



Universidad del Azuay
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación

Carrera de Psicología Clínica

LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN
«STORYBOOK: MASAJES Y CUENTOS» EN EL
APEGO Y EL SUEÑO EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN CEIAP.

Autoras:

Verónica Astudillo Alvarez.;
Verónica Ordóñez Pesántez.

Directora:

Mgst. Lucía Cordero.

Cuenca-Ecuador

2021

Dedicatoria

Queremos dedicar este trabajo de tesis a todas las personas que han elegido convertirse en padres y madres, que consagran su tiempo en la formación de sus niños-as, que se preocupan de su futuro y les permiten expresar su identidad sin tabúes. Que los aman incondicionalmente y celebran por igual cada uno de sus logros y fracasos. Que los perciben como seres individuales y les permiten conocerse y auto-descubrirse con libertad.

A los futuros profesionales que están en búsqueda de su rumbo, para que se motiven a buscar nuevas fuentes de conocimiento y exploren alternativas que pongan a prueba sus habilidades y tendencias profesionales.

Agradecimientos

Queremos agradecer a nuestras madres y padres: Fanny, Mónica, Eddy y Diego que han sido nuestro apoyo y nos han amparado en el camino para convertirnos en profesionales. Gracias por su paciencia, dedicación, motivación y amor en cada paso hasta llegar a la culminación de esta etapa. A Gustavo A., María Gracia, Eduarda y Gustavo O. por ser nuestros compañeros incondicionales.

A nuestra directora Mgst. Lucía Cordero Cobos por ser nuestra guía y darnos la libertad de incluir en esta tesis nuestra manera de expresar la diversidad. También a los maestros que con desprendimiento nos han guiado y compartido sus conocimientos para formarnos como buenas profesionales. De manera especial queremos expresar nuestra gratitud a Anita Lucía Pacurucu por acompañarnos con cariño de principio a fin, ser cómplice de aventuras, enseñarnos mediante su ejemplo que más allá de ser profesional, maestra, autoridad; la ternura y compasión son características que debemos conservar más aún cuando nuestro servicio reside en la salud mental.

Además, agradecemos a los padres y madres de familia que se comprometieron en el estudio y que, a pesar de las adversidades, se mantuvieron pendientes y brindaron sustento a este estudio. De igual manera a Francisco Cornejo y Dani Vega, los creadores de la aplicación «Storybook: masajes y cuentos», quienes nos brindaron la oportunidad de expandir nuestro conocimiento más allá de lo tradicional y metódico estructurado en nuestra forma de percibir la psicología. Por permitir a las nuevas generaciones vivir en un mundo en donde el afecto es la clave indispensable para forjar relaciones, personas saludables y, ojalá, en un futuro cercano una humanidad amorosa y saludable.

Gracias, gracias, gracias

Resumen

Este estudio experimental con metodología mixta y de tipo transversal, tiene como objetivo evaluar los efectos de la aplicación «Storybook: masajes y cuentos» en el apego y el sueño en niños-as de la Unidad Educativa CEIAP en la ciudad de Cuenca. La muestra está conformada por trece participantes de edades entre tres a cinco años. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Calidad de Sueño de Pittsburgh y el grupo focal para identificar el tipo de apego. Los resultados muestran que «Storybook» puede promover una buena calidad de sueño, incidiendo en la duración, eficiencia y reducción de perturbaciones de sueño como pesadillas y despertares nocturnos, y disminución en el uso de somníferos. Además, suscita un fortalecimiento del vínculo afectivo en los niños-as y en las personas que aplican el masaje incurriendo también en la percepción de individualidad de los-as infantes.

Palabras clave: apego, sueño, vínculo, afectivo, masaje.

Abstract

This cross-sectional mixed-method experimental study aims at evaluating the effects of the "Storybook: massages and stories" application on attachment and sleep in children at the CEIAP Educational Unit in Cuenca. The sample consisted of thirteen children aged between three and five. The instruments used were the Pittsburgh Sleep Quality Test and two focus groups to identify the type of attachment. The results show that "Storybook" can promote a good quality of sleep, affecting the duration, efficiency and reduction of sleep disturbances such as nightmares and nocturnal awakenings, and a reduction in the use of sleeping pills. In addition, it provokes a strengthening of the affective bond in children and in people who apply massage, also incurring the perception of individuality of infants.

Keywords: attachment, sleep, affective, bond, massage.

A handwritten signature in blue ink, reading "Magali Arteaga". The signature is stylized with a large, sweeping underline.

ÍNDICE

<i>Dedicatoria</i>	<i>II</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>III</i>
<i>Resumen</i>	<i>IV</i>
<i>Abstract</i>	<i>V</i>
<i>ÍNDICE</i>	<i>VI</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>CAPÍTULO I</i>	<i>3</i>
<i>Apego y Sueño</i>	<i>3</i>
1.1 Apego	3
1.2 Sueño	16
<i>CAPÍTULO II</i>	<i>23</i>
<i>Metodología</i>	<i>23</i>
2.1 Tipo de Investigación	23
2.1.1 Objetivos	24
2.1.2 Instrumentos	25
<i>CAPÍTULO III</i>	<i>31</i>
<i>Análisis de datos</i>	<i>31</i>
3.1 Análisis de Test de Pittsburgh	31
3.2 Análisis Grupo Focal:	43
<i>DISCUSIÓN</i>	<i>52</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>54</i>
<i>RECOMENDACIONES</i>	<i>55</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>56</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>64</i>
<i>Glosario</i>	<i>64</i>
<i>Consentimiento informado</i>	<i>66</i>
<i>Test de Pittsburgh</i>	<i>68</i>
<i>Preguntas grupo focal</i>	<i>73</i>
<i>Reunión Grupo Focal</i>	<i>74</i>

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual, la tecnología está tan arraigada a nuestras vidas que resulta inconcebible no buscar las formas de beneficiarnos de ella. Por esta razón han surgido muchas aplicaciones que nos permiten conectarnos con el diario vivir, con una rutina saludable de vida y que se han convertido en una forma de extender conocimientos, técnicas y alternativas a la sabiduría tradicional. Muchas de estas han surgido bajo una necesidad específica que, en el caso de «Storybook», fue la de experimentar con nuevas técnicas que ayudaran a llevar la situación de la paternidad saludablemente. Cuando la creadora se enfrentaba a un ambiente desconocido en el que sus hijos no parecían adaptarse a su nueva vida lejos de su familia, con frustración por brindarles una buena calidad de vida, encontró un alivio en la técnica de masaje infantil, técnica que luego incluyó en la aplicación para dispositivos inteligentes «Storybook: masajes y cuentos». La propuesta de la aplicación es promover sueño más profundo, eliminar dolores musculares y jaquecas sin uso de medicación, reducir estrés, mejorar el estado de ánimo, estimular el sistema respiratorio, digestivo y excretor, mejorar la motricidad, promover mayor autoestima en los niños-as y mejorar el ambiente familiar.

Entre los muchos beneficios que tiene «Storybook: masajes y cuentos» se ha considerado estudiar al apego y el sueño por ser factores primordiales para el óptimo desarrollo de los niños-as.

El apego es la primera relación afectiva que establece un infante en su vida siendo esta la que determina sus relaciones futuras de acuerdo con cómo esta ha sido estructurada, es decir, la calidad de dicha relación. Esto influye en la percepción que tiene y tendrá sobre el entorno, las personas que le rodean y sus intenciones. Influirá también en la forma de afrontar y resolver adversidades, en su estructura de personalidad y en el desarrollo de posibles trastornos mentales de tipo afectivo y ansiógenos. El apego que un individuo desarrolla, sin embargo, puede ser modificado con nuevos modelos de relación y respuesta a las necesidades del sujeto. En el desarrollo del apego en la infancia se involucran procesos de reacción y contacto en el infante: respuesta y sensibilidad a las

demandas del niño-a y principalmente la lactancia que resulta ser un momento que concluye siendo un masaje no estructurado.

Se conoce que un buen sueño ayuda al adecuado desarrollo de las habilidades físicas, cognitivas y afectivas en niños-as. Este es un proceso fisiológico irrenunciable por los beneficios que conlleva, en adultos y niños permite que el funcionamiento personal sea adecuado y determina la calidad de las habilidades necesarias para una adaptación íntegra a la sociedad.

Una de las maneras de fomentar sueño de calidad y vínculos afectivos saludables es a través del masaje. El masaje infantil provoca un descenso de los niveles de estrés y propicia la relajación extendiendo este y otros beneficios hacia los niños-as que reciben el masaje y las personas que lo aplican. Por medio del masaje se induce a respuestas fisiológicas naturales para iniciar el proceso de sueño. Además, es un momento de contacto exclusivo entre cuidadores e hijos por lo que se fortalece el vínculo afectivo mediante la comunicación y caricias como expresión no verbal del afecto.

En este estudio, se utilizó la APP para evaluar los efectos que tienen los masajes y cuentos que provee «Storybook» en áreas de sueño y apego en los participantes. Se encontraron diversos resultados relacionados a la relajación, mejoras en la calidad del sueño por medio de la disminución de situaciones que perturban, interrumpen e inhiben el sueño y también el fortalecimiento del vínculo afectivo, comunicación del afecto y conductas de independencia tanto en los padres-madres como en los niños-as.

CAPÍTULO I

Apego y Sueño

En este capítulo se han desarrollado los conceptos básicos acerca del apego como el primer vínculo del infante con una figura representativa quien brinda cuidados y satisface necesidades del mismo o no en sus primeras relaciones personales. El niño-a basándose en sus primeras experiencias puede establecer diferentes tipos de apego que van a ser cruciales para su desarrollo y el establecimiento de futuras relaciones sociales que dependerán de la sensibilidad y precisión de las respuestas que hayan recibido de sus cuidadores.

El sueño es una necesidad fisiológica que, al igual que el apego, cumple una función de regulación de los procesos de desarrollo y buen funcionamiento holístico del ser humano. Cuando esta necesidad se ve interrumpida, los procesos orgánicos se ven afectados de distintas maneras que impiden el funcionamiento adecuado del sujeto.

Como alternativa para promover apego y sueño saludables en los niños-as, se ha estudiado al masaje infantil como un benefactor que favorecerá a la higiene de sueño y al establecimiento de un vínculo seguro en el infante. Además, resulta inevitable que otros procesos fisiológicos, mentales y afectivos se vean también favorecidos como consecuencia de su práctica, dando como resultado una salud íntegra en el niño-a.

