



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**RELACION ENTRE LOS TIPOS DE APEGO SEGUN ESCALA MASSIE-
CAMPBELL Y EL PERFIL SOCIO-DEMOGRAFICO DE LAS MADRES
PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD FAMILIAR RURAL NIEBLA.
ENERO- AGOSTO DEL 2008**

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

Paola Soledad Aguilar Gómez
Rocío Ester Andía Bustos
VALDIVIA-CHILE
2009.

PROFESOR PATROCINANTE:

Nombre: Fredy Andrés Seguel Palma.
Profesión: Enfermero.
Grados: Magíster en Salud Pública, mención Salud Ocupacional.

Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.
Firma:

PROFESORES INFORMANTES:

1. -Nombre: Gema Santander Manríquez.
-Profesión: Enfermera.
-Grados: Magíster en Salud Pública, mención Epidemiología.

-Instituto: Enfermería.
-Facultad: Medicina.
-Firma:

2. -Nombre: Ana Luisa Cisternas M.
-Profesión: Enfermera.
-Grados: Diplomada en Gerontología, Magíster en Gerontología, Magíster en Modelado del Conocimiento para Entornos Virtuales Educativos. Doctorado en Geriátrica (c). Diplomado en Educación por Competencias.

-Instituto: Enfermería.
-Facultad: Medicina.
-Firma:

INDICE

INDICE	3
RESUMEN	4
SUMMARY	6
INTRODUCCION	8
MARCO TEORICO	11
OBJETIVOS	22
MATERIAL Y MÉTODO	23
RESULTADOS	29
DISCUSION	52
CONCLUSION	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57

RESUMEN

El apego que la madre, padre y/u otro cuidador significativo desarrolle en el niño, será un factor vital para su adaptación y funcionamiento a futuro, ya que existen investigaciones que señalan que niños con un apego seguro, sensible, protector, empático y bien regulado, tienden a un buen desarrollo cognitivo, alta autoestima, relaciones basadas en la confianza y comunicación, permitiendo controlar sus emociones, logrando así una mejor adaptación. Por ende un buen apego proporciona al niño herramientas de toda índole, seguridad, capacidad de exploración y resolución de problemas, frente a las futuras experiencias que nos otorga la vida. (Sotello, et al, 2007)

La presente investigación, es un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, que tiene como propósito identificar el perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, el perfil de sus hijos y la relación existente entre los tipos de apego resultantes de la aplicación de la Escala Massie Campbell de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Estrés (ADS).

El universo de estudio fue de 33 lactantes menores y sus respectivas madres adheridas al programa Chile Crece Contigo, los cuales contaban con la aplicación de la Escala Massie Campbell, durante el periodo comprendido entre enero y agosto del 2008.

Para poder llevar a cabo el objetivo de esta investigación, se diseñó una tabla de recolección de datos, con el fin de obtener el perfil socio-demográfico de las madres, el perfil de los lactantes menores, de 4 y 12 meses, y los tipos de apego derivados de la aplicación de la Escala Massie Campbell, utilizada en el control de salud infantil. Todo esto a partir de la revisión de fichas clínicas familiares y/o base de datos computacional Rayen, utilizada por dicho establecimiento de salud a partir de julio del 2008.

Los resultados muestran que, las madres se encuentran mayoritariamente dentro de los rangos de edad de 17-20 años y mayores de 39 años, poseen una escolaridad de enseñanza básica incompleta y enseñanza media completa. Son usuarias del sistema previsional Fonasa, especialmente tramos "A" y "B". La mayoría son dueñas de casa, y viven con su pareja sin lazos matrimoniales. El embarazo no planificado fue la información que prevaleció en este estudio, pese a esto se destaca que recibieron apoyo por parte de su pareja y/o círculo familiar durante este proceso. El tabaquismo como conducta nociva, se encuentra presente durante el embarazo y periodo puerperal, sin embargo se realiza con poca frecuencia y cantidad.

En relación a sus hijos, son ellas las principales cuidadoras, las cuales tienen un infante a su cargo, siendo lactantes menores sanos, principalmente de 4 meses, sexo femenino, con edad gestacional de término, y que recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

Del total de lactantes menores, el 100% obtuvo un *apego seguro* en la aplicación de la Escala Massie Campbell, de éstos, los puntajes obtenidos por las madres, muestran que, el 88% evidenció *apego seguro* propiamente tal, y el 12% *apego inseguro con tendencia a la ambivalencia*, no registrándose *apego inseguro evitante* en la población de estudio.

SUMMARY

The attachment that the mother, father and / or any other significant caregiver in the child development, will be a vital factor in their adjustment and functioning in the future, because there are investigations that show that children with a secure attachment, sensitive, protective, empathic and well regulated, tends to a good cognitive development, high self-esteem, relations based on confidence and communication, allowing the control of their emotions, obtaining better adaptation. That is the reason why a good attachment provides the child tools such as security, the ability of exploration and problem resolution for the future experiences that life shows up. (Sotello, et al, 2007).

This research is a cross quantitative and descriptive study, that aims to identify socio-demographic profile of mothers from “*Centro de Salud Familiar Rural Niebla*”, the profile of their children and the relationship between the different types of attachment resulting from the application of the Massie Campbell Scale Indicators of Mother-Infant Attachment in stressful situations (ASS).

The universe of study was 33 infants and their respective mothers, under the “Chile Crece Contigo” program, that had the scale Massie Campbell, during the period between January and August 2008.

In order to achieve the objective of this research, a table of data collection has been designed to obtain socio-demographic profile of mothers, lactating age children, 4 to 12 months children, and attachment rates arising from the application of the Massie Campbell Scale, used in the Control of Child Health. Everything was taken from family clinic profiles and/or the “Rayen” computer database used by the health establishment from July 2008.

The results show that most of the mothers are within the age range between 17-20 and over 39 years, with an incomplete elementary and complete high school education. They are users of the Fonasa health insurance system, especially in the “A” and “B” sections. Most of them are single housewives, but living with their couples. The unplanned pregnancy was the information that prevailed in this study; however, they received support from their partner and/or family during this process. Smoking behavior is present during pregnancy and postpartum period, however, is not usual. In relation to their children, mothers are the main caregivers, with only one child under their care, most of them are healthy at lactating age, mainly of 4 months old, female, with full term gestational period and who were exclusively breastfed for their first 6 months of life.

From the application of the Campbell Massie scale, a 100% of children received “secure attachment”, of these, compared to scores obtained by mothers, 88% showed “secure attachment”, and the 12% presented “insecure attachment with tendency to ambivalence”, and the value “avoidant insecure attachment” was not registered at all in the study population.

INTRODUCCION

El estudio del vínculo madre-hijo/hija ha sido una inquietud a investigar por profesionales del área de la salud desde tiempos muy remotos, siendo hoy en día uno de los temas de gran relevancia dentro de los estudios que abarca el marco de investigación de nuestro país, según las estrategias de intervención propuestas por el actual gobierno, es por esto que nacen así diversos programas para el logro de los objetivos planteados a nivel nacional en el ámbito de la salud.

Dentro de este contexto es importante destacar el énfasis que se le ha otorgado al proceso de desarrollo psicosocial de niños y niñas de Chile, con un enfoque integral, oportuno y eficaz, destacando principalmente el seguimiento desde la gestación hasta la adolescencia, tanto del niño, como del círculo socio familiar en el que se desenvuelve.

Es por esto que el Apego es un tema de estudio tanto a nivel mundial como nacional, debido a los diferentes cambios socio-demográficos que se han suscitado en el tiempo y a la ardua labor que se está realizando en favor de la protección de los niños y niñas de nuestra sociedad.

La literatura nos señala que “un buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo, lo que se relaciona con una mayor relación y mejor calidad de la lactancia natural, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño”. (Pinto Laso, 2004). Esto nos da la señal para promover que madre, padre y/o cuidador construyan desde el nacimiento una relación significativa con el niño/niña, con mayor seguridad en su vínculo de apego y mejores competencias parentales, adaptándose a cada etapa del desarrollo. (Sotello, et al, 2007)

Se tiende a pensar que el apego está constituido sólo por el contacto piel a piel madre- hijo/hija, pero es un concepto que va más allá de esta definición, ya que “implica un tipo de relación estable, duradera entre dos seres humanos, en donde el componente de protección y confort del estrés, es el elemento que determina el desarrollo de la salud mental posterior de la persona” (Lecannelier F., Hoffmann M., Golstein N. & Pollak D. s.f)

Para la disciplina de Enfermería, este es un punto importante en su quehacer profesional. Normalmente se dice que cuando un niño se encuentra hospitalizado, ésta pasa a ser la imagen sustituta del cuidador que se encuentra ausente, por lo tanto es un rol muy trascendental para la estabilización y recuperación de la salud del niño. Sin embargo, no se ha tomado el peso real a lo que involucra ser madre sustituta, la cual debe entregar cuidados integrales y afectos en beneficio de la recuperación temprana, y

hacer de la hospitalización un proceso con mayor aceptación, tanto para el niño, como para la madre y familia.

Ahora bien, en el ámbito de atención primaria, Enfermería ha tomado una importancia muy valiosa, al ser uno de los profesionales capaces de detectar falencias y disfuncionalidades precozmente en la relación del vínculo entre madre, padre y/o cuidador con el niño/niña, logrando así intervenir de manera eficaz y oportuna, aquellas áreas deficitarias, que más adelante, si no se logra un manejo y superación, pueden ser marcadoras para la personalidad, desarrollo y calidad de vida del niño.

K. Barnard (1983), ha planteado, al igual que otros profesionales del área de la Enfermería, la importancia de la relación madre, padre y/o cuidadores en el desarrollo integral de los niños durante sus primeros años de vida, mostrando diversos resultados recopilados en sus investigaciones, planteadas en el Modelo de Interacción Padres-Hijos. (Citado en Marriner, Ph, R.N, & F.A.A.N, 1994).

Por otro lado, se encuentra R. Mercer (1991), con su teoría de Adopción del Rol Materno, en el cual los diversos factores de estudio son: Adopción del rol maternal, separación materna infantil precoz, vinculación, familia, temperamento del niño y sus características, entre otros. (citado en Marriner, 1994).

De esta manera podemos inferir que ha existido un estudio permanente del vínculo afectivo entre madre, padre- hijo, mostrando así la relevancia para Enfermería la investigación de este tema, sin embargo no hay estudios que reflejen la realidad de nuestro país dificultándonos la atención de forma integral tanto a la madre como al hijo.

El presente estudio trata sobre la relación existente entre los tipos de apego resultantes de la aplicación de la Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (ADS), en niños de 4 y 12 meses que asisten a Control de Salud Infantil en el Centro de Salud Familiar Rural de Niebla, asociándolo al perfil socio-demográfico de sus madres.

Es relevante para los profesionales de enfermería, conocer el tipo de apego presente en los niños de nuestra comuna para así actuar de manera preventiva, enfocándonos en una detección precoz de posibles disfuncionalidades, o bien intervenir de manera integral para proporcionar tanto a los niños como cuidadores, una atención oportuna y multidisciplinaria, logrando así un desarrollo psicosocial óptimo en ellos.

Es importante dar a conocer que nuestra población en estudio, es principalmente rural, son usuarios de este establecimiento de salud, personas de Niebla y sus alrededores. De igual manera se debe destacar la importancia que tiene la adhesión del Centro de Salud Familiar Rural Niebla al Programa Nacional Chile Crece Contigo lo que ha facilitado la ejecución de nuestro proyecto, por otro lado para el desarrollo de

esta investigación, el gran apoyo otorgado por el equipo multidisciplinario fue vital, junto con la accesibilidad continua a los registros de salud, ya sea tanto en fichas clínicas, como en la base de datos computacional utilizada en dicho establecimiento.

MARCO TEORICO

Actualmente las políticas de salud pública del país se centran en la disminución de la mortalidad infantil, la cual ha mostrado una baja significativa desde la década de los setenta. Hoy por hoy sigue siendo un desafío conseguir que la mortalidad infantil disminuya a 7,5 x 1000 nacidos vivos al 2010 y a 5.3 x 1000 nacidos vivos al 2015 (Aguilera, et al, 2002), unido a que en el año 1990 se ratificó la Convención de los Derechos del Niño, asumiéndose así políticas de protección y estimulación a la infancia. Es por esto, que a partir de las propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, el cual elaboró un diagnóstico de la situación en Chile y propuso medidas para implementar un sistema de protección infantil, nace el programa *Chile Crece Contigo*, el cual forma parte del Sistema de Protección Social comprometido el Gobierno con proyección al 2010 (Ministerio de Salud, 2007).

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

Este programa desea iniciar la vigilancia epidemiológica universal de factores de riesgo psicosocial durante la gestación y los primeros años de vida, monitorear hitos del desarrollo no incluidos en el modelo clásico de seguimiento al desarrollo infantil, además de facilitar el acceso a los dispositivos necesarios para disminuir tales riesgos y atender a los rezagos (Sotello, et.al, 2007).

Actualmente estamos en proceso de sensibilización social frente a la promoción y prevención en la infancia, “es por esto la importancia de unificar criterios, estandarizar procedimientos, aplicar instrumentos para actuar oportunamente en el desarrollo y crecimiento de los niños” (Sotello, et.al, 2007).

La formulación de pautas que midan tempranamente la calidad de los vínculos de apego presentados durante los primeros años de vida de los niños y niñas chilenos, ha sido uno de los objetivos primordiales para los investigadores y expertos en el tema, más aún para su adecuada aplicación a nivel de atención primaria.

