



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCACIONAL, EL
ESTRÉS EN LA CRIANZA, LA DEPRESIÓN MATERNA Y LA
CALIDAD DEL VÍNCULO EN DIADAS MADRE-BEBÉ PREMATURO
HOSPITALIZADO AL NACER**

MARÍA IGNACIA HEUSSER FERRÉS

Profesor Guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité: Mónica Martínez y Francisca Wormald

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

**Mayo, 2022
Santiago, Chile**

**A mi familia siempre incondicional,
sobre todo a mis niños pacientes y cariñosos.**

ÍNDICE

Resumen	iv
Introducción	vi
Antecedentes Teóricos y Empíricos	viii
1. La construcción de los primeros vínculos.	viii
Vinculación temprana y apego en bebés de término.	viii
Vinculación temprana y apego en bebés prematuros.	x
2. Salud mental materna y vínculo.	xii
Depresión materna y vínculo en condiciones normales y de prematurez.	xii
Estrés materno y vínculo en condiciones normales y de prematurez.	xv
3. Nivel educacional materno y vínculos tempranos.	xviii
Salud mental materna, nivel educacional y vínculos tempranos.	xviii
Objetivos	xxii
Preguntas de investigación	xxii
Objetivo general	xxii
Objetivos específicos	xxii
Hipótesis	xxii
Metodología	xxiii
Diseño	xxiii
Participantes	xxiii
Procedimiento	xxiii
Instrumentos	xxv
Análisis de datos	xxvi
Resultados	xxvii
Caracterización de la muestra	xxvii
Análisis descriptivos de las variables estudiadas: calidad vincular, estrés en la crianza y depresión materna.	xxix
Análisis de la relación entre las variables de estudio.	xxx
Análisis correlacionales.	xxxii

Análisis del valor predictivo del nivel educacional materno en la relación entre su salud mental y el vínculo.	xxxv
Análisis de regresiones lineales para determinar el valor explicativo de las variables independientes en el vínculo.	xxxvi
Discusión y conclusiones	xxxlv
Referencias bibliográficas	xxxlvii
Anexos	lxv
a. Guion para el consentimiento informado y la participación en el estudio principal	lxv
b. Guion acuerdo de confidencialidad equipo de investigación	lxix
c. Instrumentos de evaluación	lxx
Anamnesis infantil (Olhaberry, 2011)	lxx
Escala de depresión Edimburgo (Cox et al,1987) versión chilena (Jadresic et al, 1995)	lxxvi
Parental Stress Index, short form (Abidin, 1995)	lxxvii
Maternal postnatal attachment scale, MPAS (Condon & Corkindale, 1998) version español (Riera-Martin, et al, 2018)	lxxx

Resumen

En el contexto de los nacimientos prematuros y de acuerdo con la Teoría del apego, la salud mental materna y un vínculo temprano seguro podrían favorecer un desarrollo positivo en el niño/a, especialmente en aquellos que nacen tempranamente y deben permanecer hospitalizados luego del parto (Groh et al., 2017). Se ha observado que los bebés prematuros presentan mayores dificultades a lo largo del ciclo vital en un amplio espectro; problemas cognitivos (Hutchinson et al., 2013; Litt, et al., 2005), dificultades atencionales (Hanke et al., 2003; Horwood et al., 1998; Taylor et al., 2000), hiperactividad (McCormick et al., 1996), sintomatología internalizante (Greenley et al., 2007; Horwood et al., 1998), y que, los problemas socioemocionales en general (Taylor et al., 2000) parecen aumentar a menor edad gestacional y/o menor peso al nacer (Mathewson et al., 2017). Considerando estos antecedentes, es relevante estudiar qué variables maternas inciden en el logro de un apego seguro, tomando en cuenta tanto el distanciamiento de la díada, como las implicancias en la salud global del bebé, de manera de poder detectar precozmente dificultades y generar estrategias de intervención temprana para promover la salud y el desarrollo materno-infantil. En este escenario la evidencia muestra que tanto el nivel educacional como la depresión y el estrés materno asociado a la crianza influyen en la calidad de la vinculación temprana madre-bebé. Un mayor nivel educacional materno es considerado un factor protector en la seguridad del apego (Donald et al., 2019), así como la depresión y el estrés, serían factores de riesgo para la vinculación madre-bebé (Kimelman et al., 2017; Quezada & Santelices, 2009).

Este estudio tiene como objetivo evaluar la relación entre el nivel educacional, el estrés en la crianza, la depresión materna y la calidad del vínculo en díadas madre-bebé prematuro internado en una Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). En cuanto a las hipótesis, se espera que a mayor nivel educacional las madres presenten menor depresión y menor estrés materno, así como una mayor calidad vincular y que tanto el nivel educacional, como la depresión y el estrés, expliquen en algún porcentaje, la calidad del vínculo en las díadas estudiadas.

El estudio cuenta con un diseño cuantitativo, no experimental y transversal, de carácter descriptivo y correlacional, en que se caracterizarán las variables nivel educacional materno, estrés y depresión (como indicadores de salud mental materna), así como el vínculo madre-bebé. La muestra está compuesta por 66 díadas madre-bebé prematuro hospitalizado al nacer,

entre el segundo semestre del año 2019 y el transcurso del año 2020 en una UCIN con bebés entre 15 y 28 meses de edad corregida al momento de la evaluación.

Para evaluar vínculo se utilizó la Escala de Apego Materno Postnatal, MPAS (Condon & Corkindale, 1998 versión en español, Riera-Martín et al., 2018), para evaluar depresión materna se utilizó la escala Edimburg Postnatal Depression Scale, EDPE (Cox, Holden & Sagovsky, 1987, versión chilena Jadresic, Araya & Jara, 1995) y para evaluar estrés parental se utilizó el Parental Stress Index en su versión abreviada, PSI-SF (Abidin, 1995). El nivel educacional materno y otros antecedentes sociodemográficos fueron evaluados a través de la entrevista de detección de riesgo y protección biopsicosocial del Equipo Chile Crece Contigo (Gutiérrez & Cubillos, 2008) y la Base de datos del Registro Nacional de Centros Neonatales (RENACEN), junto con la Anamnesis infantil elaborada por Olhaberry (2011).

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se analizó la asociación entre las variables estudiadas, para posteriormente evaluar el rol del nivel educacional materno en la relación entre sintomatología depresiva y calidad del vínculo ,y ,entre estrés materno y calidad del vínculo. Finalmente se evaluó el valor explicativo del nivel educacional, el estrés y la depresión materna en la calidad del vínculo en las diadas estudiadas. Los datos obtenidos se analizaron con el programa para análisis estadísticos *R*.

Se observó que el estrés en la crianza y la depresión afectan negativamente el vínculo total para todos los niveles educacionales de la muestra, explicando un 50% de la variabilidad del vínculo. De forma independiente se obtiene que el estrés es la variable que con más fuerza predice el vínculo. Se pesquisa una correlación negativa para la escala MPAS y sus subescalas con la escala total PSI-sf y el EDPE. En las subescalas de calidad del vínculo y de ausencia de hostilidad, se observa una correlación negativa con cada subescala del PSI-sf. Para placer en la interacción, solo se pesquisa una correlación negativa con la subescala características de niño difícil del PSI-sf. Finalmente, se obtuvo que para el PSI-sf total y cada subescala existe una correlación positiva con el EDPE.

A partir de los resultados de esta investigación se visibiliza la relevancia de desarrollar y llevar a cabo intervenciones para el manejo del estrés en las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados al nacer. La literatura da cuenta de que una intervención oportuna no solo disminuye la sintomatología en las madres, sino que además favorece el desarrollo de un buen vínculo con los bebés.

Introducción

Décadas de investigación sobre los vínculos tempranos indican que este constructo sería una necesidad universal para todo ser humano. Diversos autores dan cuenta de los beneficios de su sano establecimiento para múltiples áreas del desarrollo, ya sea tanto a nivel neurocognitivo, socioemocional como psicomotor, entre otros, además de tener un claro impacto en la salud mental. “Se sabe que las experiencias tempranas del ser humano moldean la salud neurológica, psicosocial y física, siendo el desarrollo del cerebro especialmente receptivo a un cuidado nutritivo y a la estimulación del ambiente durante los periodos críticos tempranos del desarrollo” (Sprat et al., 2016, p.2).

La literatura también da cuenta de la existencia de ciertos elementos cruciales para el desarrollo de los vínculos tempranos, así como elementos que lo alterarían. Es durante el primer año de vida que un cuidado sensible es considerado como el precursor más relevante de un apego seguro. Este vínculo emocional que el niño tiene con un cuidador específico se forma a través de sus primeros patrones de interacciones sociales durante el primer año de vida (Bowlby,1982) y, “los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental del niño, son la resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continua entre la madre y su hijo por la cual ambos encuentran satisfacción y alegría” (Bowlby, 1951, p. 11). La interacción entre una madre y su hijo en el periodo post natal temprano, o la falta de ésta en casos como el de un nacimiento prematuro, puede mediar alteraciones en numerosas áreas del desarrollo, con consecuencias en el largo plazo (Flacking et al, 2012). Por otra parte, factores tales como la depresión materna, el estrés en la crianza, estresores contextuales y antecedentes sociodemográficos, también afectarían el sano establecimiento de una relación de apego. Beebe et al., (2012) y Kimelman et al.,(2017) señalan la psicopatología materna como un importante factor de riesgo para procesos vinculares inseguros y desorganizados. “La disminución en la coordinación, respuesta contingente de la madre y la ausencia de correspondencia afectiva de ésta, constituyen un alejamiento emocional materno del niño que se encuentra en un estado de estrés. Este comportamiento compromete la interacción del infante y su coherencia emocional” (Beebe et al., 2012, p.353), “teniendo la dificultad de sentirse conocido por su madre” (p.367).

Antecedentes sociodemográficos tales como el nivel educacional y socioeconómico de las familias, estado laboral y el apoyo social recibido (Farkas et al., 2015; Santelices et al, 2015) inciden también en la construcción del vínculo madre-hijo. Para una madre, un nacimiento prematuro es un elemento estresor del ambiente, puesto que supone enfrentarse a una realidad

no esperada, donde las expectativas de su embarazo y parto se pierden, y donde, además, deberá enfrentarse a la separación temprana de su hijo junto con la pérdida de su rol maternal, relegando los cuidados a la UCIN (Puig et al., 2018). Al mismo tiempo, implica un componente neuropsicológico del bebé, ya que, a pesar de las tasas notoriamente crecientes de sobrevivencia en estos niños, el riesgo de deterioro neurosensorial se ha mantenido en gran medida (Hack & Fanaroff, 1999; Mathewson et al., 2017) o incluso ha aumentado (Hack & Fanaroff, 1999; Wilson-Costello, Friedman, Minich, Fanaroff, & Hack, 2005; Mathewson et al., 2017), lo que involucra nuevos desafíos a la vinculación entre la madre y su hijo prematuro. Un parto de pretérmino se define como aquel que ocurre previo a la semana 37 de gestación, ya sea una indicación médica por motivo de riesgo para la madre o el feto o de manera espontánea (Ministerio de salud - MINSAL, 2017). La prematurez tiene una incidencia del 10% de total de los nacimientos aproximadamente (Organización mundial de la salud – OMS, 2018), lo cual significa que 1 de cada 10 partos ocurrirían antes de las 37 semanas de embarazo. Si bien actualmente los niños nacidos en estas condiciones en gran medida logran sobrevivir en las UCIN, muchos de ellos deben ser controlados con posterioridad por las dificultades que presentan y para recibir un tratamiento oportuno (Morgues et al., 2002; Fernández et al., 2020). Además de las múltiples patologías médicas a las que se pueden ver enfrentados este grupo de pacientes, se presentan otras dificultades tales como el distanciamiento físico de la diada, la falta de empoderamiento del rol materno, posible aumento de la sintomatología en las madres de estos niños hospitalizados, entre otros (Wormald et al., 2015; Campo et al., 2018; Flacking, 2012)

De manera particular, la población de estudio es un grupo especialmente vulnerable. Se ubica dentro de una zona del gran Santiago a la que le corresponden diversas comunas con población en riesgo psicosocial, quienes no cuentan con los recursos que podrían servir como protectores frente al escenario de un nacimiento prematuro. Además, se ha pesquisado mayores niveles de estrés en madres de recién nacidos de pretérmino en hospitales públicos en comparación con los centros privados (Wormald et al., 2015). Junto con eso, estudios dan cuenta que, frente a una menor cantidad de años de educación recibida, mayor es el riesgo de la presencia de psicopatología materna y de esta manera, mayor el riesgo de inseguridad en el vínculo. De forma específica, se ha pesquisado que para el género femenino contar con menos años de educación es un factor de riesgo para que un cuadro depresivo se prolongue en el tiempo (Handa et al., 2009).

Como se mencionó anteriormente, la psicopatología materna, situaciones de estrés y antecedentes sociodemográficos particulares, impactan la calidad del vínculo establecido entre una madre y su hijo. La población de la muestra sería un grupo de riesgo desde cualquiera de las aristas mencionadas. 1 de cada 4 madres en población vulnerable tendría al menos síntomas depresivos, aunque no se configure un trastorno grave (Ceriani, 2020), las madres de prematuros en hospitales públicos presentarían mayores niveles de estrés (Wormald et al; 2015), y ambas condiciones podrían verse acrecentadas a menor nivel educacional y socioeconómico. Urge entonces la necesidad de prevenir, ya sea creando protocolos, desarrollando grupos de apoyo o instaurando visitas domiciliarias. En otras palabras, es imperioso generar un contexto de protección para este grupo humano de riesgo en un momento del ciclo vital particularmente frágil y de extrema relevancia. Se espera que a partir de los resultados de este estudio se pueda obtener los insumos necesarios para contribuir a esta urgente necesidad.

Bedregal et al. (2016) plantean que el estudio de los determinantes sociales de la salud y de la educación dan cuenta que el estrato social en el cual un niño nace “es el mejor predictor del lugar social que ocupará en la vida adulta, su nivel educacional y su situación de salud” (p.352), y a su vez podría también determinar lo que ocurra con su propia descendencia. Es por esta razón que es posible pensar que en nuestro país el nivel socioeconómico y las consecuencias tanto positivas como negativas que éste conlleve, implicarían diferencias importantes en la base del desarrollo global en la vida de los niños. En otras palabras, podemos preguntarnos si la brecha socioeconómica en Chile opera como una desventaja a la base para diversos ámbitos del desarrollo y de la salud mental de nuestros habitantes en general, perpetuándose esta inequidad y desventaja por generaciones.

Antecedentes teóricos y empíricos:

1. La construcción de los primeros vínculos.

Vinculación temprana y apego en bebés de término

Las interacciones tempranas son la base del desarrollo del niño, impactan tanto su comportamiento como su crecimiento psíquico (Kivijarvi et al. 2001; Crittenden & Bonvillian 1984; Shin, 2008) y establecen una pauta para las relaciones futuras. Es un proceso que se inicia en el embarazo y que continúa posterior al nacimiento. “La relación cuidador-bebé proporciona

a los infantes sus primeras experiencias sociales, formándose una base de lo que pueden esperar de los demás y cómo satisfacer mejor las expectativas de los demás” (Swain et al., 2007, p.1).

Se ha descrito cómo los niños desarrollan vínculos con sus padres y cuidadores en busca de cercanía, estabilidad, regulación emocional y seguridad. John Bowlby postulaba que la conducta de apego tenía una función evolutiva. Existiría una “predisposición biológica a formar relaciones” (Bartholomew, 1990 ; Papapetrou et al., 2020, p.258), que facilitaría la adaptación y sobrevivencia. Frente a una situación de estrés, el bebé busca confort y seguridad de sus cuidadores a través de señales como el llanto, por ejemplo, que hacen que el adulto se haga cargo de sus necesidades. Cuando el cuidador da una respuesta pronta y sensible consistente en el tiempo, el niño gradualmente va desarrollando un apego seguro (Tsachi et al 2010; Papapetrou et al, 2020). La construcción de la confianza en el apoyo y protección de los padres durante situaciones de estrés es considerada una de las áreas más importante del desarrollo infantil (Dixon, 2016; Bosmans et al, 2020). “El apego asegura que los procesos del cerebro que sirven a la cognición social sean organizados y preparados de la manera correcta para vivir con otras personas” (Fonagy, 2015, p.359). Sin embargo, el desarrollo de un vínculo seguro puede verse interferido por eventos psicológicos, psicopatológicos y estresantes (Kimelman et al., 2017).

Diversos investigadores, han reportado la sensibilidad a las señales del niño como un predictor de la seguridad en el apego entre una madre y su hijo (Kempainen et al. 2006 ; Van den Boom 1994, De Wolff & van IJzendoorn 1997; Shin & Kim 2007; Pederson et al. 1998, Aviezer et al. 1999; Shin, 2008). Para Mary Ainsworth (1969), la sensibilidad materna implica leer con precisión las señales del niño y responder de manera oportuna y adecuada (Belsky et al., 2015). En este escenario este constructo se configura como uno de los indicadores clave de la calidad de las interacciones tempranas, siendo uno de los factores determinantes más importantes del apego que se desarrolla entre la madre y el niño (Van IJzendoorn et al. 2007; Shin, 2008; Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015). Las diferencias en la calidad de las experiencias de cuidado están íntimamente ligadas entonces a las diferencias en el desarrollo del apego del niño (Bowlby, 1969; Barceló et al 2016; Verhage et al., 2016;Bosmans et al, 2020) influenciando al mismo tiempo tanto el desarrollo físico, psicológico como cognitivo de éste (Meins et al. 2001, Drake et al. 2007;Shin, 2008). La sensibilidad también sería modulada por el desarrollo del niño, así como por factores de riesgo y protección (Belsky & Fearon 2002;Santelices et al 2015). Dentro de estos últimos encontramos por ejemplo el periodo de

embarazo y nacimiento del bebé, características de la madre, el nivel educacional y socioeconómico de las familias y el apoyo social recibido (Farkas et al., 2015; Santelices et al, 2015). B T Dau et al. (2019) especifican tres áreas que impactarían la sensibilidad de una madre: (1) el estado psicológico materno, específicamente los síntomas depresivos, (2) el apego materno fetal y (3) el estrés general percibido por los padres (Hadadian & Merbler, 1996; Pearson et al., 2012; Shin et al., 2006; B T Dau et al., 2019)

Vinculación temprana y apego en bebés prematuros

El nacimiento prematuro de un niño, en tanto una complicación perinatal, se configura como un factor de riesgo para la seguridad del vínculo, ya que como plantea Barceló et al (2016), este tipo de dificultades, influirían en la respuesta sensible de la madre, aspecto central para el desarrollo de un apego seguro.

