



**UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO**  
**FACULTAD DE REHABILITACIÓN**  
**ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

“Explorar si las estrategias de apego realizadas con dos madres de hijos prematuros en el Hospital San José en el año 2014, generan igual impacto en el vínculo afectivo de la diada”

Tesis para optar al Grado Académico de Magíster de Terapia Ocupacional Mención  
Salud Física

Autor:

Andrea Macarena Montini

Verónica Natalia Novoa Venegas

Profesor Guía: Andrea Mira

Metodólogo: Rodrigo Azócar

Santiago de Chile, 2015

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Páginas preliminares	
1.1 Dedicatoria.....	3
1.2 Agradecimientos.....	4
1.3 Resumen.....	6
2. Texto de la obra	
2.1 Introducción.....	7
2.2 Cuerpo de la tesis	
2.2.1 Antecedentes.....	11
2.2.2 Problematización.....	20
2.2.3 Pregunta de investigación.....	24
2.2.4 Limitaciones.....	25
2.2.5 Objetivos.....	29
2.2.6 Justificación.....	30
2.2.7 Importancia.....	33
2.2.8 Marco teórico.....	37
2.2.9 Marco metodológico.....	55
3. Análisis de la investigación	
3.1 Resultados de la investigación .....	61
3.2 Análisis descriptivo de la investigación.....	62
3.2.1 Primera narrativa de vida.....	62
3.2.2 Segunda narrativa de vida.....	73
3.3 Análisis interpretativo de semejanzas y diferencia entre ambas narrativas..	83
3.4 Análisis interpretativo global.....	88
4. Conclusión de la investigación.....	95
5. Bibliografía.....	101
6. Anexo.....	112

## **DEDICATORIA**

Dedicamos esta tesis en primera instancia a nuestros padres que depositaron en nosotras toda su confianza a lo largo del magister confiando ciegamente que lograríamos llegar a este puerto. Que nos apoyaron en los momentos que estuvimos a punto de bajar los brazos y nos entregaron sus palabras de aliento en los instantes complicados. Se la dedicamos por que constantemente vibran con nuestros pequeños y grandes logros, sin duda son parte fundamental de ellos.

En segunda instancia dedicamos esta tesis al Centro de Rehabilitación con base Comunitaria de la Comuna de Colina por facilitar su recinto para realizar las entrevistas. Jamás pusieron barreras y siempre se mostraron interesados por el proceso. Gracias por entender que estas instancias de educación y capacitación son primordiales en nuestras carreras.

En tercer lugar, pero no menos importantes dedicamos todos nuestros esfuerzos y horas intensas de trabajo a aquellas dos madres que abrieron sus historias de vida, llenas de momentos fuertes y también grandes alegrías.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a todas las personas que nos apoyaron día a día en este largo proceso de tesis, aquellos que vivieron con nosotras las instancias de estrés y muchas veces de desesperación ante situaciones que escapaban de nuestras manos. Jamás hubiésemos llegado tan lejos si nuestras familias, amigos, colegas y profesora guía, no nos hubiesen dado ese espaldarazo que necesitamos en más de una oportunidad, gracias por su positivismo y confianza en nosotras. Su fuerza y entusiasmo nos motivó a entregar nuestro máximo esfuerzo para presentarles una tesis llena de cariño y dedicación.

De forma individual agradecemos ha;

Nuestros padres que aguantar nuestros momentos de estrés y preocupación al ver que se acercaba el proceso de entrega. Gracias por tener el amor y paciencia para ayudarnos en momentos difíciles y por celebrar cada logro a pesar que fuese el más pequeño.

Gracias a nuestra profesora guía Andrea Mira, la cual logro en múltiples oportunidades orientarnos en el proceso y bajar la ansiedad ante las dificultades. Jamás dudo en apoyarnos y asesorarnos cada vez que lo solicitábamos. Lejos es un gran modelo a seguir como Terapeuta Ocupacional y como persona.

Muchas gracias a nuestro metodólogo Rodrigo Azócar, el cual fue un ente primordial en el proceso, nos entregó tranquilidad y un sólido pilar de conocimientos. Infinitas gracias por entregarnos tanto en tan poco tiempo.

Muchas gracias al Centro de Rehabilitación con Base comunitaria por el apoyo entregado a lo largo del proceso.

Agradecemos a nuestros amigos, parejas y compañeros de trabajos, que soportaron horas de conversaciones en torno a nuestra tesis y nos apoyaron cuando estábamos desalentadas.

Damos gracias a los años de amistad que nos unen los cuales nos ayudaron a sortear en conjunto todas las dificultades que iban aconteciendo a través del proceso. Antes de compañeras de tesis siempre predominó el gran cariño que nos tenemos.

Sobre todo, agradecemos a las dos madres que nos abrieron sus historias de vida, depositando su confianza y entregándonos su gran apoyo para continuar este proceso. Gracias por mostrarnos que existen múltiples realidades y mujeres tan fuertes que logran superar grandes dificultades.

## **RESUMEN**

La neonatología comenzó a tomar énfasis en el plano de la salud a principios del siglo XIX, centrados principalmente en las patologías referidas a los neonatos y a los niños/as. A lo largo de los años se han logrado grandes avances en relación a la sobrevivencia en las unidades de neonatología, ya que, múltiples esfuerzos han sido dedicados para potenciar dicho objetivo. Actualmente, esta área se encuentra regida por el modelo biomédico, sin embargo, lentamente el enfoque biopsicosocial ha comenzado a establecerse. Dicho enfoque se compone por la trilogía de lo biológico, psicológico y social, ante ello se ha comenzado a implementar procedimientos en pro del bienestar del neonato, siendo una de las más importantes las estrategias de apego. Según la literatura estas contribuyen a la vinculación afectiva y a favorecer el vínculo de apego.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la neonatología han existido avances científicos como tecnológicos, destinados a la sobrevivencia de los usuarios. El equipo médico de salud (médico pediatra, matrona y enfermeras) son los cabecillas dentro de las salas de neonatología. Sin embargo, ante nuevos estudios han comenzado a incorporarse nuevas temáticas y procedimientos en el abordaje de los neonatos de pre - término ante la capacitación de los profesionales mencionados y la incorporación de nuevos especialistas, que han generado un abordaje integral de la salud de dichos usuarios. Así generando una visión global del recién nacido, tomando en cuenta todos los ámbitos de la salud, con el fin de favorecer su bienestar biológico, psicológico y emocional, en conjunto a la sobrevivencia del niño.

Cuando el neonato nace de pre - término se observan condiciones de salud desfavorables generalmente se pesquisan problemas renales, nutricionales, metabólicos, cardiovasculares, respiratorios, neurológicos, hematológicos, ictericia, infecciones, endocrinos, quirúrgicos, oftalmológicos, misceláneos, entre otros, producto de la interrupción del desarrollo en el vientre uterino, por ende, presentara inmadurez anatómica y funcional, restringiendo sus capacidades para adaptarse al medio. (Ministerio de Salud, 2005).

Por otro lado, los neonatos al estar inmersos en un contexto de cuidados médicos de alta complejidad, en las unidades de neonatología, existen condiciones ambientales que no les generan una estimulación extrauterina adecuada, siendo dichas condiciones agobiantes y difíciles de manejar para el neonato. Es por eso, que los niños prematuros

están más expuestos a condiciones de vulnerabilidad y a la vez les cuesta lidiar con estímulos ambientales como a la fuerza de gravedad que afecta a la alineación y posicionamiento del neonato, sonidos de gran magnitud, dolor, la luz que es proporcionada a cortas distancias y gran intensidad y las diversas manipulaciones que se realizan en los procedimientos por el equipo médico. (Ibarra y Llanos, 2014).

Al conocer la temática en cuestión, desde un punto de vista holística nos ayudara a mirar y analizar el sistema y sus propiedades como un todo, por ende, el tratamiento que recibe el niño debe tener presente el entorno y los diferentes aspectos que componen y determinan a la persona. Es por eso, que se deben entregar las medidas necesarias y pertinentes para generar un dominio en el ambiente, generando hincapié tanto en el entorno como en los conocimientos de los profesionales involucrados en este quehacer.

Además, es primordial destacar que dentro de todos los procedimientos invasivos que le realizan tanto a la madre como a su hijo, es importante que los profesionales puedan entregar información pertinente a sus familiares, para que, estos se sientan parte de dicho proceso y contexto. A su vez, no se debe dejar de lado las relaciones interpersonales entre las progenitoras y sus hijos nacido de pre - término, ya que, para estas el impacto que existe en la interrupción del desarrollo de los neonatos en el vientre uterino y por consiguiente el desarrollo de estos en incubadoras con el fin de resguardar la supervivencia a través de máquinas y procedimientos médicos invasivos, generara un quiebre emocional importante, puesto que, los procesos biológicos posterior al parto se encuentran interrumpidos. (Galleguillos y Gutiérrez, 2011).

Por lo tanto, de manera progresiva se ha potenciado dentro de los distintos abordajes, nuevas acciones basadas desde la teoría del apego desarrolladas por John Bowlby. Dicha teoría busca un desarrollo adecuado tanto a corto como a largo plazo, accediendo a una estabilidad física y emocional tanto para el bebé prematuro como para su madre, rescatando la labor de la progenitora como agente primordial y activo dentro del



proceso. El lazo que se crea entre ambos es fundamental, ya que será determinante para su desarrollo. (Bowlby, 1969).

Es así como diversos autores han rescatado de creador de la teoría del apego varias definiciones, una de ellas es:

*“El apego es un sistema interno autogenerado e instintivo para la sobrevivencia humana, organizadas en torno a una figura vincular específica, que cumple el rol de entregar satisfacción y refugio por medio de la cercanía. Desde la psicobiología es un sistema comportamental que organiza conductas ante las necesidades del menor.”* (Moneta, 2003, p. 2 -3).

John Bowlby, médico psiquiatra inglés nacido en el año 1907 considerado el creador de la teoría del apego, señala que es un sistema de control dirigido al objetivo, motivado por la necesidad del niño sentir seguridad. (Bowlby, 1983).

La relación existente entre madre e hijo corresponde o se hace referencia a una diada entre ambos cuando dicha relación se genera, se puede observar una conexión emocional intensa. Esta relación afectiva va a provocar el apego entre ambos, es así como se inicia la creación del vínculo afectivo, donde el bebé por una necesidad innata va a requerir protección y seguridad para favorecer su óptimo desarrollo durante todo su ciclo vital.

Ante lo descrito con anterioridad, el proyecto de investigación buscara conocer el impacto de las estrategias de apego en el vínculo afectivo de la diada madre e hijo prematuro.

Desde la intervención de Terapia Ocupacional, es de gran relevancia conocer la efectividad de las estrategias de apego realizados en la neonatología, ya que, al ser la

Terapia Ocupacional una disciplina holística, nos permitirá mirar al neonato de manera integral, tomando en cuenta los factores de riesgo, patologías de base, entre otros. Sumado a ello, los terapeutas pueden enfocar su trabajo a la prevención y promoción previo a los nacimientos de niños prematuros. Todo ello abre un gran escenario de acción favoreciendo al vínculo existente entre madre e hijo.

Como ya mencionamos anteriormente, al ser las investigadoras del área de la salud con una mirada integral, nos ha permitido desarrollar y trabajar estas características de manera beneficiosa viéndose reflejado al momento de realizar evaluaciones y tratamiento de rehabilitación de manera integral, abarcando diferentes áreas y puntos de vista que serán relevantes desde la Terapia Ocupacional, es por ello, que le damos importancia a la relación entre madre- hijo, siendo el eje fundamental la madre como cuidadora activa dentro de dichos procesos. Conocer y tomar en cuenta la percepción de las progenitoras será una guía para los Terapeutas Ocupaciones al momento de la intervención global del bebé.

Como Terapeutas Ocupacionales aportaremos conocimientos, que cada día serían avalados y reconocidos por los otros profesionales que trabajan dentro de la neonatología, con el fin de potenciar un desarrollo adecuado del neonato, generando promoción a un desarrollo que sea funcional, para que logre responder de manera adaptativa a las demandas del medio. (Mira y Bastias, 2006).

Desde el punto de vista metodológico, se utilizará un enfoque Cualitativo y de acuerdo a ello la investigación será de tipo interpretativo, considerando que el contexto en el cual se desarrollara la investigación, se basara en las opiniones de las madres que han realizado procedimientos de apego en centros de salud de la zona norte de Santiago, Chile.

## ANTECEDENTES

Desde los inicios de la medicina el énfasis entregado al grupo etario de los adultos y adultos mayores ha sido notablemente mayor al otorgado al área pediátrica. Puesto que, estos últimos eran venerados, al contrario de los niños. Es por ello, que los estudios y escritos dedicados a la salud infantil, comienzan a forjarse en el siglo XVIII, los cuales están dedicados básicamente a investigaciones desde lo patológico. Los principales autores son; Calder en 1733 con la primera atresia duodenal, Roederer en 1753, el cual publica primera curva entre peso / talla y Chaussier en 1780 el cual describe la primera utilización de oxígeno suplementario en niños. (Matinez, 2008).

Los inicios de los estudios de la neonatología comienzan en el año 1625, en el convento Port Royal, ubicado a pocos pasos del jardín de Luxemburgo situado en Paris. En el año 1818 fue remodelado y reutilizado como maternidad. Orientada a atender a las madres en el proceso pre, peri y post natal. Dicha maternidad logro reducir el número de mortalidad neonatal. Los primeros centros dedicados a la especialidad infantil se crean a principios del año XIX, específicamente en el año 1802 en París “L’Hopital des Enfants Malades”, cincuenta años después se inaugura en Londres, “Great Osmond Street Hospital”. Luego de ellos, se fundan los primeros centros pediátricos en los Estados Unidos, el “New York Nursing and Child Hospital” y el “Children’s Hospital of Philadelphia”, es en todos ellos donde se trabajó en relación a la medicina descriptiva y en los avances tecnológicos que permitirán la sobre vida de los menores. (Matinez, 2008).

En la literatura se ha descrito que los padres de la neonatología radican en la escuela francesa, siendo uno de sus principales precursores el profesor Stephane Tarnier y su

discípulo Pierre Budín, estos comenzaron abrir caminos en relación a los estudios de las incubadoras, a las bases alimenticias, a la utilización de oxígeno, a los problemas ocurridos al haber nacido prematuros , a la mortalidad de los recién nacidos, a las temperaturas bajas al nacer y a diferenciación de los bebés según talla. (Matinez, 2008).

En el siglo XX la neonatología presentó grandes avances, lo que generó una nueva aurora de información y adelantos, que permitió modernizar los diagnósticos y tratamientos, así favoreció la sobrevivencia y disminuyó la edad gestacional considerada límite de la viabilidad. (Morales y Bancalari, 2010).

En la actualidad se ha generado gran énfasis en la salud integral de los lactantes, donde se insta un interés en los bebés de pre - término, puesto que, se encuentran propensos a factores internos y externos que pueden afectar su desarrollo.

La neonatología moderna se comienza a instaurar con nuevos avances en tecnología y estudios, tales como; definir que los bebés que pesan menos de 2500 gramos son prematuros o incubadoras termo reguladas entre otros, todos ellos permiten la sobrevida de miles de neonatos y una nueva perspectiva de los cuidados necesarios para los prematuros (Martínez, 2008). Sin olvidar, la importancia entregada a la salud emocional de los bebés y sus padres, tales como la prevención, cuidados a la familia y la vinculación entre progenitores e hijos. (Vásquez y Callado, 2006).

Actualmente,

*“La Organización Mundial de la Salud define como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas, lo que corresponde al 1% de los recién nacidos vivos. Dentro de este grupo, aquellos niños nacidos con 1500 grs de peso o menos corresponden al grupo que amerita las mayores*

*atenciones, por constituir el grupo en riesgo de presentar discapacidad en etapas posteriores de su vida.” (Avilés, Madariaga y Fuentes, 2004, p. 2).*

*“A nivel mundial la OMS registro 12.9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9.6 % de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) se concentran en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0.5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe 0.9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del norte (11.9% y 10.6% de todos los nacimientos, respectivamente) y las más bajas en Europa (6.2%). El parto prematuro es un problema perinatal importante en todo el mundo.” (Organización mundial de la salud, 2013).*

En la actualidad en Chile se considera prematuro extremo a los nacidos antes de las 32 semanas de edad gestacional o con peso nacimiento menor a 1500 gramos y los neonatos prematuros son aquellos que nacen antes de las 36 semanas y 6 días de gestación.

(MINSAL, 2008).

*En el contexto chileno, sobre el 90% de los bebés, que pesan más de 900 gramos al nacer tienen un desarrollo sin secuelas. Dos décadas atrás, un niño nacido con menos de 26 semanas de gestación era, desgraciadamente un aborto. Hoy, tiene más de 50% de posibilidades de sobrevivir, y no solo eso: una buena calidad de vida, debido a los exitosos programas de salud aplicados a lo largo del país que benefician a la embarazada como a su hijo. Chile*

*presenta un índice de prematuros menores de 36 semanas que alcanza al 8% de los nacidos vivos, detallando que los que tienen menos de 32 semanas son aproximadamente el 1% del total, casos que son más frecuentes en las poblaciones de riesgo, o sea adolescentes, mujeres que no se controlan sus embarazos, fumadoras, hipertensas, multíparas, diabéticas y otras. En la actualidad, alrededor de un 12% en los niños prematuros chilenos fallece en las unidades neonatales después de los 28 días de vida” (Avilés, Madariaga y Fuentes, 2011, p. 16).*

Hoy en día, en muchos países desarrollados se ha implementado un Programa de acción llamado NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programme), el cual según NIDCAP Federación Internacional es un modelo teórico de cuidados individualizados, con el fin de mitigar los impactos negativos de los estímulos ambiente y la larga estadía, por medio de la promoción y estimulación del desarrollo, para favorecer el bienestar del usuario. En nuestro país no se ha logrado implementar el programa de forma completa en los servicios de salud, sin embargo, algunas salas de neonatología han rescatado acciones de dicho modelo, para favorecer tanto a los progenitores como al bebé de pre – término. (Federación Internacional NIDCAP, 2012).

Actualmente, dentro de las medidas implementadas para favorecer el bienestar emocional y físico de los bebés de pre – término, se ha generado gran énfasis en los procedimientos relacionados con la vinculación materna abarcada dentro de las teorías de Apego. Por un lado, apego según Bowlby se refiere “Al comportamiento de apego es un sistema motivacional innato que busca mantener la proximidad entre el niño y sus cuidadores” (Bowlby, 1979). Por otra parte, la teoría de apego es una forma de conceptualizar, la cual hace referencia de manera importante a la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular.

*Los lazos afectivos del niño con la madre, o el adulto que hace figura de tal, significa para él un de suma importancia, ya que, lleva al principio de aceptación de sí mismo por parte de los otros, principio que se convierte en el motor de la socialización y aprendizaje anteriores. En efecto, una vez establecidos los lazos afectivos, la aprobación o desaprobación por parte de la madre y luego de los otros, moldearán las conductas y exigencias del medio social” (Thomas y Méndez, 1979, p. 26).*

Es por eso, que se habla de la existencia de una necesidad universal y primaria de los seres humanos a formar vínculos afectivos, intensos, estables y duraderos. Cuando se hace referencia a lo primario, está dado por la imperiosa necesidad de acceder a figuras significativas que satisfagan el contacto, amparo y protección. Esta necesidad no deriva de la satisfacción de necesidades primarias como la alimentación. Por lo tanto, si existe privación materna, pudiese generar fuertes trastornos en el vínculo, la calidad de la salud mental e incluso ciertas psicopatologías. (Thomas y Méndez, 1979).

Hay que tener presente, que esta tendencia prosigue a lo largo de vida adulta hasta la vejez, tomando en cuenta la proximidad entre el niño y el adulto, que servirá como un ente significativo en momentos de miedo, desamparo, ansiedad y estrés. Es así, que los vínculos de apego como las conductas de apego se basan en los modelos representacionales de los vínculos por medio de las relaciones que se han construido o internalizados desde la primera infancia. Estos lazos que persisten en el tiempo también pueden ser complementados por nuevos lazos. Sin embargo, los lazos formados en la niñez, son los que persisten como modelos operantes internos en el mundo representacional del adulto. Sin embargo, pueden cambiar, en especial cuando el adulto tiene nuevas experiencias gratificantes y seguras con nuevas figuras de apoyos o experimenta algún proceso de redefinición y resignificación de sus modelos internos. (Thomas y Méndez, 1979).