1.1 Apego

En conformidad con lo dicho en la Convención sobre Derechos del niño de la Organización de las Naciones Unidas, se ha declarado que el niño-a debe recibir protección y cuidado, especiales para su crecimiento pleno y para que él-ella pueda asumir sus responsabilidades dentro de una comunidad. Para este desarrollo pleno y armonioso, el infante deberá estar rodeado de un ambiente alegre, comprensivo y amoroso, que estimule y promueva un desarrollo sano de su personalidad. Además, deberá recibir espacios que promuevan su recreación y juego que deben estar destinados a su educación integral (Naciones Unidas, 1989)

«El niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento» (D. D. L. D del niño, 1959).

John Bowlby, quien es precursor de la Teoría del apego, la definió como una forma de conceptualizar la tendencia que tenemos los seres humanos a establecer vínculos significativos con los demás (Gago, 2016). Es importante destacar que este vínculo se establece con determinadas personas independientemente de su género, principalmente entre el lactante y el proveedor de cuidados que llamaremos «cuidador-a». En este vínculo ambas partes favorecen a la formación y mantenimiento del mismo. Este apego se genera tras muchas horas de interacción durante las cuales el niño-a y su cuidador-a llegan a establecer una relación estrecha (León-Alayo y Huertas-Angulo, 2020). El apego tiene como principal función que el recién nacido obtenga del ambiente: cuidadores, la satisfacción de sus necesidades físicas y psicosociales (Papalia et al., 2009).

Bowlby desarrolló toda su teoría del apego basándose en sus estudios y observaciones realizados en conductas animales y luego proponiéndolas a las conductas que desarrollamos los seres humanos desde el nacimiento. Propuso que una supuesta separación del niño-a con su madre podría provocar efectos indeseados sobre el infante y así destacó la importancia del vínculo y los cuidados brindados por ella hacia el lactante (Oliva-Delgado, 2004).

El vínculo afectivo es una tendencia estable de buscar proximidad y contacto y este se establece en base a tres elementos primordiales: conductas de apego, sentimientos de apego y representación mental. Las conductas de apego son la consecuencia de las demandas de cuidado del niño-a: gritos, sonrisas y cualquier expresión de necesidad que provoca que el cuidador-a establezca contacto y permanezca con él-ella. Los sentimientos de apego son los afectos entre el infante y la figura de apego, incluye las expectativas de reacción de ambos durante la interacción. El tercer elemento es la representación mental que se refiere al grado de perdurabilidad del modelo de relación que estableció el infante con su cuidador-a, es decir, los recuerdos de la relación que se convirtieron en un conjunto de conductas que se instauraron como «estables» según el grado de respuesta de los cuidadores (Gago, 2016).

Bowlby creía que la experiencia del niño-a con relación a su familia era más importante que el hecho mismo de los conflictos internos de él-ella entre sus deseos agresivos y libidinales, teoría que proponía Klein. Él propuso que las relaciones familiares con el infante son esenciales, si no, la base de cualquier perturbación emocional del infante. El autor propuso que existe una transmisión intergeneracional del modelo de las relaciones de apego, es decir, el modelo interiorizado por la madre será transmitido a su hijo de manera inevitable si este no ha sido modificado desde la consciencia de la misma (Bretherton, 1992).

Desde la perspectiva biológica el apego tiene como función principal proteger al lactante de los depredadores: la supervivencia del infante y de especie de manera más general. Por lo tanto, se cubre una necesidad de seguridad en la que el niño-a demanda la atención del cuidador-a con el propósito de recibir la atención y satisfacción de sus necesidades primordiales. Esta experiencia dota al niño-a de la seguridad y confianza necesarias para la exploración del mundo físico y social. (Girón-García, 2008)

En primera instancia se produce una idealización del bebé en donde se crean expectativas de las características de él-ella, tanto físicas como emocionales que también vienen acompañadas de temor natural sobre su desarrollo futuro: parto y salud del mismo, pero que no cumplen un papel tan relevante como las expectativas positivas sobre él-ella. Esta espera crea en los padres afecto hacia el niño-a no nato (Girón-García, 2008).

En el momento del parto los padres viven el primer contacto con su hijo-a y se dan las primeras interacciones, especialmente con la madre, lo cual será de suma importancia para el desarrollo del vínculo afectivo. El niño-a, al estar limitado por su capacidad de movilidad, la madre es quien busca la proximidad del niño-a y él-ella a su vez solicita la atención del cuidador-a por medio de un repertorio conductual innato: el llanto (López-Ramírez et al., 2014).

En este período las conductas de la madre, además del afecto, están determinadas por hormonas y neurotransmisores que interfieren en el proceso de parto y lactancia, principalmente la oxitocina. Esta es la hormona reguladora de las contracciones, secreción de leche y que, además, se supone inducen a un comportamiento materno ya

que está presente en mayor cantidad en mujeres que en hombres. Tiene receptores en el útero, glándulas mamarias, tejido ovárico, cerebro, corazón, riñón y células endoteliales. Por sus receptores podemos dar cuenta de que está directamente relacionada al parto y, además, la presencia de esta promueve una reacción más adaptativa al estrés (López-Ramírez et al., 2014).

La oxitocina y vasopresina destacan por su función en la regulación de las conductas sociales en las que se incluyen la conducta sexual, memoria social, reconocimiento y especialmente en el apego materno-infantil. La oxitocina al ser mediadora en el vínculo madre-hijo favorece a que la madre desee y busque la cercanía de su bebé ya que en cada pico de la misma se generan sentimientos amorosos al recién nacido. Además, tiene efectos en el neurodesarrollo del bebé ya que esta se excreta en la leche y el niño-a lo asimila, generando que en su cerebro se produzcan los mismos efectos. Por esta razón se propone que la lactancia mejora el vínculo afectivo y disminuye el riesgo de maltrato infantil: la hormona regula y promueve un vínculo amoroso recíproco. Las señales táctiles y olfativas también intervienen en la liberación de oxitocina: las caricias, expresiones positivas por parte de la madre favorecen a la maduración cerebral del bebé y su desarrollo cognitivo y conductual. La lactancia es un benefactor del vínculo madre-hijo ya que reduce significativamente la respuesta de estrés ante estímulos externos y promueve una respuesta adaptativa que protege a las madres de respuestas exageradas a los estímulos o demandas del bebé (Olza-Fernandez y Marín-Gabriel, 2014).

La prolactina también es una hormona que está directamente relacionada con la adaptación del cerebro de la madre que propicia la conducta maternal y, además, hace que la crianza sea más sencilla. Tiene efecto ansiolítico lo cual disminuye la propensión a tener trastornos afectivos en la madre. Esta hormona provoca en ella conductas de protección como de sensibilidad ante las necesidades del lactante (Olza-Fernandez y Marín-Gabriel, 2014).

Un estudio realizado por Feldman (2011), dice que los padres al igual que las madres, tienen la capacidad de desarrollar habilidades que se han vinculado socialmente a la maternidad pero que al parecer se da de manera natural en la paternidad. La oxitocina presente en los estudios realizados en madres y padres que han establecido un vínculo

afectivo fuerte con sus hijos-as y que han participado de las actividades de cuidado de los mismos, muestran índices muy similares de la hormona en sangre. Además, se ha determinado que la activación de la amígdala se da en función del incremento de oxitocina. La amígdala se encuentra en el Sistema Límbico que está encargado de la empatía y las emociones, entonces cuando se ha dado esta activación ya sea durante el embarazo, el nacimiento, la lactancia o el involucramiento en el cuidado, los padres y las madres desarrollan por igual la activación de esta estructura (León-Alayo y Huertas-Angulo, 2020).

La triada padre-madre-hijo-a se establece durante la lactancia, el fortalecimiento del vínculo paterno-filial implica el compromiso del padre con la lactancia en la que la madre necesita su apoyo para determinar el inicio, duración y motivación de la misma (León-Alayo y Huertas-Angulo, 2020). Otro beneficio del involucramiento del padre en el cuidado del niño-a es el contacto piel con piel que permite controlar la temperatura del infante y promueve un mejor agarre para la lactancia. Podemos concluir que la conducta maternal tanto como la paternal son igual de naturales y necesarias para el óptimo desenvolvimiento del niño-a (Alvarado-Román y Zambrano-Ascencio, 2019).

Mary Ainsworth es la segunda pionera de la Teoría del apego, fue estudiante de Bowlby y desarrolló la investigación basada en la “Situación extraña” la cual le permitió evaluar patrones de apego entre el lactante y su figura de apego (adulto). Esta investigación permitió a Ainsworth categorizar los tipos de apego que pueden presentarse en los infantes y que dependen del estilo de crianza y vínculo que han establecido los cuidadores-as con el mismo (Papalia et al., 2009).

El apego puede alterarse por diversos factores entre los cuales podemos destacar algunos trastornos psicológicos: de índole afectivo, como la depresión, y ansiógenos que pueden necesitar incluso tratamiento farmacológico durante el período perinatal perjudicando el período de lactancia (Ruiz-Galán et al., 2009).

1.1.1. Tipos de Apego

Mary Ainsworth realizó un estudio sobre el apego en bebés africanos de Uganda con metodología de observación natural a familias en sus hogares. Desarrolló la “situación extraña” que tiene como finalidad examinar el equilibrio entre conductas de apego y exploración del medio que se observan bajo circunstancias que suponen alto estrés para el infante. Consiste en ocho diferentes episodios de aproximadamente veinte a treinta minutos de duración. La actividad radica en que el cuidador-a y su hijo-a ingresan a una habitación desconocida a la que se incorpora una persona extraña. Esta persona juega con el niño-a mientras su cuidador-a se retira de la sala. El cuidador-a regresa y vuelve a salir junto con la persona extraña dejando al niño-a solo en la sala. El cuidador-a y la desconocida regresan a la sala. Esta situación se repite en varias ocasiones (Papalia et al, 2009).