“El parto prematuro y la separación del recién nacido interrumpen abruptamente el vínculo madre-hijo, provocando una crisis emocional y sentimientos negativos en una mujer que no está preparada” (Korja et al, 2010; Iono et al, 2016; Fernández et al, 2018, p.326). Junto con lo anterior, los mismos autores plantean que dada la vulnerabilidad, la dependencia y la necesidad de protección de un bebé prematuro, la separación produce miedo, incertidumbre y desconfianza en la madre, lo que explicaría la ruptura del vínculo emocional, a lo que se suma una ruptura vincular física frente a lo amenazante que puede percibirse una UCIN y los dispositivos de monitoreo y de apoyo vital que la componen.

La separación temprana de un niño prematuro de su madre reduce y retrasa la responsabilidad del cuidado materno, aumentando su ansiedad al no percibirse como una madre suficientemente buena, y así el riesgo de un vínculo inseguro, se acrecienta (Fernández et al, 2018). Además, el distanciamiento físico de la díada madre-bebé altera el desarrollo cerebral, perjudica el proceso de vinculación temprana y tiene efectos duraderos en el desarrollo emocional. Sin embargo, se ha observado que el contacto piel a piel, el desarrollo del cuidado y otras intervenciones que apoyan la parentalidad y el involucramiento parental en el cuidado del bebé prematuro, tienen el potencial de mejorar los resultados neurológicos y del neuro comportamiento de estos niños, junto con disminuir los niveles de cortisol del bebé y sus respuestas al dolor. Respecto del último punto específicamente, se sincronizaría incluso la variación del cortisol entre el bebé prematuro y la madre (Braun, 2011; Sullivan et al 2011; Hofer, 2006; Morelius et al., 2007; Als et al., 2004; Scher et al, 2009; Flacking et al, 2012). De

esta manera, el contacto físico cercano madre-hijo prematuro se configuraría como un elemento importante para la formación de relaciones de apego seguro y saludables. Por otro lado, Fernández et al (2018) observan que la interacción entre la madre de un bebé prematuro y el personal de enfermería sería otra vía por la que se vería favorecido el proceso de vinculación temprana. Las enfermeras al entregar información, apoyo y guía en el cuidado promoverían la confianza y la seguridad en la interacción con su hijo, “restaurando así la maternidad y el proceso de vinculación” (p.329). La promoción de la participación de los padres en los cuidados son elementos clave en las UCIN, ya que favorecen la reconstrucción de los roles parentales y mejoran la salud mental y la satisfacción de los padres (Russel et al., 2018; Lasiuk et al., 2013;Puig et al., 2018).

Investigaciones han dado cuenta de cómo la respuesta sensible en madres de niños prematuros es menor (o menos óptima) en comparación con madres de niños de término. “Serían más controladoras, activamente comprometidas y/o intrusivas con sus bebés, quizás compensando por culpa o vergüenza el no haber sido la cuidadora que hubiesen querido durante la hospitalización o bien por la interacción inactiva de los bebés prematuros” (Flacking et al., 2012 p.1034). En otras palabras, “el sentimiento de vacío y la crisis emocional de las madres compromete el establecimiento de un vínculo seguro y de un proceso de adaptación” (Fernández et al, 2018, p.329).

Pese a las pesquisas previamente descritas con relación al impacto de un nacimiento prematuro y la calidad del vínculo madre-bebé, aún no habría resultados consistentes. Por ejemplo, en un estudio cualitativo se observó que madres de bebés con muy bajo peso con separación prolongada, mostraron más comportamientos de apego negativos comparadas con madres de niños de término saludables (Feldman et al., 2019; Flacking et al, 2012). Por otro lado, en un estudio con características similares, se observó que la condición de ser un recién nacido prematuro con muy bajo peso, podría estar asociada a un aumento del involucramiento parental (Pyhälä et al, 2011). Otros autores señalan que, “la vulnerabilidad de la condición física del bebé prematuro aumentaría la conciencia y la capacidad de respuesta de los padres en el inicio del cuidado del niño, impactándose las relaciones de apego entre padres e hijos” (Ahn et al, 2019, p.40). Flacking et al (2012) pesquisan en un estudio que, a los 6 meses del nacimiento, las madres de niños prematuros mostraban una interacción menos positiva con sus hijos en comparación con aquellas madres de niños de término. Sin embargo, este mismo estudio,

identifica madres de bebés prematuros que, al año de edad corregida, tenían las mismas probabilidades de formar un vínculo seguro, al igual que aquellos niños nacidos de término.

2. Salud mental materna y vínculo

La crianza es una etapa del ciclo vital caracterizada por numerosos estresores propios de esta fase. La maternidad involucra diversos cambios personales, que abarcan dudas sobre uno mismo, la recuperación física y la transición hacia nuevos roles, entre otros, además de una tendencia a un mayor aislamiento social durante este tiempo (Kendall- Tackett, 2005; Sampson et al., 2015). Así, el periodo post parto y los desafíos de ajuste a la maternidad, frecuentemente se presentan como una etapa difícil para las mujeres, encontrándose de este modo en mayor riesgo de presentar psicopatología (Papapetrou et al, 2020).

La interacción temprana entre una madre y su hijo durante el primer año de vida se centra en la respuesta emocional materna que determina el vínculo entre ellos, siendo éste considerado un importante precursor en diferentes ámbitos del desarrollo del niño. Estudios realizados en el campo de la teoría del apego durante las últimas décadas sugieren que hay múltiples factores implicados en la calidad del vínculo desarrollado por el bebé. La psicopatología materna sería uno de ellos, siendo “un poderoso factor de riesgo para la seguridad de los vínculos en la infancia” (Quezada & Santelices, 2009, p.54). Por otra parte, las mismas autoras plantean que la variable psicopatología materna tiene una capacidad predictiva del 69.4% sobre el apego del bebé. Así, se ha establecido de manera consistente en las investigaciones que la presencia de psicopatología en la madre afecta negativamente el patrón de apego que establezca con el niño (Olhaberry et al., 2015). De esta manera, la depresión materna y el estrés parental, entre otros, son condiciones que repercuten en esta interacción, y, en consecuencia, en el establecimiento de un vínculo seguro (Kim & Kim, 2009).

A modo de síntesis, diversos estudios han señalado la estrecha y compleja relación entre el estrés parental en la crianza de los hijos, la depresión y el vínculo materno-infantil, y estos factores tienen un impacto importante en el bienestar de los padres, bienestar de los bebés y en la relación entre padres e hijos (Høifødt et al., 2020)

Depresión materna y vínculo en condiciones normales y de prematurez.

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes y afecta a las mujeres en doble proporción que a los hombres (OMS, 2003; Patten, 2009; Miguez et al., 2017). Los

datos a nivel mundial hablan de una frecuencia que oscila entre el 10 % y el 20 %, aunque puede ser mayor y alcanzar el 26% en población como madres adolescentes, solteras, y de manera especial en las que tienen un bajo nivel social, de pobreza, desnutrición y/o bajo nivel educacional. Así, una de cada cuatro madres padecería este problema, aunque no necesariamente configure un cuadro grave (Ceriani, 2020). Por otro lado, el momento de mayor incidencia de inicio de la depresión en mujeres es durante los años fértiles y dos momentos particularmente críticos serían el embarazo y el período postparto (Miguez et al., 2017). En Chile, la prevalencia de sintomatología depresiva en el período posparto utilizando instrumentos de autoreporte, es de 41,3% en el nivel socioeconómico bajo, 33,5% en nivel socioeconómico medio y 27,7% en el nivel socioeconómico alto (Castañón y Pinto, 2008; Olhaberry et al., 2015).

La depresión materna afecta a la madre, pero también a su bebé, generando consecuencias adversas en el desarrollo infantil (Field, 2011; Olhaberry et al., 2015). Investigaciones chilenas, muestran un incremento de la presencia de problemas conductuales y emocionales en hijos de madres deprimidas (Olhaberry et al., 2015), así como otros estudios reportan mayor frecuencia en el llanto, más afectos negativos y evitación del contacto visual por parte de los niño/as (Boyd et al., 2006).

La depresión materna, tanto en términos de auto reporte como de diagnóstico clínico, es considerada un factor de riesgo para un amplio rango de efectos cognitivos y socioemocionales en niños pequeños (Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; Gelfand & Teti, 1990 ; Campbell, 2004). Está vastamente descrito como la depresión materna tiene los mayores y más duraderos impactos en el desarrollo emocional, cognitivo, del lenguaje y social, junto con la reactividad al estrés (Campbell et al. 2009; Downey & Cloyne 1990; Gump et al. 2009; Johnson & Flake 2007; Sohr-Preston & Scaramella, 2006; Wu et al, 2010). De manera específica la literatura ha planteado una mayor incidencia de apegos inseguros en hijos de madres deprimidas (Martins & Gaffan, 2000; Olhaberry et al., 2015). Es así como, la importancia de la detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto radica en que repercute no sólo sobre la madre, sino que su impacto se extiende a los hijos, afectando su desarrollo (Kingston et al., 2012; Pedros-Roselló, 2007; Miguez et al., 2017). Para el establecimiento de un apego seguro el niño requiere de un cuidador sensible, que muestre afectos positivos y sincronía en la interacción, no logrando las madres deprimidas desplegar este repertorio (Svanberg et al., 2010; Olhaberry et al, 2013). Los síntomas que definen la depresión, por

ejemplo, el ánimo bajo, la pérdida de interés y contacto, fatiga e irritabilidad, se asocian con una menor sensibilidad materna (Campbell et al 2004). En otras palabras, existe amplia evidencia de que uno de los factores que influye negativamente en la sensibilidad corresponde a la depresión materna (Lovejoy et al., 2000; Shin et al., 2008; NICHD, 1999 ;Farkas et al., 2015; Wu et al 2010).

Las complicaciones perinatales también influirían en la sintomatología depresiva de la madre (Wu et al 2010) y en su respuesta sensible (Barceló et al 2016). Según Campo et al., (2018) se estima que entre un 20 % a 30 % de los padres de un recién nacido hospitalizado, presentaría un cuadro de salud mental alterado en el primer año luego del nacimiento. Donde “las tasas podrían llegar a 70 % en el caso de las madres” (p.3) para el diagnóstico de depresión postparto. Puig et al., (2018) plantea que el riesgo de depresión en madres de prematuros puede duplicarse. Si las investigaciones han dado cuenta del impacto de los síntomas depresivos y de la baja sensibilidad de quien los sufre en la vinculación temprana, el hecho de exista una prevalencia más alta de depresión en madres de bebés prematuros en comparación con los niños de término (Flacking et al, 2012), plantea una problemática muy relevante para el contexto de las UCIN. Los mismos autores plantean que esto podría deberse a un proceso psicológico interrumpido del embarazo, a un nacimiento estresante, a la preocupación por el bienestar del bebé y por las experiencias en las UCIN. Aunque también exponen que podría deberse únicamente a la separación, ya que se ha observado que la separación prolongada entre madres y sus hijos produce depresión, entre otros cuadros.

Se ha pesquisado que “en bebés prematuros, los niveles de cortisol han evidenciado ser más altos al ser cuidados por madres deprimidas en comparación con madres no deprimidas, lo cual no se ve en niños de término” (Flacking et al, 2012, p.1033). Reguera (2014) plantea específicamente que podría darse una hiporreactividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) asociado a fallas en el cuidado parental, a una incapacidad de responder adecuadamente a las necesidades del niño. De este modo investigadores plantean que la exposición continua a los síntomas depresivos maternos crónicos, incluso niveles bajos de éstos, afectan negativamente la biología del estrés en los niños (Laurent et al., 2011;B T Dau et al.,2019). A nivel conductual, Tronick y Reck (2009) observaron que los bebés de madres deprimidas “desarrollaron estados afectivos negativos que sesgaron sus interacciones con los demás” (B T Dau et al.,2019, p.100). Así, los síntomas depresivos maternos han mostrado ser factores de

riesgo para el desarrollo vincular, el futuro desarrollo social, conductual y funcional del recién nacido prematuro (Singer et al., 1999 ;Wormald et al, 2015, p.303)

Estrés materno y vínculo en condiciones normales y de prematuridad.

El estrés puede ser definido como la percepción de desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos o habilidades personales para responder a tales demandas (Olhaberry & Farkas, 2012). Múltiples autores señalan que el estrés en la crianza está asociado a conductas parentales disfuncionales e interacciones negativas entre padres e hijos, además de desviaciones del desarrollo en el niño y diagnóstico de psicopatologías (Abidin et al., 1992; Kazdin et al., 1993; Moran et al., 1992; Olhaberry & Farkas, 2012). Por otra parte, los padres de niños prematuros experimentan importantes niveles de estrés y tienen el desafío de adaptarse positivamente a esta experiencia (Wormald et al, 2015) mientras se encuentran en un estado de vulnerabilidad somática y psíquica que potencialmente podría agravarse por la hospitalización del niño en una UCIN (Ruiz et al., 2005).

Diversos estudios se han enfocado en las relaciones de apego y el estrés parental, pesquisando una correlación significativa entre estos constructos (Jarvis & Creasey, 1991; Teti et al., 1991; B T Dau et al., 2019), donde el estrés parental impacta la calidad de las interacciones madre-bebé (Pelchat et al., 2003), influyendo negativamente en la capacidad materna de adaptarse a bebé, de aceptar sus particularidades, de percibirse competente en su rol y de responder de manera adecuada frente a sus señales y necesidades . De esta manera, Hadadian & Mabler (1996) observan que un menor estrés en la madre contribuye positivamente al vínculo madre-hijo.

El estrés parental puede surgir de la dificultad en el ajuste a este nuevo rol y a las percepciones de la relación con el bebé (Bailhache et al., 2019). Estaría relacionado negativamente con la vinculación hacia el niño, la calidad de la crianza de los hijos y las interacciones entre padres e hijos y los hitos del desarrollo infantil (Høifødt et al., 2020). Investigadores han argumentado que el estrés puede limitar la responsividad a las necesidades del desarrollo del niño y, como resultado, podría tener efectos adversos sobre el desarrollo infantil (Hadadian & Merbler, 1996). Si se tiene en cuenta que esta capacidad de respuesta es un atributo propio de la sensibilidad materna, uno de los indicadores clave de la calidad de las interacciones tempranas y uno de los factores determinantes más importantes del vínculo madre-hijo (Van IJzendoorn et al. 2007; Shin, 2008; Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015),

el estrés de la madre repercutiría entonces sobre este último. Al respecto B T Dau et al.(2019)) postulan que un alto nivel de estrés “(...) disminuiría la responsividad y flexibilidad en la capacidad de adaptarse a las necesidades del niño. Esta sensibilidad y disponibilidad materna descendida podría potencialmente explicar luego las diferencias en la seguridad del apego que más estudios observan” (p.105). Burke (1978) calificó este efecto como un círculo vicioso donde el aumento del estrés en la madre conduce a una disminución de su capacidad de respuesta y resiliencia para adaptarse a las necesidades de su hijo (Hadadian & Merbler, 1996).

Por otro lado, se ha observado que madres estresadas tienen hijos con niveles más altos de cortisol. De esta manera se ha estudiado que el estrés materno influye el comportamiento del niño y puede ser medido utilizando marcadores biológicos, ya que las hormonas del estrés materno influyen en las hormonas del estrés infantil (Sprat et al., 2016). Es importante destacar que, según los mismos autores, “los apegos seguros parecen amortiguar las elevaciones de cortisol mientras que un estilo de apego materno más ansioso y ambivalente se asocia con niveles más altos de cortisol”(p.3)

Otros estudios han observado una relación inversa entre estrés materno y apego. Se ha descrito que un alto nivel de apego materno también contribuye a un nivel más bajo de estrés parental (Mason et al., 2011 ; Bailhache et al., 2019). Los mismos autores demostraron que aquellas madres que tenían más sentimientos negativos de apego hacia sus hijos a los 2 meses del postparto, tenían niveles más altos de estrés parental a los 6 meses. En un estudio de Bailhache et al (2019) se pesquisó que el tener niveles más altos de apego materno con su hijo se asociaba a menos estrés parental. Esta investigación concluye que el apego materno sería el factor más importante en el estrés parental, donde madres con bajos niveles de apego, serían más vulnerables a experimentar los efectos negativos del estrés a largo plazo.

Diversos autores han pesquisado que el nacimiento prematuro de un niño se asocia a niveles más altos de estrés parental (Peters-Scheffer et al., 2012; Pinquart, 2018; Spinelli et al., 2013 ; Bailhache et al, 2019). “Cuando un niño necesita atención médica desde su nacimiento, se presentan de manera simultánea acontecimientos que, en su mayoría, son inesperados y en consecuencia abrumadores para los padres” (Campo et al, 2018, p.3). En este contexto se pueden percibir dos elementos estresores importantes. En primer lugar, el nacimiento, por el cambio que implica para la dinámica familiar, y, por otro lado, la enfermedad, que además representa algo inesperado al curso normal del embarazo. Al respecto, se ha observado que un mayor estrés parental general se asocia a mayores responsabilidades parentales en el manejo

del tratamiento de su hijo, independiente de la duración de la enfermedad (Cousino & Hazen, 2012).

El nacimiento de un niño prematuro implica, en la mayoría de los casos, la separación de la díada madre-bebé. Se sabe que la separación temprana madre-hijo dentro de las primeras 24 horas de vida del bebé prematuro se asocia a un aumento del estrés relativo a las UCIN por parte de los padres, y que la separación prolongada produce estrés, ansiedad y depresión en la madre (Flacking et al, 2012). La evidencia da cuenta de cómo la psicopatología materna afecta el vínculo, y de manera específica “diversos estudios han señalado que un alto nivel de estrés parental posterior al nacimiento de un hijo prematuro puede afectar el vínculo madre-hijo y el establecimiento de un apego seguro” (Wormald et al, 2015, p. 303).

Un importante origen del estrés en las madres de recién nacidos prematuros es no poder satisfacer las necesidades básicas de su hijo, no poder protegerlo y tener que estar separada de ellos. De esta manera la experiencia de las madres en las UCIN es altamente estresante, de forma particular en lo relacionado con la marginalización de su rol parental (Wormald et al., 2015; Campo et al., 2018). La gravedad del recién nacido, su bajo peso al nacer, la duración de la hospitalización y las características del espacio donde se encuentra internado, también son elementos estresores, sin embargo, lo relativo a la alteración del rol materno sería el más significativo de ellos.

En relación con la separación temprana que ocurre en un contexto de hospitalización por prematuridad, “el estrés materno de una separación prolongada se asocia a una reducción de la sensibilidad materna y a patrones más negativos de maternaje a lo largo de los 3 primeros años de vida” (NICHD, 1999; Swain, et al., 2007, p.7). Problemática que podría estar presente en muchos de los bebés prematuros hospitalizados. Sin embargo, un estudio pesquisó que los padres que habían tomado en brazos, al menos una vez a su hijo mostraron un menor nivel de estrés inicial. Como plantea Wormald et al (2015) este hallazgo es muy relevante y refuerza lo crucial que es para las madres y padres el contacto físico precoz con su hijo, tanto para reducir el estrés como para promover interacciones tempranas positivas que favorezcan un apego seguro y así ser un elemento que proteja la vinculación temprana en un contexto donde la psicopatología materna y la condición de prematuridad a la base, son un factor de riesgo. Campo et al (2018) declara que el tipo de interacción que se tenga con el bebé hospitalizado podría funcionar como un factor protector al estrés que produce la separación con él.