Ante lo señalado anteriormente, es de suma importancia tener claro que vínculo de apego se relaciona, de manera directa con la figura de apego que perdura a lo largo de la vida, y con la cual podemos contar a lo largo de esta. Y la conducta de apego, tiene correlación con activaciones inmediatas, aludiendo a cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance un cierto grado de proximidad con respecto a otro. (Prada, 2004).

Ante las experiencias que se han observado alrededor del mundo y los nuevos desafíos de sobrevivencia de los neonatos de pre- términos, actualmente en nuestro país se han rescatado diversas estrategias en pro al apego y los cuidados personalizados. En Santiago de Chile, en la zona norte de la región se encuentra el Hospital San José, el cual tiene como población asignada las comunas de Til Til, Colina, Lampa, Huechuraba, Recoleta, Quilicura, Conchalí e Independencia. Este se genera en el año 1974 junto la unidad de maternidad, luego en el año 1998 debido al auge en las necesidades y al aumento de nacimientos en dichos recintos, se independiza y se crea la unidad de neonatología, el cual cuenta con una amplia gama de profesionales los cuales trabajan en conjunto en pro al bienestar de las familias (Complejo hospitalario San José). Dicho centro hospitalario presenta abordajes de índole biopsicosociales, y dentro de los procedimientos utilizados en las salas de neonatología con los neonatos de pre – termino, en relación a la vinculación materna desde el prisma de apego encontramos madre canguro, lactancia materna y masajes realizados por la madre.

Con el fin de comprender las implicancias que traen consigo los abordajes de índole biopsicosocial, las acciones realizadas en una primera instancia en escasos lugares se han replicado e informado a lo largo de muchos sectores. Es por ello que madre canguro, lactancia materna y masajes realizados por la madre, no son acciones lejanas para la población. Ante ello, es importante continuar profundizando en los conceptos.



*“El Método Madre Canguro (MMC) es una técnica de cuidado para recién nacidos de bajo peso al nacer (< 2000g) creada y desarrollada por un grupo de pediatras en el Instituto Materno Infantil en Bogotá, Colombia (ideada por E. Rey en 1978, desarrollada hasta 1994 por H. Martínez (1979-1994) y L. Navarrete (1982-1994 ad honorem). Los componentes de la intervención (contacto prolongado piel a piel, nutrición basada en leche materna y salida temprana en la posición canguro) han sido científicamente probados en estudios experimentales y de observación y han demostrado ser una alternativa efectiva y segura para llevar al recién nacido de bajo peso al nacer en las unidades de cuidado mínimo después de su estabilización. Ofrece ventajas adicionales, con respecto a la facultad de la madre y el vínculo de la familia al niño. Las modificaciones de la técnica han sido y probadas bajo diferentes circunstancias” (Avilés, Madariaga y Fuentes, 2011, p. 79).*

Entre los beneficios que presenta el método madre canguro, se logra identificar que durante la estadía en el centro hospitalario mejora la termorregulación, aceleración de la adaptación metodológica, reducción de los episodios de apnea, favorecer lactancia materna, menor riesgos de infecciones, mayor ganancia de peso, aumento de confianza de las madres en el cuidado de sus hijos, padres protagonistas del cuidado de sus hijos y reducción de la estancia hospitalaria. Previo al alta estudios señalan que se genera aumento de la frecuencia y duración de la lactancia materna, disminución de la mortalidad de año en año de edad, incremento del índice de perímetro cefálico, menos infecciones graves durante el primer año de edad, mejor coeficientes intelectual y mejor respuestas de la madre ante situaciones de estrés (Asociación española de pediatría, 2008).

Otro método utilizado en diversos centros hospitalarios de la región metropolitana incluyendo el recinto Hospitalario San José, es la lactancia materna en niños prematuros. Es relevante señalar que:

*“La leche materna prematura presenta algunas diferencias con la leche madura, ya que presenta mayor contenido de proteínas y de sodio, discrepa mayor cantidad de energía y grasas. Los lípidos son particularmente adecuados para el niño prematuro debido a la presencia y proporción de ácidos grasos esenciales y por la presencia de lipasa, estimulada por las sales biliares. Las limitaciones gastrointestinales del prematuro justifican la alimentación con leche materna: mejor vaciamiento gástrico, presencia de factores de crecimiento y péptidos hormonales que estimulan el desarrollo, maduración y motilidad del tracto intestinal. Es necesario destacar a la vez las ventajas en el sistema defensivo, desarrollo cognitivo e hipertensión arterial” (Ayela, 2009, p. 39).*

Se ha pesquisa en diversos centros hospitalarios que el amamantamiento ofrece efectos positivos en la protección contra la diarrea, infecciones respiratorias, otitis, reduce la incidencia de enteroditis necrosante, baja riesgo de infecciones gastrointestinales, otorga fuentes de proteínas más digeribles, presenta fuente de grasa que se transformara en energía, mejora rendimiento neurológico cognitivo y reduce el riesgo de padecer alergias. (Tamez y Silva, 2006).

Otro método utilizado en la neonatología son los masajes terapéuticos en prematuros utilizados para fortalecer el vínculo entre madre e hijo, posturas y movimientos intestinales. Sumado a un fortalecimiento de la salud y el sistema inmunológico.

*“La técnica consta de proveer sensaciones de contención e integración corporal a través de estimulación propioceptiva, contacto humanizante, la mirada comunicativa y otros elementos que se asemejan a la experiencia uterina, como proceso reparador postraumático. Colabora en la superación de reacciones defensivas aumentando la tolerancia en la receptividad del estímulo táctil, favoreciendo la organización psicomotriz y la regulación del tono muscular”.* (Avery y Fletcher, 1999, p.7).

Practicando el masaje infantil los padres pueden comunicar su amor, cuidado y respeto por sus hijos, aumentan el conocimiento, la confianza y la interacción con ellos. Aprenden a leer las señales no verbales que el niño utiliza para expresar sus emociones en respuesta al masaje entregado aprendiendo a calmar y confortar a su hijo a través del tacto. Aprenden también a utilizar señales auditivas y visuales para pedir permiso a su hijo antes de iniciar el masaje y de esa forma a entender y respetar la respuesta del niño. Cuando le pide permiso y se está atento a sus señales es el niño el que decide la sincronización, presión y duración del masaje. Los padres practican simplemente el arte de estar presente con su hijo. También se pueden observar en los menores otros tipos de cambios, como aumento de peso de manera significativa y la estadía en los lugares de hospitalización disminuye.

## **PROBLEMATIZACIÓN**

En el presente trabajo, nos hemos planteado como problemática investigativa, si realmente las estrategias de apego presentan igual impacto en los estilos de apego, en niños nacidos en fecha similares y ambos en el mismo recinto de salud público, llamado Hospital San José ubicado en la zona norte de la región metropolitana.

Es relevante entender que el sistema de salud actual chileno, no ha logrado de manera lineal, integral y adecuada implementar programas basados en los cuidados intensivos de los neonatos prematuros y prematuros extremos de forma simétrica en todos los sectores del país. Ejemplo de ello en la comuna de Las Condes se han implementado gran número de técnicas Del Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido (Clínica Las Condes, 2006), método de intervención conducido por profesionales especializados en neurodesarrollo, que pesquisan de forma constante al neonato durante todos los procesos vivenciados. Integrando de manera holística los signos de bienestar, abarcando y complementando tanto los procedimientos de estudios invasivos como ellos destinados al bienestar psico - emocional del neonato y sus familias. Básicamente se busca minimizar agentes estresantes para el bebé, involucrar al núcleo familiar y otorgando los mejores cuidados observando conductas claves del neonato. Los efectos a corto plazo son notables, ya que, se pesquisa mayor oxigenación, regulación de temperatura/ talla / peso, reducción en el número de pausas de apnea, mayor madurez motora y neuroconductual, y sin olvidar el fortalecimiento de lazos entre madre e hijo (Martínez, 2008).

Con objeto de entender mejor el programa es de gran relevancia generar hincapié en lo señalado por la precursora de la técnica la doctora Hiedelise Als, la cual enfatiza que los cuidados a los prematuros se deben realizar abarcando las necesidades integrales de estas, observando desde los signos más sutiles hasta el contexto en el cual se encuentra. (Coughlin, 2014).

Por medio de ello, no solo se priorizan acciones relacionadas con la sobrevivencia del neonato, generalmente ligada al predominio en el uso de herramientas tanto técnicas como prácticas relacionada a la asistencia médica del menor, asociadas al uso de incubadoras, sondas de alimentación y nutrición parenteral especial para prematuros, respiradores mecánicos, monitores para medir la frecuencia cardiaca, monitoreo de oxígeno en la sangre, ventilación mecánica convencional y de alta frecuencia, óxido nítrico inhalatorio como mensajero químico vasodilatador, acceso vasculares invasivos, corticoides prenatales y surfactantes exógenos para la facilitación de la distensión pulmonar y el intercambio de gases entre otros. Si no que también es relevante entregarle énfasis al contacto entre madre e hijo prematuro.

Es por ello, que es primordial establecer equilibrio entre las acciones destinadas a la sobre vida del menor como a los procedimientos que pudiesen permitir un desarrollo adecuado tanto a nivel emocional como social en un futuro, ya que, es importante no destacar uno sobre otra, sino establecer un balance entre ellas. Teniendo en cuenta, que estos últimos favorecen al sistema neurológico y fisiológico del menor, puesto que, el contacto directo con la piel de la madre genera beneficios en los procesos internos del neonato.

Por lo tanto, es importante reflexionar que existe una cadena entre los beneficios de ambos elementos y que constantemente se ven influenciados entre sí, si queremos un bienestar global tanto del menor como de su madre. Se debe producir una apertura en la mirada del prematuro, pasando de un foco único que era el neonato a uno donde se

incorpora al ambiente físico y social que lo rodea. Generando un cambio de paradigma, siendo la aurora de este un equilibrio global en los cuidados centrados en la familia y los cuidados en promoción del desarrollo, y que a la vez genera un enfoque más humano, sin olvidar la gran relevancia de los procedimientos médicos que permiten la sobre vida del menor.

Siguiendo con las reflexiones e indagaciones sobre el tema en cuestión, es relevante mencionar que el vínculo entre madre e hijo se inicia cuando este último se encuentra en el útero materno, es ahí donde se general los primeros procesos y estímulos necesarios para la organización y maduración del Sistema Nervioso Central, por ende, ante un parto anticipado dichos procesos se ven afectados e interrumpidos en los bebés prematuros, sumado a ello, las condiciones de un ambiente intrauterino ( caracterizado por ser; cálido, tibio, contenedor, líquido y oscuro) se ven modificados por un ambiente hostil que pone en jaque el adecuado desarrollo sensorio-motor y emocional de los bebés, puesto que la protección y seguridad dada por la madre se ve dificultado ante este nuevo escenario. A la vez, genera un estrés crónico sensibilizando las vías neuronales y se produce un desarrollo en las regiones del cerebro que se involucran en las respuestas de ansiedad y miedo en desmedro de otras regiones cerebrales.

Por lo tanto, se puede inferir que dichos procedimientos médicos al no estar complementados con los cuidados centrados en la familia y promociones del desarrollo, pueden generar que los tratamientos invasivos se transformen en acciones violentas y agresivas hacia el neonatal como a su madre, teniendo en cuenta que el soporte para la organización del desarrollo del niño está basado en la creación de recuerdos. Los cuales, pueden ser negativos cuando las experiencias neonatales son adversas, incitando a conductas socialmente des adaptativas que se refuerzan ante la ausencia del vínculo interpersonal entre la madre e hijo prematuro en la primera etapa de vida.

Ante los hechos narrados en los párrafos anteriores, se logra deducir que existe a través de la historia un predominio de los cuidados médicos destinados a la sobrevivencia de los usuarios, producto que el grupo médico tradicional (médico pediatra, matrona y enfermeras) son las cabecillas dentro de las salas de neonatología, sin embargo, ante nuevos estudios han comenzado a incorporarse nuevas temáticas en el abordaje de los neonatales prematuros, ante la capacitación de los profesionales mencionados y la incorporación de nuevos especialistas, que generó un abordaje integral de la salud de dichos usuarios. Potenciando dentro de dichos abordajes nuevas acciones desde el apego, ya que, este último da la posibilidad de permitir un desarrollo adecuado tanto a corto como a largo plazo, permitiendo una estabilidad física y emocional tanto al bebé prematuro como a su madre, rescatando la labor de la progenitora como agente primordial y activo dentro del proceso de los bebés.

Ante lo mencionado, podemos señalar que el equilibrio entre lo biológico, social y emocional se encuentra ingresando con mayor auge en los centros de salud de nuestro país, es más existen clínicas que prestan servicio a personas con mayor poder adquisitivo logrando establecer programas integrales, que han generado efectos positivos en dicha población. Ahora la problemática a resolver es si las madres que habitan en una comuna con mayor vulnerabilidad y que no tienen acceso a programas de cuidados centrados en los neonatos de forma integral equilibrando los elementos físicos, sociales y emocionales, logran observar e identificar, elementos positivos sobre el vínculo de dicha diada, al proveerle de técnicas que potencian el apego, las cuales no se encuentran suscritas a un programa específico como por ejemplo NIDCAP.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Por medio de narraciones de vida de dos madres de hijos prematuros participantes de estrategias de apego en el Hospital San José en el mismo periodo del año 2014, será posible conocer si en ambos casos se generó el mismo impacto en el vínculo afectivo de la diada?



## LIMITACIÓN

La pregunta escogida como elemento de investigación presenta limitaciones tanto teóricas como prácticas, puesto que, es un área de trabajo de difícil acceso debido a diversas condiciones tanto sanitarias como emocionales, que generan dificultad en el trabajo investigativo. A continuación, se presentarán de forma detallada y enumerada las condiciones que pudiesen restringir nuestro accionar:

1. Las guías clínicas y protocolos de atención de los diferentes establecimientos de salud de la zona norte no son de fácil acceso, debido a ello, la investigación corre el riesgo de paralizarse en sus inicios, si no se logra hacer un nexo inmediato con los profesionales que trabajan con neonatos prematuros. Dichos profesionales o profesional que nos sirva de contacto con las madres a entrevistar deben o debe ser una persona comprometida con el proyecto de tesis, puesto que, deberá acompañarnos a lo largo del todo el proceso de trabajo, sirviendo como fuente de información y nexo entre las tesis y las protagonistas de la pregunta investigativa, en esta oportunidad las madres. Sumado a ello, el profesional o profesionales que emprenda junto a las autoras el camino a seguir, deberá comprometerse a ser subjetivo y respetuoso, ante la información que se obtenga, ya que, se pondrá en jaque si los procedimientos realizados por sus colegas o compañeros de zona de trabajo, han logrado su objetivo, fortalecer el apego seguro en la relación de madre e hijo prematuro.
2. En relación a la búsqueda de información bibliográfica, se debe mencionar que existen múltiples accesos y fuentes informativas, pese a ello ocurren dos fenómenos dignos de mencionar y analizar. Algunos estudios, escritos, investigaciones, análisis,

libros entre otros, se encuentran reproducidos por profesionales y autores altamente calificados, pero tienden a basarse en los mismos temas, está claro que a medida que transcurre el tiempo se ha actualizado el contenido, surgiendo nuevas interrogantes y respuestas, pero se cae nuevamente en la tónica de la comparación con estudios del pasado. Por otro lado, podemos encontrar mucha información interesante que pudiese contribuir a la pregunta investigativa, pero no se encuentra respaldada por casas de estudios, centros de salud o editoriales. Por lo cual, no es recomendable utilizarla como fuente confiable.

3. El nacimiento de un hijo genera grandes expectativas en la madre, las cuales ven reflejados sus deseos y proyecciones tanto personales como familiares en el nuevo integrante de la familia que se encuentra gestando en su vientre. Biológicamente existen nueve meses para preparar a la progenitora tanto emocionalmente como físicamente para recibir a su hijo, en un espacio acogedor y familiar. Cuando el nacimiento se adelanta y no se logra completar dichos nueve meses, el bebé no alcanza a tener la madures o desarrollo biológico adecuado para sobrevivir en un contexto no protegido a nivel hospitalario, por lo cual, debe permanecer en un centro de salud sus primera semanas o meses de vida, lo cual genera como consecuencia la reducción en la forma y tiempo de interacción entre la diada, y de forma violenta las proyecciones realizadas se pierden acorto plazo. Sumado a ello, se generan nuevas preocupaciones que se encuentran ligadas a la sobre vivencia del neonato, dejando de lado esas imágenes o proyecciones positivas realizadas acerca de los primeros días de sus hijos y otorgándole importancia a la recuperación del menor. Ante dicho escenario las madres se encuentran cargadas de sentimientos y emociones fuertes y duras, los cuales generan cambios emocionales que en muchos casos modifican conductas y personalidades.

Es por ello, que como tesisistas el lograr encontrar madres dispuestas a narrar su historia personal puede ser extremadamente difícil, ya que, recordar episodios de dicha índole remueve en muchos casos sentimientos complicados, que se desean mantener apaciguados.

4. Gran cantidad de recién nacidos prematuros que se encuentran hospitalizados en los diferentes establecimientos de salud de la zona norte, sufren de patologías que indican riesgo vital y a su vez su sistema inmunológico es débil y propenso al ambiente exterior.

Es por ello, que el ingreso es de gran dificultad ante infecciones por arrastre. Lo cual, puede generar dificultades en conocer in situ el trabajo realizado por las progenitoras en el área de hospitalizados. Generando vacíos en relación a las acciones que realizaron las madres citadas en la investigación. Por ello, nuestro trabajo investigativo se enfocará en sujetos que ya hayan sido de alta del área de la neonatología.

5. Una de las grandes limitaciones que podemos señalar en nuestro proyecto, es que muchos de los niños que nacen prematuros, tienen asociados patologías que pudiesen afectar la interrelación entre la diada madre – hijo. Nublando el resultado, por ende, debemos generar o entregar énfasis constante a la situación del nacimiento adelantado y como ello afecto a la relación. Siendo primordial saber cómo las técnicas de apego facilitaron o no facilitaron la relación actual con su hijo.
6. Al momento de nacer un menor prematuro se realizan todos los procedimientos médicos que en ese momento el menor necesita, también se realizan precarias prestaciones enfocadas a la familia, por diversos motivos de tiempo de la familia, o

falta de información no pueden ser realizadas dentro del establecimiento de salud, sin embargo, al momento del alta dicha prestación que existió en su momento no continua, tampoco existe un rescate o seguimiento del caso. Por ende, no se puede saber en la situación emocional que se encuentra dicha familia posterior a enfrentar situaciones de mucho estrés.

7. En los establecimientos de salud, no se logra apreciar que exista un protocolo de intervención para los profesionales encargados del área de rehabilitación como kinesiólogos y Terapeuta Ocupacionales, por ello en las neonatologías dichas profesiones se encuentran ausentes, lo cual puede traer aspecto negativo hacia la rehabilitación precoz del bebe prematuro. Por ende, no existe validación de la profesión dentro de los profesionales de la salud o de los conocimientos que se puedan aportar para favorecer la condición de salud del bebe prematuro y de la madre, con el fin de no perder el vínculo entre ambos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Explorar si las estrategias de apego realizadas con dos madres de hijos prematuros en el Hospital San José en el año 2014, generan igual impacto en el vínculo afectivo de la diada.

### **Objetivos específicos:**

- Precisar en qué medida las madres de los niños nacidos prematuros estarían dispuestas a involucrarse en actividades de la investigación.
- Describir cuales fueron las estrategias de apego utilizadas en la neonatología del Hospital San José en el año 2014.
- Describir cual fue el impacto de las estrategias de apego utilizadas sobre el vínculo afectivo de ambas diadas.
- Describir elementos socioculturales que rodean a ambas familias.

