



ARTÍCULO ORIGINAL

Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas

Maribel Muñoz¹, Ana María Poo², Bernardita Baeza^{1,3}, Luis Bustos M.^{3,4}

1. *Matrona, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.*
2. *Matrona, Psicóloga, Departamento de Psicología, Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.*
3. *Centro de Excelencia CIGES (Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud Basada en la Evidencia), Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.*
4. *Bioestadístico, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.*

Recibido el 28 de enero de 2014, aceptado el 26 de noviembre de 2014.

PALABRAS CLAVE

Recién nacido,
puerperio, apego,
riesgo relacional

Resumen

Introducción: Existen pruebas clínicas que revelan la importancia del vínculo seguro para la salud y para el mantenimiento coherente de la vida humana. Si el recién nacido carece de cuidados y afectos podría desarrollar un trastorno del apego. Existe una escala predictiva de riesgo relacional que permitiría intervenir precozmente en la diada madre-recién nacido, para prevenir el desarrollo de trastornos vinculares. El objetivo fue aplicar la escala de Kimelman para riesgo relacional en diadas madre-recién nacido, para determinar la prevalencia y las variables biopsicosociales asociadas. **Pacientes y Método:** Estudio de corte transversal con una muestra no probabilística de 333 diadas que permanecen en puerperio en la maternidad del hospital de Temuco. Se utilizó la pauta de evaluación relacional madre-recién nacido de Kimelman. Las variables biopsicosociales se obtuvieron de una encuesta a las madres. Se analizó la asociación de variables biopsicosociales con riesgo relacional, utilizando *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95%. **Resultados:** La prevalencia de alto riesgo relacional fue del 43,8%. Las variables biopsicosociales asociadas fueron: mujeres sin pareja estable, monoparentalidad, madres adolescentes, embarazo no deseado y no planificado, entre otras. **Conclusión:** El grupo de alto riesgo alcanza prácticamente a la mitad de las madres. La identificación precoz del riesgo relacional y sus variables relacionadas podría orientar la intervención en este grupo de mayor vulnerabilidad.

Copyright © 2014 Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: maribel.munoz@ufrontera.cl (Maribel Muñoz M.).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.005>

0370-4106/ © 2014 Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

KEYWORDS

Newborn, Postpartum, Attachment, Mother-newborn relationship

Mother-newborn relational risk - Study of prevalence and associated variables**Abstract**

Introduction: Clinical evidence reveals the importance of mother-newborn bonding experience for health promoting and maintenance of human life. If the newborn lacks care and affection, she/he may develop an attachment disorder. A predictive scale regarding the risk of mother-newborn relationships is available, which makes possible an early intervention to prevent the development of relational disorders. The aim of this study is to apply the Kimelman measurement scale to determine the relational risk in mother-newborn pairs, as well as the prevalence and the associated biopsychosocial variables. **Patients and Methods:** A cross-sectional study with a probabilistic sample of 333 mother-infant pairs in postpartum maternity at Temuco hospital. The Kimelman mother-newborn attachment assessment guide was used. Biopsychosocial variables were obtained from the mothers studied. The association of biopsychosocial variables with relational risk was analyzed using OR and confidence intervals of 95%. **Results:** The prevalence of high relational risk was 43.8%. The associated biopsychosocial variables included, women with no steady partner, single parent, teenage mothers, unwanted and unplanned pregnancy. **Conclusion:** Almost half of the mothers were in the high risk group. Early identification of relational risk and its related variables could help in the intervention in this vulnerable group.