Se ha estudiado que la oxitocina que es liberada en las madres durante la lactancia materna se asocia también con niveles más bajos de ansiedad materna y a una respuesta fisiológica de estrés más atenuada, junto con patrones de comportamiento de mayor sintonía de la madre con el bebé (Chiodera & Coiro, 1987; Legros et al., 1988; Champagne & Meaney, 2001; Uvnas-Moberg, 1998; Uvnas-Moberg & Eriksson, 1996; Swain et al., 2007). Lo recién descrito cobra relevancia si se piensa que, en el distanciamiento temprano de los niños prematuros y sus madres, la posibilidad de iniciar o dar continuidad al proceso de lactancia muchas veces puede verse truncado por las particularidades del contexto y de la condición de salud del bebé, no beneficiándose la díada de la lactancia como un factor protector para el vínculo. Por lo tanto, fomentar la lactancia materna favorecería la reconstrucción de los roles parentales, mejorando su salud mental y satisfacción (Russel et al., 2018; Lasiuk et al., 2013; Puig et al., 2018).

Finalmente, el estrés parental puede continuar y prolongarse por varios meses en padres de prematuros extremos (Wormald et al, 2015), lo cual podría extender el impacto en el vínculo de forma indefinida en el tiempo.

3. Nivel educacional materno y vínculos tempranos

Nivel educacional, salud mental materna y vínculos tempranos

El desarrollo de un vínculo seguro está mediado por diversos factores. Dentro de algunos de ellos se encuentran la presencia de psicopatología materna y un bajo nivel educacional (Brockington, 2004; Parfitt & Ayers, 2009; Stein et al, 2014; Richman et al., 1992; Palacios, 2016). Kimelman et al., (2017) también consideran la psicopatología materna y los años de escolaridad como factores de riesgo para el proceso vincular de la madre y el recién nacido. Se ha dado cuenta que, a menor cantidad de años de educación recibida, mayor es el riesgo de la presencia de psicopatología materna. Una investigación reportó que, para el género femenino, contar con menos años de educación es un factor de riesgo para que un cuadro depresivo se prolongue en el tiempo (Handa et al., 2009) pudiendo repercutir de esta manera en la calidad del vínculo madre-hijo que se desarrolle a lo largo de los años. De esta manera es posible observar que las variables nivel educacional, salud mental materna y vínculo, se encuentran relacionadas y se influyen entre sí.

Kimelman et al., (2017) informaron en un estudio que tanto la frecuencia de los factores de riesgo relacionales y estresantes prenatales aumenta cuando la educación básica de la madre

es incompleta. Uno de los factores de riesgo más estresantes considerado por ellos es la patología médica del bebé, lo cual cobra relevancia en un contexto de prematuridad, donde este estresor es patente. Otro de estos factores, sería la psicopatología materna previa y/o actual, lo cual se torna aún más crucial durante el periodo perinatal, donde las mujeres se encuentran más vulnerables a presentar psicopatología. Es así como “la baja escolaridad debiera consignarse como un indicador de vulnerabilidad socio demográfica para la presencia de factores de riesgo, independiente de la edad de la gestante” (p.32).

Lickenbrock & Braungart-Rieker (2015) hablan acerca del término de <<recursos parentales>>. Dentro de ellos se podrían incluir factores socio-demográficos como el nivel educacional, la edad de los padres, su ocupación e ingreso familiar. Este concepto se piensa como los recursos que estarían disponibles para la madre y que podrían contribuir al proceso de adaptación de criar y sus desafíos. En este contexto el efecto de la sensibilidad materna de manera específica en el apego dependería del nivel de recursos con el que cuentan los padres; la sensibilidad tendría un efecto protector y potenciador (Luthar et al, 2000 ; Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015); protegería y aumentaría la posibilidad de desarrollar un apego seguro frente a condiciones más desafiantes o adversas tales como padres menos educados y con menores ingresos. Se observó que en familias donde se contaba con mayores recursos, el vínculo era igualmente seguro independiente del nivel de sensibilidad de la madre. Así, mayores recursos parentales, entre ellos el nivel educacional de éstos, pueden servir como un factor protector, resguardando a los bebés del impacto negativo potencial de una menor sensibilidad materna (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997; Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015) y favoreciendo una mejor calidad vincular. Es de esta forma como frente a condiciones más difíciles, entre ellas padres menos educados y con ocupaciones menos remuneradas, existe mayor tendencia al apego en riesgo (Giraldo Montoya et al., 2017). Diversos estudios han mostrado una relación entre la calidad del apego y nivel socio económico, evidenciando una tendencia hacia apegos inseguros y desorganizados en poblaciones con mayor vulnerabilidad (Bakermans-Kranenburg et al., 2004; Van Ijzendoorn et al., 1999; de Wolff & Van Ijzendoorn, 1997; Lecannelier et al., 2008) y, por lo tanto, en el contexto de la realidad nacional chilena, con menos años de escolaridad.

Existen múltiples trabajos reportados sobre apego y nivel educacional materno, llegando incluso a presentarse conclusiones contradictorias al respecto. Kimelman et al, (2017) refiere que un mayor nivel educacional se relaciona con mejores procesos vinculares, por ejemplo,

mientras que otros investigadores no encuentran una relación significativa entre los años de educación recibida de la madre y el vínculo de ésta con su bebé. Quizás lo anterior tenga su origen en que varios antecedentes socio demográficos tienden a correlacionarse entre sí; padres más jóvenes tienden a tener menor educación por ejemplo que padres de más edad, o quienes tienen mayores ingresos, es porque también alcanzaron un nivel de educación más alto (Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015). De manera que se hace difícil aislar cada variable y que explique únicamente por sí misma su impacto o influencia en los vínculos tempranos. En esa línea, otros estudios han concluido que el nivel educacional tendría una débil asociación con el vínculo madre-bebé (Pisoni et al., 2014; Yarcheski et al., 2009; Camarneiro & de Miranda Justo, 2017 ;Cuijlits et al, 2019)

La psicopatología materna, la ausencia de interacción prenatal de la diada, la falta de diálogos con el bebé y la ausencia de bebé imaginario, son factores que estarían influenciados por el nivel educacional de la madre. Todos ellos factores de riesgo por sí solos para la presencia de alteraciones vinculares (Kimelman et al, 2017). En cuanto a los años de educación recibida de la madre, algunos estudios han encontrado una relación inversa con la vinculación pre y postnatal, donde mujeres más altamente educadas tendrían un bajo nivel de vinculación prenatal con sus hijos. Esto podría relacionarse con las mayores demandas del entorno para una mujer especialmente educada. Por otro lado, para mujeres medianamente educadas no se observaba este tipo de relación, y, para mujeres con bajo nivel de educación si se pesquisaba una baja vinculación prenatal. El grupo de mujeres más educadas, sin embargo, posterior al nacimiento mostraba un buen vínculo con su bebé. Los autores plantean que se debería a que la conexión con la vida real, el parto por ejemplo, aumentaría la conexión emocional con su hijo. Las mujeres con bajo nivel educacional y bajo vínculo prenatal, mantendrían este tipo de vinculación también en el periodo postnatal. Se concluiría de esta manera, que el vínculo prenatal por lo general mediaría el vínculo posterior al nacimiento del bebé (Donald et al., 2019).

En un estudio de Campo et al. (2018) concluyen que el nivel de escolaridad de las madres no se relaciona de forma estadísticamente significativa con el nivel de estrés y sus dimensiones. Sin embargo, en madres de bebés prematuros, se ha asociado el menor nivel educacional de éstas con mayor estrés, además de mayores índices de depresión materna y percepción de menor apoyo recibido por parte del personal de enfermería. Por otro lado, la adaptación materna a los aspectos estresantes de la hospitalización neonatal estaría fuertemente

asociada al nivel educacional, socioeconómico y estatus laboral (Wormald et al, 2015), tres factores sociodemográficos difíciles de aislar el uno del otro (Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015) como se mencionó anteriormente. Un estudio que ejemplifica este tipo de correlación entre variables examinó el nivel educacional de los padres, junto con el ingreso familiar y la edad de éstos de manera simultánea, encontró que los padres que tenían mayor educación y mayores ingresos tenían también una percepción más positiva de su rol parental que aquellos padres con menos ingresos y educación (Bronte-Tinkew et al., 2006 ; Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015). La marginalización y falta de empoderamiento parental es una de las causas de mayor estrés en los padres de prematuros, por lo que podríamos inferir que incluso en un contexto de nacimiento de pretérmino, un mayor nivel educacional materno podría servir como un elemento protector frente a este estresor y factor de riesgo para un vínculo temprano.

Para otros autores (Camisasca et al., 2014; Saisto, et al., 2008; Spinelli et al., 2013 ; Bailhache et al, 2019) una de las características maternas que se asocia a un mayor nivel de estrés parental sería el nivel educacional. Bailhache et al, (2019) dio cuenta a través de un estudio que bajos niveles de educación fueron asociados con niveles de estrés más altos a los 24 meses. Además, da cuenta de una investigación diferente que tiene como resultados que un nivel bajo de educación fue asociado con niveles más altos de estrés maternal a los 4 meses, sin embargo, el estrés parental de madres con menos educación disminuyó en mayor medida a lo largo del tiempo, a diferencia del nivel de estrés de las madres con mayor nivel de educación (Spinelli et al., 2013 ;Bailhache et al, 2019).

Finalmente, parece importante hacer alusión brevemente a cómo la educación materna tendría importantes efectos protectores en los distintos hitos del desarrollo del niño. Específicamente, un estudio dio cuenta de que el logro educativo materno fue el factor de protección más fuerte para reducir las probabilidades de retrasos en el desarrollo en un grupo de niños vulnerables (Donald et al., 2019).

De este modo es posible advertir que los años de educación recibida de la madre se configuran como un antecedente que resguarda y cuida diversos factores que repercuten en su propio desarrollo como persona y quehacer, como en numerosas áreas de desarrollo del niño con quién se vincula en una relación madre-hijo.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Evaluar la relación entre el nivel educacional, el estrés en la crianza, la depresión materna y la calidad del vínculo en diadas madre-bebé prematuro internado en una Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Objetivos específicos

1. Describir y analizar, la sintomatología depresiva, el estrés materno y el nivel educacional, así como la calidad del vínculo madre-bebé en las diadas a estudiar.
2. Analizar la relación entre la sintomatología depresiva, el estrés materno, el nivel educacional y la calidad del vínculo madre-bebé en las diadas a estudiar.
3. Evaluar el rol del nivel educacional materno en la relación entre sintomatología depresiva y la calidad del vínculo madre-bebé en las diadas a estudiar.
4. Evaluar el rol del nivel educacional materno en la relación entre estrés materno y la calidad del vínculo madre-bebé en las diadas a estudiar.
5. Evaluar el valor predictivo del nivel educacional, la depresión y el estrés materno en la calidad del vínculo madre bebé.

Hipótesis

1. Se espera que a mayor nivel educacional materno se observe un menor nivel de depresión y estrés, así como una mejor calidad del vínculo madre-bebé.
2. Se espera que el nivel educacional materno modifique la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad del vínculo.
3. Se espera que el nivel educacional materno modifique la relación entre estrés y la calidad del vínculo.
4. Se espera que el nivel educacional materno explique, junto a la depresión y al estrés, algún porcentaje de la calidad del vínculo madre-bebé.

Metodología

Diseño del estudio

El presente estudio cuenta con un diseño cuantitativo, no experimental y transversal, de carácter descriptivo y correlacional, en que se caracterizarán las variables nivel educacional materno, estrés y depresión (como indicadores de salud mental materna), así como el vínculo madre-bebé.

Participantes

La muestra fue compuesta por 66 díadas madre-bebé prematuro hospitalizado al nacer entre el segundo semestre de 2019 y el transcurso del año 2020 en una UCIN de un recinto asistencial de salud público ubicado en Santiago de Chile. Los bebés tenían entre 15 y 28 meses de edad corregida al momento de la evaluación .

Se definieron como criterios de inclusión: mujeres de 18 años o más, con manejo fluido del español, madres de un bebé prematuro de entre 12 y 28 meses de edad corregida, según corresponda, internado al nacer 7 días o más en un hospital público de Santiago durante el segundo semestre del año 2019 y el transcurso del año 2020.

En cuanto a criterios de exclusión, se consideró: madres con discapacidad intelectual severa, psicosis e ideación suicida activa, abuso de sustancias, bebés que síndromes genéticos, trastornos neurológicos y/o hayan presentado alguna complicación médica durante el parto (p.e. asfixia perinatal) o durante el proceso de hospitalización, a los que en la literatura se asocian a una mayor prevalencia de retrasos en el desarrollo infantil. Por último, se considera como criterio de exclusión no contar con acceso a internet ni con un dispositivo para éste, ya que las entrevistas y evaluaciones a las díadas se realizaron a través de este medio.

Procedimiento

En primer lugar, con el propósito de seleccionar a las díadas que cumplieran los criterios de inclusión para participar del estudio, se revisaron los antecedentes de aquellos bebés nacidos prematuramente durante el segundo semestre del año 2019 y en el transcurso del 2020 en la Base de datos del Registro Nacional de Centros Neonatales (RENACEN) y de la Entrevista de detección de riesgo y protección biopsicosocial del Equipo Chile Crece Contigo (ChCC), junto con las fichas de los recién nacidos prematuros hospitalizados en el recinto asistencial durante

el segundo semestre del 2019 y a lo largo del 2020. La primera base de datos se aloja en una plataforma en que especialistas de distintas unidades de neonatología a lo largo del país ingresan información de los recién nacidos de sus respectivos servicios. Contempla datos sociodemográficos, antecedentes perinatales, del parto, patologías presentadas por el bebé y tratamientos realizados, entre otros. La entrevista del equipo ChCC se aplica a las madres cuyos bebés son ingresados en el servicio con el propósito de recabar antecedentes sociodemográficos, clínicos y familiares que puedan ser relevantes, orientando la necesidad de intervención y trabajo en mayor profundidad.

El universo total de madres y bebés prematuros fue de 289 díadas, de las cuales 157 no cumplían los criterios de inclusión, 43 no pudieron ser ubicadas por cambio de teléfono de contacto y 23 no aceptaron participar. Finalmente, 66 díadas participaron en el estudio. Teniendo en cuenta lo anterior, finalmente, se realiza un muestreo por conveniencia, buscando hacer un censo para identificar a todas las madres con bebés prematuros hospitalizados al nacer en el recinto asistencial público de Santiago elegido, durante el segundo semestre de 2019 y a lo largo de 2020.

Las díadas fueron invitadas a participar por las psicólogas a cargo de realizar las evaluaciones, quienes cuentan con formación y experiencia en primera infancia, formando parte del Equipo Chile Crece Contigo de la unidad de neonatología donde se llevó a cabo el estudio. Con las díadas que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar, se coordinaron dos instancias de evaluación realizadas a través de video-llamadas para proteger la salud de las madres, los bebés y de las evaluadoras, dado el contexto sanitario asociado al COVID-19. Debido a que los instrumentos seleccionados para el estudio son en su totalidad de auto reporte y que en Chile cerca de un 90% de la población contaría con acceso a la tecnología e internet (Subtel, 2017), se consideró factible poder realizar la evaluación a distancia. Se inició la aplicación de los instrumentos a las díadas por orden cronológico según las fechas de nacimiento de los bebés, de manera de evaluar en primer lugar a quienes cumplieron primero la edad corregida definida para la investigación. Cabe agregar que a todas las madres se les ofreció financiar el costo de internet de las sesiones de evaluación si lo necesitaban. Además de lo anterior, una vez finalizada la evaluación, se les envió a las participantes pautas de apoyo al desarrollo de sus hijos de acuerdo con su edad y cartillas psicoeducativas de crianza temprana. Finalmente, se les hizo entrega de un informe con los resultados psicológicos y de desarrollo de su niño o niña, junto con un espacio de resolución de dudas posterior a la entrega del informe.

En los casos en que se observó en el bebé y/o su madre puntajes en rangos de riesgo en cualquiera de las escalas aplicadas, fueron derivados a la Atención Primaria de Salud (APS).

El uso de los datos obtenidos, el resguardo y confidencialidad se ajusta a las exigencias establecidas por los protocolos de Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Además, el proyecto contó con la aprobación de la Dirección Médica del Hospital y del Servicio de Salud Metropolitano.

Instrumentos utilizados para la recolección de datos:

A continuación, se describen los Instrumentos utilizados en el estudio, detallando la variable que evalúan y el momento en que fueron aplicados:

- 1. Anamnesis infantil (Olhaberry, 2011):** entrevista semi-estructurada que permite recopilar antecedentes perinatales relevantes y del desarrollo del bebé durante sus primeros años de vida, además de datos sociodemográficos, como el nivel educacional. Pone especial énfasis en la percepción y vivencia de los padres. Se aplicó durante la primera sesión de evaluación y tomó 30 a 40 minutos para su realización. Se efectuaron ciertas modificaciones menores a algunas de las preguntas en contexto del estudio a realizar, con autorización de su autora.
- 2. Escala de apego materno postnatal, MPAS (Condon & Corkindale, 1998), versión en español (Riera-Martín et al., 2018):** inventario de autoinforme de 15 ítems con respuesta de escala Likert de 5 puntos. Tiene tres subescalas que evalúan la calidad del vínculo, la ausencia de hostilidad y el placer en la interacción. A mayor puntaje obtenido, mejor es el vínculo. La MPAS ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en población española con un valor alfa de 0,70 (Riera-Martín et al., 2018). Sus propiedades psicométricas no han sido estudiadas en población chilena. Se aplicó este cuestionario durante la segunda sesión de evaluación, destinándose 15 minutos para llevarla a cabo.
- 3. Escala de depresión postparto de Edimburgo, EDPE (Cox, Holden, Sagovsky, 1987, versión chilena Jadresic, Araya, Jara, 1995):** escala autoadministrada que permite observar la presencia de síntomas depresivos en la madre. Consta de 10 ítems, con una puntuación máxima de 30 puntos. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal. Una puntuación de 10 o más indica una posible depresión post

parto. Esta escala se aplicó en la segunda sesión de evaluación, destinándose 10 minutos para su realización.