El resultado de esta observación fue que el niño-a utiliza al cuidador-a como base segura para explorar, comprobándolo a través del hecho de que él-ella juega y explora más en presencia del mismo y que, ante cualquier amenaza como la presencia de la persona extraña, el niño-a deja estas conductas y regresa a las conductas de apego hacia el cuidador-a. Ante esta exploración, Ainsworth detectó diferencias individuales en los modos de comportarse frente a esta determinada situación a la que se sometió a los niños-as, permitiendo así la descripción de tres patrones de conducta persistentes y categorizando los tres distintos tipos de apego (Oliva-Delgado, 2004).

La diferenciación de los tipos de apego radica en las características de la conducta del infante frente a la situación de estrés propuesta, entonces: el apego seguro se caracteriza porque el bebé llora cuando la madre se aleja, disminuye su conducta exploratoria notablemente y se alegra cuando ella regresa. La utiliza como base segura: se aleja y explora el ambiente, pero suele regresar ocasionalmente para reasegurarse y tener contacto físico (Papalia et al., 2009). Esta característica se basa en que los cuidadores-as de niños-as con este tipo de apego son más atentos y sensibles a las demandas del niño-a y que, además, responden con tranquilidad y dan respuestas adecuadas a sus necesidades. Los infantes tienden a sentirse más protegidos y por esta razón exploran con más libertad el medio dice Oliva-Delgado (2004). El niño puede regresar a la exploración con calma después de reafirmarse con la madre (Fonagy, 1999).

El niño-a que ha establecido una estructura de apego seguro presenta autoestima elevada, coherencia entre sus acciones y creencias sobre sí mismo-a, tiende a ser positivo-a y responder activamente a problemas que se presentan, además, por su libertad al explorar el medio puede presentar muchas facilidades en el área de aprendizaje experimental. Ara-Comín (2012) menciona que el niño-a que ha instaurado un apego seguro con sus cuidadores crea una estructura acerca de su identidad, en la que el-la infante está dotado de habilidades para comprender sus características individuales, su separación del otro con pensamiento propio, además por medio de esta identidad se percibe a sí mismo-a como parte del ambiente y desarrolla empatía social. Sugiere también que el-la infante es asertivo, colaborador, comparte y reacciona adecuadamente a la frustración regresando a un estado de calma en un tiempo adecuado.

El apego inseguro se divide en dos tipos. El apego inseguro evitativo es característico del niño-a que es independiente; no utiliza a su madre como base segura, es capaz de explorar el ambiente, no parece verse afectado cuando la madre abandona la habitación, tampoco busca acercarse a ella y evita notoriamente el contacto cuando ella tiene la intención de acercarse. Se podría considerar a este tipo de apego como saludable por la independencia del infante, sin embargo, se conoce que estos niños tienden a presentar desapego y dificultades a nivel emocional. La estructura que implantaron los padres de respuesta a las necesidades del niño-a fueron insuficientes y eran insensibles al momento de interpretarlas. Ainsworth consideraba que cuando los niños-as con este tipo de apego ingresaban a la sala donde se llevaba a cabo la Situación Extraña preveían que no contaban con el apoyo del cuidador-a y por esa razón rechazaban a la madre cuando ella regresaba a la sala como negándose a expresar cualquier sentimiento y a mirarla: adoptaban una posición de indiferencia como mecanismo defensivo ante la frustración (Oliva-Delgado, 2004).

En el apego inseguro ambivalente el niño-a muestra preocupación por saber el paradero del cuidador-a de modo que no explora el ambiente y cuando la madre regresa puede presentar conductas de tipo evitativo, en donde se aleja de la madre demostrando irritación hacia ella o, por otro lado, presenta conductas de mantenimiento del contacto. El esquema que han adquirido los niños-as con este tipo de apego, se ha dado por las respuestas ambivalentes de los cuidadores-as: en ocasiones se muestran sensibles, responsivos y atentos; y en otras ocasiones la respuesta es fría e insensible. El cuidador-

a no ha respondido a las demandas del niño-a y por esto ha adquirido un repertorio de conductas en el que asume que los cuidadores no estarán disponibles en caso de que así lo necesitare. El niño-a puede presentar llanto inconsolable y mostrarse muy perturbado por la separación (Fonagy, 1999). Por este esquema que ha aprendido el niño-a, es lógico que tema alejarse de la madre ya que no puede prever su respuesta (Oliva-Delgado, 2004).

Un cuarto tipo de apego ha sido descrito como el más complejo y que recoge las características de los dos tipos de apego inseguro: apego inseguro desorganizado y se describe como el tipo de apego con mayor nivel de inseguridad, el niño-a muestra una variedad de conductas que tienden a ser confusas e inestables como mirar hacia lados contrarios cuando lo carga el cuidador-a, movimientos estereotipados o llanto tras haber estado tranquilo (Oliva-Delgado, 2004). Este niño-a tiene un sistema conductual de apego que produce motivaciones conflictivas que son consecuencia de que el cuidador-a es una fuente de temor y reafirmación lo que da mensajes confusos al niño-a (Fonagy, 1999).

Los tipos de apego inseguro se caracterizan por presentar algunos problemas psicosomáticos, afectivos, sociales y cognitivos. Entre los problemas psicosomáticos se encuentran: dermatitis atópicas, asma, tendencia a infecciones, problemas gastrointestinales y rinofaríngeas y además detenimiento en la producción de hormonas de crecimiento. También pueden presentar conductas autoeróticas compensatorias como masturbación compulsiva, chuparse el dedo, balanceos y conductas que sustituyen a la figura de apego como mecerse, acunarse, o tocamientos excesivos (Ara-Comín, 2012).

Se pueden presentar también problemas en el ámbito afectivo como un interés excesivo hacia algunos objetos, dificultades en la comunicación y la interacción social en donde el niño-a no puede establecer relaciones sociales efectivas y estables. A veces los niños-as que han adquirido este repertorio conductual de apego inseguro tienden a presentar conductas que llaman la atención como comportamientos provocadores, comportamientos autoagresivos y heteroagresivos en caso de que las conductas llamativas no sean suficientes para obtener la atención de los cuidadores (Ara-Comín, 2012).

Por otra parte, se pueden presentar dificultades en la interacción social y las relaciones interpersonales como una desconexión de las emociones propias con las de los

otros, son temerosos a la hora de demostrar afecto y recibirlo por parte de los demás. Tienen reacciones exageradas de la ira, baja tolerancia a la frustración y mucha irritabilidad (Ara-Comín, 2012).

Finalmente pueden aparecer dificultades en el área cognitiva, cosa que, inevitablemente, radica en las otras áreas afectadas creando un ciclo interminable de insatisfacción personal. El área cognitiva se puede ver afectada por ausencia de un sistema mental que provea de representaciones mentales entre las que se incluye la representación de las relaciones en las que no se determinan límites de relación. También se afectan el área motriz con dificultades en la coordinación y motricidad fina y también el lenguaje en su expresión y comprensión, la pragmática y semántica. Se quedan afectados de este modo la comunicación simbólica al no existir representaciones mentales y por esta razón se afecta la capacidad de aprendizaje (Ara-Comín, 2012).

Podemos concluir que los niños-as que han adquirido este tipo de apego pueden verse perjudicados en su desarrollo físico y psicosocial lo que impide garantizar que a largo plazo dichos niños-as puedan gozar de un ambiente enriquecedor y benefactor a su desarrollo óptimo en las áreas importantes de la vida y su desempeño podría disminuir en el área académica significativamente. Al no resolverse el apego inseguro, las características personales de inseguridad que se han implantado en su estructura de personalidad se mantendrán en etapas posteriores de la vida.

1.1.2 Masaje y apego

El masaje es una técnica milenaria que se ha utilizado en diversas culturas alrededor del mundo con distintos propósitos como: disminuir dolencias, como una técnica de meditación que conecta a madres e hijos-as, fortalece el sistema inmunitario y es considerada como una técnica que brinda salud y bienestar (González-Gracia, 2007).

El masaje infantil ha sido utilizado como un arte que se aplica a los bebés con el fin de estimular sus sentidos y promover una nutrición afectiva, el cual se realiza a través de la piel. Esta técnica es utilizada mayormente en Oriente, especialmente en China donde se aplica en hospitales para tratar trastornos comunes en la infancia, y en India desde el

nacimiento se realiza masajes con aceite vegetal tibio sobre el cuerpo del bebé siendo colocado sobre las piernas de la madre. La técnica del masaje se remonta a la etapa de gestación donde, él-ella se masajea con el cuerpo de su madre, se balancea y flota, y aplica movimientos y presión que estimulan su piel. Durante el nacimiento, el niño-a es empujado de manera rítmica por las contracciones y esto también provoca en él-ella gran estimulación táctil y también de los sistemas de su cuerpo (González-Gracia, 2007).

También es utilizado en occidente y existen dos referentes importantes: el doctor Frédérick Leboyer y Vimala McClure (González-Gracia, 2007). El primero fue un médico ginecólogo y obstetra que en una visita a la India encontró a una mujer en la calle quien estaba masajeando a su niño y quedó impactado frente a esta práctica que la madre llevaba a cabo con naturalidad. El nombre de esta mujer era Shantala y en honor a ella, nombró a esta técnica de masaje infantil. Las características del masaje Shantala son: bienestar físico y psíquico, además de que se promueve y fortalece el vínculo afectivo entre el bebé y su cuidador-a. Esta técnica es de las primeras formas de comunicación con él-ella y es, inexorablemente, una forma de comunicación no verbal: favorece a la relajación, estimula el sistema digestivo y disminuye todos los trastornos relacionados al metabolismo (Familia, Igualdad y Bienestar Social, s.f.).

Frederick definió al masaje infantil o -Shantala- como “El Arte de dar Amor”, también propuso en sus libros de manera poética el proceso de nacimiento del bebé, los factores relacionados con la medicina occidental y la violencia que esta supone en el proceso de parto hacia el neonato y por esta misma razón propuso alternativas naturales al parto que no supongan traumas para el niño-a (Conley, 2018).

Vimala McClure atravesó un proceso similar de descubrimiento del masaje infantil como lo vivió Leboyer en la India. Al regresar a occidente realizó una adaptación del masaje infantil tomando como referentes métodos utilizados en India, Suecia, principios de reflexología y del yoga. McClure procuró que las técnicas se aplicaran en Occidente donde la sociedad percibía a las caricias y al contacto como una forma de malcriar al niño-a (González-Gracia, 2007). Escribió dos libros importantes: “Masaje Infantil, Guía práctica para la madre y el padre” y “Manual de Instructores de Masaje Infantil”, a raíz de estos y, al juntarse con otros colaboradores que aportaban a la investigación, se originó la Asociación Internacional de Masaje Infantil cuyo propósito es:

«Promover el masaje nutritivo y la comunicación mediante la formación, la educación e investigación para que los padres, cuidadores y niños sean amados, valorados y respetados en la comunidad mundial» (International Association of Infant Massage, s.f.).