Para nuestra realidad nacional, la Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (ADS), “ha sido la más adecuada para su aplicación, ya que posee los estándares básicos de validez y confiabilidad y ha sido utilizada en diversos estudios de apego temprano tanto en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y alto riesgo” (Sotello, et. al, 2007)

Este instrumento fue creado por Henry Massie & Kay Campbell en 1978, teniendo como objetivo evaluar la calidad del apego entre un cuidador significativo (generalmente los padres), y su bebé entre 0 y 18 meses (preferentemente se utiliza durante el primer año de vida). Esta pauta posee criterios observacionales claros y conductuales que son indicadores fuertes de la calidad del vínculo entre la madre-Cuidador y el Bebé, siendo estos: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad. (Lecannelier Acevedo, 2007)

La aplicación de dicha escala en el contexto chileno, se realiza en el Control de Salud Infantil, durante una situación catalogada como estresante para la madre y el bebé (estrés moderado del bebé). Es de rápida aplicación, sin embargo, puede ser usada en otras situaciones, tales como: la muda, el baño, la alimentación, momentos breves de separación del cuidador que sean significativos, entre otros. (Lecannelier Acevedo, 2007).

Dentro de las distintas pautas existentes para observar el desarrollo del niño en diversos ámbitos, coexiste como objetivo común el estudio del desarrollo psicológico que es de gran relevancia en el terreno de la salud, ya que nos permite “diferenciar conductas normales y patológicas de este grupo etáreo, otorgando de esta manera distintas medidas preventivas, favoreciendo aspectos relevantes en beneficio del niño” (Almante V., Montt S., & Correa, 2003)

A partir de la década de los 80 los avances, científicos han permitido una mayor comprensión de procesos de desarrollo cerebral y el sistema nervioso sensorial, logrando demostrar la importancia de la vida intrauterina y los primeros años de maduración biológica, en conjunto con la interacción del ambiente humano y físico en que los niños crecen. (Sotello, et.al, 2007)

“El desarrollo psicosocial infantil se inicia in útero” (Departamento Ciclo Vital, 2008), y es un proceso complejo, en etapas donde la niña o niño adquieren conocimientos y habilidades. No solo se desarrollan en estos aspectos sino además contempla cambios físicos, cognitivos, del lenguaje y su capacidad de relacionarse, dando paso a las emociones y sentimientos. Por lo tanto, el desarrollo involucra los aspectos biológicos, psicológicos, emocionales, cognitivos y conductuales haciendo posible la interacción con el ambiente. (Sotello, et.al, 2007)

El niño desde que nace está inmerso en un ambiente con normas, valores y estilos de vida, que ayudan a moldear su personalidad a futuro. Dentro de los dos primeros años de vida socializa, integra normas sociales de conducta, reglas, leyes, ayudando así a la formación de su personalidad siendo influida también por la imagen paterna. Si bien al nacer no adopta en una primera instancia todo lo que le otorga el ambiente, a medida que pasa el tiempo éste va integrando más conciencia de sus relaciones con familiares, de lo que es bueno o malo. Sin embargo, los recién nacidos no están desprovistos de un temperamento, siendo estilos conductuales innatos y heredados, que según Alexander T. Thomas y Stella C. Chess (1977) están clasificados en tres categorías: *fáciles* niños de buen humor y predecibles, *difíciles* con frecuencia irritables e impredecibles, y los niños *lentos para responder* caracterizándose por malhumor y poco sensibles. El temperamento en esta etapa puede tener una gran connotación en las interacciones a futuro y desarrollo de la personalidad, que puede verse reflejado por influencias innatas como ambientales. (citado en Craig & Baucum, 2001).

El primer ambiente psicosocial donde va a interactuar el niño/ niña es la familia, principalmente con los padres o cuidadores, los cuales proporcionan las relaciones afectivas necesarias para adquirir a futuro las herramientas para el desenvolvimiento en su entorno social, específicamente la relación con otros. Por lo mismo la relación madre/hijo-hija o cuidador, es el vínculo que proporciona el conocimiento, la motivación y habilidades necesarias para este propósito. (Ferrada Toledo, 2006)

Ante esto “las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo sano” (Barudy J. y Dantagman M. 2005, citado en Ferrada Toledo, 2006), es lo que se conoce como *competencias parentales*. Los niños necesitan que sus padres y/o cuidadores sean competentes, con habilidades y capacidades necesarias para proporcionarles una adecuada satisfacción a sus necesidades básicas. Dichas capacidades pueden estar determinadas por factores biológicos y hereditarios de los padres y/o cuidadores, influidas de igual manera por las experiencias de vida, culturales y socioambientales, teniendo gran importancia sus propias vivencias de apego. (Ferrada Toledo, 2006).. Cuando los padres son aptos a realizar estos cuidados y otorgar un apego seguro, se dice que éstos poseen una *sana parentalidad*.

Durante décadas el apego ha sido un tema de gran relevancia, pese a esto muchos psicoanalistas no han logrado un consenso de opinión de cómo es realmente la dimensión de tal vínculo, ante lo cual, se afirma empíricamente que “los 12 primeros meses de vida de todo bebé se desarrolla un fuerte lazo con la figura materna”. (Bowlby, 1998)

Las primeras teorías generadas para tratar de explicar este tema, fueron desarrolladas antes del año 1958 (en estudios realizados por Harlow), de las cuales se puede rescatar (Bowlby, 1998):

- El hecho de que el bebé busque el cobijo materno se debe a la satisfacción de las necesidades fisiológicas de éste (en especial las de alimentación y calor); también se conoce como *Teoría del impulso secundario*, la cual ha sido la más aceptada y difundida.
- La búsqueda del contacto con el pecho humano se da en un momento dado, este aprende que el pecho pertenece a su madre lo que hace que se apegue a ella, conocida también como *Teoría de succión del objeto primario*.
- Los bebés buscan innatamente el contacto con otras personas de su ambiente y el aferramiento a éstos, convirtiéndose en una necesidad tanto o más importante que la alimentación y el calor. Conocida como *Teoría del aferramiento a un objeto primario*.
- Los bebés pasan por una etapa en que el alejamiento del vientre materno les provoca ansias de volver a él, por lo que se aferran a la fuente primaria, la madre; conociéndose como *Teoría del anhelo primario de regreso al vientre materno*.

John Bowlby (1998) postula que “el vínculo que une al niño con su madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conductas, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre”, aunque la literatura no da una información segura sobre cuando ocurre este hecho durante el primer año de vida, a partir del segundo año, se puede visualizar como el niño responde ante la ausencia de la madre, produciéndose como respuesta el temor.

Mary Ainsworth (1983) define apego como “las conductas que favorecen ante todo la cercanía con una persona determinada, dentro de los comportamientos están las señales (el llanto, sonrisas, vocalizaciones), orientación (miradas), contacto físico (subir abrazar, aferrarse)”. (citado en Craig & Baucum, 2001)

El apego es el vínculo emocional recíproco y perdurable entre el niño y un cuidador, en el que cada uno de ellos contribuye a la calidad de la relación. Es adaptativo para los bebés ya que les asegura que sus necesidades tanto psicosociales como físicas sean cubiertas. Según la teoría Etológica los bebés y padres están predispuestos biológicamente a apegarse mutuamente, promoviendo la supervivencia del bebé. (Papalia, Wendkos O, & Duskin F, 2005).

El apego es “un vínculo especial positivo que se genera entre un niño y un individuo en particular, y es la forma más importante de desarrollo social que se produce en la infancia”. (Feldman, 2002)

Para el Programa Chile Crece Contigo, el vínculo de apego es “una relación afectiva íntima, estable, continua, relativamente coherente a través del tiempo y por sobre todo es una relación que se forma, mantiene y desarrolla en el proceso de contener, regular y proteger cualquier tipo de dolor o stress de la persona con quién se

está vinculando”. (Sotello, et al, 2007). Ahora bien se entiende por estrés del niño a cualquier reacción que des-regula la homeostasis de éste (hambre, frío, soledad, rabia, frustración, dolor, incomodidad, entre otras). (Lecannelier F., et al, 2007)

La conducta de apego es un tipo de conducta social, la cual se comienza a desencadenar cuando se activa *un sistema de conductas*, las cuales se desarrollan en el bebé como resultado de la interacción con el ambiente de adaptación, y en especial con la figura primordial que visualiza en este entorno, es decir la madre. (Bowlby, 1998)

Según Cyrulnik B. (1994), las funciones parentales tienen 3 finalidades fundamentales: *Socializadora* (los padres contribuyen a la formación de la autoimagen de sus hijos), *Educativa* (creación de experiencias que les sirvan para vivir de manera integral, adaptada y cuidadosa en la sociedad en que se desenvolverán), y de *Nutriente* (forma de satisfacer las necesidades fisiológicas). (Ferrada Toledo, 2006)

Entre las capacidades significativas, la *empatía* que se produce entre los padres, cuidadores e infantes, es la forma como se distinguen las vivencias internas de los niños, así son capaces de intuir sus necesidades, las cuales son demostradas a través de las emociones y de manera gestual. Por lo mismo, aquellos padres que presentan algún trastorno de la empatía, no logran identificar éstas expresiones, lo cual puede derivar en abandono de los cuidados, incluso pueden sentirse sobrepasados y provocados, llevándolos a responder de manera agresiva y violenta en perjuicio de los niños. Esto tiene una estrecha relación con los trastornos del apego, y son “una consecuencia en la mayoría de los casos” (Ferrada Toledo, 2006).

Los modelos de crianza que tuvieron los padres en su infancia pueden determinar la manera de responder a los cuidados de sus hijos, esto se transmite por generaciones, y es el resultado de los procesos de aprendizaje realizados en las familias de origen, en conjunto con la interacción de las redes de apoyo cercana, influenciadas por los fenómenos culturales e ideológicos. Esto modela las formas de respuesta oportuna a las necesidades de sus hijos, del mismo modo en la forma de proteger y educar. (Ferrada Toledo, 2006)

Mary Ainsworth (s/f) describe 3 etapas de formación del vínculo madre-hijo/hija (citado en Almante V., et al, 2003):

Etapa 1. *Sensibilidad social indiferenciada*: en esta etapa el bebé comienza a interaccionar con su entorno a través de los estímulos que ingresan en su campo de acción pero de forma breve. Reconoce a la madre muy precozmente a través de patrones multisensoriales, principalmente a través de la voz y el rostro. La primera semana de vida reconoce el olor materno.

Etapa 2. *Búsqueda activa de proximidad*: entre 8 y 24 meses, esta etapa se encuentra unida a la adquisición de la permanencia del objeto físico y afectivo, dado el progreso que experimenta el niño en su desarrollo cognitivo, por lo tanto el objeto sigue

existiendo a pesar de que no se encuentra dentro del campo de interacción. Esto permite la consolidación del vínculo en una figura de apego.

Etapa 3. *Conducta de reciprocidad*: Desde los 24 meses el niño tiene conciencia de lo que es y representa la figura de apego, por lo tanto ya sabe que es un ser independiente de su madre, y por lo mismo trata de comportarse de manera tal de lograr la atención y admiración de ella.

El apego no se desarrolla en determinadas acciones aisladas que aseguran el adecuado bienestar del niño, sino más bien a través de la entrega de un cuidado estable, continuo y sensible a lo largo de los años, lo que determina la formación de un apego sano. (Sotello, et.al, 2007)

Para poder explicar desde cuando comienza a manifestarse el vínculo madre-hijo/hija, se han realizado estudios respecto al tema durante décadas, entre los cuales se destaca los descritos en el libro *El Apego y la Pérdida* escrito por J. Bowlby (1998), donde se relatan estudios realizados con cuatro tipos de razas de primates: los monos Rhesus, los Mandriles, los Chimpancés y los Gorilas, donde han dado como resultado que: desde el nacimiento, los bebés se aferran al pelaje de la madre, las primeras semanas son ayudados por éstas, incluso llevándolos en brazo, pero a medida que van adquiriendo más destrezas, son ellos mismos los que se conectan con ella en una relación de contacto piel con piel, donde se adosan al vientre materno y colocan el pezón de ésta en la boca, así permanecen aproximadamente los primeros 4 meses, sin dejar de lado que durante este tiempo, la madre los incentiva a ir adquiriendo cierta independencia, pero siempre cercanos a ella a no más de 60 cm por la presencia de algún peligno, donde ella pueda tomar a su cría y protegerla.

A partir de la adolescencia, las crías machos ya se distribuyen homogéneamente en la manada, pese a esto siempre vuelven a la madre, solo los gorilas ya no duermen con ella. Las otras razas aún siguen durmiendo bajo el amparo de su madre, a pesar que ésta pueda tener más crías. La acogida por la madre siempre es buena, a excepción de periodos de apareo, donde rechaza a su cría, pero no es prolongado en el tiempo, y al terminar este periodo, la cría vuelve a su madre sin diferencias.

Cabe destacar que las crías machos son más independientes de la madre, ya que se atreven a ir a los alrededores de la manada sin la compañía de ésta antes que las hembras, las cuales no tienen muy desarrollado el instinto de explorar su ambiente, por ende permanecen por un tiempo más junto a su progenitora.

