividad de cada miembro de la díada al otro,

de este modo la situación de estrés da lugar a que las conductas de estrés/regulación sean posibles de distinguir y clasificar a partir de la observación (Massie & Campbell, 1978).

X. APEGO, PREMATUREZ Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA POSPARTO

Las investigaciones llevadas a cabo durante las últimas décadas sugieren que los factores que pueden estar implicados en la calidad del apego son múltiples, esta multiplicidad permite comprender las diferencias que se dan respecto de cómo las experiencias tempranas impactan a los niños y al establecimiento de un estilo particular de apego con sus madres. En este contexto, se ha planteado que en el establecimiento de un estilo de apego madre-hijo median tanto variables maternas, como la sensibilidad materna, variables del hijo, como la prematurez (Cantón Duarte, Cortés 2000) y variables contextuales como factores socioeconómicos ligados a la educación materna (Tarabulsy et al., 2005).

Por otra parte, algunos autores han planteado una dificultad para identificar variables maternas que se relacionen con el estilo de apego hacia sus hijos, esto principalmente porque en variadas investigaciones se ha dado demasiado énfasis a los efectos directos de las características maternas en la interacción, en detrimento de las características del hijo. Estos autores plantean que lo óptimo para investigar variables específicas sería identificar características de la madre en contexto con las del hijo, ya que al interactuar las características de ambos, el niño contribuye también a un determinado estilo de apego. Por este motivo se vuelve importante identificar características del niño que pudiesen afectar la relación con sus cuidadores y por tanto el estilo de apego a desarrollarse.

Una de estas características ha sido el nacimiento prematuro del niño, pues las interacciones tempranas de los prematuros con sus madres pueden verse dificultadas por variables como el prolongado tiempo de hospitalización y el tratamiento médico intrusivo, donde objetivamente la separación del bebé de su madre durante este periodo puede dificultar que algunas de las conductas de apego, como son el contacto físico o la proximidad puedan materializarse de modo normal, como ocurre con aquellas madres de bebés de término que tras el parto pueden acceder al contacto inmediato con sus hijos. Por otro lado, se ha observado que los patrones de interacción de los niños prematuros y sus madres son cualitativamente diferentes de aquellos niños que han tenido un tiempo normal de gestación, los prematuros tienden a estar menos alerta, a responder menos y a tener más dificultad para

comunicar sus necesidades. Suelen asimismo ser más irritables y difíciles de calmar, teniendo interacciones menos gratificantes con sus madres que los niños de término, mostrando a su vez menos afecto positivo (Garner & Landry, 1992). También son más pasivos y socialmente menos responsivos (Malatesta et al, 1983), características que exigen que sus madres tengan que esforzarse mayormente para proporcionarles los cuidados adecuados durante los primeros meses (Cantón Duarte, Cortés 2000).

Algunas investigaciones (Sobotková, Dittrichová, Mandys, 1996) han comparado las actitudes y sentimientos que madres de niños prematuros tenían sobre sus hijos en comparación con madres de niños nacidos de gestación completa, en ambos grupos se informaron de las actitudes y sentimientos sobre el embarazo y los primeros contactos con el hijo. Los resultados señalan que antes del nacimiento no había diferencia en actitudes y sentimientos entre los dos grupos de madres, sin embargo, posterior al nacimiento, mientras que la mayoría de las madres de gestación completa (92%) se sentía satisfecha emocionalmente, la mitad del grupo de madres de niños prematuros (52%) señaló experimentar ansiedad por la condición del niño y sentimientos de fracaso e indefensión durante los primeros contactos en la unidad de cuidados intensivos, además, las madres de hijos prematuros concebían a sus hijos como más irritables, resultados que apoyaron el supuesto de que el cuidado temprano de un hijo prematuro implica para las madres una experiencia emocionalmente estresante (Cantón Duarte, Cortés, 2000). Adicionalmente se ha constatado que las madres de estos niños tienden a tener más representaciones negativas de sus hijos en comparación con madres de hijos de término, percibiendo más complejas las tareas de rutina como alimentarlo y dormirlo. Estas madres suelen pasar menos tiempo con sus hijos, hablarles, mirarlos y tocarlos con menor frecuencia y regularidad en las primeras semanas de vida (Davis & Tomas, 1988). Las representaciones negativas se relacionarían entonces con una menor sensibilidad materna y con una mayor cantidad de conductas de retraimiento por parte de los hijos, contribuyendo esto a interacciones poco óptimas en la relación, aumentando la probabilidad de desarrollar un estilo de apego inseguro (Keren et al., 2003).

Teniendo en consideración las dificultades en la interacción que se producen entre los niños prematuros y sus madres, cabría esperar que sus estilos de apego fueran distintos a los desarrollados por los niños de término, así podría esperarse que si el estilo de estimulación

empleado por las madres de los niños prematuros fuese desadaptativo o inadecuado, debería existir una incidencia superior de estilos de apego inseguro en las díadas madre-hijo prematuro. Sin embargo, otras investigaciones han encontrado que a pesar de las diferencias observadas en las interacciones, los resultados sobre sus efectos en la formación de los estilos de apego han sido inconsistentes. En general, la distribución de los estilos seguros e inseguros en niños prematuros y sus madres es comparable a la distribución encontrada en los niños nacidos de término (Macey et al., 1987).

Por otra parte, cuando los prematuros han sido clasificados en función de determinados factores de riesgo, se han encontrado diferencias entre ellos en los estilos de apego. De este modo, se ha observado que los niños prematuros con complicaciones médicas, pertenecientes a familias de bajo estatus socioeconómico, presentarían un porcentaje superior de estilos de apego inseguro en comparación con niños de grupo control de gestación de término (Plunkett, et al., 1986; Wille 1991). Así también, se ha comparado a niños prematuros con complicaciones médicas con prematuros que tenían un buen estado de salud, encontrándose que los prematuros con complicaciones médicas tendrían una tasa más elevada de estilo de apego ambivalente en comparación a los prematuros con buena salud. Estos resultados sugieren que la enfermedad crónica puede provocar ansiedad en las madres, lo que asociado a un niño irritable y más demandante de cuidados, daría lugar a una mayor tasa de relaciones inseguras ambivalentes que entre los prematuros con buena salud.

Respecto de las características maternas que se han podido identificar como variables que afectan el establecimiento de un determinado estilo de apego en la díada madre-hijo, se ha encontrado la presencia de psicopatología materna, específicamente el caso de la depresión, ya que una de las principales características que se han encontrado en las madres depresivas, al compararlas con madres no depresivas, es que son menos responsivas, menos activas, hostiles, intrusivas y evitadoras de conflicto, factores que han sido asociados con el establecimiento de un estilo de apego inseguro en el niño (Teti et al., 1992). Se ha observado además que la presencia de algún tipo de psicopatología en la madre, junto con su propio estilo de apego producto de su historia de interacciones tempranas, afectan la sensibilidad maternal, ésta última se ha conceptualizado como una falta de respuesta sensible por parte de la madre cuando fracasa en leer los estados mentales del niño, sus necesidades o cuando fracasa en apoyar al niño en la obtención de estados positivos o en las necesidades de acogida

y amparo, lo que puede acompañarse o no de una conducta hostil o negligente por parte del cuidador (Pinedo y Santelices, 2006). En una madre con perturbaciones emocionales la tendencia al alejamiento puede interferir de manera grave con sus cuidados e influir en el establecimiento del vínculo y en el posterior desarrollo del niño (Bowlby, 1969).

Por otra parte la importancia de determinar la presencia de dificultades en la salud mental de las madres se centra en las implicancias que esto podría tener en el desarrollo posterior del niño, este aspecto ha sido uno de los temas centrales de la teoría propuesta por Bowlby, quien pone de relieve el rol que cumplen las experiencias tempranas en el desarrollo socioemocional del niño, sugiriendo que cuando los niños desarrollan representaciones negativas de sí mismos y de los otros tienden a tener una vulnerabilidad mayor a desarrollar psicopatología, ya que sus representaciones internas afectan la experiencia y el comportamiento, así como su autoconcepto, la autoestima y las relaciones interpersonales (Mason et al., 2005), esto debido a que cada estilo de apego posee un modelo mental específico, el cual influye posteriormente en la capacidad del niño para relacionarse con los otros, comunicarse, regular las emociones y desarrollar las cogniciones. De este modo, cualquier perturbación, quiebre o desorganización prolongada de esta tendencia vincular se convierte en un factor de riesgo que puede generar problemas en diversas áreas del funcionamiento adaptativo.

Una de las consecuencias de la presencia de psicopatología materna se ha relacionado con el desarrollo de estilos de apego inseguro (Mason, Platts y Tyson, 2005). La formación de un vínculo inseguro en la relación madre-hijo, como puede darse en el caso de madres con sintomatología depresiva, adquiere importancia ya que podría influir en la forma en que el niño comprende, se aproxima al mundo y genera explicaciones de los comportamientos y conductas de las personas. Esto lo hace a través del desarrollo de un modelo mental de apego, el cual actúa como un modelo cognitivo/afectivo que permite anticipar la disponibilidad del cuidador, la imagen de sí mismo, de los otros, de las relaciones y las estrategias de regulación (Bretherton, Munholland, 1999). De esta forma, los niños con un estilo de apego inseguro pueden llegar a desarrollar un modelo interno de sí mismo en relación con los demás fundamentalmente negativo que afectará su posterior desarrollo emocional, cognitivo y social. Por consiguiente, durante la niñez temprana podrían presentar un mayor número de conductas de evitación con sus cuidadores, menores conductas de exploración del mundo físico y menor

juego simbólico. Todo ello podría dar lugar, durante la niñez media y tardía, a un pobre desarrollo intelectual y lingüístico, así como a problemas en la regulación y control emocional, con mayores tasas de agresividad y frustración. (Angold, 2007). En investigaciones que han intentado determinar si existe relación entre los indicadores de psicopatología en la madre y el estilo de apego desarrollado por el bebé, se ha observado que a mayor cantidad de síntomas ansiosos depresivos, mayor probabilidad de calificar al niño con un apego inseguro (Dubois-Comtois y Moss 2004; Edhborg et al., 2003; Quezada 2007). La presencia de síntomas depresivos en la madre se ha relacionado con la presencia de un estilo de apego inseguro en su hijo, pues la depresión interfiere con su habilidad para darse cuenta de las necesidades de su hijo y proveer un cuidado emocional adecuado (Adams, 2005).

Se ha planteado además que las madres que presentan índices de depresión, tienen dificultades para entablar en el futuro conversaciones significativas con sus hijos que favorezcan el reconocimiento y la expresión de sus emociones, lo que podría interferir el entendimiento de las emociones de sus propios hijos, afectando por lo tanto el estilo de apego que finalmente se construye (Raikes y Thompson, 2006 en Quezada 2007). Además se ha observado que estas madres verbalizan más sobre el rechazo, negación o distanciamiento hacia el bebé (Leonetti et al., 2008), lo que podría influir en la interacción temprana madre-hijo.

Otra forma de explicar la incidencia y el impacto que puede tener la presencia de sintomatología depresiva de las madres de hijos prematuros en el posterior desarrollo de un estilo de apego, surge de considerar la figura vincular de la madre y la interdependencia entre el estado emocional de la madre y el bebé. Este estado emocional adquiere características particulares luego de la gestación y el nacimiento, en esta etapa la madre entra en una nueva y única organización psíquica llamada constelación maternal, que determina un nuevo conjunto de conductas y fantasías relacionadas con ella, su bebé y sus redes familiares. Esta organización hace referencia a cuatro preocupaciones fundamentales de la madre, como son la vida y crecimiento de su hijo, la relación primaria afectiva que pueda desarrollar con él, la matriz de apoyo con que cuenta y la reorganización de su propia identidad (Kimelman, 2003). En el caso de un parto prematuro, estas preocupaciones fundamentales de la madre se ven agravadas por el hecho de que tienen que renunciar al control sobre sus hijos cuando estos

nacen. Más aun, el no tener la certeza de que el hijo sobrevivirá genera ansiedad y dificultades para formar una relación con el niño. Se ha indagado acerca de los contenidos verbales y preocupaciones que las madres expresan en torno al parto prematuro y la consecuente hospitalización del niño, en estas madres se ha encontrado que sus contenidos verbales se caracterizan predominantemente por sentimientos o reacciones con connotación negativa, destacando entre estos las dudas y comentarios sobre el miedo de aproximación, de perjudicar o de establecer contacto con el bebé (Schmücker et al., 2005).

Respecto a la prematurez y su posible incidencia en el estado emocional de las madres, un estudio realizado por Poehlmann y Fiese (2001) indicó que mientras más síntomas depresivos tenía una madre de niño prematuro (incluso si estos síntomas no alcanzaban un nivel clínico) mayor probabilidad había que el vínculo con su hijo fuera inseguro, lo que se podría explicar porque las madres de hijos prematuros reaccionan ante sus hijos con mayor ansiedad, pena, sentimientos de pérdida y separación, desamparo, angustia y estrés frente a un hijo que además se presenta como menos responsivo y con características de mayor vulnerabilidad (Holditch et al., 2003), relación que no fue encontrada en niños de término.