## JUSTIFICACIÓN

Como tesistas optamos por investigar acerca de los efectos de las estrategias de apego en las relaciones interpersonales en madres e hijos prematuros, que han pasado por crisis no normativas en su primera etapa de vida. Es de gran relevancia volver a señalar que nuestros sujetos de investigación son progenitoras de la zona norte de la región metropolitana, que han vivido diversas técnicas de apego cuando sus bebés se han encontrado hospitalizados en la neonatología de un hospital, sin embargo, no han formado parte de programas completos de cuidados intensivos centrados en el neonato y sus familias.

Tras la presente investigación, se ha dejado en evidencia que la historia de los cuidados de los recién nacidos es relativamente reciente en comparación a otras ramas de la medicina. Donde el foco nace en permitir la sobrevivencia del neonato, dejando de lado elementos de gran relevancia para el futuro y bienestar psicológico y emocional del menor, a medida que el curso del tiempo ha transcurrido se han comenzado abrir nuevos caminos y formas de acción que incluyen cuidados holísticos, que han entrelazado elementos que permiten la sobrevivencia del menor con elementos de gestión emocional y social del bebé y su familia, puestos que estos últimos repercuten en el bienestar neurológico, fisiológico y emocional.

Es importante tener en cuenta que cuando una madre es interrumpida durante su gestación, parto o los primeros años de crianzas, se puede apreciar que el vínculo de

apego es afectado de manera considerable, por ende, la salud integral del menor y la madre también se ven involucradas.

Existe un tema de liberación hormonal las mujeres al momento del parto y del puerperio que necesitan permanecer al lado de sus hijos, sin querer una separación, dicho acto es tan recurrente en la etapa del parto en los centros hospitalarios, que pasa a ser normal para todas las madres. Muchos autores hablan de este caso como violencia obstétrica, dicha violencia ocurre para la madre como para el hijo, por otro lado, cuando los especialistas del área de la salud hablan de separación entre ambos en el post-parto, existe una justificación por parte de los profesionales de la salud que dichos procedimientos médicos son a beneficio de la salud del menor, dejando de lado la salud vincular entre madre e hijo.

Por otro lado, como tesis tenemos la convicción que el ser humano nace inteligente, con la capacidad de apegarse a otro y sobrevivir ante el mundo, es por eso que nos aferramos que siempre va existir un cuidador principal, el cual va a cumplir un rol principal de satisfacer y dar respuestas las necesidades de vida del recién nacido. Es por eso, que el menor va a necesitar de un cuidador que le entregue respuestas atinentes, que ayudaran al equilibrio perdido al momento del estrés, en dicha situación el cerebro del menor disminuirá la liberación de hormonas del cortisol, logrando que dentro de su desarrollo sea con sensaciones más plenas en su cerebro.

Ahora bien, tras lo expuesto queremos identificar si en nuestro país al utilizar e equilibrar técnicas médicas basadas en la sobrevivencia y técnicas de apego para favorecer la salud mental de bebé y su familia, se favorecen las relaciones interpersonales entre la diada, a pesar de no trabajar en bases a programas establecidos y

trabajados de equilibrio entre ambos polos de acción, si no que se trabajan en pie a técnicas y elementos de dichos programas.

En esta oportunidad nuestros indicadores se basan en las opiniones subjetivas de madres que por medio de sus historias y narrativas de vida, nos entregaran sus opiniones acerca de lo vivido al tener a sus hijos prematuros internados en las salas de neonatología, recibiendo cuidados médicos y en ocasiones cuidados centrados en el bebé desde un aspecto socioemocional y ambiental. Y como ello repercute en la actualidad en la forma de interacción en la diada. La investigación se centra en las madres, ya que, estas son las que conviven día a día con sus hijos, y de forma verídica pueden expresar sus sentimientos y formas de interacción. Otro indicador, que se logra visualizar y desprender en las entrevistas son el modo en el cual las madres se expresan sobre sus hijos, cual es la forma de crianza y aprehensiones que tienen con respecto a la exploración de estos en el mundo.



## **IMPORTANCIA**

Los Terapeutas Ocupacionales es aquel que presta ayuda a personas de todos los rangos de edad, con diversos problemas en el desempeño ocupacional y en las diversas áreas de la ocupación, ya sea; trabajo, juego, educación, ocio, participación social, actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Con el fin de favorecer el bienestar y satisfacción de la persona, considerando los diversos contextos en los cuales participa. Por ello, el rango de gestión es amplio.

Actualmente, se ha comenzado abrir un nuevo camino de acción, el cual se encuentra al interior de las salas de neonatología, ya que, se ha entregado importancia y valor a nuestros conocimientos en pro al bienestar de los más pequeños de la sociedad. Es por ello que como tesistas decidimos recorrer por este camino desconocido, con el objeto de informar sobre la labor que realizamos y para comprobar desde las narraciones de las protagonistas la efectividad de ciertas técnicas, principalmente ligadas a la interacción entre madre e hijo cuando este es prematuro.

Para entender la importancia de nuestra labor dentro del área de neonatología, es de suma relevancia recalcar lo que hacemos al interior y en el equipo de trabajo. Generalmente, el Terapeuta Ocupacional forma parte de un grupo compuesto por Médicos, Enfermeras, Kinesiólogos, Psicólogos entre otros. Que se enfocan en mantener un espacio adecuado que posibilitara el buen estado y permanencia del menor. Cuando

este nace prematuro los cuidados deberán ser mayores, puesto que presenta mayor vulnerabilidad por su condición.

El terapeuta ocupacional, al ser un profesional de formación holística, logra observar y trabajar tanto con la persona directamente tal, como también como con su entorno. Es por ello que dentro del área de la neonatología el terapeuta se capacita para otorgar un ambiente grato y seguro para su desarrollo, generalmente el enfoque se encuentra en presentar un contexto físico, emocional y social próximo al mundo intrauterino, caracterizado por ser acogedor, tibio, húmedo, oscuro y sin estímulos sonoros, vestibulares, táctiles y propioceptivos invasivos. Ya que, cuando este no se posibilita al menor podría tener efectos negativos en la organización del Sistema Nervioso Central, aprendizaje sensorio motor y en el asentamiento de las bases del apego.

Es por ello, que como Terapeutas Ocupacionales queremos enfocarnos en comprobar la efectividad de los procedimientos de apego en torno a las relaciones interpersonales entre el hijo prematuro y la progenitora, puesto que amplía nuestro rango de acción en la disciplina contribuyendo a la vez a la salud del neonatal desde una mirada holística de la persona.

Es relevante señalar que como Terapeutas Ocupacionales, estamos capacitadas para llevar a cabo los procedimientos de apego, y debemos darnos cabida en el equipo de trabajo de las salas de neonatología. Puesto que, trabajamos en relación a la promoción del bienestar de las personas, y considerando la sobrevida de los bebés prematuros, debemos unificar esfuerzos para que dicha sobre vivencia sea en búsqueda de un desarrollo adecuado. Y de este modo favorecer y potenciar las habilidades de este niño para que pueda responder de manera adaptativa a las demandas del medio.

Como testistas hemos tenido proximidad a bebés prematuros, los que nos lleva a plantearnos el tema a profundidad, puesto que, han vivenciamos los cambios producidos al interior de la familia al llegar estos nuevos integrantes.

Lo rescatable y lo interesante de ambos casos a los que presentamos cercanía, es que fueron vividos en países diferentes, pero por padres chilenos, pese a ello, en ambas oportunidades las madres fueron las que vivieron el proceso de cerca, ya que, producto de nuestra cultura la progenitora es la que tiene a su cargo la seguridad y crianza de los hijos y el padre la labor de llevar el sustento a la familia, lo que se refleja en el solo hecho del pos y pre natal.

Como mencionamos los días previos al nacimiento se vivieron en países diferentes, en primer nacimiento ocurrió en Honduras y el segundo en Chile. En el primero de ello las condiciones del hospital eran tan precarias que la madre decidió continuar el tratamiento (cuando está ya estaba estable y sin peligro de vida o de secuelas) en su hogar, lo que conllevó que los lazos entre ellas se estrecharan generando un vínculo de apego seguro. El segundo de los casos se suscitó en la ciudad de Santiago en Chile, en este caso el neonatal debió ser intervenido quirúrgicamente en dos oportunidades, por lo cual se encontraba en constante monitoreo a través de máquinas invasivas, pese a que no se lograron realizar de forma completa los procedimientos de apego (debido a las condiciones de salud), se le permitió a la madre entrar de forma continua a la neonatología, pudiendo interactuar a través del tacto y el habla con su hija.

Actualmente, en ambos casos la vinculación de apego es segura, pero la segunda menor presenta diagnóstico de Hiperactividad, muchos profesionales de la salud

tratantes de la niña coinciden que dicho diagnostico se encuentra relacionado con los procesos vividos en las primeras etapas de su vida.

Por nuestras experiencias personales, podemos señalar que puede existir relación entre acciones de apego y el vínculo futuro, pero deseamos encontrar un nexo entre ambas, por medio del análisis e investigación de otros casos similares.

## MARCO TEÓRICO

Los primeros planteamientos sobre los vínculos y relaciones afectivas tempranas, se basan en los postulados por Sigmund Freud (1815-1896), médico y neurólogo austriaco, fundador del psicoanálisis. Señala que tanto la sexualidad como la afectividad son factores primordiales en el crecimiento de una persona, el cual no se encuentra influido por el sistema que lo rodea, sino que, propone que cada individuo presenta una serie de pulsaciones instintivas, las cuales equilibran las necesidades internas y dicho equilibrio brinda placer, esencial para el funcionamiento psicológico. Por ende, desde la corriente del psicoanálisis la vinculación afectiva entre niño y cuidador, se produce porque estos últimos reducen la incomodidad y proporcionan placer. Freud señala que el placer en los recién nacidos se encuentra a nivel oral, lo cual, se relaciona con la acción de entregar alimento y gratificación oral al niño, sinónimo de placer, el que, está dado generalmente por los progenitores y por ello se forman vínculos afectivos. (Malero, 2008).

Posterior a los primeros planteamientos psicoanalíticos sobre las relaciones afectivas, surgen nuevos autores que mantenían los principios básicos de la teoría freudiana. Entre estos se encuentran:

Anna Freud en el año 1965 (citado en Fonagy, 2004:132) estableció “una relación entre las etapas del desarrollo y trastornos no psicopatológicos (...) en el año 1936 con los patrones de apego, considero que estos son construidos por el niño para afrontar la interacción con los cuidadores”.

Melanie Klein en el año 1935 (citado en Fonagy, 2004:132) cita “la descripción de las dos posiciones fundamentales del psiquismo: esquizo – paranoide y depresiva están

claramente referidas a la relación *con el otro significativo*". Ante las citas anteriores se logra pesquisar que las estrategias usadas previas al nacimiento influyen de manera fundamental en la formación del yo interno y en las herramientas que nos permiten accionar de manera adecuada tanto en el mundo interno como externo.

Stern en el año 1985 (citado en Sassenfeld, 2011: 270 – 271), señala que:

*“La afectividad entre los tipos básicos de experiencias a las que el infante tiene acceso inmediato desde el comienzo de la vida y que son cruciales para dar forma concreta a la organización del nacimiento del self. Supone que a la edad de dos meses, cuyos aspectos invariables (retroalimentación propioceptiva de patrones orgánicos, de la expresión facial, respiración y vocalización, sensaciones relativamente pauteadas de activación y cualidades afectivas a cada emoción) se convierten en una invariante de orden superior, es decir, en un conjunto de procesos que proporciona cierto grado de estabilidad y continuidad –pertencia del self”*

Sjödín en el año 1998 (citado en Sassenfeld, 2011: 270 – 271), menciona “que una serie de aspectos no verbales del comportamiento (...) que están ligados a la comunicación afectiva y que las experiencias que el niño tiene del latido del pulso de la madre y de su voz forman una de las primeras impresiones sensoriales de la estructura del self”

Se logra pesquisar que los patrones de apegos que presentan los adultos se ven influidos por las dimensiones afectivas y desarrollo del yo interno, forjadas por medio de las primeras aproximaciones que tenemos con nuestras primeras figuras de apego. Al generarse un desequilibrio en estas, podría traer repercusiones en la forma de observar y

accionar en nuestro mundo. Dicho desequilibrio se puede ver afectado por dificultad de los patrones en las primeras instancias de interacción, los cuales desde las premisas básicas de la teoría Freudiana son influidos a partir de las pulsaciones instintivas activadas para aliviar las necesidades internas con el objeto de producir equilibrio y placer. Por ende, desde esta perspectiva psicoanalítica al separar al recién nacido de su cuidador principal, generaría una insatisfacción inmediata en la búsqueda de placer oral, generando un desequilibrio

Anterior a los postulados y perspectivas psicoanalíticas, Charles Darwin (1809-1882) naturalista inglés que se dedicó al estudio de grupos de seres vivos basados en la supervivencia y evolución en su contexto. Señalo que los seres humanos al nacer son uno de los pocos animales que nacen prematuro fisiológicamente, no presentando la capacidad de sobrevivencia sin la asistencia de sus cuidadores, por lo que, se desencadena una dependencia que ninguna otra especie presenta (Valdez, 1997). Señala también, que aquellos seres inclinados a vivir en una sociedad y cuidar de sus pares lograrían sobrevivir con mayor facilidad. Logrando un valor adaptativo acorde a la protección que se entregue a la cría, por parte de su cuidador principal (Gutiérrez, 2008), ante los postulados de la teoría de la evaluación.

John Bowlby (1907-1990) psicólogo y naturalista inglés, reconocido por sus grandes trabajos en el desarrollo infantil y sus destacados postulados sobre el apego, lo posicionan como fundador de la teoría del apego. Los inicios del destacado autor comienzan desde el movimiento psicoanalítico y luego deriva en la corriente etológica, estudio científico del comportamiento humano y animal (Real Academia Española, 2015). En inicios de la primera guerra mundial su maestra Melanie Klein, comienza a presentarle un nuevo escenario de acción en el cual el ambiente y las relaciones entre la diada madre e hijo, son fundamentales en el adecuado desarrollo de los niños. Con ella, inicia sus investigaciones acerca de las repercusiones que se generan ante la separación entre hijo y madre, tanto como los efectos psicológicos que estas producen, ya en el año

1940 publica sus investigaciones acerca de niños, progenitoras y ambiente, atribuyéndole relevancia a la realidad social y la educación de estos. Por ende, sus bases radican en tres pilares fundamentales; apego, pérdida y separación (Cárcamo, 2011).

John Bowlby (1951:11) recalco que:

*“Los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental del niño son la resultante de una experiencia de la relación cálida, íntima y continua entre la madre e hijo por lo cual ambos encuentran satisfacción y alegría”*

Por lo cual, al vivir una separación con la figura vincular primaria, disminuye la satisfacción y felicidad en la relación, lo cual podría generar implicancias patológicas entre madre e hijo.

John Bowlby, tiene como tesis fundamental en su teoría del apego, que la capacidad de respuesta y accesibilidad de su figura principal, contribuye considerablemente en el estado de seguridad, temor o ansiedad que el menor expresa a lo largo de su vida, es por ello la importancia de una respuesta afectiva, por medio de la protección y contención (Sinay, 2013). Desde la perspectiva de dicho autor se postularon tres principios básicos de la teoría del apego, que conciten en:

I. *“El apego es un sistema interno autogenerado e instintivo para la sobrevivencia humana, organizadas en torno a una figura vincular específica, que cumple el rol de entregar satisfacción y refugio por medio de la cercanía. Desde la psicobiología es un sistema comportamental que organiza conductas ante las necesidades del menor.”* (Moneta, 2003, p.2-3).



II. *“Bowlby denomino “modelos internos de trabajo”, a las representaciones que el niño tiene sobre sí mismo y su figura vincular. Estas se generan ante la forma de respuesta del cuidador, ejemplo de ello si la accesibilidad a la figura vincular se encuentra dentro de los límites confortables, genera una base segura con una respuesta relativamente ansiosa ante la separación. Todo ello organizara sentimientos, pensamientos y memorias en relación al vínculo con el cuidador.”* (Moneta, 2003, p. 2 -3).

III. *“Cuando las respuestas del cuidador fracasan en la generación de vínculo, los niños crean estrategias defensivas ante la representación formada, omitiendo información dolorosa a su conciencia.”* (Moneta, 2003, p.2 -3).

Ante dichos postulados, en el año 1988 el Doctor Bowlby afirma que “la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en la madurez, es influida por el patrón o el vínculo que los individuos desarrollan en los primeros años de vida con la persona a cargo de su cuidado, generalmente la madre” (Moneta, 2003, p. 1). Bowlby (1969, 1973, 1980,1993,) habla sobre el apego como una conducta, que a su vez, se ve reflejada en las personas como cualquier tipo de comportamiento que provoca en los seres humanos una proximidad en relación a otro individuo diferenciado o preferido. Forjando con dicho ser humano, aferramiento por medio de estímulos afectivos como sensitivos, lo que potenciara entrega de cuidado y protección por parte del cuidador.

Mary Ainsworth (1913-1999) psicóloga estadounidense, co – fundadora de la teoría del apego y colaboradora de John Bowlbydesarrollo diversas ideas de este último, en particular sobre la sensibilidad materna; este concepto radica en la habilidad que tiene la

madre para apreciar las señales de su hijo, por ende, así poder interpretarlas correctamente, dando una respuesta rápida y adecuada a las necesidades emocionales del menor. (Ainsworth, Bell y Staiton, 1974). Es por ello que muchas madres presentan la capacidad de leer a su hijos desde la primera etapa de vida de estos, las cuales al verlos logran descifrar lo requerido por ellos y así sustentar sus necesidades de manera adecuada, pero a modo de reflexión que sucede cuando estos instintos no se encuentran presentes o simplemente por eventos no normativos no pueden ser suplidos, que ocurre con el instinto reprimido o no forjado en el interior de cada progenitora, que sucede con los hijos, estos eventos repercutirán en el estilo de apego existente entre los diversas relaciones a lo largo del planeta. Es probable que todas estas dudas o hipótesis han llevado a los diversos entendidos del tema a realizar múltiples estudios. Ante ello se puede desprender que el concepto de seguridad y el suplir las necesidades dentro del primer año de vida pudiese variar entre cada sujeto. Ante lo descrito es de gran relevancia comprender que no existe un modelo único y estándar, al momento de satisfacer las necesidades de un infante, lo que genera que exista más de una forma de apego. Es por ello, que la psicóloga Mary Ainsworth desarrolla un estudio clínico longitudinal denominado (Ainsworth, Grossmann, Smith y Pederson, 1988), Situación Extraña.

El estudio de Situación Extraña, consiste en una serie de sucesos que se generan en una habitación, en ella se puede encontrar una diversidad de juguetes que son de interés para los niños. Dicha investigación consiste en reencuentros y separaciones entre hijo, padres y persona extraña. (Ainsworth y colab, 1978). A través de dicho método se logra clasificar los tipos de apegos encontrados en los menores, por medio de clasificaciones de conductas observadas en niños entre 12 a 18 meses, al ser sometidos a la separación de sus cuidadoras, en un lugar extraño, pero con condiciones de confort y juego. (Hales y Yudofsky, 1993).

A continuación, se presentan detalles de la Situación Extraña y se apreciara las estrategias que hay en la repuesta de los niños en contextos de reencuentro con su figura de apego (Moneta, 2003). Con el fin de demostrar de manera gráfica y detallada como situaciones de separación por cortos instantes de tiempo, pueden influir de forma inmediata en la conducta de los niños, demostrando así los múltiples tipos de apego existentes.

Duración	Descripción
Minuto 1:	Padre o Madre, hijo: el hijo entra a la sala de juego.
Minuto 3:	Padre o Madre, hijo: el hijo se sitúa en la sala de juego y explora. Solo existe colaboración de los padres si es necesario.
Minuto 3:	Padre o Madre, hijo y persona extraña: ingresa a la sala de juego una persona extraña, jugando en el último minuto con el niño.
Minuto 3:	Hijo, persona extraña: los padres abandonan la sala de juego, dejando al niño con la persona extraña. Aquí ocurre la primera separación.
Minuto 3:	Padre o Madre, hijo: regresan a la sala de juego el padre o madre, posteriormente se retira en silencio la persona extraña, ocurriendo la primera reunión
Minuto 3:	Hijo: los padres dejan solo a su hijo en la sala de juego. Ocurre la segunda separación.