El vínculo con los machos de la manada va creciendo paulatinamente con el paso del tiempo, no es igual en todas las razas, por ejemplo, los mandriles forjan vínculos más sólidos a medida que llega a la adultez, incluso se puede ver que buscan la protección de estos machos ante el peligro, causándoles más atracción si este macho es uno de los dominantes de la manada. Se visualiza un notorio seguimiento cuando la

madre ha parido a una nueva cría. A veces los gorilas pequeños también buscan la compañía de un macho adulto y dejan al grupo para marchar detrás de él. En los chimpancés no se han visualizado tales relaciones amistosas, no obstante al llegar a la adolescencia suelen relacionarse con machos maduros.

A primera vista, se puede deducir que existe una gran diferencia entre las conductas de apego visualizadas en el ser humano con respecto a la de los primates. Bowlby, (1998) se refiere a estos dichos como una exageración en el ámbito, ya que a partir de estudios realizados en niños por parte de M. Ainsworth sobre la observación de bebés de la tribu ganda, de Uganda (África), se extraen conclusiones donde se asemejan notoriamente ambos ciclos de formación de vínculos entre madre-hijo/hija.

Ainsworth (1963) relata que, a partir de la observación de los comportamientos de los niños con sus madres durante un periodo de tiempo estudiado, en las cuales se observaba la relación que existían entre ellos, salvo por una pequeña minoría, la conducta de apego se pone en manifiesto claramente a partir de los 6 meses, lo que se ve demostrado no solo con el llanto de niño al salir la madre de su entorno, sino también en la manera como la recibe cuando vuelve a su encuentro, levantando los brazos, sonriendo y dando leves gritos de placer y satisfacción. (Citado en Bowlby, 1998). De aquí en adelante pareciera ser que los vínculos entre ambos se vuelven más intensos “como si fueran más fuertes y sólidos el vínculo de apego que les unía a sus madres” (Bowlby, 1998). En la mayoría de los niños, las conductas de apego se ven con regularidad y fuerza casi al final de los 3 años de vida, posterior a esta época, se evidencia que son capaces de aceptar la ausencia temporal de la madre, logrando interactuar con otros niños sin dificultad. Uno de los cambios fundamentales reside en que después de los 36 meses, el niño logra familiarizarse con un ambiente extraño, siempre y cuando sea un lugar conocido, y con personas visualizadas anteriormente. (Ainsworth, 1963, citado en Bowlby, 1998).

Todos estos estudios nos afirma que los seres humanos, tanto como algunas razas de animales, como los primates, llevan patrones similares con respecto a la formación de vínculos de apego madre- hijo/hija, por ende la importancia de mantener en forma óptima y saludable la relación e interacción entre ambos en los primeros años de vida, es fundamental para el crecimiento y relación psicosocial del niño, lo que repercute notoriamente en su desenvolvimiento en la sociedad a futuro.

Las necesidades infantiles (Ferrada Toledo, 2006), que los padres deben ser capaces de identificar y satisfacer, son importantes de mencionar para determinar las áreas en las cuales enfatizar aún más el crecimiento y desarrollo de éstos. Dentro de éstas están:

- *Necesidades fisiológicas* destacándose la alimentación, protección, abrigo y salud.
- *Necesidades afectivas* incluye todo lazo que les permita vincularse con sus padres y los otros miembros de la familia, así se puede lograr el sentimiento de

pertenencia del niño dentro de su núcleo familiar y la comunidad, junto con una seguridad emocional óptima, donde sea apto el desenvolvimiento de la expresión de los afectos.

- *Necesidades cognitivas* permiten al niño conocer, comprender, investigar, e interactuar con el mundo en el cual está inmerso, esto permite adaptarse a su medio, y estimular el desarrollo de los órganos sensoriales que posee, como el lenguaje, el pensamiento lógico, entre otros.
- *Necesidades sociales* involucran al niño dentro de su entorno social, y el propósito final de los padres es el desarrollo de su autonomía, así serán niños responsables en el ejercicio de sus derechos y deberes a futuro.

Mary Ainsworth (1960) creó *la situación extraña*, el cual es un proceso de laboratorio que implica estudiar al niño en su interacción con la madre y un adulto (extraño) el cual se encuentra inmerso en un entorno no familiar. Esta investigación fue realizada como parte de un estudio longitudinal sobre proceso de apego. Se realizó con niños a partir de 12 meses de edad principalmente, momento en que la relación debe estar claramente establecida. Está diseñada para comprobar la calidad de la relación entre el bebé y su cuidador/a o madre, por lo que durante la observación es de especial interés las reacciones del niño al separarlo y volver a reunirse con ésta. (Citado en Craig & Baucum, 2001)

La situación extraña (Craig & Baucum, 2001), consiste en una secuencia de ocho sucesos, teniendo como duración menos de media hora. Donde se observa la reacción del niño-niña frente a distintos acontecimientos previamente establecidos.

1. El experimentador introduce a los padres y al niño en la sala y luego se marcha.
2. El progenitor está sentado mientras el niño se divierte con juguetes, aquí la variable observada es analizar al progenitor como base segura.
3. Entra un extraño, se sienta y habla con el padre, pudiendo observar la reacción del niño frente a un adulto desconocido.
4. El progenitor se marcha, el extraño responde al niño y lo consuela si está molesto, observándose la ansiedad ante la separación.
5. El padre regresa, saluda al niño y lo consuela si lo necesita, el extraño se marcha observando la respuesta ante la reunión.
6. El padre sale del cuarto y el niño queda solo, analizándose la ansiedad ante la separación.
7. El extraño entra en el cuarto y ofrece consuelo, observándose la susceptibilidad a ser calmado por un extraño.

8. El padre regresa, saluda al niño y lo consuela si lo necesita; trata de que el niño vuelva a interesarse en los juguetes, siendo analizada nuevamente la variable de reacción ante la reunión.”

En estas investigaciones se observó que “en dos ocasiones se deja al bebé en una habitación que no le es familiar, la primera vez con un extraño, la segunda el bebé queda solo y el extraño regresa antes que la madre. Entonces la madre anima al bebé a explorar y a jugar nuevamente y lo tranquiliza, si el bebé lo necesita. Luego de haber observado niños menores de un año pudieron definir tres patrones de apego, el seguro, rechazante y ambivalente, siendo el apego seguro la categoría más común con un 66% de los niños evaluados, y la tercera un apego inseguro”. (Papalia, et al, 2005).

Se logra identificar los tres tipos de apego durante los estudios realizados, llegando a la conclusión de: en el apego seguro, los niños lloran cuando la madre se va y la reciben felices cuando la madre regresa. En realidad son usualmente cooperativos y relativamente libres de enojo. En el apego rechazante casi nunca lloran cuando la madre se va y la evitan cuando regresa, generalmente se muestran enojados y no buscan ayuda cuando la necesitan. En el apego ambivalente los niños se muestran muy ansiosos incluso antes de que la madre se vaya y se enojan mucho cuando ésta se marcha, y bien muestran su ambivalencia ya que buscan a la madre pero al mismo tiempo se resisten por medio de pataleos o retorciéndose. (Papalia, et al, 2005)

La prueba de la situación extraña, sirve para evaluar la calidad del apego del niño con el cuidador primario. Esta investigación correlacional indica que estos niños sostenían interacciones cálidas, afectuosas y responsivas con su madre durante los 12 meses anteriores a la evaluación.

Investigaciones posteriores identificaron un cuarto patrón; el apego desorganizado- desorientado, en el cual los niños mantienen conductas inconscientes y contradictorias, reciben a la madre alegremente, pero luego se aleja sin mirar. (Papalia, et al 2005)

Ainsworth y Bowlby propusieron “un modelo funcional del apego del bebé”, el cual está relacionado con el concepto de confianza básica de Erickson (1963), el cual propone que los cambios del desarrollo durante nuestra vida, corresponden a 8 etapas del desarrollo psicosocial, el cual abarca cambios en nuestras interacciones y comprensión de los demás hasta el conocimiento y comprensión de nosotros mismos como miembros de la sociedad. La primera etapa de este desarrollo es la de *confianza frente a desconfianza* (desde el nacimiento hasta un año), donde los niños desarrollan sentimientos de confianza si sus demandas físicas y necesidades psicológicas de apego son satisfechas y si sus interacciones con el mundo son positivas. En contraste, con un cuidado inconsciente junto a interacciones desagradables puede causar desconfianza en el niño y menguar sus capacidades para enfrentarse a situaciones planteadas en ésta etapa. (Felman, 2002)

Según Lecannelier (2007), desde los 6 meses de vida, la madre y el hijo han ido aprendiendo a relacionarse, aplicando elementos de apego en distintas situaciones estresantes para el niño, donde la madre reacciona a sus señales. De esto se desprende la definición de los tipos de apego:

- *Apego Seguro*: Relación donde la madre suele utilizar un tono de voz afectivo, calmado, positivo y alegre, por ende suele tener un contacto físico, visual, y vocalizaciones frecuentes y positivas. De igual forma se observa una relación donde la madre es capaz de proteger el estrés adecuadamente al niño. No obstante si el niño se encuentra con estrés, se ve tranquilo y se contacta con su madre.
- *Apego Inseguro Evitante*: estilo de relación donde la madre suele utilizar un tono afectivo inadecuado, actúa con indiferencia y frialdad, siendo apática y/o temerosa, evitando el contacto con el niño, teniendo pocos elementos del apego que se acentúan en los momentos de estrés del bebé, haciendo que el bebé evite el contacto afectivo, no mirando ni vocalizando, tampoco buscando a la madre.
- *Apego Inseguro Ambivalente*: Estilo de relación donde la madre suele tener un tono afectivo inadecuado que se expresa bajo la forma de sobre-estimulación (madre angustiada, tensa). Se observa un vínculo afectivo exagerado que angustia y estresa al niño, sobre todo en situaciones de estrés, logrando así niños reacios al contacto y agresivos, o manifestando un aferramiento hacia la madre.
- *Apego Desorganizado*: Estilo de relación en donde la madre suele presentar conductas extremadamente frías e indiferentes, enojadas e irritantes, pudiendo llegar a la negligencia, al maltrato físico y psicológico. Este estilo de apego no puede ser identificado a través de la escala Massie-Campbell.

A través de la aplicación de la Escala Massie Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (ADS) nos permite identificar los tipos de apego según una puntuación preestablecida, a partir de la observación de la respuesta que otorga la madre ante un proceso de estrés del niño/niña, por eso se encuentra estipulada su aplicación dentro del control de Salud Infantil.

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

Se debe destacar que los puntajes obtenidos son indicadores de la presencia de un tipo de apego, se transforman en guías o ayudas para el profesional de la salud que se encuentra aplicando el instrumento, por lo tanto se habla de tendencias ya que no existen puntajes exactos e ideales, otorgándose la calificación de apego inseguro con

tendencia evitante a los puntajes más bajos (menos a 21 puntos), apego inseguro con tendencia a la ambivalencia a los puntajes más altos (mayor a 29 puntos), y los puntajes intermedios se clasifican en apego seguro.

En relación a los puntajes que arroja la Escala Massie Campbell, el niño y la madre obtienen puntajes por separado, no obstante se observan los mismos parámetros, predominando el puntaje de la madre para la clasificación del tipo de apego.

Para fortalecer los datos teóricos que se exponen en la literatura, es necesario realizar estudios pertinentes, actualizados y basados en observaciones de nuestra población nacional. Para esto, se necesita investigar más allá de la atención intrahospitalaria, donde el niño se ve enfrentado a una separación forzada por la situación que se encuentra viviendo, por lo tanto, la atención primaria nos otorga un escenario ideal para visualizar como se encuentra este vínculo madre- hijo, donde los niños están bajo características basales de normalidad, y además se puede apreciar un seguimiento en su crecimiento y desarrollo óptimo, pudiendo el profesional de Enfermería detectar oportunamente alguna disfuncionalidad.

En la actualidad, se están implementando diversos programas que permiten un amplio desarrollo y una base de datos completa, logrando una valoración y seguimiento más expeditos.

El Centro de Salud Familiar Rural de Niebla, comenzó a funcionar en Noviembre del año 2001, reemplazándose así a la antigua Posta de Niebla, que en un comienzo, en la década del 60, dependía técnica y administrativamente del Hospital de Corral. Luego entre los años 1970 - 1987 su administración paso a la comuna de Valdivia. Cuenta con un registro de 4933 pacientes, de los cuales 2493 son de sexo masculino y 2439 de sexo femenino. Del total de pacientes registrados 492 son adultos mayores, 2815 son adultos, 780 son adolescentes, 651 niños y 195 son lactantes. (Rosas & Seguel Palma, 2008)Base de datos Niebla).

En general la población posee características de bajo ingreso socioeconómico y educacional, la mayoría vive en lugares cercanos al CESFAM, algunos habitan en lugares rurales con cierta dificultad de acceso. (Rosas & Seguel Palma, 2008)

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los tipos de apego según la Escala Massie Campbell y el perfil socio demográfico de los lactantes y sus madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, durante el periodo comprendido entre enero y agosto del 2008.

Objetivos específicos

- Determinar el perfil socio demográfico de las madres de los lactantes menores asistentes al Control de Niño Sano en el Centro de Salud Familiar Rural Niebla durante el periodo comprendido entre enero y agosto del 2008.
- Determinar el perfil del lactante menor, relacionado con edad, sexo, edad gestacional, lactancia materna y cuidador, que asisten al Control de Salud Infantil pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, durante el periodo comprendido entre enero y agosto del 2008.
- Identificar los tipos de apego según Escala Massie-Campbell presentes en la relación madre, padre y/o cuidador con los lactantes menores que asisten a Control de Salud Infantil durante el periodo comprendido entre enero y agosto del 2008, pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla.
- Identificar los comportamientos en los tipos de apego de riesgo con variables del estudio.