Lo expuesto en los párrafos precedentes da cuenta de la diversidad de factores que pueden estar implicados en el desarrollo de un determinado estilo de apego y por lo tanto en la complejidad de la comprensión de los vínculos afectivos tempranos. Nace de aquí la importancia de centrar el interés de investigación en los efectos que pudiesen tener en la formación de un estilo de apego seguro madre-hijo, la conjugación de características provenientes de la madre, como la presencia de sintomatología depresiva y características del hijo, como la prematurez, ya que al considerar su influencia por separado, se ha observado que la prematurez, por sí misma, pareciera no tener implicancias significativas en la distribución de los estilos de apego en comparación con los bebés nacidos de término, sin embargo, esta distribución de los estilos de apego sí variaría al considerar las implicancias que un nacimiento prematuro podría tener sobre la incidencia de depresión posparto, afectando la formación de un estilo de apego seguro madre-hijo.

XI. FOMENTO DEL VÍNCULO MADRE-HIJO: POLÍTICAS PÚBLICAS

El interés por situar la salud mental perinatal y el proceso de vinculación como un tema que debe ser abordado, ha sido un objetivo de trabajo que de manera paulatina se ha ido haciendo un espacio entre las prácticas y objetivos de los servicios de salud en nuestro país.

En el mes de Octubre del año 2006, el Gobierno de Chile anuncia la creación del Sistema de Protección Integral a la Infancia *Chile Crece Contigo*, dirigido a todos los niños y niñas del país. Este sistema se enmarca dentro de la Política Nacional y el Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010 y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. La misión de este programa es acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, focalizando paralelamente apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Su propósito es además atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia, desde el período de la gestación hasta los 4 años de edad, entendiendo que el desarrollo infantil es multidimensional, donde influyen simultáneamente aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno.

De esta manera, el sistema contempla la implementación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, el cual considera un conjunto de prestaciones relacionadas con el reforzamiento del control del embarazo, promoción de la atención personalizada del parto y reforzamiento del control de salud del niño o niña pues existe consenso científico de que durante la etapa del embarazo, parto y puerperio se modelan y estructuran las bases fundamentales de las características físicas, cognitivas y psicológicas que se consolidarán en sucesivas etapas del desarrollo de los niños y niñas.

Lo anteriormente señalado ha posibilitado relevar la importancia de cautelar el desarrollo sano de la infancia temprana, a fin de promover el adecuado crecimiento posterior de los niños, sentando las bases para la prevención e intervención oportuna de este grupo. En consideración de lo anterior el Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Salud, lanza

durante el 2008 la campaña “Contigo mejor salud”, la cual enuncia los lineamientos de atención personalizada en el proceso reproductivo, conceptualizando el nacimiento como un momento determinante para la vida de todo ser humano, considerando tanto el período de gestación como el puerperio etapas decisivas para el desarrollo emocional, intelectual y social del niño, con una influencia central de la madre, el padre y la familia. (Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades, 2008).

El mejoramiento en la atención en salud y cuidados médicos a las madres gestantes ha significado un progreso en las condiciones de desarrollo y nacimiento de los recién nacidos, sin embargo, no todas las mujeres viven el proceso reproductivo en las mismas condiciones ya que, como se ha mencionado, este constituye no sólo una alta exigencia biológica sino también emocional, experimentándose cambios profundos en la vida de las madres, así el apoyo afectivo y social durante esta etapa es de vital importancia pues contribuye a disminuir el estrés y la ansiedad maternal. En este contexto, la atención integral, basada en un enfoque familiar busca identificar las condiciones emocionales, sociales y económicas desfavorables para focalizar el apoyo oportuno a los padres de estos recién nacidos. Es así como la misión del Programa “Contigo, mejor salud” busca modificar las características que rodean la internación de un niño en las Unidades de Cuidados Intensivo Neonatales (UCIN), propiciando un ambiente en el cual el recién nacido pueda lograr un estado de bienestar sin contraponerse a las medidas que se utilizan para estabilizar su salud, permitiendo con esto una mayor interacción con sus padres durante el período de hospitalización. Cada día se permite una mayor participación de las madres en el cuidado de los niños y los horarios de visitas se han ampliado y flexibilizado, el consentimiento informado para la realización de los tratamientos ha comenzado a ser exigido, los lactarios se han hecho imprescindibles e incuestionables, las instancias para lograr apego seguro se han prolongado y los padres asisten más al nacimiento de sus hijos y a las visitas en las hospitalizaciones. Se ha observado cómo en los últimos años se han ido incorporando medidas y rutinas orientadas en este sentido. Resultan relevantes además las medidas de apoyo a las madres, en especial durante el período posterior al parto, etapa esencial para la recuperación de la madre, para el desarrollo de los niños, el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca un vínculo afectivo sano entre los padres y sus hijos. Esta es una de las áreas en las cuales el Gobierno de Chile se ha comprometido a trabajar, considerando que el desarrollo de un vínculo temprano sano

entre la madre y su hijo sentarán las bases para el crecimiento integral de estos niños
(Ministerio de Salud, Departamento Ciclo Vital, 2007)

XII. METODOLOGÍA

Diseño General de la Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo. Corresponde a una investigación exploratoria descriptiva correlacional que pretende indagar y dar a conocer características psicológicas y relacionales de las díadas madre-hijo prematuro usuarios de los sistemas de salud de las ciudades Viña del Mar y Valparaíso que participan en la presente investigación. El diseño de investigación es no experimental pues no se realiza manipulación de variables.

Selección de la Muestra

La muestra de díadas fue escogida de una manera intencionada y por disponibilidad, considerando los siguientes criterios de inclusión:

- a. Madres que hayan tenido un parto prematuro menor de 37 semanas de gestación, cuyos hijos tengan entre 40 semanas y 9 meses de edad corregida¹.
- b. Los hijos prematuros deben haber obtenido el alta hospitalaria de la Unidad de Neonatología.
- c. Díadas que al momento de la evaluación se hayan encontrado asistiendo a los Controles de Seguimiento del Prematuro contemplados en la Guía Clínica de Atención al Prematuro, realizados en el Hospital Dr. Gustavo Fricke y Hospital Dr. Carlos Van Buren,
- d. Las madres deben haber firmado el Consentimiento Informado (Anexo N° 1).

¹ La edad corregida es la edad que el niño prematuro habría tenido si hubiera nacido en la fecha de parto estimada inicialmente.

Descripción del Procedimiento

Luego del contacto y la aprobación por parte de las instituciones en donde se recolectó la muestra de la investigación, se realizó el contacto con las madres al asistir con sus hijos a Control Médico de Seguimiento del Prematuro. En esta instancia se explicó a las madres los objetivos y procedimientos de la investigación y se les solicitó su participación en este estudio, aquellas que accedieron a participar debieron firmar un documento de consentimiento informado (Anexo N° 1) Luego de su aprobación se dio inicio al procedimiento establecido, el cual se llevó a cabo del siguiente modo:

1. Primero se realizó anamnesis a la madre mediante el “Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre” (Anexo N° 2)
2. Luego se aplicó la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” (En adelante EPDS) (Anexo N° 3)
3. Finalmente, se llevó a cabo la aplicación de la Escala “Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress” (En adelante ADS) (Anexo N° 4) durante el Control de Seguimiento del Prematuro. Con la finalidad de resguardar la confiabilidad de la aplicación de esta escala, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:
 - a. Etapa de entrenamiento piloto de las investigadoras en la administración y codificación de los elementos del apego evaluados por la escala, realizada en controles médicos pediátricos de niños de término.
 - b. Establecimiento de condiciones estandarizadas de aplicación, para lo cual se acordó efectuar toda observación en el mismo espacio físico, bajo el mismo procedimiento médico y con la presencia de dos examinadoras por cada díada madre-hijo.
 - c. Establecimiento de estándares de medición estipulados según los criterios de puntuación presentes en el Manual de Administración, Codificación y Guía de Conductas Problemáticas en el Apego. En los casos en que dio discrepancia en la codificación de las conductas observadas por cada examinadora se realizó en

conjunto una revisión de los puntajes otorgados con el fin de lograr consenso en torno a la valoración de cada conducta en cuestión.

- d. Se realizaron coordinaciones de derivación en aquellos casos en que las madres refirieron la necesidad de ayuda psicológica o en los cuales se pesquisaron situaciones de riesgo para cualquiera de los miembros de la díada madre-hijo. En estos casos se realizó con cada una de estas madres una entrevista personal llevada a cabo por las dos examinadoras presentes, en esta instancia se evaluó la posibilidad de insertar a la madre en la red de salud pertinente a sus necesidades, ya sea esta atención primaria o secundaria.

Instrumentos de Recolección de Información

Para la selección de los instrumentos a utilizar en la investigación se tomó en consideración el contexto en que estos serían aplicados. Es por lo anterior que en función del tiempo con que se dispone en las instituciones de salud se decidió contar con instrumentos de rápida aplicación y simples de contestar.

En el presente estudio se ocuparon tres instrumentos para la recolección de información: un “Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre”, la “Escala de Edimburgo” para pesquisar depresión posparto y la escala “Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress” para evaluar la calidad del apego en estas díadas.

Descripción de Instrumentos

Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre

El “Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre”, construido para la presente investigación, consta de ítems categoriales y dimensionales que se utilizaron para conocer algunos datos socio-demográficos, obstétricos y psicológicos relevantes para la descripción de la muestra en estudio y que podrían estar asociados tanto con la presencia de depresión posparto como con el estilo de apego presente en la muestra.

Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es un instrumento de tamizaje diseñado específicamente para asistir a los profesionales del sistema de atención primaria de salud en la detección de madres que sufran de depresión posparto.

El cuestionario está compuesto por 10 ítems, cada uno de los cuales posee cuatro alternativas de respuesta y puntajes asignables de 0 a 3 de acuerdo al grado creciente de severidad de los síntomas. El puntaje total de la prueba se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem, pudiendo ir desde 0 a 30 puntos. La prueba, que es sensible a los cambios en la severidad de estos cuadros a lo largo del tiempo (Cox et al., 1987; Henshaw et al., 2004), mide síntomas emocionales y cognitivos de depresión, excluyendo, con excepción de un ítem referente a la dificultad para dormir, la evaluación de sintomatología somática depresiva que podría ser propia del período recuperatorio posparto (Boyd, Le y Somberg, 2005).

En Chile la escala ha sido validada en dos estudios (Alvarado et al., 1992; Jadresic, Araya y Jara, 1995) mediante un criterio externo de validación (entrevista psiquiátrica), obteniéndose una consistencia interna de 0.77 (alfa de Cronbach). Los autores sugieren un puntaje de corte de 9/10 como el mejor umbral para ser usado en los estudios de tamizaje (o screening) dado que se obtiene una sensibilidad de un 100%, una especificidad de un 80% y una validez predictiva de un 37% (Jadresic 1995). Este criterio de corte de la escala se ha

utilizado además en otras investigaciones realizadas en Chile (Castañón et al., 2008). Al tratarse de una herramienta de amplio uso a nivel internacional (Ballestrem et al., 2005) y ya validada en Chile, la EPDS fue escogida para estimar posibles casos de depresión posparto en el presente estudio, considerando además como criterio de corte un puntaje total de 10 puntos para determinar la presencia de sintomatología depresiva posparto en la muestra.

Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress

Este es un instrumento observacional basado en la teoría del apego que se usa para evaluar los estilos de apego entre un cuidador significativo, generalmente la madre, y su bebé de entre 0 y 18 meses (aunque suele ser preferentemente utilizada durante el primer año). El instrumento fue elaborado por Henry Massie & Kay Campbell (1978) y consiste en una pauta de evaluación para las respuestas del bebé en situaciones de estrés, suponiendo que el estilo de apego se va conformando en situaciones de estrés/regulación del niño por su cuidador. Por esto la Escala de Apego durante Stress (ADS) ha sido creada para ser utilizada preferentemente en contextos de estrés moderado del bebé, facilitando su uso rápido en el contexto de la consulta pediátrica, aunque también puede utilizarse en otros momentos de estrés moderado, tales como la muda, el baño, la alimentación y momentos breves de separación de su cuidador significativo (Lecannelier, 2008). En el caso de la presente investigación la situación de estrés observada fue el Control de Seguimiento del Prematuro, realizada en el Hospital Dr. Gustavo Fricke y Hospital Dr. Carlos Van Buren, ya que estos centros brindan a nivel regional la mayor cobertura de atención para la población de prematuros de alto riesgo.

El objetivo de esta pauta consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales, que suelen ser indicadores de la calidad del vínculo entre la madre y el bebé, estos indicadores son: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad, utilizándose para su codificación dos pautas de observación, una para la conducta de la madre y otra para la conducta del bebé, las que son codificadas por separado. En cada uno de los indicadores se asigna un puntaje de 1 a 5, dependiendo de la frecuencia e intensidad del indicador, observando todas las pautas de estrés/regulación, como se señala a continuación:

- a. Puntajes de 1 y 2: Estos puntajes se refieren a tendencias de la madre o el niño a evitar el contacto o a no responder a las señales o conductas de apego que la otra parte está entregando.
- b. Puntajes de 3 y 4: Estos puntajes implican un rango normal de conductas en la interacción madre-hijo.
- c. Puntaje de 5: Un puntaje de este tipo implica una tendencia a sobre-reaccionar, a mostrar una conducta sobre-exagerada y a presentar una actitud intrusiva y de sobreinvolucramiento y/o con una reacción ansiosa frente al estrés y con un apego extremo hacia el bebé.
- d. Comportamiento no observado: Si el evaluador no ha observado algún tipo de conducta se codifica en “comp no observado”, esto además con el fin de evitar la interpretación de conductas.

