

VÍNCULO DE APEGO MADRE-HIJO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DE LA CLÍNICA BUENOS
AIRES S.A.S.

STHEFANY PÉREZ SALAZAR

DOC.ASESOR METODOLÓGICO: DORIS COLINA DE ANDRADE

DOC. ASESOR TEMÁTICO: LORENA CUDRIS TORRES

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
PSICOLOGÍA
VALLEDUPAR-CESAR
2019

DEDICATORIA

El presente trabajo de grado está dedicado primeramente a Dios, porque gracias a su respaldo, provisión y favor he logrado concluir mi carrera de Psicología.

A mi madre Irina, porque siempre ha estado brindándome su apoyo incondicional, comprensión y sus consejos para salir adelante y ser mejor persona.

A mí motor de vida, mi hermano Samuel que ha sido mi impulso y símbolo de alegría, fuerza y amor, haciendo de mí una persona capaz y de ejemplo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la oportunidad de finalizar otra fase de mi vida, por su respaldo y su compañía durante todo este proceso lleno de experiencias significativas.

A mi madre, por su compañía, paciencia y apoyo que vivió día a día conmigo en todos los momentos gratos, dificultades, retos e ilusiones que trajo consigo esta etapa.

Al programa de Psicología de la Universidad Popular del Cesar, por sus aportes para la formación como profesional.

A mis asesoras, Lorena Cudris Torres y Doris Colina de Andrade, quienes generosa y cálidamente me ayudaron con sus aportes en el proceso de investigación, gracias por su orientación y amabilidad.

A la clínica Buenos Aires S.A.S que favoreció con su autorización llevar a cabo el presente estudio, al equipo médico y a las madres y/o cuidadores participantes del estudio, que contribuyeron para la culminación de la investigación.

Tabla de Contenido

1.	RESUMEN	8
2.	SUMMARY	8
3.	INTRODUCCION.....	9
4.	TITULO.....	11
5.	LINEA DE INVESTIGACION.....	12
6.	PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	12
7.	OBJETIVOS	13
7.1.	OBJETIVO GENERAL	13
7.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
8.	JUSTIFICACIÓN.....	14
9.	DELIMITACIÓN	16
10.	MARCO TEÓRICO	17
10.1.	ANTECEDENTES.....	17
10.2.	BASES TEÓRICAS	19
10.2.1.	Apego.....	22
10.2.2.	Tipos de apego	23
10.2.3.	El vínculo madre-hijo	24
10.2.4.	Patrones de vínculo	25
10.3.	SISTEMA DE VARIABLES	27
10.3.1.	Definición nominal	27
10.3.2.	Definición conceptual	27
10.3.3.	Definición operacional.....	27
10.3.4.	Operalización de variables.....	28
11.	MARCO METODOLÓGICO	29
11.1.	Enfoque	29
11.2.	Tipo	29
11.3.	Diseño.....	29
11.4.	Población de estudio.....	30
11.4.1.	Muestra	30
11.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTO	30
11.5.1.	Entrevista semiestructurada	31
11.5.2.	Psicoeducación.....	31
11.5.3.	Instrumento	31

11.5.4.	Elementos de escala Massie Campbell	32
11.5.4.1.	Mirada	32
11.5.4.2.	Vocalización.....	32
11.5.4.3.	Tocando.....	32
11.5.4.4.	Sosteniendo	32
11.5.4.5.	Afecto	33
11.5.4.6.	Proximidad o cercanía	33
11.5.5.	Análisis de datos	33
11.5.6.	Validez y confiabilidad	34
12.	CONSIDERACIONES ETICAS	35
13.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	37
11.1	ANALISIS DE DATOS	37
11.1.1	Conductas del niño(a) frente a la madre o cuidador.	37
11.1.2	Respuestas de la madre o cuidador frente al niño(a).	45
11.2	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
14.	CONCLUSIONES.....	56
15.	RECOMENDACIONES	58
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60

Tabla de figuras

1.	Conductas del niño(a) frente a la madre o cuidador	37
2.	Figura No 1 Mirada	37
3.	Figura No 2 Vocalizacion.....	38
4.	Figura No 3a Tocando (a).....	39
5.	Figura No 3b Tocado (b)	40
6.	Figura No 4 Sosteniendo	41
7.	Figura No 5 Afecto	42
8.	Figura No 6 Proximidad o Cercania	43
9.	Respuestas de la madre o cuidador frente al niño(a).	44
10.	Figura No 7 Mirada	45
11.	Figura No 8 vocalizacion	46
12.	Figura No 9ª Tocando (a).....	47
13.	Figura No 9b Tocada (b)	48
14.	Figura No 10 Sosteniendo	49
15.	Figura No 11 Afecto.....	50
16.	Figura No 12 Aproximidad o Cercania	51
17.	Figura No 13 Vínculos de apego hijo-madre	52
18.	Figura No 14 Vinculo de apego madre-hijo.	53

Tabla de Apéndices

1. **APENDICE** 65

A. Consentimiento Informado 66

B. Escala Massie Campbell..... 67

C. Folleto estilos de apego 68

D. Folleto cuidados basicos para neonatales y maternas 70

E. Folleto vinculo de apego 72

1. RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo determinar el vínculo de apego madre- hijo(a) durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatal; la investigación fue de tipo descriptiva, con un diseño no experimental, de campo, con una población de 60 entre niños(as) y madres o cuidadores; el instrumento utilizado fue la Escala de observación Campbell, la cual posee dos pautas de observación, una para la conducta del bebe y otra para la conducta de la madre y/o cuidador, donde cada pauta evalúa 6 elementos del apego; mirada, vocalización, tocando(a) búsqueda, tocado(b) evitación, sosteniendo, afecto y proximidad o cercanía. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, específicamente con las frecuencias absolutas y relativas; Los resultados obtenidos fueron: Se analizó un alto nivel de apego seguro en hijo- madre con un 80%, seguido de un apego inseguro evitativo con un 17% y por último el apego inseguro ambivalente con un 3% y un nivel de apego seguro madre-hijo con un 60%, seguido de un apego inseguro ambivalente con un 30% y por ultimo un apego inseguro evitativo con un 10%. Los elementos observados: sosteniendo, afecto y proximidad o cercanía y tocada son los que deben mejorarse en la madre frente en el niño, puesto que los resultados tendieron a estar muy cerca de un apego inseguro ambivalente.

Palabras claves: Conducta, Respuesta, Tipos de apego, Vinculo de apego, Apego seguro.

2. SUMMARY

The present investigation was realized by the aim mother - son determined the link of attachment (a) during the hospitalization in the unit of intensive care neonatal; the investigation was of type descriptive, with a not experimental design, of field, with a

population of 60 between children (seize) and mothers or keepers; the used instrument was the Scale of observation Campbell, which possesses two guidelines of observation, one for the conduct of the baby and other one for the conduct of the mother and / or keeper, where every guideline evaluates 6 elements of the attachment; look, vocalization, touching (a) search, haido (b) avoidance, supporting, I concern and proximity or nearness. For the analysis of information the descriptive statistics was in use, specifically with the absolute and relative frequencies; The obtained results were: There was analyzed a high level of sure attachment in son - mother by 80 %, followed by an insecure attachment evitativo by 17 % and finally the insecure ambivalent attachment by 3 % and a level of sure attachment mother - son by 60 %, followed by an insecure ambivalent attachment by 30 % and finally an insecure attachment evitativo by 10 %. The observed elements: supporting, I concern and proximity or nearness and touched they are those who must improve in the mother forehead in the child, since the results tended to be closely together of an insecure ambivalent attachment.

Keywords: conduct, answers, types of attachment, attachment link, attachment sure.

3. INTRODUCCION

El nacimiento de un hijo a término es una eventualidad esperada por los padres, lo que conlleva a una esperanza que al momento de su nacimiento llevarlo al hogar para integrarse al núcleo familiar, cuando esta situación no sucede así y amerita hospitalización genera ansiedad, incertidumbre y temor de parte de sus familiares.

Para un pequeño número de bebés, el paso a través de la pelvis de la madre se convierten en una jornada de particular aflicción. Las complicaciones al momento del nacimiento se relacionaron de manera consistente con posteriores discapacidades físicas o

psicológicas en el desarrollo solamente cuando los niños crecieron en ambiente inadecuados.

El periodo neonatal las primeras cuatro semanas de vida es un tiempo de transición entre la vida intrauterina y la vida extrauterina. Al nacer, los sistemas circulatorios, respiratorio, gastrointestinal y de regulación de la temperatura se independizan de los sistemas de la madre, el bajo peso al nacer puede influir en el ajuste inicial a la vida extrauterina e incluso puede incidir sobre el desarrollo posterior. Con frecuencia un ambiente posnatal de apoyo mejorara el resultado. Sin embargo, los bebés con muy bajo peso tienen prognosis menos prometedora que quienes tienen un peso mayor. (Papalia, 2013).

Debido a que estos bebés prematuros deben tener una trayectoria en la unidad de cuidados intensivos neonatal es necesario hacer referencia al proceso de desarrollo que ellos tienen durante su estancia de hospitalización; la temprana sensibilidad a los sonidos también puede predecir aspectos del funcionamiento cognoscitivo de los infantes, es por eso que la principal influencia en el desarrollo cognoscitivo es la manera como los padres y otras personas actúan frente a los niños ya que podría elevar su autoestima y hacerles sentir que tienen cierto control sobre sus vidas, darles seguridad para explorar y motivarlos a persistir.

Ainsworth (1979) pionera en la investigación sobre el vínculo,” una parte primordial del plan básico de la especie humana es que los infantes desarrollen vínculos afectivos con una figura maternal”, la cual no necesariamente es la madre biológica; puede ser una persona que le brinde los cuidados básicos; las investigaciones de Bowlby y Ainsworth (1991), junto con su grupo de investigación en Baltimore, lograron dilucidar tres tipos de apego en marcables en dos grandes grupos de tipos de apego: Apego Seguro y Apegos

Inseguros (apego evitativo y apego ambivalente), a través de lo que denominaron la “situación extraña”, que consistía en exponer al menor a una situación carente de familiaridad, con la finalidad de conocer cómo era su reacción cuando su madre marchaba de la habitación y éste se quedaba a solas con un extraño (un miembro del grupo de investigación) y cuáles eran los comportamientos que exhibía en el momento del reencuentro. Facius (2017).

El enfoque etológico para explicar cómo y en qué momento se crea esa intimidad especial entre madres e hijos. Este enfoque afirma que la conducta está determinada biológicamente y ligada a las bases evolutivas de los comportamientos. Se basa en la observación naturista, centrada en animales y hace énfasis en que existen periodos críticos o sensitivos para el desarrollo del comportamiento; Bowlby (1958), supuso que la receptividad del cuidador era crucial como determinante de la seguridad del apego. Algunos hijos de madres muy jóvenes e inmaduras, que en principio pueden mostrar vínculos inseguros, se vuelven más seguro a medida que sus madres adquieren experiencia, habilidad y actitudes más positivas, otras personas también pueden ser importantes en la vida de un niño, lo cual permite crear vínculos con el padre, la abuela o una niñera. Las diferencias biológicas y sociales entre hombre y mujer contribuyen a que el rol de cada uno especial.

4. TITULO

VÍNCULO DE APEGO MADRE-HIJO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DE LA CLÍNICA BUENOS AIRES S.A.S.

5. LINEA DE INVESTIGACION

El presente estudio va encaminado bajo una línea investigación en psicología clínica y de la salud, el cual busca contribuir a mejorar la calidad de vida, la salud mental y a la promoción, prevención y evaluación dirigida a promover un bienestar psicológico.

Según el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLSPIC 2018), afirma “Apuntado siempre al alcance de los objetivos de la psicología de la salud: aumento de salud y bienestar de las personas, prevención o modificación de las enfermedades, acrecentamiento del bienestar y la calidad de vida de las personas y las comunidades”.

6. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

La neonatología tiene una historia de éxito progresiva en salvar vidas de bebés que nacen enfermos o prematuros. Muchas investigaciones, nuevas tecnologías y la dedicación de profesionales de la salud han permitido que más bebés nacidos a edades gestacionales muy tempranas sobrevivan con menos discapacidades físicas y mentales. Durante varias décadas se ha considerado el papel fundamental que juegan los padres para apoyar el bienestar fisiológico y emocional de sus bebés en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Cuando se habla de unidad de cuidados intensivos se generaliza como gravedad, estado crítico inclusive hasta muerte lo cual da significados negativos que provocan preocupación, angustia e incertidumbre ya que por su ubicación en la clínica conlleva a unas reglas y cuidados especiales como normas estrictas y restrictivas para ingreso y seguridad del paciente. Como este tipo de parámetros no suelen ser comunes, limita el acercamiento y evolución de su familiar internado que puede ser un factor estresante en el

proceso de instancia en la unidad en donde hace que, al momento de admisión, al intervalo de las cortas visitas y al instante de salida del área de uci desenlace niveles altos de tensión.

“Las vistas frecuentes pueden dar a los padres una idea más real de cómo está su hijo y ayudarles a unirse más; los bebés que reciben visitas frecuentes tienden a recuperarse con mayor rapidez y dejan la clínica más pronto”. (Papalia, 2013)

El cuidado durante la hospitalización del bebé reconoce a los padres como miembros vitales del equipo de cuidados de salud. Como tal, la madre se integra en los procesos de toma de decisiones y son colaboradores en el cuidado de su bebé, Mediante el apego y la motivación se construye una base para mejorar la relación de toda la vida de la familia con su hijo y optimizar el desarrollo del bebé.

Es por eso que el afecto que los padres tengan en el proceso de hospitalización de sus hijos es necesario para que ellos tengan estabilidad fisiológica, así como en el bienestar psicosocial y el desarrollo cerebral, estimulándolos para que no haya resultados adversos en el desarrollo emocional, social y cognitivo de su bebé.

Manifestado todo lo anterior es indispensable brindar interés al cuidado colaborativo madre- neonato para potencializar los efectos positivos de apego del bebé a través del siguiente interrogante, ¿Cómo se desarrolla el vínculo de apego durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatal de la Clínica Buenos Aires S.A.S?

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el vínculo de apego madre-hijo durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatal de la Clínica Buenos Aires S.A.S.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las conductas del niño o niña durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatal.
- Caracterizar las respuestas de la madre frente a la conducta del niño o niña.
- Considerar las respuestas conductuales madre-hijo que influyen en el vínculo de apego durante la hospitalización.