MATERIAL Y MÉTODO.

- *Tipo de estudio*

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Esta investigación es cuantitativa porque se recolecta y analiza datos. Transversal, ya que las variables se estudian en forma simultánea haciendo un corte en el tiempo. Descriptiva ya que se describe la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo (Merino, 2007), además de establecer la magnitud de un problema, los factores asociados, eventos epidemiológicos y educacionales.

- *Unidad de análisis*

Se realizó revisión de fichas clínicas del universo de los lactantes menores, de 4 y 12 meses que asistieron al Control de Salud Infantil en el Centro de Salud Familiar Rural de Niebla y sus respectivas madres, durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2008, y a partir de Julio del mismo año, se revisa la base de datos computacional Rayen.

Cabe destacar que nuestro universo de estudio al inicio de esta investigación fue de 50 niños y sus respectivas madres a los cuales se les había aplicado la Escala Massie Campbell durante este periodo. Sin embargo la ausencia de algunas fichas clínicas de los niños, y la inexistencia de adhesión de las madres al consultorio, nuestro universo de estudio finalmente quedó en 33 niños con sus respectivas madres.

- *Lugar de desarrollo del estudio*

Centro de Salud Familiar Rural de Niebla, XIV región de los Ríos.

- *Recolección y procesamiento de datos*

El proceso de recolección de datos fue la revisión individual de fichas clínicas pertenecientes a lactantes menores, de 4 y 12 meses que asistieron al Control de Salud Infantil en el Centro de Salud Familiar Rural Niebla, durante el periodo comprendido entre enero y agosto del 2008.

Se diseñó un instrumento para la recolección de datos, con el fin de identificar el perfil socio demográfico de la madre (edad, estado civil, procedencia, ocupación, religión, escolaridad, entre otras), y los resultados otorgados a partir de la aplicación de la Escala Massie- Campbell de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Estrés (ADS), la cual nos entrega los tipos de apego existentes en el lactante y la madre.

- *Criterios de inclusión-exclusión*

Criterios De Inclusión:

- Lactantes menores, de 4 y 12 meses que se encuentran en el Programa de Control de Salud Infantil adheridos al Centro de Salud Familiar Rural Niebla.
- Lactantes menores, de 4 y 12 meses que se les haya aplicado la Escala Massie-Campbell de Indicadores de Apego Madre- Bebe en Situaciones de Stress (ADS), durante el periodo comprendido entre Enero y Agosto del 2008.
- Madres de los lactantes menores, de 4 y 12 meses, que pertenecen al Centro de Salud Familiar Rural Niebla.

Criterios de exclusión:

- Lactantes menores que no cuentan con el registro de la aplicación de la Escala Massie-Campbell de Indicadores de Apego Madre-Bebe en Situaciones de Stress (ADS) durante el periodo comprendido entre Enero y Agosto del 2008.

- *Fuentes de información*

Fichas clínicas de niños que asistieron al Control de Salud Infantil pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, y que se le haya aplicado la Escala Massie y Campbell de Indicadores de Apego Madre- Bebe en Situaciones de Stress (ADS). Estas fueron auditadas en relación al perfil socio demográfico de la madre, perfil del niño y el tipo de apego resultando de dicha aplicación.

Además de la Base de datos computacional Rayen, para adquirir la información sobre los niños y sus respectivas madres, debido a la inexistencia de estos datos en fichas clínicas.

- *Rigor Ético*

Los objetivos de la investigación se limitan a la revisión de fichas clínicas y base de datos Rayen, de lactantes menores y sus madres, adheridos al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, que asistieron al Control de Salud Infantil durante a este periodo, con la pertinente autorización de la Directora, y la Enfermera, encargada del *Programa Chile Crece contigo* y *Control de Salud Infantil*.

- *Plan de Análisis.*

La información se codificó en una matriz computacional, llamada Microsoft Excel, office 2007, la cual nos entregó valores absolutos y porcentuales, que posteriormente se representaron en gráficos circulares, de barra, y tablas de valores.

- *Tabla de Variables*

Nombre de la variable	Definición nominal	Definición operacional
1. Cuidador	Persona que se encuentra al cuidado del lactante menor, el cual se le haya aplicado la Escala Massie-Campbell.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Madre 2. Padre 3. Otros 4. ¿Cuál? _____ 5. Sin datos.
2. Edad	Edad cronológica actual de la madre en años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 16 años 2. 17 años a 20 años 3. 21 años a 24 años 4. 25 años a 29 años 5. 30 años a 34 años. 6. 35 años a 38 años. 7. 39 años o más. 8. Sin datos
	Edad cronológica actual del lactante en meses.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4 meses 2. 12 meses.
3. Sexo	Género al cual pertenece el bebé.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino.
4. Estado civil	Condición de cada persona según deberes y derechos civiles.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera. 2. Casada. 3. Separada. 4. Conviviente. 5. Viuda. 6. Anulada. 7. Sin datos.
5. Religión	Religión o creencia que profesa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica. 2. Evangélica. 3. Mormona. 4. Luterana. 5. Metodista. 6. Otras. 7. Sin religión. 8. Sin datos.
6. Nivel educacional	Nivel de enseñanza alcanzado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Básica Incompleta. 2. Básica Completa. 3. Media Incompleta. 4. Media Completa. 5. Técnica Incompleta. 6. Técnica Completa.

		7. Sup. Incompleta. 8. Sup. Completa. 9. Sin Instrucción. 10. Sin datos
7. Previsión	Sistema de protección de Salud al cual la madre y el hijo se encuentran adheridos.	1. Fonasa A 2. Fonasa B 3. Fonasa C 4. Fonasa D 5. Isapre 6. Sin datos 7. Otros
8. Ocupación	Actividad laboral que actualmente realiza la madre.	1. Dueña de casa 2. Empresaria 3. Ejecutiva 4. Agricultora 5. Independiente 6. Cesante 7. Estudiante 8. Otros 9. Sin datos
9. Procedencia	Lugar geográfico donde habita la madre y lactante menor.	1. Niebla 2. Otros.
10. Hijos de la madre	Cantidad de hijos que tiene la madre a su cuidado.	1. 1 hijo. 2. 2 hijos. 3. 3 o más. 4. Sin Datos
11. Planificación del Embarazo	Acto premeditado de embarazarse.	1. Planificado 2. No planificado 3. Sin datos.
12. Apoyo conyugal y/o familiar	Presencia activa de pareja y/o familia durante el embarazo.	1. Si 2. No 3. Sin datos
13. Adicciones durante el embarazo	Consumo de sustancias nocivas durante el embarazo, tales como tabaco, alcohol, marihuana, pasta base, cocaína, otros.	1. No 2. Si ¿Cuál? _____ 3. Sin datos

14. Adicciones actuales de la madre.	Consumo de sustancias nocivas actualmente por la madre, tales como tabaco, marihuana, cocaína, pasta base, alcohol, entre otros.	1. No 2. Si ¿Cuál? _____ 3. Sin datos
15. Lactancia Materna Exclusiva.	Alimentación exclusiva del lactante menor con leche materna durante los primeros 6 meses de vida.	1. Si 2. No 3. Mixta 4. Sin datos.
16. Clasificación según edad gestacional del Recién nacido.	Categorización según semana gestacional en la cual haya nacido el niño/niña.	1. Término. 2. Pretérmino. 3. Postérmino. 4. Sin Datos.
17. Lactante Menor con impedimentos.	Lactante menor con dificultades físicas y/o mentales que puedan influir en la relación de apego.	1. Malformación Congénita. 2. Sd. Down. 3. Sordo. 4. Mudo. 5. Parálisis cerebral 6. Otros 7. Sin datos. 8. Sano
18. Tipo de Apego	Clasificación según puntaje otorgado por la Escala de Massie - Campbell, sobre Indicadores de Apego Madre-Bebe en Situaciones de Stress (ADS).	1. Apego seguro 2. Apego inseguro/evitante. 3. Apego ambivalente.
19. Con quien vive la madre del lactante.	Persona/s que habitan en el mismo lugar físico en conjunto con la madre y el lactante.	1. Pareja. 2. Conyugue. 3. Padres maternos. 4. Padres paternos. 5. Sola. 6. Sin datos. 7. Otros.

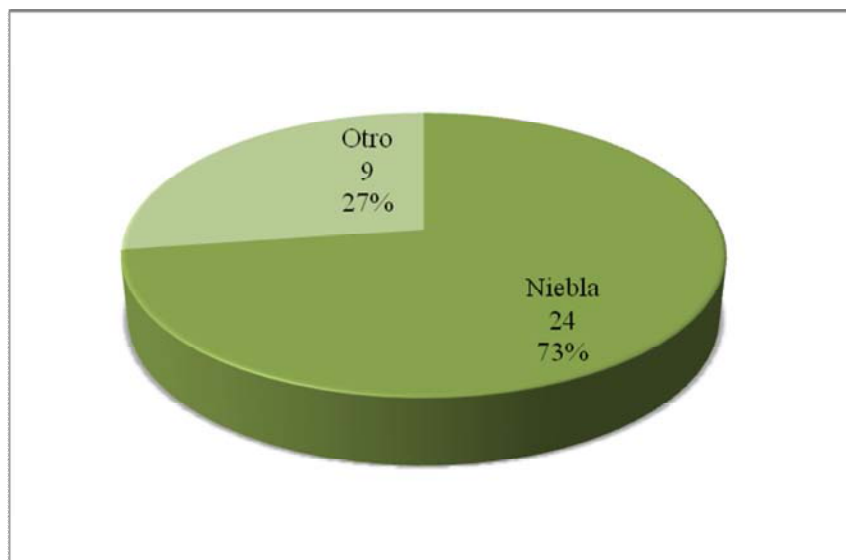
RESULTADOS

En lo que respecta a la información se tabularon los datos correspondientes al perfil socio-demográfico de las madres e información de los lactantes menores, de 4 y 12 meses. Además se realizó un análisis de información en relación a los resultados derivados de la aplicación de la Escala Massie Campbell correspondientes a puntajes obtenidos por las madres y sus hijos.

A continuación se presentan los resultados según los objetivos específicos formulados:

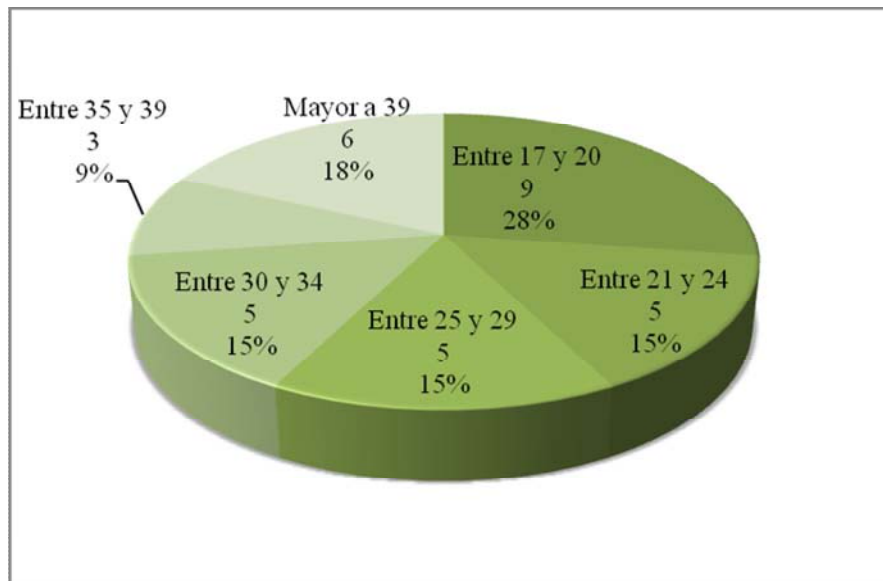
I. PERFIL SOCIO-DEMOGRAFICO DE LA MADRE.

Figura N° 1 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Procedencia.



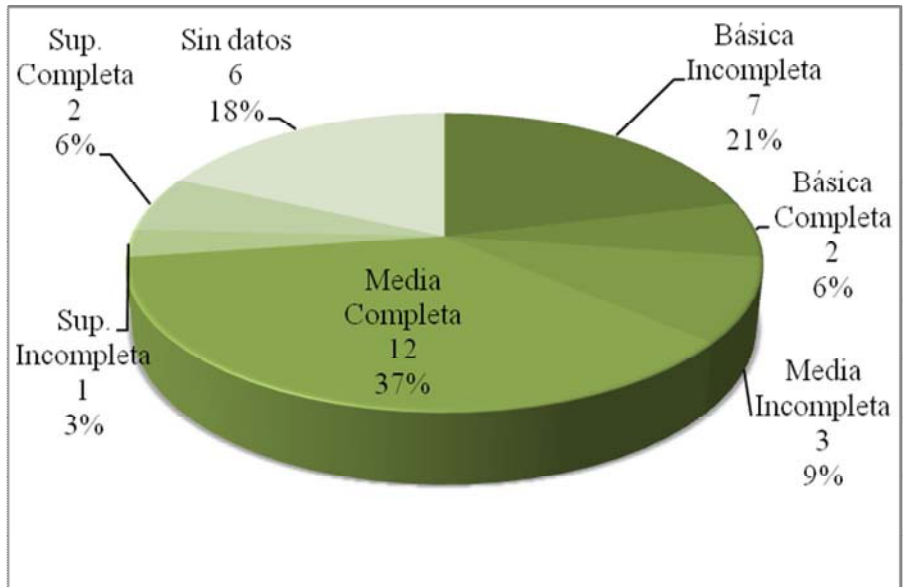
La mayoría de las madres (24) pertenece al sector de Niebla con un 73%. El 27% restante corresponde al ítem *otros*, el cual está compuesto por madres provenientes principalmente de lugares tales como, Corral, los Molinos, Curiñanco; territorios circundantes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla.