Luego de esto se debe trazar un perfil de las codificaciones asignadas, lo que permitirá identificar un determinado estilo de apego, a partir de las siguientes categorías:

Puntajes 1 y 2: Indicador de un Estilo de Apego Inseguro Evitante

Puntaje 3 y 4: Indicador de un Estilo de Apego Seguro

Puntaje 5: Indicador de un Estilo de Apego Inseguro Ambivalente

Interacción Disarmónica: Puede darse en el caso donde madre e hijo muestran trazos en la escala muy diferentes, por ejemplo, madre tendiente hacia lo evitante (lado izquierdo de la escala) e hijo hacia lo ambivalente (lado derecho de la escala). En estos casos se debe considerar principalmente el trazo de la madre para decidir el estilo de apego de la díada. Este perfil disarmónico es un indicador de relación disfuncional.

Esta escala además entrega información sobre las “Conductas Problemáticas de Apego (CPA)” (Anexo N° 6), las que se refieren a conductas que no aparecen en las categorías descriptivas de la ADS, pero que se pueden inferir de la situación de observación. Estas conductas las pueden mostrar tanto la madre como el hijo e implican rangos extremos de riesgo y dificultad en la relación de apego, constituyendo signos de alarma en la relación.

Estas pueden tender a su vez hacia lo evitante o hacia lo ambivalente e identificarse en uno u otro miembro de la díada. En esta investigación las conductas problemáticas de apego que fueron identificadas en algunas díadas madre-hijo prematuro se consideraron como factores de riesgo presentes en la interacción y se utilizaron como criterios a considerar para realizar las derivaciones de los casos a los centros de atención correspondientes.

Respecto de los datos de validación de la escala, los autores proponen una validez predictiva a partir de investigaciones longitudinales realizadas con la aplicación de la escala ADS (Massie, et al 1988, Brody, 1992) donde identifican dificultades presentes en la relación madre-hijo. Se ha mostrado que los patrones de interacción madre-hijo se establecen en la infancia y persisten en la adolescencia. En este estudio, madres e hijos con interacciones disarmónicas en la escala ADS, mostraron 7 a 10 años más tarde, una tendencia a un menor afecto positivo, menor espontaneidad, menor habilidad para concentrarse en las tareas y escasa comunicación y reciprocidad con sus padres y con los investigadores al compararlos con el grupo de niños cuyos perfiles en la infancia fueron normativos. Otra de estas investigaciones ha sido la realizada por Brody (1992), su estudio siguió a un centenar de familias poco tiempo después del nacimiento del hijo hasta la edad adulta. Estudiaron a un grupo de madres y niños en cuanto a la adecuación o inadecuación de los componentes de la interacción madre-hijo durante la alimentación temprana. En el seguimiento a los 18 años de edad, los niños que tuvieron un compromiso en la interacción con sus madres, presentaron significativamente más índices de psicopatología que los niños de las díadas no comprometidas. La investigación de Murray (Murray 1991, en Massie & Campbell, 1992), con el foco en los dos primeros años de vida documentó la interacción de 49 niños y sus madres deprimidas en intervalos de 3 meses. Examinando el parámetro de las verbalizaciones de la madre, el estudio encontró como resultados una mayor hostilidad, menor conciencia y menor interacción recíproca con el bebé en el grupo de las madres deprimidas en comparación con el grupo control. A los 18 meses, los niños de las madres deprimidas mostraban un desarrollo cognitivo y emocional adverso.

Esta escala ha sido utilizada además en diversos estudios nacionales que incluyen estudios sobre su validez y confiabilidad (López y Ramírez, 2006), y en poblaciones normativas de nivel socioeconómico medio y bajo (Lecannelier, Undurraga, Olivares,

Goldstein & Hoffmann, 2005; Kotliarenco et al., 2007) y en poblaciones de alto riesgo (Lecannelier & Hoffmann, 2006).

Formulario de Consentimiento Informado

Como requisito para la realización de cualquier estudio en el área de la salud mental, se requirió la autorización escrita de las participantes. Para ello se desarrolló un documento ad-hoc que explicó los objetivos y modalidades del estudio.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, el plan de análisis incluyó una caracterización de la muestra en torno a las características demográficas y variables en estudio, una representación de tendencias al interior de la muestra total y por subgrupos, un análisis de relación de variables sobre la muestra total y por subgrupos y por último un análisis de diferencias por subgrupos al interior de la muestra.



XIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

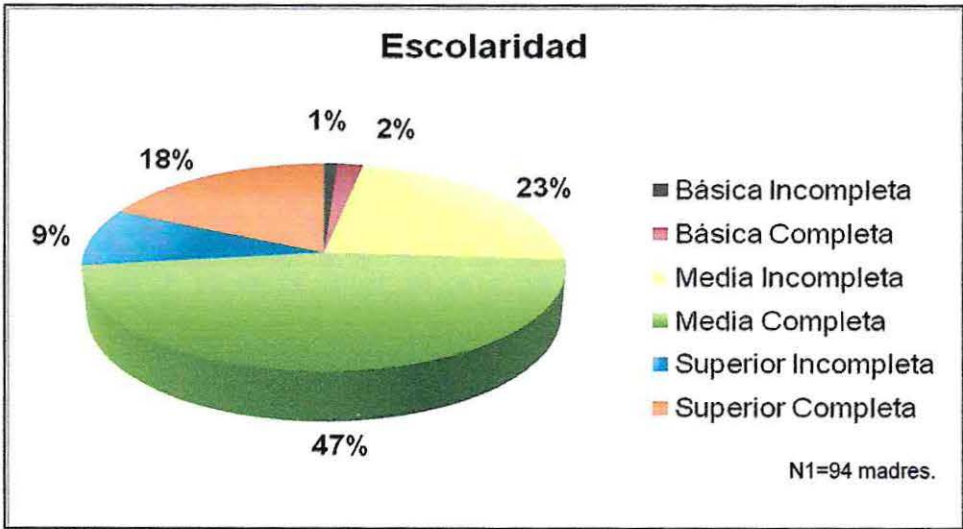
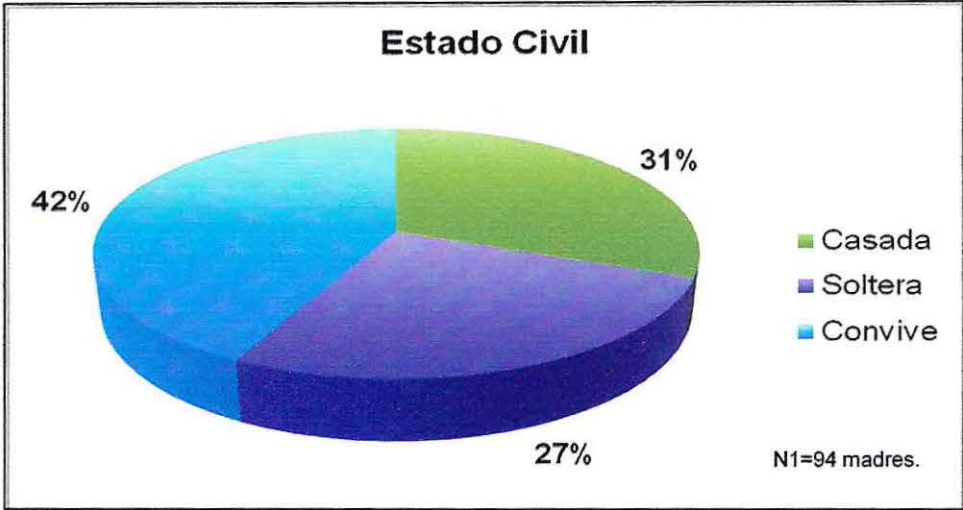
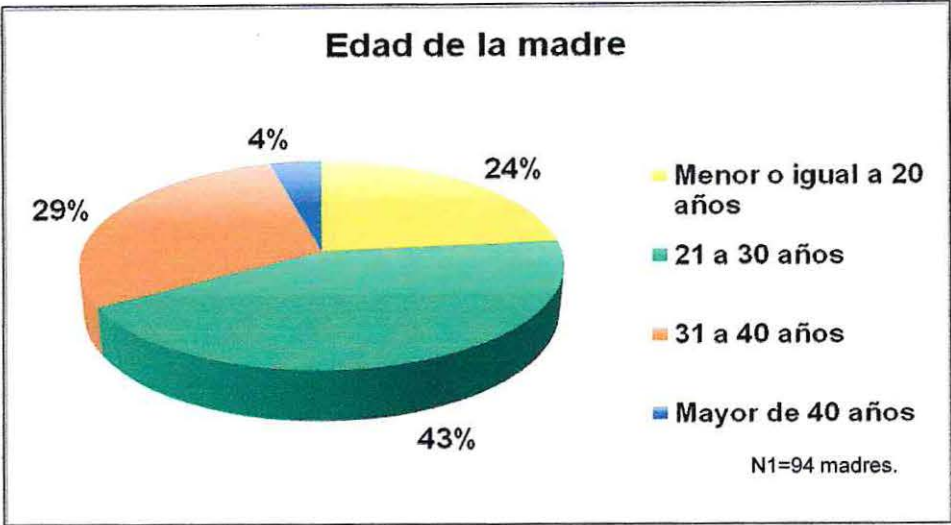
XIV. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

A continuación se presentan una serie de datos cuyo objetivo es describir la población investigada. Resulta relevante mencionar que para el análisis de los resultados se utilizaron dos “N” (número total de sujetos), en donde N1 corresponde al total de madres (N1=94), mientras que N2 corresponde al número total de hijos nacidos (N2= 100), éste último es mayor respecto de N1 debido a los embarazos múltiples incluidos en la muestra total.

Descripción de Antecedentes Personales de la Madre

En el siguiente apartado se presenta el resultado del análisis de los datos correspondientes a los antecedentes personales de la madre, dentro de los cuales se incluye situación laboral, tipo de previsión, edad de la madre, estado civil y escolaridad.

Respecto a la situación laboral, es posible señalar que un 57% de las madres no se encontraba trabajando al momento de la aplicación del cuestionario, mientras que el 43% restante sí tenía una situación laboral activa. En cuanto al tipo de previsión de salud, los resultados indican que un 36% de las madres clasifican en “FONASA A”, un 30% en “FONASA B”, un 15% en “FONASA C”, un 11% en “FONASA D”, un 5% en otras cajas de previsión y finalmente un 3% en Isapre.



Descripción de Antecedentes Mórbidos y de Salud Mental de la Madre

Para estudiar esta variable se extrajeron del “Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre” aquellos ítems que guardaban relación con los antecedentes de Salud Mental de la madre, y que corresponden a los ítems número 8, 9 y 10 presentes en el cuestionario (ver anexo N° 2), estos ítems luego fueron agrupados en una sola categoría que se denominó “Problemas de Salud Mental”. A cada uno de estos ítems se le asignó un puntaje de 1 ó 0 para conceptualizar la presencia o ausencia de diagnósticos previos de Salud Mental, respectivamente.

Respecto de la presencia de antecedentes mórbidos previos de trastornos del espectro depresivo, un 74% no reportó antecedentes previos de trastornos, en tanto que un 26% reportó algún tipo de trastorno depresivo, entre los cuales el trastorno de depresión posparto alcanzó un 8%.

Descripción de Antecedentes Biológicos del Embarazo

De un total de 94 sujetos, un 65 % corresponde a madres que no planificaron su embarazo, sin embargo, cabe destacar que de este subgrupo el 83% refiere haber aceptado el embarazo, calificándolo como “deseado”. Por otro lado, el subgrupo de madres que sí planificaron su embarazo corresponde a un 45% de la muestra total, en donde el 40 % de ellas refirió dificultades para concebir. Finalmente, del total de casos, un 80% manifestó complicaciones médicas durante el embarazo, incidiendo esto en la prematuridad del parto.

En cuanto al número de hijos, es posible señalar que un 62% del total corresponde a madres primíparas, mientras que el 38% corresponde a madres no primíparas, presentándose el embarazo múltiple en un 14 % del total de los casos.

Descripción de Antecedentes Sociales del Embarazo

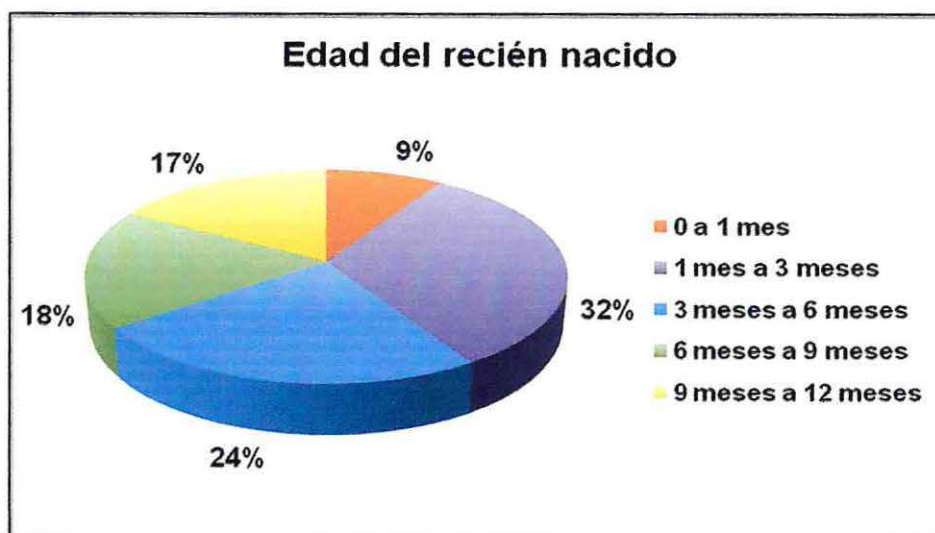
Respecto de los cuidados durante el período del embarazo, de un total de 94 casos, el 95% de las madres refirió haber controlado su embarazo y el 43% refirió haber trabajado durante el mismo.