8. JUSTIFICACIÓN

En el momento de la admisión e instancia del paciente neonato en uci por parte de los padres y familiares se torna como un factor estresante y de incertidumbre debido a la brecha que se genera cuando el bebe ingresa a este servicio por motivos de su salud. Como futura profesional y con la aspiración de hacer un aporte en la psicología es significativo y pertinente hacer profundización de la temática sobre bebes internados en la unidad de cuidados intensivos y la importancia que tiene el vínculo de apego por parte de su madre mientras están en hospitalización, con el fin de guiar nuevas maneras de acompañamiento psicológico, focalizados en la atención primaria psicológica centradas en el vínculo de (apego) como modalidad de acompañamiento en el proceso de hospitalización del bebe.

Si bien, la separación de los bebés de las madres tiene un profundo efecto negativo en la estabilidad fisiológica del bebé, así como en el bienestar psicosocial y el desarrollo cerebral por eso es necesario que los padres junto con el equipo médico trabajen en la evolución del neonato haciéndoles partícipes en la intervención y desarrollo de los mismos para disminuir los factores estresantes ambientales que también están expuestos los bebes. Por tal razón se hace necesario generar un ambiente óptimo que ayuden a la reducción de ansiedad permitiendo que los padres ejerzan su función de cuidadores mediante la

enseñanza de cuidados prácticos para sus bebés, incluido el contacto cutáneo precoz, frecuente y prolongado según sea médicamente apropiado, con entrenamiento, orientación y apoyo del personal de psicología.

Aunque en el campo de la Psicología clínica poco se ha estudiado sobre las relaciones tempranas de las madres con neonatos, son escasas las investigaciones sobre el vínculo de apego temprano durante la hospitalización del bebe en la unidad de cuidados intensivos explorándolos desde la disciplina de la psicología por ende los aportes que se hagan en esta investigación serán de mucha relevancia en el campo de la Psicología Clínica y de la Desarrollo; el aporte como profesional en la psicología en el ámbito clínico seria, incentivar y psicoeducar a la importancia contacto piel con piel, ya que esto conecta el cuerpo y cerebro de la madre con el cuerpo del bebe, ayudando a desarrollar inteligencia emocional, cognitiva y social, que conlleva al bebe a través del vínculo de apego a tener una mejor estabilidad fisiológica, evitando en gran número de mortalidad infantil durante un proceso de alguna enfermedad.

El compromiso de este proyecto en todo el proceso de atención de salud sea con un modelo interdisciplinario de atención óptima para supervivencia del bebe internado en uci incluidos el equipo médicos, de enfermería y de psicología que brinde apoyo a los bebés y familias; Las necesidades de los bebés, las familias y el personal que satisfagan para lograr resultados positivos, que puedan servir de enlace para futuras investigaciones sobre mejora en los servicios de salud en este caso en el área de UCI que deben convertirse en una parte integral de la atención brindada lo cual de oportunidades a la psicología en el campo de la clínica y salud.

9. DELIMITACIÓN

La presente investigación se desarrolló dentro de la línea de Psicología Clínica, entendiéndose como lo refiere el Colegio Colombiano de Psicólogos “COLPSIC” (2014) “una profesión que utiliza los principios, teorías y modelos derivados de la psicología para entender, explicar e intervenir los problemas emocionales, psicológicos y conductuales” (COLPSIC, 2014), a través de la investigación, evaluativa, diagnóstico, pronóstico y posterior tratamiento y rehabilitación, procurando así mismo la promoción y prevención de factores que afecten o desequilibren el estado emocional, físico y/o psicológico de la persona.

La población a la cual está destinada el proyecto son personas que pueden oscilar en diferentes etapas del ciclo vital desde el nacimiento, juventud, adultez temprana y adultez tardía variando de sexo tanto masculino como femenino con niveles educativos variados (primaria, bachillerato, profesional e incluso sin ninguna escolaridad) ya que también asisten desde diferentes partes del país de Colombia de distintas culturas y etnias, con sin números de ocupaciones y niveles socioeconómicos.

Este proyecto va encaminado principalmente a pacientes de la unidad de cuidados intensivos neonatal donde los pacientes y familiares hacen parte del proceso de hospitalización en la clínica por tanto la presente información se hará de forma general ya que implica la participación de personas en diferentes etapas del ciclo vital, lo cual el tiempo establecido para la presente investigación se hará desde febrero del 2018 hasta febrero del 2019.

10. MARCO TEÓRICO

10.1 Antecedentes

Dentro de la revisión literaria se encuentra que, Jove (2014), publica tesis de grado titulado “estilos de apego en la relación madre – niño(a) de 7 a 12 meses de edad, que acuden al control de crecimiento y desarrollo, establecimiento de salud vallecito i-3 puno, tal publicación tiene como objetivo determinar los estilos de apego madre-niño(a) de 7 a 12 meses de edad, la investigación fue de tipo no experimental, de diseño descriptivo comparativo, con una población de 42 niños con sus respectivas madres y como conclusión final tiene, fomentar el apego así mismo fortalecer los elementos los cuales son la vocalización, mirada, tocar, afecto, sosteniendo, proximidad esto ayudará al niño a desarrollar un apego seguro a través solamente de la escala Massie Campbell. Esta tesis muestra como único recurso para determinar estilos de apegos la escala de Massie Campbell sin tomar en cuenta de las experiencias de la madre haciendo referencia a la conducta que en el momento emite la madre y el hijo, lo que hace que solo numéricamente se pueda determinar los rasgos normales o extremos que pueden subrayar un estilo de apego, esto refleja que en esta publicación de grado solo se toma las bases inmediatas y no se hace seguimiento en el proceso del control de crecimiento y desarrollo lo cual este fenómeno no toma las concepciones, cultura, edad, nivel socioeconómico y vivencia que la madre o el familiar a experimentado aunque es de suma importancia las relaciones que hace la investigadora para entender los estilos de apego para ayudar en el desarrollo de la conducta del niño y su madre.

Por otra parte Lecannelier (2017), publica su tesis doctoral titulada “el legado del apego temprano: traslación desde la descripción a la intervención” donde su objetivo

investigativo es presentar dos estudios que reflejan los dos estadios de la Teoría del Apego: un estudio descriptivo sobre la distribución de patrones de apego en una muestra de la Región Metropolitana (Santiago de Chile) (Estudio 1), en infantes de 11 a 18 meses bajo el procedimiento de la Situación Extraña, y un estudio para medir el impacto de una intervención basada en el apego, en una muestra de bebés institucionalizados en diversas regiones de Chile (Estudio 2), esta tesis doctoral refleja el interés de estudiar sobre la distribución de patrones de apego, utilizando medidas *Gold Standard* en muestras normativas siendo así este proyecto un estudio que permita incluir las características sociodemográficas para relacionarlas con el estilo de apego y su seguridad durante la infancia.

Así mismo Gutiérrez (2011) para obtener el título de licenciado en psicología público su tesis titulada “Desarrollo del Vínculo de Apego en la díada Madre-Bebé prematuro, que practicaron el Método Madre Canguro (MMC) en la Unidad de Neonatología del Hospital San José.” En donde su finalidad fue enmarcarse en los aportes de la Teoría de Apego, enfoque que permitiría visibilizar las implicancias de la vinculación temprana entre madre e hijo prematuro en donde se configuraría en una de las intervenciones más precoces en salud mental, ya que se ha evidenciado que el contacto temprano piel a piel entre la díada madre-hijo, favorecería una la serie de transacciones reguladas, psíquica y biológicamente entre el niño y el cuidador primario (madre y/o padre), que incorporadas en la relación de vínculo parecen ser de gran importancia en el desarrollo óptimo de las funciones de auto-regulación y la organización de una personalidad resiliente y con capacidades adecuadas de manejo de estrés. Este presente estudio toma como recurso de investigación el método canguro en bebés prematuros estableciéndolas como la mayor posibilidad para crear vínculo afectivo seguro piel con piel con su madre lo que hace entender que el contacto físico ayuda a

reestablecer esa vinculación que tiene la madre con su hijo y que lo ayudara a detectar y reaccionar de la manera correcta las señales del bebe, contribuyendo también a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre los bebés y sus padres.

Por lo general, los psicólogos desarrollan estas acciones de manera conjunta con médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de salud. La tarea central del psicólogo conductual en el campo de la salud implica el modificar estilos de vida a través del cambio conductual, de diseñar y aplicar programas de entrenamiento para que las personas sean más sanas, prevenir la aparición de algunas enfermedades, mejorar las condiciones de vida en el caso de enfermedades crónico-degenerativas y desarrollar programas de rehabilitación. (Reynoso, Seligson, 2005)

En relación al contexto anteriormente descrito, en el campo de la psicología poco se aborda las relaciones de familiares y pacientes en la unidad de cuidados intensivos neonatal y son escasas las investigaciones sobre el vínculo de la madre con el hijo prematuro o internado por una posible enfermedad en el área de UCI, es necesario abordar la concepción de prematuridad donde esta se refiere cuando el parto se produce antes de las 37 semanas de gestación lo cual tiene como sucesión que el niño nazca con inmadurez de sus órganos y sistemas (respiratorios, térmico, digestivo, metabólico etc.), que por ende lo hace vulnerable a enfermedades y más susceptible a agentes externos (luz, sonidos etc.).

10.1. Bases teóricas

Una eventualidad esperada para los padres es que su hijo nazca a tiempo, generando esta una esperanza de llevarlo a su hogar al instante de su nacimiento y se integre a su familia. Cuando este suceso no es así y necesita hospitalización crea, incertidumbre, stress, ansiedad y temor por parte de sus familias.

Para un pequeño número de bebés, el paso a través de la pelvis de la madre se convierte en una jornada de particular aflicción. Las complicaciones al momento del nacimiento se relacionaron de manera consistente con posteriores discapacidades físicas o psicológicas en el desarrollo solamente cuando los niños crecieron en ambiente inadecuados.

El periodo neonatal las primeras cuatro semanas de vida es un tiempo de transición entre la vida intrauterina y la vida extrauterina. Al nacer, los sistemas circulatorios, respiratorio, gastrointestinal y de regulación de la temperatura se independizan de los sistemas de la madre, el bajo peso al nacer puede influir en el ajuste inicial a la vida extrauterina e incluso puede incidir sobre el desarrollo posterior. Con frecuencia un ambiente posnatal de apoyo mejorara el resultado. Sin embargo, los bebés con muy bajo peso tienen prognosis menos prometedora que quienes tienen un peso mayor. (Papalia, 2013).

Debido a que estos bebés prematuros deben tener una trayectoria en la unidad de cuidados intensivos neonatal es necesario hacer referencia al proceso de desarrollo que ellos tienen durante su estancia de hospitalización, es por eso se toma el enfoque piagetiano se refiere a las etapas cualitativas del desarrollo cognoscitivo o a la manera como las personas desarrollan la capacidad de adquirir y emplear el conocimiento acerca del mundo.

Durante la etapa sensorio-motriz, en esta etapa durante los dos primeros años de vida los infantes aprenden de sí mismos y de su mundo a través de sus propias actividades sensoriales y motrices. Comienzan aplicando simplemente las habilidades con que nacen, sobre todo, la succión y la prensión a una gran variedad de actividades. A los neonatos les

encanta meterse cosas en la boca: el seno materno, el pulgar y todo cuanto esté a su alcance (Morris y Maisto, 2001).

El desarrollo intelectual es el proceso de transformar lo nuevo en familiar, lo desconocido en conocido, la habituación eficiente se correlaciona con otros signos de progreso de este desarrollo, como la preferencia por la complejidad, la exploración rápida del ambiente. Así mismo la preferencia por la novedad parece predecir la inteligencia general a los dos y a los tres años por ende estar preferencia en los infantes predijo varias habilidades específicas en edades posteriores, incluidas las habilidades del lenguaje y la capacidad de memoria de los tres años; la temprana sensibilidad a los sonidos también puede predecir aspectos del funcionamiento cognoscitivo de los infantes, es por eso que la principal influencia en el desarrollo cognoscitivo es la manera como los padres y otras personas actúan frente a los niños ya que podría elevar su autoestima y hacerles sentir que tienen cierto control sobre sus vidas, darles seguridad para explorar y motivarlos a persistir.

Las emociones de los bebés como todo lo de ellos, son producto de un dinámico proceso de desarrollo al igual que el desarrollo motor, el surgimiento de emociones variadas parece gobernado por el “el reloj” biológico de la maduración del cerebro, pero este proceso pueden alterarlo las influencias ambientales; los bebés y los adultos se envían una variedad de señales entre sí. La interacción apropiada ocurre cuando la persona que cuida al niño lee con precisión sus comportamientos y responde de manera adecuada, estos factores sociales tempranos tienen gran influencia en el niño en lo que es y la persona que ahora es, los sentimientos que los padres experimentan y las acciones que realizaban estuvieron influidas por el sexo, el temperamento, la salud y el orden en que usted nació, las relaciones que se forman en la infancia determinan muchos patrones para la

socialización temprana en el niño. Los lazos creados durante la infancia pueden determinar la capacidad para establecer relación en la vida.

10.1.1. Apego

Las investigaciones de Ainsworth y Bowlby (1991), junto con su grupo de investigación en Baltimore, lograron dilucidar tres tipos de apego en marcables en dos grandes grupos de tipos de apego: Apego Seguro y Apegos Inseguros (apego evitativo y apego ambivalente), a través de lo que denominaron la “situación extraña”, que consistía en exponer al menor a una situación carente de familiaridad, con la finalidad de conocer cómo era su reacción cuando su madre marchaba de la habitación y éste se quedaba a solas con un extraño (un miembro del grupo de investigación) y cuáles eran los comportamientos que exhibía en el momento del reencuentro (Facijs, 2017).

Así mismo Bowlby cuando se refiere a la figura de apego, habla de la accesibilidad inmediata y certera, más que tan solo una presencia real. Figura la cual debe por tanto saber responder de manera efectiva, entregando así protección y contención. Ainsworth y Bell (1970), diseñaron la situación del Extraño entendiendo como el apego como el lazo afectivo que se forma entre el niño y su figura materna. (Bowlby, 1958) para lograr, examinar el equilibrio tanto, entre las conductas de apego como aquellas de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Desde este momento la Situación del Extraño se convirtió en el paradigma experimental por excelencia de la Teoría del Apego.

Después en la época de los 80, Cindy Hazan y Shaver Phillip trataron la teoría del apego en las relaciones adultas, estudiando basados en los postulados de Bowlby en donde su investigación consistió en ampliar la teoría de apego basada en las relaciones amorosas en adultos.