Gráfico N° 2 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Edad.



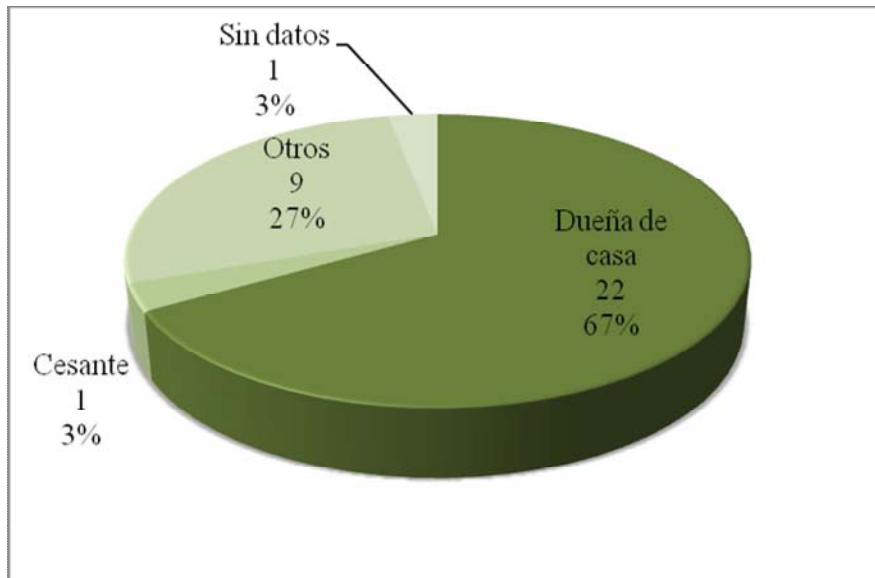
El 55% de las madres con alto riesgo obstétrico. Asimismo se puede visualizar que en los rangos de edad de 21-24, 25-29 y 30-34 años existe igual número de madres (5) que corresponde a un 15% por cada uno. Madres menores de 16 años no registran en nuestro estudio.

Gráfico N°3 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Escolaridad.



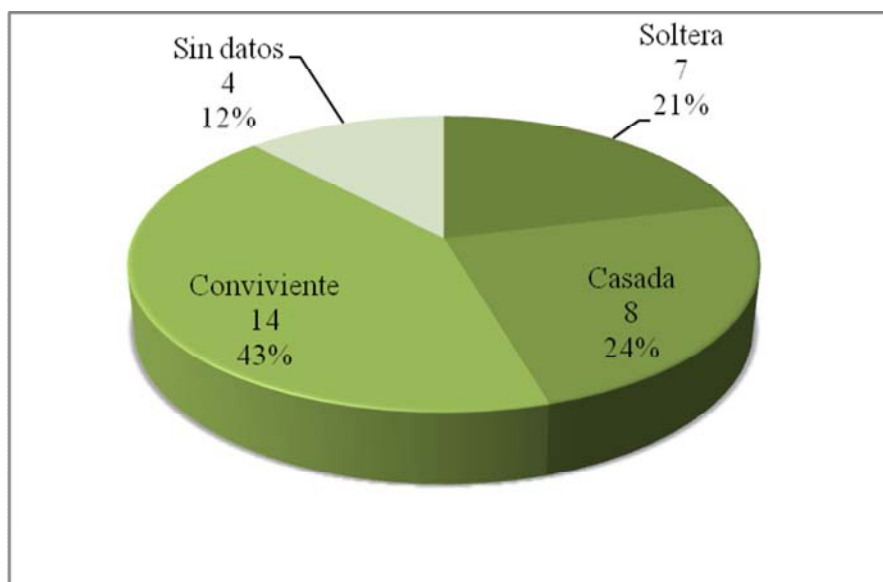
El gráfico N° 3 muestra que, 12 madres poseen un nivel de Enseñanza Media Completa (37%), seguido por 7 madres con una Escolaridad Básica Incompleta (21%). Ahora bien, los niveles Técnico completo e incompleto poseen un 0% en este estudio. Cabe destacar que 6 madres (18%) no tienen registro de esta información.

Gráfico N° 4 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Ocupación.



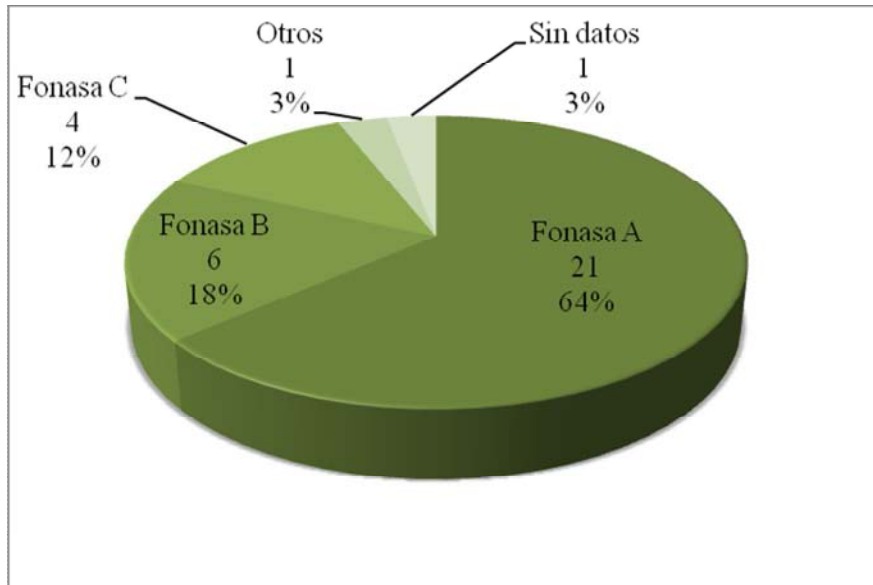
Las madres investigadas principalmente son dueñas de casa (67%, 22 madres), seguido por 9 madres incluidas en el ítem *otros* que se desglosa en ocupaciones tales como: artesanas, labor en pesqueras y desempeño tanto en sector público como privado. Ahora bien, es importante destacar que existe una ausencia total de madres cumpliendo labores de Empresaria, Ejecutiva, Agricultora. También podemos señalar que existe una madre cesante con un 3% al igual que sin registro.

Grafico N°5 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Estado Civil.



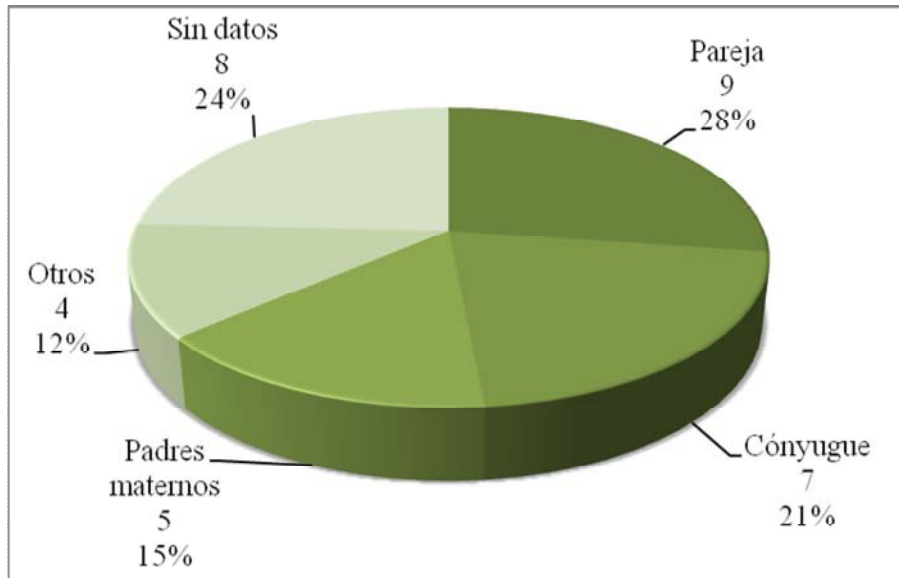
El 43% de las madres son convivientes (14). Además se puede observar que 8 madres son casadas (24%), y 7 son solteras (21%). No existen anuladas, viudas o separadas.

Gráfico N°6 Distribución Numérica y Porcentual de las madres, pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Previsión.



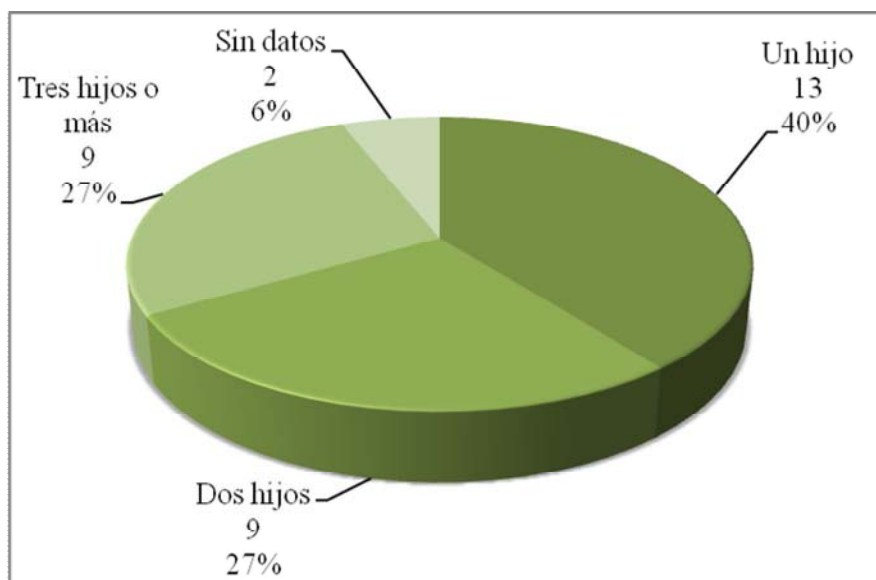
Principalmente las madres se encuentran dentro del sistema previsional FONASA (94%), con una distribución de; 21 usuarias en el tramo “A” (64%); 6 en tramo “B” (18%) y 4 usuarias en tramo C (12%). Beneficiarios de ISAPRES y FONASA D no se registran en este estudio. Sin embargo hay un usuario adherido al sistema PRAIS.

Gráfico N°7 Distribución Numérica y Porcentual las madres, pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según con quién vive la madre.



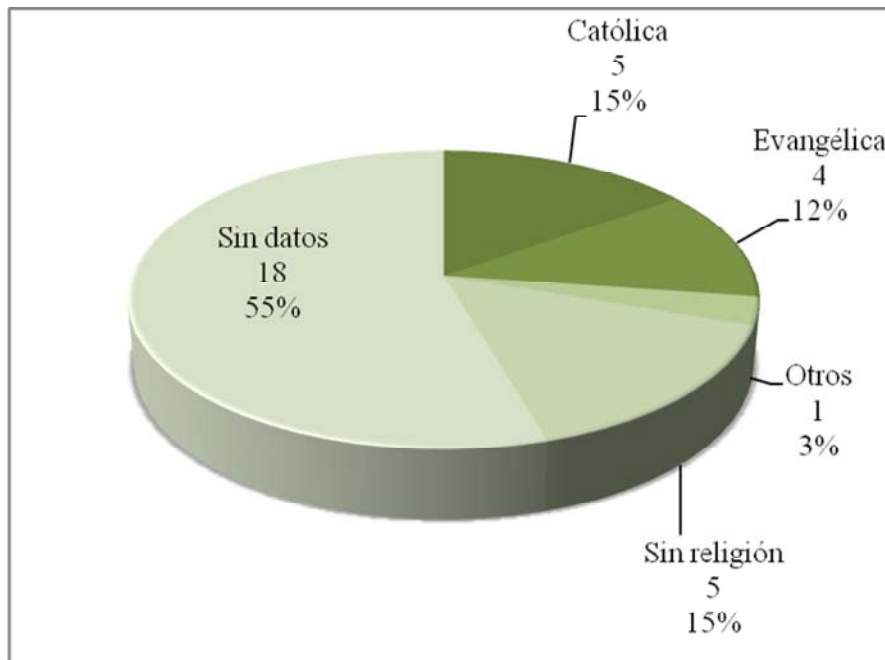
De las madres estudiadas, 9 viven junto a sus parejas sin vínculo matrimonial (28%), el 21% representado por 7 madres se encuentran viviendo con sus cónyuges, y el 15% viven con sus padres maternos. Dentro del *Ítem otros*, que está compuesto por amigas, cuñado, abuelos maternos existen 4 madres (12%). Cabe destacar que no existen madres que vivan solas en este estudio.

Gráfico N° 8 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Número de hijos.