Por otro lado, es posible señalar que un 8,5% del total de las madres afirmó haber tenido hábitos nocivos durante el embarazo, dentro de los cuales se encuentra el consumo de tabaco con un 6%, el consumo de alcohol con un 4% y el consumo de drogas con un 2%.

Descripción de Antecedentes del Parto y Recién Nacido

De un total de 100 niños nacidos, el 31% de ellos nació mediante parto vaginal, mientras que un 69% a través de cesárea, encontrándose además que cerca de la mitad de los niños (52%) presentó algún tipo de patología luego de nacido.

En cuanto al sexo del recién nacido se obtiene que un 54% corresponde al sexo masculino, mientras que un 46% al sexo femenino, la distribución respecto a las edades de los niños se detalla a continuación:



*Edad cronológica

(Entendida como la edad del niño en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento)

Respecto a las semanas de gestación, peso al nacer y tiempo de hospitalización, la distribución de los casos fue la siguiente:

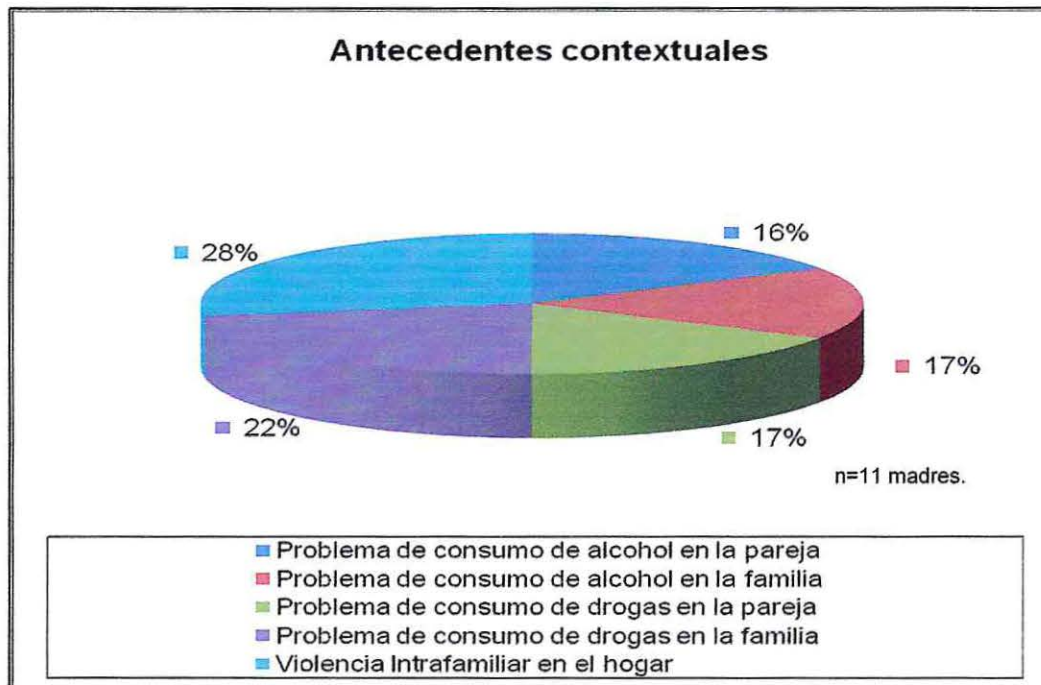
Variable		Peso al nacer		Tiempo de hospitalización	
		Menor o igual de 1500 gramos	Mayor de 1500 gramos	Menor o igual a 30 días	Más de 30 días
Semanas de gestación	Menor o igual de 32 semanas (n=85)	64	21	26	59
	Mayor de 32 semanas (n=15)	6	9	12	3
TOTAL		100		100	

Con relación al tiempo de hospitalización de los bebés prematuros, es posible señalar que el promedio de hospitalización fue de 47,35 días, con una moda de 30 días.

Más específicamente, la distribución del promedio del tiempo de hospitalización respecto de los Estilos de Apego fue de 49,6 días para el subgrupo Estilo de Apego Inseguro Evitante; 48,9 para el subgrupo Estilo de Apego Seguro, y finalmente de 60 días para el subgrupo Estilo de Apego Inseguro Ambivalente.

Antecedentes del Funcionamiento Familiar durante el Embarazo

De un total de 94 madres, alrededor de un 12% refirió problemas respecto de sus antecedentes contextuales, dentro de los que se encuentran consumo de sustancias y/o alcohol, ya sea en la pareja o en la familia o algún tipo de violencia intrafamiliar. La distribución de las problemáticas dentro de este grupo se representa de la siguiente manera:



Descripción de la Variable Riesgo Psicosocial en las Madres

Para estudiar esta variable se extrajeron del “Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre” aquellos ítems que guardaban relación con factores de riesgo psicosocial, agrupándose en una sola categoría que se denominó “Riesgo Psicosocial” y que corresponden a los ítems número 1, 2, 4, 38, 39, 41, 33, 34, 35, 36 y 37. A cada uno de estos ítems se le asignó un puntaje de 1 ó 0 para conceptualizar la presencia o ausencia de riesgo, respectivamente. El puntaje total de cada una de las madres se obtuvo mediante la sumatoria de los ítems, entendiéndose que a mayor puntaje, mayor riesgo. Los resultados de este análisis por subgrupo arrojan un promedio de 0,3 puntos para el subgrupo de Estilo de Apego Evitante y 0,19 puntos para el subgrupo de Estilo de Apego Seguro.

Respuestas de la Madre frente al Embarazo y el Parto

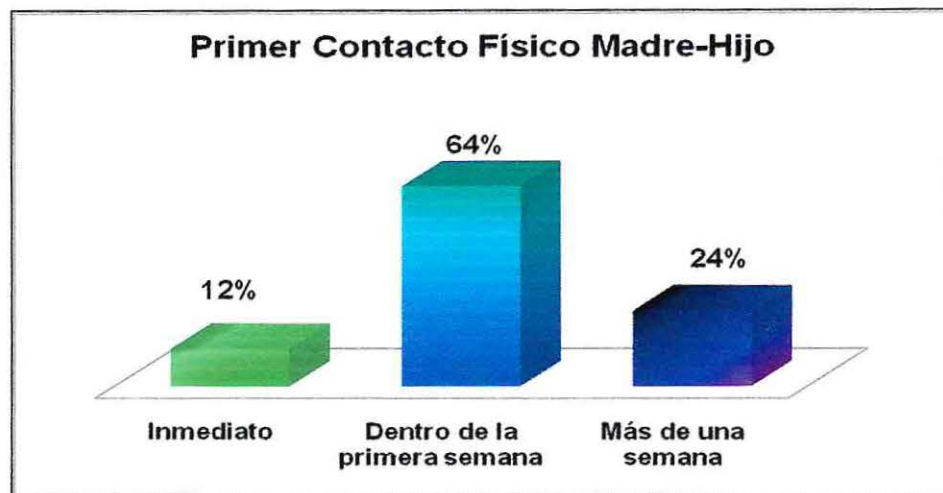
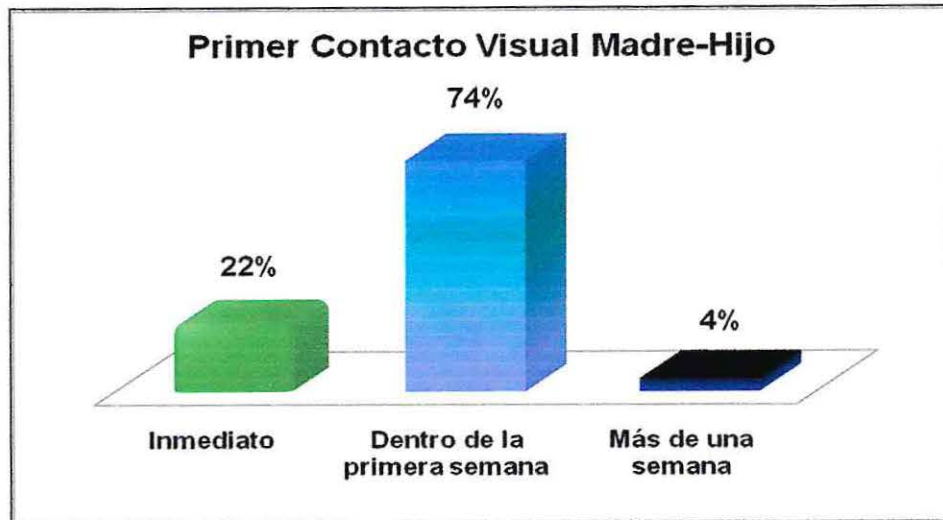
Respecto del apoyo percibido por la madre del niño, los resultados muestran que durante el embarazo, éste aparece en un 93% de los casos, elevándose levemente a un 98% una vez producido el nacimiento, donde la principal fuente de apoyo reconocida proviene de la pareja y la familia, con un 56 y 42% respectivamente. En cuanto a la calidad de la relación con el padre del bebé, se destaca que en su amplia mayoría las madres la califican como “buena”, siendo esto representado en un 83% de los casos.

Con relación a las actitudes de la madre durante el embarazo y el parto, es posible señalar que un 53 % de las madres declaró sentirse preparada para enfrentar la maternidad, mientras que un 40 % declaró no sentirse preparada. Al indagar en las emociones experimentadas por la madre tras el nacimiento prematuro de su hijo, se obtuvo que la emoción predominante fue la alegría, referida en un 38% de los casos, seguido por el miedo en un 27%, la confusión en un 18%, la tristeza en un 16% y por último la rabia en un 1%. Al indagar respecto a la experiencia de la lactancia, se obtuvo que un 93% de las madres percibieron esta experiencia como “agradable”.

Respecto a los cambios físicos que ocurren en la mujer y a los cambios en la vida sexual de la pareja que ocurren producto del embarazo y del nacimiento de un hijo, la mayoría declaró sentirse “tranquila”, lo que se refleja en un 71% y 85 % de los casos respectivamente.

Por otro lado, referente a la percepción que tienen las madres sobre el comportamiento de sus hijos prematuros, la mayoría declara interpretar su comportamiento como “normal” (59%), seguido de un 24% que declara percibirlo como “más tranquilo” que otros bebés, a su vez, el 93% de las madres manifiesta sentir que han llevado a cabo los cuidados de su hijo de buena manera.

Finalmente, se obtuvieron también antecedentes acerca del tiempo que transcurrió entre el parto y el momento en que la madre pudo ver y tocar por primera vez al hijo. Los datos obtenidos se grafican de la siguiente forma:



Síntesis General de la Caracterización

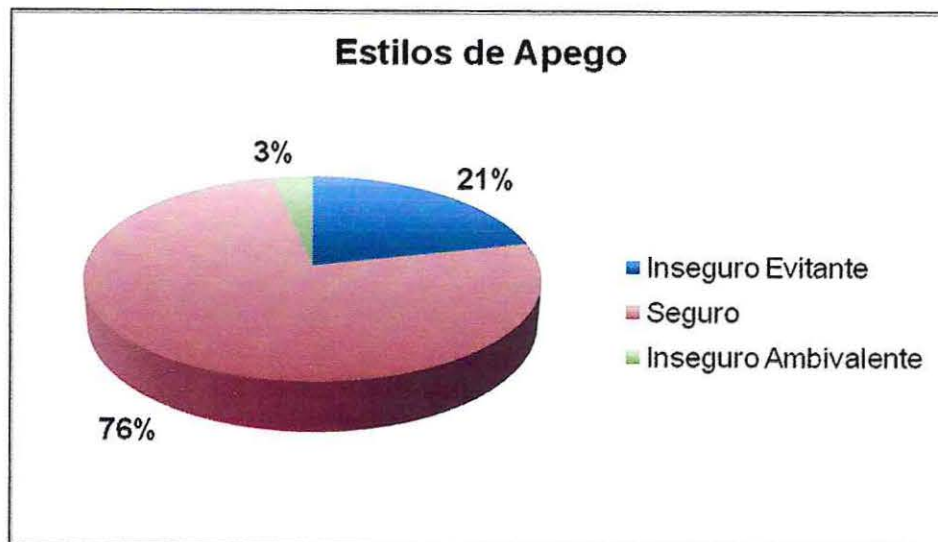
A partir de los datos expuestos es posible concluir que la muestra de madres corresponde a una población fundamentalmente joven, un 43% se ubica entre los 21 y 30 años, un 66% son usuarios del Fondo Nacional de salud / FONASA, clasificando en los tramos A y B de cobertura según ingreso. En esta muestra los partos prematuros corresponden mayoritariamente al primer hijo lo que se representa en un 62% de los casos. En cuanto a la muestra de bebés prematuros es posible señalar que en su mayoría alcanzaron entre 28 y 30 semanas de gestación, lo que se evidencia en un 62% de los casos, por último, resulta importante mencionar que el tiempo de hospitalización de los bebés es superior a 30 días en un 62% de los casos.

XV. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de la muestra de madre-hijos prematuros, comenzando por los Estilos de Apego encontrados en las díadas de la muestra a través de la escala de observación Apego Durante Stress (ADS), seguido por los Índices de Sintomatología Depresiva encontrados en las madres de la muestra a través de la escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS). Luego se responde la pregunta de investigación que busca establecer si existe relación entre Sintomatología Depresiva Posparto y los Estilos de Apego presentes en la díada madre-hijo prematuro.