Ambos precursores del masaje infantil tomaron las prácticas de India como modelos para establecer nuevos métodos y técnicas de masaje infantil. Por esta razón resulta imprescindible mencionar que estas técnicas provienen de filosofías instauradas en las prácticas médicas tradicionales de India como es la medicina Ayurveda. Esta filosofía se define como “La ciencia o sabiduría de la vida” y data del II milenio y siglo VI antes de Cristo, sin embargo, se utiliza en la actualidad alrededor del mundo tal como se hacía siglos atrás (Martínez, 2017). Esta medicina percibe a la salud como algo más que la ausencia de enfermedad e integra al cuerpo-mente-espíritu que forma el «Yo» (Bernard, 2015). La medicina ayurveda propone además que el universo está dotado de energía fluyente a través de canales. El flujo energético en el niño-a es de vital importancia ya que este promueve el desarrollo adecuado, salud y potencial del infante. Este flujo puede interrumpirse por excesos o insuficiencias de los estímulos. Esta interrupción se ocasiona por factores físicos como el ejercicio, sueño y factores emocionales. Entonces, el masaje propicia la liberación de estos canales que estimula el flujo de la energía vital: irrigando de nutrientes al cuerpo y promoviendo la eliminación de toxinas; este proceso brinda salud al niño-a (González-Gracia, 2007).

El masaje es una de las primeras prácticas que se llevan a cabo con el bebé, desde la séptima semana el no nato experimenta sensaciones táctiles que se van desarrollando conforme el feto crece. La estimulación táctil es de suma importancia y se lleva a cabo de manera inconsciente por parte de la madre que, desde la gestación acaricia su barriga y acompaña los movimientos del niño-a en el vientre y él-ella se ve estimulado por la pared abdominal de la madre y el músculo uterino. En la etapa perinatal la madre acaricia al niño-a, integra la mayoría de comunicación verbal dirigida al infante con caricias, estimulación cutánea y principalmente la lactancia (González-Gracia, 2007).

Los beneficios del masaje en la vida del infante pueden reflejarse en todas las áreas de la vida del niño-a. Fisiológicamente el niño-a que recibe masaje o estimulación táctil

se beneficia con salud en los diferentes sistemas corporales como: sistema digestivo con la disminución de molestias de cólicos y gases, en el sistema nervioso se fortalecen e incrementan las conexiones neuronales y la psicomotricidad, en el sistema respiratorio disminuye congestiones, en el sistema circulatorio favorece tanto a la relajación como a la oxigenación de las extremidades, el sistema endócrino se beneficia ya que se estimulan hormonas como la del crecimiento y se inhiben otras como cortisol, relacionada con el estrés, y, además, ayuda a la liberación física relacionada al sistema excretor (González-Gracia, 2007).

La relajación también es uno de los beneficios del masaje que puede considerarse entre los principales. Mediante la relajación el niño-a que recibe el masaje puede equilibrar su estimulación y adquirir un estado de calma cuando ha sido sometido a situaciones de estrés, por ejemplo, en la demora de la satisfacción de sus necesidades. La importancia de este beneficio se extiende a otras situaciones relacionadas al estrés donde el-la infante puede disminuir la calidad de la respuesta inmunológica ante posibles amenazas cuando no ha logrado establecer una respuesta adecuada a los estresores ambientales; el masaje es una técnica y una curación frente a problemas provocados por el mismo (González-Gracia, 2007).

El vínculo que se establece con el-la infante cuando se ha utilizado la técnica del masaje infantil puede reflejarse en todas las áreas antes mencionadas. Se debe considerar al factor afectivo como complementario e incidente al factor fisiológico, entonces el masaje influye en las características de la intimidad del niño-a con sus progenitores y en el futuro en sus relaciones interpersonales. Las caricias y masajes que brinda el cuidador-a son indispensables para la supervivencia del niño-a ya que brindan calor, contacto piel con piel, sonrisa, sonidos, mirada, aromas y afecto. Este último factor es el que determinará la calidad del masaje y los beneficios que se obtengan de este (González-Gracia, 2007).

El vínculo afectivo se dará con determinadas personas y su fragilidad es importante destacar ya que, la calidad de este reafirma cualidades del niño-a como confianza, respeto y seguridad que se replicará en sus relaciones posteriores con los demás. Tras el parto, la madre y el niño-a forman una unidad psicológica que se fortalece conforme se potencia la calidad de la relación. El niño-a que aún no ha adquirido lenguaje verbal se comunica

con su cuidador-a por medio de la mirada y movimientos corporales, en donde el niño-a busca constantemente el contacto físico con el-ella. Una muestra clara de la importancia de la estimulación táctil es la lactancia. Durante esta el niño-a establece contacto piel con piel con la madre mientras ella lo acaricia y le habla, por la cercanía el niño-a puede sentir los latidos, la respiración, la piel y su olor (Morales, 2014).

Durante muchos años se ha considerado que la cercanía con el bebé podría perjudicar la seguridad personal del niño-a, sin embargo, un estudio realizado en 1945 por René Spitz recalca que la posibilidad de que el niño-a no sobreviva en un ambiente del cual no recibe afecto es del 37% y el porcentaje sobrante, en edades más avanzadas, podrían presentar enfermedades fisiológicas que perdurarán en el tiempo, así como trastornos psicológicos como depresión. Entonces, podemos concluir que la privación de cuidados maternos acaba por destruir al niño-a que no ha establecido vínculos y ha carecido de amor materno (Cabrera-Guillén, 2005).

Cabe recalcar que los beneficios del masaje infantil no son exclusivos para niños-as neurotípicos, sino que se extiende a poblaciones infantiles en las que existe trastornos del neurodesarrollo, discapacidades físicas o cognitivas y situaciones de contacto escaso o nulo. En «Programa para favorecer el proceso de apego en niños/as con trastorno general del desarrollo a través del masaje infantil», Ruiz-Galán (2009) menciona que los niños-as con Trastorno Global del Desarrollo adquieren una mejor adaptación a los cambios aumentando el vínculo a través del masaje. El crecimiento no se ve favorecido por el masaje, sin embargo, se demuestran mejoras en la madre, en la interacción con su hijo-a, el sueño, el llanto es más consolable e impacta positivamente en neuronas que regulan la atención brindando alternativas a las madres para trabajar sobre el espectro de los trastornos del neurodesarrollo incluyendo el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), Trastorno Global del Desarrollo (TGD) y en Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). También menciona que esta práctica en hogares de acogida, en donde las cuidadoras no establecen contacto sostenido, aumenta el desarrollo del infante y disminuye la incidencia de enfermedades clínicas y psicológicas que han caracterizado siempre a esta población.

1.2 Sueño

El sueño es una función fisiológica y reparadora, se considera una de las principales fuentes de buena salud para los seres vivos. El sueño de calidad está constituido por el descanso tanto a nivel muscular como mental de las labores del día y se caracteriza por propiciar estabilidad afectiva, rendimiento cognitivo y armoniosas actividades sociales. A nivel fisiológico, el sueño establece cambios en el cuerpo que regulan el funcionamiento íntegro y armonioso de los sistemas: se producen cambios hormonales, de temperatura, metabólicos, musculares, respiratorios y genitales (Convertini, 2006).

El sueño está determinado por procesos biológicos que tienen relación con procesos hormonales en donde la melatonina cumple la función primordial y que es inhibida por la luz. Esta hormona se produce en la glándula pineal. A medida que avanza, la melatonina aumenta en niveles de sangre hasta llegar a su punto máximo entre las 03h00 y 04h00 de la mañana. Es un proceso de retroalimentación negativa, donde la hormona deja de producirse en presencia de luz. A este proceso se lo conoce como Ritmo Circadiano y es un ciclo que se manifiesta en un intervalo de veinte y cuatro horas y es el que determina el sueño y la vigilia, se guía por señales externas del ambiente principalmente por la exposición luz/oscuridad (SEPEAP, 2019).

El sueño es una actividad que consta de un ciclo de dos eventos importantes en los que se dan diferentes procesos a nivel fisiológico y mental, se los conocen como Sueño REM (Rapid Eye Movement) o MOR en español y Sueño NREM (No Rapid Eye Movement) o No MOR. En el primer proceso conocido como REM se producen movimientos oculares rápidos, movimientos corporales, vocalizaciones, el despertar suele ser rápido y fácil y el ritmo cardíaco y respiratorio es rápido e irregular. Este se da al inicio del proceso y está encargado principalmente de procesos fisiológicos como: la síntesis de la hormona de crecimiento y síntesis proteica, conservación de energía y la estimulación del sistema inmunitario. Además, en esta primera parte del proceso se da la mayor cantidad de actividad onírica. Al sueño NREM lo caracteriza movimientos oculares ausentes, calma, tono muscular normal, el despertar es más difícil y el ritmo cardíaco y respiratorio es más lento y regular. Se da en la etapa más profunda de sueño y a diferencia del sueño REM, se encarga de la regeneración de procesos mentales:

facultades mentales, habilidades cognitivas finas y las relacionadas con interacciones sociales, consolidación de la memoria, maduración y restauración del cerebro (Convertini, 2006). El ciclo del sueño tiende a durar aproximadamente 90 minutos en lo que se dan los procesos antes mencionados y en adultos se suelen repetir de tres a siete ciclos durante la noche. El sueño en la infancia suele tener mayor proporción de sueño REM (Talero et al., 2013).

1.2.1 Hábitos de Sueño

El concepto de calidad de sueño establece parámetros para poder determinar algún tipo de alteración en el mismo, esto no implica únicamente conciliarlo y mantenerlo durante un tiempo específico, sino que se toma en cuenta comportamientos satisfactorios durante el día (Masalán A. et al., 2013).