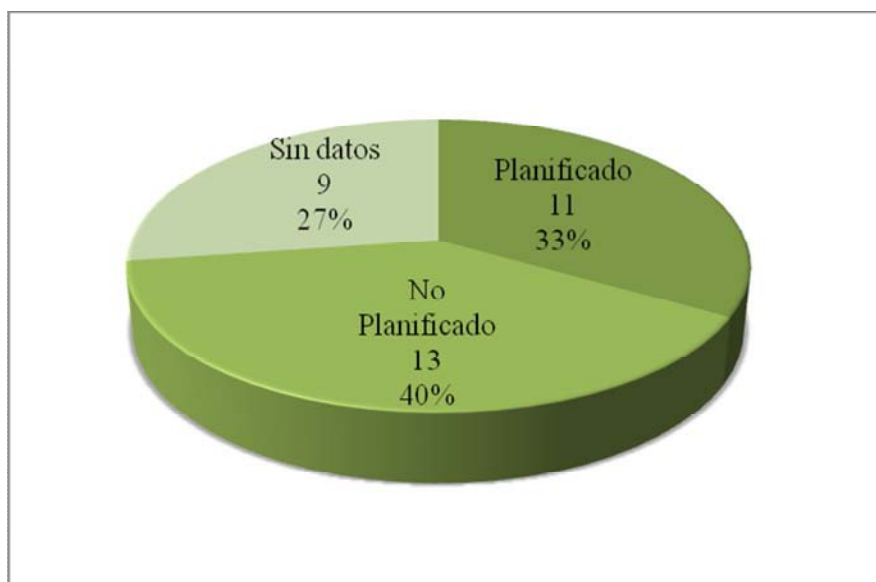
Principalmente las madres poseen solo un hijo(39%). No obstante es necesario destacar que nueve madres poseen más de 3 hijos (27%), llegando incluso a 7 por cada una de ellas.

Gráfico N°9 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Religión.



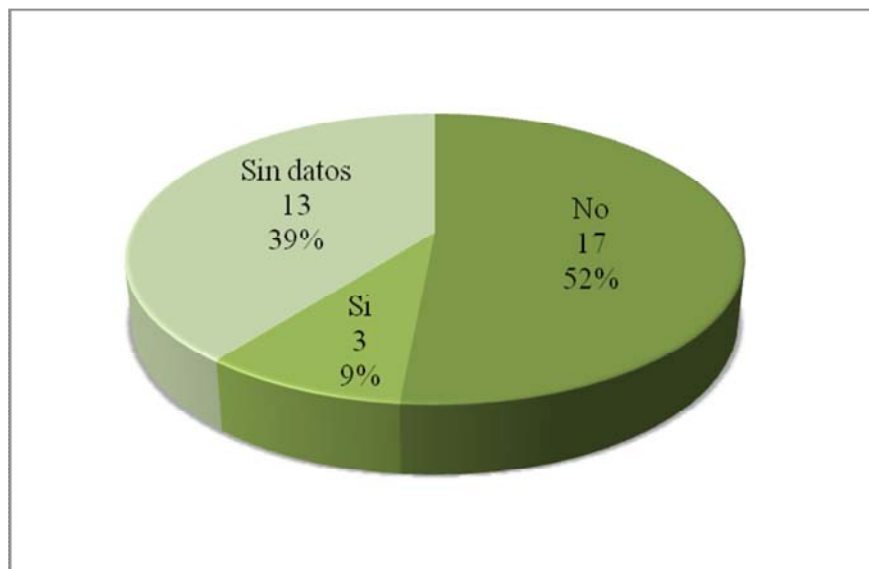
Se destaca en el gráfico que la mayoría de las madres no cuenta con este tipo de registro, abarcando el 55% (18 madres). Se puede rescatar que 5 madres pertenecen a la religión Católica (15%), y 4 (12%) a la Evangélica. Las religiones mormona, metodista, luterana no poseen antecedentes.

Gráfico N°10 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres, pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Planificación del Embarazo.



Dentro de los factores importantes a determinar relacionados con el apego es la planificación familiar. En este estudio, 13 madres no planificaron el embarazo (40%), solo 11 de estas tienen registros de haberlo realizado (33%), y el 27% restante no cuenta con esta información.

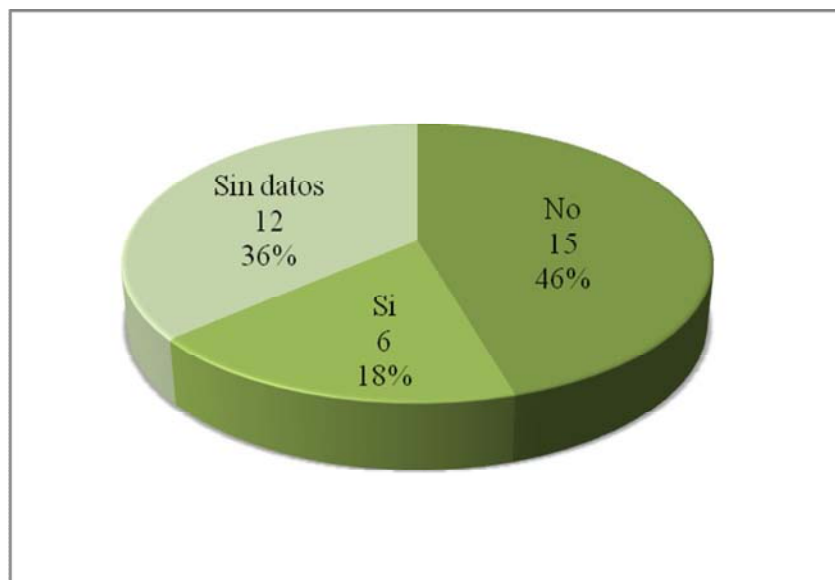
Gráfico N° 11 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Adicciones durante el Embarazo.



Un 52% de las madres (17) no presentaron algún tipo de adicción durante el embarazo, ya sea tabaquismo, alcohol y/o drogas. No obstante, el 9% que afirma haber tenido esta conducta, señalan el tabaquismo.

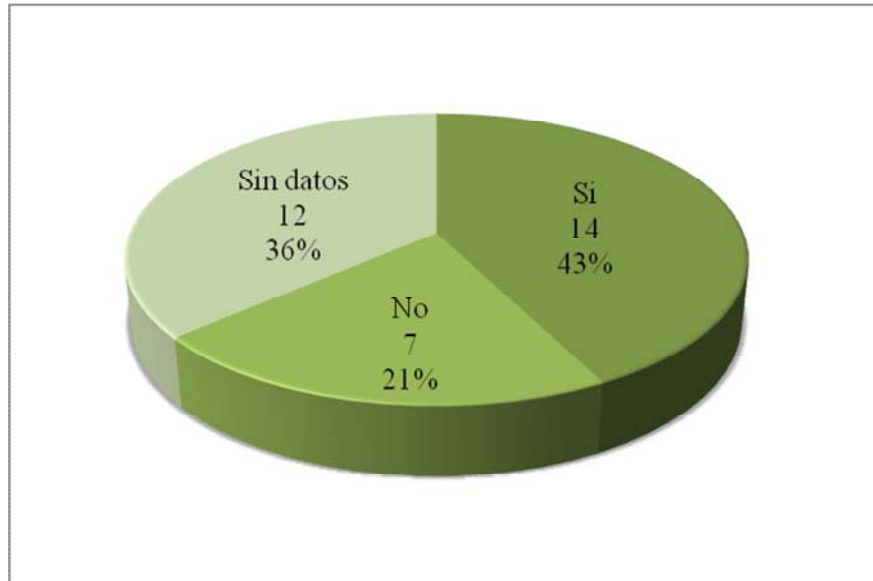
Se destaca que 13 madres (39%) no posee registro de esta información en sus fichas clínicas y/o base de datos Rayen.

Gráfico N° 12 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Adicciones actuales.



En el momento de auditar los datos, 6 madres (18%) presentan adicción al tabaco y 15 (46%) no registran antecedentes de esta conducta. Sin embargo, es importante poner énfasis en el gran porcentaje de inexistencia de esta información (36%).

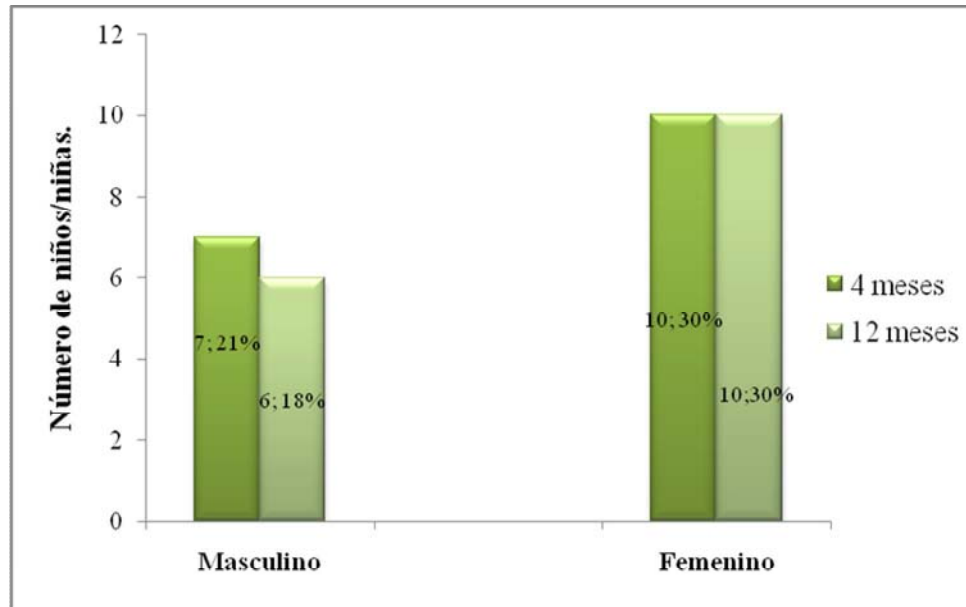
Gráfico N° 13 Distribución Numérica y Porcentual de las Madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Apoyo Conyugal y/o familiar recibido durante el embarazo.



El gráfico muestra que, 14 madres contaron con el apoyo conyugal y/o familiar durante su embarazo (43%). El 21% (7 madres) no posee algún tipo de apoyo. Se destaca que 12 madres (36%) no registran esta variable en sus fichas clínicas y/o base de datos Rayen.

II. PERFIL DEL LACTANTE.

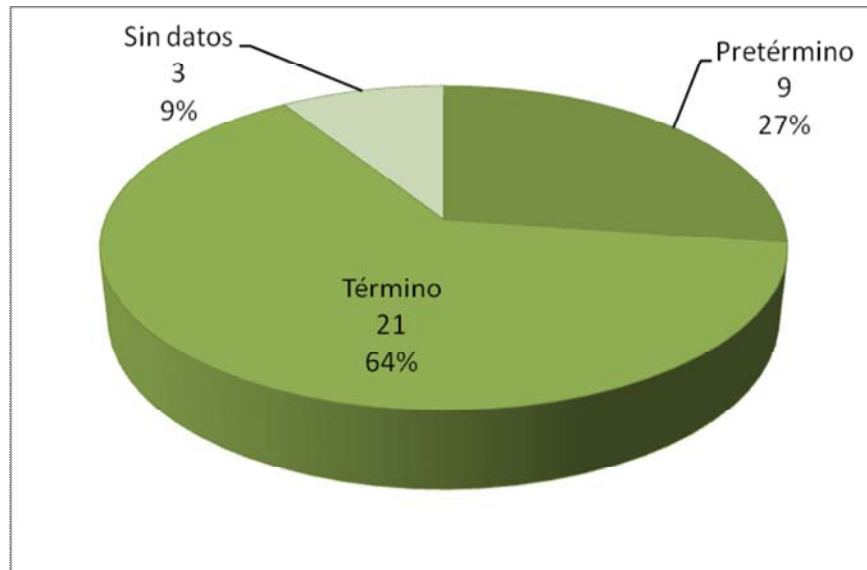
Gráfico N° 14 Distribución Numérica de los niños y niñas pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Edad y Sexo.



El 51 % corresponde a lactantes menores, de 4 meses (17), y el 48 % a 12 meses de edad. De ellos el 39% son de sexo masculino y el 61% sexo femenino. Existe una igualdad entre niñas de 4 y 12 meses de edad con un 30% (10 respectivamente). En relación al sexo masculino 7 de ellos son de 4 meses (21%) y 6 niños de 12 meses (18%).

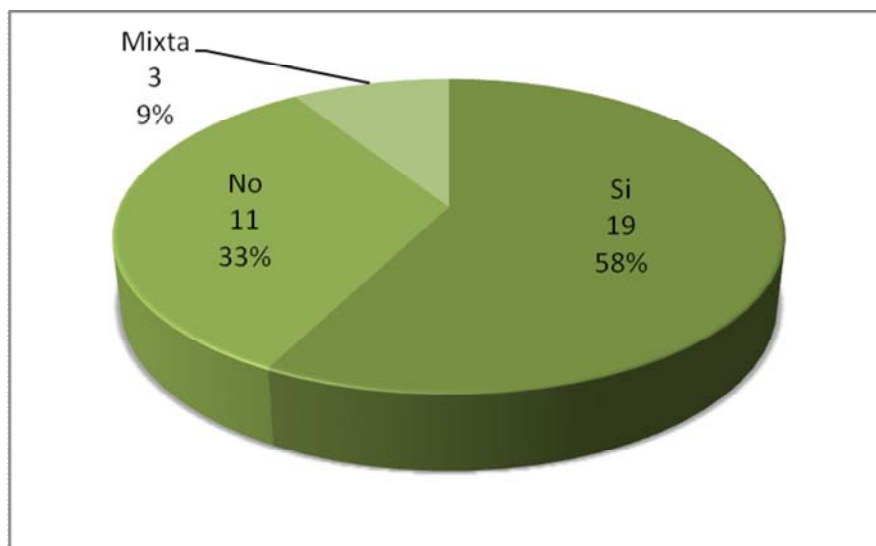
La edad de los lactantes al momento de la aplicación de la Escala Massie Campbell, corresponde a 4 y 12 meses. Sin embargo no tienen relación con el periodo de recolección de datos.