© 2014 Sociedad Chilena de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

Introducción

De acuerdo a la teoría del apego, el vínculo es el lazo afectivo primario y privilegiado que se establece en la interacción entre la madre y su recién nacido para garantizar la supervivencia y el desarrollo de las crías en todas las especies que gozan de una larga infancia. En los seres humanos, el tipo de vínculo es consecuencia de la interacción de variables psicológicas y ambientales; el proceso comienza mucho antes del nacimiento y se consolida hacia el final del primer año de vida^{1,2}. Esta interacción se define como el conjunto de fenómenos dinámicos, recíprocos e interdependientes que se desarrollan entre el sujeto y su medio, en este caso la madre³. El vínculo tiene como fin la búsqueda de proximidad. La figura significativa de apego servirá como base segura para el niño, es decir, como un lugar de comodidad y afecto donde este se sienta seguro cuando los niveles de angustia aumenten. A partir de la interacción con los padres, el niño va desarrollando representaciones mentales de sí mismo, de los otros y de la relación entre ambos. Experiencias positivas de apego dan cuenta de una confianza básica en otras personas y un sentido positivo de la propia valía. Por el contrario, experiencias negativas con las figuras de apego evidencian una desconfianza en las relaciones, confirmación de expectativas pesimistas y un sentido negativo de la propia valía^{1,4,5}.

Cuando el cuidador posee la sensibilidad para interpretar adecuadamente las señales del hijo, de modo de responder afectiva y conductualmente de manera apropiada y rápida, se establece una interacción armónica donde las competencias sensoriales e interactivas del hijo y las competencias maternas se acoplan sintónicamente^{1,3,4}. Este tipo de interacción tiene alta probabilidad de generar un vínculo seguro, el cual fue descrito a partir de las investigaciones de

Ainsworth en 1970⁴. Por el contrario, cuando las señales del hijo no se perciben o interpretan adecuadamente, se establece una interacción disarmónica, configurándose un proceso de vinculación inadecuado con alta probabilidad de conducir a un trastorno vincular^{4,6}. De acuerdo con Ainsworth, uno de estos se describe como vínculo ansioso evitativo, en el cual la madre se muestra rechazante a las llamadas del niño y este, a su vez, se muestra independiente, sin utilizar a la madre como base de exploración. Tras reiteradas frustraciones, el niño va creando expectativas negativas hacia la disponibilidad de los padres a través de una experiencia análoga a la negligencia emocional, y aprende que no contará con ellos en caso de que los necesite, por lo que adopta una posición defensiva de autosuficiencia. El segundo tipo de vínculo es el ansioso ambivalente, en donde la interacción de la madre con el hijo es inconsistente e imprevisible. Ella se muestra sensible y cálida en algunas ocasiones y fría e insensible en otras. Tiende a intervenir cuando el niño está explorando, lo que aumenta la dependencia y falta de autonomía de este. El niño duda de la disponibilidad de la madre y presenta angustia de separación, por lo cual limita su exploración. Finalmente, se describe el vínculo desorganizado, en el cual el niño suele ser agredido por la figura de vinculación y muestra conductas de desorientación, miedo, confusión, apego y desapego frente al cuidador. Este tipo de vínculo es el de peor pronóstico para los niños y es un factor predisponente para maltrato infantil, abandono y negligencia^{3,6}. En un estudio realizado por Kimelman se encontró que el maltrato tiene una prevalencia del 76% en díadas de alto riesgo relacional en comparación con una prevalencia del 21% en díadas bajo riesgo relacional⁷.

Algunos autores plantean que el vínculo puede alterarse cuando el cuidador fracasa en leer los estados mentales del

niño o sus necesidades. Ello puede ocurrir en madres con depresión en el periodo perinatal, duelo no resuelto, pérdidas neonatales, anomalías fetales, conflictos de pareja, monoparentalidad, ser víctima de violencia intrafamiliar, entre otros^{4,6,8-15}. Lecannelier, citando a Schore describe que el trauma relacional, como una experiencia que proviene de las acciones de cuidadores, tiene un impacto perjudicial en la salud mental adaptativa. En este caso, dado que proviene de personas significativas, el daño es acumulativo y crónico, y perjudica el adecuado desarrollo cerebral del feto y las posteriores capacidades de regulación del bebé¹².