El sueño juega un papel fundamental en el desarrollo del niño-a, en donde las horas de sueño depende de la etapa del ciclo vital y de las características específicas de cada niño-a. Los recién nacidos tienen una media de sueño de dieciséis a dieciocho horas al día. A los doce meses la media de sueño en un infante es de doce a trece horas al día. A los veinte y cuatro meses el infante duerme trece horas al día y las horas de sueño se reduce de diez a doce horas en las edades de tres a cinco años. El rendimiento académico, un impacto negativo en el desarrollo del infante, el crecimiento y el comportamiento se sustentan inevitablemente en la calidad de sueño que abarca los aspectos antes mencionados. Esto afectará también a la dinámica familiar (Masalán A. et al., 2013).

Las situaciones que suscitan que no se establezca un sueño restablecedor son variadas, sin embargo, se pueden considerar: las circunstancias ambientales, el tiempo circadiano que es el tiempo en el que se establece el sueño que convenientemente será la noche, factores fisiológicos intrínsecos del individuo como: edad, patrones de sueño, estado físico y cansancio y las conductas que facilitan el sueño. Si uno de estos factores cambia, puede cambiar también la calidad de sueño que tenga el individuo, mas se ha estudiado que en niños y adolescentes la prevalencia de trastornos de sueño se da por componentes psicológicos, sociales y de hábitos. Incluso se ha considerado la influencia

de las conductas paternas en la conciliación y calidad de sueño del infante y adolescente (Masalán A. et al., 2013).

La Academia Americana de Medicina del Sueño ha definido algunas disfunciones en el sueño y las ha clasificado como: insomnio, trastornos de sueño relacionados con la respiración, hipersomnia, trastornos del ritmo circadiano, parasomnias, trastornos del sueño relacionados al movimiento y otros trastornos del sueño (Thorpy, 2012).

Los trastornos de sueño persistentes en la niñez y adolescencia están relacionados con pesadillas nocturnas, apnea, terrores de sueño, narcolepsia e insomnio y estos trastornos pueden generar una prevalencia de trastornos psiquiátricos más comúnmente el trastorno depresivo. Se considera que una persona que carece de una buena calidad de sueño presenta cierto grado de invalidez. En el infante, cuando no ha podido dormir de manera adecuada se presentan, según la categorización realizada por Convertini (2006), cambios subjetivos como: cambios de humor, irritabilidad, fatiga, distorsiones perceptuales y alucinaciones. Impacto en actividades diarias como microsueños diurnos, hiperactividad, déficit atencional, enlentecimiento cognitivo, dificultades en la memoria y la retención de la información e incremento de prevalencia de accidentes. Cambios en los sistemas corporales: a nivel neurológico; temblor de las manos, menor umbral para actividad comicial, dificultades respiratorias como apneas o pausas ventilatorias que implican deterioro en funciones ejecutivas, alteración en sistema endócrino y como última categoría las alteraciones en el funcionamiento del sistema inmunitario. Además, se da un aumento de cortisol que conlleva niveles elevados de estrés, aumento de apetito que puede concluir en problemas de obesidad, diabetes o trastornos alimentarios (Instituto del Sueño, 2019).

Se ha evidenciado que los infantes que presentan algún tipo de retraso en el desarrollo presentan trastornos de sueño con mayor frecuencia que aquellos niños-as que no lo presentan, sin embargo, la prevalencia de trastornos de sueño en la infancia es alarmante por lo que se han propuesto diferentes programas de prevención de estos trastornos de sueño. En la población adulta persiste el desconocimiento acerca de los beneficios fisiológicos y mentales que conlleva mantener una buena calidad de sueño; a este comportamiento de autocuidado se le llama con frecuencia -higiene de sueño- (Masalán A. et al., 2013).

1.2.2 Masaje y Sueño

El sueño de calidad se da en un proceso en el que el infante necesita descansar y propicia las circunstancias para iniciar la fase de sueño, en este sentido es primordial que el niño-a esté relajado para dar inicio a este proceso tan saludable. Cabe recalcar que aquel que no hace siestas, podría ser un niño-a que, a la hora de dormir, lo hace con un cansancio acumulado que podría impedir que rinda adecuadamente durante el tiempo que está despierto. En cambio, un niño-a que duerme durante muchas horas en el día puede deberse a otro tipo de afecciones médicas e incluso, el trastorno de sueño de hipersomnia; es decir, dormir mucho, ocasionado por diversos factores tanto físicos como emocionales (Busquete-Vanderheyden, 2009).

El masaje también está relacionado fisiológicamente con cadenas neurovasculares y viscerales que, al activarse por medio de la liberación de las tensiones corporales y musculares, dan lugar a la extensión y relajación que facilita el primer momento del sueño y en general de un estado natural de calma y liberación (Busquete-Vanderheyden, 2009).

Es importante tomar en cuenta los factores antes mencionados que promueven una buena calidad de sueño. Al considerar que el sueño debe darse en un lugar tranquilo y que, además, deberá relajar al infante y brindarle calma, entonces podemos considerar que el masaje es un benefactor para poder brindar al niño-a un sueño saludable. Cuando el sentido del tacto es estimulado en el-la infante por medio de la piel, se disminuye el ritmo cardíaco y aumenta la saturación de oxígeno en el-la infante, lo que quiere decir que él-ella ingresa en un estado de relajación y calma que inevitablemente creará un ambiente propicio para que descanse (Mansor, 2013).

Un estudio realizado a un grupo de neonatos sanos: nacidos a término y sin patologías, con la finalidad de describir y comprobar los beneficios que tiene el masaje infantil en el sueño, en el que se observó la presencia de melatonina y la actividad onírica por medio de actigrafía arrojó resultados favorecedores al masaje. Este estudio concluyó que el ritmo circadiano del infante se determina primordialmente por el ritmo circadiano de la madre o cuidador y se comienza a presentar de manera fisiológica: melatonina, a

partir de las ocho semanas hasta llegar a su punto máximo a los doce meses de edad. En el estudio, el grupo control no mostró cambios significativos comparados a los esperados para su etapa de desarrollo, sin embargo, los resultados de la presencia de ritmos de sueño independientes de la presencia de melatonina fueron importantes (Goldstein et al., 2002).

Se habla de la regulación del ritmo circadiano del infante con relación al ritmo del cuidador-a ya que, el niño-a que ha recibido un masaje estructurado durante varios días puede establecer un ritmo de sueño que es independiente del estímulo medio ambiental de luz-oscuridad. Además, puede verse regulado por la presencia del cuidador-a quien con el masaje crea una conducta maternal diferente a la de aquel o aquella que no lo hace intencionalmente, cosa que podría deberse a la atención que presta el cuidador-a al infante y a sus necesidades (Goldstein et al., 2002).

En este estudio, además, se demostró que la presencia de melatonina no es determinante de las actividades de descanso, sino que estas pueden estar influidas por otros factores. En este caso, se recalca la importancia del factor de la interacción materno-filial y señales del medio ambiente que pueden favorecer al desarrollo neuro-endócrino y del sistema neuro-comportamental del niño-a: cuando la madre cuida a su niño-a lo involucra en sus actividades y le compromete a involucrarse en las mismas de manera indirecta. De este modo, se llega a la conclusión de que la estimulación táctil, en este caso el masaje infantil, tiene un efecto relajante para el niño-a y que el mismo debería llevarse a cabo en el momento previo a la hora de dormir para asegurar los beneficios fisiológicos del sueño saludable y del masaje como tal (Goldstein et al., 2002).

Cambios significativos se pudieron evidenciar en otro estudio realizado para determinar los efectos del masaje terapéutico en un caso clínico de una mujer con narcolepsia. Los resultados que arroja la investigación dan lugar a conclusiones favorecedoras al masaje terapéutico para trabajar en hábitos y la adquisición de patrones saludables de la conducta de sueño, esto es, el masaje puede ser estimulante o relajante dependiendo de la situación en la que se desee aplicar y los resultados que se quieran obtener con el mismo. El estudio demuestra que el masaje puede resultar estimulante y promover el estado de alerta o provocar somnolencia y relajación dependiendo de la hora del día, el estado de la persona y el tipo de masaje que se aplique. También se menciona

que es importante establecer un tiempo determinado para afianzar estos hábitos y mantener el cambio dosificando el masaje según la necesidad (Hill y Baskwill, 2013).

Mindell y Williamson (2018) en su revisión de los beneficios de una rutina en la hora de dormir recalca que la importancia del masaje, el abrazo y el mecer al niño-a puede favorecer la adquisición de hábitos de sueño. Sin embargo, menciona que la sensibilidad que se establece cuando el cuidador-a entra en contacto físico con el niño-a por medio de estos, se definen los beneficios que se obtendrán de ellos, es decir, si el cuidador-a masajea a su niño-a consciente y consistentemente y es capaz de prever y responder a sus necesidades de manera adecuada, entonces el niño-a va a obtener los beneficios del masaje. En cambio, si el cuidador-a masajea a su niño-a de manera indiferente e inconsciente es posible que el niño-a no responda con signos de relajación y calma ante el masaje.

Otro estudio realizado por Field y Hernández (2006) en niños-as de ocho meses a tres años de edad, en el que algunos presentaban trastornos del sueño, contaba con una población control que recibió masaje infantil dos veces a la semana por un período de cuatro semanas. Además, contaba con otro grupo de niños que, al contrario, recibió poca estimulación táctil y al que los cuidadores se encargó leerles libros de Dr. Seuss. En ambos grupos se debía realizar la tarea por un período de quince minutos. Los resultados de dicho estudio concluyeron que los niños que recibieron el masaje terapéutico presentaron menor cantidad de conductas disruptivas a la hora de dormir y una latencia menor para conciliar el sueño en comparación de los niños que recibieron las historias, en los cuales se obtuvieron menores resultados. En ambos grupos el tiempo de preparación para la hora de dormir disminuyó al igual que el nivel de actividad del infante. Adicionalmente, se evidenció que los niños que habían recibido masaje antes de la hora de dormir tenían más energía durante la tarde para realizar otras actividades, lo que ocasionó que puedan conciliar el sueño de manera más rápida durante la noche y disminuyó significativamente la conducta disruptiva a la hora de dormir lo que genera un ciclo reiterado en el que la calidad de sueño se mantiene.

Estos cambios en la conducta del infante, inevitablemente provoca que los-as cuidadores se vean favorecidos ya que la ansiedad que ocasiona que el infante no pueda

conciliar el sueño o se rehúse a hacerlo disminuye cuando las actividades son mutuamente gratificantes y fortalecen el vínculo paterno-filial (Field y Hernandez, 2006).