10.1.2. Tipos de apego

Según lo anterior Ainsworth y Bell postularon 3 tipos de apego los cuales son:

- Apego seguro

Se caracteriza porque el pequeño busca la protección y la seguridad de la madre y recibe cuidado constante.

- Apego inseguro

El tipo de apego evitativo se caracteriza porque el pequeño se cría en un entorno en el que el cuidador más cercano deja de atender constantemente a las necesidades de protección de éste.

También se identifica con El tipo de apego ambivalente se caracteriza porque estos individuos responden a la separación con gran angustia y suelen mezclar sus conductas de apego con protestas y enfados constantes (Corbin, 2014).

Teniendo en cuenta lo que refieren en Schaffer (2000) las conductas que emiten los niños, Ainsworth (1979), dio significado a tipos de seguridad en la situación extraña donde:

Apego seguro

El niño muestra un nivel moderado de búsqueda de la proximidad de su madre, se tranquiliza cuando ella se va y la recibe en forma positiva cuando se reúne con ella.

Apego inseguro evitante

El niño evita el contacto con su madre, sobre todo al reunirse con ella después de una separación. No se altera demasiado cuando se le deja con un extraño.

Apego inseguro ambivalente

El niño se altera mucho cuando se le separa de la madre. Al volver ella es difícil consolarlo, busca su consuelo, pero le pone resistencia.

Seguidamente debido al grado de seguridad o inseguridad está determinado por el contacto sensible de la madre en los primeros años de vida.

10.1.3. El vínculo madre-hijo

El enfoque etológico para explicar cómo y en qué momento se crea esa intimidad especial entre madres e hijos. Este enfoque afirma que la conducta está determinada biológicamente y ligada a las bases evolutivas de los comportamientos. Se basa en la observación naturista, centrada en animales y hace énfasis en que existen periodos críticos o sensitivos para el desarrollo del comportamiento. En relación con estos estudios acerca del comportamiento animal, el etólogo Lorenz (1957) caminó como los patos, movió sus brazos a la manera de aquellos e imitó su voz y logro que los patitos recién nacidos lo siguieran como seguían a la madre pata y o quisieran como madre. El primer vínculo se establece con la madre, pero si se altera el curso normal de los acontecimientos, pueden establecerse otros, esta conducta denominada impronta es una forma instintiva de aprendizaje en que el sistema nervioso de un organismo parece preparado para adquirir cierta información en un periodo crítico en las primeras etapas de la vida animal, se dice que la impronta es automática e irreversible.

Ser madre implica la comodidad de un estrecho contacto corporal, es seguro que los infantes humanos también presentan necesidades que deben satisfacer o al menos aliviar para crecer de manera normal. Es por eso como afirma Myers (2011), “el apego humano también implica la presencia de una persona que ofrece una base segura para momentos de estrés y una base sólida para explorar el mundo” Ainsworth (1979) citado en Myers (2011) pionera en la investigación sobre el vínculo,” una parte primordial del plan básico de la especie humana es que los infantes desarrollen vínculos afectivos con una figura

maternal”, la cual no necesariamente es la madre biológica; puede ser una persona que le brinde los cuidados básicos.

En parte Bowlby (1958), se convenció de la importancia del vínculo madre-hijo después de examinar algunos estudios etológicos del establecimiento de lazos en los animales y también al observar a los niños perturbados en las clínicas psicoanalíticas en Londres. Reconoció el rol del bebé en el fortalecimiento del vínculo y previno contra los problemas que acarrea a la madre del hijo.

10.1.4. Patrones de vínculo

Cuando Ainsworth y sus colegas observaron a niños de un año de edad, tanto en la situación extraña como en el hogar, encontraron tres patrones principales: vínculo seguro, vínculo de evitación y el vínculo ambivalente o de resistencia.

Los niños que establecen vínculos seguros lloran o protestan cuando la madre sale y se muestran felices cuando regresa. La utilizan como apoyo: se alejan de ella y exploran y regresan de vez en cuando para afirmar su seguridad. En general son cooperadores y de buen genio. Los niños que evitan casi nunca lloran cuando la madre sale y no prestan atención cuando regresa. No logran alcanzar lo que necesitan y tienden a ser de mal genio; no le gusta que los carguen, pero les disgusta aún más que los dejen en el piso. Los niños ambivalentes demuestran ansiedad aun antes de que la madre salga, se enojan demasiado cuando ella sale y cuando regresa adoptan comportamientos ambivalentes como dejarse cargar por ella y patearla o retorcerse al mismo tiempo. En cuarto patrón el vínculo desorientado-desorganizado, podría clasificarse los niños que con frecuencia muestran comportamientos contradictorios e inconsistentes, estos celebran el retorno de la madre, pero se alejan enseguida o se acercan sin mirarla.

Papalia (2013), Cuando una madre es afectiva atenta y sensible a las señales que emite su hijo, el vínculo seguro se fortalece. La cantidad de interacción positiva es más importante que las habilidades de la madre para brindar cuidados y que la cantidad de tiempo que pueda pasar con su hijo, los infantes influyen de manera activa en las personas que los cuidan. Casi toda la actividad de un bebé que conduzca a obtener una respuesta de un adulto puede tomarse como un comportamiento de vínculo: chupar, llorar sonreír, colgarse y fijarse en los ojos de las personas que los cuidan (Bowlby, 1958). En las primeras ocho semanas de vida, los bebés dirigen estos comportamientos a sus madres, antes que a cualquier otra persona. Sus propuestas tienen éxito cuando las madres responden con afecto, expresan satisfacción y mantienen mucho contacto físico con los niños, a la vez que les otorgan gran libertad para explorar. Los bebés aprenden a comprender el sentido de las consecuencias de sus propias acciones (sentimiento de poder y confianza en su capacidad para obtener resultados).

Según Wyly (2011), citado en Chupillon, (2014) señala que “La temprana relación que se establece entre los padres e hijos es la piedra angular en el desarrollo del niño. Estas interacciones le dan al niño confianza y seguridad y además le permiten desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso del apego”.

Las primeras características de un infante pueden tomarse como predictores de la probabilidad de que establezca vínculos seguros o ansiosos. Aunque las habilidades maternas para brindar cuidado a su hijo son muy importantes para establecer el vínculo inicial, sus señales emocionales pueden ayudar a la evolución del patrón del vínculo en especial durante el segundo año de vida, Bowlby (1958) supuso que la receptividad del cuidador era crucial como determinante de la seguridad del apego. Algunos hijos de madres muy jóvenes e inmaduras, que en principio pueden mostrar vínculos inseguros, se vuelven

más seguro a medida que sus madres adquieren experiencia, habilidad y actitudes más positivas, otras personas también pueden ser importantes en la vida de un niño, lo cual permite crear vínculos con el padre, la abuela o una niñera. Las diferencias biológicas y sociales entre hombre y mujer contribuyen a que el rol de cada uno especial.

Es indispensable el desarrollo óptimo del bebe en todas sus etapas y el hecho de que el este en hospitalización por nacimiento prematuro o enfermedad no debe limitar su sano desarrollo evolutivo, por eso es necesario el vínculo de apego (afectivo) con sus familiares (padres) para su progreso físico, cognitivo y social durante su hospitalización y después del egreso de la clínica; Sabemos que se considera en esta instancia la etapa neonatal como un momento “sensible y delicado” pero esto ayudara a potencializar el apego seguro y promover capacidades parentales de los padres hacia los bebes prematuros.

10.2. SISTEMA DE VARIABLES

10.2.1. Definición nominal

- Conducta

10.2.2. Definición conceptual

- Conducta

Es el resultado de una acción recíproca entre elementos de la naturaleza humana y el medio natural y social que la rodea. Dewey (2014)

10.2.3. Definición operacional

La conducta es la acción de respuesta de lo que la persona hace, piensa, dice y siente de manera fisiológica e individual donde expresa sus particularidades emocionales, las cuales se mide con las dimensiones.

10.2.4. Operalización de variables

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
1. Identificar las conductas del niño o niña durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatal	Conducta	Conductas a observar	Mirada, vocalización, tocando, tocado, sostenimiento, afecto, proximidad o cercanía.	Escala Massie Campbell
2. Caracterizar las respuestas de la madre frente a la conducta del niño o niña	Respuestas de conducta	Respuestas de la conducta del niño o niña	Mirada, vocalización, tocando, tocado, sostenimiento, afecto, proximidad o cercanía.	Escala Massie Campbell
3. Considerar las respuestas conductuales madre-hijo que influyen en el vínculo de apego durante la hospitalización.	Conductas madre-hijo	Respuestas	Mirada, vocalización, tocando, tocado, sostenimiento, afecto, proximidad o cercanía.	Escala Massie Campbell

11. MARCO METODOLÓGICO

11.1. Enfoque

En esta investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, debido a que se generará a partir la medicación numérica y el análisis estadístico inferencial. Este enfoque se asocia con prácticas y normas de las ciencias naturales y del positivismo. Así mismo basa su investigación en casos “tipo”, con la intención de obtener resultados que permitan hacer generalizaciones (Fernández, Hernández y Baptista, 2014).

11.2. Tipo

Esta investigación es de tipo descriptiva, de acuerdo con Fernández, Hernández & Baptista (2014), se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

11.3. Diseño

El estudio tiene un diseño no experimental, de campo, debido a que la recolección de datos se realiza en el sitio donde ocurre el fenómeno; Para Arias (2012), la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes, de allí su carácter de investigación no experimental.

11.4. Población de estudio

La población hace alusión al conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. (Arias, 2012). Por tanto, para esta investigación, la población hace referencia al total de pacientes de UCI neonatal de la Clínica Buenos Aires, que tiene capacidad para 30 neonatos, que ingresan y rotan de acuerdo a evolución; Y las madres y/o cuidadores de estos neonatos.

11.4.1. Muestra

La muestra fue censal ya que se trabajó con 30 neonatos y 30 madres y/o cuidadores de estos, hospitalizados en UCI neonatal en el periodo comprendido entre 1-30 de agosto y 1-30 de septiembre de 2018.

11.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO

Técnicas: el presente proyecto se orienta a la recolección de datos que permitan comprender e interpretar de forma integral los conceptos expresados por medio del discurso de madres de neonatos, además la descripción y análisis de las conductas desplegadas en el día a día en la instancia en la clínica que permitirá dar cuenta del vínculo de apego temprano. Por lo tanto, esta técnica de recolección de datos contribuirá a poder definir de forma autentica las narrativas y acciones realizadas por las personas participantes.

De lo anteriormente expuesto a través de la aplicación de estas técnicas como: psicoeducación, entrevistas semiestructurada y las observaciones no participante contribuirá a la recolección de la información importante para el desarrollo evolutivo durante su estadía en la uci neonatal.

11.5.1. Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada podemos llamarla cuando la combinación de los estímulos con una lista de preguntas previamente elaborada, prevalece más lo segundo que lo primero, como cuando lo que se quiere es recabar información referencial, esto es socialmente cristalizada en la que la persona entrevistada es considerada un cualificado transmisor de la misma. En este caso, la entrevista se estructura por temas y cada tema con sus correspondientes preguntas. Cada pregunta estar redactada según las características de la persona que vamos a entrevistar, teniendo siempre en mente que no se trata de conocer el posicionamiento de la persona entrevistada ante una determinada problemática social si no de recabar y/o ampliar la información. (Montañes M, 2011)

11.5.2. Psicoeducación

Apoyado en lo expuesto por el Bulacio (2004), el uso de la Psicoeducación es importante para el proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. Es por eso que la Psicoeducación tiene como objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o patología para enfocar adecuadamente en forma conjunta su resolución o tratamiento y favorecer una mejora en la calidad de vida.

11.5.3. Instrumento

Seguidamente se utilizó una escala de observación categorizada y estandarizada llamada Escala Massie-Campbell Este instrumento es una pauta de evaluación que valoriza la conducta del cuidador y del bebé frente a una situación de stress para el bebé. El objetivo consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales, que reflejan la calidad

del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé. La pauta contiene 6 elementos de apego: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad.

11.5.4. Elementos de escala Massie Campbell

Según el manual guía de Massie Campbell en 1978, La Escala ADS consiste en: Dos pautas de observación: una para la madre y otra para el bebé, cada pauta evalúa 6 aspectos o “elementos” del apego:

11.5.4.1. Mirada

Intercambio de miradas, su intensidad y persistencia.

11.5.4.2. Vocalización

Sonidos, cantos, balbuceos que se emiten en la interacción para interactuar, jugar o comunicar algo. Por ejemplo, el llanto comunica el stress del bebé.

11.5.4.3. Tocando

Es el contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, pero que no incluye el tomar en brazos o abrazar, sino solo tocar con fines afectivos o de juego) Tocando (a): es la búsqueda de contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, para interactuar, jugar, estimular o calmar. Tocando (b): es la evitación del contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé.

11.5.4.4. Sosteniendo

Es el “sostén” físico que se produce entre la madre y el bebé, cuando ella lo toma en brazos.

11.5.4.5. Afecto

Es la “envoltura” afectiva en la que se encuentra la madre y el bebé (tensa, enojada, apática, ansiosa, feliz). En momentos de stress, es esperable que la madre se encuentre ligeramente ansiosa, alerta, y atenta.

11.5.4.6. Proximidad o cercanía

Es el proceso de estar cerca, lejos o al lado, entre la madre y el bebé. En momentos de stress, se refiere a si la madre prefiere estar cerca o lejos del bebé, y en el caso del infante a si suele seguir a la madre con su cuerpo y mirada.

11.5.5. Análisis de datos

Se debe escoger de cada categoría la opción que mejor represente las conductas observadas, dependiendo del tipo de la frecuencia e intensidad de las mismas, cada opción tiene un puntaje que va de 1 a 5. Una vez terminado la evaluación se debe clasificar el patrón según la tendencia de conductas observadas, según la tendencia:

Puntajes 3 y 4 Indicadores de Apego Seguro

Puntajes 1 y 2 Indicadores de apego evitante

Puntaje 5 Indicadores de apego ambivalente

Puede ocurrir que algunos elementos tanto el lactante como el cuidador principal muestren conductas de varios estilos, pero aun así el trazo muestra una tendencia hacia uno de los tres.