La teoría del apego es, en esencia, una teoría reguladora, es decir, la madre segura, a un nivel intuitivo no consciente, regula continuamente los niveles cambiantes de activación del hijo y, por lo tanto, sus estados emocionales. Las emociones son una expresión directa de la biorregulación de los organismos complejos, y de esta manera, el apego se puede definir como una regulación diádica de la emoción^{4,12}.

Los niños pueden verse afectados por un sinnúmero de problemas, conflictos y desadaptaciones que operan en diversos niveles, desde lo biológico hasta lo social. Existen diversos factores ambientales que pueden afectar al proceso de desarrollo cerebral, como por ejemplo el estrés ambiental. La experiencia ambiental más fundamental en la vida del niño, especialmente en los decisivos primeros meses, es la calidad del vínculo con la madre o con una figura sustituta. Ella es la principal fuente de satisfacción de sus necesidades. La disarmonía relacional madre-hijo se expresa así en una variada sintomatología que puede afectar a la gestación, el período puerperal y todo el transcurso del desarrollo del niño^{3,12}. A pesar de lo anterior, esta disarmonía puede modificarse a través de una intervención psicosocial, para lo cual debe realizarse un diagnóstico de la relación vincular^{2,16}.

Con el fin de detectar el riesgo relacional, Kimelman diseñó la pauta de observación de la relación vincular a partir de la evaluación del comportamiento interactivo entre la madre y el niño en Santiago de Chile^{2,16}. Esta evaluación relacional tiene la ventaja de ser fácilmente integrada en la acción cotidiana del equipo de salud, y ha sido incorporada desde el año 2008 en el Programa Chile Crece Contigo¹⁵. Dada la importancia del vínculo de apego en el desarrollo integral del ser humano, es de suma importancia pesquisar al inicio de la vida del recién nacido dificultades en el proceso de vinculación, lo que permitirá implementar oportunamente intervenciones con todas las ventajas de la prevención temprana. Por ello, el objetivo de este estudio consistió en aplicar la escala de Kimelman para riesgo relacional en díadas madre-recién nacido, para determinar la prevalencia de riesgo relacional y las variables biopsicosociales asociadas a este riesgo en la ciudad de Temuco, IX Región de Chile.

Pacientes y Método

Diseño. Estudio de corte transversal.

Población de referencia. Mujeres provenientes de la ciudad de Temuco que tuvieron su parto en la maternidad del Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) en el periodo comprendido entre julio de 2010 y marzo de 2012. Las características biopsicosociales de las madres participantes en

el estudio responden al perfil de las usuarias que se atiende en los servicios públicos de salud de nuestra región y país.

Muestra. Se obtuvo una muestra no probabilística, por conveniencia de 333 díadas madres-recién nacidos (M-RN), atendidas en la maternidad del HHHA de la ciudad de Temuco, Chile. Las madres fueron entrevistadas por las investigadoras de forma individual, en la sala de puerperio, en donde permanecían en alojamiento conjunto con su hijo recién nacido, una vez terminado el periodo de transición y antes del alta al tercer día posparto.

Criterio de inclusión. Madres y sus recién nacidos a término sanos.

Criterios de exclusión. Madres que hubieran manifestado dar su hijo en adopción, o con trámite de adopción finalizado o en curso; madres con patología psiquiátrica grave actual; madres con diagnóstico de retardo mental que les impida ser el cuidador principal de su hijo.

Técnica de obtención de datos. Las investigadoras, entrenadas en evaluación de riesgo relacional, aplicaron individualmente la pauta de riesgo relacional de Kimelman, que consistió en entrevistar a la madre y observar la interacción de la díada M-RN durante el periodo de hospitalización posparto en la unidad de maternidad. Conjuntamente, se aplicó una encuesta para determinar las variables biopsicosociales asociadas al riesgo relacional.