Conclusión

- El apego se establece durante los primeros años y persiste a lo largo de la vida; este resulta ser modificable.

- El niño-a inevitablemente establece un vínculo con una persona de referencia independientemente del entorno en el que viva o se desenvuelva y la calidad de este vínculo depende de la interpretación y respuestas que se dan a las señales y demandas del infante.

- El sueño prescribirá el desenvolvimiento y rendimiento del infante en las actividades de la vida diaria.

- El sueño de calidad propicia el desarrollo adecuado de funciones ejecutivas, cognitivas y motoras. Las consecuencias de un sueño deficiente pueden ser: problemas físicos, mentales y sociales en el futuro debido al pobre desarrollo cerebral en la primera infancia.

- El masaje tiene implicaciones tanto en el apego como en el sueño y repercute positivamente en ambos. La estimulación de la piel por medio del masaje influye en procesos biológicos que indirectamente estimulan áreas del cerebro que se relacionan con el afecto y sueño.

- Cuando estas actividades se realizan de manera constante y correcta, favorecen al establecimiento de estructuras saludables de pensamiento y conducta en el niño-a, estas a su vez influyen en sus relaciones interpersonales y esto hace que el desarrollo psicosocial del individuo sea óptimo.

CAPÍTULO II

Metodología

En este capítulo se abarca la metodología utilizada para la investigación: el Test de Calidad de Sueño de Pittsburgh y la teoría de grupo focal.

El Test de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) evalúa siete áreas importantes que intervienen en lo que se considera sueño de calidad, se evalúan aspectos como: la percepción que tiene el sujeto de cómo ha sido su sueño, el tiempo que ha durado, si este ha sido reparador o no, si existen perturbaciones, uso de medicación y el funcionamiento del sujeto durante el día.

El grupo focal es una técnica de investigación que se utiliza para obtener información de tipo cualitativa, es útil principalmente en el área de la salud para recopilar datos que pueden complementar un estudio y que abarca tópicos que pueden ser subjetivos debido a la realidad individual de los participantes.

2.1 Tipo de Investigación

La investigación realizada es de tipo experimental ya que se evaluó a una población determinada antes y después del uso de la Aplicación «Storybook: masajes y cuentos». La metodología utilizada es mixta y de tipo transversal. Se ha utilizado una prueba para evaluar la calidad del sueño antes y después del uso de la APP y dos grupos focales para determinar los cambios que observaron los padres en el apego de los niños-as.

Se presentaron dificultades en el proceso del estudio en cuanto a la metodología. Debido a la pandemia, la población disminuyó significativamente por lo que al final contamos con 13 participantes quienes utilizaron la aplicación en el período acordado.

2.1.1 Objetivos

Objetivo general Evaluar los efectos de la aplicación «Storybook: masajes y cuentos» sobre el apego y el sueño en niños escolarizados en CEIAP a través de herramientas cuantificables.

Objetivos específicos

- Determinar el tipo de apego a través de la aplicación de dos grupos focales.
- Medir efectos de la aplicación: «Storybook: masajes y cuentos» relacionados con el sueño por medio del cuestionario “Pittsburg Sleep Quality (PSQI) aplicando un test y re-test tras el uso de la aplicación.
- Socializar los resultados obtenidos a representantes de la institución.

La investigación es experimental con un enfoque mixto, de tipo transversal y de alcance correlacional. Se ha determinado como universo los estudiantes del Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico CEIAP con una muestra de 13 niños de la población que se enmarca en los siguientes criterios:

–Criterios de inclusión:

- Niños neuro-típicos.
- Niños que se encuentren en edades de 0 a 5 años.
- Niños cuyos padres han consentido su participación en el estudio.

–Criterios de exclusión:

- Niños con discapacidad física y/o psicológica
- Niños mayores a 5 años.
- Niños cuyos padres no han consentido la participación en el estudio.

2.1.2 Instrumentos

Se ha utilizado como instrumento principal para la evaluación del sueño el Test de Pittsburgh y dos grupos focales en los que se procedió a evaluar la calidad del vínculo y los cambios que se han obtenido a partir del uso de la APP.

Test de Pittsburgh

Debido a la prevalencia de trastornos de sueño en las poblaciones infantiles, adolescentes y adultas por diversos factores tales como: trastornos afectivos, de ansiedad o inducidos por sustancias y trastornos fisiológicos se ha procedido a estudiar el sueño. El insomnio y la hipersomnia se han convertido en síntomas comunes en poblaciones jóvenes lo que ha despertado el interés para estudiar estos fenómenos que ya se han presentado de manera considerable en la población mundial. Es por esta razón que muchos investigadores de la calidad del sueño se han visto en la obligación de crear instrumentos que puedan medir aspectos importantes que puedan valorar la calidad del sueño y que faciliten el diagnóstico en las disfunciones del mismo. La calidad del sueño resulta difícil de medir ya que, en este aspecto, intervienen factores como la duración del sueño, latencia del sueño, despertares, profundidad de sueño, reparabilidad y funcionamiento del individuo durante el día (Montero Saeteros et al., 2014).

El test de Pittsburgh fue creado por Daniel J Buysse y colaboradores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh en el año 1998 con la intención de crear un instrumento psicométrico que ayude a medir la calidad de sueño, que este sea adaptable y pueda ser utilizado en ensayos clínicos y que, además, su aplicación sea sencilla. Ha sido traducido a varios idiomas adaptándolo a las diversas culturas (Jiménez-Genchi et al., 2008).

El cuestionario de Pittsburg es auto-aplicable y evalúa siete componentes entre 26 preguntas en las que se abarcan: horarios para dormir, despertares y las posibles causas para los mismos como: pesadillas, problemas respiratorios, además, si se ha tenido la necesidad de ingerir medicación para conciliar el sueño y somnolencia. Estos se agrupan en siete ítems que se califican en una escala de 0 a 3. Las primeras cuatro preguntas son de respuesta libre y concreta del sujeto o compañero de habitación. Las preguntas se han

establecido basándose en la experiencia clínica de diagnóstico y tratamiento de trastornos de sueño (Montero Saeteros et al., 2014).

Los siete ítems que la prueba pretende evaluar con respecto a la Calidad del sueño son: calidad subjetiva del sueño que evalúa cómo el sujeto percibe que ha sido su sueño. La latencia del sueño que indaga el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse. La duración del sueño. La eficiencia habitual del sueño mide el tiempo que el sujeto cree estar dormido sobre el total de tiempo que se mantiene en cama. Las perturbaciones de sueño, en este ítem se interrogan las alteraciones que influyen o tienen la capacidad de interrumpir y disminuir la calidad de sueño. También se valora el uso de medicación en caso de ser necesario y la frecuencia de uso de la misma. Por último, la disfunción diurna que se relaciona directamente con el funcionamiento personal en todos los ámbitos de la vida del sujeto con respecto a si se encuentra cansado-a durante las labores cotidianas (Jiménez-Genchi et al., 2008).

La información obtenida en este cuestionario es fácilmente aplicable y comparable con poblaciones que padecen trastornos de sueño o síntomas de otros trastornos mentales. En la prueba se puntúan las preguntas de 0 a 3, siendo 0 la puntuación que indica que no existen problemas relacionadas a la pregunta y 3 cuando el sujeto presenta esa sintomatología. La suma de los siete ítems da lugar a una puntuación total que oscila entre 0 a 21 puntos y cuando la puntuación total es ≥ 5 indica que el sujeto no logra una buena calidad de sueño y está relacionado con trastornos de sueño que requieren atención especializada. Los ítems reflejan más claramente en qué área del sueño reside el problema principal y enmarca al síntoma dentro de diferentes categorías de patología (Jiménez-Genchi et al., 2008).

La fiabilidad de la prueba traducida al castellano se administró a un grupo de estudiantes de la Universidad de Valladolid de las carreras de Medicina y Logopedia en dos momentos diferentes en el año 1995, en enero y marzo a 181 estudiantes de los cuales 122 fueron aplicados como re-test a los mismos sujetos. La edad media de los sujetos entrevistados en el primer momento fue de 22,01 años de edad: 120 mujeres y 49 varones. En el mes de marzo, en cambio, se evaluaron a 134 estudiantes entre los que la edad media era de 22,01 años de edad, 90 mujeres y 44 varones. Los resultados de test, re-test

se obtuvieron de los 122 sujetos que repitieron la prueba en las dos oportunidades (Jiménez-Genchi et al., 2008).

La validez de la prueba se midió en una muestra de 393 sujetos escogidos aleatoriamente que recibían atención especializada en el Hospital Universitario de Valladolid y en algunos centros de atención primaria de la provincia de Valladolid. Los sujetos estudiados fueron evaluados por uno de los médicos entrenados para diagnóstico psiquiátrico y trastornos de sueño que estaban capacitados para realizar este tipo de evaluación. Basándose en los resultados obtenidos en la prueba se ubicaron nueve grupos diagnósticos: normales (sujetos sin alteraciones psíquicas ni alteraciones de sueño), parasomnias, depresión, trastornos de ansiedad, psicosis, alteraciones generales de sueño, trastornos neurológicos, médicos y alcoholismo. La validez consta de una sensibilidad de 89,6% y una especificidad de 74,19% con un índice de kappa de 0,61, lo que la sitúa al test en versión castellana en un grado de validez muy aceptable (Royuela-Rico y Macías-Fernández , 1997).

Los resultados que se obtuvieron de las pruebas fueron que la misma tiene consistencia interna entre los siete ítems que pretende evaluar. La fiabilidad test, re-test ha determinado que no existieron diferencias significativas entre las aplicaciones de enero y marzo entre lo que existe un grado aceptable de correlación (Royuela-Rico y Macías-Fernández , 1997).

Grupo Focal

El grupo focal es una técnica cualitativa con origen en la sociología, pero popularizada en los estudios de mercado. Sin embargo, a través de los años su utilización ha sido considerada para estudios en el área de la salud. Esta es una técnica de entrevista grupal bastante completa en la que, la recogida de información se basa en la interacción de los miembros del grupo. La interacción se da por medio de una conversación sobre un tema específico cuyo tópico está basado en el área de interés de la investigación (García-Calvente y Rodríguez, 2000).