Esta escala evalúa la calidad del vínculo de apego durante Stress (ADS). Es una prueba que permite evaluar a la madre y su hijo, entre los 0 y 18 meses de edad, en su interacción durante momentos de stress para el bebé. Fue creado en 1978 por Massie y Campbell, con el objetivo de obtener criterios efectivos, observacionales claros y

conductuales, de la evaluación de la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé, tanto desde el punto de vista de la madre como del bebé, a través de la observación de los siguientes aspectos: contacto visual (mirada), vocalización, tocando (dos tipos: (a) búsqueda de contacto piel a piel y (b) evitación del contacto piel a piel), sosteniendo, afectos compartidos, proximidad o cercanía. Este instrumento tiene la característica de poseer un uso práctico, de rápida y fácil administración, codificación y corrección. (Lecannelier y Zamora 2013).

La Escala de Apego durante Stress permite observar y registrar estos seis indicadores, por parte de cualquier profesional de la salud entrenado para este fin. La escala ADS tiene dos pautas de observación a completar, una para el registro de las conductas del hijo y otra para las conductas de la madre o bien de su cuidador. Los puntajes obtenidos luego de su puntuación, permiten la observación de un perfil que identifica la interacción entre el bebé y su madre como indicadores de una tendencia hacia un estilo de apego específico (Seguro, Evitante y Ambivalente), para su aplicación posee los estándares básicos de validez y confiabilidad y ha sido utilizada en diversos estudios de apego temprano tanto en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y alto riesgo (Lecannelier, F.2017).

11.5.6. Validez y confiabilidad

La Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (ADS), “ha sido la más adecuada para su aplicación, ya que posee los estándares básicos de validez y confiabilidad y ha sido utilizada en diversos estudios de apego temprano tanto en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y alto riesgo” Este instrumento fue creado por Massie y Campbell (1978), teniendo como objetivo evaluar la calidad del apego entre un cuidador significativo (generalmente los padres), y su bebé entre

0 y 18 meses (preferentemente se utiliza durante el primer año de vida). Esta pauta posee criterios observacionales claros y conductuales que son indicadores fuertes de la calidad del vínculo entre la madre y el niño, siendo estos: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad. Es de rápida aplicación, sin embargo, puede ser usada en otras situaciones, tales como: la muda, el baño, la alimentación, momentos breves de separación del cuidador que sean significativos, entre otros (Jove, 2014).

La escala ADS ha demostrado adecuados valores de fiabilidad y validez, especialmente fiabilidad con un alfa de cronbach de (.86) en otros estudios. (Kotliarenko, Gómez y Muñoz (2009); Lecannelier y Zamora (2013). Específicamente en esta investigación los índices de confiabilidad para la escala Massie campbell obtuvo un alfa de cronbach de (.83).

En cuanto a lo anterior cabe resaltar que en el proyecto la aplicación de la Escala de Massie-Campbell implica observar conductas de apego por bebés en la instancia en la unidad de UCI neonatal de la CLÍNICA BUENOS AIRES S.A.S, permitiendo darse cuenta del vínculo afectivo entre el familiar y el paciente su responsabilidad, disponibilidad e interpretación de señales emitidas por él bebé y la sensibilidad que los padres muestran ante tal situación.

12. CONSIDERACIONES ETICAS

En la actual investigación se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas que se encuentran en la Ley 1090 (2006) y el Código Deontológico del Psicólogo elaborado por el COLPSIC (2018), los cuales reglamentan el ejercicio de la psicología en Colombia.

Dentro de las competencias que debe tener todo psicólogo está la competencia ética. De esta manera, su actuación, independiente de lo que señale la ley, se debe ceñir a los

principios éticos que signan su actividad profesional e investigativa. Lo que hacen los códigos deontológicos es recoger los principios éticos y convertirlos en normas positivas con el ánimo, no de sancionar al psicólogo, sino de darles herramientas a sus usuarios para que, cuando estos vean que la praxis del psicólogo se aleja de lo que mandan sus propios estatutos, se quejen ante sus propios colegas buscando que dichas actuaciones no se vuelvan a repetir. El comportamiento ético del psicólogo nace de la convicción de estar promoviendo el bien de sus usuarios, evitándoles todo mal posible, asegurando su autonomía y evitándoles toda forma de discriminación COLPSIC (2018).

El consentimiento informado en psicología (CIP); es la manifestación libre, espontánea y clara que hace el usuario del psicólogo para que, luego de la información clara, completa y cualificada que le brinda el psicólogo, éste último pueda actuar. En ese sentido, el CIP implica la realización de un proceso, que consta de cuatro componentes:

1. Es el proceso dialógico mediante el cual el psicólogo le informa a su usuario de manera clara y detallada acerca de los procedimientos, técnicas y estrategias que seguirá en su evaluación, diagnóstico o tratamiento, sobre sus previsibles resultados y los efectos colaterales adversos que se pudieran presentar, así como las posibles alternativas a la propuesta por el psicólogo.

2. Es el ejercicio dialógico que le permite al usuario comprender lo que el psicólogo va a hacer y al psicólogo tener certeza de que el usuario le ha comprendido.

3. Es la manifestación espontánea, clara y libre de cualquier presión o de vicios del consentimiento del usuario, para que el psicólogo pueda actuar. Es el procedimiento en conjunto, llevado a cabo entre psicólogo y usuario el que permite la materialización del acuerdo y la firma del mismo; En este sentido, el CIP no es solamente el documento firmado por el usuario. El documento es la consecuencia lógica del proceso comunicativo

en el que se consigna lo que el psicólogo va a hacer y el permiso que el usuario le otorga al psicólogo para que lo haga. Dado lo anterior, el documento en que se consigna el consentimiento, puede presentar ajustes a medida que transcurre la interacción psicólogo-usuario (COLPSIC, 2018).

Así mismo, el psicólogo en relación con las personas objeto de su ejercicio profesional tendrá, entre otras, la obligación de comunicar al usuario las intervenciones que practicará, el debido sustento de tales intervenciones, los riesgos o efectos favorables o adversos que puedan ocurrir, su evolución, tiempo y alcance, (COLPSIC, 2018).

13. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

11.1 ANALISIS DE DATOS

En este capítulo se presentan los resultados de la escala aplicada en esta investigación, la misma se trabajó mediante la estadística descriptiva, específicamente con las frecuencias absolutas y relativas, se presentan con gráficos para su mejor comprensión, tal como se muestra a continuación.

11.1.1 Conductas del niño(a) frente a la madre o cuidador.

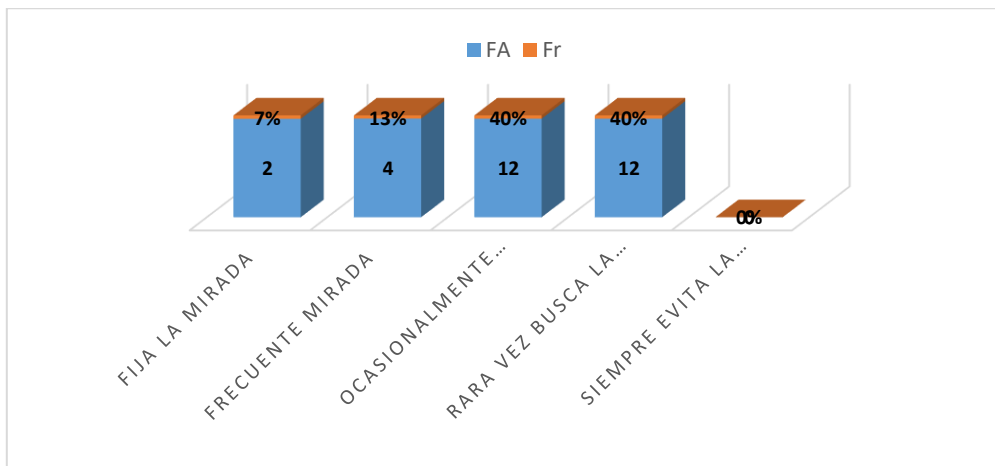
Se observa en la figura 1 la distribución frecuencial del elemento mirada donde el 40% de los niños observados demuestra que, ocasionalmente mira la cara del acompañante y 40% igual para rara vez la busca; seguido de 13% evidencia frecuentes miradas y el 7% fija la mirada, la opción siempre evita la mirada no obtuvo respuesta, esto permite ubicarse en un rango normal, tomado en consideración los descrito por el mismo instrumento aplicado.

Respecto a los vínculos de apego, con relación a las miradas del niño frente a la madre el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 80% con apego seguro, seguido de un 20% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 0% con apego inseguro ambivalente. Lo cual demuestra la necesidad de seguridad del niño en su estado de salud, con respecto a la protección que le brinda la madre.

Debido a lo expuesto en el manual guía por Massie Campbell 1978, el juego de miradas que se produce entre los padres y el niño. La mirada, al igual que el contacto físico, puede calmar o estimular el bebé, y una mirada cálida, afectiva y que se adapte a los estados del bebé, suele ser muy beneficiosa para su desarrollo.

Figura No 1.

Elemento mirada Escala Massie Campbell



Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la figura 2 la distribución frecuencial del elemento vocalización donde el 47% de los niños observados demuestra que rara vez vocaliza o lloriquea, 40% ocasionalmente vocaliza, llanto leve; seguido de 13% evidencia vocalizaciones frecuentes o llanto intenso y las opciones llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo y

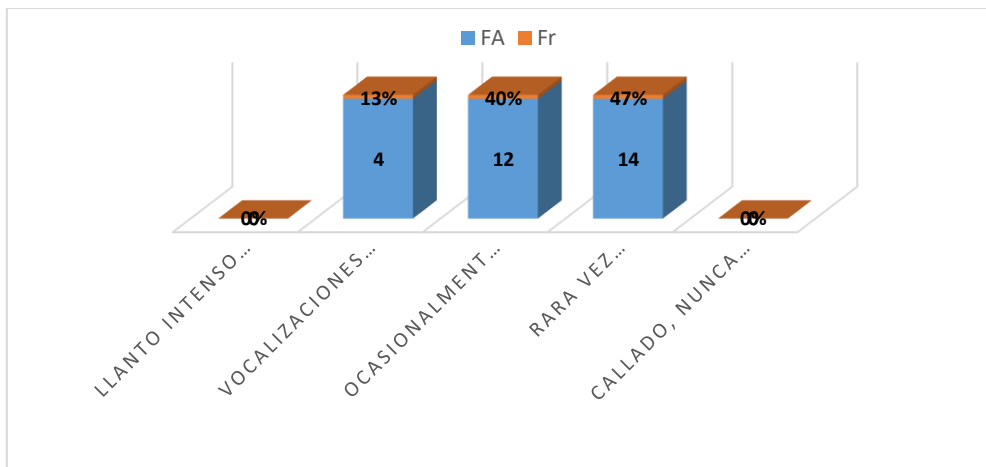
callado, nunca vocaliza no obtuvieron respuesta, esto permite indicar que hay una tendencia a ubicarse en un rango normal a pesar que el mayor resultado lo obtuvo la predilección de rara vez vocaliza o lloriquea.

Respecto a los vínculos de apego, con relación a la vocalización del niño frente a la madre o cuidador el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 53% con apego seguro, seguido de un 47% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 0% con apego inseguro ambivalente.

Según lo señalado en el manual guía de Massie Campbell indica que todas las palabras, cantos, balbuceos que se emiten en la interacción con el bebé ayudan a establecer comunicación, a calmar, estimular y tener vínculo con su madre o el acompañante.

Figura No 2.

Elemento vocalización escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

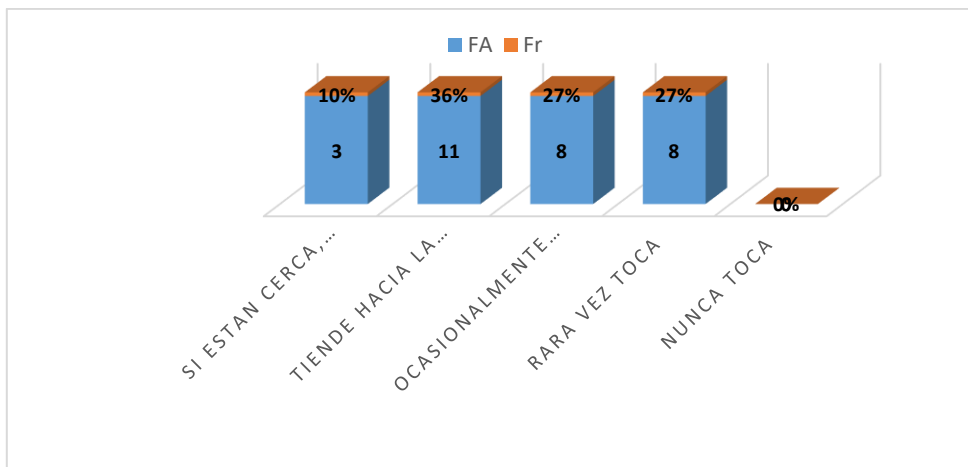
Se observa en la figura 3A la distribución frecuencial del elemento tocando donde el 36% de los niños observados demuestra que tiende hacia la madre y la toca con frecuencia, 27% ocasionalmente toca a la madre y 27% igual para rara vez toca; seguido de 10%

demuestra si está cerca, siempre toca a la madre y la opción nunca toca o tiende hacia la madre no obtuvo respuesta, esto permite situarse en un rango normal.

En afinidad con los estilos de apego, con relación al tocando del niño frente a la madre o cuidador se puede observar que el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 63% con apego seguro, seguido de un 27% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 10% con apego inseguro ambivalente. Lo cual coincide con los señalamientos de Massie Campbell en el elemento tocando, es la búsqueda del contacto piel a piel que tiene la madre o cuidador que hacen con el niño con un fin de juego.

Figura No 3ª

Elemento tocando escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

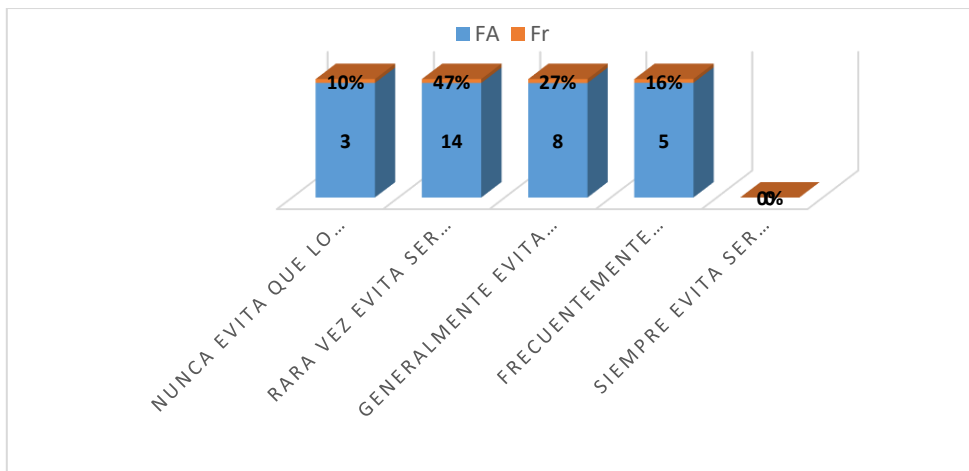
Se observa en la figura 3B la distribución frecuencial del elemento tocado donde el 47% de los niños observados demuestra que rara vez evita ser tocado, 27% generalmente evita ser tocado, 16% frecuentemente evita ser tocado por la madre, seguido de 10% con nunca evita que lo toque y la opción siempre evita ser tocado por la madre no obtuvo respuesta, esto permite situarse en un rango normal.