Instrumento de medición. Se utilizó la pauta de evaluación relacional M-RN, la cual fue creada y validada en una muestra chilena de 5600 M-RN por Kimelman en 1995¹⁶. Este instrumento contiene ítems de evaluación global de riesgo, con una correlación satisfactoria en 20 ítems (coeficiente de Spearman entre 0,3 y 0,738), con una alta confiabilidad (alfa de Crombach de 0,88) y concordancia en el diagnóstico de riesgo relacional del 94,3%. Contempla los tópicos de: calidad y ocurrencia de las interacciones, grado de aceptación materna del sexo del recién nacido, apariencia física y conducta del bebé, grado de facilidad para ocuparse del bebé con énfasis en la reacción frente al llanto y en la facilidad para calmarlo y, por último, tonalidad afectiva de la madre. La pauta debe ser completada de acuerdo a las observaciones y conversaciones que ha realizado el evaluador con la madre durante su estadía en la unidad de maternidad en el periodo posparto; finalmente, se califica a cada díada en alto o bajo riesgo relacional. Para el estudio de las variables biopsicosociales se aplicó una encuesta construida por las autoras, basada en las determinantes psicosociales propuestas en el Manual para el proceso reproductivo¹⁵.

Variable principal. Alto riesgo relacional en díadas M-RN. Esta variable es definida por la interacción disarmónica, fría, no contingente, insensible y desintonizada que se puede expresar en ausencia de contacto físico, verbalizaciones y contacto visual; falta de competencia en la muda, la alimentación y al calmarlo; intolerancia frente al llanto y falta de aceptación de las características básicas del bebé.

Variables biopsicosociales asociadas a riesgo. Variables en la madre: antecedentes de depresión, trastorno de ansiedad, trastorno psiquiátrico, consumo de sustancias, traumatismo infantil (causadas por abuso, maltrato, negligencia o abandono), violencia intrafamiliar, duelo perinatal o infantil, complicaciones en el parto. Variables del niño: Presencia de contacto piel a piel al nacer (*bonding*),

Tabla 1. Características biodemográficas, tipo de parto y presencia de *bonding*

Variables	n	%
Edad (años)		
< 20	69	20,7
20-39	257	77,2
≥ 40	7	2,1
Estado civil		
Soltera o separada	103	30,9
Conviviente	155	46,5
Casada	75	22,6
Nivel socioeconómico		
Bajo (Fonasa A)	261	77,7
Madre con trabajo remunerado	86	25,5
Tipo de parto		
Cesárea	121	36,3
Vaginal	209	62,8
Fórceps	3	0,9
Bonding posterior al parto (contacto piel a piel)	291	87,5

complicaciones en el periodo de transición. Variables socioculturales: madre adolescente, conflicto de pareja, monoparentalidad, analfabetismo, indigencia.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo de las variables bajo estudio y para la asociación de las variables biopsicosociales con el riesgo relacional se calcularon las *odds ratio* (OR) y sus intervalos de confianza (IC) del 95%. El *software* utilizado para el procesamiento de los datos fue STATA 9.0.

Consideraciones éticas. Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Araucanía Sur y el permiso de las autoridades de la Maternidad del HHA. Se contó con el consentimiento informado de todas las madres participantes del estudio. Tras la aplicación de la pauta, los casos detectados en crisis fueron derivados a la psicóloga, para apoyo inmediato.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 333 díadas M-RN. Las características sociodemográficas de las madres, el tipo de parto y la experiencia de *bonding* se describen en la tabla 1. El promedio de edad de las madres entrevistadas fue de 25 años, con un rango entre 14 y 42 años. La prevalencia de alto riesgo relacional para las díadas M-RN de la comuna de Temuco fue del 43,8%. En cuanto a las variables biopsicosociales asociadas a alto riesgo relacional, se encontró en el contexto familiar de las madres entrevistadas: alcoholismo en la pareja, presencia de un bebedor frecuente en el hogar, tener un integrante de la familia con depresión y cesantía del proveedor, todos con significación estadística (tabla 2).