4. Escala de Estrés Parental formato abreviado, PSI-SF (Abidin, 1995): consiste en 36 ítems derivados del instrumento original, organizados en de 3 sub-escalas: estrés parental, interacciones parento-filiales disfuncionales y características del niño/a difícil. Los puntajes de corte para la escala general son los siguientes: de 0-20 indican niveles leves de estrés; de 21-84 niveles medios; y 85 ó más puntos indican altos niveles de estrés. Además, este instrumento cuenta con una subescala de respuesta defensiva, para pesquisar si las participantes responden por deseabilidad social o minimizando las dificultades existentes en la crianza. Ésta se obtiene al sumar ciertos ítems, donde 10 puntos o menos, daría cuenta de la presencia de una respuesta defensiva. Se decide aplicar su forma abreviada considerando las limitaciones temporales del estudio y por contar con niveles de consistencia interna similares a las del instrumento original (Roggman et al., 1994). Fue validada en Chile por Aracena et al (2016). Se aplicó junto con las escalas anteriormente mencionadas durante la segunda sesión de evaluación, tomando entre 10 a 15 minutos.

Análisis de datos:

Toda la información obtenida fue ingresada en una base de datos donde cada día fue identificada con un número de folio. Para el análisis de datos estadísticos se utilizó el programa *R* versión 4.2.1 (R Core Team, 2021). A través de éste se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables a estudiar (nivel educacional materno, depresión y estrés en la madre, y calidad del vínculo) reportando promedios, desviaciones estándar, porcentajes y frecuencias. Junto con lo anterior, se realizaron análisis de varianza para poder comparar los grupos por nivel educacional, y análisis correlacionales lineales de Spearman para determinar la asociación entre las variables, análisis de regresión para evaluar la influencia del nivel educacional materno en la relación entre sintomatología depresiva y la calidad del vínculo madre-bebé en las días a estudiar, y para evaluar la influencia del nivel educacional materno en la relación entre estrés y la calidad del vínculo madre-bebé en las días del grupo de estudio. Finalmente, se ejecutaron análisis de regresión lineal múltiple para determinar el valor explicativo del nivel educacional de la madre, la depresión y el estrés materno en la calidad del vínculo madre- bebé.

Resultados

Caracterización de la muestra

Las edades de las madres entrevistadas se encontraban en un rango de 22 a 45 años, siendo 31.71 años la media del grupo de estudio (DE=6,1). El nivel de educación de las entrevistadas incluyó desde mujeres no escolarizadas hasta educación universitaria completa. Las categorías del nivel educacional se agruparon en -no escolarizadas-, -educación básica- que incluye educación básica parcial o completa, -educación media- que incluye educación media parcial o completa, y -educación superior- que incluye estudios técnicos completos e incompletos, junto con estudios universitarios completos o incompletos. El promedio de los años de educación fue de 14,55 años (DE=3,78). Un 53,3% de la muestra cuenta con un trabajo remunerado, con un promedio de 34,8 horas de trabajo semanales (DE=14,06).

Tabla 1

Características demográficas de los participantes

Antecedentes madres.

(N=66)

Antecedentes madre	<i>n</i>	%
Nacionalidad		
Chilena	42	63,64
Venezolana	8	12,12
Haitiana	7	10,6
Colombiana	4	6,06
Peruana	3	4,04
Dominicana	2	3,03
Nivel educacional		
No escolarizadas	2	3,03
Básica	5	7,58
Media	23	34,85
Superior	36	54,55
Ocupación		
Dueña de casa	31	46,97
Trabajo remunerado	35	53,03
Pareja		
Si	58	87,88
No	8	12,12
Embarazo planificado		
Si	24	36,36
No	42	63,64
Tipo de parto		
Vaginal	24	36,36
Cesárea	42	63,64

El promedio de edad gestacional de los bebés de la muestra es de 33,05 semanas (DE=2,12), lo que correspondería a nacimientos prematuros tardíos. Al momento de la evaluación la edad promedio de los niños fue de 21,32 meses (DE=3,57), donde el menor de ellos tenía 15 meses y el mayor, 28 meses. Respecto de la hospitalización, estos bebés, estuvieron en promedio 26,97 días (DE=17,12) en el recinto asistencial, oscilando los periodos de internación entre 7 días y 70 días. Por otra parte, estos bebés ocuparían el segundo lugar en la fraternía (DE=1,14).

Tabla 2
Características demográficas de los participantes
Antecedentes bebé.
(N=66)

Antecedentes bebé	<i>n</i>	%
Sexo		
Femenino	24	36,36
Masculino	42	63,64
Lactancia Materna		
Si	48	72,73
No	18	27,27
Interrupción lactancia		
Si	32	66,67
No	16	33,33
Dificultades alimentación		
Si	11	16,67
No	55	83,33
Dificultades medicas		
Si	12	18,18
No	54	81,82
Lugar donde duerme		
Cama padres	34	51,52
Cama propia	32	48,48
Hospitalización posterior		
Si	12	18,18
No	54	81,82
Sala cuna		
Si	12	18,18
No	54	81,82
Cuidador alternativo		
Si	11	16,67
No	55	83,33
Chupete		
Si	18	27,27
No	48	72,73
Hitos del desarrollo		
Sonrisa social	58	87,88

Ansiedad 8vo mes	30	45,45
Oposicionismo 2 años	42	63,64
Objeto Transicional	22	33,33

Análisis descriptivos de las variables estudiadas: calidad vincular, estrés en la crianza y depresión materna.

A partir del análisis de la escala MPAS, se pesquisa que, para la primera subescala de Calidad del vínculo, el grupo promedia 31,52 puntos (DE=2,47) de un máximo de 35 puntos. Respecto de la subescala Ausencia de hostilidad, el promedio es 16,55 puntos (DE=2,61) en relación con el puntaje máximo de 20, donde el 56,06% se ubicaría sobre el percentil 50. Para la subescala de placer en la interacción, promedian 18,7 puntos de los 20 puntos máximos que propone el instrumento. El 65,15% se ubicaría sobre el percentil 50. Finalmente, para la escala total el grupo de madres promedia 66,76 puntos de un máximo de 75 puntos (DE=4,96) (Ver tabla 3). Estos resultados son similares a los obtenidos por Arnaiz (2020) en una población española de díadas con bebés prematuros, donde para la subescala de calidad del vínculo la muestra obtuvo 31,2 puntos, para ausencia de hostilidad, 18,3 puntos, para placer en la interacción, 18,4 puntos y para la escala total 67,9 puntos. Por otro lado, el análisis de la distribución de la escala en el estudio de Riera-Martin et al. (2018) mostró una tendencia a la agrupación de respuestas hacia los puntajes más altos de vínculo postnatal, al igual que los puntajes de la muestra de esta investigación. Lo cual significa que, tanto para los bebés de término como para el grupo de niños prematuros de la presente investigación, habría tendencia hacia vínculos positivos.

Tabla 3

Medias y desviaciones estándar para vinculo, estrés y depresión

Escala	<i>M</i>	<i>DE</i>
MPAS total	66,76	4,96
Calidad del vínculo	31,52	2,47
Ausencia de hostilidad	16,55	2,61
Placer en la interacción	18,7	1,34
PSI-sf total	68,36	21,71
Estrés parental	26,39	9,97
Interacciones disfuncionales	18,38	7,07
Características niño difícil	23,59	8,21
EDPE	7,59	5,02

En cuanto a la Escala de Estrés Parental formato abreviado el promedio de la primera subescala -Estrés parental- fue de 26,39 puntos (DE=9,97) encontrándose el grupo en el percentil 54. Las madres con puntaje clínico para esta subescala son el 16,67% del grupo. Acerca de la subescala -Interacciones disfuncionales- la media fue de 18,38 puntos (DE=7,07), ubicándose en el percentil 32. Únicamente un 3,03% arroja puntajes de consideración clínica. La última de las subescalas -Características de niño difícil- obtuvo un promedio de 23,59 puntos (DE=8,21), situándose en el percentil 34, donde un 7,58% se encontraría sobre el corte para población clínica. Finalmente, para la escala completa, el grupo tuvo un puntaje promedio de 68,36 puntos (DE=21,71), que corresponde al percentil 40. De este modo solo un 4,55% de las madres de los bebés prematuros hospitalizados al nacer, tendría un puntaje que se considera como estrés en la crianza (Ver tabla 3). Sin embargo, respecto de la respuesta defensiva que pudiera estarse presentando en la muestra, el instrumento arroja que un 19,7% de las madres responden de esa manera. De modo que, podría pensarse que el grupo de madres que sí presenta estrés ascendería en número, ya que prácticamente una quinta parte de la muestra total estaría minimizando o actuando por deseabilidad social según esta subescala. En un estudio realizado por Olhaberry & Farkas (2012) donde comparaban los niveles de estrés de familias nucleares y monoparentales, los resultados para la muestra total difieren de los obtenidos en la presente investigación, sin embargo, tanto para las díadas madre-bebé prematuro, como para las díadas madre-bebé en familia nuclear, los puntajes para la subescala de interacciones disfuncionales y para la escala total, se ubican en los mismos percentiles respectivamente.

De acuerdo con la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE) un 33,33% tendría sintomatología correspondiente a una depresión post parto en curso. El grupo tuvo en promedio 7,59 puntos (DE=5,02) (Ver tabla 3).

Análisis de la relación entre las variables de estudio.

En primer lugar, por medio de análisis de varianza se analiza la relación entre nivel educacional y la escala de vínculo MPAS. No se observa una relación estadísticamente significativa con la variable de nivel educacional tanto para la subescala de calidad del vínculo ($F = 0,38$, $G1 = 3,62$, $p < 0,768$), como para la de ausencia de hostilidad ($F = 2,06$, $G1 = 3,62$, $p < 0,271$) y de placer en la interacción ($F = 0,78$, $G1 = 3,62$, $p < 0,793$). Para cada grupo definido por nivel educacional, los promedios de los puntajes no mostraron diferencias significativas, es decir, el vínculo es similar en todos los niveles educacionales (Ver tabla 4).

Tabla 4

Medias y desviaciones estándar para vínculo

	No escolarizadas		Básica		Media		Superior		<i>F(3,62)</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Calidad del vínculo	31,5	4,95	32	1,41	31,89	2,82	31,22	2,28	0,38
Ausencia de hostilidad	17	4,24	19	1,22	16,74	2,63	16,06	2,54	2,06
Placer en la interacción	19,5	0,71	19,4	0,89	18,61	1,44	18,61	1,34	0,78
MPAS total	68	9,9	70	2,7	67,22	5,43	65,89	4,53	1,403

Para la escala de estrés en la crianza (ver tabla 5), PSI-sf, no se observan diferencias significativas para la escala total ni para las subescalas en relación con los niveles educacionales definidos. Merece la pena mencionar, que, para la subescala de estrés parental, si se pesquisan mayores diferencias ($F=2,41$, $GI=3,62$, $p = 0.08$), aun cuando no es estadísticamente significativo. De manera descriptiva para la subescala de estrés parental, interacciones disfuncionales y en la escala total, se observa que el grupo sin escolarización puntuaría más alto, sin embargo, estas diferencias no alcanzan a ser estadísticamente significativas.

Tabla 5

Medias y desviaciones estándar para estrés en la crianza

	No escolarizadas		Básica		Media		Superior		<i>F(3,62)</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Estrés parental	34,5	16,26	16,2	6,76	27,3	11,19	26,78	8,6	2,41
Interacciones disfuncionales	22	12,73	15,6	3,78	19,82	9,33	18	5,31	0,88
Características niño difícil	25,5	17,68	20,8	7,4	23,65	9,37	23,83	7,3	0,23
PSI total	82	46,7	52,6	15,65	70,78	26,02	68,25	17,6	1,25

En cuanto a la escala de Edimburgo (EDPE), tampoco se observan diferencias significativas con relación al nivel educacional materno ($F =0,42$, $GI = 3,62$, $p = 0.74$). No habría una relación entre el nivel educacional y los puntajes obtenidos en esta escala como lo indica la tabla 6.

Tabla 6

Medias y desviaciones estándar para depresión.

	No escolarizadas		Básica		Media		Superior		<i>F</i> (3,62)
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
EDPE	6	5,66	5,6	6,5	8,17	6,12	7,58	4,08	0,42

Análisis correlacionales

Para determinar el tipo de relación existente entre el nivel educacional, el estrés en la crianza, la depresión y la calidad del vínculo, se realizó una matriz de correlaciones de Spearman (Ver tabla 7).

Con respecto al nivel educacional medido en años, se observa que no correlaciona con ninguna de las variables medidas por las escalas MPAS, PSI-sf y EDPE, no pesquisándose significancia para ninguna variable ni sus factores.

Por otro lado, para la escala total MPAS, se pesquisa una correlación negativa ($\rho = -0.630, p < 0,001$) con la escala total PSI-sf, lo que quiere decir que a mayor estrés en la crianza, menor es el vínculo. Se comportan de igual manera las 3 subescalas de MPAS con la escala total de estrés parental; -calidad del vínculo- ($\rho = -0.479, p < 0,001$), -ausencia de hostilidad- ($\rho = -0.672, p < 0,001$) y -placer en la interacción- ($\rho = -0.293, p < 0,05$). A mayor estrés en la crianza, menor sería la calidad vincular, habría más hostilidad en la relación y menos placer en las interacciones.

Para la subescala de calidad del vínculo y las subescalas del PSI-sf también se observa una correlación negativa; -estrés parental- ($\rho = -0,445, p < 0,001$), -interacciones disfuncionales- ($\rho = -0,439, p < 0,001$) y -características de niño difícil- ($\rho = -0,380, p < 0,01$). Mientras más altos sean los niveles de estrés parental o más altas sean las interacciones disfuncionales entre la madre y el niño, o más características de niño difícil sean percibidas, menor será la calidad del vínculo de la díada.

Respecto de la subescala de ausencia de hostilidad y cada subescala del PSI-sf, se observa una correlación negativa, al igual que con la subescala previa; -estrés parental- ($\rho = -0,637, p < 0,001$), -interacciones disfuncionales- ($\rho = -0,550, p < 0,001$) y -características de niño difícil- ($\rho = -0,565, p < 0,001$). A mayor ausencia de hostilidad, habría menos estrés parental, menos interacciones disfuncionales en la díada y menos características de niño difícil.

Para la última de las subescalas, placer en la interacción, solo se pesquiza una correlación negativa con la subescala -características de niño difícil- del PSI-sf ($\rho = -0.306$, $p < 0,05$). Donde, debido a la presencia de características de niño difícil percibidas por la madre, no habría placer en la interacción de la díada.

La escala total MPAS correlaciona negativamente también con la escala EDPE ($\rho = -0.627$, $p < 0,001$), al igual que sus tres subescalas; calidad del vínculo ($\rho = -0.486$, $p < 0,001$), ausencia de hostilidad ($\rho = -0.608$, $p < 0,001$) y placer en la interacción ($\rho = -0.311$, $p < 0,05$).

Por otra parte, se pesquisó que para el PSI-sf total existe una correlación positiva con la sintomatología depresiva medida en el EDPE ($\rho = 0.600$, $p < 0,001$). Lo mismo ocurre con sus subescalas de estrés parental ($\rho = -0.615$, $p < 0,001$), interacciones disfuncionales ($\rho = -0.394$, $p < 0,01$) y características de niño difícil ($\rho = -0.509$, $p < 0,001$).

Finalmente, la respuesta defensiva que se aplica a la escala total de estrés para pesquisar aquellas madres que no notifican malestar en la crianza, ya sea por minimización o por deseabilidad social, tiene una correlación positiva para EDPE ($\rho = 0,621$, $p = 0,001$) y una correlación negativa para la escala MPAS ($\rho = -0,572$, $p = 0,001$) y sus subescalas de calidad del vínculo ($\rho = -0,409$, $p = 0,01$) y ausencia de hostilidad ($\rho = -0,649$, $p = 0,001$). La respuesta defensiva se vería entonces en madres deprimidas, que tienen un vínculo global bajo, con mala calidad del vínculo y presencia de hostilidad en la relación.

Tabla 7

Matriz de correlación total											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Años de educación	-	-0.081	-0.239	-0.167	-0.199	0.068	0.088	-0.027	0.002	0.042	0.007
2. MPAS: calidad del vínculo		-	0.489	0.346	0.851	-0.445***	-0.409**	-0.439***	-0.380**	-0.479***	-0.486***
3. MPAS: ausencia de hostilidad			-	0.306	0.812	-0.637***	-0.649***	-0.550***	-0.565***	-0.672***	-0.608***
4. MPAS: placer en la interacción				-	0.568	-0.225	-0.206	-0.238	-0.306*	-0.293*	-0.311*
5. MPAS: escala total					-	-0.592***	-0.572***	-0.515***	-0.523***	-0.630***	-0.627***
6. PSI-sf: estrés parental						-	0.962	0.595	0.634	0.887	0.615***
7. PSI-sf: respuesta defensiva estrés parental							-	0.549	0.632	0.855	0.621***
8. PSI-sf: interacciones disfuncionales								-	0.728	0.838	0.394**
9. PSI-sf: características niño difícil									-	0.883	0.509***
10. PSI-sf: escala total										-	0.600***
11. EDPE total											-

p < 0,05 *, p < 0,01 **, p < 0,001 ***

Análisis del valor predictivo del nivel educacional materno en la relación entre su salud mental y el vínculo.

Para evaluar la influencia del nivel educacional materno en la relación entre salud mental, específicamente en depresión y estrés en la crianza, y la calidad del vínculo madre-bebé en las diadas a estudiar, se llevaron a regresiones lineales (ver tabla 8).

En primer lugar, se busca aclarar si el nivel educacional materno modificaría la relación entre depresión y la calidad del vínculo, pesquisándose que éste no mediaría la relación entre depresión, medida en el EDPE, y ninguna de las subescalas del MPAS, ni tampoco para la escala total. Para todos los niveles educacionales, sin diferencia, se observa que al aumentar en 1 unidad el puntaje en la escala EDPE, disminuye la calidad del vínculo en 0,21 puntos ($B=-0.21$), disminuye la ausencia de hostilidad en 0,28 puntos ($B=-0.28$) y 0,07 puntos para placer en la interacción ($B=-0.07$). Para la escala MPAS total se observa que por cada punto que aumenta el EDPE, el vínculo total disminuye 0,7 puntos ($B=-0.7$). Se realiza además un análisis de interacción para observar si los distintos niveles de educación afectan la relación entre sintomatología depresiva y vínculo, no observándose una interacción estadísticamente significativa, por lo tanto, nivel educacional no modera la relación entre la sintomatología depresiva y el vínculo. La sintomatología depresiva por sí sola, seguiría explicando de forma significativa la calidad del vínculo ($p<0,001$), la ausencia de hostilidad ($p<0,001$), el placer en la interacción ($p<0,05$) y el vínculo global medido en la escala ($p<0,001$).