En semejanza con los estilos de apego, con relación al tocado del niño frente a la madre o cuidador se puede evidenciar que el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 74% con apego seguro, seguido de un 16% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 10% con apego inseguro ambivalente.

Según lo descrito por el manual de Massie Campbell en el elemento tocado hace referencia a la evitación del contacto de la madre o cuidador con el niño. Debido al resultado presentado en este elemento se puede analizar que rara vez los niños evitan ser tocados por la madre o cuidador, lo que concluye es que mantener el contacto favorece al niño a desarrollar seguridad, estabilidad y sensación de protección en donde estos generarían un vínculo de apego seguro.

Figura No 3b.

Elemento tocado escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

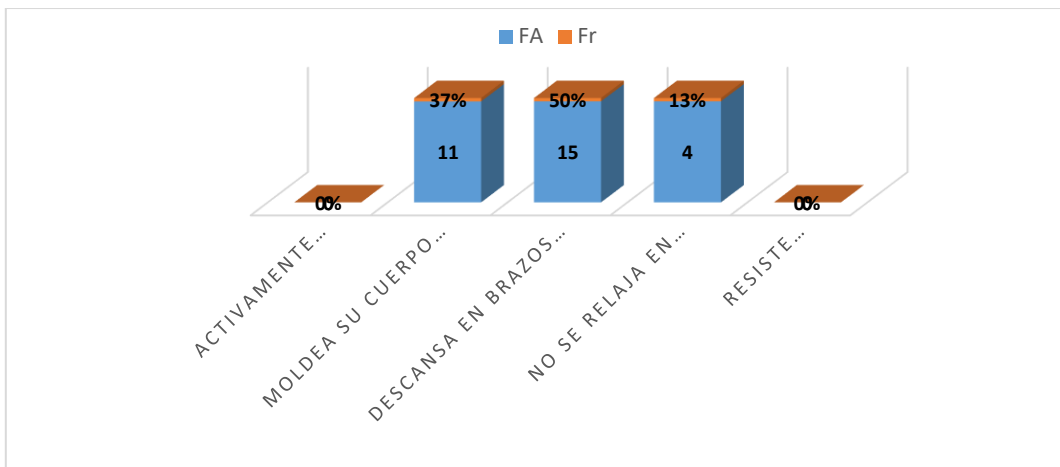
Se observa en la figura 4 la distribución frecuencial del elemento sosteniendo donde el 50% de los niños observados demuestra que descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja, 37% moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja; continuamente de 13% no se relaja en las manos de la madre, la empuja y las

opciones de resiste violentamente, se arquea alejándose de la madre y activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita no obtuvieron respuesta, esto permite indicar que hay una tendencia a ubicarse en un rango normal.

Respecto a los vínculos de apego y relación con el elemento sosteniendo del niño frente a la madre o cuidador el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 87% con apego seguro, seguido de un 13% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 0% con apego inseguro ambivalente. Esto coincide con lo señalado por Massie Campbell el “sostén” físico que se produce entre la madre y el niño, cuando ella lo toma en brazos; es la reacción de protección y seguridad que necesita el niño cuando nace este permite desarrollar un vínculo de apego seguro con la madre.

Figura No 4.

Elemento sostenido escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

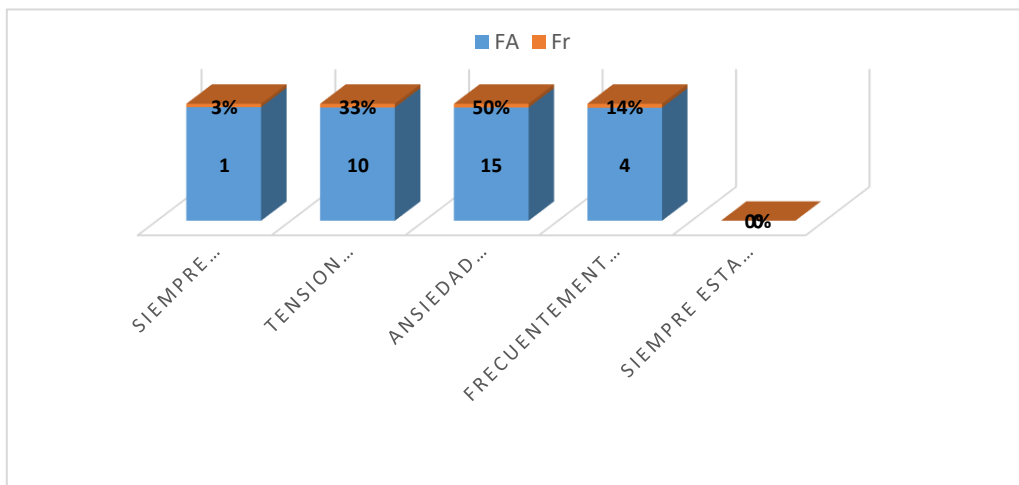
Se observa en la figura 5 la distribución frecuencial del elemento de afecto donde el 50% de los niños observados demuestra ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro, 33% tensión ocasional, en general sonríe; consecutivamente de 14% frecuentemente temeroso, irritable o apático, 3% siempre sonriente y la opción de siempre esta

intensamente angustiado y temeroso no obtuvo respuesta, esto apunta a que hay una preferencia a ubicarse en un rango normal.

Con relación a los vínculos de apego y relación con el elemento de afecto del niño frente a la madre o cuidador el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 83% con apego seguro, seguido de un 14% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 3% con apego inseguro ambivalente. Esto coincide con Massie Campbell cuando afirma que el afecto es la “envoltura” afectiva en la que se encuentra la madre y el bebé (tensa, enojada, apática, ansiosa, feliz). En momentos de stress, es esperable que la madre se encuentre ligeramente ansiosa, alerta, y atenta.

Figura No 5.

Elemento afecto escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

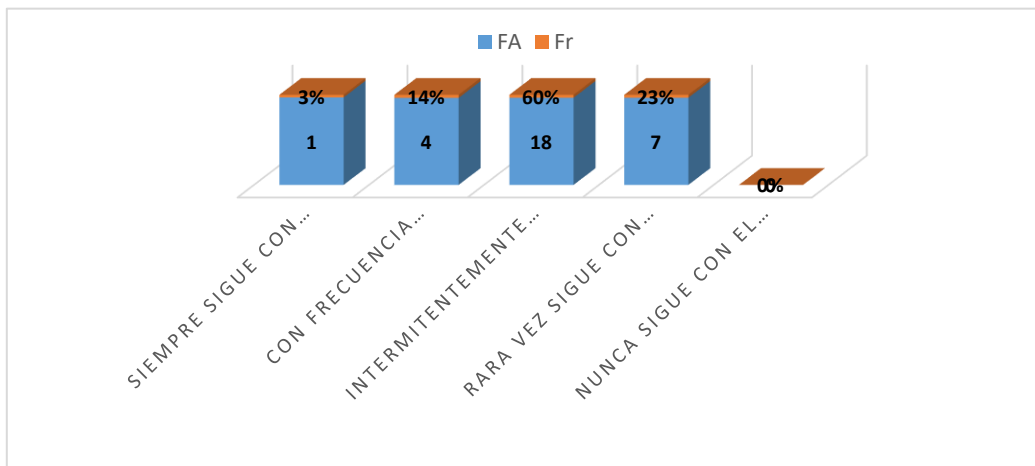
Se observa en la gráfica 6 la distribución frecuencial del elemento de proximidad o cercanía donde el 60% de los niños observados demuestra intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o la mirada, 23% rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada; seguido de 14% con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada, 3%

siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada y la opción nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada, se aleja no obtuvo respuesta, esto indica a que hay una distinción a ubicarse en un rango normal.

En conexión con los estilos de apego y relación con el elemento de proximidad o cercanía del niño frente a la madre o cuidador el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 74% con apego seguro, seguido de un 23% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 3% con apego inseguro ambivalente. Obtenido del manual guía de Massie Campbell la Proximidad o cercanía, es el proceso de estar cerca, lejos o al lado, entre la madre y el bebé. En momentos de stress, se refiere a si la madre prefiere estar cerca o lejos del bebé, y en el caso del infante a si suele seguir a la madre con su cuerpo y mirada.

Figura No 6.

Elemento proximidad o cercanía escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

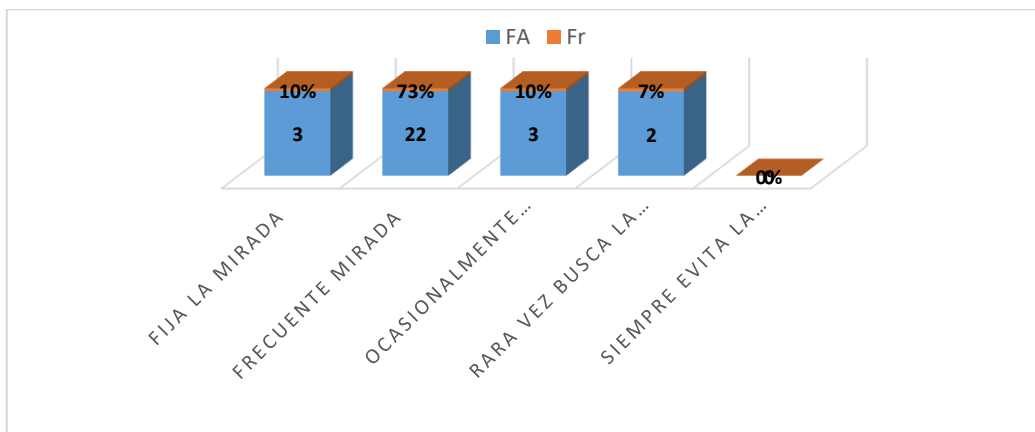
11.1.2 Respuestas de la madre o cuidador frente al niño(a).

Se observa en la figura 7 la distribución frecuencial del elemento mirada donde el 73% de las madres o cuidadores observados demuestra frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas; seguida del 10% para ocasionalmente mira al niño/a la cara y 10% igual para fija la mirada a la cara del niño por periodos largos y el 7% rara vez mira al niño/a la cara, miradas evasivas a la cara del niño/a, la opción siempre evita la mirar la cara del niño/a no obtuvo respuesta, esto permite ubicarse en un rango normal, tomado en consideración los descrito por el mismo instrumento aplicado.

Respecto al vínculo de apego, con relación a la mirada de la madre o acompañante frente a al niño/a el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 83% con apego seguro, seguido de un 7% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 10% con apego inseguro ambivalente. Lo cual demuestra la necesidad de seguridad de la madre o cuidador durante el proceso de hospitalización del niño/a, con respecto al acompañamiento que necesita él bebe.

Figura No 7.

Elemento mirada escala Massie Campbell



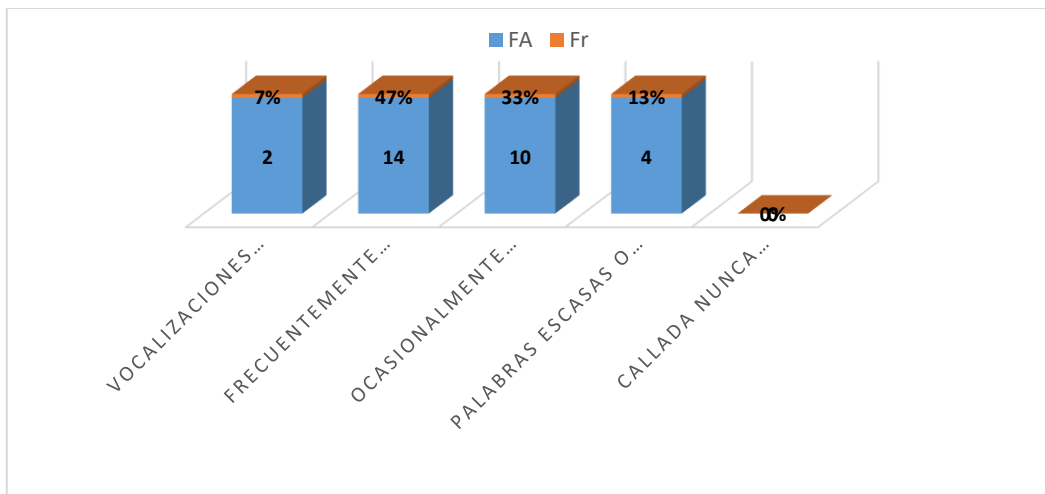
Fuente: elaboración propia

Se observa en la figura 8 la distribución frecuencial del elemento vocalización donde el 47% de las madres o cuidadores observados señala que frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos, 33% ocasionalmente vocaliza al niño; seguidamente de 13% evidencia palabras escasas o murmura, el 7% vocalizaciones intensas todo el tiempo y la opción callada, nunca vocaliza no obtuvo respuesta, esto permite indicar que hay una preferencia a ubicarse en un rango normal.

En razón a los vínculos de apego, con relación a la vocalización de la madre o cuidador frente al niño/a el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 80% con apego seguro, seguido de un 13% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 7% con apego inseguro ambivalente.

Figura No 8.