Es importante considerar que el ambiente en el que se desarrolle la investigación debe ser permisivo para facilitar la libre expresión de opiniones de los participantes y, además, la intervención no directiva de los moderadores y observadores. El fundamento principal para la utilización de este tipo de metodología es entender el por qué y cómo piensan los sujetos y la razón de por qué lo hacen. Como cada individuo experimenta diferentes realidades y puntos de vista, resulta importante aclarar que no es de interés llegar a acuerdos ni conclusiones comunes, sino, obtener la información acerca de lo que se quiere conocer a través de sus realidades individuales (García-Calvente y Rodríguez, 2000).

El grupo focal puede ser utilizado como un método complementario a investigaciones cuantitativas en donde las experiencias y perspectivas de los participantes son relevantes para la completitud de la investigación o bien complementar los datos acerca de la valoración, necesidades y preferencias de los participantes. Se trata de investigar a profundidad aspectos relevantes, comprender actitudes, analizar creencias y ayuda también al desarrollo de nuevos instrumentos e incluso al planteamiento de nuevas hipótesis para posteriores estudios (García-Calvente y Rodríguez, 2000).

Existen algunos factores importantes a considerar en la formación y selección de los grupos focales, e incluso en el modo de convocar a los sujetos de estudio. Es importante determinar la población de muestra que implique significancia frente a la población diana y criterios que incluyan o excluyan a los participantes de dicha muestra. Algunos criterios relevantes para determinar la muestra serían: factores sociodemográficos como edad, sexo, lugar de residencia e incluso el credo de la población. Quienes participen en el grupo focal se sugiere que sea una muestra pequeña de manera que se pueda obtener información más detallada, pero no tan pequeña para que se pueda generar incomodidad o pasividad. Lo que se busca provocar es que la conversación sea enriquecedora y el aporte sea compartido y complementario (García-Calvente y Rodríguez, 2000).

Para llevar a cabo la reunión se mantiene un guion de la entrevista que trata de una lista de tópicos por abarcar durante la reunión que sirve para garantizar que la información recogida es la necesaria y se ha obtenido lo deseado, sin embargo, no será una lista de

preguntas estricta que seguir, serán preguntas abiertas que estimulen a la libre expresión de ideas (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013).

Una reunión de grupo focal se desarrolla en cuatro fases. La primera es la fase de introducción en la cual se reciben a los participantes en un lugar cómodo y generalmente se sientan en una mesa redonda donde los participantes eligen libremente su lugar de modo que no exista posición de prestigio frente al resto del grupo. Cada uno deberá tener su nombre en un lugar visible. En esta primera parte el moderador, que es quien dará la palabra a los participantes, da inicio, aclaraciones y finaliza las intervenciones de un determinado tópico para pasar al siguiente; da la bienvenida, explica normas y resalta la confidencialidad de la reunión. Cabe recalcar que las reuniones deben ser grabadas para facilitar la posterior interpretación y tabulación de las opiniones vertidas en la sesión (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013).

La segunda fase es la de preparación del grupo, en esta fase se da la oportunidad de que todos se presenten, se conozcan y expliquen cada uno su experiencia con el fin de que exista mayor cohesión e interacción. De este modo, el moderador limita sus intervenciones para que sean los participantes quienes tengan mayor protagonismo (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013).

Debate a fondo es la tercera fase y en ella se plantean los tópicos a tratar abarcándolos desde lo más general a lo más específico. En esta fase, el moderador debe ocupar una posición de escucha activa y de no juzgar, al mismo tiempo que guía la discusión hacia los temas más específicos. Una de las características más importantes que debe tener el moderador es la capacidad de permitirse abordar temas que no se hayan incluido en el guion pero que puedan ser importantes y evitar la monopolización de la conversación por algunos de los participantes y tener la habilidad de propiciar la intervención de otros ya sea de manera implícita o explícita (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013).

Por último, la cuarta fase es la clausura del grupo, una sesión de este tipo podría variar entre una a dos horas, aunque no existe un tiempo límite: si se considera que la información recogida ya es la suficiente deberá concluirse con la reunión. La sesión

debería finalizar en el momento en que no exista más información relevante que pueda ser tratada (Buss-Thofehrn et al., 2013).

Posterior a la reunión se procede a intercambiar opiniones acerca del desarrollo de la misma entre el moderador y observador. El observador cumple una función importante dentro de la reunión; es quien recibe y coloca a los participantes, maneja los equipos de grabación y registra detalles importantes e ideas que se mencionan a lo largo de la reunión. En conjunto se procede a dar inicio al análisis de los datos obtenidos en las reuniones (Buss-Thofehrn et al., 2013).

La información recogida ahora puede ser interpretada y analizada con diferentes metodologías, principalmente la aproximación a la que se acomode más el investigador, nunca olvidando que los datos que ofrece el grupo focal son subjetivos y dependerán de cada sujeto y su realidad. La técnica más utilizada, sin embargo, para realizar la interpretación, es la división de las temáticas en categorías, pero, el análisis temático es el procedimiento más indicado en la literatura para este tipo de estudios (Buss-Thofehrn et al., 2013).

Conclusión

- El test de Pittsburgh nos permite tener información detallada y precisa sobre la calidad de sueño evaluando los ítems que intervienen en el sueño de calidad.
- El grupo focal abarca la parte cualitativa de la investigación y permite analizar las percepciones individuales de los participantes que serán útiles para obtener información más concreta y que ayudará a completar los resultados del estudio.

CAPÍTULO III

Análisis de datos

Este último capítulo consta del análisis de los datos obtenidos en la aplicación y re-aplicación del Test de calidad de sueño de Pittsburgh y del grupo focal.

El análisis de los datos está dirigido a obtener la información pertinente para identificar los cambios que se han establecido tras el uso de la aplicación: «Storybook: masajes y cuentos», con respecto a la calidad del sueño y apego según la percepción de los cuidadores-as de los-las participantes.

Se han contrastado los resultados del test y re-test de los ítems del Test de Pittsburgh con el objetivo de conocer si los cambios son significativos después del uso de la APP.

Los resultados de los datos obtenidos en el grupo focal se han analizado de manera individual según las respuestas de las madres de familia para determinar el tipo de apego. Se han realizado generalizaciones según la reincidencia de las respuestas.

3.1 Análisis de Test de Pittsburgh

Se realizó el test de Pittsburgh a 13 niños-as entre 3 y 5 años, para analizar su calidad de sueño. Se analizaron 7 variables: calidad subjetiva de sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, utilización de medicación para dormir y disfunción diurna. El objetivo de este estudio es conocer el nivel de PSQIT (Pittsburgh Sleep Quality Index Total) que los niños-as presentan antes y después de utilizar la aplicación «Storybook: masajes y cuentos». Para esto se realizó un test y un re-test en donde se hizo una valoración en cada uno de los ítems en una escala de 0 a 3 para así analizar si existieron o no cambios en el sueño de los niños-as tras la utilización de la misma. En la escala, 0 significa que el niño-a no presenta problemas para dormir y 3 indica que presenta problemas graves para dormir. La sumatoria de todas estas

valoraciones puede dar una puntuación de 0 a 21, en donde 5 es el punto de corte que separa a los niños-as que tienen una buena calidad de sueño de los que presentan problemas para dormir. En el caso de que la puntuación sea menor o igual a 5, indica buena calidad de sueño y, la puntuación igual o mayor a 6, indica dificultades en el sueño.

A continuación, se presenta la interpretación de los datos obtenidos en cada uno de los ítems evaluados:

Tabla 1. Test - Calidad subjetiva de sueño

TEST

1

Calidad Subjetiva de Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	5	38%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	8	62%
Presenta problemas para dormir (2)	0	0%
Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
Total	13	100%

En este ítem se evaluó cómo los cuidadores-as perciben que ha sido el sueño del niño-a. Como se puede observar con la valoración realizada, la tabla de frecuencias muestra que en cuanto a la calidad subjetiva del sueño la mayoría de los niños-as, correspondiente al 62%, casi no presentan problemas para dormir; mientras que el 38% restante no presenta problemas para dormir. Esto significa que la mayoría de los cuidadores-as perciben que el sueño de los niños-as ha sido relativamente bueno y que el resto ha sido bueno.

Tabla 1.1 Re-test – Calidad subjetiva del sueño

RETEST

1

Calidad Subjetiva de Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	10	77%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	3	23%
Presenta problemas para dormir (2)	0	0%
Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
Total	13	100%

Después de conocer los datos anteriores, los padres de familia utilizaron la aplicación «Storybook: masajes y cuentos». Se realizó un re-test para comprobar si existieron cambios. Como se puede observar, la calidad de sueño en el re-test, sí mostró mejoría: antes la mayoría de los niños-as casi no presentaban problemas para dormir, pero esto no les hacía exentos de tener algún tipo de problema. Tras el uso de la aplicación, la mayoría de los niños-as, es decir el 77%, ahora no presenta problemas para dormir y tan solo el 23% casi no presenta problemas. Esto quiere decir que ha existido una disminución de cualquier tipo problema a la hora de dormir en los niños-as lo que indica una mejoría del 39% que han pasado a la categoría de no presentar ningún problema.

Tabla 2. Test - Latencia de sueño

2

Latencia de Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	3	23%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	7	54%
Presenta problemas para dormir (2)	2	15%
Presenta problemas graves para dormir (3)	1	8%

Total	13	100%
--------------	-----------	-------------

Esta variable evalúa el período de tiempo desde el comienzo del sueño hasta la aparición del primer sueño REM, es decir, indaga el tiempo que los padres y madres perciben que su hijo-a tarda en dormirse. Como se puede observar, la tabla de frecuencias muestra que, en cuanto a la latencia del sueño, la mayoría de los niños-as, correspondiente al 54%, casi no presentan problemas para dormir; el 23% no presenta problemas para dormir; el 15% ya presenta problemas para dormir y el 8%, siendo la minoría, presenta graves problemas para dormir. Esto significa que la mayoría de los niños-as no tardan mucho tiempo en poder dormirse; mientras que un pequeño porcentaje tardan en poder conciliar el sueño.

Tabla 2.1 Re-test – Latencia del sueño

2

Latencia de Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	3	23%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	8	62%
Presenta problemas para dormir (2)	1	8%
Presenta problemas graves para dormir (3)	1	8%
Total	13	100%

En los resultados del retest de este ítem se puede observar que sí existe mejoría, pero no muy significativa. Los porcentajes se mantienen, sin embargo, en la categoría de los niños-as que antes presentaban problemas para dormir, disminuyó del 15% al 8%: ahora estos pacientes pasaron a la categoría de casi no presentar problemas. Se puede concluir que la utilización de la aplicación si ayudó.