En el ámbito de la relación de pareja de las madres entrevistadas, la asociación con alto riesgo relacional resultó significativa para las siguientes variables: mujeres sin pareja estable, mujeres que reportan no tener pareja, mujeres solteras o separadas, monoparentalidad, tener una relación conflictiva con el padre del hijo durante el embarazo y tener relación conflictiva actual con la pareja (tabla 3).

Las variables de la historia materna asociadas con alto riesgo relacional fueron: depresión diagnosticada pasada o actual, estar en tratamiento psicológico por problemas personales, sufrir violencia intrafamiliar, ser madre adolescente entre 14 y 19 años, y tener antecedentes de traumatismo durante la infancia, todas con significación estadística (tabla 4).

Entre las variables del embarazo actual asociadas con alto riesgo relacional se encontraron: embarazo no planificado, no deseado, consumo de alcohol durante el embarazo y tabaquismo durante la gestación, todas estadísticamente significativas (tabla 5).

Finalmente, las variables del recién nacido y del posparto materno que resultaron asociadas con alto riesgo vincular fueron: ausencia de *bonding* (OR = 2,76; IC del 95%, 1,39-5,49), presencia de complicación posparto en la madre (OR = 5,33; IC del 95%, 1,11-25,5) y complicaciones del recién nacido durante las dos primeras horas de vida (OR = 1,78; IC del 95%, 1,03-3,05).

Tabla 2. Riesgo relacional según dimensión del contexto familiar

Dimensión	Bajo riesgo n	Alto riesgo n	OR	IC del 95%
Cesantía				
No	131	86		
Sí	54	59	1,66	(1,05-2,63)
Alcoholismo en la pareja				
No	179	129		
Sí	6	13	3	(1,11-8,11)
Depresión en la familia				
No	141	87		
Sí	45	60	2,16	(1,35-3,45)
Bebedor frecuente en la familia				
No	172	122		
Sí	12	22	2,58	(1,23-5,42)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Tabla 3. Riesgo relacional según relación de pareja

Dimensión	Bajo riesgo n	Alto riesgo n	OR	IC del 95%
Estado civil				
Casada-conviviente	151	77		
Soltera-separada	35	67	3,75	(2,29-6,14)
Monoparentalidad				
No	164	103		
Sí	21	43	3,26	(1,83-5,08)
Pareja estable				
Con pareja	178	116		
Sin pareja	8	29	5,56	(2,46-12,59)
Relación con la pareja durante el embarazo				
Buena relación	172	111		
Mala relación	10	21	3,25	(1,47-7,16)
Relación actual con la pareja				
Buena relación	178	119		
Mala relación	6	12	2,99	(1,09-8,18)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Tabla 4. Riesgo relacional y variables maternas asociadas

Dimensión	Bajo riesgo n	Alto riesgo n	OR	IC del 95%
Edad (años)				
≥20	156	107		
14-19	30	39	1,89	(1,10-3,23)
Violencia intrafamiliar				
No	153	104		
Sí	33	43	1,91	(1,14-3,21)
Historia de traumatismo infantil				
No	139	92		
Sí	45	55	1,84	(1,14-2,96)
Depresión diagnosticada				
No	155	96		
Sí	31	51	2,65	(1,58-4,44)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Tabla 5. Riesgo relacional según variables del embarazo

Dimensión	Bajo riesgo n	Alto riesgo n	OR	IC del 95%
Planificado				
Sí	95	49		
No	91	97	2,06	(1,32-3,23)
Deseado				
Sí	127	58		
No	59	88	3,26	(2,07-5,13)
Consumo de alcohol				
No	178	131		
Sí	7	15	2,91	(1,15-7,34)
Consumo de tabaco				
No	167	115		
Sí	18	31	2,5	(1,33-4,68)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Discusión