Elemento vocalización escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

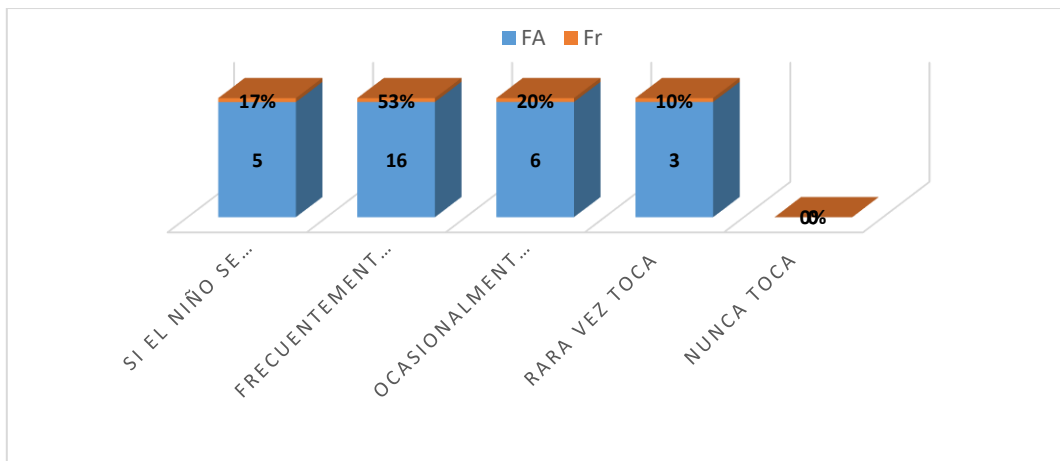
Se observa en la figura 9A la distribución frecuencial del elemento tocando donde el 53% de las madres o cuidadores observados demuestra que frecuentemente tiende al niño/a y lo toca, 20% ocasionalmente toca al niño/a, 17% si el niño está cerca siempre lo toca;

seguido de 10% demuestra que rara vez toca al niño/a, y la opción nunca toca o tiende al niño/a no obtuvo respuesta, esto permite situarse en un rango normal.

En afinidad con los vínculos de apego, con relación al tocando de la madre o el cuidador frente al niño/a se puede observar que el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 73% con apego seguro, seguido de un 17% con apego inseguro ambivalente y por ultimo con 10% con apego inseguro evitativo. Este permite resaltar que en este elemento se toma en consideración el apego ambivalente debido que en los anteriores resultados se puntuaba en tercera opción ya que por motivo de su situación de hospitalización las madres o cuidadores sobre reaccionan a cualquier evento que se presente cuando tienen cerca al bebe.

Figura No 9ª.

Elemento tocando escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

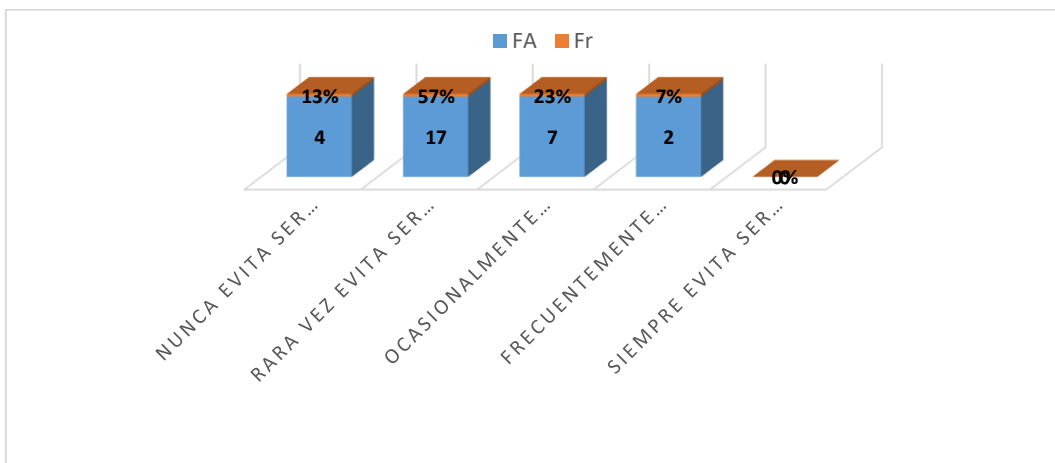
Se observa en la figura 9B la distribución frecuencial del elemento tocado donde el 57% de las madres o cuidadores observados demuestra que rara vez evita ser tocada por el niño/a, 23% ocasionalmente evitar ser tocada por el niño/a, 13% nunca evita ser tocada por

el niño/a, seguido de 7% frecuentemente evita ser tocada por el niño/a y la opción siempre evita ser tocada por el niño/a no obtuvo respuesta, esto permite situarse en un rango normal.

En semejanza con los vínculos de apego, con relación a la tocada de la madre o cuidador frente al niño/a se puede evidenciar que el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 80% con apego seguro, seguido de un 13% con apego inseguro ambivalente y por ultimo con 7% con apego inseguro evitativo.

Figura No 9b.

Elemento tocada escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

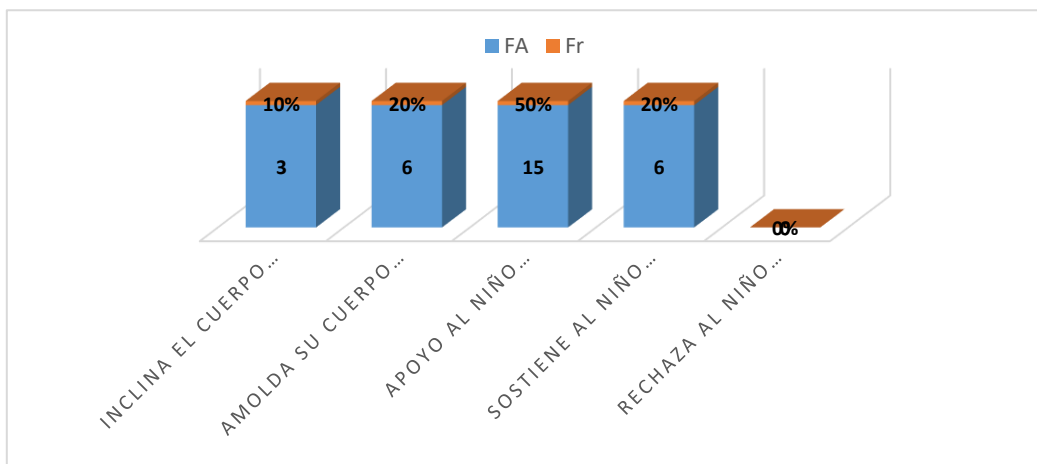
Se observa en la figura 10 la distribución frecuencial del elemento sosteniendo donde el 50% de las madres o cuidadores observados demuestra apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente. Ocasionalmente la empuja, 20% moldea su cuerpo al de la madre y 20% igual para amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza; continuamente de 10% inclina el cuerpo hacia al niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo y la opción rechaza al niño empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo no obtuvo respuesta, esto permite indicar que hay una tendencia a ubicarse en un rango normal.

Respecto a los vínculos de apego y relación con el elemento sosteniendo de la madre o cuidador frente al niño/a el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 70% con apego seguro, seguido de un 20% con apego inseguro evitativo y por ultimo con 10% con apego inseguro ambivalente.

Según lo expuesto por el manual de Massie Campbell, El vínculo de apego tiene que ser relativamente estable en el tiempo: esto implica que para que el apego padres-bebé se forme no deben existir periodos de quiebre o separación prolongados. Es la estabilidad en el tiempo de la relación entre los padres y el bebé lo que empieza a generar el “hábito del apego”, y por ende, lo que fortalece su relevancia. De ante mano el sostenimiento que la madre o acompañante mantiene con el niño permite que haya un lazo emocional donde genera estabilidad y satisfacción estableciendo un vínculo de apego seguro cotidiano y a que se mantendrá en el tiempo.

Figura No 10.

Elemento sosteniendo escala Massie Campbell



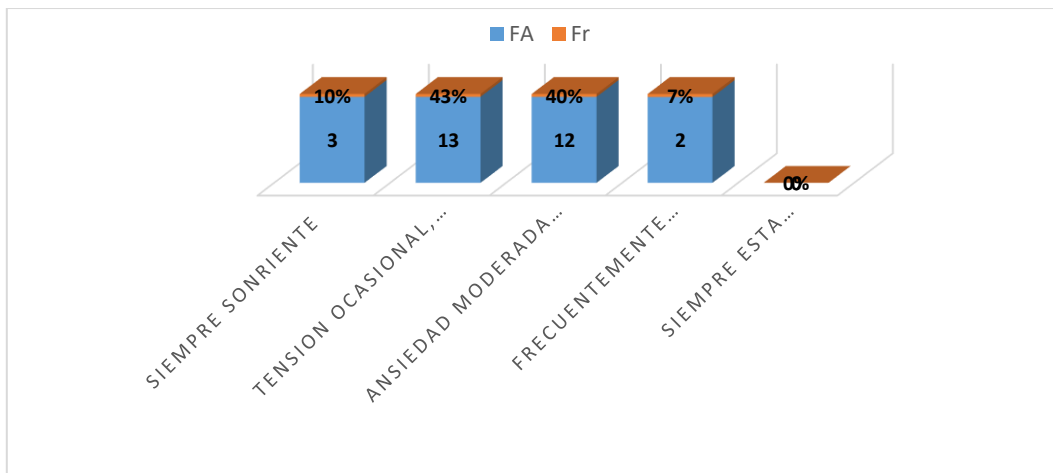
Fuente: elaboración propia

Se observa en la figura 11 la distribución frecuencial del elemento de afecto donde el 43% de las madres o cuidadores observados demuestra tensión ocasional, en general sonríe, 40% ansiedad moderada y/o agradada o poco claro; consecutivamente de 10% siempre sonríe, 7% frecuentemente irritable, temerosa o apática y la opción de siempre esta intensamente angustiada y temerosa no obtuvo respuesta, esto apunta a que hay una preferencia a ubicarse en un rango normal.

Con relación a los estilos de apego y relación con el elemento de afecto de la madre o cuidador frente al niño/a el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 83% con apego seguro, seguido de un 10% con apego inseguro ambivalente y por ultimo con 7% con apego inseguro evitativo.

Figura No 11.

Elemento afecto escala Massie Campbell



Fuente: elaboración propia

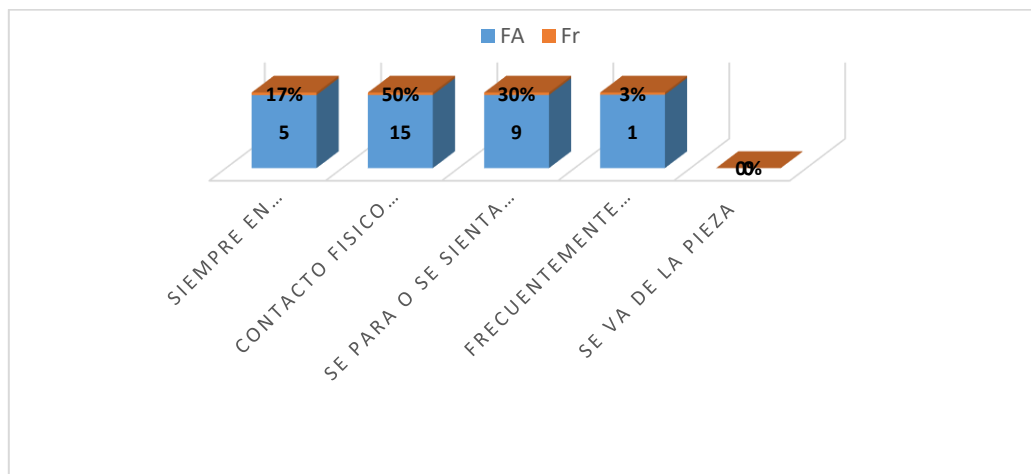
Se observa en la figura 12 la distribución frecuencial del elemento de proximidad o cercanía donde el 50% de las madres o cuidadores observados demuestra contacto físico frecuente con el niño/a, 30% se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño; seguido de 17% siempre en contacto físico con el niño, 3% frecuentemente fuera del

alcance del niño o en el rincón de la pieza y la opción se va de la pieza no obtuvo respuesta, esto indica a que hay una distinción a ubicarse en un rango normal.

En conexión con los estilos de apego y relación con el elemento de proximidad o cercanía de la madre o cuidador frente al niño/a el mayor porcentaje obtenido sumado según como puntúa la escala fue de 80% con apego seguro, seguido de un 17% con apego inseguro ambivalente y por ultimo con 3% con apego inseguro evitativo.

Figura No 12.

Elemento proximidad o cercanía escala Massie Campbell



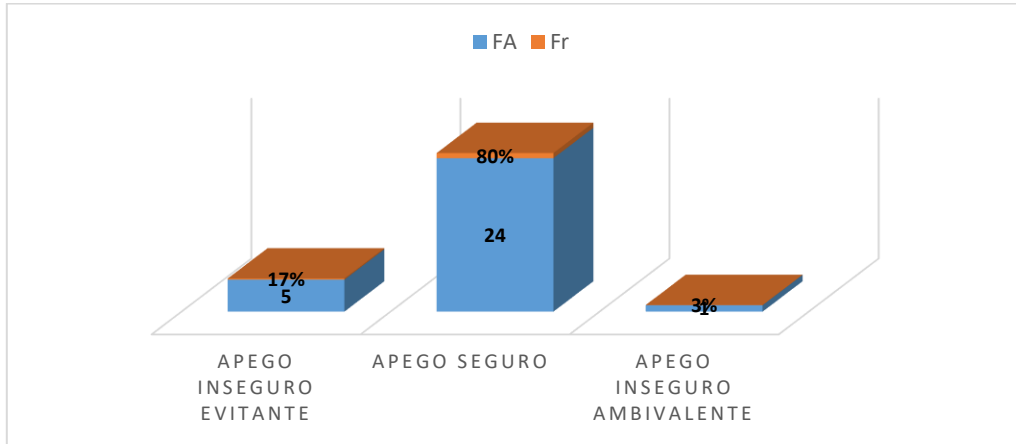
Fuente: elaboración propia

Figura No 13

Vínculos de apego hijo-madre

Se observa que el mayor porcentaje obtenido respecto al vínculo de apego hijo-madre, es del 80% tiene apego seguro; seguido de apego inseguro evitativo con 17%; y por ultimo tenemos el apego inseguro ambivalente con 3%.

Según el manual guía por Massie Campbell, El vínculo de apego es el espacio que permite al niño desarrollar un sentido de seguridad y protección frente al mundo, lo que le permitirá posteriormente adaptarse a diversas condiciones vitales de stress.