Minuto 3:	Hijo, persona extraña: la persona extraña ingresa a la sala de juego y se queda con el niño logrando interactuar lo suficiente.
Minuto 3:	Padre o madre, hijo: los padres regresan a la sala de juego, la persona extraña sale de la sala de juego en silencio. Es aquí donde ocurre la segunda reunión.

**Figura 1: Episodios de la Situación Extraña.**

Fuente: Moneta, M (2005) El apego, Aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Diada Madre – Hijo. (Segunda edición). Chile: Cuatro Vientos.

Es de gran relevancia para el proceso de tesis entender y conocer cada paso del estudio, puesto que, cuando un neonato nace prematuro se debe separar bruscamente de su progenitora y el espacio de confort dado por el cuerpo de esta última, no logra de manera adecuada suplir con las necesidades del recién nacido, lo cual podría afectar en un futuro cercano el vínculo e interacción de la diada. Es por ello, que conociendo los detalles de la investigación se logra identificar con mayor rapidez y éxito los tipos de apego existentes, ya que se pesquisarán las conductas del menor y la madre de manera más acertada.

Gracias a dicha investigación la autora señala que la gran mayoría de los niños desarrollan un tipo de apego con la persona que lo cuida, los cuales se pueden clasificar en distintas tipologías, que se evidencian en el estudio antes descrito. (Berger, 2006)

*Niño Seguro: “Antes que exista la separación el niño es capaz de explorar la sala e interactuar con los juguetes que son de su interés, a la vez muestran conductas que dan a entender que*

*extrañan a sus padres durante la separación y de vez en cuando llora cuando se genera la segunda separación. El niño presenta una preferencia lógica hacia sus padres en vez de la persona extraña. Además, presenta iniciativa al saludar a sus padres, por lo tanto, es él quien genera la primera instancia del contacto físico. Es capaz de mantener dicho contacto en la segunda reunión, posteriormente logra calmarse y retornar a jugar”.* (Moneta, 2003, p. 6).

Por lo tanto, el niño que presenta apego seguro al sentirse cercano o próximo a la persona que lo cuida, es capaz de explorar con confianza y comodidad en el ambiente que lo rodea, permitiendo independencia y felicidad en el juego. Cuando dicha persona se retira de la sala demuestra cierto grado de incomodidad, pero logra reponerse ante ella y al volver su cuidador no es complejo comenzar nuevamente con la interacción. (Berger, 2006).

Al contrario de lo señalado con anterioridad se observó otro tipo de categoría llamada apego inseguro, en el cual se reúnen una serie de conductas caracterizados por el susto, ansiedad y disgusto por parte del niño. Lo que genera una disminución de la confianza al cuidador o en el caso contrario la excesiva necesidad de mantener contacto con este. (Berger, 2006). Entre estas categorías encontramos:

*Niño Evitador: “Es en esta categoría donde el niño no llora al ver que sus padres se retiran de la sala de juego, es más lo ignora y lo evita en el proceso de reunión, por lo que el contacto existente es casi nulo, no existe angustia ni se enoja, las respuestas que se dan son sin entusiasmo hacia sus padres, solo se concentra en los juguetes de la sala”.* (Moneta2003, p. 6).

Por lo tanto, en el estudio el niño no presenta problemas en la exploración del contexto, y cuando el cuidador se aleja no reacciona ante la acción y cuando ingresa no lo pesquiza. (Berger, 2006).

Por medio de la situación experimental realizada por

*“Niño resistente o ambivalente: el niño antes de la separación siempre se manifestaba cauteloso, en la sala de juego mostraba poco interés en la exploración, durante el proceso se muestra inquieto, pasivo , enfadado, intranquilo, generalmente presenta dificultad cuando se reúne con sus padres, ya que, no se siente placentero, centrando toda la atención en sus padres, lo que provoca el llanto continuo en el menor, posterior a ello en el instante del reencuentro no consigue volver a explorar ”.*  
(Moneta, 2003, p.6).

Por lo tanto, la exploración es mínima, puesto que, desea estar de forma constante en las faldas de su cuidador, si este se retira deja de jugar y al llegar expresa conductas erráticas incluso llegando a la agresión. (Berger, 2006).

*Niño desorganizado/ desorientado: “En presencia de sus padres las conductas de los niños son desorientadas y desorganizadas, generando en la estrategia de la conducta del menor un colapso transitorio. Por ejemplo, el niño se agarra de la pierna de la madre y llora, para que posteriormente se aparte con la mirada esquiva”.*  
(Moneta, 2003, p.6)

Estos niños se caracterizan por ser extremadamente cautelosos y presentar un comportamiento “extraño” tiende a fluctuar entre la contemplación y conductas erráticas, puede auto – agredirse o golpear a sus cuidadores. (Berger, 2006).

Por medio de la situación experimental realizada por Ainsworth, se logra clarificar los conceptos de base segura y el desarrollo de un numero de patrones de apego en el recién nacidos, anteriormente descritos. Se desprende ante lo expuesto que la adecuada cercanía con los niños establece una base segura para experimentar y explorar en el mundo. Y ante una situación de riesgo el hijo lograra resguardarse en su progenitora activando así las conductas de apego.

El psicólogo estadounidense Harry Harlow a principios de la época de los 70, comenzó a investigar la privación sensorial, separación, escasa sociabilización y depresión en los recién nacidos y los efectos que causan en las vinculaciones afectivas con sus madres.

Para ello realizo un estudio con monos Rhesus, a los cuales se les presentaron dos modelos de madres sustitutas, uno de ellos era representada por un peluche de felpa que no producía leche pero era tibio y cálido. Por otro lado, presento un modelo de alambre que otorgaba leche. Por medio de la investigación, se observó que los monos bebes presentaban mayor acercamiento a la representación de felpa, pese a que esta no presentaba la capacidad para amamantar. Ante ello, se concluyó que no solo la lactancia genera vinculación entre madre e hijo, sino que, las diferentes modalidades sensoriales intervienen en la protección y satisfacción, por lo tanto, la búsqueda de contacto es fundamental en el encuentro afectivo. El amamantamiento por sí solo no genera vínculo, si no, que es necesario un espacio de confort y cercanía para una interacción adecuada. Lo cual valida la tesis de Bowlby, que señala que el individuo desde que nace es comprometido en un contexto intersubjetivo que requiere interacciones reciprocas. (Moneta, 2003).

En el año 1989 Donovan y Leavit, realizaron un estudio basados en los cambios de frecuencia cardíaca, para ello se trabajó con dos grupos uno de ellos eran niños que presentaban apego seguro y los otros inseguro.

Se observó que la diada que presentaba apego seguro, presentaban frecuencia similar entre madre e hijo. Ante una situación desconocida o extraña ambos logran reducir su frecuencia cardíaca, puesto que, la madre logra sincronizarse con él bebe permitiendo que no existan niveles de ansiedad y se refuerce la protección gracias a la sensibilidad materna. En el caso contrario en el grupo de niños que presentan apego inseguro, las madres con sus hijos no presentan frecuencias cardíacas paralelas y por ello menos sincronización ante un evento extraño, provocando aumento en el nivel de estrés del menor (Moneta, 2003).

Ante lo descrito con anterioridad se entiende que la historia del apego ha estado repercutida por diversas vertientes a lo largo de los años, en la actualidad el desarrollo del vínculo afectivo se encuentra en estricta relación con los planos afectivos, cognitivo, sociales y biológicos. Siendo esta última una nueva veta de conocimiento que por medio de las investigaciones y la clínica ha comenzado a ampliarse.

Según Felipe Lecannelier:

*“La influencia de la biología en el apego puede dividirse en tres grandes programas de investigación: desde la neurociencia con las reflexiones de Allan Schore; desde la psicobiología con los trabajos de Myron Hofer; y desde la psico neuroinmunología con los aportes de Megan Gunner” (2006, p. 26).*



El doctor estadounidense Allan Schore, es definido como explorador de la neurobiología interpersonal. Sus investigaciones se centran en el área de regulación afectiva, especialmente en la infancia y desarrollo del self. Mezclando la teoría del apego con mecanismos neurobiológicos.

Schore (2001) citado por Lecannelier (2006, p 30) postula que la teoría del apego básicamente es una teoría de la regulación. Lo cual se evidencia en intercambio efectivo de la diada, en donde la madre regula por intuición múltiples activaciones biológicas y emocionales del neonato. Dicha organización permite al bebé enfrentar mejor el estrés, emociones, aprendizaje y elementos novedosos que puedan ir sueltos.

*Dichas funciones reguladoras son medidas por ejes – cerebrales específicos (1) El eje simpático – adrenomodular responsable de la regulación del factor liberador de Corticotropina que facilita la función del sistema simpático a través de las catecolamina (2) el eje hipotalámico – pituitario – adrenérgico, que es el encargado de regular respuestas del estrés a través de la secreción de cortisol que inhibe y apaga el sistema simpático; (3) los circuitos del sistema límbico encargado de una serie de respuestas reguladoras, como el procesamiento emocional facial, evaluaciones emocionales.*

Uno de los mayores aportes de Schore señala que las interacciones entre progenitora e hijo, afectan la regulación cerebral que repercute en la conducta, afectos, cognición y fisiología de este último. Por lo tanto, el desarrollo y modulación del cerebro se encuentra en paralelo a los procesos psicológicos y sociales (Marx, 2003).

Señala a su vez que existe una época clave en la vida de los seres humanos para que se comience a forjar una regulación o modulación cerebral adecuada esta es:

*“En el período temprano de desarrollo (desde el embarazo hasta el segundo año) se le conoce como período crítico (...) en este el cerebro necesita adaptarse al ambiente, nada más y nada menos, que el contexto de las relaciones afectivas continuadas y coherentes con un número limitado de cuidadores. Es decir, un contexto de apego. Entonces, apego y cerebro se convierten en dos procesos absolutamente co – dependientes, no pudiendo el uno desarrollarse sin el otro”*  
(Lecannelier, 2006, p.28-29)

Otro gran proyecto de investigación relacionado con los vínculos temprano en el siglo XXI, se encuentran liderados por Myron Hofer, psiquiatra y post – doctorado en conducta animal, realiza estudios desde la psicobiología.

Lo que plantea este autor es que la relación entre la diada regula los diversos sistemas fisiológicos de los bebés. Por lo tanto, la regulación se encuentra dada por las conductas de apego de la madre, por ejemplo, cuando la progenitora arrulla a su hijo para que este se quede tranquilo, automáticamente se estará modulando un sistema fisiológico como la frecuencia cardíaca. Por lo tanto, lo importante es el contexto o espacio de apego en el cual se produce la modulación, ya que, gracias a ellos se modulan los sistemas. (Lecannelier, 2005).

Hofer también se ha dedicado a estudiar a profundidad la relación existente entre el comportamiento de apego y la separación.

*“Los estudios indican que la interacción madre – hijo es capaz de regular diversos sistemas biológicos que involucran la recompensa y que están ligados directamente al apego encontrándose en todas las especies de mamíferos (...) estas funciones son la reactividad motora, el sueño, la regulación de la temperatura y el hambre. Después de una separación abrupta, cae respuesta cardiaca, aumenta reactividad (...) cae hormona de crecimiento y ornitina descarboxilasa (una enzima del cerebro), se modifican patrones de sueño, baja temperatura y aumenta respuesta de succión” (Moneta, 2013, p. 30 – 31).*

Por lo tanto, Hofer señalada que las acciones de vinculación temprana realizadas por los padres en las primeras etapas de la vida generan tantas repercusiones inmediatas, como ya se señaló, y repercusiones a largo plazo que se verán reflejadas en la vida adulta.

Otra destacada investigado de la temática del vínculo afectivo es la doctora Megan Gunnar, investigadora del Instituto de Desarrollo Infantil de la Universidad Minnesota, ha estudiado a profundidad los efectos que genera el sistema pituitario – adreno – cortical, en los bebés cuando transcurren eventos estresantes en su vida, demostrando que la cantidad de cortisol secretado está ligado con el tipo de cuidados que el bebé recibe (Lecannelier, 2006).

La autora postula que:

*“Una relación cuidador – bebé que sea cariñosa, sensible, protectora y contenedora previene la hipo o híper activación de cortisol, lo que a su vez ayuda al cerebro ante procesos de toxicidad, retraso madurativo y/o muerte neuronal, por lo tanto,*

*un cuidador sensible y seguro optimiza el desarrollo del sistema de estrés en los humanos” (Lecannelier, 2006, p. 65).*

Megan Gunner al estudiar a niños sometidos a altos niveles de estrés, logra observar en la gran mayoría alteraciones en el eje Hipotalámico – Hipofisario – Adrenal. Esta respuesta anormal del eje genera aumento en el nivel de cortisol en la saliva de los niños, sometidos a altos índices de estrés. Cuando se presentan factores protectores de calidad se logra disminuir el nivel de cortisol. Es por ello que bebés que presentan apego – seguro presentan bajo nivel de cortisol y aquellos que presentan apego – inseguro presentan alto nivel de cortisol. (Guendelman, 2008).

Por lo tanto:

*“El sistema de estrés en los niños (y otros mamíferos) es un sistema muy sensible a las condiciones tempranas. La plasticidad de las respuestas de estrés se encuentran en gran medida condicionada por una serie de factores sociales que regulan las diferencias individuales en los niveles de secreción de cortisol (...) por lo tanto es evidente que un cuidador sensible y seguro optimiza el desarrollo del sistema de estrés, tanto en animales como en humanos” (Lecannelier, 2005,p.65).*

Como tesis por medio de la investigación nos hemos encontrado con la gran oportunidad de ampliar nuestras perspectivas sobre la vinculación afectiva entre los seres humanos, necesaria para la sobrevivencia y adecuado desempeño en el mundo.

Dicha vinculación afectiva es a lo que llamamos apego. Como se señaló existe una historia amplia de cambios, postulados, creencias e investigaciones sobre el tema en cuestión. Lo cual, ha abierto sus puertas a múltiples autores principalmente psicólogos, doctores, psiquiatras y biólogos, que desde sus perspectivas han generado grandes e

interesantes postulados que hasta el día de hoy repercuten y generan efecto en las nacientes vinculaciones afectivas.

Ante lo descrito como Terapeutas Ocupacionales, formadas bajo el alero del modelo biopsicosocial el cual, valida los factores biológicos, psicológicos y emocionales de las personas, como elementos esenciales en el adecuado funcionamiento y total del ser humano desde una perspectiva holística. Creemos que una de las formas adecuada de observar e investigar las vinculaciones afectivas entre madre e hijo es por medio de los antes mencionados postulados de John Bowlby (1973), padre de la teoría del apego, esta describe que:

*“La teoría del apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de la personalidad, tales como la ansiedad, la ira. La depresión y el alejamiento emocional como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”* (Marrone, 2001, p. 31).

El modelo de Bowlby señala que la teoría del apego tiene un estatus propio (no es secundario a otro elemento) y el tipo de apego se encuentra influido tanto a factores internos como externos de las personas, por lo tanto, las experiencias emocionales vivenciadas y los diversos tipos de ambientes tanto físicos como sociales que rodeen al niño potenciarán o repercutirán en la vinculación de la diada madre e hijo.

Por otro lado, validamos y recalamos que las experiencias estresantes tales como por ejemplo la separación de la madre al nacer o un parto de alto riesgo, generaran efectos biológicos, los que repercuten a nivel cerebral y hormonal en los bebés. Por lo

que, se refuerza la tesis que los elementos psicosociales repercuten de forma directa en los elementos biológicos y viceversa. Potenciando a las personas como seres holísticos comprometidos en un contexto.

Ante lo expuesto y entendiendo cada evento estresor genera una huella en la forma de vivir y actuar en el mundo de los recién nacidos. Que ocurre cuando estos nacen prematuros, siendo sometidos a elementos estresores y alejados del ciclo natural de apego con la madre. ¿Las estrategias realizadas en la neonatología impactaran de igual medida en todos los recién nacidos? ¿Cuánto influye el contexto en el cual habitaran al salir de las salas de neonatología? En base a la sensibilidad materna presente en las progenitoras ¿Cómo estas en la actualidad se vinculan con sus hijos?

## MARCO METODOLÓGICO

Ante la pregunta de investigación; ¿Por medio de narraciones de vida de dos madres de hijo prematuros participantes de estrategias de apego en el Hospital San José en el mismo periodo del año 2014, será posible conocer si en ambos casos se generó el mismo impacto en el vínculo afectivo de la diada?

Por medio de la presente pregunta de investigación, se infiere que el enfoque de la tesis es cualitativa, por lo cual, planteamos que nuestro foco de investigación y recopilación de información proviene de las madres de los niños, validando su habla y lenguaje, con el fin de llegar a la explicación de múltiples aspectos de la realidad planteada como objeto de estudio, con el fin de encontrar un discurso y representación para generar análisis e interpretación (Pérez, 2002).

Es de gran relevancia partir de la premisa de que como investigadores pretendemos “Conocer el fenómeno a estudiar en su entorno natural, siendo el propio investigador el principal instrumento para la generación y recogida de datos, con los que interactúa” (Salamanca y Martín – Crespo, 2007, p. 1). Por lo tanto, involucraremos en la investigación, la reflexividad del entrevistador, en conjunto con la naturaleza del sujeto de estudio, y de este modo ambas realidades repercutirán en el estudio o caso a investigar.

Es relevante citar a Valles M. el cual menciona que “el sujeto investigador y el objeto investigado son independientes, y que puede investigarse el objeto sin influirlo o ser influido por él, dicho autor se basa en lo planteado por Guba y Lincoln” (1999, p. 51). Se asume una realidad real entonces la postura del conocer debe ser de distanciamiento objetivo o libre de valores para poder describir como son la realidad de las cosas y cómo funcionan realmente las cosas.

Como investigadores es de gran importancia señalar que al realizar un estudio cualitativo, nos veremos propensos a cambios constantes en la investigación, por ende, nuestro recorrido a lo largo del tiempo será denominado como diseño emergente, puesto que emerge sobre su propia marcha, Salamanca y Martín – Crespo (2007,p.1) señalan que;

*“El diseño puede cambiar según se va desarrollando la investigación, es así como el investigador va tomando decisiones en función de lo que ha descubierto, pero, tal como hicieron notar Lincoln y Guba, esto no es resultado del descuido o la pereza del investigador, sino que más bien refleja el deseo de que la investigación tenga como base la realidad y los puntos de vista de los participantes, los cuales no se conocen ni comprenden al iniciar el estudio”*

Permitiendo de este modo generar reflexiones y nuevas lecturas sobre el tema a investigar, como señala Salamanca y Martín – Crespo (2007, p.2) indican que una investigación cualitativa debe ser flexible, elástica, adaptable, holística, no busca la predicción, realiza un análisis continuo y desea entender entorno social.



Como sujetos investigadores y desde la posición en la cual no encontraremos es de gran relevancia indicar que desde el enfoque cualitativo pretendemos generar énfasis en lo señalado por Miguel Martínez (2006, p.6).

*“No pretendemos indagar en Cualidades separadas o separables; se trata del estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es: Una persona, una entidad étnica, social, empresarial, un producto determinado, etc. (...) De esta manera, la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquello que da la razón plena de su comportamiento y manifestación. De aquí, que lo cualitativo no se opone a lo cuantitativo, si no que se implica e integra”*

Es por ello, que se busca hacer eco en la diversidad de las opiniones subjetivas de las dos madres con hijo prematuros, para lograr generar un análisis holístico del tema, como un todo, claro está que no se debe dejar de lado el contexto en el cual nos encontramos.