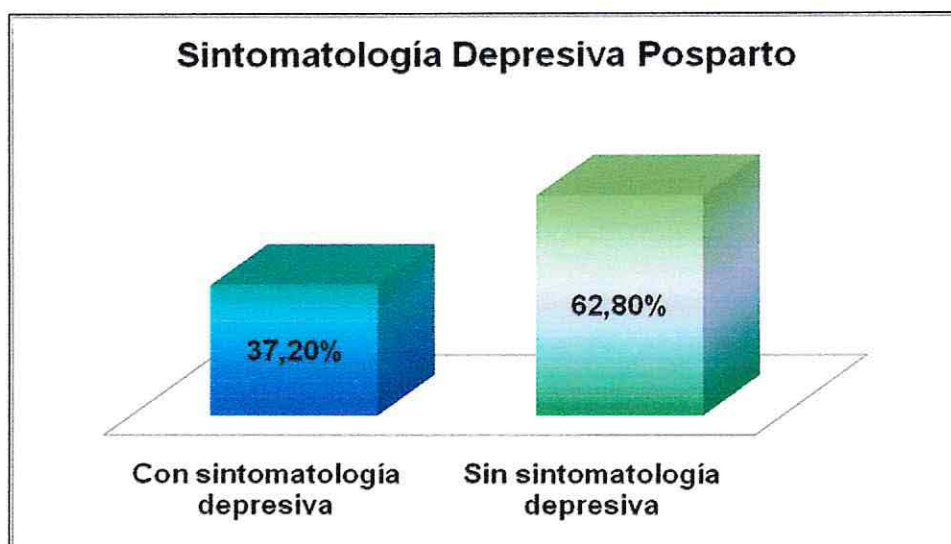
Estadísticos Descriptivos

- 1. Estilo de Apego Madre-Hijo Prematuro:** De un total de 97 díadas madre-hijo, el 75,3% (73 díadas) fue calificada en la categoría de Estilo de Apego Seguro, mientras que el 21,6% (21 díadas) en la categoría de Estilo de Apego Inseguro Evitante, por último el 3,1% (3 díadas) de la muestra se ubicó en la categoría de Estilo de Apego Inseguro Ambivalente.



2. **Índices de Sintomatología Depresiva en las Madres:** De un total de 94 madres participantes, el 37,2 % presentó Índices de Sintomatología Depresiva Posparto, es decir 35 madres obtuvieron un puntaje de 10 o más puntos en la escala EPDS, mientras que un 62,8% del grupo de madres no presentó Sintomatología Depresiva Posparto, obteniendo un puntaje menor a 10 puntos en la escala EPDS.

El promedio obtenido por la muestra total de madres correspondió a 8 puntos en la escala, mientras que el análisis por subgrupos muestra que el promedio del grupo de madres con Índices de Sintomatología Depresiva es de 13 puntos, puntaje levemente superior al punto de corte, en tanto que el promedio obtenido por el grupo de madres sin depresión posparto correspondió a 8 puntos, siendo este puntaje levemente inferior al punto de corte.



3. **Índices de Sintomatología Depresiva según subgrupo de Estilo de Apego:** Respecto de los índices de Depresión Posparto presentes en la muestra se obtiene que dentro del grupo de las madres con Estilo de Apego Evitante un 57,1% presentó índices de sintomatología depresiva, mientras que dentro del grupo de madres con Estilo de Apego Seguro un 30,1% presentó Índices de Sintomatología Depresiva, por último, en el grupo de las madres con Estilo de Apego Ambivalente un 33,3% presentó tales índices.

Tabla N° 1: Porcentajes de Sintomatología Depresiva por Estilo de Apego

		ESTILO DE APEGO			Total
		Apego Evitante	Apego Seguro	Apego Ambivalente	
EPDS (variable categorial)	Sin sintomatología depresiva	42,9%	69,9%	66,7%	63,9%
	Con sintomatología depresiva	57,1%	30,1%	33,3%	36,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

XVI. ANÁLISIS DE RELACIÓN

1. **Relación entre Sintomatología Depresiva Posparto y Estilos de Apego en la Díada Madre-Hijo Prematuro:** Para analizar esta relación en primer lugar se realizó un análisis estadístico no paramétrico Chi Cuadrado (χ^2) sobre el total de la muestra compuesta por 97 díadas, considerando como variables el Estilo de Apego y la presencia o ausencia de Sintomatología Depresiva Posparto. Los resultados de este primer análisis muestran que la asociación entre estas variables no es estadísticamente significativa, obteniéndose ($\chi^2=5,16$; $p = 0,075$).

Tabla N° 2: Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	G1	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,167(a)	2	0,075
Razón de verosimilitudes	4,999	2	0,082
Asociación lineal por lineal	4,216	1	0,040
N de casos válidos	97		

TABLA N° 3: Tabla de contingencia EPDS * ESTILO DE APEGO

			ESTILO APEGO			Total
			Apego Evitante	Apego Seguro	Apego Ambivalente	
EPDS	Sin sintomatología depresiva	Recuento	9	51	2	62
		Frecuencia esperada	13,4	46,7	1,9	62,0
		Residuo	-4,4	4,3	,1	
	Con sintomatología depresiva	Recuento	12	22	1	35
		Frecuencia esperada	7,6	26,3	1,1	35,0
		Residuo	4,4	-4,3	-,1	
Total	Recuento	21	73	3	97	
	Frecuencia esperada	21,0	73,0	3,0	97,0	

Es posible concluir, dados los resultados estadísticos y considerando la muestra total, que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los distintos Estilos de Apego presentes en la muestra y la presencia o ausencia de Depresión Posparto.

Análisis Post Hoc

A partir de los resultados expuestos, se ha planteado un análisis complementario tendiente a despejar asociaciones parciales que pudieran emerger al considerar los subgrupos de la muestra en lugar de la muestra total, para ello se utilizó la Prueba *t de diferencia de promedios* con el fin de analizar los promedios por subgrupos, buscando establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de depresión obtenidos entre los distintos Estilos de Apego. La siguiente tabla muestra los resultados de este análisis.

Tabla N° 4: Prueba *t* para diferencia de medias de puntaje EPDS según Estilo de Apego.

	<i>Apego Inseguro Evitante</i>	<i>Apego Seguro</i>
Media	9,904761905	7,383561644
Varianza	36,09047619	18,73972603
Observaciones	21	73
Grados de libertad	26	
Estadístico <i>t</i>	1,793868141	
P(T<=t) una cola	0,042236696	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,705617901	

Considerando los resultados obtenidos se observa que el comportamiento de la variable Depresión Posparto es diferente entre los grupos de Estilo de Apego Seguro y Estilo de Apego Inseguro Evitante, donde el valor promedio de la Sintomatología Depresiva del grupo de madres con un Estilo de Apego Inseguro Evitante tiende a ser más alto que el promedio en el grupo de madres con un Estilo de Apego Seguro, esta diferencia resulta estadísticamente significativa, con un valor *t* de 1,79 y un valor *p* = 0,04.

XVII. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS COMPLEMENTARIOS

Uno de los hallazgos que llamó la atención de las investigadoras fue la elevada presencia de sintomatología depresiva en el subgrupo de madres con Estilo de Apego Seguro, ya que se esperaba que éstas obtuvieran puntajes inferiores a los encontrados en la muestra total. En razón de lo anterior se llevó a cabo una serie de análisis tendientes a explicar variables que pudieran haber afectado el comportamiento de la variable Sintomatología Depresiva Posparto en las madres del subgrupo Estilo de Apego Seguro. Las variables estudiadas para este propósito fueron “Antecedentes de Salud Mental”, “Tiempo de Hospitalización de los hijos” y “Riesgo Psicosocial”, y los resultados se presentan a continuación.

1. Relación entre Antecedentes de Salud Mental e Índices de Sintomatología Depresiva Posparto. Se consideró la presencia o ausencia de Antecedentes de Salud Mental como una variable que podría estar explicando los elevados índices de sintomatología depresiva posparto. En este contexto, tomando como referencia el grupo de madres que presentaron un Estilo de Apego Seguro se conformaron dos subgrupos; aquellas que tenían antecedentes previos de problemas de salud mental y aquellas que no los presentaban y fueron comparados respecto de las diferencias de promedios que presentaron en los índices de depresión posparto. La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos.

Tabla N° 5: Prueba *t* para la diferencia de medias del puntaje EPDS en el subgrupo de Apego Seguro Con y Sin Antecedentes de Salud Mental

	<i>Con Antecedentes de Salud Mental</i>	<i>Sin Antecedentes de Salud Mental</i>
Media	9,87	6,68
Varianza	30,65	13,61
Observaciones	16	57
Grados de libertad	19	
Estadístico <i>t</i>	2,17	
P(T<=t) una cola	0,02	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,72	

Los resultados de este análisis muestran que el grupo con antecedentes de problemas de salud mental mostró índices más elevados de depresión en comparación con el subgrupo sin antecedentes de problemas de salud mental, el análisis de la diferencia de sus promedios refleja además que esta diferencia es estadísticamente significativa con un valor *t* de 2,17 y un $p=0,02$.

2. Relación entre Tiempo de Hospitalización de los Hijos e Índices de Sintomatología Depresiva Posparto. Otra variable que fue analizada para explicar la presencia de sintomatología depresiva en el grupo de madres con Apego Seguro fue el tiempo de hospitalización (días). Para esto se llevó a cabo un análisis para evaluar la asociación entre la variable Tiempo de Hospitalización de los Hijos y los Índices de Sintomatología Depresiva en la muestra total, considerando los valores continuos de cada una de las variables se realizó la prueba de correlación lineal sobre ambas, obteniéndose un valor de correlación $r = 0,04$ que indica que existe una correlación muy baja entre ambas variables, y por ende que en este grupo de madres con Estilo de Apego Seguro no hay una relación entre el tiempo de hospitalización de los bebés y el valor de depresión alcanzado en la EPDS.

3. Relación entre Riesgo Psicosocial e Índices de Sintomatología Depresiva Posparto. Otra de las variables que se analizó para explicar la presencia de Sintomatología Depresiva en el grupo de madres con Estilo de Apego Seguro fue los niveles de Riesgo Psicosocial. En primer lugar y sobre la muestra total el valor de correlación de ambas variables fue de $r = 0.53$ lo que refleja una relación moderada entre las variables, posteriormente se consideró solamente al grupo de Estilo de Apego Seguro para realizar un análisis sobre el subgrupo con riesgo psicosocial en comparación con el subgrupo sin riesgo psicosocial, obteniéndose que la diferencia de promedios de depresión entre ambos grupos muestra los siguientes resultados.

Tabla N° 6: Prueba *t* para la diferencia de medias del puntaje EPDS en Subgrupos de Apego Seguro con y sin Riesgo Psicosocial

	<i>Sin Riesgo Psicosocial</i>	<i>Con Riesgo Psicosocial</i>
Media	6,32258065	9,65
Varianza	11,2258065	24,9512821
Observaciones	31	40
Grados de libertad	68	
Estadístico <i>t</i>	-3,35112046	
P(T<=t) una cola	0,00065853	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,66757228	

Los resultados de este análisis muestran que el subgrupo de madres con Estilo de Apego Seguro con antecedentes de riesgo psicosocial mostró índices más elevados de depresión en comparación con el subgrupo sin antecedentes de riesgo psicosocial, el análisis de la diferencia de sus promedios refleja además que esta diferencia es estadísticamente significativa con un valor *t* de -3.35 y un $p=0,0006$.

XVIII. CONCLUSIONES GENERALES

En la presente investigación el objetivo principal consistió en explorar la relación estadística entre la sintomatología depresiva posparto y los estilos de apego en las díadas madre-hijo prematuro, respecto de los resultados obtenidos es posible concluir que no se verifica la asociación entre la variable Estilo de Apego presente en las díadas de la muestra y los Índices de Sintomatología Depresiva Posparto encontrados en estas madres, esto quiere decir que no es posible afirmar que la presencia o ausencia de sintomatología depresiva posparto va a relacionarse con el estilo de apego presente en la díada.

En cuanto a la variable Estilo de Apego se pudo observar que la distribución de los estilos de apego presentes en la muestra, cuya proporción fue de un 75% en Apego Seguro, 22% en Apego Inseguro Evitante y 3% en Apego Inseguro Ambivalente, fue similar a la encontrada en diversos estudios realizados, los que han demostrado una proporción de aproximadamente un 67% de Apego Seguro, un 21% de Apego Inseguro Evitante y un 12% de Apego Inseguro Ambivalente (Van Ijzendoorn, 1998; Canton y Cortés, 2000). A partir de estos resultados se puede observar que las distribuciones encontradas en la presente muestra son similares a las encontradas en población de niños no prematuros, investigaciones han demostrado que a pesar de las diferencias observadas en las interacciones entre madre e hijo prematuro, los resultados sobre sus efectos en la formación de los estilos de apego han sido inconsistentes, encontrándose en general que la distribución de los estilos seguros e inseguros en niños prematuros y sus madres es comparable a la distribución encontrada en los niños nacidos de término (Macey et al., 1987).