Es comprensible que en la población estudiada, caracterizada por alta vulnerabilidad psicosocial, el riesgo relacional se presente con una alta prevalencia. Esto coincide con los resultados obtenidos en distintas investigaciones que también han realizado estudios de prevalencia de riesgo relacional en población vulnerable, como también en población que presenta vínculo de apego inseguro^{3,17,18}. Esta investigación, al igual que otros estudios, muestra que el contexto familiar adverso, el consumo problemático de alcohol, la depresión y la cesantía se convierten en variables que afectan a todo el núcleo familiar, lo que se traduce en el deterioro de las relaciones interpersonales y genera un clima familiar tenso y con alta agresividad que favorece la emergencia de alto riesgo relacional. En cuanto a la relación de pareja en la población estudiada, una tercera parte se encuentra sin una pareja estable, cifra menor a la encontrada a nivel nacional^{15,19}. Esto indica que un alto porcentaje de mujeres afrontan el embarazo y la crianza sin el apoyo económico y/o emocional de su pareja, lo que aumenta la posibilidad de alto riesgo relacional^{5,6,15,20}. En esta investigación se encontró, además, un alto riesgo relacional en las madres que reportaron conflictos en su relación de pareja, lo que confirma lo descrito por Oates²¹, quien plantea que el conflicto de pareja afecta a los vínculos de apego con los hijos. En relación con la variable violencia intrafamiliar, los estudios señalan que esta se intensifica durante el embarazo por el carácter estresante de este, especialmente cuando no es deseado y cuando es percibido por el cónyuge como un abandono de parte de la pareja, lo que favorecería la violencia como un intento de recuperar el control sobre ella²². En nuestro estudio pudimos también confirmar que la presencia de violencia intrafamiliar aumenta el riesgo relacional. Además, al igual que en nuestro estudio, otros autores describen asociación entre consumo de alcohol por parte de la pareja y violencia de parte de esta, lo que indicaría que en nuestra cultura el alcohol podría actuar como facilitador de las conductas violentas^{5,6,15,22}. La experiencia de maltrato durante la infancia de las madres entrevistadas se asoció a alto riesgo relacional, lo que confirma lo planteado por Barudy^{5,6} respecto a que las experiencias negativas vividas en la infancia pueden bloquear la posibilidad de asumir la función parental, impidiendo o perturbando el proceso de apego y la puesta en práctica de los cuidados que todo recién nacido necesita. Las madres que fueron maltratadas cuando niñas expresarían su sufrimiento a través de malos tratos a sus hijos. Estas, al no haber conocido una relación de apego adecuado ni cuidados suficientes, no tendrían las competencias para cuidar a sus hijos adecuadamente. Las carencias y/o malos tratos que sufrieron en la infancia provocarían una alteración de sus capacidades empáticas, lo que perturbaría aún más el proceso de apego con sus hijos^{5,23}.

Con respecto a la experiencia del embarazo, se encontró que la ausencia de deseo o no planificación de este resulta en alto riesgo relacional. Diversos autores señalan que en ello puede influir la falta de planificación de este, ausencia de pareja o problemas socioeconómicos, todas variables presentes en la población estudiada. Usualmente, el rechazo activo al embarazo está acompañado de situaciones de violencia y de aislamiento social, que constituyen un factor de riesgo para conductas de maltrato hacia el hijo por na-