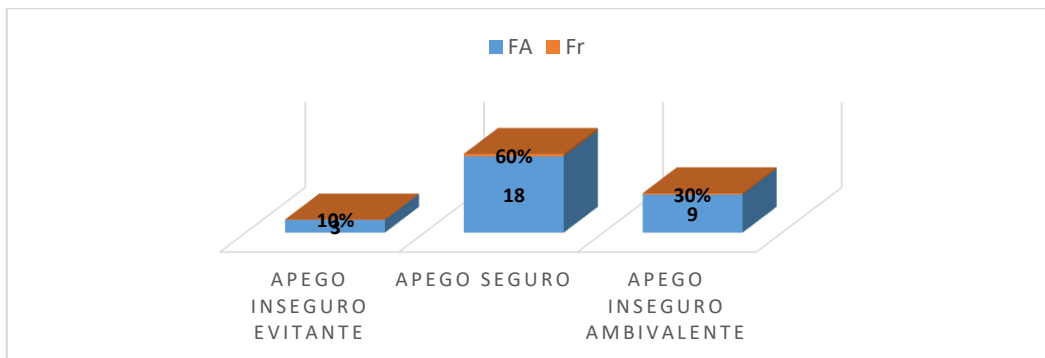
Fuente: elaboración propia.

Se evidencio que el mayor porcentaje obtenido respecto al vínculo madre-hijo, es del 60% tiene apego seguro; seguido de apego inseguro ambivalente con 30%; y por ultimo tenemos el apego inseguro evitativo con 10%.

En relación con lo descrito en el manual guía Massie Campbell, El vínculo de apego implica una motivación biológica del bebé para conectarse, relacionarse, comunicarse y protegerse con un adulto, que generalmente es la madre y el padre pero que pueden ser otros cuidadores alternativos.

Figura No 14

Vínculos de apego madre-hijo



Fuente: elaboración propia.

11.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados encontrados en la investigación evidencian una tendencia de apego seguro en cuanto a la conducta del niño frente a la madre o cuidador, en el elemento mirada el vínculo de apego seguro se evidencio donde ocasionalmente la mayoría de las miradas del niño/a son en busca de la cara de madre siendo esta una conducta positiva de seguridad, en el elemento vocalización resalto que rara vez vocaliza o lloriquea el niño/a frente a la madre o cuidador lo que indica que esta conducta del niño/a es negativa impidiendo una comunicación efectiva enmarcándose en un vínculo de apego inseguro evitante, en el elemento tocando(a) la tendencia más observada es la de tiende hacia la madre y la toca con frecuencia donde el vínculo de apego es seguro pues él bebe busca el contacto físico con la madre o cuidador indicando esto como una conducta positiva, en el elemento tocado(b) rara vez evita ser tocado por la madre poniendo en evidencia que el vínculo de apego es seguro del niño/a con la madre o cuidador lo cual está dentro de las conductas positivas, en el elemento sosteniendo el vínculo de apego del niño/a con la madre o cuidador es seguro ya que en los resultados indica que descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombros, ocasionalmente la empuja permitiendo distinguir esta como una conducta adecuada para construir un buen vinculo, en el elemento de afecto el niño/a frente a la madre o cuidador muestra ansiedad moderada lo que esta conducta sea normal según lo indicado en el manual guía de Campbell (1978), en el elemento proximidad y cercanía lo más observado puntuó en intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo y la mirada donde esta conducta refuerza el vínculo de apego seguro admitiéndolo positivamente.

Estos hallazgos se comparan con la descrito por García et al. (2010) Quien afirma que, en cuanto al desarrollo del bebe, la capacidad expresiva de ellos es un elemento clave en la creación de un marco comunicativo y afectivo en el adulto y que el vínculo de apego

genera al niño sentimientos de seguridad, confianza y estima que se relacionan con el tipo de cuidados recibidos. Por consiguiente, se puede analizar que las conductas propicias ayudan a crear relaciones seguras asociadas al intercambio de miradas las cuales contribuyen a una comunicación no verbal que estimula al bebe para que desarrolle un apego seguro, donde es necesario que el contacto justamente fuerte establece un sostén emocional y de estabilidad que permite construir un vínculo de apego seguro con la madre y con las demás personas con que se relacione a lo largo del tiempo.

De igual forma relacionada (Banus, 2019) señala que se cree que las madres que son más sensibles ante las necesidades de los bebés y que ajustan su conducta a los de estos, tienen mayores probabilidades de establecer una relación de apego segura. Teniendo en cuenta lo señalado en esta referencia se concluye que la comunicación emitida por sonidos establecida por la madre o el acompañante del bebe permite establecer un desarrollo progresivo de contacto social lo que estas vocalizaciones espontáneas ayudaran a reconocer momentos de stress del niño/a.

Según el análisis de resultados con respecto a las respuestas de la madre o cuidador frente a la conducta del niño se identifica un vínculo de apego seguro; en el elemento mirada el vínculo de apego seguro se evidencio en frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño/a siendo esta una conducta positiva de seguridad, en el elemento vocalización resalto que frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos lo que indica que esta respuesta a la conducta del niño/a es positiva afianzando una comunicación estableciéndose en un vínculo de apego seguro, en el elemento tocando(a) la tendencia más observada es la frecuentemente tiende al niño y lo toca donde el vínculo de apego es seguro pues la madre busca el contacto físico con el niño/a indicando esto como una conducta positiva, en el elemento tocado(b) rara vez evita ser tocada por el niño poniendo en

evidencia que el vínculo de apego es seguro lo cual está dentro de las conductas positivas, en el elemento sosteniendo el vínculo de apego de la madre con el niño/a es seguro ya que en los resultados indica que apoyo al niño sobre su pecho u hombro, apreciando esta como una conducta adecuada para cimentar un buen vínculo seguro, en el elemento de afecto la madre o cuidador frente al niño/a muestra tensión ocasional, lo que indica que esta conducta sea normal, sin embargo, es una conducta que se debe optimizar para que no se vuelva más adelante un factor de inseguridad, en el elemento proximidad y cercanía lo más observado puntuó en contacto físico frecuente con el niño donde esta conducta fortifica el vínculo de apego seguro concediéndolo positivamente.

Estas derivaciones se confieren con lo relatado por Myers, (2011) donde afirma “el apego humano también implica la presencia de una persona que ofrece una base segura para momentos de stress y una base sólida para explorar el mundo”. Analizando lo expuesto por el autor de este objetivo se puede decir que, el niño que desde su nacimiento recibe afecto más capacidad tiene de ser un niño seguro, el contacto físico de madre o cuidador-bebe es muy importante para la confianza y seguridad de ambos, la cual ayudaría significativamente a que tenga una recuperación más rápida mientras el niño/a esta hospitalizado, ya que estas interacciones brindan al bebe señales emocionales afianzando el vínculo de apego seguro entre ellos.

De la misma manera Bowlby (1958), supuso que “la receptividad del cuidador era crucial como determinante de la seguridad del apego”. Al analizar observar que tanto la madre o el cuidador y él bebe necesitan del contacto piel con piel para favorecer una estabilidad emocional, protectora y de seguridad que por consiguiente genere un vínculo de apego seguro y saludable que se mantenga en el tiempo.

14. CONCLUSIONES

El afecto que la madre expresa hacia el recién nacido es primordial durante el primer año de vida, estudios realizados por Spitz (1965), indican que, si el recién nacido no recibe afecto y cuidado en los primeros meses de vida, está en factor de riesgo de padecer depresión anaclítica, que lo puede llevar a la muerte.

El vínculo afectivo mostrado por las madres y/o cuidadores al infante se convierten de esta manera en un factor protector o de riesgo, ya que si existen mensajes dobles vinculares de la madre hacia sus hijos, estos pueden terminar desarrollando trastornos de personalidad o trastornos esquizo-afectivos (Linares, 2017); Brainsky (2003), referencia cómo el vínculo del niño con las primeras figuras significativas (madre/padre/cuidador), al igual que factores sociales, ambientales y biológicos son los factores que determinan la personalidad de este.

Estudio revela que, las madres o cuidadores entrevistados, con ellos es necesario constituir en una psicoeducación de manejo de prematuros y bebés recién nacidos con alguna enfermedad, en la cual las madres o cuidadores adquieren confianza en su propia capacidad de entregar cuidados y protección a su bebé prematuro o recién nacido, visibilizando los avances físicos, afectivos y cognitivos de sus bebés. En este sentido, las madres o acompañantes refieren experimentar sensaciones de competencia en su rol de parental, así como tranquilidad y bienestar.

Considerando estos aspectos el presente estudio arrojó información significativa que aporta al cumplimiento de los objetivos descritos; en cuanto al primer objetivo específico se realiza la identificación de la conducta del niño/a mediante la observación donde a través de los elementos de la escala de Campbell (1978), evaluó 6 aspectos los cuales, En la globalización de resultados las conductas observadas emitidas por el niño/a predominó el

vínculo de apego seguro, seguido del vínculo de apego inseguro evitante y por último el vínculo de apego ambivalente, tales conductas se encuentran en el rango normal pero es necesario mejorar las tendencias evitativas, ya que están muy cerca del resultado sumado por puntuación que establece la escala de Campbell (1978), lo que aún mas reforzaría el vínculo de apego seguro, ayudaría a una relación optima bebe- madre y contribuiría al rápida recuperación en el proceso de hospitalización.

No obstante, en la información del análisis, aportando al cumplimiento de los resultados en mención del segundo objetivo específico, se realizó la caracterización de la respuesta de la madre o cuidador frente a la conducta del niño/a, donde igual que el primer objetivo evaluó 6 aspectos de los elementos de la escala de Campbell (1978), (mirada, vocalización, tocando a y b, afecto y aproximación o cercanía), Se encontró en los resultados de la investigación que el vínculo de apego predominante frente a las respuestas observadas expresadas por la madre o cuidador frente a la conducta del niño/a fue el vínculo de apego seguro determinada por las miradas constantes, la intensidad y persistencia a estar cerca, seguidamente por el apego inseguro ambivalente y por último el apego inseguro evitativo, estas respuestas frente a las conductas de los niños/a se encuentran en un rango normal según la puntuación de la escala, pero es indispensable resaltar que en este segundo objetivo el apego inseguro ambivalente busca prevalecer, lo que hace necesario mejorar a través de la educación y apoyo a la madre o cuidador, pautas de inseguridad ambivalente para así fortalecer la interacción y comunicación madre-hijo, regular niveles de ansiedad y stress y propiciar un vínculo de apego seguro.

15. RECOMENDACIONES

Después de haber concluido este estudio con relación al desarrollo del vínculo de apego madre-hijo durante la hospitalización, se evidenció la importancia de fortalecer el vínculo de apego seguro como un requerimiento necesario para el desarrollo integral del niño/a durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatal y para que este vínculo se mantenga en el tiempo.

Es necesario que el equipo médico oriente a los familiares de bebés prematuros y enfermos a desarrollar y mantener una comprensión adecuada de las necesidades de sus bebés a fin de estar preparados para su cuidado, Estas intervenciones tienen el potencial de disminuir el impacto adverso de los estresores ambientales a los que están expuestos los bebés de la UCI, que disminuyen las posibilidades de resultados de desarrollo deficientes y mejora de salud mental de los padres en el proceso de la hospitalización.

De igual forma, para el equipo de enfermería reforzar las estrategias de estimulación temprana para que los resultados del elemento de vocalización, tocado, sosteniendo y cercanía sean positivos respecto a las madres o cuidadores y no generen niveles de ansiedad, stress e inseguridad cuando sea necesario la interacción con sus niños. Es indispensable que el equipo de uci neonatal de una bienvenida apropiada para las familias que debe acompañar la admisión de cada bebé. Deben proporcionarse recursos introductorios básicos mientras se encuentran de residentes en la clínica, cuando los padres pueden estar con su bebé, se debe revisar con ellos: prácticas de higiene de manos, roles del personal y explicaciones simples del equipo.

No obstante, para la madre o cuidador es recomendable su participación y responsabilidad, reforzar el vínculo de apego para que el desarrollo del bebe sea efectivo durante la hospitalización y en afinidad con el equipo de uci neonatal aportar alternativas de

cuidado que ayuden a la recuperación rápida del bebe, fortaleciendo así los elementos de mirada, vocalización, tocado, sosteniendo, afecto y proximidad o cercanía, las cuales permitan sobreponerse a cualquier situación adversa derivada por su proceso de hospitalización.

Por este motivo, es pertinente la inclusión de la psicología, constituir mediante estrategias de psicoeducación en manejos de prematuros y bebés recién nacidos con alguna enfermedad que favorezcan el vínculo de apego madre-hijo, intervenir inmediatamente en el proceso de admisión del bebé a la UCI y establecer un apoyo óptimo de la experiencia emocional presentada por la madre, que permita analizar conductas y establecer un plan que fomente el desarrollo, entrenamiento y potenciación de habilidades parentales que establezcan vínculos de apego tempranos.

De esta manera, el acompañamiento psicológico es fundamental para la contención emocional y las reacciones adversas al proceso de enfermedad del bebé; el aporte de la psicología en las áreas de salud debe hacer la diferencia ampliando investigaciones sobre vínculos de apego, ya que este genera pautas para el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño y por lo tanto contribuiría a la mejoría de la calidad de vida de los bebés que se encuentran hospitalizados en cualquier clínica o bajo algún proceso de enfermedad.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ainsworth (1979), infant mother attachment *America psychologist*, vol 34.

Ainsworth y Bowlby (1991), *An ethological approach to personality development*.

American Psychologist.

Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación*. Sexta edición. Caracas. Editorial Episteme, C.A.

Banús, L (2014), *Psicodiagnosis.es: Psicología infantil y juvenil*. N°26, 1º-1ª. Disponible en: <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/elapego/>

Bowlby, J. (1958). *The nature of the child's tie to his mother*. International Journal of Psychoanalysis,

Brainsky, S. (2003) *manual de psicología y psicopatología dinámicas*. El ancla editores. Bogotá- Colombia

Bulacio J, Vieyra M, Alvarez D, Benatuil D (2004). *El uso de la psicoeducacion como estrategia terapéutica*. XI jornadas de investigación. Facultad de psicología, universidad de buenos aires, Buenos Aires.

Campos G, Lule N (2012). *La observación, un método para el estudio de la realidad*. Revista Xihmai VII (13), 45-60, Universidad La Salle Pachuca, México.