Por otro lado, respecto de la variable Sintomatología Depresiva Posparto se observó que un 36% de las madres presentaron índices de sintomatología depresiva con una puntuación de 10 o más puntos en la escala EPDS, mientras que un 64% del grupo de madres no presentó sintomatología depresiva posparto, obteniendo un puntaje menor a 10 puntos en la escala. En esta línea, estudios chilenos sobre prevalencia de síntomas depresivos posparto muestran que alrededor del 10 a 20% de las madres presentan sintomatología depresiva durante el primer año tras el nacimiento de su hijo (Jadresic, 2000; Ryan y Kostaras, 2005), prevalencia que podría incrementarse en el grupo de madres que experimentan el nacimiento

de un hijo prematuro, llegando incluso a un 50% (Davis et al., 2003). En el caso del presente estudio podemos concluir que, si bien las cifras de sintomatología depresiva no alcanzan el 50% de prevalencia encontrado en población de madres de niños prematuros, éstas sí son mayores a las alcanzadas en la población de niños de término siendo superiores en un 16%, lo que nos podría indicar que la experiencia de vivir un parto prematuro efectivamente podría tener consecuencias en el bienestar emocional de la madre.

Al estudiar la distribución de los estilos de apego que se desarrollan en madres con sintomatología depresiva, investigaciones han encontrado que la presencia de ésta podría actuar como un factor de riesgo incidiendo en el establecimiento de un Estilo de Apego inseguro en la díada (Mason et al., 2005; Teti et al., 1992), no obstante esta asociación no fue encontrada en el presente estudio a un nivel estadísticamente significativo. Sin embargo, fue posible confirmar una tendencia clara en los datos, conforme la cual la variable Sintomatología Depresiva presentó los puntajes más altos y en mayor porcentaje en el grupo de madres con Apego Inseguro Evitante, en comparación con el grupo de Apego Seguro, apoyando los hallazgos encontrados en diversas investigaciones. Dado el escaso número de casos de Estilo de Apego Ambivalente encontrados en la muestra no fue posible realizar análisis comparativos que incluyeran este tercer grupo.

Un hallazgo que resultó relevante de analizar fue el alto porcentaje de sintomatología depresiva detectada en el subgrupo de madres con Estilo de Apego Seguro, el que alcanzó la cifra de un 30%, lo que permitió hipotetizar acerca de la existencia de una variable que pudiese estar relacionada con este alto porcentaje y con el particular comportamiento de la variable Sintomatología Depresiva al interior de la muestra, la que se distribuyó más bien de una forma homogénea entre los subgrupos. A partir de estos resultados encontrados se optó por realizar análisis complementarios que permitieran indagar respecto de otras variables que pudiesen explicar la distribución de la sintomatología depresiva dentro de los subgrupos de la muestra, y especialmente en el subgrupo de Estilo de Apego Seguro. Para tales fines se analizaron variables que otras investigaciones consideran que pudiesen estar implicadas en el establecimiento de un determinado estilo de apego, entendiendo que en su desarrollo median tanto características maternas, características del hijo y características del contexto (Tarabulsky et al., 2005; Cantón Duarte, 2000).

La primera parte de este análisis consistió en evaluar la presencia o ausencia de antecedentes de diagnósticos previos de salud mental en el grupo de madres que presentaron un Estilo de Apego Seguro, abordando estos antecedentes como una característica materna que pudiese mediar en la presencia de índices de depresión posparto en este grupo. Respecto de este análisis se observaron diferencias de promedios estadísticamente significativas entre el grupo que contaba con diagnósticos previos y el grupo que no contaba con tales diagnósticos, lo que se condice con estudios que señalan la relevancia de los antecedentes depresivos previos como un elemento que incide en la presencia de sintomatología depresiva posparto (Jadresic, 2004), considerando además que este período de la vida de la mujer concentra el mayor riesgo de presentar depresión, sumándole a esto el evento vital estresante que implica el nacimiento de un hijo prematuro de alto riesgo, con las consecuentes complicaciones médicas del parto como del recién nacido, los que se configuran como factores que al interactuar con la presencia de diagnósticos previos de depresión pudiesen explicar la alta incidencia de sintomatología depresiva en el subgrupo de madres con un Estilo de Apego Seguro. Por consiguiente, adquiere relevancia la existencia de líneas para el tratamiento de la depresión posparto que estipulen la prevención, identificación de la población de mujeres según el riesgo y el posterior diagnóstico y manejo adecuado de estas mujeres, posibilitando con esto la reducción de la incidencia y de las secuelas asociadas a la depresión posparto.

Posteriormente, al evaluar las características del hijo se consideraron aquellas que pudiesen asociarse a la alta incidencia de sintomatología depresiva posparto en madres con estilo de apego seguro, para esto se consideró la variable Tiempo de Hospitalización del niño prematuro como un indicador de la gravedad del recién nacido, intentando explicar cómo este factor pudiese afectar el estado emocional de las madres incidiendo en los mayores niveles de sintomatología depresiva posparto y, por tanto, pudiese afectar el estilo de apego a desarrollarse en la díada. Los resultados de este análisis dieron cuenta que no es posible establecer una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización que haya tenido el hijo y los mayores o menores niveles de sintomatología depresiva de la madre, lo cual se puede comprender a partir de los hallazgos de otras investigaciones que plantean que los niveles de depresión se dan independientemente de la gravedad de las complicaciones médicas que los niños prematuros presenten, de esta forma el estado médico del niño no hace diferencia en los niveles de depresión, ya que la sintomatología depresiva materna pareciera

estar más relacionada con el nacimiento prematuro en sí que con la severidad de la enfermedad neonatal (Phyllis Zelkowitz et al., 2007; Booten, 2000).

Finalmente se consideraron las características contextuales como una variable que pudiese estar incidiendo en los niveles de sintomatología depresiva encontrados en esta muestra, esta variable se agrupó a partir de diversos antecedentes pesquisados en las madres y que otras investigaciones han considerado como factores de riesgo psicosocial que pudiesen influir en la presencia de depresión posparto en las madres de niños prematuros. El análisis realizado en la presente investigación arrojó una asociación estadísticamente significativa entre el Riesgo Psicosocial que presentaban las madres y los índices encontrados de Sintomatología Depresiva Posparto, estos resultados se condicen con los hallazgos presentes en otros estudios donde se ha encontrado que las variables que tienen una mayor relación con la presencia de sintomatología depresiva posparto son el nivel educacional de la madre, el estado civil, el apoyo social, la calidad de vida marital y la presencia de factores de riesgo tales como el consumo de alcohol y drogas (Davis et al., 2003; Phyllis Zelkowitz et al., 2007). Otros autores han apoyado además la importancia que tendrían estos elementos psicosociales en el inicio y desarrollo de estos cuadros depresivos, entre los que se encuentran los conflictos maritales, el apoyo social insuficiente y la ambivalencia acerca del embarazo. Se ha visto además que las mujeres con mayores problemas de adversidad socioeconómica están más expuestas a presentar estos cuadros (Jadresic, 2004).

A partir de los resultados de esta investigación es posible concluir que los factores que pueden estar implicados en el desarrollo de un determinado estilo de apego madre-hijo son múltiples, pudiendo intervenir en este proceso tanto variables de la madre como su sensibilidad y su estado emocional, así como variables del hijo como la condición de prematurez y por último variables del contexto en el cual se encuentran ambos insertos, considerando para esto factores de riesgo psicosocial que pudiesen afectar las experiencias tempranas del niño con su madre. Siguiendo esta perspectiva, diversos autores plantean que lo óptimo para investigar variables específicas que intervienen en el desarrollo de un estilo de apego sería identificar características de la madre en contexto con las del hijo, lo que ha sido un objetivo presente a lo largo de toda esta investigación, ya que se ha intentado con este estudio relevar la importancia que tiene el establecimiento de una adecuada interacción madre-hijo como un factor protector para un óptimo desarrollo socioemocional del niño. Por

esto la importancia, desde el escenario de la psicología, de cautelar la salud mental de la madre desde el período de la gestación, procurando pesquisar e intervenir de un modo oportuno las condiciones que pudieran afectar la salud mental de la madre, centrando específicamente la atención en los antecedentes de problemas de salud mental y los factores de riesgo psicosocial, ya que este estudio evidenció la asociación que las variables recién mencionadas tienen con el desarrollo de sintomatología depresiva posparto. Lo anterior cobra importancia en la medida que investigaciones han revelado que la presencia de sintomatología depresiva posparto puede afectar el establecimiento de la base afectiva y de protección necesaria para el crecimiento integral del niño, lo cual se podría encausar mediante la creación de programas de intervención en Salud Mental Perinatal que apunten sus objetivos a resguardar las condiciones necesarias para un adecuado proceso de vinculación, lo que emerge como una urgencia en la medida que este proceso puede determinar la salud del niño a lo largo de la vida.

En cuanto a los alcances de la investigación, es importante mencionar que este estudio entrega información acerca de las características sociodemográficas de una población de riesgo escasamente estudiada a nivel nacional, aportando además evidencia acerca del estado de salud mental de las madres, de los estilos de apegos desarrollados con sus hijos y de los factores de riesgo que podrían incidir en el normal desarrollo de las dos variables anteriormente mencionadas.

Respecto a las limitaciones de la presente investigación, resulta importante mencionar que debido a las características de la muestra, la cual fue escogida de una manera intencionada y por disponibilidad, la potencia estadística resulta limitada. Se sugiere para próximas investigaciones en esta población realizar observaciones longitudinales que permitan ir evaluando cómo se desarrollan los patrones de interacción entre madre-hijo a medida que los niños prematuros van adquiriendo una mayor maduración de sus capacidades interactivas, lo que a su vez facilitaría la observación de claras conductas de apego. Respecto a la escala de observación utilizada para evaluar estilos de apego, es importante mencionar que pese a ser una herramienta útil por su rápida y fácil aplicación, presenta ciertas dificultades en la puntuación y corrección, dificultad que se ve agravada al momento de ocupar esta herramienta para uso investigativo. La puntuación de la escala se sostiene sobre una impresión global y cualitativa de la interacción, lo cual dificulta en ocasiones establecer

nítidamente los límites entre un puntaje y otro, por otra parte, los problemas en cuanto a la corrección de la escala derivan de la inexistencia de un criterio de corte cuantitativo establecido por los autores que permita distinguir con precisión aquellos casos en que el perfil trazado no arroja un estilo de apego de coherente o uniforme.

En esta misma línea, en relación con la implementación de sistemas de evaluación sistemática de estilos de apego, es importante mencionar el esfuerzo por parte del Gobierno de Chile de capacitar a los funcionarios del Sistema de Salud Pública en la evaluación de estilos de apego, no obstante, emerge como una necesidad imperiosa extender estas capacitaciones más allá de la evaluación, integrando dentro de los programas de Salud Mental Perinatal estrategias que apunten a la intervención temprana, de modo tal que aquellos casos en que se detecte algún factor de riesgo para la díada madre-hijo se pueda derivar a instancias de intervención oportunas, lo anterior enmarcado en el conocimiento que subyace acerca de la importancia que la intervención temprana tiene para el óptimo desarrollo de los niños.

Finalmente, cabe destacar que este estudio pretende aumentar el conocimiento respecto de la población de la muestra para que éste pueda ser incorporado en el diseño de las intervenciones puestas en marcha en los establecimientos de salud del país, permitiendo plantear desafíos como la importancia de considerar variables tales como la depresión posparto y el riesgo psicosocial a la hora de diseñar intervenciones tempranas en apego, de manera que se puedan lograr más y mejores resultados en las intervenciones actualmente en curso. En un escenario donde la maternidad se constituye como una etapa crucial para el óptimo desarrollo de la salud de la madre y su bebé, y donde el nacimiento prematuro de un hijo puede tener complicaciones o riesgos médicos y psicológicos asociados, como el aumento de la sintomatología depresiva en las madres, resultan imprescindibles las estrategias de screening e intervención eficaces y oportunas. Estos planteamientos aparecen como una propuesta interesante y coherente con los lineamientos que el Gobierno de Chile ha establecido a partir de la creación del “Programa Chile Crece Contigo”, cuyos objetivos sanitarios apuntan a brindar una atención integral a la primera infancia.

REFERENCIAS

- Almonte C, “Psicopatología Infantil y de la Adolescencia”, Editorial Mediterraneo 2003
- Bowlby J, “El Apego y la Pérdida, El Apego”, Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1998.
- Bowlby J., Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego. Editorial Paidos, 1989.
- Cantón Duarte J, “El Apego del Niño a sus Cuidadores: Evaluación, Antecedentes y Consecuencias para el Desarrollo”. Editorial Alianza, 2000.
- Guillen X., Estudio de la Relación entre el Apego del bebé y la Situación Sociodemográfica, Perinatal y Contextual de sus madres, las cuales participaron en un Programa de Promoción de Apego Seguro. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2007.
- Jadresic, A; Ojeda, C; Pérez, G; Psiconeuroendocrinología, Editorial Mediterráneo, 2000
- Kimelman et al. “Nacer en el Siglo XX de vuelta a lo Humano”
<http://www.prematuros.cl/webenfermerianeonatal/julio07/Nacer%20S.%20XXI.pdf>.
- Kimelman M, Gonzalez L, “El Proceso de Vinculación una Tarea del Equipo Obstétrico ¿Ficción o Realidad?
- Lecannelier, F., Apego e Intersubjetividad. La influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo y la salud mental. Editorial LOM, 2006
- Massie H., Campbell K., The Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment Indicators During Stress. En J. Call, E. Galeson & R. Tyson (Eds), Frontiers of Infant Psychiatric. New York: Basic Books

- Moneta M., El Apego: Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre-hijo. Editorial Cuatro Vientos, 2005
- Quezada V., Apego y Psicopatología Materna: Relación con el Estilo de Apego del Bebé al Año de Vida. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2007.
- Angold, A.(2007), Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo, Elsevier España
- Callahan , J. L. , & Hynan , M. T. (2002). Identifying mothers at risk for postnatal emotional distress: Further evidence for the validity of the perinatal posttraumatic stress disorder questionnaire . *Journal of Perinatology* , 22 , 448 - 454 .
- Castanon S., Pinto L., Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev. méd. Chile*, jul. 2008, vol.136, no.7, p.851-858. ISSN 0034-9887.
- Cho J., Holditch-Davis D., Miles M., (2008) Effects of Maternal Depressive Symptoms and Infant Gender on the Interactions Between Mothers and Their Medically At-Risk Infants, *AWHONN: Asociation of Women's Health, Obstretic and Neonatal Nurses JOGNN*, 37, 58-70
- Davis , L. , Edwards , H. , & Mohay , H . (2003). Mothers ' involvement in caring for their premature infants: An historical overview . *Journal of Advanced Nursing* , 42 , 578 - 586 .
- Davis , L. , Edwards , H. , Mohay , H. , & Wollin , J . (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers . *Early Human Development* , 73 , 61 - 70 .
- Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological healt of mothers. *Early Human Development* 73 (2003) 61-70.
- Edhborg, M. e. (2001). The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol

19, 171-176.