cer. Es común que en estas situaciones los sentimientos de ira lleven a la madre a consumir drogas, realizar conductas autoagresivas y maniobras abortivas^{6,12,15,22}. En cuanto a la relación encontrada en esta investigación entre depresión durante el embarazo y alto riesgo vincular, los resultados son concordantes con el conocimiento actual respecto de que los síntomas depresivos se asocian con frecuencia en detrimento de la capacidad psíquica y física, promoviendo sentimientos de incompetencia que tendrán impacto negativo en las capacidades que debe desplegar la madre para satisfacer las necesidades del hijo^{6,15}. La depresión en el embarazo puede derivar en una depresión posparto. Los estudios señalan que la alteración del bienestar emocional de las mujeres también puede poner en riesgo el vínculo de apego y la estabilidad familiar, contribuyendo a la aparición de problemas o trastornos en los hijos^{7,8,13,14,24}. La ausencia de *bonding* en nuestro estudio se asoció a aumento del riesgo relacional. Esto es concordante con otras publicaciones que demuestran aumento de síntomas depresivos en las madres que no tuvieron *bonding*, lo que como consecuencia afectaría al vínculo^{7,8}. Las gestantes habitualmente deberían tener una mayor preocupación por realizar conductas saludables para el beneficio del futuro hijo y el suyo propio, evitando conductas de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol y drogas adictivas. No obstante, las mujeres que mantienen el consumo de estas sustancias se exponen a mayor riesgo, lo que conlleva un impacto negativo para la salud del feto y del recién nacido. Las conductas de riesgo observadas en el embarazo dan cuenta de la interferencia de la madre frente a la sensibilidad de las necesidades y la vulnerabilidad de su hijo en gestación^{12,15}. Es así como en esta investigación se encontró una alta prevalencia de alto riesgo relacional en las madres que mantuvieron el consumo de alcohol y tabaco durante su gestación, dando cuenta de otros riesgos adicionales para el recién nacido, como bajo peso al nacer, síndrome fetal alcohólico y problemas de regulación conductual, tal como lo describe Lecannelier^{3,12}. En relación con la alta prevalencia de alto riesgo relacional encontrado en las madres adolescentes del estudio, la información señala que generalmente estas presentan una actitud de rechazo y ocultamiento del embarazo por temor a la respuesta del grupo familiar, lo que conllevaría un control prenatal tardío o insuficiente que dificultaría la detección de problemas o la implementación de medidas de intervención precoz. Asimismo, en el área cognitiva, las adolescentes muestran un pensamiento egocéntrico, centrado en sí mismas, orientadas a lo inmediato y a la satisfacción de sus necesidades, que las incapacita para generar sintonía con su hijo^{15,17,25}.

Todas las variables que en este estudio resultaron ser factores de riesgo de trastorno vincular se entrelazan conformando un contexto donde el embarazo y la crianza se desarrolla con un *handicap* en lo que respecta al establecimiento de un vínculo seguro entre la madre y el bebé. El controlar factores de riesgo para la salud de las personas contribuye a reducir la tasa de morbilidad, evitar sufrimiento, aumentar los años de vida saludable y reducir el gasto público^{5-7,15}. Como el tipo de vínculo se transmite generacionalmente, es altamente probable que se establezca una cadena de historias familiares de trastornos vinculares, maltrato infantil y trastornos de salud mental, entre otros. Esta transmisión transgeneracional se produce porque las

relaciones de apego de los niños están vinculadas con sus posteriores tipos de apego adulto, que a su vez influyen en su propio estilo de cuidado parental^{3,5,6,17,23}. Este estudio permitió determinar factores de riesgo vincular en población con características de vulnerabilidad, lo cual es un aporte a los programas de intervención dirigidos a la infancia, ya que releva las variables hacia donde deben estar dirigidas las acciones. La práctica de la evaluación del riesgo relacional durante la estadía en la maternidad debiera realizarse sistemáticamente por los profesionales que intervienen en la perinatalidad, puesto que promover competencias parentales sanas es prioridad en cualquier intervención familiar y social destinada a asegurar el bienestar infantil.

Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a la Dra. Livia González y a Andrea Bravo (Ps) por la capacitación en el uso de la Pauta para evaluación relacional al grupo de investigadoras; al equipo de matronas de la Maternidad del HHA de Temuco, por su colaboración permanente durante la ejecución de la investigación; y a Valeria Gutiérrez (Ps), por su intervención oportuna en los casos derivados durante el estudio.

Financiación

Proyecto financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad de La Frontera. DIUFRO 08-0057.

Conflicto de interés

Este trabajo cumple con los requisitos sobre consentimiento/ asentimiento informado, comité de ética, financiamiento, estudios animales y sobre la ausencia de conflictos de intereses según corresponda.