Es relevante señalar que como investigadoras trabajaremos en base a los tres componentes de la investigación cualitativa *“Primero se encuentran los datos, que pueden provenir de fuentes diversas, tales como entrevistas (...) segundo se encuentran los procedimientos, que los investigadores pueden usar para interpretar y organizar los datos (...) y la codificación”* (Becker, Charmaz, 1983, 1995; Cofland, 1971; Miler y Huberman, 1994, citado en Strauss y Corbin, 2012, p.21). Ante lo señalado es de gran relevancia señalar que nuestra principal fuente de información son las madres de los prematuros, las cuales, a través de sus historias de vida, abrirán las puertas a sus vivencias y realidades. Logrando por medio de sus narraciones observar no la

generalización del tema, si no, explorar, inducir y describir la naturaleza y realidad dinámica de la interacción entre madre e hijo. Rudy Mendoza (2006, p.2) señala que al utilizar la metodología cualitativa se utilizan “procedimientos que hacen menos comparable las observaciones en el tiempo y en las diferentes circunstancias culturales, es decir, este método busca menos la generalización y se acerca más a la fenomenología y a la interacción simbólica”.

De acuerdo al enfoque la investigación será de tipo interpretativa, ya que, se otorgará énfasis en los sentidos y significados de las madres en base a sus propias experiencias. La básica de la lógica interpretativa se basará en “acercarse al corazón de los hechos, a la estructura de los documentos y a la gramática de las fuentes de información primaria con flexibilidad y amplitud de mira” (Gutiérrez, Pozo y Fernández, s/f).

La presente investigación de tipo interpretativa se apoyará en base a las características entregadas por la autora Janesick (1994, p. 212) la cual menciona que:

*“El investigador debe permanecer durante un tiempo en el lugar de estudio familiarizándose con el contexto. Es un proceso centrado en lo personal e inmediato que exige una relación directa cara a cara. Preocupándose por la comprensión de una situación social, grupal o individual, y no por la predicción. Tiende a ser un proceso holístico que adopta un enfoque global de las situaciones y busca la comprensión de los hechos en su totalidad. El proceso será contextualizar teniendo en cuenta la relación dentro del sistema social”*

El método de producción de datos se realizará por medio de un método convencional correspondiente al dispositivo de habla conocido como entrevista en esta oportunidad el estudio se encontrará centrado en entrevistas individuales, bibliográfico y a profundidad. La técnica de obtención de información será mediante a una conversación, entre una profesional del área de la salud en esta oportunidad una terapeuta ocupacional gestora de la presente tesis y una madre de hijo prematuro (dos entrevistas con dos progenitoras diferentes). Se realizarán encuentros reiterados, frente a frente, entre el informante y entrevistador, dirigidos a conocer las perspectivas de vida del entrevistado, basados en sus experiencias y situaciones vivenciadas, expresadas bajo sus propias narraciones. Al ser una entrevista no estructurada, nos basaremos en comprender el tema en cuestión, por medio de las respuestas subjetivas y sinceras de ambas madres. Javier Callego (2002:417) señala que *“la entrevista a profundidad alumbra la amplia tipología en que se concreta. En las entrevistas de carácter bibliográfico concebidas como historias de vida el propio sujeto es el objeto de confesión”*. Es por ello el nivel de importancia de la opinión subjetiva de las madres.

Los criterios muestrales utilizados en la presente investigación, son los siguientes:

- Las entrevistadas deben encontrarse disponibles a cooperar.
- Deben presentar capacidad de comunicación.
- Deben ser imparciales ante el tema a analizar.
- Ser madres de un hijo de pre término, nacido en el segundo semestre del año 2014, en el Hospital San José.

- Madres que se encuentren emocionalmente preparadas para ser entrevistadas sobre el tema en cuestión.
- Progenitoras que reconozcan haber utilizado procedimientos de apego.
- Madres con dos hijos, siendo el menor neonato prematuro.
- Nonatos que permanecieron mínimo un mes en incubadora.

Si las madres cumplen con dichos requerimientos serán las elegidas, ya que, serán entrevistadas por su conocimiento en los procedimientos de apego y por haber vivido la experiencia de tener un hijo prematuro, en el Hospital San José. Además de ello, son las portadoras de una gran sabiduría que las ayudo a superar dicha experiencia, y esperamos que sea transmitida a lo largo del proceso de investigación.

## **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Por medio de este largo proceso investigativo se logró establecer contacto con dos madres que viven en la comuna de Colina, por ende, se encuentran adosadas al mismo Cesfam y Hospital San José perteneciente a la zona norte. Ambas madres de hijos prematuros coincidentemente tuvieron a su neonatos el mismo recinto de salud y en las mismas fechas, compartiendo la sala común de neonatología.

Las madres se encontraron dispuestas involucrarse en la actividad de investigación, para poder conocer las diversas estrategias de apego que fueron realizadas y los elementos socioculturales que rodean a las protagonistas, para ello, nos narraron sus vivencias desde su embarazo hasta la actualidad. Nuestra finalidad es conocer desde los recuerdos más recónditos de las madres el impacto que las diferentes vivencias han generado en el vínculo afectivo de la diada madre e hijo.

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, serán narradas las experiencias de las madres:

### Caso 1:

Por medio de las conversaciones con M nos fuimos impregnando rápidamente de su historia de vida, llena de momentos marcados por el miedo, angustia, estrés y por supuesto notables avances de superación.

Nuestra protagonista de forma gradual fue abriéndonos las puertas a los eventos pasados, presentes y futuros de su vida. Nos señaló que su historia tomo un gran vuelco los últimos días de junio del año 2014, al ir al consultorio a buscar su inyección anticonceptiva. Ella sabía que se había atrasado en las dosis, pero jamás imagino que este retraso conllevaría a un nuevo integrante de su familia, ya tenía cinco meses de embarazo. Algo impensable, puesto que, no se sentía preparada emocional y económicamente para tener a su segundo hijo.

Aún vivía con sus padres y hermanos en una situación que refiere como vulnerable, sumado a ello, el padre de ambos niños presenta una adicción a las drogas y escasamente entregaba apoyo monetario y afectivo, por lo tanto, se sentía completamente sola. En múltiples oportunidades sintió que sus sueños y proyectos de vida se derrumbaban con este nuevo hijo, los objetivos de estudiar y trabajar para salir del círculo en el cual vivía se alejaba de ella cada vez más.

Ante los miedos vivenciados tomo la decisión de mantener su embarazo en secreto, llena de angustia y temores ante lo que dirán sus cercanos, fue auto negando la existencia de su hijo en pleno desarrollo en el interior de su vientre. Muchas veces se olvidaba que estaba embarazada, no sentía ningún movimiento dentro de su vientre, era totalmente diferente al embarazo de su primer hijo, el cual la hacía vibrar con cada experiencia nueva que sentía. Señala que en ocasiones se angustiaba al acordarse del embarazo, en más de una oportunidad pensó en darlo en adopción, tendía a repetir que no podía encariñarse o expresar amor. Tenía culpa, que vida podía entregarle ella a ese bebé. Por esa sensación de baja pertenecía decidió no cuidarse, levantaba objetos muy pesados y llevaba un ritmo de vida no apto para el embarazo.

Solo asistió a una ecografía, en el consultorio se encontró con la hermana del padre de los niños. Esta le pregunto porque se encontraba en ese lugar y ante sus expresiones faciales de M, su ex cuñada comprendió inmediatamente que estaba embarazada. Intento negarlo, pero no logro desmentir la situación en la que se encontraba.

Ambas decidieron entrar al box del ecógrafo, refiere que cuando escucharon el corazón del bebé la acompañante lloraba de emoción y prometía que jamás los iba a dejar solos, que ella lo cuidaría pese a que su hermano era un padre terrible. M no les entregaba importancias a sus palabras, puesto que, sabía que eran declaraciones del momento que no llegarían a nada. En relación a la ecografía, no sentía absolutamente nada, era una guagua más, no causaba ningún sentimiento en ella.

Una mañana del mes de agosto comenzó a sentir fuertes dolores de útero, reconoció rápidamente que eran “especies de contracciones”. Se auto convenció que era imposible, aun no era la fecha para el nacimiento, prefirió aguantar los malestares e intentar hacer

su rutina diaria. Posterior a unas horas no logro aguantar más, le pidió a su padre si podía acompañarla a la casa de su ex pareja para dejar al mayor de sus hijos, ya que, se sentía muy mal de su estómago y necesitaba ir al Servicio de Urgencia Ambulatorio de la comuna, al llegar a la casa del padre de los niños este decidió acompañarlos al recinto de salud.

M refiere que en la Servicio de Urgencia Ambulatorio no logro seguir fingiendo y frente a los dos hombres confesó lo que realmente estaba pasando. Ambos quedaron muy impactados al punto de que el padre del bebé señalo “me quiero morir”. Luego, M fue trasladada de urgencia al Hospital San José.

Al ingresar por urgencias rápidamente comenzaron a movilizarse, la dejaron en el pasillo para hacerle todos los exámenes requeridos, los cuales no se llevaron a cabo por la avanzada labor de parto. Estando en una silla en el pasillo un doctor se acercó, la miro y le dijo “es mentira tu no estas embarazada, no tienes guata”. Sucesivo a ello la hizo caminar, M dio tres pasos y sintió como el bebé salía entre sus piernas, invoco un grito enorme. Solo en ese momento se dieron cuenta de los centímetros de dilatación y la ingresaron a la sala de parto. Señalo que estaba muy asustada, escucho decir a una auxiliar que su bebé iba a nacer muerto, era muy pequeño para sobrevivir.

En un abrir y cerrar de ojos, se encontraba en una camilla junto al personal. Ningún pariente entro con ella, nuevamente estaba sola. Señala que pujo tres veces y el bebé salió. Fue extremadamente difícil y doloroso, cuando le mostraron al bebé se lo llevaron inmediatamente, prácticamente no lo vio. Posterior a ello, el doctor señala que con tanto tiempo sin atención se generó una hemorragia y que estaba perdiendo mucha sangre, que debían actuar muy rápido. Al realizar el procedimiento el doctor le dijo “flaca se te



quedo pegada la placenta”, M refiere no entender nada y a los pocos segundos convulsiono.

M despertó un par de horas después en una cama en el hospital, no entendía nada y tampoco sabía de su hijo. Señala que nuevamente cerró los ojos y despertó al tiempo después. Las convulsiones y la pérdida de sangre, la dejaron anémica, no tenía fuerzas para nada.

Recién al cuarto día logro tener un poco de fuerzas para arrancarse de su habitación, para ver a su hijo en la sala de neonatología. Ella no sabía quién era su bebé hasta leer el nombre de la mamá en la incubadora, el bebé aun no tenía nombre. Señala que lo observo tan pequeño, delgado, frágil, transparente e indefenso, que cayó al suelo desmayada. Despertó en su habitación muy débil.

Solo a las dos semanas se encontró en adecuadas condiciones para interactuar bien con su hijo. Se acercó y lo miro, lentamente lo roso con su mano, nuevamente por la impresión cayó al suelo. El periodo de recuperación fue más corto que la crisis anterior, por lo que se armó de fuerzas y nuevamente lo visito. Estaba rodeado de máquina y mangueras, con la luz su piel se veía transparente y frágil. Le daba mucha pena verlo así, pero la verdad es que era como cualquier otra guagua, de echo” le daba pena porque era un bebé”.

Al poco tiempo después le dieron el alta a la madre, según lo establecido por el hospital podía ir a visitarlo de nueve de la mañana a la nueve de la noche. M fue a verlo la gran mayoría de los días en su instancia en el hospital, pese a que aún no lo aceptaba

como hijo, lo visitaba porque le daba pena que estuviera solo. Le costaba a reconocer a ese niño como propio, señala que no sentía amor por él, no sabía cómo reconocer lo que le pasaba a su hijo, era como cualquier otro.

Durante 81 días en la neonatología del Hospital San José se convirtió en el hogar de los dos, ella prácticamente pasaba todo el día en son a la incubadora. Menciono que el ambiente social que se vivía en la sala era fluctuante, las madres cambiaban todos los días y cada una se encontraba preocupada de su hijo. Algunas profesionales de la salud que se encontraban de turno eran bastante desagradables, pero otros eran más simpáticos, ellos a veces la ayudaban y respondían ciertas dudas. El contexto físico no le ayudaba mucho, siempre había una luz entre día- noche y un silencio horrible que se veía interrumpido por el constante sonido de las maquinas, que poco a poco se transformaban en un ruido rutinario.

El Hospital San José se preocupó de que recibiera asistencia psicológica, ella solo fue dos veces, señala que no entendía lo que le hacían hacer, una vez le hicieron dibujar una flor, pero jamás entendió el porqué. La psicóloga le pidió que asistiera el padre del bebé, pero jamás quiso ir. Lo cual no era raro, ya que, en los 81 días de hospitalización solo lo visito cinco. M decidió no asistir, simplemente prefería utilizar ese tiempo con su hijo.

El hospital tiene como norma que los niños prematuros que sufrían ciertos problemas respiratorios, les solicitaba a los padres que debían ir a clases de reanimación, si no lo hacían no podían darlos de alta. Solo por ello, decidió asistir y realizar dos o tres sesiones.

Pese a que había pasado un par de semanas, M no se atrevía a tomar a su hijo, le daba mucho susto y además una enfermera le dijo que no podía moverlo, era muy peligroso para la salud del niño. Un día cuando lo miraba en la incubadora un matron se acercó y le pregunto si quería tomarlo, M respondió inmediatamente que no, que era peligroso y que no se atrevía. El matron le comento que es importantísimo que el niño tenga contacto con la mamá y es más en la neonatología implementan una técnica llamada mamá canguro, M no entendía mucho de lo que le hablaba, solo integro que era fundamental para que se apegara más con la madre y para mejorar el afecto entre los dos. Debía ponerle cerca de su pecho para que sintiera su corazón y protección. Señalo que se quedaba tranquilo, pero tampoco ella sentía mucho más. Sin embargo, siguió realizando la técnica una hora al día a lo largo del proceso de internación.

M señala que no sabía mucho del apego antes de llegar a la neonatología, lo que si tenía muy claro era sobre la importancia de la leche materna en los niños. Lamentablemente el bebé presentaba una gastrostomía y productos de las sondas, la madre no podía darle pecho, lo cual la complicaba demasiado. A los dos meses se le cortó la leche, le explicaron que era porque el bebé no succionaba. Después a los cuatro meses no aguanto más y sintió que debía tomar a su hijo y acercarlo a su pecho, repentinamente comenzó a generar leche. Observo que el bebé se quedaba algo más tranquilo, cuando las enfermeras la vieron le dijeron que era muy peligroso y que había que supervisar el procedimiento porque el bebé corría el riesgo de ahogarse. Pero igual le dieron permiso para realizar lactancia, porque era sano para el niño y se quedaba más tranquilo. Nunca le explicaron mucho más del tema.

Un día unas internas de kinesiología le enseñaron hacer masajes en las piernas, espalda y estómago, donde le mencionaron que servía para relajarlo y para que hiciera más fácil sus necesidades. Igual señala que vio resultados así que continuó haciéndolo.

M refiere que nunca nadie se acercó a ella a explicarle de forma clara y completa que es el apego o que se puede hacer para que la relación entre su hijo y ella mejore, generalmente ella era la que preguntaba, pese a que contestaban sus dudas puntuales nunca la información iba más allá de eso. Recuerda que un día le mostraron un folleto, en el cual decía que hacer para mejorar el cariño mutuo entre madre e hijo.

M refiere que todo el proceso, desde el conocimiento del embarazo hasta la actualidad ha sido completamente solitario, nunca se ha sentido acompañada de forma concreta y perdurable por alguien. Lo cual se ha evidenciado en los momentos más críticos en la salud de ella y su hijo.

Debemos recordar que desde el inicio ella tenía mucho miedo a que su familia se enterase de la noticia del embarazo, por lo cual decidió tenerlo oculto. Puesto que, corría el riesgo de ser echada de su hogar junto a su primer hijo.

.....Su pareja jamás estuvo a su lado desde el conocimiento del nuevo hijo, rara vez recibió apoyo emocional y económico por su parte. Para él era literalmente “un cachito” y tampoco aseguraba que era su hijo, solo lo reconoció por acuerdos familiares que la protagonista no quiso profundizar.

En su estancia en el Hospital San José rara vez su familia biológica iba acompañándola, siempre debían hacer cosas para la casa o en el trabajo. Es mas solo los abuelos conocían al bebé, pero muy poco y el padre con suerte fue cinco veces a visitar a su hijo.

M señala que su máximo apoyo en la instancia del hospital fue de la abuela paterna del bebé, pese a que no iba siempre, constantemente estaba preocupada de todo lo que se refería a su nieto. Ella era un gran apoyo, se sentía respaldada y segura. Podía hablar con ella y contarle los pequeños logros, estaba tranquila en comentarle a ella lo que era tan íntimo entre madre e hijo.

Según M al darlo de alta el bebé no presentaba grandes complicaciones de salud aparte de los problemas respiratorios que le aquejaban. Cuando lo llevo a su casa todos los familiares querían conocerlo, iban a visitarlo y decían que lindo es el bebé. Todos querían tocarlo y tomarlo, decían cosas preciosas acerca de su hijo. Ella comenzó a sentirse un poco mejor, no había sentido tanto apoyo hace mucho tiempo.

Posterior al alta entregada M observo como su hijo comenzó a ponerse cianótico, ella se asustó muchísimo y comenzó a darle respiración boca a boca, gracias a lo aprendido en sus clases de reanimación. Logro estabilizarlo y se fue rápidamente al hospital, en este le dijeron que era exagerada y que se fuera a su hogar. Al poco tiempo, volvió a presentar una crisis y lo llevo. Le dijeron que su hijo debía quedar hospitalizado.

Posterior a la segunda hospitalización nuevamente todos los amigos y familiares desaparecieron, ella diariamente lo iba a visitar al hospital. Pese que refiere que aún no sentía amor por él y lo hacía porque era un bebé muy pequeño.

El miedo al no cumplir con su entorno y no aceptar de forma adecuada los diversos retos que la vida le ha puesto en el camino, la ha llevado a una vida de temor a fallar, supeditada a la creencia que todo lo que pasa es parte del destino que la está castigando,

por no aceptar muchas veces la responsabilidad ante ciertos eventos tanto positivos como negativos vivenciados.

Nuevamente se encontraba sola en otra sala de neonatología, ella sentía que su hijo iba avanzando más en su recuperación, tenía mucha fe en que todo iba a resultar bien. Podía ver que poco a poco su hijo volvía a sonreír y tenía más color en su cara.

Al ver que el bebé estaba mejor un día lo visito más tarde, ya que, debía acompañar a su hijo mayor al jardín. Cuando llego al hospital se percató que la guagua no estaba, solo había unas sábanas blancas, ella sabía que cuando hacían eso era por que el paciente había fallecido. Desesperada corrió donde una enfermera y le pregunto qué estaba pasando, a ello le respondió que su hijo había sufrido un paro cardio respiratorio, la verdad que M no sabía que significaba eso, solo sabía que era muy malo porque lo llevaron al piso de las personas que se encuentran en estado crítico.

Al llegar al lugar en donde se encontraba el bebé, los médicos dejaron que pasara, pero con mucho cuidado. Cuando se acercó comenta que el monitor comenzó a parpadear y sonar mucho, los doctores la sacaron de inmediato.

M espero sola por muchas horas afuera de la sala, temía que su hijo estuviera muerto. Una terrible angustia y desesperación la comenzó a rodear. Por primera vez se dio cuenta que en realidad ella amaba a su hijo, no podía vivir sin él y por ningún motivo quería perderlo. Al acordarse de todas las cosas que hizo con anterioridad un sentimiento mezclado entre culpa y amor reflató, y la soledad se marcaba nuevamente en esta nueva etapa de su vida.

Un doctor salió de la sala y con cara de preocupación le informa a la madre que su hijo por poco muere, sus niveles bajaron al mínimo y debieron reanimarlo. Nuevamente, la dejaron pasar, al observarlo se dio cuenta que su hijo no estaba bien y que si salía de esto su vida no sería la de cualquier otro niño.

Luego de un tiempo el bebé se estabilizó, M se lo llevó a casa. La recepción fue terrible, ya nadie quería tocarlo o tomarlo, ella sentía que era porque no era un bebé sano. En vez de alabanzas, solo escuchaba reclamos por parte de su núcleo más cercano. Era común escuchar “calla esa máquina” o “que el niño era muy ruidoso”. Recuerda un día haber escuchado como su abuela decía “debieron regalar a ese cacho antes que comenzara a traer problemas”. M no podía decir mucho porque podían echarla. Los malos tratos verbales hacia ella y su hijo, fueron haciendo que ella se aislara en su casa con sus dos hijos y que potenciara el apoyo dado por la abuela paterna de ellos.