Pese a lo anteriormente descrito, se observan niveles de hostilidad ligeramente mayores, aunque no significativos, en el grupo de madres con estudios superiores, por lo que se hace la regresión con el nivel educacional medido en años de educación. Del mismo modo, se estimó un modelo donde además se incluye el estrés parental como predictor. En este modelo se pudo observar que en la medida que las madres reportan mayor estrés en la crianza, hay mayor presencia de hostilidad en la relación ($B=-0,05$, $p<0,001$). De igual manera, en la medida que las madres están más deprimidas, incrementaría la hostilidad ($B=-0,18$, $p<0,01$). Y, finalmente por cada año de educación recibida por las madres, aumenta la presencia de hostilidad ($B=-0.15$, $p<0,05$) en el vínculo.

Tabla 8

Análisis de regresión para estrés en la crianza y depresión

	Modelo Estrés		Modelo Depresión	
	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
Intercepto	34,95	<0,001	33,21	<0,001
Calidad del vínculo	-0,05	<0,001	-0,22	<0,001
Intercepto	22,79	<0,001	20,59	<0,001
Ausencia hostilidad	-0,07	<0,001	-0,28	<0,001
Intercepto	20,23	<0,001	19,83	<0,001
Placer en la interacción	-0,02	<0,05	-0,08	<0,05
Intercepto	77,97	<0,001	73,63	<0,001
Escala total	-0,14	<0,001	-0,58	<0,001

Al analizar si el nivel educacional materno modificaría la relación entre estrés y la calidad del vínculo, se obtiene como resultado que el nivel educativo no mediaría esta relación para la escala total MPAS, ni para sus subescalas. Esto quiere decir que, para todos los niveles educacionales, a medida que aumenta el estrés en la crianza, disminuiría la calidad del vínculo ($B = -0,05$, $p < 0,001$), la ausencia de hostilidad ($B = -0,072$, $p < 0,001$), el placer en la interacción ($B = -0,015$, $p < 0,05$) y la calidad del vínculo global ($B = -0,144$, $p < 0,001$). Para la escala MPAS, el estrés, por sí solo, seguiría explicando de forma significativa la calidad del vínculo, la ausencia de hostilidad, el placer en la interacción y el puntaje total. El estrés en la crianza siempre alteraría el vínculo de forma negativa, pero no de forma específica para ninguno de sus factores o subescalas.

Análisis de Regresiones lineales para determinar el valor explicativo de las variables independientes en el vínculo.

Por medio del análisis de regresión lineal se busca determinar el valor explicativo del nivel educacional de la madre, la depresión y el estrés materno en la calidad del vínculo madre-bebé. Se observa a partir de lo anterior que el estrés parental total tiene una predicción negativa sobre el vínculo, así como también la depresión tiene una predicción negativa sobre el vínculo, no así el nivel educativo, que no tendría ningún poder predictivo para el vínculo en esta muestra. En otras palabras, el estrés en la crianza y la depresión afectan negativamente el vínculo total para todos los niveles educacionales de la muestra, explicando un 50% de la variabilidad del vínculo.

Estrés y depresión afectan la calidad del vínculo para todos los niveles educativos y un 24% de la variabilidad de la calidad del vínculo se explicaría por estrés en la crianza, la depresión y el nivel educativo. Por otra parte, se pesquisa que tanto estrés parental como la sintomatología depresiva clínica en la madre, se asocian a un incremento de hostilidad, donde un 47% de la variabilidad de esta subescala, se explicaría por las variables analizadas en la regresión. Finalmente, para placer en la interacción, se observa que al igual que en las subescalas previas, tanto el estrés como la depresión la impactan, donde un 6% de la variabilidad de ésta, se explica por las variables del estudio. Si bien se observa en las regresiones lineales que, tanto estrés como depresión afectan el placer en la interacción por separado, al actuar en conjunto su impacto no resulta significativo.

Así, se obtiene que la salud mental materna, específicamente el estrés en la crianza y la depresión, sí predicen el vínculo, no así el nivel educativo en este grupo de estudio (ver tabla 9).

Tabla 9

Modelo de regresiones múltiples

Vínculo explicado por depresión y estrés, ajustado por nivel educacional.

	Calidad del vínculo		Ausencia hostilidad		Placer en la interacción		Escala total	
	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
Intercepto	34.88	<0.001	22.69	<0.001	20.2	<0.001	77.77	<0.001
Estrés en la crianza	-0,041	0.006	-0.05	<0,001	-0,01	0.32	-0,10	<0,001
Depresión	-0,13	0.04	-0.18	0.002	-0,06	0.12	-0,36	<0,001
Nivel Educativo (No escolarizado)	0,76	0.68	-0.42	0.8	0,38	0.73	0,73	0.81
Nivel Educativo (Media)	0,95	0.39	-0.87	0.36	-0,48	0.47	-0,40	0.82
Nivel Educativo (Superior)	0,12	0.9	-1.79	0.06	-0,53	0.4	-2,2	0.2
R^2	0,24		0,47		0,06		0,5	

Discusión y conclusiones

En el presente estudio se examinó la relación entre el nivel educacional, el estrés en la crianza, la depresión materna y la calidad del vínculo en diadas madre-bebé prematuro internado en una Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Para la primera hipótesis, se esperaba que a mayor nivel educacional materno se observaran menores niveles de depresión y estrés en la crianza, así como una mejor calidad vincular de la díada, sin embargo, en el grupo evaluado no se observó ninguna relación entre el nivel educacional materno y los niveles de depresión y estrés en la crianza, así como tampoco en la calidad del vínculo madre-bebé.

Asimismo, los años de educación de la madre no modificaron de forma significativa la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad del vínculo, así como no lo hicieron con la relación del estrés en la crianza y el vínculo entre la madre y su bebé. Al igual que el hallazgo anterior, no se comprobarían las siguientes hipótesis, donde se pensaba que el nivel educacional de la madre modificaría en forma positiva la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad del vínculo, por un lado, y que, por otra parte, modificaría la relación entre estrés en la crianza y la calidad del vínculo.

Existen diversos trabajos que dan cuenta acerca de la relación entre el apego y el nivel educacional materno, llegando incluso a presentarse conclusiones contradictorias al respecto. Por un lado, un mayor nivel educacional materno es considerado un factor protector en la seguridad del apego (Donald et al., 2019), resguardando a los bebés del impacto negativo de una menor sensibilidad materna (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997; Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015) y de esta forma, favoreciendo una mejor calidad vincular. Es de esta forma como frente a condiciones más adversas, entre ellas padres menos educados y con ocupaciones menos remuneradas, existe mayor tendencia al apego en riesgo (Giraldo Montoya et al., 2017). Por otro lado, también existen un número considerable de estudios que, al igual que los resultados de la presente investigación, han concluido que el nivel educacional tendría una débil asociación con el vínculo madre-bebé (Pisoni et al., 2014; Yarcheski et al., 2009; Camarneiro & de Miranda Justo, 2017; Cuijlits et al, 2019). Esta literatura respaldaría lo pesquisado en este estudio. Es relevante mencionar y considerar en este hallazgo; el bajo tamaño muestral, así como el hecho de que, al agrupar, los niveles educacionales quedan representados por menos personas, y que además en ese escenario, por ejemplo, la representatividad del grupo sin

escolarización es muy baja, ya que incluyó solo a 2 mujeres, pudiendo ser estos antecedentes, elementos a considerar a la hora de comprender por qué el nivel educacional pareciera no tener ninguna relación con el vínculo de apego. Por otra parte, existen estudios previos que reportan dificultad para aislar el impacto del nivel educacional de otras variables, como el nivel socio económico, entre otras. Lickenbrock & Braungart-Rieker (2015) dan cuenta de varios antecedentes socio demográficos que se correlacionan entre sí; padres más jóvenes tienden a tener menor educación, por ejemplo, que padres de más edad, o quienes tienen mayores ingresos, es porque también alcanzaron un nivel de educación más alto. De este modo, la edad de las madres y las diferencias laborales, y en consecuencia de ingresos, que se reportan en este estudio podrían ser variables que dificulten aislar el impacto del nivel educacional sobre la salud mental materna y el vínculo establecido con sus niños.

De acuerdo con Wormald et al (2015) la adaptación materna a los aspectos estresantes de la hospitalización de un bebé recién nacido estaría fuertemente asociada al nivel educacional, socioeconómico y estatus laboral, tres factores sociodemográficos, que como se mencionó anteriormente, son difíciles de individualizar y diferenciar su efecto en el resultado final de interés. (Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015). Por otra parte, se hace relevante mencionar que durante el periodo de nacimiento de los niños que se incluyó en la muestra, ocurre el estallido social en Chile, para luego dar paso a la pandemia por COVID-19, lo cual implicó un estresor mundial sin precedentes que también pudo haber impactado los resultados de este estudio. Si bien existen estudios en población de madres y padres de bebés prematuros, que asocian un menor nivel educacional de éstos con mayor estrés, además de mayores índices de depresión materna, Campo et al. (2018) concluyen que el nivel de escolaridad de las madres no se relaciona de forma estadísticamente significativa con el nivel de estrés y sus dimensiones. Por otra parte, investigaciones de Spinelli et al. (2013) y Bailhache et al. (2019), pesquisan que en madres con menos educación el estrés parental disminuye en mayor medida a lo largo del tiempo, a diferencia del nivel de estrés de las madres con mayor nivel de educación. Si bien el rango de años de educación de la muestra es amplio, este antecedente puede cobrar relevancia al tener en cuenta, que la muestra estaba compuesta por bebés desde 15 meses a 28 meses de edad al momento de la evaluación, donde la mediana es 21 meses. Podría hipotetizarse que parte importante de la muestra lleva un tiempo considerable de crianza y convivencia con sus niños, y que, por lo tanto, podría haber disminuido sus niveles de estrés con el paso del tiempo para el grupo de madres con menor nivel educacional. Por otro lado, en relación con la edad de los niños evaluados, en el estudio de Aracena et al.(2016) para la validación de la escala PSI-sf

en población chilena, se reporta que la edad de los niños puede afectar los resultados de las evaluaciones de estrés de los padres, ya que hijos más pequeños son más demandantes y generan mayores niveles de ansiedad y estrés en los padres (Reitman et al 2002). La edad de los niños de esta muestra implica un nivel de dependencia y necesidades, que, si bien es alta, no es la misma que la de un bebé de pocos meses. Además, el estudio en referencia es realizado en población normativa, no en padres de bebés prematuros, donde en los primeros meses existe mayor demanda y estrés frente al proceso de adaptación de la crianza de un niño de pretérmino.

Respecto del bajo nivel de estrés parental observado en esta grupo de estudio, donde solo un 4,55%, de las madres de los bebés prematuros hospitalizados al nacer, obtiene un puntaje que se considera como estrés en la crianza, hay ciertos factores, además de la edad de los bebés, reportados en el estudio de Aracena et al. (2018) que pueden ayudar a entender por qué este grupo de madres de niños prematuros internados en UCIN al nacer, se ubica en el percentil 38,65, considerando que es una población que la literatura describe con mayores niveles de estrés por su contexto. Los autores dan cuenta de que madres solteras experimentan niveles más elevados de estrés que aquellas madres casadas o en una relación estable (Olhaberry & Farkas, 2012). En la muestra del presente estudio, el 87,88% de las mujeres se encontraban con pareja estable al momento de las entrevistas, lo cual también podría ayudar a explicar el bajo nivel de estrés general en la crianza reportado por el instrumento. Junto con esto, si bien el nivel educacional no fue significativo para esta muestra en relación con los niveles de estrés, otros estudios dan cuenta de que el nivel educacional y el ingreso familiar, variables altamente correlacionadas, también repercuten en el estrés en la crianza (Farkas & Valdés 2010; Macías et al.,2006). Entonces se podría hipotetizar que, si un 53,3% de las madres tiene un trabajo remunerado, y un 87,88% de esta muestra podría contar con el ingreso económico de sus parejas, la variable ingreso familiar también podría haber atenuado los niveles de estrés para este grupo de madres. Concretamente, producto de la pandemia por COVID-19 que afectó transversalmente a todas las familias de la muestra, éstas estuvieron recibiendo un ingreso familiar de emergencia (IFE), además de encontrarse en su mayoría, confinadas con sus parejas en casa. Esto probablemente significó mejores condiciones para enfrentar la crianza de sus hijos, contaban con un subsidio económico sin trabajar y en compañía, y por tanto, posible apoyo de sus parejas.

Otro de los hallazgos de esta investigación dice relación con cómo la salud mental de las madres, medida en sintomatología depresiva y de estrés en la crianza, explica por sí sola una mejor o peor calidad del vínculo, no siendo significativo el nivel educacional. A partir de la

hipótesis final del presente estudio, se esperaba que el nivel educacional materno explicara, junto a la depresión y el estrés, algún porcentaje del vínculo madre-bebé.

A pesar de lo recién descrito, se observa que, el nivel educacional cuando es medido por años de educación recibida impactaría de forma negativa, únicamente y de manera significativa ($p < 0,05$), la subescala de ausencia de hostilidad del instrumento MPAS. Esto quiere decir que por cada año de educación recibido, aumentaría la hostilidad en la relación. Este fue un hallazgo interesante, ya que, existen estudios que reportan que madres con niveles muy altos de educación, tendrían un vínculo prenatal menor con sus bebés, para luego del parto mejorar (Donald et al., 2019). En la población de estudio, el nivel educacional más alto es formación universitaria completa, por lo que no cumpliría el criterio de la investigación mencionada. Podría pensarse que, en este grupo de madres, que provienen de un nivel socioeconómico entre bajo y medio, la llegada de un hijo pudiese alterar sus planes de desarrollarse en lo profesional, de tener independencia económica, de movilidad social, entre otros. Proyectos que se ven aún más obstaculizados por un nacimiento anticipado y sus implicancias en la salud de sus hijos, en sus relaciones sociales, en la nueva magnitud de sus responsabilidades y tantas otras aristas que pudieran ser argumentos (conscientes o inconscientes) para un trato más hostil hacia sus niños prematuros por parte de las madres con más años de educación cursados.

Se observó que, a mayor sintomatología del ánimo, menor es la calidad del vínculo. Así mismo, la presencia de estrés en la crianza impactaría negativamente el vínculo. En cuanto a la asociación de estas variables, se pesquisó que, a mayor estrés, mayor era también la sintomatología depresiva y menor el vínculo madre-hijo. Ambos factores eran significativos en la calidad del vínculo, sin embargo, es el estrés en la crianza el factor que más fuerza tiene sobre esta relación temprana. Lo recién descrito plantea una problemática muy relevante para el contexto de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), ya que múltiples estudios describen la psicopatología materna, tal como la depresión y el estrés, como factor de riesgo para el establecimiento de un apego seguro (Kimelman et al., 2017; Quezada & Santelices, 2009). Por otro lado, existe evidencia de que las complicaciones perinatales también influirían en la sintomatología depresiva de la madre (Wu et al., 2010), y en los niveles de estrés que experimentan en el desafío de adaptarse a la experiencia de tener un hijo en UCIN (Grandi et al., 2008; Spear et al., 2002; Wormald et al., 2015; Borghini et al., 2014), impactando ambos elementos en el vínculo madre hijo y en el establecimiento de un apego seguro (Barceló et al., 2016; Muller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex et al., 2011; Morisod-Harari et al., 2013). De este modo, puede decirse que en el contexto de un nacimiento prematuro, se pone en riesgo la

calidad del vínculo de estos bebés que llegan antes de lo esperado por sus madres. Esta situación, puede dejar a estas madres más expuestas y vulnerables a desarrollar una psicopatología, con un 20 a 30% más de posibilidades de presentar un cuadro de salud mental alterado en el primer año luego del nacimiento (Campo et al., 2018). Ruiz et al., (2005) habla de un estado de vulnerabilidad somática y psíquica que potencialmente podría agravarse por la hospitalización del niño en una UCIN. Por otro lado, si bien estudios previos han encontrado una asociación entre el nivel educacional, la calidad del vínculo y la salud mental materna, actuando los años de educación como un factor protector, parece ser que en el contexto de nacimientos de pretérmino, éste no sería un elemento protector suficiente, ya que un nacimiento prematuro “podría representar un evento traumático para los padres”, (...) “(donde) el miedo a la muerte del infante, la confrontación con el bebé inmaduro y la incertidumbre de su recuperación” (Borghini et al., 2014, p.625) serían parte de los elementos iniciales que desencadenarían una respuesta de estrés frente al cuidado de estos neonatos (Blackburn & Lowen, 1986; Holditch-Davis & Miles, 2000; Padden & Glenn, 1997).

Por otra parte, vale la pena preguntarse también acerca del consumo de fármacos para el ánimo en las madres de la muestra, ya que fue un elemento que no se contempló en la anamnesis y que podría también explicar que el estrés en la crianza fuese un predictor más fuerte para la calidad del vínculo que la depresión. Existe vasta literatura y conocimiento respecto de trastornos del ánimo y vínculo, hoy gracias a esto, es incluso un problema de salud pública que se encuentra más cubierto que años atrás. Se realizan evaluaciones tempranas para pesquisar sintomatología y existe cobertura en las Garantías explícitas de salud (GES). Este contexto, permite hipotetizar que algunos sujetos de la muestra podrían haber tenido acceso a atención y tratamiento, y haberse encontrado con uso de medicamentos al momento de llevar a cabo las entrevistas, información que no se recabó durante la recolección de datos. Esto debería considerarse como una limitación del estudio.

Por medio de esta investigación se pudo concluir, entre otras cosas, que, para la población estudiada, la variabilidad del vínculo total se explica de forma importante por la participación de las variables del estudio (50%), donde estrés en la crianza y depresión, son las variables que con más fuerza dan cuenta del vínculo materno postnatal en díadas con niños de pretérmino. Además, se pesquisó que, de forma específica, el estrés tendría más fuerza que la depresión en predecir este vínculo. Teniendo en cuenta estos antecedentes tan relevantes para el quehacer clínico, se hace imperativo intervenir en estos aspectos de la salud mental materna,

para la protección y el desarrollo de un vínculo sano entre los niños prematuros hospitalizados al nacer y sus madres.

Como se mencionó anteriormente, este estudio pesquisó que el vínculo y la depresión materna postnatal se correlacionan de manera negativa. Este hallazgo también lo reportan Riera-Martin et al (2018) midiendo con los mismos instrumentos usados en este estudio. Para esta investigación se observa una correlación de -0,61, mientras que para la de población española, el valor de la correlación fue de -0,41, ambas con $p < 0,001$. Se observaría entonces que para la muestra de madres de bebés prematuros esta correlación es más fuerte, permitiendo hipotetizar que la magnitud de la correlación entre la calidad del vínculo y depresión postparto sería más fuerte en población de madres de niños prematuros que en población normativa. Además, el mismo estudio da cuenta de que un vínculo de baja calidad predice mayores niveles de estrés parental (De Cock et al., 2017; Mason, Briggs & Silver, 2011). Así, podría concluirse que de manera indirecta las madres de niños de pretérmino podrían experimentar ambos cuadros de salud mental materna de forma simultánea en mayor medida que las madres de niños que no nacieron anticipadamente.