Chupillon, L (2014) *rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo. servicio de neonatología*. hrdlm, 2013. tesis para optar el título de: licenciado en enfermería. Universidad católica santo toribio de mogrovejo. Recuperado de:

http://54.165.197.99/bitstream/usat/357/1/TL_Chupillon_Perez_LuzEliana.pdf

- Colpsic, (2014) *campos disciplinares y profesionales; campo de psicología clínica*, recuperado de: <http://colpsic.org.co/productos-y-servicios/campo-psicologia-clinica/85>
- Corbin, J (2014) *La Teoría del Apego y el vínculo entre padres e hijos, psicología y mente*, recuperado; <https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-apego-padres-hijos>
- Dewey, J (2014) *Naturaleza humana y conducta: Introducción a la psicología social*. Fondo de Cultura Económica. México
- Doménech, E, González, N, J. Rodríguez, J (NN) *Cuidados generales del recién nacido sano*. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf
- Escala massie Campbell
- http://www.saludinfantil.org/Programa_Salud_Infantil/Programa_Salud_Infantil/Anexo%2013.-%20Escala%20de%20Massie%20Campbell.pdf.
- Escala Massie-campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress (o escala de apego durante stress (ads) (1978); manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el apego, recuperado de: <https://docplayer.es/50362805-Escala-massie-campbell-de-observacion-de-indicadores-de-apego-madre-bebe-en-situaciones-de-stress-o-escala-de-apego-durante-stress-ads.html>
- Facijs, S (2017) *Estilos y tipos de apego: Cuáles son, sus consecuencias, y cómo generar correctos vínculos afectivos*, *cognifit Salud, Cerebro & Neurociencia*, revista; recuperado <https://blog.cognifit.com/es/tipos-apego/>
- Garcia, J, Delval, J, Sanchez, I, Herranz, P, Gutierrez, F, Delgado, B, Kohen, R, Carriedo, N, Rodriguez, M, (2010). *Psicología del desarrollo*, universidad nacional de educación a distancia, Madrid, recuperado de:

https://books.google.com.co/books?id=zCM3cAwxb0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Gutiérrez, L, Galleguillos D (2011) *Desarrollo del Vínculo de Apego en la díada Madre-Bebé prematuro, que practicaron el Método Madre Canguro (MMC) en la Unidad de Neonatología del Hospital San José*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Santiago- Chile recuperado de:

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Tesis.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., Méndez Vlencia, S. and Mendoza Torres, C. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D. F.: McGraw- Hill Education.

Jove, N. (2014). *Estilos de apego en la relación madre – niño(a) de 7 a 12 meses de edad, que acuden al control de crecimiento y desarrollo, establecimiento de salud vallecito i-3 puno, 2014*. Tesis para optar el título de: licenciada en enfermería.

Universidad nacional del altiplano puno. Perú. Recuperado de:

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2798/Jove_Vargas_Nely_Fabiola.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kotliarenco, M. A., Gómez, E. y Muñoz, M. (2009). *Evaluación Pre-post del desarrollo psicomotor y el estilo de apego en usuarios de los Centros de Desarrollo Infantil temprano*. SUMMA Psicológica UST 6(2), 89-104. Recuperado de

<file:///C:/Users/admin/Desktop/apuntes%20varios%20para%20tfm/lecalennier.pdf>

Lecannelier, F (2017). *Tesis doctoral, el legado del apego temprano: traslación desde la descripción a la intervención*. Universidad autónoma de Madrid.

- Lecannelier, F. y Zamora, C. (2014). *Escala de apego durante stress (ADS-III tercera versión). Manual de administración, codificación y guía de conductas desorganizadas en el apego*. Concepción: Ediciones Universidad del Desarrollo.
- Lecannelier, F., & Zamora, C. (2013). *Manual de administración, codificación y uso de la Escala de Apego Durante Stress (ADS-III) para la evaluación del vínculo temprano*. Universidad del Desarrollo/Ministerio de Salud/Gobierno de Chile.
- Linares, L. (2012) *terapia familiar ultramoderna*. Herder editorial. Barcelona
- Montañes M, (2011). *Metodología y técnica participativa: Teoría y práctica de una estrategia de investigación participativa*, Editorial UOC, universidad oberta de Catalunya, Barcelona
- Morris, C, Maisto, A (2001) *introducción a la psicología*. Pearson educación. México
- Myers, D (2011) *psicología*: Madrid; editorial panamericana
- Papalia D, (2013) *desarrollo humano. Derechos reservados*, México
- Reynoso, L, Seligson, I (2005) *psicología clínica de la salud; un enfoque conductual*. Editorial el manual moderno. México
- Schaffer, R, (2000) *Desarrollo social*, Siglo xxi editores s,a de c,v, Mexico
- Smith G, Gutovich J, Smyser C , Pineda R , Newnham C , Tjoeng T et al .(2011) *El estrés de la unidad de cuidados intensivos neonatales se asocia con el desarrollo cerebral en recién nacidos prematuros* . Ann Neuro
- Spitz, R (1951). «The psychogenic diseases in infancy». *Psychoanalytic Study of the Child* 6
- Urizar, M (2012) *Vínculo Afectivo y sus Trastornos*. Recuperado de:
<http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>
- Verny, T, Kelly, J (1988) *la vida secreta del niño antes de nacer*. Urbano, Barcelona

APENDICE

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy estudiante del programa de psicología del décimo semestre de la universidad popular del cesar como parte de los requisitos de grado profesional se llevara a cabo el proyecto de tesis de grado.

El mismo se trata de ejecutar un proyecto de intervención primaria psicopedagógica en observación del contexto y los elementos técnicos lo cual requiere de describir necesidades que requieran apoyo psicológico en LA CLINICA BUENOS AIRES S.A.S donde es importante llevar un registro de asistencia hacer un seguimiento y avance del proceso de los familiares y pacientes con relación con el trabajo realizado en el campo elegido, en donde los pacientes de UCI NEONATAL y sus familiares fueron seleccionados para participar en este trabajo del proyecto vínculo de apego madre-hijo durante la hospitalización que consiste en identificar vínculos afectivos con estrategias técnicas y observación durante la hospitalización en la unidad.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida en confidencialidad y el nombre de los niños no será utilizado, este proyecto no con lleva ningún riesgo, no recibirá compensación por participar y si tiene algunas preguntas o dudas sobre la profundización del trabajo pueden ser dirigidas a el programa de psicología de la universidad popular del cesar.

Psicóloga Practicante:

cc.

He leído el procedimiento descrito arriba el (la) estudiante practicante de psicología me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas voluntariamente, doy mi consentimiento para ser partícipe del proyecto de tesis del décimo semestre.

Padre de familia o tutor(a)

cc.

Escala de Massie-Campbell



Conductas del niño o niña durante el evento estresante

Observar	1	2	3	4	5	X
1. Mirada	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo.	No observado
2. Vocalización	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	No observado
3a. Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	No observado
3b. Tocado	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	No observado
4. Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	No observado
5. Afecto	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonriente.	No observado
6. Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	No observado

Respuesta del acompañante frente al estrés del niño o niña

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

Nombre acompañante

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres: _____

Nombre del niño o niña

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres: _____

Fecha de la evaluación

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Relación o parentesco con el niño o niña

R.U.N.: _____

Estilo del apego

☐ Seguro

☐ Inseguro / evitante

☐ Inseguro / ambivalente

En caso de existir, describa la Conducta Problemática de Apego (CPA)

Recuerde



“Uno tiene presente su presente, pero también tiene presente parte de su pasado, y es que ante todo, somos memoria y nos guiamos a través de ésta para entender nuestro presente y nuestro porvenir. Sanar nuestras heridas emocionales del pasado, es un elemento esencial para poder interpretar las vivencias presentes sin verse asociadas a un sufrimiento pasado. Los patrones de apego tienden a ser intergeneracionales, esto es, se transmiten de padres a hijos mediante la imitación, el modelado, etc.”



STHEFANY PEREZ SALAZAR

EST. PSICOLOGIA



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

NEONATAL

VÍNCULO DE APEGO
MADRE-HIJO DURANTE
LA HOSPITALIZACIÓN

**ESTILOS DE
APEGO**



¿Qué es el apego?



El apego es un vínculo afectivo que se establece desde los primeros momentos de vida entre el hijo y la madre (o

más bien la persona encargada principalmente de su cuidado). Su función es asegurar el cuidado del recién nacido. El apego cumple un rol clave en el desarrollo psicológico del niño y en la formación de su personalidad.

Por ello sabemos y es importante destacar que según el tipo de apego el impacto en el comportamiento adulto será distinto, los cuales son:

Apego seguro

Este tipo de apego está caracterizado por la incondicionalidad: el niño sabe que su cuidador no va a fallarle. Se siente querido, aceptado y valorado. El comportamiento de los niños con apego seguro es activo, e interactúan de manera confiada con el entorno. Hay buena sintonía emocional entre el niño y la figura de apego.

Apego inseguro evitante

También es un tipo de apego inseguro en el que, durante la exploración del entorno, el bebé no interacciona con su cuidador de ninguna manera, ni siquiera lo mira. Cuando éste se va no muestra ningún tipo de reacción y, cuando vuelve, le rechaza.

Este tipo de apego se da cuando los cuidadores se muestran insensibles a las necesidades de sus hijos y son poco pacientes. Estos niños no confían en su figura de apego y son inseguros, tienen miedo a la intimidad y rechazan a los demás.

Apego inseguro ambivalente

Es un tipo de apego inseguro. Los niños apenas exploran su entorno ni siquiera en presencia de su figura de apego ya que están totalmente pendientes de ésta. La sensación de ansiedad cuando ésta se ausenta es muy alta, cuesta consolarlos, pero cuando vuelve a verla se muestran ambivalente: buscan su cercanía pero al acercarse, la rechazan. Este tipo de apego se da cuando el cuidador principal es inestable, a veces se muestra cariñoso pero tras, insensible, lo que genera inseguridad en el pequeño. Suele desembocar en una dependencia extrema entre ambos.



RECUERDE

La recuperación, bienestar y el buen desarrollo evolutivo tanto físico, cognitivo y social del bebé también depende de nosotros es por eso que es necesario tener una actitud positiva pues trae paz al interior, armonía y abre la mente para enfrentar los retos de la vida .



STHEFANY PEREZ SALAZAR
EST. PSICOLOGIA



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATAL

CUIDADOS BASICOS PARA NEONATALES Y MATERNAS



VÍNCULO DE APEGO MADRE-
HIJO DURANTE LA
LACTANCIA

PRIMEROS CUIDADOS



La hospitalización del recién nacido debe ser lo suficientemente larga para permitir la detección precoz de problemas y asegurar que la familia sea capaz de cuidar al niño en su casa y esté preparada para ello. Factores que afectan a esta decisión incluyen la salud de la madre, la salud y estabilidad del niño, la capacidad y confianza de la madre para el cuidado de su niño, el adecuado soporte en casa y el acceso apropiado a los cuidados de seguimiento.

Integración en los cuidados

La integración en los cuidados del bebé te hará sentir útil, que cuentes con un buen estado de ánimo es fundamental para ambos, es por este motivo que a continuación podrás conseguir un conjunto de consejos y recomendaciones para que estes tranquila y colabores en la pronta recuperación de tu pequeño bebé.

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón empleando pañuelos de papel de un uso y desecharlos.
- Extraer leche materna para suministrar al bebé, el equipo médico se encargará de suministrarla al bebé.
- Manifestar amor a nuestro bebé, el amor de mamá, su calor y su presencia pueden contribuir enormemente a la estabilización del recién nacido.
- Involucrarse en los cuidados médicos. Intenta estar al tanto de todos los cuidados que necesita el bebé, respetando siempre las restricciones médicas que, aunque nos parecen duras, solo procuran su pronta recuperación.
- Relacionarse con otras madres. Hablar con ellas, desahogarnos y compartir las pequeñas alegrías forman parte de una terapia que ayudará a sobrellevar el tiempo de hospitalización.



APRECIADO FAMILIAR

El trabajo en conjunto de la familia y equipo de salud es indispensable para el bienestar del bebé, por tanto no descuidar la salud propia después del parto, durante la hospitalización y de alta médica ya que es clave para la salud física, mental y emocional. Ten en cuenta estas indicaciones:

- Trata de descansar el mayor tiempo posible.
- Toma mucha agua para mantenerte hidratado(a) especialmente si se esta amamantando a tu bebé.
- Tener buena alimentación, aumentar el consumo de frutas y alimentos en fibra.
- No hacer ejercicios de alto impacto.
- Protegerse y cuidarse de ambientes cambiantes (muchacho sol, lluvia, frío o humedad).

EN CUENTA

John Bowlby, experto en la teoría del apego, expone que si el vínculo con la madre o el padre se rompe en los primeros 6 meses, puede traer graves consecuencias para el bebé.

Los niños que experimentan falta de apego, crecen teniendo grandes dificultades en regular sus estados emocionales y en mantener relaciones sanas.



VINCULO
DE APEGO

STHEFANY PEREZ
SALAZAR
EST. PSICOLOGIA



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

NEONATAL

VINCULO DE APEGO
MADRE-HIJO DURANTE
LA
HOSPITALIZACION

¿QUÉ ES EL VÍNCULO DE APEGO?

Es una relación emocional

perdurable con una persona en concreto; esta relación tiene que producir seguridad, sosiego, consuelo y placer; la pérdida o amenaza de esa persona hacia la que se tiene el afecto provoca ansiedad.

Un afecto saludable con la madre o padre se asocia con buenas relaciones con otras personas a lo largo de la vida, mientras que un pobre apego se relaciona con problemas emocionales y de conducta.



POR QUÉ ES IMPORTANTE

Algo tan necesario, incluso más que el alimento, es recibir altas dosis de afecto a través de palabras y gestos. Un buen desarrollo afectivo, caricias armoniosas, palabras que alimentan la autoestima del niño, miradas en cuyos ojos uno percibe la gratitud y la aceptación con las que el otro le mira.



Las interrelaciones que se producen desde el nacimiento hasta la edad adulta marcan el comportamiento del momento actual, y que el apego no es inmutable ni se mantiene en la misma medida en todas las personas a medida que el desarrollo progresa.

CONSECUENCIAS DEL VÍNCULO AFECTIVO

Las interrelaciones que se producen desde el nacimiento hasta la edad adulta marcan el comportamiento del momento actual, y que el apego no es inmutable ni se mantiene en la misma medida en todas las personas a medida que el desarrollo progresa.

En la parte interpersonal, las personas con apego seguro tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en la intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas.

Para lograr un apego seguro que beneficie el desarrollo del niño y le brinde seguridad y confianza, hay que estar atento a las señales del niño desde que nace: llantos, balbuceos, sonrisas... Ante estos estímulos hay que atenderles y darles amor y cariño. Así se establecerá una relación saludable y sólida con su figura de apego que le ayudará a tener el mismo tipo de relación con los demás.