- Eisengart , S. P. , Singer , L. T. , Fulton , S. , & Baley , J. E. (2003). Coping and psychological distress in mothers of very low birth weight young children . *Parenting: Science and Practice* , 3 , 49 - 72 .
- Felman, R. E. (2003). Direct and Indirect Effects of Breast Milk on the Neurobehavioral and Cognitive Development of Premature Infants. *Wiley Periodicals* , 109-119.
- Gavin , N. I. , Gaynes , B. N. , Lohr , K. N. , Meltzer-Brody , S. , Gartlehner , G. , & Swinson , T . (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence . *Obstetrics and Gynecology* , 106 , 1071 - 1083 .
- Holditch-Davis , D. , Cox , M. F. , Miles , M. S. , & Belyea , M . (2003). Mother-infant interactions of medically fragile infants and nonchronically ill premature infants. *Research in Nursing and Health* , 26 , 300 - 311 .
- Horowitz , J. A. , Bell , M. , Trybulski , J. , Munro , B. H. , Moser , D. , Hartz , S. A. , et al . (2001). Promoting responsiveness between mothers with depressive symptoms and their infants . *Journal of Nursing Scholarship* , 33 , 323 - 329 .
- Jadresic et al., Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology* [J Psychosom Obstet Gynaecol] 1995 Dec; Vol. 16 (4), pp. 187-91.
- Josefsson , A. , Berg , G. , Nordin , C. , & Sydsjö , G . (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum . *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* , 80 , 251 - 255 .
- Josefsson , A. , Berg , G. , Nordin , C. , & Sydsjö , G . (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* , 80 , 251 - 255 .
- Lecannelier F., Hoffman M., “Estudio Multicéntrico de evaluación, intervención y seguimiento en procesos de adopción”, en

[http://tierra.sename.cl/SenameIntraNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH5019/deploy/12\)%20Texto%20Estudio%20Multicentrico.pdf](http://tierra.sename.cl/SenameIntraNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH5019/deploy/12)%20Texto%20Estudio%20Multicentrico.pdf).

- Leonetti L, Vita A, Martins M. Contenido verbal expresado por las madres de bebés prematuros con síntomas emocionales clínicos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 janeiro-fevereiro.
- Logsdon , M. C. , Wisner , K. L. , & Pinto-Foltz , M. D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering . *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* , 35 , 652 - 658 .
- Masako Nagata, Yukiyo Nagaia, Hisanori Sobajimaa, Tsunesaburo Andoa and Shuji Honjo. Depression in the Early Postpartum Period and Attachment to Children-in Mothers of NICU Infants. *Infant and Child Development* 13: 93–110 (2004) Published online 26 November 2003 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/icd.339
- Mew , A. M. , Holditch-Davis , D. , Belyea , M. , Miles , M. S. , & Fishel , A . (2003). Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants . *Neonatal Network* , 22 (5), 51 - 60
- MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro* 1st Ed. Santiago: Minsal,2005
- Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ* 2003; 168(8):969- 73.
- Reyland , S. A. , McMahon , T. J. , Higgins-Delessandro , A. , & Luthar , S. S. (2002). Inner-city children living with an HIV-seropositive mother: Parent-child relationships, perception of social support, and psychological disturbance . *Journal of Child and Family Studies* , 11 , 313 - 329 .
- Righetti-Veltema , M. , Bousquet , A. , & Manzano , J . (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18- month-old infant . *European Child and*

Adolescent Psychiatry , 12 , 75 - 83 .

- Ruíz A, Ceriani J, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención.
- Ryan, D; Kostaras, X. (2005)Pschyatric Disorders in the Postpartum Period.BCMJ. Vol 47, N°2,100-103
- Wisner , K. L. , Parry , B. L. , & Piontek , C. M. (2002). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine* , 347 , 194 - 199 .
- Wisner , K. L. , Parry , B. L. , & Piontek , C. M. (2002). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine* , 347 , 194 - 199 .
- Zelkowitz P, Bardin C. Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 28(3), 296–313 (2007), Michigan Association for Infant Mental Health.

Direcciones de Internet

- http://163.247.51.54/rem2007/natalidad/region_gen_2005nacim.ph
- <http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/causas05.asp?temp=MENOS1.htm>
- <http://idemsalud.com/documentos/adjunto-0-12122007071438MANUAL%20MASSIE-CAMPBELL-2007%5B1%5D.pdf>
- <http://www.med.uchile.cl/noticias/2007/agosto/pdf/apego.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Le invitamos a participar en el siguiente estudio. Para ello, le pedimos que lea atentamente este consentimiento antes de decidir su eventual participación.

Título del protocolo: *“Evaluación de algunos aspectos psicológicos de la mujer y de la relación madre/ hijo prematuro”*

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación en el que se está estudiando: *“Características del estado emocional de las mujeres en el período posparto y el tipo de vínculo desarrollado con su hijo prematuro”*. Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en responder dos cuestionarios: Escala de Edinburgo, que mide aspectos emocionales y un cuestionario para recabar antecedentes personales. Acepto además, que las investigadoras estén presentes en un control médico para observar la interacción que tengo con mi bebé.

Yo, _____, entiendo que:

No existen posibles riesgos en los procedimientos.

El tiempo requerido para contestar los cuestionarios de este estudio será de aproximadamente 30 minutos.

No tendré beneficios directos en este estudio, pero aportaré a los fines de investigación.

Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por las investigadoras responsables

Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligada a dar razones y sin que esto me perjudique en mi calidad de paciente o usuaria.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelado y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial.

Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Investigadores Responsables: Psicólogas en proceso de titulación de la Universidad de Valparaíso.

Giannina Echeverría J.

Paula Rammsy M.

M^a Alejandra Rodríguez

Natalia Topaz B.

Firma de la investigadora responsable

Firma de la Paciente

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES DE LA MADRE

<p>➤ Nombre de la madre: _____</p> <p>➤ Nombre del niño/a: _____</p> <p>➤ Fecha de evaluación: _____</p> <p>➤ Evaluadora(s): _____</p>	<p>➤ Fecha de nacimiento del niño/a: _____</p> <p>➤ Sexo: _____</p> <p>➤ Edad cronológica: _____</p> <p>➤ Edad corregida: _____</p>
<p>I. Antecedentes Personales</p> <p>1. Edad actual ____ años</p> <p>2. Estado civil Casada ____ Soltera ____ Separada ____ Viuda ____ Convive ____</p> <p>3. ¿Con quién vive? _____</p> <p>4. Escolaridad ____ años aprobados</p> <p>5. Trabaja sí ____ no ____; Ocupación _____</p> <p>6. Tipo de previsión Fonasa A ____ Fonasa B ____ Fonasa C ____ Fonasa D ____ Isapre ____ *Consultorio: _____</p> <p>II. Antecedentes Mórbidos y de Salud Mental</p> <p>7. Patología crónica sí ____ no ____; Hipotiroidismo ____ Diabetes ____ Hipertensión ____ Otro _____</p> <p>8. Diagnóstico de Depresión previo sí ____ no ____</p> <p>9. Diagnóstico de Depresión Posparto previo sí ____ no ____</p> <p>10. Trastorno Bipolar sí ____ no ____</p> <p>11. Otros ____; ¿Cuál? _____</p> <p>12. ¿Se encuentra actualmente en tratamiento psicofarmacológico? sí ____ no ____ Nombre del medicamento _____</p> <p>III. Antecedentes de embarazos anteriores</p> <p>13. Nº de embarazos ____</p> <p>14. Nº hijos vivos ____</p> <p>IV. Antecedentes del último embarazo</p> <p>15. Planificado sí ____ no ____</p> <p>16. Deseado sí ____ no ____</p> <p>17. Dificultad para concebir sí ____ no ____</p> <p>18. Primigesta sí ____ no ____</p> <p>19. Embarazo múltiple sí ____ no ____</p> <p>20. Controló su embarazo sí ____ no ____; Nº de controles ____</p> <p>21. Trabajó sí ____ no ____</p> <p>22. Fumó sí ____ no ____</p> <p>23. Consumió alcohol sí ____ no ____</p> <p>24. Consumió drogas sí ____ no ____</p> <p>25. Complicaciones médicas del embarazo sí ____ no ____ ¿Cuáles? _____</p> <p>V. Antecedentes del Parto y Recién Nacido</p> <p>26. Tipo de Parto Vaginal ____ Cesárea ____</p> <p>27. Semanas de gestación ____</p> <p>28. Peso al nacer ____</p> <p>29. Tiempo de hospitalización del RN _____</p> <p>30. Enfermedades del RN sí ____ no ____;</p> <p>VI. Antecedentes Contextuales Actuales</p> <p>33. Problema de OH en la pareja sí ____ no ____</p> <p>34. Problema de consumo OH en la familia sí ____ no ____</p> <p>35. Problema de DG en la pareja sí ____ no ____</p> <p>36. Problema de consumo DG en la familia sí ____ no ____</p> <p>37. VIF (en el hogar) sí ____ no ____</p>	<p>VII. Experiencias durante el embarazo</p> <p>38. ¿Siente que recibió apoyo durante su embarazo? sí ____ no ____</p> <p>39. ¿Siente que ha recibido apoyo desde el nacimiento de su hijo(a)? sí ____ no ____</p> <p>40. Si la respuesta es Sí: ¿de quién principalmente? Amigos ____ Familia ____ Pareja ____ Otros ____ ()</p> <p>41. Cómo describe la relación que mantiene con el padre del bebé. Buena ____ Regular ____ Mala ____</p> <p>42. En los primeros días luego de su parto ¿Cómo se sentía respecto a la maternidad? Preparada ____ No preparada ____ No sabe ____</p> <p>43. De las siguientes emociones: ¿Cuál predominó después del parto? Alegría ____ Tristeza ____ Rabia ____ Miedo ____ Confusión ____</p> <p>44. Respecto de los cambios físicos que experimentó durante el embarazo y después del parto, ¿cómo se siente actualmente? Tranquila ____ Preocupada ____ Indiferente ____</p> <p>45. Respectos de los cambios en la vida sexual de la pareja que ocurren producto del embarazo y nacimiento de su hijo. Usted se siente: Tranquila ____ Preocupada ____ Indiferente ____</p> <p>46. ¿Cómo ha sido el comportamiento del Recién Nacido? Más tranquilo que otros bebés ____ Normal ____ Más intranquilo ____</p> <p>47. ¿Cómo ha sido la experiencia de la lactancia para usted? Agradable ____ Desagradable ____ Indiferente ____</p> <p>48. Frente a los cambios que demandan los cuidados del recién nacido, ¿cómo considera que lo ha enfrentado? Bien ____ Regular ____ Mal ____</p> <p>49. ¿Cómo considera que fue el tiempo que estuvo con su bebé durante los primeros días posparto? Suficiente ____ Insuficiente ____ Excesivo ____</p> <p>50. ¿Después de cuantas Horas/ Días realiza el primer contacto con su hijo? Visual _____ Físico _____</p> <p>51. Díganos una palabra que refleje la imagen que tiene de su hijo recién nacido _____ _____ _____ Fono: _____</p>

ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDINBURGO (EPDS)

EPDS

Nombre: _____

Fecha: _____ Edad del bebé: _____

Puesto que usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, y no sólo cómo se siente hoy. Éste es un ejemplo:

Me he sentido feliz:

- Sí, todo el tiempo
- Sí, casi todo el tiempo
- No, no con mucha frecuencia
- No, para nada

Esto significaría: "Me he sentido feliz la mayoría del tiempo" durante la semana pasada. Por favor responda las demás preguntas de la misma manera.