Todo lo vivido y el poco apoyo recibido, conlleva a la imperante necesidad de estar cerca de su segundo hijo, sentía que si lo dejaba solo o al cuidado de alguien se iba a morir o pasar algo muy malo. Solo en dos oportunidades debió dejar a su hijo al cuidado de su ex suegra, pese a la confianza igual sentía grandes aprensiones. Cuando lo dejó el bebé ni cuenta se dio, ella por su parte estaba histérica y llamaba por teléfono a cada rato. Al volver se dio cuenta que el niño estaba muy bien, parecía no haberse dado cuenta de la ausencia de su madre.

Cuando a M le preguntan cómo ha sido todo este proceso, menciona que lo más complicado es vivir con la culpa de no haber aceptado y reconocido a su hijo desde el inicio, siente que el negarlo y menospreciarlo, generó todas las malas cosas suscitadas.

Actualmente expresa que ama a sus dos hijos de forma incondicional, y que por ellos podría hacer cualquier cosa.

Se observa que M aún no logra aceptar que su hijo al ver nacido tan prematuro conlleva a múltiples problemas de salud, que generaran grandes dificultades en la vida de su hijo. Muchas veces señala que este lograra recuperarse y que tendrá una vida normal como la que podría tener su otro hijo.

Al hablar del futuro señala que se ve sola, sin ningún hombre. Tiende a repetir que jamás una pareja la va aceptar con dos hijos, más encima con uno que tiene ciertos problemas. M señala que siempre va a estar sola con ellos y va a luchar porque estos tengan un hogar y buenas profesiones.

M menciona que no sabe si lo a echo bien, ella creo que no, por no haber aceptado a su propio hijo. Sin embargo, sabe que lograra todo lo que se propone, ya que, sus hijos son todo. Reconoce que este proceso la ha convertido en una mujer fuerte lo cual la ayudara en los nuevos retos de vida que están por venir.



## Caso 2:

El tiempo transcurrió en la vida de B después de su separación, comenzó a encontrarse con amigos del pasado y fue en ese momento en donde se reencontró con un antiguo amigo, el cual resulto ser su pareja en la actualidad. Su relación de pareja cada día se consolidaba y sentían que estaban preparados para tener un hijo, es por eso que se sintieron seguros y tomaron la decisión, fueron al doctor para que los orientaran en pequeñas dudas sobre como dejar el tratamiento de anticonceptivos para no causar ningún problema, ya que ambos tienen sobre los cuarenta años.

Pasaron los meses y B se entera que estaba embarazada, en ese instante se encontraba con su hija mayor, las sensaciones que en se momento las abordo fue de mucha alegría a tal punto que lloraron abrazadas, fue un momento emocionante para la familia, ya que esperaban con muchas ansias la llegada del nuevo integrante, dicho acontecimiento llegaría a marcar un nuevo comienzo de unión, felicidad, de apego, aprendizajes, compromiso, comprensión y desafíos, que en conjunto debían afrontar.

Es así, como los integrantes del núcleo familiar comenzaron una nueva etapa de reestructuración de sus rutinas, cada uno de manera individual fue aceptando y a la vez adaptándose a este cambio, ya que todos querían de alguna u otra forma participar del proceso de los controles y exámenes que eran realizado en el Cesfam Esmeralda o Hospital San José, durante dicho periodo no existió nada anormal en relación a los chequeos médicos que fueron realizados, no obstante siempre había una preocupación y susto de los padres de la señora B, ya que le recriminaban que no tenía la edad para ser madre, que debía estar trabajando y tenía que estar en otra etapa de su vida, pero es

importante mencionar que a pesar de todo los comentarios que le decían, de alguna u otra forma se preocupaban de ella y prestaban toda la ayuda necesaria en todo momento.

Por lo tanto, mientras el tiempo transcurría la madre asimilaba y aceptaba su embarazo, empezó a realizar todas las indicaciones que fueron entregadas por los profesionales de la salud y a su vez a tomar todas las precauciones para favorecer el estado de su hijo y de la madre, es así como comenzó a cambiar su dieta alimentaria, empezó a estimular a su hijo con música y a tomar las vitaminas que entregan en el Cesfam de su comuna. El desarrollo de su embarazo fue completamente normal en relación a la parte física tanto de ella como su hijo.

Desde que la madre supo que estaba embarazada, siguió detalladamente todos los aspectos que involucran el bienestar de su hijo, es por eso que al tener las semanas aptas se realizó la ecografía, es aquí donde la madre al escuchar los latidos de su hijo recordó todos esos sentimientos que afloraron con su primera hija, fue completamente enriquecedor y emocionante, fue impresionante darse cuenta que su hijo estaba dentro de ella y a su vez que estaba vivo. Las sensaciones fueron completamente diferentes en ambos embarazos, en este último existió miedo por saber en la etapa de su vida que vivía y la responsabilidad que debería asumir.

Es en el sexto mes de embarazo aparecieron problemáticas que debían afrontar y solucionar en familia, B emocionalmente estaba más sensible y se agudizó cuando comenzó a tener dificultades en su relación de madre e hija, fue un periodo difícil, la hija cambió adoptó una actitud rebelde, desafiante, negativa y contestadora, generando angustia y una inestabilidad emocional en la madre, no lograba encontrar el camino para solucionar dicha situación, esta actitud de rebeldía de la hija no era constante, por

lo tanto habían momentos que la relación mejoraba entre ambas, es en este periodo donde existió un apoyo importante de contención por parte de los padres de B y su pareja, quienes aconsejaron y acompañaron en momentos que no veía solución.

Al octavo mes de embarazo B tuvo sangramiento, el cual fue diagnosticado como pólipos, provocando la ida dos veces a urgencia, como su estado es de cuidado los profesionales tomaron todas las precauciones correspondientes dejándola hospitalizada e iniciando un tratamiento con inyecciones que poseen corticoides, con el fin de evitar que se adelantara el parto, el propósito del equipo de salud, madre y familiares era que el menor cumpliera todo su ciclo vital en el vientre materno.

Cuando la madre tenía 37 semanas de gestación comenzaron las contracciones de manera más intensa, lo que provoca la decisión de ir al Servicio de Urgencia Ambulatoria junto a su pareja e hija, al llegar a dicho establecimiento le tomaron los signos vitales y realizaron el monitoreo correspondiente, llegando a la conclusión que presentaba todos los síntomas para trasladar al Hospital San José, al llegar a dicho establecimiento volvieron a tomar signos vitales y la llevaron a la sala donde realizan los monitoreo a las embarazadas, en ese lugar se encontraba sola con el profesional a cargo de la sala, fue un momento importante para ella, comenzó asimilar el poco tiempo que quedaba para conocer a su hijo y su vez estaba tranquila porque sabía que su hija y su pareja estaban esperándola en la recepción del hospital.

Por otro lado, se siguió con los pasos estipulados por el hospital, al encontrarse con la dilatación adecuada hacen ingresar a su pareja para que le pasara sus utensilios personales, posteriormente se la llevan sin acompañante a la sala de parto para

comenzar con el proceso de parto, este momento fue rápido entre que iban y venían profesionales seguido de las instalaciones de máquinas, medicamentos, entre otras cosas.

Cuando se encontraba todo preparado y comenzó el momento del parto, la madre se puso incomoda y preocupada, porque sabía que es estrecha de pelvis y eso podría traer dificultades al momento de pujar, se cuestionaba en todo momento si iba a ser capaz de pujar de manera correcta, es en ese momento cuando la matrona la tranquiliza, la contiene, le da su apoyo y le entrega técnicas para poder superar esta situación de estrés.

Al momento del nacimiento de su hijo no existieron complicaciones, por ende, el parto normal fue bueno, cuando nació el bebé no realizaron el primer contacto entre madre e hijo, se lo llevaron de inmediato le efectuaron los exámenes pertinentes, es en ese momento cuando ella comienza a sospecho que las cosas no estaban bien.

Cuando se llevan al bebé a la sala de exámenes el equipo médico hace ingresar al padre para que vea dichos procedimientos y a su vez lo preparan para darle la noticia que su hijo tiene Síndrome de Down, conversan con él y le dan la opción que decida si él le entrega la noticia a su pareja o el médico de cabecera, posteriormente él se retira y se dirige donde su pareja para entregarle la noticia, al encontrarse los dos, ella ya se había enterado por una técnico que sin tener nada de ética le entrega la noticia, fue un momento devastador la madre tenía sentimiento de culpa, rabia, angustia, confusión e ignorancias , desde ese instante comenzaron los cuestionamientos, de porque las cosas estaban saliendo de esta manera si había realizado todas indicación como corresponde, se considera una mujer sana y sin vicios, en este momento la confusión que sentía fue tan grande que por primera vez no sabía cómo abordar dicha problemática en su vida, en ese momento solo escucho las palabra de su pareja que le entrega todo su apoyo y

menciona que no existía culpable en esta situación que ambos estaban pasando, es importante mencionar que el padre está ligado a la religión cristiana, lo hace que su fe sea lo primordial en su vida.

En el momento que lo vio que por primera vez, fue a los dos días de nacido debido a diferentes problemáticas que presento, los profesionales de la salud le entregaron una revista de cómo era el desarrollo de los bebés, pero la madre se reusó a ver, tomando la decisión de aprender juntos con su hijo, ella quería que su bebé le entregara las herramientas para favorecer su desarrollo, dicha situación fue para no cuestionarse sobre si las decisiones tomadas eran las correctas.

Después de este proceso complicado para la familia, el cual era recibir la noticia y a su vez hacerse cargo que su hijo o hermano era prematuro y además tenía un síndrome, comenzó la etapa de aceptación, quien presento más problema en este proceso fue la hermana mayor, su actitud no fue la que todos esperaban se podía apreciar vergüenza, miedo o a lo mejor no sabía cómo abordar la situación y más aún afrontar a sus padres.

Como se mencionó anteriormente al bebé lo pudieron conocer después de dos días de nacido, ya que debían hacerle todos los procedimientos debido a los problemas que tenía en la sangre, su tratamiento lo recibió en la sala de neonatología, después del 4 día comenzó con dificultades que requirieron que él bebé dependiera de oxígeno siendo este proceso mucho más largo de 79 días hospitalizado. Fueron momentos difíciles, tuvieron que aceptar que no se podían llevar a su hijo al hogar, pero a la vez sabían que tenían que estar en dicho establecimiento de salud.

Con el transcurso de los días debían adecuarse a las condiciones y reglamentos que estaban instaurados en el hospital, entre ellas los horarios de visitas, los padres podían estar todo el día, pero no podían alojar en el hospital, este reglamento para toda la familia fue cansador, ya que tenían que organizarse para viajar todos los días desde la comuna de Independencia a Colina.

Durante la estadía del bebé en la sala de neonatología vivió un episodio que marco a la familia, al llegar a la visita se dieron cuenta que su hijo se habían quemado la cara, los padres al ver el estado en el cual se encontraba su hijo, llaman al personal que esa noche estaba haciendo turno para que le dieran alguna explicaciones de lo que había pasado pero ningún miembro del equipo de salud fue capaz de hacerse responsable ni menos contarle con que elemento habían quemado la cara de su hijo, los padres trataron de hacer un reclamo hasta realizaron las gestiones para poder hablar con la directora del hospital pero los tramitaron demasiado, por ende los padres desistieron porque no querían perder el tiempo, deseaban aprovechar a cada instante para estar con su hijo.

La estadía del bebé en la sala de neonatología, fue un episodio en donde la madre debía aceptar y respetar varias normativa, una de ella era el horario de vistas, se podían quedar la gran mayoría del tiempo en la sala, pero no los dejaban dormir en el establecimiento, los padres al vivir en un lugar retirado de Santiago a las 20:00 estaban tomando el bus de regreso a su hogar y al día siguiente a las 8:00 am estaban tomando el bus en dirección al Hospital, la hermana y los abuelos también podían visitarlo, solo tenían la restricción de no estar resfriado y cuando comenzaba la campaña invierno, postergaban las visitas de los abuelos, esta normativa estaba impuesta desde el hospital.

También, dentro de la sala existían protocolos, donde solo podía la madre tocarlo, tomarlo con tiempo restringido para que él bebe no se acostumbrara a los brazos y darle su alimentación, no le permitían bañarlo, mudarlo y sacarle fotos, tampoco existía algún conducto normativo donde algún profesional de la salud le enseñara como debían tomarlo, posicionar, estrategias de apego, entre otras, solamente ocurría que si la madre preguntaba le explicaban y aclaraban sus dudas cualquier profesional o técnico que estuviera en la sala, una profesional del programa Chile crece contigo le hablo sobre cómo debía tomarlo para realizar madre canguro, pero no le explico la importancia, para serbia o cual era la finalidad de realizar dicha técnica.

Después una kinesióloga le enseñó masajes para estimular la zona digestiva y la madre aprovecho esa instancia para pedirle que le enseñara otras técnicas y a su vez pregunto que si lo que ellos como padres estaban realizando estaba bien en relación a la estimulación que le estaban entregando a su hijo como por ejemplo cantarle, hablarle, mostrarle las manos, etc.

Este momento fue fuerte para la madre, debía acostumbrarse a los horarios, luchar con el cansancio diario que sentía, con la incertidumbre, con las ganas de llevarse a su hijo a su casa, con la preocupación de que todos los procedimientos que recibía su hijo serian para mejorar su estado de salud, con las ganas de tener a su hijo siempre con ella, con la preocupación constante sobre el estado de salud y más aún tener la presión de responder como madre, pareja y dueña de casa, este periodo de estrés por el cual estaba pasando.

El ambiente en la sala de neonatología no le ayudaba en nada, puesto que, las diversas máquinas de monitoreo sonaban todo día y noche, aumentando el estrés de la

madre. Pensaba de forma continua que, si ella estaba mal con el ruido ambiente, como estarían los seis bebés de la sala, esto hacía elevar su nivel de estrés. Todos estos factores provocó que a la madre la derivaran al psicólogo atendiéndola 1 vez a la semana, la madre dejó de asistir porque prefería estar ese momento con su hijo.

El tiempo transcurrió rutinariamente, hasta que llegó el día en que al bebé le dieron el alta, los profesionales de la salud al encontrar que él bebé cumplía con todas las condiciones óptimas y se encontraba regulado el monitoreo de la máquina que debía utilizar por la apnea central que presentaba la madre realizó todos los papeleos correspondiente y se lo pudo llevar a su hogar, dicho momento fue de mucha emoción, no logro evitar el llanto de felicidad y el alivio que sintió en ese momento fue enriquecedor, la tranquilidad que vivió e fue lo mejor que le había pasado durante todo este periodo.

La madre quería darle una sorpresa a su hija, nunca le conto que ese día que iba al hospital era para traerse al bebé, por lo tanto al llegar a la casa con su pareja e hijo fue muy especial, la hermana del bebé se puso a llorar de felicidad y al tiempo después él bebé tuvo la misma reacción de llanto, la madre cree que fue por desconocer la casa y ver a mucha gente en el lugar, es así que después de la recepción que tuvo él bebé en la casa, comenzaron a ordenar y armar todas las cosas que le faltaban, el ambiente generado en ese momento era de felicidad plena y armonía.

Al día siguiente las madres junto a su hijo tuvieron que ir al hospital a control y colocarse al día con las horas para los médicos especialistas, desde este instante en adelante comenzó otro cambio y adaptación a la nueva rutina que tendrían como familia. Por otro lado, el bebé utilizaba la máquina para la apnea central, la cual sonaba todo el



día sin para, al principio los integrantes de la familia se asustaban porque no entendían que era lo que ocurría, por ende la madre debió educar a los integrantes de la familia en qué consistía la máquina y los porcentajes que tenía que tener el bebé, aun así ella también se preocupaba, cuando su hijo estaba durmiendo y la maquina sonaba la madre se acercaba y lo movía, ni el menor estaba durmiendo bien.

Sumado a ello, este momento fue de mucho estrés para integrantes del núcleo familiar debido al sonido constante de la máquina, no los dejaba dormir por las noches, dicha situación fue un momento tenso y cansador. En un comienzo sonaba tanto la máquina que la madre se preocupaba por los vecinos, ya que el lugar donde vive es un departamento pequeño que prácticamente se escucha todo lo que hacen a su alrededor, a pesar de no gustarle el lugar donde vive por el tema de la violencia y la drogadicción, sus vecinos se comportado de buena manera con la madre, la ayudaron a organizar un par de eventos para tener los recursos económicos y comprar diversos implementos que el bebé necesitaba.

Esta vuelta al hogar conllevó múltiples cosas que hacer, puesto que, debía cumplir con todos sus roles. Su hija en un comienzo no la ayudo mucho debido al miedo que presentaba, le costó aceptar a su hermano y la situación vivenciada. Los abuelos intentaron ayudar lo cual fue difícil, ya que, aun no aceptaban la condición de su nieto, la abuela lloraba todos los días y el abuelo evitaba la situación acontecida. La madre del bebé tenía que lidiar también con la baja aceptación de sus progenitores hacia la situación de su nieto. Sin embargo, ella presento una gran fortaleza y logro vencer cada obstáculo, menciona que la felicidad más grande era estar con su hijo en el hogar.

Las redes de apoyo familiares y de salud que presenta la madre son buenas, a pesar de que la familia vivió un proceso de aceptación largo, nunca la han dejado sola en nada, aunque la madre tampoco pide ayuda. No le agrada dejar a su hijo incluso cuando realiza tramites personales, lo lleva para todos lados lo incluye en todas las actividades, solamente un par de veces lo ha dejado con su hija mayor cuando va a la feria a comprar algo puntual, pero toma todas las precauciones para que su hija no tenga problema, una medida tomada es dejarlo despierto.

Al pasar el tiempo la madre y su familia aceptan la situación vivenciada, aprendiendo juntos. La progenitora realiza todo lo que este a su alcance para que su hijo consiga lo mejor y logre la mayor independencia posible, ya que, se pregunta todos los días que pasara cuando ella no este. Independiente que tenga padre y hermana, piensa que cada uno tendrá su vida después y no quiere que por obligación se hagan cargo.

Todo este proceso es agotador, más aún que la pareja descansa en la madre, siendo ella el pilar más fuerte de este núcleo familiar, ha logrado muchas cosas y con cada experiencia vivida le da fuerzas para seguir adelante, ya que, ha visto cambios significativos en su hijo, esto le da esperanzas y a su vez cree que todo lo que ha hecho hasta el día de hoy ha dado frutos. Siente que ello le servirá en un futuro para que el niño consiga ir al colegio y así ella retomar su vida.

## **ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE AMBOS CASOS**

Ante las narraciones conocidas con anterioridad nos podemos dar cuenta que cada diada de madre e hijo es un mundo único e íntimo, lleno de elementos y vivencias que marcan las historias de las participantes y como estas pueden influir de manera positiva o negativa en la forma de actuar ante la vida.

Podemos darnos cuenta que las madres en cuestión presentan varias similitudes que se desprenden desde las narrativas de vida. Es importante mencionar que las progenitoras en cuestión son legalmente solteras con embarazos previos, viven en la misma comuna y sector, lo cual, determina los establecimientos en los cuales deben realizar sus procedimientos médicos, es por ello que, al momento de tener a sus hijos prematuros la atención recibida fue en el Hospital San José.

Los nacimientos de los bebés fueron a través de parto normal, ambos con complicaciones que restringieron el primer contacto con la madre. Los recién nacidos fueron llevados de manera inmediata a la sala de procedimientos, para luego ser derivados al área de neonatología con el fin de comenzar el tratamiento en incubadora para potenciar el desarrollo extra uterino del bebé, sin embargo, en este lugar se llevaron a cabo procedimientos invasivos los cuales generaron condiciones angustiosas y difíciles de manejar para el neonato, entre ellas se encontró estímulos de la fuerza de

gravedad, posicionamientos, sonidos de gran magnitud, dolor, luz de gran intensidad y manipulaciones contantes para realizar los procedimientos médicos, entre otras.