Gráfico N°15 Distribución Numérica y Porcentual de los niños y niñas pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Edad Gestacional.



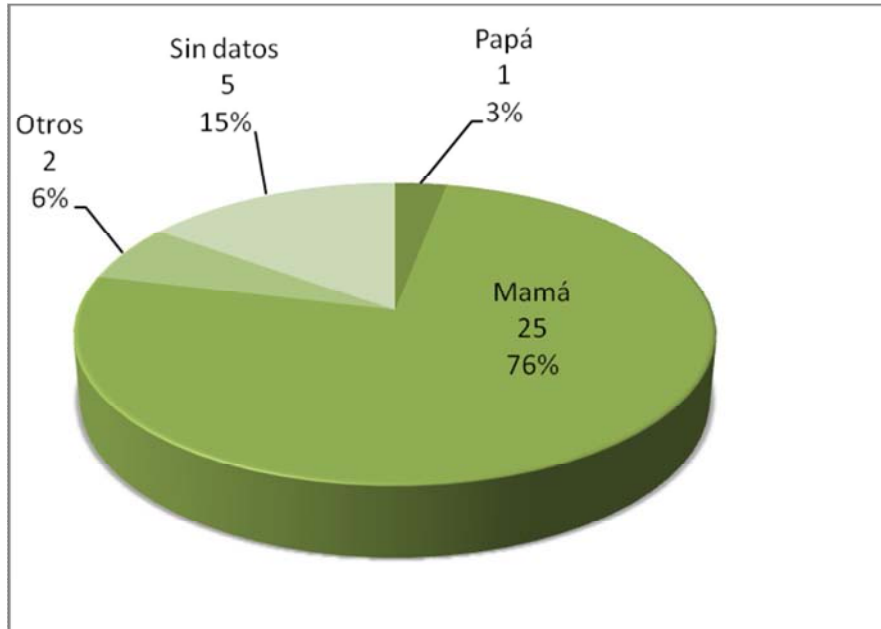
La mayoría de los lactantes son de término (64%), seguido por 9 lactantes de pre-término (27%), y solo 3 niños/niñas no cuentan con este registro (9%). Sin duda consideramos que la presencia de esta información es de gran importancia, ya sea en las fichas clínicas como en la base de datos Rayen, pues se relaciona directamente en la formación del vínculo entre la madre y el infante.

Gráfico N° 16 Distribución Numérica y Porcentual de los niños y niñas pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Lactancia Materna.



La alimentación oportuna del niño como factor fundamental en la creación del vínculo madre hijo en este estudio se plantea en tres formas fundamentales, lactancia materna exclusiva con un 58% (19 niños/niñas), lactancia materna y leche artificial con un 9% (3 niños/niñas) y aquellos sin lactancia materna exclusiva 33% (11 niños/niñas).

Gráfico N°17 Distribución Numérica y Porcentual de los niños y niñas pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según Cuidador.

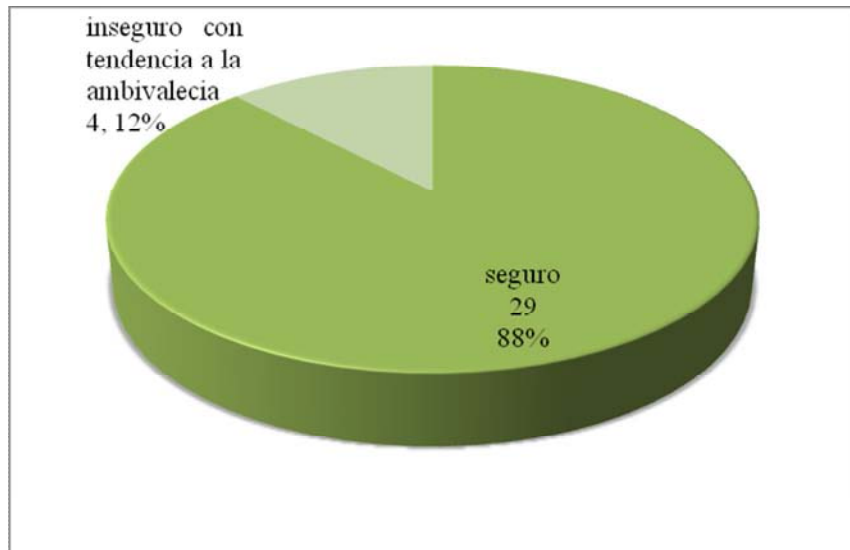


El cuidado de los niños y niñas es una pieza fundamental en el crecimiento de éstos, ya que el cubrir necesidades oportunas de los lactantes como, contacto piel a piel, afecto, entre otras, son esenciales en la creación del vínculo de apego. En este estudio “el cuidador” se describe de 3 maneras; las madres a cargo permanente de sus hijos (25) con 76%, seguido por el cuidado por parte del padre con un 3% (1) y un 6% (2) por otras personas, considerando que este ítem está compuesto por abuelos maternos y/o paternos.

III. TIPOS DE APEGO.

Lactantes : El 100% de los lactantes menores obtuvo un apego seguro en la aplicación de la Escala Massie Campbell.

Gráfico N°18 Distribución Numérica y Porcentual de madres pertenecientes al Centro de Salud Familiar Rural Niebla, según el tipo de apego resultante en la aplicación de la Escala Massie Campbell.



Este gráfico nos señala que el 88% de las madres obtuvo apego seguro, y un 12% obtuvo apego inseguro con tendencia a la ambivalencia. Destacándose que los puntajes en la aplicación de la Escala Massie Campbell entre 21-28 puntos corresponden a un apego seguro, entre 29-35 puntos apego inseguro con tendencia a la ambivalencia. Ahora bien no se presentaron puntajes menores de 21 puntos, con apego inseguro evitante.

IV. RELACION MADRE-HIJO/HIJA.

Tabla N°1 Clasificación de las Madres según Edad, en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell.

EDAD (años)	TIPOS DE APEGO				
	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia		Total
	N°	%	N°	%	N
<16					
17-20	9	27			9
21-24	4	12			4
25-29	5	15	1	3	6
30-34	3	9	2	6	5
35-39	2	6			2
>39	6	18	1	3	7
Total	29		4		33

Se puede observar que 9 madres entre el rango de edad de 17-20 años (27%), obtuvo un apego seguro según la clasificación del puntaje obtenido en la aplicación de la Escala Massie Campbell en el Control de Salud Infantil, seguido de 6 madres mayores de 39 años (18%). Ahora bien dos madres entre los rangos 30-34 años (6%) obtuvieron un apego inseguro con tendencia a la ambivalencia.

Tabla N° 2 Clasificación de las Madres, en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell, según Ocupación.

OCUPACIÓN	TIPOS DE APEGO				Total
	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia		
	N°	%	N°	%	
Dueña de casa	20	61	2	6	22
Cesante	1	3	0	0	1
Otros	8	24	1	3	9
Sin datos	0	0	1	3	1
Total	29		4		33

El 61% de las madres son dueñas de casa y presentan apego seguro según el puntaje obtenido en la aplicación de la Escala Massie Campbell. Asimismo 2 madres (6%), que tienen como ocupación dueñas de casa, presentan apego Inseguro con tendencia a la ambivalencia.

Tabla N° 3 Clasificación de las Madres en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell, según Escolaridad.

ESCOLARIDAD	TIPOS DE APEGO				Total
	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia		
	N°	%	N°	%	
Básica Incompleta.	6	18	1	3	7
Básica Completa.	2	6	0	0	2
Media Incompleta.	3	9	0	0	3
Media Completa.	12	36	0	0	12
Técnica Incompleta.	0	0	0	0	0
Técnica Completa.	0	0	0	0	0
Superior Incompleta.	0	0	0	0	0
Superior Completa.	2	6	1	3	3
Sin Instrucción.	0	0	0	0	0
Sin Datos.	4	12	2	6	6
Total	29		4		33

Se puede observar que 12 madres (36%) que obtuvieron puntajes de apego seguro en la aplicación de la Escala Massie Campbell tienen una escolaridad Enseñanza Media Completa, igualmente 6 madres (18%) con escolaridad Enseñanza Básica Incompleta con apego seguro.

Tabla N°4 Clasificación de las Madres en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell, según Cantidad de Hijos.

HIJOS DE LA MADRE (N°)	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia		Total
	N°	%	N°	%	
1	12	36	1	3	13
2	7	21	2	6	9
3 o más	9	27	0	0	9
Sin Datos	1	3	1	3	2
Total	29		4		33

La tabla N° 3 nos muestra que, 12 madres (36%) tienen un hijo y obtuvieron un apego seguro en la aplicación de la Escala Massie Campbell, seguido por 9 madres (27%) con 3 o más hijos. Se debe mencionar además que 2 madres (6%) con 2 hijos, obtuvieron puntajes de apego Inseguro con tendencia a la ambivalencia.

Tabla N°5 Clasificación de las Madres en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell, según Planificación del Embarazo.

PLANIFICACIÓN	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia.		Total
	N°	%	N°	%	
Planificado	8	24	3	9	11
No planificado	13	39	0		13
Sin Datos	8	24	1	3	9
Total	29		4		33

El 39% de las madres (13) no planificaron su embarazo, sin embargo obtuvieron puntajes que las clasificaron en un tipo de apego hacia sus hijos de Seguro. No obstante 3 madres (9%) planificaron su embarazo pero alcanzaron puntajes que las catalogan en Inseguro Ambivalente.

Tabla N° 6 Clasificación de las Madres, en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell, según la Edad de sus hijos/as.

EDAD LACTANTE	TIPOS DE APEGO				Total
	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia		
	N°	%	N°	%	
4 meses	16	48	1	3	17
12 meses	13	40	3	9	16
Sin Datos	0	0	0	0	0
Total	29		4		33

El 48% de los lactantes de ambos sexos (16) presentan 4 meses, el 40% (13) tienen 12 meses, y sus respectivas madres se encuentran dentro del rango de apego seguro. Es importante destacar que el 9% de los niños y niñas que tienen 12 meses, sus madres se encuentran dentro de los rangos de apego inseguro con tendencia a la ambivalencia según la aplicación de la escala Massie Campbell.

Tabla N°7 Clasificación de las Madres, en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell, según la Edad Gestacional sus hijos/hijas.

EDAD GESTACIONAL	TIPOS DE APEGO				Total
	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia.		
	N°	%	N°	%	
Pre-Término.	7	21	2	6	9
Término.	19	58	2	6	21
Sin Datos.	3	9	0	0	3
Total	29		4		33

El 58% de los niños que sus madres presentan apego seguro en la aplicación de la Escala Massie Campbell, son de término (19) y el 21% (7) son de pre-término. Del 12% (4) de los niños que sus madres se encuentran dentro de los rangos de apego

inseguro con tendencias a la ambivalencia, dos de ellos son de término, y dos de pre-término (6% cada uno).

Tabla N°8 Clasificación de las Madres, en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell, según Apoyo Conyugal y/o Familiar.

APOYO CONYUGAL	TIPOS DE APEGO				
	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia		Total
	N°	%	N°	%	
Si.	12	37	2	6	14
No.	7	21	0	0	7
Sin Datos.	10	30	2	6	12
Total	29		4		33

El 37% de las madres que contaron con apoyo conyugal y/o familiar durante su embarazo, presentaron según la aplicación de la Escala Massie Campbell un apego seguro, seguido por 7 madres (21%) que no contaron con apoyo durante el embarazo y presentan el mismo tipo de apego. Ahora bien, 2 de las madres (6%) que obtuvieron puntajes de apego inseguro con tendencia a la ambivalencia tuvieron un apoyo conyugal y/o familiar durante su embarazo.

Tabla N° 9 Clasificación de las Madres en relación al Puntaje Obtenido en la Escala Massie Campbell, según Cuidador del Lactante.

CUIDADOR DEL LACTANTE	TIPOS DE APEGO				
	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia.		Total
	N°	%	N°	%	
Madre.	26	79	4	12	30
Padre.	1	3	0	0	1
Otros.	2	6	0	0	2
Total	29		4		33

El 79% (26) del total de las madres obtuvieron apego seguro en la aplicación de la Escala Massie Campbell y son las cuidadoras permanentes de sus hijos, al igual que el 12% de las madres que presentaron apego inseguro con tendencia a la ambivalencia (4 madres).

Tabla N°10 Clasificación de las Madres, en relación al puntaje obtenido en la Escala Massie Campbell, según Lactancia Materna.

LACTANCIA MATERNA	TIPOS DE APEGO				Total
	Seguro		Inseguro con tendencia a la Ambivalencia		
	N°	%	N°	%	
Si	16	49	3	9	19
No	3	9	0	0	3
Mixta	10	30	1	3	11
total	29		4		33

El 49% (16) de las madres otorgan lactancia materna exclusiva hacia sus hijos, un 30% (10 madres) alimentan con lactancia materna más fórmula. También se puede ver en el cuadro que el 9% (3 madres) que otorgan a sus hijos lactancia materna exclusiva obtuvieron puntajes dentro del rango de apego inseguro con tendencia a la ambivalencia.