-
- | | |
|--|--|
| <p>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Igual que siempre<input type="checkbox"/> No tanto ahora<input type="checkbox"/> Mucho menos ahora<input type="checkbox"/> No, no he podido para nada _____ <p>2. He mirado al futuro disfrutando las cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Igual que siempre<input type="checkbox"/> Algo menos que antes<input type="checkbox"/> Definitivamente menos que antes<input type="checkbox"/> No, para nada _____ <p>3. * Me he culpado sin necesidad cuando las cosas han marchado mal:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sí, casi todo el tiempo<input type="checkbox"/> Sí, algunas veces<input type="checkbox"/> No muy a menudo<input type="checkbox"/> No, nunca _____ <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No, para nada<input type="checkbox"/> Casi nunca<input type="checkbox"/> Sí, a veces<input type="checkbox"/> Sí, a menudo _____ <p>5. * He sentido miedo o pánico sin tener motivo:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sí, bastante<input type="checkbox"/> Sí, a veces<input type="checkbox"/> No, no mucho<input type="checkbox"/> No, para nada _____ | <p>6. * Las cosas me abruman:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sí, casi todo el tiempo. No he podido sobrellevar las cosas<input type="checkbox"/> Sí, a veces. No he podido sobrellevar las cosas tan bien como antes<input type="checkbox"/> No. La mayoría del tiempo he podido sobrellevar las cosas<input type="checkbox"/> No. He podido sobrellevar las cosas tan bien como siempre _____ <p>7. * Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sí, casi todo el tiempo<input type="checkbox"/> Sí, a veces<input type="checkbox"/> No muy a menudo<input type="checkbox"/> No, para nada _____ <p>8. * Me he sentido triste y desafortunada:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sí, casi todo el tiempo<input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo<input type="checkbox"/> No muy a menudo<input type="checkbox"/> No, para nada _____ <p>9. * He estado tan infeliz que he estado llorando:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sí, casi todo el tiempo<input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo<input type="checkbox"/> Sólo ocasionalmente<input type="checkbox"/> No, nunca _____ <p>10. * He pensado en hacerme daño a mí misma:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo<input type="checkbox"/> Sí, a veces<input type="checkbox"/> Casi nunca<input type="checkbox"/> No, nunca _____ |
|--|--|

ESCALA DE EDINBURGO DE DEPRESIÓN POSPARTO (EPDS)
J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky
From: *Tomado de: British Journal of Psychiatry* (1987), 150, 752-756.

ANEXO 4: ESCALA MASSIE-CAMPBELL "APEGO DURANTE STRESS (ADS)"

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.
VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre	Ocasionalmente toca a la madre	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia	Si están cerca siempre toca a la madre	Id.
(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre	Rara vez evita ser tocado por la madre	Nunca evita que la madre lo toque	Id.
SOSTENIENDO	Resista violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
AFECTO	Siempre está inmensamente angustiado y temeroso	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	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.	Inmensamente 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.	Id.
RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES 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.
VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza	Palabras escasas o murmuradas.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
(b)	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	Id.
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma dura o rana, 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 envolviéndolo a su cuerpo.	Id.
AFECTO	Siempre está inmensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso y apático.	Ansiedad moderada intermitente y/o agrada o poco clara	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
PROXIMIDAD O CERCANIA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.

ANEXO 5:

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN VÍNCULO MADRE- HIJO PREMATURO

Dada la alta posibilidad de que la experiencia de vivir un parto prematuro conlleve una gran cantidad de factores de riesgo para la interacción madre-hijo, se han desarrollado en distintos hospitales del mundo programas de intervención que apuntan a generar condiciones para que este evento no normativo pueda ser abordado de manera que tenga el menor impacto negativo en las madres y sus hijos.

Uno de estos programas consiste en una intervención integral orientada a los padres de hijos prematuros con el objetivo de mejorar las funciones parentales que podrían relacionarse con el desarrollo motor, mental, comportamental, socio emocional y vincular de estos niños (Brisch et al, 2003). Este programa está compuesto por cuatro tipos de intervenciones: grupos de padres, psicoterapia individual para el padre y la madre, entrenamiento en sensibilidad parental y visitas al hogar. La intervención realizada en los grupos de padres tiene como objetivo entregar estrategias de afrontamiento para las crisis emocionales que pudiese provocar el nacimiento y la complicada experiencia de enfrentarse a los cuidados intensivos neonatales. Las sesiones individuales de psicoterapia tienen como objetivo abordar las experiencias de pérdida, separación o vínculo positivo en la biografía de estos padres, promoviendo la capacidad para reflexionar acerca de la importancia de sus primeras experiencias de vida y cómo esto podría influir en el desarrollo de una relación con su hijo y sus capacidades parentales para vincularse emocionalmente con ellos. Las visitas realizadas al hogar son efectuadas en el momento inmediato antes de que el niño prematuro sea trasladado del hospital a los cuidados del hogar ya que en este momento la ansiedad de los padres tiende a aumentar, el objetivo de esta intervención es tranquilizarlos, reforzar su autoestima y autoconfianza parental respecto al cuidado de sus hijos. Por otra parte, el entrenamiento en sensibilidad parental tiene como objetivo mejorar las capacidades parentales para reconocer las señales de sus hijos, reflexionar acerca de las posibles interpretaciones y dar una positiva retroalimentación de aquellas interacciones en que los padres actuaron de un modo sensible y rápido frente a las necesidades de sus niños. En suma, lo que pretende este programa es intervenir en los padres luego del nacimiento de su hijo prematuro a través de la utilización de distintas modalidades, con el fin de regular

sus ansiedades y potenciar adecuadas funciones parentales en pos de un óptimo desarrollo del niño y del vínculo establecido entre los padres y sus hijos.

Otro de los programas de intervención que ha sido estudiado en términos de su impacto en el desarrollo de la interacción madre-hijo prematuro es el denominado “Cuidado de la Madre Canguro” (CMG). Con este método se busca que a través del contacto físico con su hijo las madres puedan superar el evento vital estresante al que podrían verse enfrentadas en este período en que su bebé se encuentra hospitalizado. Se parte del supuesto de que el contacto físico y la posibilidad de cuidar a sus hijos ayuda a las madres a mitigar la sensación de pérdida que experimentan debido al nacimiento prematuro (Whitelaw, 1990). El método del CMG requiere que las madres visiten a sus hijos prematuros mientras ellos permanecen en la UCIN con el objetivo de sostenerlos en su pecho efectuando contacto piel a piel, por lo menos durante una hora al día hasta que los bebés hayan alcanzado un nivel satisfactorio de madurez física. En las décadas madre-hijo que han participado en los programas Madre Canguro, se ha observado un mejor estilo interactivo entre la madre y su hijo, una significativa baja en el estrés emocional de la madre y una mejor destreza del niño para expresar sus propias necesidades y para responder a la estimulación maternal (Tallandini, 2006). Adicionalmente se ha comprobado que este método provoca mejorías en variadas funciones, tanto de los padres como del niño prematuro. En cuanto a los efectos en las madres se ha demostrado que aquellas que han sido parte de esta intervención reportan sentimientos más positivos hacia sus hijos, menor estrés parental y una mejor sensación acerca de su rol parental (Affonso, Bosque, Whalberg, & Brady, 1993; Neu, 1999), además se sienten menos deprimidas, muestran conductas maternas de mayor afiliación durante el período de hospitalización y proveen un ambiente más apropiado y sensible en su hogar (Feldman, Eidelman, Sirota & Weller, 2002). En conclusión, la técnica de CMG parece favorecer el vínculo entre la madre y su hijo prematuro, contribuyendo a disminuir la ansiedad maternal y facilitando la conducta maternal que nutre el crecimiento social y cognitivo del niño, de allí la importancia de considerarla como programa de intervención en el cuidado del prematuro.

En Chile una de estas iniciativas ha sido la que se realiza en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina Sur de la Universidad de Chile. Aquí

se propone un trabajo desde el equipo médico para otorgar una red de atención especializada tanto en la etapa prenatal como durante el parto, el puerperio y el control del niño sano. La importancia de cautelar el proceso de vinculación madre-hijo resulta relevante al tener en cuenta el impacto preventivo que puede tener su implementación programática, sobre todo considerando que la madre en esta etapa se encuentra predispuesta a desplegar o aprender conductas de maternaje adecuadas. A partir de estos principios se lleva a cabo una propuesta para la “Promoción Institucional de Vínculos Seguros” basada en un entrenamiento de los profesionales de salud que los capacite para facilitar el proceso de vinculación a través del traspaso de información y técnicas de ciencias del comportamiento, que posibiliten la integración de la dimensión psicosocial en la atención del embarazo.

Este equipo de trabajo propone además un programa orientado al “Fomento del Vínculo Seguro en Díadas Madre-Bebé con Patología”, para lo cual se basan en el supuesto que determinadas situaciones clínicas, como la prematuridad, podrían implicar un riesgo para el proceso de vinculación actual y futuro. Las actividades que este equipo propone realizar, como parte del programa de vínculo en díadas madre-hijo prematuro son facilitar y acoger la expresión emocional de padres de prematuros, dar información veraz del estado del hijo, facilitar el descubrimiento progresivo del hijo como un ser activo sensorialmente, capaz de sentir y reconocer, estimular el diálogo afectivo y corporal, integrar a la madre en el cuidado del hijo, estimular las visitas del padre y el apoyo de una red familiar y social (Kimmelman, 2007).

ANEXO 6:

CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS DE APEGO (CPA)

A. Conductas Problemáticas de Apego hacia lo evitante

Del bebé:

- Mirada pérdida sin fijar la atención.
- Carencia de llanto y reacciones de estrés.
- Desviación extrema de la mirada (rotación de la cabeza casi 45°).
- Postura extremadamente rígida y congelada.
- Postura corporal flácida con claros signos de retraso psicomotor.
- Carencia de reacciones afectivas positivas de placer y felicidad (sonrisas, agitación motora, elevación de mirada, etc.)
- Falta de interés en los estímulos ambientales y expresión facial triste y desganada.
- Falta de interés en la alimentación.
- Falta de interés en la madre y personas conocidas.
- Reacciones de rechazo y descontrol frente al contacto con la madre.
- Búsqueda de apego con extraños, más que con la madre.

De la madre:

- Mirada asustada en presencia del stress del bebé.
- Reacciones de miedo y confusión al tomar y/o interactuar con el bebé.
- Tomar al bebé de un modo dubitativo, tímido y con miedo.
- Tomar al bebé con los brazos estirados y rígidos.
- No hacer intentos por tomar y calmar al bebé cuando llora.
- Expresión facial de congelamiento y falta absoluta de afectividad.
- Expresión y postura depresiva.
- Evitación extrema de la mirada hacia el bebé.
- Comentarios negativos sobre el bebé que se refieran a:
 - Evitar el apego: “no te quiero tomar”, “no quiero estar contigo”, “no te necesito”.
 - Las reacciones del bebé: “esta guagua molesta todo el día”, “siempre quiere estar conmigo y no me deja tranquila”, “es demasiado dependiente y no para de molestar”.

- Las características del bebé: “es una guagua difícil molesta, demandante, pesada, etc.”.
- Minimizar el estrés: “no ha pasado nada, no seas exagerado”, “siempre lloras por todo”, etc.

B.- Conductas Problemáticas de Apego hacia lo ambivalente.

Del bebé:

- Llanto excesivo y desconsolado.
- Llanto muy difícil de calmar con diversas estrategias.
- Mirada hiper-alerta buscando constantemente a la madre.
- Extrema sensibilidad a los estímulos, reaccionando con llanto frente a todo.
- Mirada excesivamente asustada frente a los extraños y al ambiente.
- Llanto excesivo y reacciones descontroladas frente al alejamiento de la madre.
- Reacciones de rabia y frustración extrema.

De la madre:

- Calma al bebé estimulándolo en exceso.
- Ignora cuando el bebé necesita distancia y espacio (y por ende, responde con más intensidad e intrusividad).
- Se preocupa más de sus propios problemas y reacciones que sobre los del bebé.
- Hace conductas intrusivas con agresividad: tales como dar muchos besos con fuerza; presionar la cara de la madre sobre la del bebé; estar constantemente limpiándole la nariz o las orejas de un modo intenso; sostenerlo y tomarlo con mucha fuerza; mostrarle juguetes con mucha intensidad y muy cerca de la cara del bebé.
- Reírse o retar al bebé cuando llora.
- Mostrar o pasarle juguetes de un modo brusco y enojada.
- Hacer juegos bruscos que molestan e irritan al bebé.
- Comentarios negativos sobre el bebé que se refieran a:
 - Tratar al bebé como que fuera un juguete de la madre (“tu eres para mí”; “ven que te necesito para sentirme mejor”, “si tu siempre vas a estar conmigo, para toda la vida”).

- Críticas al bebé cuando llora: “cállate, no molestes”, “si sigues llorando no te voy a tomar”, “tu no me quieres, solo me usas”, “¿tu me odias, cierto?”, “yo sé que lo haces para hacerme sentir mal”.

C.-Otras Conductas Problemáticas de Apego

Del bebé:

- Movimientos estereotipados.
- Sonidos extraños (tos inusual, sonidos con la nariz, llanto con tono muy agudo).
- Expresión facial de desorientación (mirada perdida o al vacío).
- Golpearse contra una superficie.
- Mecerse de modo violento (rocking).
- Tirarse el pelo o rascarse de un modo violento (hasta herirse).
- Pegarse la cara con la mano de un modo repetitivo.
- Meterse los dedos en la boca (como buscando provocarse vómitos).

De la madre:

- Hablar al bebé usando un tono sexualizador (del modo como una persona le habla a su pareja).
- Hacer comentarios sexualizadores hacia el bebé: “eres mi hombre”, “dame un beso rico en la boca”, etc.
- Tocar los genitales del bebé sin razón aparente.
- Tendencia a besar al bebé en la boca.
- Exhibir cambios bruscos de tonos de voz, tartamudeos, voces extrañas, en presencia del bebé (especialmente en el stress del bebé).
- Mostrar y/o expresar un miedo inusual e irracional al contexto del control pediátrico.
- Mostrar conductas confusas y desorientadas (por ejemplo, preguntar muchas veces qué? o porqué? Cuando se le trata de explicar algo a la madre).