En relación a las estrategias de apego que se generan en el hospital, es importante mencionar que no se encuentran establecidas protocolarmente, es por eso, que durante su estadía en la sala de neonatología, parte del equipo médico solo menciona ciertas estrategias de apego, generalmente la información entregada se realizaba de manera informal, ya que, como se mencionó no existían programas establecido o pautas para capacitar a las madres acerca de las acciones adecuadas para favorecer el vínculo de apego.

Generalmente, la relación entre médico y paciente, se daba cuando la madre tenía una consulta y el profesional de la salud presente en ese momento se la respondía.

Existieron tres estrategias nombradas por las madres en las narrativas de vida; mamá canguro, lactancia materna y masajes, dichas estrategias no fueron explicada a profundidad, solo se les entregaron indicaciones verbales de cómo y cuándo se debían hacer con el fin de mejorar el vínculo afectivo y conexión entre la diada.

Es relevante recalcar que el hospital le brindo a ambas madres la oportunidad de iniciar una intervención psicológica desde el nacimiento de sus hijos. Sin embargo, las dos progenitoras desertaron del tratamiento puesto que los tiempos dedicados a las sesiones restringían las oportunidades de visitar a sus hijos.

Cuando a los bebes le dieron el alta en el hospital, comenzó otro proceso importante en la vida de las madres y familia, ambas debían enfrenta la recepción que les darían a

sus hijos en el hogar, es así como tuvieron que presenciar como existió un rechazo por algún miembro del núcleo, fue una vivencia de negación, evitación de contacto físico, miedo, despreocupación del estado de los bebés, entre otros.

Las situaciones vividas por las madres fueron de incomodidad absoluta, en ellas también existía el miedo y confusión de cómo enfrentar dicho momento, más aún no teniendo la contención apropiada ni el apoyo necesario de toda la familia, sumado a ello había un desconocimiento en relación a las patologías que presentaban sus hijos, por ende, más difícil se les hacía responder las preguntas que realizaban los integrantes de la familia, ya que, ni ellas tenían las respuestas adecuadas. Además, de todo el conflicto que existía dentro del núcleo familiar, las madres comenzaron a ausentarse en el hogar, porque debían comenzar con los controles con los diversos especiales y exámenes que debían realizarse en el hospital y en el Cesfam de su comuna.

Como nos hemos percatado a través de ambas historias, cada madre tiene un mundo único con sus hijos, que pese a que hayan pasado por situaciones extremadamente similares en un mismo periodo de tiempo y hayan recibido el mismo apoyo médico en relación a los procedimientos, tratos y enseñanzas en las diversas técnicas de apego que se realizaron al interior de la neonatología. Existen múltiples diferencias entre ellas que se hacen evidentes en la forma de interactuar con sus hijos.

Es relevante señalar que desde el inicio del embarazo existió una brecha enorme del cómo ambas vivieron el momento, por un lado, nos encontramos con una pareja constituida, adulta y madura que buscaba el nacimiento de su hijo, por ende, estaban preparados para la noticia y se la tomaron con mucha felicidad, llenos de ilusiones y preocupaciones para que este nuevo integrante de la familia naciera en óptimas

condiciones. Por otro lado, nos encontramos con una madre joven y sin mucha experiencia de la vida, que aún no ha podido encontrar una estabilidad en una pareja o en el plano familiar, vemos a una progenitora que queda embarazada por no haber tomado las protecciones adecuadas y que simplemente al saber que estaba esperando un hijo, lo negó desde el primer instante y evito cualquier cuidado para ella y el bebé aún no nacido.

La madre que se caracteriza por tener una mayor estabilidad en su vida, contaba con el apoyo incondicional de su pareja, pese a que a veces descansa en ella, el cual la acompaña en las dificultades que iban surgiendo y le dio fuerza para sobreponerse a los momentos difíciles. Por otro lado, la madre joven, no tenía a su lado ningún apoyo continuo, simplemente en su relato se expone soledad.

El hijo de la madre caracterizada por ser madura, llega a un hogar sólido conformado por una familia estable, con ciertas dificultades pero que son controladas por los fuertes cimientos que se forjan a través de un objetivo en común en familia. Por otro lado, el bebé llega a una familia quebrantada por los malos tratos y violencia verbal, donde no existe apoyo ni para la madre ni para el bebé.

El resguardo y apoyo de la progenitora con más años, no solo se encuentra en las redes familiares, también en la tranquilidad económica y el comprender un poco más sobre lo que le sucede a su hijo, lo cual la ayuda a tomar decisiones con más calma y seguridad. Sumado a ello, el padre de la familia es un individuo creyente y devoto a la fe cristiana, su premisa se basa en que Dios quiso que ellos criaran a ese hijo por lo que había que amarlo y quererlo sobre todas las cosas. La madre joven por otro lado no

presentaba tranquilidad económica y tampoco emocional, puesto que, la culpa surge en cada etapa nueva de su vida y esta restringe su actuar.

## ANÁLIS INTERPRETATIVO GLOBAL

Ante lo descrito con anterioridad nos percatamos en una primera instancia que a ambas madres se les entrego conocimientos similares acerca del apego como tal y de las estrategias de apego, dicha información se traspasó a través de las mismas vías.

Ante las narrativas se desprende que los conocimientos entregados se caracterizaban por tener un poder informativo vago y pobre, el cual en ciertas oportunidades generaba más dudas que tranquilidad a las madres. Las vías de acceso tampoco se caracterizaron por ser las adecuadas, ya que, se encontraban dominadas por la informalidad y la coincidencia de encuentros de las madres con algún profesional.

En ambas oportunidades el equipo de salud dejo de lado una premisa fundamental para la adecuada recuperación de los bebés y la estabilidad emocional de las madres, la cual es primordial en el proceso tanto en la neonatología como fuera del hospital. No se le otorgo énfasis en la responsabilidad que tienen los profesionales de entregar información pertinente a las progenitoras, para el adecuado involucramiento en el proceso, el cual es fundamental para favorecer las relaciones interpersonales entre madres y sus hijos nacidos de pretermino. Teniendo en cuenta que el contacto con la madre es una de las claves para la adecuada recuperación del bebé (Galleguillos y Gutiérrez, 2011).



Bowlby (1969) señaló que la estabilidad física y emocional tanto para el hijo nacido de pretermino como para su madre, se logra cuando la progenitora es un agente activo y primordial dentro del proceso, el lazo que se forja entre ellos determinara el desarrollo del vínculo afectivo.

Bowlby (1979) también señaló que “el comportamiento de apego es un sistema motivacional innato que busca la proximidad entre el niño y sus cuidadores”, es por ello que como tesis le entregamos énfasis en que las madres deben ser involucradas en cada proceso de sus hijos, ya que, en la gran mayoría de las progenitoras existe una necesidad imperiosa de acercarse, tener contacto y dar amparo a sus hijos. Por lo tanto, si existe una privación materna, pudiese generar fuertes trastornos vinculares o afectar la calidad de la salud mental de ambos (Thomas y Méndez. 1979).

Por ejemplo; en el caso de la madre de menor edad, en una primera instancia le repetían incontablemente que su hijo se encontraba extremadamente delicado y que no le recomendaban tocarlo o intentar mecerlo, ante ello y otras variables antes expuestas, decidió alejarse y ser un personaje secundario en la hospitalización de su hijo. Después de transcurrir un par de días un matron se acercó y le dijo si quería cargarlo, ya que era muy importante para el bienestar de ambos. Cuando se animó a involucrarse un poco más con su hijo, no logro sentirlo como tal.

Por otro lado, la investigación nos llevó a conocer a otra madre, esta presentaba la necesidad imperiosa de estar cerca de su hijo y pese a que no era informada o involucrada de manera continua en el proceso, ella de igual forma quería participar y estar cerca de su bebé. Dicha cercanía o proximidad era un instinto que nacía de ella. Según lo descrito por Donovan y Leavit (1989), las madres que se encuentran pendiente

de las necesidades de su hijo, muestra la tendencia a responder adecuadamente a las expresiones emocionales del bebé pese a la separación. Es relevante señalar que dicha sincronía o sensibilidad materna con su propio hijo, está dada por las experiencias que la madre tuvo con su propio cuidador.

Por medio de la investigación hemos podido darnos cuenta que las estrategias de apego son importantes para mejorar la vinculación afectiva y la salud emocional de la diada, con el fin de crear lazos íntimos y duraderos a lo largo de toda la vida, proporcionando protección y resguardo al recién nacido. También es una fórmula primordial para ayudar en el desarrollo extra uterino, acortando la brecha con el desarrollo intrauterino, con el fin de potenciar una adecuada organización o regulación fisiológica, que repercutirá en los diversos mecanismos neurobiológicos, tal como postula Allan Shore explorador de la neurobiología interpersonal.

Ante las narrativas de vida pudimos llegar a la conclusión que las estrategias de apego realizadas no fueron las más adecuadas en cada caso, no tan solo por la escasa información, sino que también por el bajo interés de los profesionales por hacer partícipes a las madres en los diversos procedimientos. Claro está, que a través de nuestras reflexiones nos percatamos que pese a que las estrategias de apego fueron las mismas, cada madre se encontraba en una postura y un ciclo vital diferente, por una parte encontramos una madre enfocada y comprometida en el bienestar de su hijo, la cual se involucraba con él día a día, pese a no tener la supervisión y apoyo constante por el equipo médico. Por otro lado, visualizamos a una protagonista que pese a que asiste regularmente a visitar a su hijo, presenta grandes dificultades en entender las necesidades de este y desprender mayor preocupación por él, puesto que, aun no acepta que ese bebé es suyo.

Ambas madres presentan elementos comunes, los cuales fueron señalados con anterioridad. Pero a su vez, están insertas en contextos sociales totalmente diferentes. La madre con mayor experiencia, se encuentra refugiada en un ambiente de apoyo, con adecuadas redes que le brindan protección y soporte. Reconoce que tiene un pilar importantísimo en su pareja, la cual tiene la convicción que hay que amar a ese hijo sin importar como o cuando nació. Sumado a ello, posee un hogar en el cual refugiarse y herramientas tanto monetarias como culturales para superar las dificultades de la vida.

Por otro lado, la madre más joven presenta ansias de superación, pero está sola. No tiene apoyos concretos y duraderos, por un lado, su ex pareja presenta una completa despreocupación y apatía por ella y sus hijos. Sumado a ello, su familia genera una angustia enorme y expresan gran malestar ante la existencia de su hijo menor.

Al poner atención en el bebé de la madre caracterizada por buenas bases de apoyo y con mayor estabilidad emocional. Podemos darnos cuenta que el niño al separarse de su madre muestra señales emocionales cuando esta se retira. El bebé reacciona positivamente cuando ve a su mamá reflejando tranquilidad ante la cercanía, se pesquiza que entiende perfectamente cómo tratarlo. En el segundo caso vemos a un neonato que no muestra mayor interés por su madre, solo en ciertas oportunidades hace diferenciación entre su progenitora y otras personas. Se pesquiza a través de las palabras de la madre que el bebé la reconoce, pero no se observa mayor entusiasmo ante ella.

Al generar hincapié en la tipología de apego de ambos neonatos prematuros, podemos interpretar en base a las reconstrucciones de lo descrito de la realidad de ambas madres que el bebé perteneciente a la familia caracterizada por presentar una constitución más sólida, presenta características de apego seguro con su madre, dado

principalmente por la responsabilidad de la madre ante las necesidades del neonato, esta adecuada respuesta otorgo al hijo un patrón saludable en sus conductas de apego. Por el contrario, en el neonato prematuro de la madre con menor edad presenta características de la tipología inseguro evitativo, no expresa mayor interés por comprobar la presencia de la madre al estar juntos, se genera conductas de apego extremadamente similares con la progenitora como con otra persona.

Se interpreta que la madre del niño presento y presenta grandes dificultades para leer las señales de su hijo, lo cual genera que las respuestas no sean las óptimas. Ainsworth en el año 1970 señala que los niños que presentan apego evitativo a menudo han padecido de rechazo en el pasado, por lo cual evitan mostrar ciertas necesidades con la progenitora.

Recapitulando en una primera instancia tenemos dos madres de neonatos prematuros las cuales participaron en procesos similares, en el mismo hospital, en la misma época, con el mismo equipo médico, en la misma sala de neonatología y por sobre todo participaron en las mismas estrategias de apego.

Sin embargo, las dos progenitoras presentan elementos externos completamente diferentes, una se encuentra apoyada y segura en un ambiente social y físico estable, en cambio la segunda presenta inestabilidad emocional y afectiva, recalca de manera continua que se encuentra completamente sola en la vida. Ambas diadas presentan estilos de apego completamente diferentes la primera representa una tipología de apego seguro y el segundo presenta características de apego inseguro – evitativo.

Barudy y Dantagnan (2005), mencionan un elemento primordial que señala que existen capacidades parentales las cuales no solo se encuentran dadas por las características internas de cada ser humano, sino que son factores que repercuten tanto en la madre como en el hijo. Por una parte, existen las redes tanto sociales como familiares que ofrecen ayuda oportuna ante alguna dificultad, además las capacidades que uno pueda tener se adquieren por nuestros propios modelos de crianza que rigen la forma en que cada individuo puede transponer lo vivido en la infancia en su progeñe, lo cual nos ayudara a crear la empatía adecuada para percibir y comprender las necesidades de los hijos.

Por lo tanto, las dificultades en el vínculo afectivo no solo se evidencian en la diada de madre e hijo, también se ven reflejados en los discursos que las madres expusieron, ya que, la progenitora al no tener apoyo solido de su núcleo familiar o redes sociales cercanas, no encontrara el soporte adecuado para ejercer el rol de madre.

En el caso de la madre más joven sus capacidades parentales para satisfacer las necesidades que su hijo necesita se encuentran reducidas. Por medio, de la narrativa es evidente que sus bases familiares y sociales no son sólidas, no prestan un soporte y apoyo adecuado y tampoco en su crianza le inculcaron a través del ejemplo como entender y entregar el apoyo adecuado a su hijo. Por lo tanto, es extremadamente complicado que la madre cumpla la función de soporte emocional, siendo que su sistema familiar no la sostiene a ella.

Ante todo, lo que hemos señalado queda claro que aunque ambas madres se encontraron inmersas en las mismas estrategias de apego y procesos de tratamiento, en

la misma época y en el mismo hospital, claramente se generó un impacto extremadamente diferente en el vínculo afectivo de la diada madre e hijo.

## CONCLUSIÓN

A través de las historias narradas y la investigación realizada a quedado en evidencia grandes falencias en el área de la neonatología existente en los sistemas de salud, en esta oportunidad hemos enfocado la investigación y nuestro trabajo en el Hospital San José, por medio de ella nos hemos dado cuenta de una gran deuda con aquellas madres e hijos nacidos de pre termino. Dicha deuda ha sido arrastrada a través de múltiples generaciones de neonatos nacidos en el centro de salud, pese que la gran mayoría de ellos han tenido un excelente trabajo en la mantención de los estados fisiológicos por el equipo médico para favorecer la sobre vida, no le han otorgado la suficiente atención tanto a los bebés como a su familia de manera individual pensando en ellos como seres humanos con diferentes intereses, emociones, sentimientos y personalidades.

Como tesistas a lo largo de nuestros años de estudio nos hemos dado cuenta que muchas veces los profesionales de la salud normalizan ciertas situaciones, ya que, durante toda la historia de la medicina ha predominado el modelo médico, el cual busca cuantificar todos los trastornos mediante signos y síntomas, por lo tanto, esperan que los resultados también sean cuantificables a través de pruebas psicométricas, pruebas de laboratorio, imagenología, entre otros.

Dejando de lado, la promoción de la salud, el mejoramiento de la calidad de vida, la relación usuario y profesional, los contextos, las influencias socioeconómicas y sobre todas las cosas se desconoce la contribución tanto de los usuarios como la de sus

cuidadores. Han colocado bajo énfasis en los aspectos culturales, sociales y emocionales, viendo a la persona y a su entorno como un ser completamente vacío en su proceso de recuperación.

Como profesionales de la salud hemos llegado a la reflexión que el modelo basado en salud – enfermedad – atención es completamente básico y está en franca decadencia, es necesario potenciar y fortalecer la propuesta epistemológica en la cual el protagonista es el enfoque biopsicosocial en el cual la triada de los componentes biológicos, psicológicos y sociales son entes primordiales en cada ser humano, sin importar la edad que tengan.

Creemos también que el estado presenta una gran carencia en las políticas sanitaria relacionadas con las unidades de neonatología, está claro que los índices de la mortalidad de los recién nacidos y de su madre han descendido, pero aún existen grandes falencias en el ámbito social y psicológica de la atención. Sentimos que dichas carencias se lograrían resolver con un cambio político e ideológico. Esto se lograría con acciones muy simples y a bajo costo a modo de ejemplo es necesario comenzar a trabajar con la personalización tanto de la madre como del bebé, destacar características propias del bebé, demostrar sus capacidades sensoriales, potenciar competencias interactivas, reforzar las capacidades de los padres y detectar de manera oportuna las dificultades relacionales entre progenitora e hijo. Si todo ello estuviera presente se lograría un apego seguro del neonato, lo cual contribuiría a su salud física.

Entonces, para nosotras es fundamental señalar que el modelo biomédico ha generado logros importantes, pero lo malo es cuando no se integra o no se le presta importancia a las relaciones interpersonales y los sentimientos de las personas, se debe generar énfasis



que cada persona es un mundo y no cuantificar la atención solo en avances estandarizados. Por lo tanto, para favorecer la salud integral el modelo biomédico debe interactuar con el modelo biopsicosocial.

Por otro lado, al existir un excelente trabajo en la mantención de los estados fisiológicos que han favorecido considerablemente la sobre vida de los neonatos, pero han dejado de lado la salud emocional y afectiva de la diada madre e hijo, quedando reflejado en la poca valoración de las estrategias de apego. Estas son la mezcla perfecta para lograr beneficios integrales, entiéndase por eso favorecer tanto los procesos físicos como emocionales. La cercanía y los lazos entre madre e hijo son fundamentales para mejorar las áreas del desarrollo motor, conductual, sensorial y afectivo. Si observamos detalladamente dichos beneficios nos podremos dar cuenta que existen resultados positivos en termino de tono muscular, movilidad, activación, postura, atención, interacción con el medio, control de patrones del sueño, frecuencia respiratoria, color de la piel, termostato y frecuencia cardiaca, puesto que la autorregulación y organización global permiten un equilibrio entre todos los sistemas internos, lo que a su vez ayuda a disminuir los niveles de estrés tanto para la madre como para el hijo. Quedando en evidencia que un enfoque biopsicosocial permite un proceso integral de recuperación de la salud, entiéndase como física, emocional e inclusive social.

Al reflexionar sobre las narrativas de vida realizadas, podemos darnos cuenta que las estrategias de apego no son las adecuadas, ya que, fueron pinceladas de conocimientos y acciones las que fueron entregadas, por lo tanto, no existió una profundización en la relevancia que poseen las estrategias, dejando un vacío en su ejecución. Las madres fueron excluidas de los procesos y escasamente fueron consideradas como un ente primordial y protagonista dentro de la intervención. La información otorgada se encontraba rodeada de falencias y bajo interés por parte de los profesionales.

Como autoras creemos que entregar un folleto o una revista que hable del apego y crianza, se encuentra lejos del objetivo de psicoeducación hacia las madres, los encuentros de pasillos para resolver las dudas de las progenitoras demuestran la precariedad de los profesionales en relación al tema en cuestión. Sin embargo, opinamos el problema proviene de las entidades sobre el equipo médico que no han otorgado la real importancia que trae consigo las estrategias de apego y es por ello que no se han creado programas de acción acorde a un enfoque integral tanto para el neonato como de su madre.