A través de esta investigación se puede constatar la relevancia que tiene el estrés en la crianza en las madres de bebés prematuros, lo cual es aún más notorio en la población estudiada si consideramos que las madres de niños de pretérmino en hospitales públicos presentarían mayores niveles de estrés (Wormald et al; 2015). Se hace urgente intervenir para prevenir niveles altos de estrés en la crianza de bebés de pretérmino y así, proteger la calidad del vínculo de las madres y sus hijos. Se podrían implementar programas psicoeducativos que trabajen con las madres, o con ellas y sus parejas, tanto si se hospitalizan por ser un embarazo de riesgo, como cuando llegan al parto de sus bebés prematuros. Muchos estudios dan cuenta de cómo una intervención temprana en lo que tiene relación a la interacción padres-hijos, puede ayudar en la prevención de dificultades en el desarrollo de los niños y de síntomas psicológicos en los padres (Blackburn & Lowen, 1986; Bloom, 1997; Van den Boom, 1994, 1995). Por otro lado, la literatura también reporta que una mayor interacción en las UCIN con el bebé hospitalizado se relaciona con menos estrés y ansiedad en las madres, e interacciones más positivas a los 2 meses de edad del niño (Melnik et al., 2006). Es importante compartir y socializar en el contexto de las unidades de neonatología aquellas prácticas que ya cuentan con evidencia y resultados e insertarlas en un programa que se aplique en grupos de madres en riesgo de parto prematuro y madres que efectivamente tuvieron un parto anticipado. Un estudio acerca de intervenciones tempranas en síntomas de estrés postraumático en madres de bebés prematuros observó que,

luego de que un grupo de madres formaran parte de un programa de intervenciones con el objetivo de facilitar la relación entre las madres y sus recién nacidos prematuros, éstas mostraron una disminución significativa en los síntomas de estrés, entre las 42 semanas de edad gestacional del bebé y los 4 meses de edad corregida $p < 0,045$. Este descenso en el puntaje fue aún más significativo entre las 42 semanas y los 12 meses del niño ($p < 0,001$) (Borghini et al, 2018). A través del estudio citado es posible observar la importancia de prevenir, de crear protocolos, grupos de apoyo compuesto por estas mismas madres, de hacer seguimiento, de abrirse a las visitas domiciliarias para hacerlo, además del control en los servicios de salud. Intervenciones como las llevadas a cabo en el estudio de Melnyk et al. (2006), donde el foco está puesto en la interacción madre-bebé desde las UCIN, es un tipo de práctica que pudiera tener éxito ya que existe el antecedente de la correlación entre una mejor calidad del vínculo, menos estrés en la crianza y menos sintomatología depresiva, pesquisado en la presente investigación. La literatura también da cuenta de lo anterior, donde la promoción de la participación de las madres (y padres) en los cuidados son elementos clave en las UCIN, ya que favorecen la reconstrucción de los roles parentales y mejoran la salud mental y la satisfacción de los padres (Russel et al., 2018; Lasiuk et al., 2013; Puig et al., 2018). Bailhache et al (2019) dieron cuenta que una buena calidad del vínculo se asociaba a menos estrés parental y concluyen que el apego materno sería el factor más importante para el estrés en la crianza; una baja calidad vincular hace a las madres más vulnerables a experimentar los efectos negativos del estrés a largo plazo. Y, finalmente, Campo et al (2018) declara que el tipo de interacción que se tenga con el bebé hospitalizado podría funcionar como un factor protector al estrés que produce la separación con él. De este modo, al existir una correlación estadísticamente significativa entre vínculo, depresión y estrés en la crianza, es que este tipo de intervenciones podría generar un impacto en la salud mental de las madres de los bebés prematuros, así como en el desarrollo y salud mental de los mismos bebés, y ser así un aporte para la salud mental de la comunidad.

Respecto de las limitaciones del estudio, en primer lugar se encuentra el tamaño muestral. Al ser un grupo pequeño, los análisis estadísticos dieron resultados que pudieron haber sido estadísticamente significativos de haber contado con una muestra de mayor número. Será importante continuar investigando la temática en muestras de tamaño más considerable. Por otro lado, parte importante de los datos recolectados, fue a través de cuestionarios de auto reporte, donde podría presentarse el sesgo de deseabilidad social por parte de las participantes. Así también, la capacidad de comprensión de las escalas, pese a la presencia de la evaluadora

en la video llamada para aclarar dudas, también podría considerarse una limitación de la investigación. Sería valioso hacer uso de otros instrumentos para evaluar las variables del estudio, tales como videos y otras estrategias mediante un observador externo, ya que los resultados pudiesen ser diferentes.

Como se mencionó en la discusión, el uso de medicamentos para trastornos o síntomas del ánimo, pudiera ser una limitante si se encuentra alterando el comportamiento de la variable depresión y, por lo tanto, quitándole fuerza como variable explicativa. Al no contar con este antecedente, no se puede estar seguro sobre la magnitud de la depresión en el establecimiento de un vínculo de más alta o más baja calidad para la población de estudio.

Finalmente, no se encontró literatura que reportara acerca de nivel educacional en madres de población de bebé prematuro, por lo que los hallazgos no son comparables. Por esta razón, y dado que un número considerable de estudios reportan el impacto de nivel educacional en población normativa, sería importante robustecer la literatura ligada a la población de madres y bebés prematuros. En suma a lo anterior, sería interesante, de manera de contar con un espectro más amplio de años de educación, poder llevar a cabo estudios que incluyan a población de un nivel socio económico más alto. Lo recién dicho, podría facilitar la observación de la variable nivel educacional materno, de forma más patente.

Referencias:

- Abidin, R.R., Jenkins, C.L. & McGaughey, M.C. (1992). The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 60-69.
- Abidin, R.R. (1995) Parenting Stress Index (3th edition). Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Ahn, D. H., Min, A., Kim, K., Kim, K. A., Oh, M. Y., Lee, H. J., Park, H. K., & Park, H. (2019). Cognitive Function, Emotional and Behavioral Problems, and Temperament of Premature Children. *Soa--ch'ongsonyon chongsin uihak = Journal of child & adolescent psychiatry*, 30(1), 34–41. <https://doi.org/10.5765/jkacap.180024>
- Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, et al. (2004) Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* (113): 846–57.12.
- Aracena, M., Gómez, E., Undurraga, C., Leiva, L., Marinkovic, K. & Molina, Y. (2016). Validity and Reliability of the Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) Applied to a Chilean Sample. *J Child Fam Stud* 25:3554– 3564. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0520-8>
- Arnaiz, A. (2020). *Vivencias de los padres frente a la hospitalización de sus hijos en la unidad de cuidados neonatales: un estudio a través del programa FI-care*. [Tesis de Magister, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional – Universidad Pontificia Comillas.
- Aviezer O., Sagi A., Joels T. & Ziv Y. (1999) Emotional availability and attachment representations in Kibbutz infants and their mothers. *Developmental Psychology* (35), 811–821.
- B T Dau, A., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). An examination of the impact of maternal fetal attachment, postpartum depressive symptoms and parenting stress on maternal sensitivity. *Infant behavior & development*, 54, 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.01.001>
- Bailhache, M., Doyle, O., Salmi, L. R., & McDonnell, T. (2019). Does maternal attachment to her infant mediate the link between perceptions of infant crying at 6 months and parenting stress at 24 months? A structural equation modelling approach. *Child: care, health and development*, 45(4), 540–550. <https://doi.org/10.1111/cch.12676>

Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Kroonenberg, P.M. (2004). Differences in attachment security between African-American and white children: ethnicity or socio-economic status? *Infant Behavior & Development*, (27) 417-433.

Barceló, E., Pérez-Cotapos, J., Baraona, C., Gómez, M.I., Olhaberry, M., Farkas C. (2016). ¿Afectan las complicaciones perinatales la respuesta sensible de las madres hacia sus hijos/as de 12 meses? *Summa Psicológica*. 13. 57-65. 10.18774/448x.2016.13.250.

Bartholomew K. Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *J Soc Pers Relat* 1990, 7:147–178, doi: 10.1177/0265407590072001

Bedregal, P., Hernández, V., Mingo, V., Castañón, C., Valenzuela, P., Moore, R., De la Cruz, R. & Castro, D. (2016) Desigualdades en desarrollo infantil temprano entre prestadores públicos y privados de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile, *Revista Chilena de Pediatría*, 87(5) 351-358, ISSN 0370-4106, <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.02.008>.)

Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S., Buck, K., Bahrnick, L., Chen, H., Cohen, P., Andrews, H., Feldstein, S. & Jaffe, J. (2012): On the Origins of Disorganized Attachment and Internal Working Models: Paper II. An Empirical Microanalysis of 4-Month Mother–Infant Interaction, *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 22:3, 352-374 <http://dx.doi.org/10.1080/10481885.2012.679606>

Belsky, J., Newman, D., Widaman, K., Rodkin, P., Pluess, M., Fraley, R., Roisman, G. (2015). Differential susceptibility to effects of maternal sensitivity? A study of candidate plasticity genes. *Development and Psychopathology*, 27(3), 725-746. doi:10.1017/S0954579414000844

Belsky, J. & Fearon, R.M.P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment and Human Development*, (4) 361–387.

Blackburn, S., & Lowen, L. (1986). Impact of an infant's premature birth on the grandparents and parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*: 15., 173–178.

Bloom, M. (1997). . Primary prevention practices : Vol. 5. (Vol. 5) London: Sage Publishers.

Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Müller-Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress

symptoms and the quality of mother-infant interaction: the case of preterm birth. *Infant behavior & development*, 37(4), 624–631. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.08.003>

Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M., & van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 113, 287–298. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.014>

Boyd, R., Zayas, L. & Mc Kee, M. (2006). Mother-infant interaction, life events, and prenatal and postpartum depressive symptoms among minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 139-148. doi:10.1007/s10995-005-0042-2

Bowlby J. (1951). *Maternal care and mental health*, Geneva, WHO; London HMSO. New York, Columbia University Press. 1951.

Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Volume 1 attachment*. New York: Basic Books.

Braun K. (2011). The prefrontal-limbic system: development, neuro-anatomy, function, and implications for socioemotional development. *Clin Perinatol*; (38): 685–702.6. Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. (2006). Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Arch Womens Ment Health* 9(5): 243-251. DOI: 10.1007/s00737-006-0133-0.

Bronte-Tinkew, J., Carrano, J., & Guzman, L. (2006). Resident fathers' perceptions of their roles and links to involvement with infants. *Fathering* (4) 254–285. <http://dx.doi.org/10.3149/fth.0403.254>

Burke, W.T. (1978). *The development of a technique for assessing the stresses experienced by parents of young children*. Unpublished dissertation, University of Virginia.

Camarneiro, A. P. F., & de Miranda Justo, J. M. R. (2017). Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35, 212–222. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1297889>

Camisasca, E., Miragoli, S., & Di Blasio, P. (2014). Is the relationship between marital adjustment and parenting stress mediated or moderated by parenting alliance. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2). <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.724>, 235–254.

Campbell, S., Brownell, C., Hungerford, A., Spieker, S., Mohan, R., & Blessing, J. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16(2), 231-252. doi:10.1017/S0954579404044499

Campo González, A., Amador Morán, R., Alonso Uría, R. & Ballester López, I. (2018). Estrés en madres de recién nacidos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2), 1-10. Recuperado en 24 de mayo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200008&lng=es&tlng=es.

Castañón, C. & Pinto, J. (2008). Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista Médica Chile*, 136(7), 851-858. doi:10.4067/S0034-98872008000700005

Ceriani Cernadas JM. Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(3):154-155

Champagne FA, Chretien P, Stevenson CW, Zhang TY, Gratton A, Meaney MJ. (2004) Variations in nucleus accumbens dopamine associated with individual differences in maternal behavior in the rat. *Journal of Neuroscience*. 24:4113–4123. [PubMed: 15115806]

Chiodera P, Coiro V. (1987). Oxytocin reduces metyrapone-induced ACTH secretion in human subjects. *Brain Research*. 420:178–181. [PubMed: 2823973]

Crittenden P.M. & Bonvillian J.D. (1984) The relationship between maternal risk status and maternal sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry* 54, 250–262.

Condon, J. T. & Corkindale, C. J. (1998). The Assessment of Parent-to-Infant Attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1)

Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of pediatric psychology*, 38(8), 809–828. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>

Cuijlits, I., van de Wetering, A. P., Endendijk, J. J., van Baar, A. L., Potharst, E. S., & Pop, V. (2019). Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant mental health journal*, 40(6), 768–785. <https://doi.org/10.1002/imhj.21811>

Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73–112.

De Cock ESA, Henrichs J, Klimstra TA, Maas AJBM, Vreeswijk CMJM, Meeus WHJ & Van Bakel HJA. (2017). Longitudinal associations between parental bonding, parenting stress, and executive functioning in toddlerhood. *Journal of Child and Family Studies* 26(6):1723–1733 DOI 10.1007/s10826-017-0679-7.

De Wolff M.S. & van IJzendoorn M.H. (1997) Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development* 68(4), 571–591.

Dixon, W.E., (2016). *Twenty Studies That Revolutionized Child Psychology*, 2nd ed. Pearson, Saddle River, NJ.

Donald KA, Wedderburn CJ, Barnett W, Nhapi RT, Rehman AM, Stadler JAM, et al. (2019) Risk and protective factors for child development: An observational South African birth cohort. *PLoS Med* 16(9): e1002920. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002920>

Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50–76.

Drake E.E., Humenick S.S., Amankwaa L., Younger J. & Roux G. (2007) Predictors of maternal responsiveness. *Journal of Nursing Scholarship* 39(2), 119–125.

Farkas, C., Carvacho, C., Galleguillos, F., Montoya, F., León, F., Santelices, M.P. & Himmel, E. (2015). Estudio comparativo de la sensibilidad entre madres y personal educativo en interacción con niños y niñas de un año de edad. *Perfiles educativos*, 37(148), 16-33. Recuperado en 08 de diciembre de 2019, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982015000200002&lng=es&tlng=es

Farkas-Klein, C. (2008). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Pontificia Universidad Católica*, 7(2), 457-467.

Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. (2002) Skin-to-Skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicality, arousal modulation, and sustained exploration. *Dev Psychol*; 38: 194–207

Fernández Medina, I. M., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Camacho Ávila, M., & López Rodríguez, M. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 31(4), 325–330. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>

Fernández, F., Calvo, I., Montero, S. & Torró, G. (2020). Influencia del nivel de riesgo perinatal sobre el desarrollo motor grueso de los niños prematuros: Estudio observacional de corte transversal. *European Journal of Health Research* Vol. 6, No 2: 169-180.

Field, T. (2011). Prenatal depression effects on development. *Infant and Behavior and Development*, 34(1), 1-14. doi:10.1016/j.infbeh.2010.09.008

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Ewald, U., Dykes, F., & Separation and Closeness Experiences in the Neonatal Environment (SCENE) group (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 101(10), 1032–1037. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>

Fonagy, P. (2015). Mutual Regulation, Mentalization, and Therapeutic Action: A Reflection on the Contributions of Ed Tronick to Developmental and Psychotherapeutic Thinking. *Psychoanalytic Inquiry*. (35) 355-369. 10.1080/07351690.2015.1022481.

Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, et al (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum Dev*;87(1):21-6.

Gelfand, D. M., & Teti, D.M. ~1990!. The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329–353.

Giraldo Montoya, D., Castañeda Palacio, H., & Mazo Álvarez, H. (2017). Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil. *Universidad Y Salud*, 19(2), 197-206. <https://doi.org/10.22267/rus.171902.82>

Grandi C, González MA, Naddeo S, Basualdo MN, et al. (2008). Relación entre estrés psicosocial y el parto prematuro: una Investigación Interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Rev Hosp Matern Infant Ramón Sardá* ;27(2):51-69.

Greenley, R. N., Taylor, H. G., Drotar, D., & Minich, N. M. (2007). Longitudinal relationships between early adolescent family functioning and youth adjustment: An examination of the moderating role of very low birth weight. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 453–462. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsl027>

Groh, A., Fearon, R., Van IJzendoorn, M., Bakermans-kranenburg, M. & Roisman, G. (2017). Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development. *Child Development Perspectives*. 11. 10.1111/cdep.12213.

Hack, M., & Fanaroff, A. A. (1999). Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. *Early Human Development*, 53, 193–218. [http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782\(98\)00052-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782(98)00052-8)

Hadadian. A. & Merbler, J. (1996) Mother's Stress: Implications for Attachment Relationships, *Early Child Development and Care*, 125:1, 59-66, DOI: 10.1080/0300443961250105

Handa, H., Ito, A., Tsuda, H., Ohsawa, I. and Ogawa, T. (2009), Low level of parental bonding might be a risk factor among women with prolonged depression: A preliminary investigation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (63) 721-729. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.02018.x>

Hanke, C., Lohaus, A., Gawrilow, C., Hartke, I., Köhler, B., & Leonhardt, A. (2003). Preschool development of very low birth weight children born 1994–1995. *European Journal of Pediatrics*, 162, 159–164

Holditch-Davis, D., & Miles, M. S. (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*: 19., 13–21.