Referencias

1. Bowlby J: El apego. Volumen 1 de la trilogía. El apego y la pérdida; Barcelona, España: Editorial Paidós; 2009.
2. Kimelman M, González L: El proceso de vinculación una tarea del equipo obstétrico. Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional 2003; 6: 10-3. Disponible en: <http://www.medforum.nl/gynfo> [acceso 19-06-2014].
3. Kimelman M: Psicopatología del bebé. En: Almonte y Montt ed. Psicopatología infantil y de la adolescencia, Santiago: Editorial Mediterráneo; 2013. p. 16-28.
4. Lecannelier F: Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: La teoría del apego. Santiago, Chile: Editorial LOM; 2009. p. 16-54.
5. Barudy J, Dantagnan M: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. España: Ed. Gedisa; 2006. p. 165-211.
6. Barudy J, Marquebreucq A: Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. España: Ed. Gedisa; 2010. p. 87-199.

7. Ministerio de Salud: Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Gobierno de Chile; 2010.
8. Dois A, Lucchini R, Villarroel L, Uribe C: Efectos del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Rev Chil Pediatr 2013; 8: 285-92.
9. Ministerio de Salud: Guía Clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. Gobierno de Chile; 2013.
10. Motta M, Lucion A, Manfro G: Efectos de la depresión materna en el desarrollo neurobiológico y psicológico del niño. Rev de Psiquiat de Rio Grande do Sul 2005; 2: 165-76.
11. Vázquez M, Lartigue T, Cortés J: Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo. Salud Mental 2005; 28: 11-9.
12. Lecannelier F: Apego e Intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Santiago, Chile: Editorial LOM; 2006. p. 27-42.
13. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E: Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Méd de Chil 2010; 138: 536-42.
14. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas C: Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Ter Psicol. 2013; 31: 249-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000200011&lng=es&lng=es. 10.4067/S0718-48082013000200011 [acceso 20-06-2014].
15. Ministerio de Salud: Determinantes Psicosociales en el proceso reproductivo. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Programa Chile Crece Contigo. Capítulo III. 2008. p. 47-64.
16. Kimelman M, Núñez C, Hernández G, Castillo N, Páez J, Bustos S, Montino O: Construcción y evaluación de pauta de riesgo relacional madre recién nacido. Rev Méd Chil 1995; 123: 707-12.
17. Escobar M: Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología. [Internet]. Mención psicología clínica infanto-juvenil; Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile 2008. [acceso 20-06-2014]. Disponible en: www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs.../cs-escobar_m.pdf
18. Bakermans-Kranenburg M, van Ijzendoorn M, Kroonenberg P: Differences in attachment security between African-American and white children: ethnicity or socio-economic status? Infant Behavior & Development 2004; 27: 417-33.
19. Instituto Nacional de Estadísticas: Estadísticas vitales. Gobierno de Chile; 2005.
20. Chouhy R: Función paterna y familia monoparental: ¿Cuál es el costo de prescindir del padre? Perspectiva sistémica 2011 [Internet] [acceso 26-03-2011]. Disponible en: <http://www.ressitemica.com.ar/chouhy.htm>
21. Oates J: La primera infancia en perspectiva. Relaciones de apego. La calidad del cuidado en los primeros años. Madres, padres e hijos, Capítulo I, The Open University, Reino Unido; 2007. p. 6-14.
22. Velasco M: Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. Matronas Prof. 2008; 9: 32-7.
23. Lindhiem O, Bernard K, Dozier M. Maternal Sensivity: Within-Person variability and the utility of multiple assessments, NIH public access, National Institutes of Health 2011; 16: 41-50.
24. Póo F AM, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la CM, Hernández OT, Pérez HC: Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puerperas de un centro de atención primaria en el sur de Chile. Rev Med de Chile 2008; 136: 45-52.
25. Poo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zúñiga D: Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev Sogia 2005; 12: 17-24.