DISCUSION

El desarrollo integral del niño/niña en nuestro país, se encuentra directamente relacionado, entre otros factores, con la interacción que se produce dentro de su familia, con sus pares, y el entorno en que se desenvuelve, lo que otorga un comportamiento y personalidad única.

En este sentido, la madre como miembro del grupo familiar, es un pilar fundamental para otorgar un ambiente propicio en el desarrollo óptimo de sus hijos, todo esto adherido a una sana parentalidad que les permita otorgar diferentes experiencias. (Ferrada Toledo, 2006) Por consecuencia el niño recibirá los estímulos sin interferencia de las determinantes socio-ambientales que pueda tener su entorno.

En nuestro estudio los puntajes obtenidos por las madres entre 17 y 20 años en la aplicación de la Escala Massie Campbell, el 28% obtuvo un apego seguro hacia sus hijos. También se puede mencionar que el 18%, son madres mayores de 39 años, sin embargo sus puntajes son bajos en relación a los obtenidos por las más jóvenes, lo que se contrapone con lo enunciado en el manual *Apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de niños y niñas* (2007), indicando que “Las madres y padres adolescentes tienen mayor probabilidad de no estar en condiciones de ofrecer experiencias apropiadas para el desarrollo de sus hijos” (Sotello, et al, 2007).

El número de hijos que se encuentra al cuidado de la madre es un factor importante para identificar la sobrecarga existente, y como puede afectar en la creación del vínculo. Las madres con apego inseguro con tendencia a la ambivalencia tienen 2 hijos (6%) y las que presentaron un puntaje *bajo* dentro del apego seguro tienen tres o más hijos (15%). Ante esto, la literatura nos señala que los padres con mayor carga emocional y/o física, influyen en el desarrollo óptimo del vínculo de apego, traduciéndose en una falta de atención por parte de la madre, padre y/o cuidador (Ferrada Toledo, 2006).

Entre los factores relevantes para la estimulación física, sensorial y cognitiva de los niños, otorgada por la madre durante el periodo de crecimiento y desarrollo, el cuidador primario y su escolaridad son de vital importancia. El 79% de las madres con apego seguro, son principalmente las cuidadoras, con respecto a la escolaridad el 36% del total tiene enseñanza media completa. Esto concuerda con la literatura existente afirmando que la baja escolaridad de la madre es factor principal en el desarrollo del niño (Sotello, et al, 2007).

En relación a las madres con apego inseguro con tendencia a la ambivalencia también están al cuidado permanente de sus hijos (12%) y un 3% (1) del total posee educación Superior. Ante esto, podemos deducir que lo señalado se puede deber a la gran carga laboral, ausencia de apoyo conyugal y/o familiar, y características de la personalidad de ésta, como falta de empatía, seguridad, experiencias personales, entre otros.

El apoyo conyugal y/o familiar es un factor de gran importancia tanto en el proceso de embarazo y posterior crianza, ya que la “familia tiene una función socializadora, educativa, y de nutriente”, (Ferrada Toledo, 2006) teniendo gran relevancia dentro de los primeros dos años de vida del niño/niña. Sin embargo, en nuestro estudio el 37% de las madres con apego seguro y el 6% con apego inseguro con tendencia a la ambivalencia tienen sustento de su pareja y/o familiares.

Para Barudi (2005) “el apego es un vínculo que se establece entre el niño/niña y sus progenitores a través de un proceso relacional que para la cría es un proceso sensorial durante la vida intrauterina, pero que apenas ocurrido el nacimiento rápidamente se impregna según la reacción del adulto de una afectividad que puede ser negativa y/o positiva” (citado en Ferrada Toledo, 2006) por lo tanto la planificación responsable del embarazo influye directamente en la formación del vínculo de apego. Según los resultados obtenidos el 24 % de las madres con apego seguro y el 9 % con apego inseguro con tendencia a la ambivalencia planificaron su embarazo.

Las sustancias nocivas tales como tabaco, alcohol y/o drogas durante el embarazo y posterior a éste, son importantes tanto para el desarrollo y crecimiento óptimo del niño/niña, como para la creación de lazos afectivos cohesionados dentro del binomio madre/hijo(a). (Sotello, et al, 2007) Ante esto el 9% de las madres presentó el tabaquismo como principal conducta perjudicial durante el embarazo, aumentando a un 18% el mismo hábito en el periodo puerperal. No obstante las madres dicen tener ésta conducta con poca frecuencia y cantidad.

La edad gestacional tiene relevancia dentro de la formación del vínculo afectivo entre madre e hijo/hija. En los niños de pre-término específicamente el *apego temprano* puede verse afectado, ya que este se forma en periodos más tardíos. El 27% de los niños del estudio son de pre-término, distribuyéndose en madres con apego seguro 21% y apego inseguro con tendencia a la ambivalencia 6% (2).

Las madres con apego inseguro con tendencia a la ambivalencia alimentaron a sus hijos con lactancia materna exclusiva (9%), contrarrestándose así con lo que la literatura nos menciona, la cual señala que esta práctica refuerza los vínculos afectivos del binomio madre/hijo.

CONCLUSION

En conclusión podemos señalar que la mayoría de las madres pertenecen al Sector Niebla, el 55% de estas se encuentran dentro del rango de edad catalogado como de alto riesgo obstétrico (menores de 20 años y mayores de 35 años), con escolaridad Enseñanza media completa, afiliadas al sistema previsual Fonasa (mayoritariamente A y B), son dueñas de casa que viven con sus parejas, con planificación del embarazo y con apoyo conyugal, principalmente tienen un solo hijo. La mayoría de las madres no presentaron adicciones durante el embarazo y en el periodo puerperal.

En relación al perfil del lactante menor, podemos decir que en su totalidad son niños sanos, mayoritariamente de sexo femenino, con edad gestacional de término, que recibieron lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, y su principal cuidador es la madre.

La aplicación de la Escala Massie Campbell, arrojó los siguientes resultados: El 100% de los lactantes menores de este estudio presentan apego seguro. En relación a los puntajes obtenidos por las madres, el 88% obtuvo apego seguro, 12% obtuvo apego inseguro con tendencia a la ambivalencia.

❖ Labor de Enfermería.

El tema central de nuestra investigación, es de gran importancia para el futuro de los niños y niñas de nuestro país, ya que el fomento de un apego seguro, permite crear individuos empáticos, con control de sus impulsos y así formar personas más sensibles ante las diferentes experiencias que se pueden presentar a lo largo de la vida. Sin olvidar que la formación de un buen vínculo afectivo, será proyectada en el tiempo, una vez que nuestros hijos estén en el papel de padres. Por lo tanto, es una cadena hereditaria, la cual hay que nutrirla a través de las generaciones, para que no se vea afectada por las experiencias e interacciones en su entorno familiar y/o social.

Ante esto, como futuros profesionales de enfermería, consideramos que frente a la problemática nacional de embarazos adolescentes, a pesar de su disminución, se debe mantener y reforzar las consejerías y talleres educativos con respecto a la prevención del embarazo precoz con una adecuada planificación familiar en conjunto con el equipo multidisciplinario.

Es importante incluir a los padres, de manera individual y como integrantes del grupo familiar, ya que no toda la responsabilidad de la formación del vínculo de apego debe recaer en las madres, pues el padre cumple una labor de igual importancia desde la gestación, siendo trascendental en la formación de la personalidad del hijo.

Por lo mismo nuestra labor es fomentar la integración activa al parto, educar en cuidados básicos posteriores, estimulación y satisfacción oportuna de las necesidades del niño, mediante talleres, consejerías y visitas domiciliarias que el profesional de enfermería puede diseñar para crear un ambiente de responsabilidad, y lograr así una pesquisa oportuna de algún problema que se pudiera generar a raíz de este nuevo proceso familiar.

Para lograr de manera eficaz nuestra labor, se debe enfatizar en la calidad de los registros, los cuales deben mantenerse legibles, ordenados, completos y acordes a la realidad del usuario, permitiendo así al equipo de salud poder tener una mirada global con enfoque familiar y social.

El trabajo oportuno y eficiente relacionado con la promoción y prevención en salud realizado por el Centro de Salud Familiar Rural Niebla en este estudio, se refleja en los resultados obtenidos en esta investigación con respecto a los tipos de apego presentes en el binomio madre-hijo.

Finalmente, desde la realidad chilena el vínculo afectivo es un tema poco estudiado durante el crecimiento y desarrollo del niño, más aun desde el punto de vista materno, por lo tanto la aplicación actual de la Escala Massie Campbell de observación de indicadores de apego Madre-Bebe en situaciones de Stress (ADS) en el control de Salud Infantil nos da la oportunidad como profesionales de Enfermería, de conocer la realidad de los niños y niñas de nuestro país otorgándose así la apertura al campo de la investigación como principal herramienta para la intervención oportuna a nivel individual, familiar y social de nuestra comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguilera, D. X., González, P. C., Guerrero, E. A., Bedregal García, D. P., Milosavljevic, v., Rivero, D. M., y otros. (octubre de 2002). *Ministerio de Salud de Chile, Gobierno de Chile*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2008, de Objetivos Sanitarios para la Década 2000- 2010: http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/temas_salud.html

Almante V., C., Montt S., M. E., & Correa, A. (2003). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Mediterráneo.

Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Paidós.

Craig, G. J., & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall.

Departamento Ciclo Vital, D. P. (2008). Recuperado el 15 de Septiembre de 2008, de Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>

Feldman, R. S. (2002). *Psicología, con aplicaciones en países de habla Hispana*. Mc Graw Hill.

Ferrada Toledo, P. M. (2006). *El apego: Una mirada transgeneracional*. Valdivia: Uach.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Bapstista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.

Lecannelier Acevedo, F. (2007). *Unidad de Intervención Temprana de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2008, de Manual de Administración, Codificación y Guías de Conductas Problemáticas en el apego: <http://idemsalud.com/documentos/adjunto-0-12122007071438MANUAL%20MASSIE-CAMPBELL-2007%5B1%5D.pdf>

- Lecannelier, F., Hoffmann, M., Golstein, N., & Pollak, D. (s.f). *Dificultades en el apego temprano: Teoría, evaluación e Intervención*. Santiago, Chile.
- Marriner, T., D, P., R.N, & F.A.A.N. (1994). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Mosby-Doyma libros.
- Merino, T. (2007). *Pontificia Universidad Católica*. Recuperado el 25 de septiembre de 2008, de estudios Descriptivos: Tipología: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epiDesc4.htm>
- Ministerio de Salud, (Enero de 2008)., *Apego Temprano*. Recuperado el 13 de Marzo de 2009: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ninonina/ApegoTempranoJornada2.pdf>
- Ministerio de Salud, g. d. (Abril de 2007). *Sistema de Proteccion Integral a la Infancia*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2008, de Chile Crece Contigo: <http://www.crececontigo.cl/adultos/pagina.php?id=2>
- Papalia, D. E., Wendkos O, S., & Duskin F, R. (2005). *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. Mc Graw Hill.
- Pinto Laso, F. (2004). Apego. En N. A. Vargas Catalán, *El Cuidado de Niños y Jóvenes en el Siglo XXI, Puericultura* (págs. 59-64). Universitaria.
- Ramos Pontes, F. A., Souza da Costa Silva, S., Garotti, M., & Colino, C. M. (2007). *Teoria do apego: elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana*. Recuperado el 25 de septiembre de 2008, de Scientific electronic Library Online: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000200007&lng=pt&nrm=iso
- Rosas, C., & Seguel Palma, F. A. (2008). *Contribuyendo para y con la Comunidad del Centro Salud Familiar Rural Niebla*. Valdivia: Uach.
- Sotello, D. J., Kotliarenco, P. M., Lecannelier, P. F., & al, e. (2007). *"Apoyo y seguimiento del Desarrollo Psicosocial de Niños y Niñas"*. Atenas Ltda.
- Vargas Catalán, N. A. (2004). *El Cuidado de Niños y Jóvenes en el Siglo XXI, Puericultura*. Universitaria.

ANEXO

I.- Escala Massie Campbell de indicadores de apego Madre-Bebé en situaciones de stress (ADS).

Escala de Massie Campbell para Ser Usado Durante el Examen Pediátrico y otras Situaciones Estresantes en el Cuidado del Niño.						
Conducta del niño durante el evento estresante.						
Conducta a observar	1	2	3	4	5	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira a la cara de la madre.	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre.	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo.	Comp. No Obs.
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.	Ídem.
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 está cerca siempre toca a la madre.	Ídem.
(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.	Ídem.
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro.	Ocasionalmente la empuja. Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Ídem.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional, en general sonríe.	Siempre sonriente.	Ídem.
PROXIMIDAD O CERCANÍA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada	Ídem.

Respuesta de la madre frente al estrés del niño						
Conducta a observar	1	2	3	4	5	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño.	Rara vez mira al niño a la cara. Mirada evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos.	Comp. Bs.
VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	Ídem.
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.	Ídem.
(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.	Ídem.
SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado, empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Ídem.
AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada, intermitente y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional, en general sonrío.	Siempre sonriente.	Ídem.
PROXIMIDAD O CERCANÍA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño	Siempre en contacto físico con el niño.	Ídem