- Horwood, L. J., Mogridge, N., & Darlow, B. A. (1998). Cognitive, educational, and behavioural outcomes at 7 to 8 years in a national very low birthweight cohort. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 79(1), F12–F20. <http://dx.doi.org/10.1136/fn.79.1.F12>
- Høifødt, R.S., Nordahl, D., Landsem, I.P. *et al.* (2020) Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry* 20, 300 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>
- Hofer M. (2006) Psychobiological roots of early attachment. *Curr DirPsychol Sci*; 15: 84–8
- Hutchinson, E. A., De Luca, C. R., Doyle, L. W., Roberts, G., Anderson, P. J., & the Victorian Infant Collaborative Study Group. (2013). Schoolage outcomes of extremely preterm or extremely low birth weight children. *Pediatrics*, 131(4), e1053–e1061. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-2311>
- Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, et al. (2016) Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress. *Eur J Psychol*;12(4):604–21.
- Jadresic, E., Araya, R., & Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 16(4), 187–191. <https://doi.org/10.3109/01674829509024468>
- Jarvis, P. A., & Creasey, G. L. (1991). Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant Behavior & Development*, 14(4), 383–395. <https://doi.org/10.1016/0163-6383%2891%2990029-R>.
- Kazdin, A.E., Mazurick, J.L. & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 2-16.
- Kemppinen K., Kumpulainen K., Moilanen I. & Ebeling H. (2006) Recurrent and transient depressive symptoms around delivery and maternal sensitivity. *Nordic Journal of Psychiatry* (60), 191–199
- Kendall-Tackett, K. A. (2005). The hidden feelings of motherhood: Coping with mothering stress, depression and burnout. Amarillo, TX: Pharmasoft Publishing

- Kim, E. & Kim, B. (2009). The structural relationships of social support, mother's psychological status, and maternal sensitivity to attachment security in children with disabilities. *Asia Pacific Education Review*. (10) 561-573. 10.1007/s12564-009-9043-y.
- Kimelman, Zitko, Hernandez & Vidal (2017). Factores de riesgo prenatales para el proceso vincular entre la madre y el recién nacido. *Acta Psiquiatrica Y Psicologica De America Latina*, 63(1), 32-40
- Kingston, D., Tough, S. y Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*.
- Kivijarvi M., Voeten M.J.M., Niemela P., Raiha H., Lertola K. & Piha J. (2001) Maternal sensitivity behavior and infant behavior in early interaction. *Infant Mental Health Journal* 22(6), 627–640
- Korja R, Ahlqvist-Björkroth S, Savonlahti E, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H, et al. (2010) Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behav Dev*;33(3):330–6.11.
- Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-Cook C. (2013) Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth.*; 13 Supl 1: 13.
- Laurent, H. K., Ablow, J. C., & Measelle, J. (2011). Risky shifts: How the timing and course of mothers' depressive symptoms across the perinatal period shape their own and infant's stress response profiles. *Development and Psychopathology*, 23(2), 521–538. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000083>.
- Legros JJ, Chiodera P, Geenen V. (1988). Inhibitory action of exogenous oxytocin on plasma cortisol in normal human subjects: Evidence of action at the adrenal level. *Neuroendocrinology*. 48:204–206. [PubMed: 2851753]
- Lecannelier F, Kimelman M, González L, Núñez C., Hoffmann M. (2008) Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año en dos centros de atención de Santiago de Chile. *Rev Argent Clín Psicol*. XVII: 197-207.

- Lickenbrock, D. & Braungart-Rieker, J. (2015) Examining antecedents of infant attachment security with mothers and fathers: An ecological systems perspective. *Infant Behavior and Development*, (39)173-187, ISSN 0163-6383, <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.03.003>.
- Litt, J., Taylor, H. G., Klein, N., & Hack, M. (2005). Learning disabilities in children with very low birthweight: Prevalence, neuropsychological correlates, and educational interventions. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 130–141. <http://dx.doi.org/10.1177/00222194050380020301>
- Lovejoy M.C., Graczyk P.A., O'Hare E. & Neuman G. (2000) Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 20(5), 561–592.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*: 71.,543–562. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Martins, C. & Gaffan, E. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737-746. doi:10.1111/1469-7610.00661
- Mason, Z. S., Briggs, S. D., & Silver, E. J. (2011). Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social emotional development, and parenting stress. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 382–394. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.629994>
- McCormick, M. C. (1997). The outcomes of very low birth weight infants: Are we asking the right questions? *Pediatrics*, 99, 869–876. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.99.6.869>
- McCormick, M. C., Workman-Daniels, K., & Brooks-Gunn, J. (1996). The behavioral and emotional well-being of school-age children with different birth weights. *Pediatrics*, 97, 18–25.
- Meins E., Fernyhough C., Fradley E. & Tuckey M. (2001) Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42(5), 637–648

Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., et al. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*; 118., (5), e1414–e1427.

Míguez, M. & Fernández, V. & Pereira, B. (2017). Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*. 25. 47-64.

Ministerio de salud -MINSAL. (2017). Guía de Práctica Clínica - Problema de Salud AUGE N°24 Prevención del Parto Prematuro. Epidemiología. Chile: Gobierno de Chile. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/prevencion-del-parto-prematuro/descripcion-y-epidemiologia/>

Moran, G., Pederson, D.R., Pettit, P. & Krupka, A. (1992). Maternal sensitivity and infant-mother attachment in a developmentally delayed sample. *Infant Behavior and Development*, 15, 427-442.

Morelius E, Theodorsson E, Nelson N. (2005) Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*; (116)

Morgues M, Henríquez MT, Tohá D, Vernal P, Pittaluga E et al. (2002) Sobrevida del prematuro menor de 1.500 g en Chile. *Rev Chil Pediatr*; (72) 603

Morisod-Harari M, Borghini A, Hohlfeld P, Forcada-Guex M, et al. (2013). Influence d'une hospitalisation prénatale sur les facteurs de stress parentaux lors d'une naissance prématurée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*; 42(1):64-70.

Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin L, et al. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Hum Dev* ;79(2):145-58.

National Institute of Child Health and Human Development- NICHD (1999). Child care and mother-child interaction in the first 3 years of life. *Developmental Psychology*; 35:1399–1413. [PubMed: 10563730]

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/index.html

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Nacimientos prematuros OMS. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Olhaberry, M. & Farkas, C. (2012). Estrés Materno y Configuración Familiar: Estudio comparativo en Familias Chilenas Monoparentales y Nucleares de bajos ingresos. *Universitas Psychologica*. 11. 1317-1326. 10.11144/Javeriana.upsy11-4.emcf.

Olhaberry, M., Romero, M. & Miranda, A. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica*. 12. 77-87. 10.18774/448x.2015.12.180.

Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M.P., Farkas, C., Rojas, G. & Martínez, V. (2013). Psychological perinatal interventions in maternal depression and mother-child bond: A systematic review. *Terapia psicológica*, 31(2), 249-261. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>

Padden, T., & Glenn, S. (1997). Maternal experiences of preterm birth and neonatal intensive care. *Journal of reproductive & Infant Psychology*: 15., 121–139.

Palacios Hernández B. (2016) Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 48(2): 164-176. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>

Papapetrou, C., Panoulis, K., Mourouzis, I., & Kouzoupis, A. (2020). Pregnancy and the perinatal period: The impact of attachment theory. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 31(3), 257–270. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.313.257>

Parfitt Y, Ayers S. (2009). The effect of postnatal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *J Reprod Inf Psychol*. 27(2): 127-142. DOI:10.1080/02646830802350831

- Patten, S. B. (2009). Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence rates are too low. *BMC Psychiatry* (9) 19
- Pearson, R. M., Melotti, R., Heron, J., Joinson, C., Stein, A., Ramchandani, P. G., Evans, J. (2012). Disruption to the development of maternal responsiveness? The impact of prenatal depression on mother-infant interactions. *Infant Behavior & Development*, 35(4), 613–626. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.07.020>.
- Pederson D.R., Gleason K.E., Moran G. & Bento S. (1998) Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant– mother attachment relationship. *Developmental Psychology* 34(5), 925–933
- Pedrós-Roselló, A. (2007). Postpartum depression and childrearing style on child development. En A. Rosenfield (dirs.), *New Research on Postpartum Depression* (pp.105-120). Nueva York: Nova Science Publishers
- Pelchat D., Bisson J., Bois C. & Saucier J.F. (2003). The Effects of Early Relational Antecedents and Other Factors on the Parental Sensitivity of Mothers and Fathers. *Infant and Child Development*, 12, 27-51.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., & Korzilius, H. (2012). Maternal stress predicted by characteristics of children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 696–706. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.10.003>
- Pinquart, M. (2018). Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition—A meta-analysis. *Stress Health*, 34(2), 197–207.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., Stronati, M et al. (2014). Risk and protective factors in maternalfetal attachment development. *Early Human Development*, 20, 45– 46. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(14\)50012-6](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(14)50012-6)
- Puig Calsina S, Obregón Gutiérrez N, Calle del Fresno S, Escalé Besa M, Cantó Codina L, Goberna Tricas J. (2018) Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 19(1): 21-27.

Pyhälä, R., Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Heinonen, K., Lahti, J., Hovi, P., Strang-Karlsson, S., Andersson, S., Eriksson, J. G., Järvenpää, A. L., & Kajantie, E. (2011). Parental bonding after preterm birth: child and parent perspectives in the Helsinki study of very low birth weight adults. *The Journal of pediatrics*, 158(2), 251–6.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.07.059>

Quezada, V. & Santelices, M.P. (2009) Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*. (42). 53-61.

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL

Riera-Martín A, Oliver-Roig A, Martínez-Pampliega A, Cormenzana-Redondo S, Clement-Carbonell V, Richart-Martínez M. (2018). A single Spanish version of maternal and paternal postnatal attachment scales: validation and conceptual analysis. *PeerJ* 6:e5980 DOI 10.7717/peerj.5980

Reguera, E. (2014). Apego, cortisol y estrés, en infantes: una revisión narrativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 753-772. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400008>

Reitman, D., Currier, R., & Stickle, T. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index–Short Form (PSI–SF) in a Head Start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 384–392.

Richman A, Miller P, LeVine R. (1992). Cultural and educational variations in maternal responsiveness. *Developm Psychol* 28(4): 614-621. DOI:10.1037/0012-1649.28.4.614.

Roggman, L. A., Moe, S. T., Hart, A. D., y Forthun, L. F. (1994). Family Leisure an social support: Relations with parenting stress and psychological well-being in Head Start parents. *Early Childhood Research Quarterly*, 9, 463-480. [https://doi: 10.1016/0885-2006\(94\)90020-5](https://doi: 10.1016/0885-2006(94)90020-5)

Ruiz, A. L., Ceriani Cernadas, J. M., Cravedi, V., & Rodriguez, D. (2005). Estres y depresión en madres de prematuros: un programa de intervencion. *Arch Argent Pediatr*, 103(1), 36- 45.

Russell G, Sawyer A, Rabe H, Abbot J, Gyte G, Duley L, et al. (2014) Parent’s views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatr.*; 14(203): 1-10.

- Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmaki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(3), 213–222. <https://doi.org/10.1080/01674820802000467>
- Sampson, M., Villarreal, Y. & Padilla, Y. (2015). Association between Support and Maternal Stress at One Year Postpartum: Does Type Matter?, *Social Work Research* (39)1, 49–60, <https://doi.org/10.1093/swr/svu031>
- Santelices, M.P., Farkas, C., Montoya, M.F., Galleguillos, F., Carvacho, C., Fernández, A., Morales, L., Taboada, C. & Himmel, E. (2015). Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. *Psicoperspectivas*, 14(1), 66-76.
- Scher MS, Ludington-Hoe S, Kaffashi F, Johnson MW, Holditch-Davis D, Loparo KA. (2009) Neurophysiologic assessment of brain maturation after an 8-week trial of skin-to-skin contact on preterm infants. *Clin Neurophysiol*; (120): 1812–8.
- Shin, Park, Ryu & Seomun (2008) Maternal sensitivity: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 64(3), 304–314
- Shin H. & Kim Y.H. (2007) Maternal attachment inventory: psychometric evaluation of the Korean version. *Journal of Advanced Nursing* 59(3), 299–307.
- Shin, H., Park, Y.-J., & Kim, M. J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 425–434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03943.x16866838>.
- Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, et al. (1993). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-weight infant. *JAMA*;281(9):799-805.
- Sohr-Preston, S. L., & Scaramella, L. V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review* (9), 65–83.
- Spear ML, Leef K, Epps S & Locke R. (2002) Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol* ; 19(4):205-13.
- Spratt, E. G., Marsh, C., Wahlquist, A. E., Papa, C. E., Nietert, P. J., Brady, K. T., Herbert, T. L., & Wagner, C. (2016). Biologic effects of stress and bonding in mother-infant

pairs. *International journal of psychiatry in medicine*, 51(3), 246–257.
<https://doi.org/10.1177/0091217416652382>

Spinelli, M., Poehlmann, J., & Bolt, D. (2013). Predictors of parenting stress trajectories in premature infant-mother dyads. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 873–883.
<https://doi.org/10.1037/a0034652>

Stein A, Pearson R, Goodman S, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 384(9956): 1800-1819. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.

Sullivan R, Perry R, Sloan A, Kleinhaus K, Burtchen N. (2011) Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clin Perinatol*; (38) 643–55.7.

Subsecretaría de telecomunicaciones (2017). IX Encuesta de Acceso y Usos de Internet. Chile: Gobierno de Chile.

Svanberg , P., Mennet, L., y Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, (15) 363-378.

Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S., & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(3-4), 262–287.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01731.x>

Taylor, H. G., Klein, N., Minich, N. M., & Hack, M. (2000). Middleschool- age outcomes in children with very low birthweight. *Child Development*, 71, 1495–1511.
<http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00242>

Teti, D. M., Nakagawa, M., Das, R., & Wirth, O. (1991). Security of attachment between preschoolers and their mothers: Relations among social interaction, parenting stress, and mother's sorts of the Attachment Q-Set. *Developmental Psychology*, 27(3), 440–447.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.3.440>.

Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147–156. <https://doi.org/10.1080/10673220902899714> Pii910512172.

Tsachi ED, Mikulincer M, Doron G, Shaver PR. The attachment paradox: How can so many of us (the insecure ones) have no adaptive advantages? *Perspect Psychol Sci* 2010, 5:123–141, doi: 10.1177/174569161036234

Uvnas-Moberg K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*. 23:819–835. [PubMed: 9924739]

Uvnas-Moberg K, Eriksson M. (1996). Breastfeeding: Physiological, endocrine and behavioural adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatrica*.; 85:525–530. [PubMed: 8827091]

Van den Boom D.C. (1994) The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 65(5), 1457–1477.

Van IJzendoorn M.H., Rutgers A.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Swinkels S.H.N., van Daalen E., Dietz C., Naber F.B.A., Buitelaar J.K. & van Egeland H. (2007) Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development* 78(2), 597–608

van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakerman-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

Verhage, M.L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R.M.P., Oosterman, M., Cassibba, R., et al., (2016). Narrowing the transmission gap: a synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychol. Bull.* (142)337–366.<https://doi.org/10.1037/bul0000038>

Wilson-Costello, D., Friedman, H., Minich, N., Fanaroff, A. A., & Hack, M. (2005). Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s. *Pediatrics*, 115, 997–1003. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-0221>

Wormald, F., Tapia, J., Torres, G., Cánepa, P., González, M., Rodríguez, D., Escobar, M., et al. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en

unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Archivos Argentinos de Pediatría* 13(4):303-309

Wu, Y., Selig, J., Roberts, M., & Steele, R. (2010). Trajectories of Postpartum Maternal Depressive Symptoms and Children's Social Skills. *Journal of Child and Family Studies*. 20. 414-423.

Yarcheski, A., Mahon, N., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 708–715. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>

Anexos:

- a. *Guión para el consentimiento informado y la participación en el estudio principal*

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no junto a su bebé de las evaluaciones que forman parte de una investigación científica dirigida por la psicóloga Francisca Velozo Ramírez, funcionaria del Programa Chile Crece Contigo de la Unidad de Neonatología del Hospital San José y estudiante de Magíster en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La investigación se titula “Impacto de las restricciones asociadas al Covid-19 en la salud mental materna, el vínculo y el desarrollo bebés prematuros hospitalizados al nacer”.

¿De qué se trata la investigación científica a la que se le invita a usted y su hijo/a a participar?

Este estudio tiene como objetivo analizar si existe alguna relación entre la salud mental materna, el desarrollo socioemocional, psicomotor y vincular en díadas madre-bebé prematuro hospitalizado al nacer en contexto de pandemia y las restricciones por Covid-19 en el contacto y cuidados maternos durante la internación. Para cumplir con este objetivo, se comparará el desempeño de díadas madre-bebé prematuro hospitalizado en pandemia con el de aquellas cuya internación se llevó a cabo de forma previa a ésta.

Usted y su bebé han sido invitados/as a participar, ya que éste fue hospitalizado al nacer en nuestro servicio antes o durante la crisis sanitaria.

¿En qué consiste su participación?

Consiste en participar de 2 sesiones de evaluación, las cuáles se realizarán a través de video-llamadas para proteger su salud, la de su bebé y la del equipo evaluación.

Una vez que acepte participar, será contactada por una de las psicólogas del equipo de investigación, con quién coordinará un día y hora para aplicar las escalas seleccionadas para cumplir con los objetivos del estudio.

En la primera instancia:

- A través de una entrevista semi-estructurada, se le pedirá entregar información sobre usted, su bebé y su familia. Se le preguntará principalmente por antecedentes del embarazo, hospitalización, del desarrollo de su hijo/a y de su vivencia como madre. Se estima para ello un tiempo entre 30 a 40 minutos.
- También se le solicitará completar las escalas que observan su estado anímico, estimándose 20 minutos para ello.

Y en la segunda sesión:

- Se aplicará un cuestionario sobre el desarrollo psicomotor de su bebé. Se estiman aproximadamente 25 minutos para su realización. Durante la aplicación de éste, la

psicóloga le pedirá contar con la presencia de su bebé y tener algunos objetos cotidianos a mano.

- Se le pedirá también contestar el cuestionario de vínculo, calculándose un total de 15 minutos para su realización.

¿Cuánto durará su participación?

Cada sesión de evaluación tendrá una duración aproximada de 1 hora. Su participación total debiese durar dos semanas, realizándose una evaluación semanal. En caso de que la contactemos a futuro para un nuevo estudio, usted es libre de aceptar o no, y se le pedirá que firme una nueva carta de consentimiento.

¿Qué beneficios puede obtener de su participación?

En caso de observarse alguna dificultad en su salud mental, en el desarrollo de su bebé y/o en el vínculo entre ambos, la psicóloga a cargo de su evaluación la contactará, le hará una breve devolución de los resultados de ésta y le preguntará si desea ser derivada a su Centro de Salud Familiar (CESFAM) para ser atendida por un profesional, ya que en la literatura se señala que una derivación temprana y oportuna favorece la efectividad de las intervenciones. Adicionalmente, al participar estará contribuyendo a generar conocimiento en la disciplina, lo que ayudará a otras madres y bebés prematuros que requieran ser hospitalizados en nuestro servicio.

¿Qué riesgos corre al participar?

No se prevén ningún tipo de riesgo físico ni psicológico para usted o su hijo/a al participar en este estudio, salvo la eventual incomodidad que podrían generarle algunas preguntas. Si esto ocurriera, usted recibirá contención de parte de su evaluadora y podrá ser derivada al CESFAM donde se atiende regularmente, si así lo desea.

Su participación en este estudio no le significará ningún costo para usted. Se le hará entrega de una bolsa de minutos para el uso de internet durante las sesiones de evaluación.

¿Cómo se protegerá la información y datos que usted entregue?

Toda la información generada por usted y su hijo/a será confidencial. En la base de datos sus respuestas serán identificadas solamente con un número de folio. El documento donde figure su nombre y datos de contacto para las evaluaciones posteriores será guardado con clave de acceso en el computador de la investigadora responsable. La información será discutida en privado y no será conocida por personas ajenas a la investigación. Los investigadores, evaluadores y codificadores que tengan acceso a los datos, firmarán antes un compromiso de confidencialidad. Los formularios con sus respuestas serán guardados por la investigadora responsable y serán destruidos luego de ser analizados y evaluados. Las bases de datos serán conservadas durante 5 años. Una vez concluida la investigación, se destruirán.