Creemos importante señalar que cuando se produce el nacimiento de un bebé, una nueva etapa de vida se comienza a forjar en donde los elementos externos tales como contexto en el cual se desenvuelven, educación, redes de apoyo, relaciones personales, nivel socioeconómico, amistades, cultura, estados emocionales, ciclos de vida serán determinantes para saber cómo enfrentar este cambio de vida y estas determinarán como vamos actuar. Cuando a esta situación se le suma un parto antes de tiempo la situación se complejiza bastante y dichos factores externos comienzan a tomar gran relevancia en la forma en cómo se enfrenta la situación vivenciada y cuáles serán nuestras estrategias para enfrentar la realidad. En el caso de las historias descritas en nuestra investigación logramos observar que una de las madres presenta factores que potencian la adecuada aceptación y por otro lado una progenitora que los factores externos generan ansiedad ante la nueva etapa.

Todo ello conlleva a diversas tipologías de apego, por un lado, tenemos una madre capaz de responder en forma adecuada a las necesidades de su hijo, logrando manejar el estrés para superar los diversos eventos negativos que se van suscitando en el tiempo, ello evidencia un tipo de apego seguro en la diada. Por otro lado, tenemos una madre

cuya desorganización global genera ansiedad y rechazo, por lo que el bebé tiende a presentar conductas evitativas hacia la progenitora, lo cual evidencia un apego inseguro-evitativo.

Entonces, llegamos a la conclusión que ambas diadas a pesar de haber vividos las mismas estrategias de apego, han presentado a lo largo del tiempo diversas tipologías en los vínculos afectivos, por lo tanto, concluimos que los factores externos influyen de manera significativa en el impacto en el vínculo afectivo de la diada. Lo cual no quiere decir que las estrategias de apego no sean unos factores relevantes, ya que, estas también ayudaran significativamente en el proceso. Si en estos casos dichas estrategias hubiesen sido abarcadas de una mejor manera, puede que, los resultados hayan sido diferentes, sin embargo, estos no son excluyentes a una tipología de apego específica.

Como Terapeutas Ocupacionales muchas veces nuestro trabajo no ha sido reconocido por la escasa información que existe sobre nuestra profesión, las áreas de neonatología no se encuentran absentes de esta lamentable situación. Nos hemos percatado a través de las revisiones bibliográficas revisadas que escasamente la carrera ha sido nombrada dentro de los equipos de trabajo. Como Terapeuta Ocupacionales encontramos que la baja participación es una dura realidad que debe ser abordada y estudiada. La pérdida de nuestro trabajo en los recintos de salud ha generado una falencia importante en la mirada integral de la situación como tal, puesto que, tenemos altos conocimientos y herramientas para poder conjugar tanto lo biológico, emocional y social, en el proceso de rehabilitación.

Hoy en día existe un proceso de cambio del modelo biomédico hacia un modelo biopsicosocial, enfoque en el cual estamos interiorizados y podemos servir de guía y de

apoyo al resto del equipo médico, presentándoles una nueva forma de rehabilitación, en la cual el tratamiento que entregaremos como profesionales será desde una mirada integral, abarcando los diferentes componentes que estén afectados o los posibles factores de riesgo, siendo este un elemento importante donde estaríamos dándole hincapié a la temática de prevención o promoción, desde el punto de vista clínico los Terapeutas Ocupacionales al tener una mirada global del ser humano trabajamos en la adaptación del ambiente para favorecer desde el ámbito sensorio-motor la capacidad de recuperación de los neonatos, tenemos los conocimientos para trabajar en las distintas áreas del desarrollo extra-uterino que van desde la configuración de habilidades perceptivas, motrices, cognitivas y sociales al interactuar con este nuevo mundo que se les presenta.

Nuestra profesión se caracteriza por trabajar en conjunto con los usuarios entregándole un rol en su proceso de recuperación, por ende, la educación es recíproca, validando tanto los conocimientos que cada persona nos entrega como también dándole importancia a lo que nosotros día a día damos a la sociedad.

Para finalizar es importante señalar que nosotros vemos al individuo como un todo que se encuentra inserta en un sistema determinado y que estos son factores primordiales en el proceso, al ver al bebé y a la madre de manera holística, se trabajaran todas las áreas que en eso momento estarán afectadas, por otro lado, si se observa una problemática que como Terapeutas Ocupacionales no podemos solucionar seremos capaces de trabajar con las redes de apoyo que rodean a esta diada entre madre e hijo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asunción. M & Callado. S (2006) Fisioterapia en Neonatología, Tr. Fisioterapéutico y Orientaciones a los Padres, Madrid. Ed. Dykinson S.L.
- Avery. G, Fletcher. M & Donald. M (1999) Neonatología Fisiopatología y Manejo del Recién Nacido, Madrid. Ed. Panamericano.
- Berger, (2006). Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia. (Séptima edición). España: Panamericana.
- Bowlby J. (1969), El vínculo afectivo. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Bowlby, J. (1973), La separación afectiva, Buenos Aires, Paidós, 1976.
- Bowlby J. (1973), La separación afectiva. Ed Paidós. Barcelona, 1990.
- Bowlby, J. (1979), Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida, Madrid, 353 Ediciones Morata, 1986.
- Bowlby. J (2006). Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Perdida (5º edición), Morata.
- Bowlby, J. (1988), Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós

- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial (primera edición). Buenos Aires: Paidós.
- Callejo. J (2002), Observación, entrevista y Grupo de Discusión. Recuperado el 20 de septiembre del año 2015 de, <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora3.pdf>
- Canales. M (2001). Investigación Cualitativa y Reflexividad Social. Recuperado el 10 de febrero del año 2014 de, [https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0,5&cluster=9025024904419028626](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&cluster=9025024904419028626).
- Cantón. J & Cortés. M (2000). El Apego del Niño a sus Cuidadores, España: Alianza editorial.
- Contreras, L (2011), Tendencias de los paradigmas de investigación en educación. Investigación y Postgrado. Recuperado el 20 de septiembre del año 2015 de, [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-00872011000200006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872011000200006&lng=es&nrm=iso).
- Cornejo, M., Mendoza, F & Rojas, R (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. Psykhe (Santiago), 17(1), 29-39. Recuperado en 20 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282008000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-22282008000100004.

- Charpak, N & Figueroa, Z (2011). El bebé prematuro (primera edición). Colombia: Aguilar.
- Chárriez, M (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. Recuperado el 20 de septiembre del año 2015, de <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2012050104.pdf>.
- Clínica las Condes (2006). NIDCAP, Una Oportunidad para los Prematuros Extremos. Recuperado el 19 de diciembre del año 2015 de <http://www.savalnet.cl/mundo-medico/reportajes/7233.html>.
- Darwin, Ch (2004). El origen de las especies. Recuperado el 20 de septiembre del año 2015, de <file:///C:/Users/Andrea/Downloads/El%20origen%20de%20las%20especies.pdf>.
- España, Gobierno de España., Organización mundial de la salud. (2013). Nacimientos Prematuros. Recuperado el 26 de septiembre de 2015, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Estados Unidos, Federación Internacional NIDCAP. (2012). Programa de Evaluación y Cuidados del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido. Boston. Recuperado el 26 de septiembre de 2015, desde: <http://nidcap.org/wp-content/uploads/2013/11/Guia-del-programa-both-parts-rev15Jun12-sk.pdf>.

- Farkas, Ch., Santelices, M., Aracena, M & Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste social y emocional: estudio en embarazadas primigestas. Recuperado el 19 de septiembre de 2015 de, <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art07.pdf>.
- Fresno, A & Spencer, R. (2011). Efecto del Maltrato Físico en la Calidad de las Representaciones de Apego Infantil en Chile: Resultados Preliminares. *Terapia psicológica*, 29(2), 191-196. Recuperado en 19 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000200006&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082011000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000200006&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082011000200006).
- Fonagy, P (2004), *Teoría del apego y psicoanálisis*. Ed Spaxs. Barcelona.
- Galán, A, (2010). Apego más que un concepto inspirados. Recuperado 19 de septiembre de 2015, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352010000400003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003&lng=es&nrm=iso). ISSN 0211-5735.
- Galeano, M (2004). *Diseños de Proyectos en la Investigación Cualitativa (primera edición)*. Medellín: Universidad EAFIT.
- Galindo, L. (1988). *Técnicas de investigación social en sociedad, cultura y comunicación. (Primera edición)*. México: Pearson Educación.
- Galleguillos, D; Gutierrez, L. (2011). *Desarrollo del Vínculo de Apego en la diada Madre-Bebé prematuro, que participaron en el método madre canguro en la Unidad de Neonatología del Hospital San Jose. Universidad Academica de Humanismo Cristiano. Chile*. Recuperado el 27 de septiembre de 2015, desde: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/168/Tesis.pdf?sequence=1>.



- Garrido, L (2006). Apego, emoción y regulación emocional, implicancias para la salud. Recuperado el 19 de septiembre del año 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n3/v38n3a04>.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (1997). Manual de la Lactancia Materna. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2003). Manual del Programa de Alimentación del Niño Prematuro Extrema. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2010). Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2011). Programa de apoyo al recién nacido. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile, Servicio de Salud Metropolitano Norte. (2011). Unidad de Neonatología CH San José. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile, Chile Crece Contigo. (2012). Lineamiento de Acción y Coordinación. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2015). Guía Perinatal. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gómez, E, Muñoz, M, & Santelices, M. (2008). Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia psicológica*, 26(2), 241-251. Recuperado en 19 de

septiembre de 2015, de  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000200010&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082008000200010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200010&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082008000200010).

- Gonzáles, T (2009), Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa. *Index Enferm.* Recuperado el 20 de septiembre del año 2015 de, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000200012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200012&lng=es).
- Grimalt, L & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. Recuperado en 19 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062012000300005&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062012000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000300005&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062012000300005).
- Guendelman. S (2008) Neurobiología Interpersonal: la depresión post-parto y el vínculo de apego temprano. Recuperado el 12 de septiembre del año 2015 de [http://revistagpu.cl/2008/GPU\\_dic\\_2008\\_PDF/NEUROBIOLOGIA%20INTERPERSONAL%20LA%20DE%20PRESION%20POST%20PARTO%20Y%20EL%20VINCULO%20DE%20APEGO%20TEMPRANO.pdf](http://revistagpu.cl/2008/GPU_dic_2008_PDF/NEUROBIOLOGIA%20INTERPERSONAL%20LA%20DE%20PRESION%20POST%20PARTO%20Y%20EL%20VINCULO%20DE%20APEGO%20TEMPRANO.pdf).
- Hubner, M, Nazer H, J & Juárez de León, G. (2009). Estrategias para Mejorar la Sobrevida del Prematuro Extremo. *Revista chilena de pediatría*, 80(6), 551-559. Recuperado en 20 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062009000600009&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062009000600009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600009&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062009000600009).

- José J. Amar Amar<sup>1</sup>, Mónica Pesellín Andrade<sup>2</sup> & Diana Tirado García<sup>2</sup>. (2009) Vínculo de apego que establecen padres con hijos nacidos de embarazos múltiples. Recuperado el 22 de nov. del año 2015 de, [rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/216](http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/216).
  
- Lecannelier F (2005) Apego y Mecanismo de Regulación Hacia la Comprensión de una Psicopatología Vincular. Recuperado el 12 de octubre del año 2015 de, <http://www.aacademica.com/000-051/154.pdf>.
  
- Leal, R. (2006). La Sociología Interpretativa de Alfred Schutz; Reflexiones En torno a un Planeamiento Epistemológico Cualitativo. Recuperado el 20 de Septiembre del año 2015 de; [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22012006000200012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012006000200012&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-22012006000200012.
  
- Llanos M, Adolfo, Mena N, Patricia, & Uauy D, Ricardo. (2004). Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. *Revista chilena de pediatría*, 75(2), 107-121. Recuperado en 20 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000200002&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0370-41062004000200002.
  
- López. M (2006) relaciones entre aprendizaje implícito y explícito, inteligencia general en alumnos de enseñanza general básica (EGB). Recuperado el 12 de octubre del año 2015 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18023106>.

- Martínez. M (2006). La Investigación Cualitativa (Síntesis Conceptual). Recuperado el 10 de febrero del año 2014 de, <file:///C:/Users/Andrea/Downloads/330-1302-1-PB.pdf>.
- Martínez. M (2006), Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. Recuperado el 20 de septiembre del año 2015 de, [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s1011-22512006000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s1011-22512006000200002&script=sci_arttext).
- Marx. M (2003) Affect dysregulation and disorders of the self. Recuperado el 22 de septiembre del año 2015 de, [http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/en\\_v28n3a19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/en_v28n3a19.pdf).
- *Medio Ambiente en cuidados intensivos pediátricos y neonatales*. Recuperado el 26 de septiembre de 2015, desde: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo3/capitulo3.htm>).
- Mira, A., Bastias, R. (2006). Terapia Ocupacional Neonatal, una propuesta de acción. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. N°6.
- Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Revista chilena de pediatría, 85(3), 265-268. Recuperado en 19 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062014000300001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300001&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0370-41062014000300001.
- Moraga, F. (2011) Lactancia materna y postnatal, un desafío de país. Rev. Chilena. Pediátrica. Recuperado el 19 de septiembre de 2015 de, [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062011000400001&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000400001&lng=es)

- Morán, J, Lecannelier, F, & Rodriguez, J. (2014). Estudio de validación de un cuestionario de apego en adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 85(4), 437-442. Recuperado en 19 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062014000400005&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062014000400005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000400005&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062014000400005).
- Oliva. A. (2004), Estado actual de la teoría del apego. Universidad de Sevilla.
- Ortiz, J. (2006) Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguros *Revista Latinoamericana de Psicología* 2006, volumen 38, No 1, 71-86. Recuperado el 19 de septiembre de 2015 de; <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a05>.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Consejería en lactancia materna*. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud.
- Padilla, B. (2015). Vínculo Afectivo Fundamental. Trabajo presentado en el Hospital San José de Dios XVII Jornadas de Medicina Interna, mayo, Chile.
- Pérez, C (2002), Sobre la metodología cualitativa, *Rev. Esp. Salud Pública*. Recuperado el 20 de septiembre del año 2015 de, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500001&lng=es&nrm=iso).
- Pérez. G (2007). *Desafíos de la Investigación Cualitativa*, Recuperado el 15 de febrero del año 2014 de, [http://www.rmm.cl/usuarios/pponce/doc/200711151514230.6conferencia\\_gloria\\_perez\\_serrano.pdf](http://www.rmm.cl/usuarios/pponce/doc/200711151514230.6conferencia_gloria_perez_serrano.pdf).

- Pinto, L. (2007). Apego y lactancia natural. Revista chilena de pediatría,78 (Supl. 1), 96-102. Recuperado en 19 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062007000600008&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062007000600008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600008&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062007000600008).
- 
- Pinto, F. (2008) Lo maravilloso y mágico del neurodesarrollo humano. Recuperado el 19 de septiembre de 2015 de, <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art03.pdf>.
- Piñuel. J (2002). Epistemología, Metodología y Técnicas del Análisis de Contenido. Recuperado el 1 de febrero del año 2015 de, [https://www.ucm.es/data/cont/docs/268-2013-07-29-Pinuel\\_Raigada\\_AnalisisContenido\\_2002\\_EstudiosSociolingusticaUVigo.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/268-2013-07-29-Pinuel_Raigada_AnalisisContenido_2002_EstudiosSociolingusticaUVigo.pdf).
- Reguera. E (2013) Apego, cortisol y estrés, en infantes. Recuperado el 22 de septiembre del año 2015 de, <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n124/original07.pdf>.
- Reguera, E (2014). Apego, cortisol y estrés, en infantes. Una revisión narrativa. Recuperado el 19 de septiembre de 2015, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352014000400008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000400008&lng=es&nrm=iso).
- Rheume, J (1999). La aproximación clínica en las ciencias humanas. Recuperado el 20 de septiembre del año 2015 de, [www.sitiosur.cl/publicaciones/Revista.../PROP-29/25RHEAUM.DOC](http://www.sitiosur.cl/publicaciones/Revista.../PROP-29/25RHEAUM.DOC).

- Salamanca. A & Martín-Crespo. C (2007). El Diseño de Investigación Cualitativa. Recuperado el 10 de febrero del año 2014 de, [http://www.academia.edu/6697611/EL\\_DISE%C3%91O\\_EN\\_LA\\_INVESTIGACION\\_CUALITATIVA](http://www.academia.edu/6697611/EL_DISE%C3%91O_EN_LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA).
  
- Sassenfeld. A (2011) Afecto, vínculo y desarrollo del self. Recuperado el 22 de septiembre del año 2015 de, [http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2\\_2011/3\\_A-Sassenfeld\\_Afecto-vinculo-desarrollo-Self\\_CeIR\\_V5N2.pdf](http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/3_A-Sassenfeld_Afecto-vinculo-desarrollo-Self_CeIR_V5N2.pdf).
  
- Schonhaut B, L, & Pérez, M. (2010). Estudio de 258 Prematuros en el Primer Año de Vida. Revista chilena de pediatría, 81(3), 253-260. Recuperado en 20 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062010000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000300009&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0370-41062010000300009.
  
- Scribano, A. & De Sena, A (2009), Las segundas partes sí pueden ser mejores: Algunas investigaciones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. Recuperado el 20 de septiembre del año 2015 de, <http://www.scielo.br/pdf/soc/n22/n22a06.pdf>.
  
- Silva, T (2008). Enfermería en la unidad de cuidados intensivos (tercera edición). Buenos Aires: Panamericana.
  
- T. Berry Brazelton (1993). La Relación Más Temprana, Barcelona (2º edición), Paidón Ibérica S.A.

- Velasco, T. (2011). Conociendo un poco del modelo de apego. Recuperado el 19 de septiembre de año 2015 de, <file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-ConociendoUnPocoMasDelApego-3629193.pdf>.
- Vegas, V., Roitman, D., Barrionuevo, J. Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia, diferencia entre una muestra clínica y no clínica. Recuperado el 19 de septiembre de 2015 de, [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100042&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100042&lng=es&nrm=iso).
- Wethrell. M y Potter. J (1996), El Análisis del Discurso y la identificación de los Repertorios Interpretativos. Recuperado el 10 de febrero del año 2014 de, <http://gemma.atipic.net/pdf/326AD10405E.pdf>
- .

## **ANEXOS**

### **Consentimiento informado de narrativa de vida, caso 1.**



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo BLANCA OSORIO P he otorgado de forma voluntaria e informada, permiso para la utilización de la entrevista dada y de mi nombre, en la siguiente tesis de investigación, para que las presentes puedan optar a el grado académico de Magister en Terapia Ocupacional, mención salud física.

Para ello he hablado con Viviana Navas el día 16/10/2015

Firma

BOP

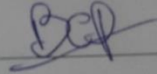
**Consentimiento informado de narrativa de vida, caso 2.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo BLANCA OSORDE P he otorgado de forma voluntaria e informada, permiso para la utilización de la entrevista dada y de mi nombre, en la siguiente tesis de investigación, para que las presentes puedan optar a el grado académico de Magister en Terapia Ocupacional, mención salud física.

Para ello he hablado con Viviana Novoa el día 16/10/2015

Firma

\_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA**

Año 2013, segundo semestre.

<b>Actividades</b>	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Entrega de proyecto						
Revisión y corrección de observación						
Reformulación tema escogido						
Reformulación pregunta						
Reformulación objetivo						
Corrección y revisión de marco teórico						
Corrección y revisión de marco metodológico						
Revisión de bibliografía						

Año 2014, primer semestre.

<b>Actividades</b>	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Corrección final proyecto						
Entrega primer avance						
Corrección primer avances						
Segunda entrega avance						

Año 2014, segundo semestre.

<b>Actividades</b>	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Entrega de sugerencias de profesor guía						
Reunión con metodólogo						

Reunión interna de tesistas (1)						
Trabajo investigativo (1)						
Corrección final avance de tesis						

Año 2015, primer semestre

<b>Actividades</b>	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Reunión interna de tesistas (2)						
Reunión metodólogo Víctor Martínez						
Corrección Avance de tesis						
Trabajo						

investigativo bibliográfico						
Trabajo de campo						

Año 2015, segundo semestre

<b>Actividades</b>	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Corrección avance de tesis						
Análisis						

trabajo de campo						
Reunión metodólogo Rodrigo Azócar						
Trabajo de campo						
Análisis final tesis						
Corrección final tesis						
Entrega tesis escrita						