¿Qué uso se va a dar a la información que usted entregue?

Los resultados obtenidos serán publicados en revistas académicas o libros y podrían ser presentados en conferencias, sin revelar la identidad de las participantes.

¿Se volverá a utilizar la información que usted entregue?

Los resultados y el material generado por este estudio (sin nombre ni posibilidad de identificación) podrá ser usado por el equipo de investigación para estudios futuros similares a éste. En todo momento se cuidará la confidencialidad, utilizando sólo datos anonimizados. Otros equipos de investigación NO tendrán acceso a los datos.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse una vez iniciada su participación?

Usted NO está obligada de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede, usted y su hijo/a pueden dejar de hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y sin repercusión negativa alguna para usted o su bebé

La investigación cuenta con el respaldo de la Jefa de Servicio, la Dra. Agustina González y de la Dra. Mónica Morgues, a cargo del seguimiento al prematuro. Para su realización tiene el apoyo del Equipo de Psicólogas del Programa Chile Crece Contigo de la Unidad de Neonatología y de su Directora Técnica, la Dra. Susana Cubillos. Asimismo, cuenta con el respaldo de la psicóloga Marcia Olhaberry Huber, Académica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Directora de éste proyecto de investigación.

Si tiene otras preguntas en relación al estudio, puede contactarse con Francisca Velozo, investigadora responsable, al número +56 9 8252 3000 o al correo electrónico fbvelozo@uc.cl. Este proyecto ha sido revisado y aprobado por el Comité Ético Científico de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile y por el Comité Ético y Científico del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Si usted tiene alguna duda, pregunta o reclamo, o considera que sus derechos no han sido respetados durante su participación en el estudio, puede contactar al CEC-Salud UC al mail eticadeinvestigacion@uc.cl o al teléfono +56223542397 y/o al Comité de Ética del SSMN al teléfono +56225758506 o mail lorena.carrasco@redsalud.gov.cl

A continuación indique su interés en participar o no en esta investigación.

SÍ, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____

Nota: si usted responde que sí, posteriormente será contactada por la psicóloga a cargo de su evaluación para coordinar el día y hora en que se realizarán las sesiones.

Esperando poder contar con su participación y agradeciendo de antemano su colaboración, se despide atentamente,



Francisca Velozo R.
Psicóloga Clínica. ©Magíster en Psicología Clínica
P. Universidad Católica de Chile
Unidad de Neonatología, Hospital San José



Marcia Olhaberry H.
Psicóloga Clínica, Ph.D
Académica Escuela de Psicología
P. Universidad Católica de Chile

Dra. Agustina González B.
Neonatóloga
Jefa de Servicio
Unidad de Neonatología, Hospital San José

Santiago, _____ de 2021

b. *Guión acuerdo de confidencialidad equipo de investigación*

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Declaro que la información contenida en el proyecto titulado “**Impacto de las restricciones asociadas al Covid-19 en los niveles de depresión, estrés, el desarrollo infantil y el vínculo en díadas madre-bebé prematuro hospitalizado al nacer**” realizado en la Unidad de Neonatología del Hospital San José, a la que he tenido acceso debido a mi trabajo personal técnico en dicho proyecto, la mantendré como información confidencial y me comprometo a no revelar de forma directa o indirecta, ni a utilizar en beneficio propio o de terceros esta información bajo ninguna circunstancia. La presente obligación exigible inclusive en el evento de haber concluido mi participación en la investigación, por cualquier causa o motivo.

Para los efectos de este acuerdo, se entiende por Información Confidencial, todos los antecedentes, conocimientos y/o datos, escritos o verbales, contenidos formularios, bases de datos, soportes informáticos u otros materiales, y en general, todo soporte y/o vehículo apto para la incorporación, almacenamiento, tratamiento, transmisión y/o comunicación de datos de manera gráfica, sonora, escrita o de cualquier tipo, a los cuales he tenido acceso, directa o indirectamente, por cualquier medio en virtud de mi relación con el investigador responsable, la señora Francisca Velozo Ramírez.

Estoy en conocimiento que cualquier falta a este compromiso dará derecho a la Investigadora Responsable de concluir mi participación en el estudio por infringir gravemente este acuerdo.

Cualquier información considerada Información Confidencial dejará de ser Información Confidencial al momento en que se divulgue en literatura publicada o esté disponible de otra manera para la industria o el público

Nombre, firma, RUT y fecha

c. *Instrumentos de evaluación*

▪ **Anamnesis infantil (Olhaberry, 2011)**

ANAMNESIS INFANTIL¹

PhD. Marcia Olhaberry H.²

Identificación:

Nombre niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Ubicación en la fratría: _____

Nombre madre: _____

Edad: _____

Actividad: _____

Jornada laboral: _____

Actividades del niño/a en que participa:

Nombre padre: _____

Edad: _____

Actividad: _____

Jornada laboral: _____

Actividades del niño/a en que participa:

Hermanos/as: _____

Edades: _____

Actividad: _____

Otras personas significativas para el niño: _____

Breve historia de pareja de los padres y situación actual: _____

¹ Se le realizaron modificaciones menores a la entrevista, con autorización de su autora, para el proyecto de investigación "Impacto de las restricciones asociadas al Covid-19 en los niveles de depresión, estrés, el desarrollo infantil y el vínculo en díadas madre-bebé prematuro hospitalizado al nacer"

² Psicóloga Clínica, Ph.D. Investigadora en Primera Infancia y Académica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Embarazo:

Contexto familiar previo al embarazo:

¿Fue deseado el embarazo por ambos padres? Describir

¿Cómo se sintió la madre durante el embarazo?, describir por trimestre (1º, 2º y 3º), según pertinencia.

¿Presentó complicaciones?, ¿Cuáles?, ¿Cómo se manejaron?

Parto:

Tipo de parto: _____

¿Hubo alguna complicación?, ¿Cuál?, describa también los temores y sentimientos de los padres:

Recién nacido:

Apgar: _____ Peso: _____ Talla: _____

¿Presentó complicaciones asociadas a su prematurez?, ¿Cuáles?, ¿Cómo se abordaron?, significados en los padres.

¿Cómo vivencian el proceso de hospitalización del bebé?

Recepción del niño/a por la familia, detallar:

Lactancia e incorporación de alimentos sólidos:

¿Fue o es amamantado?, detallar fechas y tipo de lactancia (pecho exclusivo o combinado con suplementos):

¿Complicaciones en la lactancia?, ¿Cuáles?, significados de esta experiencia:

Estado emocional de la madre al amamantar:

¿A qué edad se interrumpió la lactancia materna?, reacción del niño/a y reacción de la madre:

¿A qué edad se incorporaron alimentos sólidos?, reacción del niño/a y de la madre:

¿Presenta dificultades con la alimentación?, ¿Cuáles?, ¿Cómo han sido abordadas?:

Uso de chupete, describir en qué circunstancias y hasta que edad:

Edad en que aparecen los primeros dientes:

Sueño:

Desde el nacimiento hasta ahora, describa los hábitos de sueño del niño/a:

¿Dónde duerme?, si hay cambios detalle las edades y los motivos de los cambios:

Dificultades en el sueño, ¿Cuáles?, ¿Cómo han sido abordadas?:

Llanto:

¿En qué circunstancias el niño/a llora?, significados que los padres atribuyen al llanto, ¿cómo abordan el llanto?:

Variaciones en el llanto durante el desarrollo del niño/a, ¿a qué las atribuyen?:

Hitos del desarrollo:

***Considerar edad corregida**

Sonrisa social al segundo mes:

Ansiedad frente a los extraños al 8° mes:

Oposicionismo alrededor de los 2 años (evaluar en los bebés de 18 meses corregidos):

Uso de objeto transicional:

Antecedentes mórbidos:

Contexto de hospitalización: tiempo de hospitalización, contexto sanitario, régimen de ingreso a la unidad de neonatología, cambios observados en el niño/a durante este proceso, necesidad de hospitalizaciones posteriores, cambios observados en el niño/a en estas instancias:

Accidentes, edad en que ocurrieron y manejo familiar:

Enfermedades frecuentes (estomacales, cutáneas, respiratorias), describir:

Historia escolar:

Asistencia a sala cuna,

si: _____ no: _____

¿desde cuando?: _____

Número de horas diarias en la sala cuna:

Reacción del niño/a al ingreso:

Reacción de los padres al ingreso:

Comportamiento general del niño/a en la sala cuna (llanto, alimentación, sueño, interacción social):

Comportamiento habitual:

Describa un día normal del niño/a durante la semana:

Describa un día del fin de semana del niño/a:

Descripción del niño/a:

Descripción del niño/a según la madre, explorar representaciones, aceptación del sexo y significados en torno al comportamiento:

- **Edimburg Postnatal Depression Scale, EDPE (Cox, Holden, Sagovsky, 1987, versión chilena Jadresic, Araya, Jara, 1995)**

ESCALA DE EDIMBURGO

Versión validada por Jadresic E., Araya R., Jara C. (1995)

Como usted tiene un hijo(a) pequeño, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a como se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.

<p>1) He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tanto como siempre <input type="radio"/> No tanto ahora <input type="radio"/> Mucho menos ahora <input type="radio"/> No, nada 	<p>6) Las cosas me han estado abrumando</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto <input type="radio"/> Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. <input type="radio"/> No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. <input type="radio"/> No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
<p>2) He disfrutado mirar hacia delante</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tanto como siempre <input type="radio"/> Menos que antes <input type="radio"/> Mucho menos que antes <input type="radio"/> Casi nada 	<p>7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Sí, a veces <input type="radio"/> No con mucha frecuencia <input type="radio"/> No, nunca
<p>3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Sí, a veces <input type="radio"/> No con mucha frecuencia <input type="radio"/> No, nunca 	<p>8) Me he sentido triste o desgraciada</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Sí, bastante a menudo <input type="radio"/> No con mucha frecuencia <input type="radio"/> No nunca
<p>4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No, nunca <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Sí, a veces <input type="radio"/> Sí, con mucha frecuencia 	<p>9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Sí, bastante a menudo <input type="radio"/> Sólo ocasionalmente <input type="radio"/> No, nunca
<p>5) He sentido miedo o he estado asustada sin motivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí, bastante <input type="radio"/> Sí, a veces <input type="radio"/> No, no mucho <input type="radio"/> No, nunca 	<p>10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí, bastante a menudo <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Nunca

- **Escala de Estrés Parental formato abreviado, PSI-SF (Abidin, 1995)**

**PARENTING STRESS INDEX: SHORT FORM
ABIDIN, 1995**

Nombre de la persona que completa el cuestionario

Relación con el niño/a:

Fecha de nacimiento de la persona que completa el cuestionario:

Nombre del niño/a:

Instrucciones:

Al contestar las siguientes preguntas piense en lo que más le preocupa de su niño o niña.

En cada una de las siguientes preguntas favor de indicar la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si no encuentra una respuesta que exactamente describa sus sentimientos, indique la que mas se parezca a ellos. **DEBE RESPONDER DE ACUERDO A LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUES DE LEER CADA PREGUNTA.**

Las posibles respuestas son:

MD=Muy en desacuerdo D=En desacuerdo NS=No estoy segura A=De Acuerdo MA=Muy de Acuerdo

Ejemplo: Me gusta ir al cine. MD D NS A MA

(Para esta pregunta, si a veces le gusta ir al cine, haga un círculo alrededor de la letra A. Si se equivocó marque la respuesta equivocada con una X y haga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

	MD=Muy en desacuerdo	D=En desacuerdo	NS=No estoy segura	A=De Acuerdo	MA=Muy de Acuerdo			
				1	2	3	4	5
1.	Muchas veces siento que no puedo manejar las situaciones muy bien.	MD	D	NS	A	MA		
2.	Me encuentro dando más de mi vida para satisfacer las necesidades de mi hijo que lo que esperaba.	MD	D	NS	A	MA		
3.	Me encuentro atrapado/a con las responsabilidades de ser madre.	MD	D	NS	A	MA		
4.	Desde que mi hijo nació no he podido hacer ni cosas nuevas ni cosas diferentes.	MD	D	NS	A	MA		
5.	Desde que tuve a mi hijo encuentro que casi nunca puedo hacer las cosas que desearía hacer.	MD	D	NS	A	MA		

6. No estoy contenta con la ropa que me compré la última vez.	MD	D	NS	A	MA
7. Hay muchas cosas que me molestan acerca de mi vida.	MD	D	NS	A	MA
8. Tener un hijo ha causado más problemas de lo que esperaba en mis relaciones importantes.	MD	D	NS	A	MA
9. Me siento solo/sola y sin amigos/amigas.	MD	D	NS	A	MA
10. Cuando voy a una fiesta usualmente no espero divertirme.	MD	D	NS	A	MA
11. No estoy tan interesado/a en la gente como antes acostumbraba a estar.	MD	D	NS	A	MA
12. No disfruto tanto las cosas como antes.	MD	D	NS	A	MA
13. Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien.	MD	D	NS	A	MA
14. Casi siempre siento que mi hijo no me quiere y no quiere estar cerca de mi.	MD	D	NS	A	MA
15. Mi hijo me sonrío mucho menos de lo que esperaba.	MD	D	NS	A	MA
16. Cuando yo hago algo para mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados.	MD	D	NS	A	MA
17. Mientras juega mi hijo en general no se ríe.	MD	D	NS	A	MA
18. Mi hijo no parece aprender tan rápidamente como la mayoría de los niños.	MD	D	NS	A	MA
19. Mi hijo no parece sonreír tanto como los otros niños.	MD	D	NS	A	MA
20. Mi hijo no es capaz de hacer tantas cosas como yo desearía o esperaría.	MD	D	NS	A	MA
21. Mi hijo tarda mucho y le es difícil acostumbrarse a cosas nuevas.	MD	D	NS	A	MA
22. Siento que yo soy	1	2	3	4	5
1. Muy buena madre.					
2. Mejor que el promedio de las madres.					
3. Como una del promedio.					
4. Una persona que tiene alguna dificultad siendo madre.					
5. No muy buena siendo madre.					
23. Yo había esperado tener una más estrecha y cálida relación con mi hijo que la que tengo y esto me molesta.	MD	D	NS	A	MA
24. Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan, por el mero hecho de ser malo.	MD	D	NS	A	MA
25. Mi hijo parece llorar y encapricharse más a menudo que la mayoría de los niños.	MD	D	NS	A	MA
26. Mi hijo generalmente se despierta de mal humor.	MD	D	NS	A	MA
27. Yo siento que mi hijo es muy malhumorado y se enoja fácilmente.	MD	D	NS	A	MA
28. Mi hijo hace algunas cosas que me molestan bastante.	MD	D	NS	A	MA

29. Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando ocurre algo que no le gusta.	MD	D	NS	A	MA
30. Mi hijo se enoja fácilmente por la menor cosa.	MD	D	NS	A	MA
31. El horario de comer y dormir de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba.	MD	D	NS	A	MA
32. He notado que cuando pido a mi hijo que haga algo o que pare de hacer algo es:	1	2	3	4	5
1. Mucho más fácil de lo que yo esperaba.					
2. Algo más fácil de lo que yo esperaba.					
3. Igual a lo que yo esperaba.					
4. Algo más difícil de lo que yo esperaba.					
5. Mucho más difícil de lo que yo esperaba.					
33. Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo hace y que le molestan. Por ejemplo: pierde el tiempo, no escucha, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea etc. Por favor marque el número que incluya el número de cosas que contó.	1-3	4-5	6-7	8-9	10+
34. Hay algunas cosas que mi hijo hace que realmente me molestan mucho.	MD	D	NS	A	MA
35. Mi hijo ha sido más problema de lo que esperaba.	MD	D	NS	A	MA
36. Mi hijo me exige más de lo que exigen la mayoría de los niños	MD	D	NS	A	MA

- **Escala de apego materno postnatal, MPAS (Condon & Corkindale, 1998), versión en español (Riera-Martín et al., 2018)**

MATERNAL POSTNATAL ATTACHMENT SCALE (MPAS)

En las siguientes preguntas, por favor elija la opción que mejor describe sus sentimientos durante el cuidado del bebé.

1. Cuando estoy cuidando al bebé, me siento fastidiada o irritada
 - Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Muy raramente
 - Nunca
2. Cuando estoy cuidando al bebé siento que se está portando mal a propósito o intentando fastidiarme
 - Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Muy raramente
 - Nunca
3. En las últimas dos semanas, podría describir mis sentimientos hacia el bebé como...
 - Desagrado
 - Falta de sentimientos intensos hacia el bebé
 - Ligerero cariño
 - Cariño moderado
 - Cariño intenso
4. Respecto a mi relación con el bebé, en general...
 - Me siento muy culpable por no implicarme más
 - Me siento bastante culpable por no implicarme más
 - Me siento moderadamente culpable por no implicarme más
 - Me siento ligeramente culpable por no implicarme más
 - No me siento nada culpable por no implicarme más
5. Cuando estoy con el bebé y otras personas están presentes, me siento orgullosa de él/ella
 - Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Muy raramente
 - Nunca
6. Intento implicarme jugando con el bebé tanto como me es posible
 - Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Muy raramente
 - Nunca

7. Cuando estoy con el bebé disfruto
- Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Muy raramente
 - Nunca
8. Cuando no estoy con el bebé, me doy cuenta de que pienso en él/ella
- Casi todo el tiempo
 - Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Nunca
9. Cuando estoy con el bebé intento alargar el tiempo que estoy con él/ella
- Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Muy raramente
 - Nunca
10. Cuando he estado un tiempo separada del bebé y estoy a punto de encontrarme con él/ella de nuevo, normalmente siento
- Placer intenso ante la idea
 - Placer moderado ante la idea
 - Leve placer ante la idea
 - Ningún sentimiento ante la idea
 - Sentimientos negativos ante la idea
11. En este momento pienso en el bebé como algo propio, como algo mío
- Completamente como MI bebé
 - Bastante como MI bebé
 - Algo como MI bebé
 - Un poco como MI bebé
 - Aún no lo siento como MI bebé
12. Respecto a las cosas que hemos tenido que dejar por causa del bebé
- Me arrepiento completamente
 - Me arrepiento bastante
 - Me arrepiento algo
 - Me arrepiento poco
 - No me arrepiento para nada
13. En los últimos 3 meses, he sentido que no tenía tiempo para mí misma o para hacer las cosas que me interesan
- Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Muy raramente
 - Nunca
14. Confío en mi propio criterio para decidir lo que el bebé necesita
- Muy frecuentemente
 - Frecuentemente
 - Ocasionalmente
 - Muy raramente
 - Nunca

15. Normalmente cuando estoy con el bebé

- Soy muy impaciente
- Soy bastante impaciente
- Soy moderadamente impaciente
- Soy ligeramente impaciente
- No soy nada impaciente