Tabla 3. Test – Duración del sueño

3

Duración de Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	11	84,62%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	1	7,69%
Presenta problemas para dormir (2)	1	7,69%
Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0,00%
Total	13	100%

Para este ítem se evaluaron las horas que los cuidadores asumen que sus hijos-as han dormido durante toda la noche. Como se puede observar con la valoración realizada, la tabla de frecuencias muestra que, en cuanto a la duración del sueño, la mayoría de los niños-as, correspondiente al 85%, no presentan problemas para dormir; mientras que el resto, correspondiente al 16%, presenta o casi no presenta problemas para dormir. Esto significa que la mayoría de los niños-as duermen las horas necesarias para su edad teniendo así una buena calidad de sueño; mientras que un pequeño porcentaje, no logra dormir el mínimo requerido.

Tabla 3.1 – Re-test – Duración del sueño

3

Duración de Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	13	100%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	0	0%
Presenta problemas para dormir (2)	0	0%

Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
Total	13	100%

Después de conocer los datos anteriores y trabajar con los padres y madres de familia para que utilicen la aplicación de «Storybook: masajes y cuentos» se realizó un re-test para saber si se tuvo éxito. Como se puede observar, la duración del sueño en el re-test sí mostró una mejoría bastante significativa, ya que se pudo lograr que ahora todos los participantes puedan dormir las horas necesarias para lograr una buena calidad de sueño. Ahora el 100% de los participantes no presentan problemas en ese aspecto.

Tabla 4. Test – Eficiencia habitual del sueño

4

Eficiencia Habitual del Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	8	62%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	2	15%
Presenta problemas para dormir (2)	2	15%
Presenta problemas graves para dormir (3)	1	8%
Total	13	100%

Esta variable mide el tiempo que los padres y madres creen que su hijo-a está dormido-a sobre el total de tiempo que se mantiene en cama, es decir, las horas que el niño-a está en la cama desde que se acuesta hasta que se levanta. Esta valoración se realizó según el porcentaje que el niño-a duerme y según el tiempo que pasa acostado-a en su cama, en donde 0 corresponde a que ha dormido el 85% o más; 1, que ha dormido entre el 84% - 75% del tiempo; 2, que ha dormido 74% - 65% del tiempo; y 3, que ha dormido el 65% o menos. Con estos datos, la tabla de frecuencias muestra que, en cuanto a la

eficiencia habitual del sueño, la mayoría de los niños-as, correspondiente al 62%, no presentan problemas para dormir; mientras que el 30%, presenta o casi no presenta problemas; por último, la minoría correspondiente al 8% presenta graves problemas para dormir. Esto quiere decir que de las horas que pasan en la cama, el 85% o más del tiempo lo dedican para dormir; mientras que un pequeño porcentaje, dedica solo el 65% o menos de las horas que pasa acostado.

Tabla 4.1 Retest – Eficiencia habitual del sueño

4

Eficiencia Habitual del Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	7	54%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	6	46%
Presenta problemas para dormir (2)		0%
Presenta problemas graves para dormir (3)		0%
Total	13	100%

Se realizó un re-test para saber cuáles fueron los resultados. Como se puede observar, la calidad de sueño en el re-test, sí mostró una ligera mejoría. Antes la mayoría de los niños no presentaban problemas para dormir y la mayor parte del tiempo que pasaban acostados, lo dedicaban a dormir. Sin embargo, existía un porcentaje que presentaba problemas graves y leves en este aspecto. Con la aplicación, se logró que el porcentaje de niños-as que presentaban dificultades en conciliar el sueño, disminuyera la gravedad del problema: pasaron de tener dificultades graves a tener dificultades leves. Como se puede observar, la mayoría aún se concentra en la categoría de no tener problemas al dormir, pero el porcentaje en la categoría de casi no presentar problemas se acumuló. Por lo que podemos concluir que la aplicación ayudó a reducir al 0% el porcentaje de niños-as que presentaban problemas graves con el sueño. Ahora todos duermen entre el 75% y 85% del tiempo desde que se acuestan hasta que se levantan.

Tabla 5. Test – Perturbaciones del sueño

5

Perturbaciones del Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	1	8%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	12	92%
Presenta problemas para dormir (2)	0	0%
Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
Total	13	100%

Significado correspondiente a escala

0	=	0
1 a 9	=	1
10 a 18	=	2
19 a 28	=	3

En este ítem se interrogan las alteraciones que influyen o tienen la capacidad de interrumpir y disminuir la calidad de sueño. A estas respuestas se les hizo una sumatoria para valorarlas en conjunto de la siguiente manera: si se obtiene 0 en la sumatoria, esto corresponde a la categoría de 0; si se obtiene entre 1 – 9, corresponde a la categoría de 1; entre 10 – 18, corresponde a la categoría de 2; por último, si se obtiene de 19 – 28, se coloca en la categoría de 3. Como se puede observar en la tabla de frecuencias, se muestra que, en cuanto a las perturbaciones del sueño, la mayoría de los niños-as, correspondiente al 92%, casi no presentan problemas para dormir; mientras que la minoría correspondiente al 8%, no presenta problemas al dormir. Esto significa que en general entre todas las posibles alteraciones que influyen para lograr una buena calidad de sueño, la mayoría de los niños-as presenta pocas de ellas y solo un pequeño porcentaje gozan de un buen sueño.

Tabla 5.1 Retest – Perturbaciones del sueño

5

Perturbaciones del Sueño		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	3	23%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	9	69%
Presenta problemas para dormir (2)	1	8%
Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
Total	13	100%

Como se puede observar, en las perturbaciones del sueño del re-test no se observan mejorías, prácticamente los datos se mantienen, la diferencia es que ahora el 8% de los padres ha identificado dificultades al dormir en sus hijos-as, lo que quiere decir que percibe algunas alteraciones cuando duerme que no permite al niño-a tener una buena calidad de sueño. Sin embargo, se mantiene que la mayoría de los participantes; el 69%, casi no presentan problemas y el restante de niños-as, no presentan ninguna alteración cuando duermen por lo que se dice que no presenta problemas para dormir.

Tabla 6. Test – Utilización de medicación para dormir

6

Utilización de medicación para dormir		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	10	77%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	3	23%
Presenta problemas para dormir (2)	0	0%
Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
Total	13	100%

Para esta variable se evaluó si se utiliza medicación para que el niño-a pueda dormir sin interrupciones o fácilmente y la frecuencia de uso de la misma. Como se puede observar, con la valoración realizada se muestra que, en cuanto a la utilización de medicación para dormir, la mayoría de los niños-as, correspondiente al 77%, no presentan problemas para dormir; el 23% casi no presenta problemas para dormir, siendo este porcentaje la minoría. Esto indica que la mayoría de niños-as no requiere utilizar medicación para conciliar el sueño.

Tabla 6.1 Retest – Utilización de medicación para dormir

6	Utilización de medicación para dormir		
		Frecuencia	Porcentaje
	No presenta problemas para dormir (0)	13	100%
	Casi no presenta problemas para dormir (1)	0	0%
	Presenta problemas para dormir (2)	0	0%
	Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
	Total	13	100%

Como se puede observar en este ítem, la utilización de medicación para dormir en el re-test, sí mostró una mejoría significativa, ya que se pudo lograr que ahora ningún niño-a necesite de medicación para conseguir una buena calidad de sueño. Ahora el 100% de los pacientes no presentan problemas en este aspecto.

Tabla 7. Test – Disfunción durante el día

7

Disfunción durante el día		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	13	100%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	0	0%
Presenta problemas para dormir (2)	0	0%
Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
Total	13	100%

Tabla 7.1 Retest – Disfunción durante el día

7

Disfunción durante el día		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas para dormir (0)	13	100%
Casi no presenta problemas para dormir (1)	0	0%
Presenta problemas para dormir (2)	0	0%
Presenta problemas graves para dormir (3)	0	0%
Total	13	100%

Para esta variable se evaluó la disfunción diurna que se relaciona directamente con el funcionamiento personal en todos los ámbitos de la vida del sujeto con respecto a si se encuentra cansado durante las labores cotidianas. En esta variable no se presentó ningún problema con ningún niño ya que no presentaron ninguna disfunción durante el día, por lo que tanto en el test como en el re-test todos los niños no presentaban problemas para dormir a causa de esta variable.

Tabla 8. Test - PSQI Total Índice Total de Calidad de Sueño de Pittsburgh

TEST

PSQI TOTAL		
	Frecuencia	Porcentaje
>5	10	77%
5	1	8%
<5	2	15%
Total	13	100%

Como ya se había mencionado anteriormente, el nivel de PSQI muestra la calidad de sueño que presentan los pacientes según la sumatoria de las variables antes analizadas. En donde 5 es el punto de corte que separa a los niños que tienen una buena calidad de sueño, en caso de ser menor a 5; y los que tienen mala calidad de sueño, en caso de que la puntuación sea mayor a 5. Al realizar el test, como se puede observar la tabla 8 con los resultados, la mayoría de los pacientes, correspondiente al 85% presentan una buena calidad de sueño ya que la sumatoria de sus resultados anteriores dieron un valor de 5 o menos; mientras que el 15% restante, correspondiente al 15%, tienen una mala calidad de sueño.

Tabla 8.1 Retest – PSQI Total

RETEST

PSQI TOTAL		
	Frecuencia	Porcentaje
>5	10	77%
5	3	23%
<5	0	0%
Total	13	100%

Después de conocer los datos anteriores y trabajar con los padres de familia para que utilicen la aplicación de «Storybook: masajes y cuentos», se realizó un re-test para saber los resultados tras el uso de la APP en cuanto a la calidad del sueño de manera

general. Como se puede observar, a nivel general, la utilización de la aplicación antes mencionada ha logrado que el porcentaje de niños que presentaban una mala calidad de sueño, correspondiente al 15%, sea 0. Ahora todos los pacientes, presentan una buena calidad de sueño ya que correspondiente a la sumatoria de sus resultados anteriores dieron un valor de 5 o menos. A partir de los resultados, podemos concluir que la utilización de la aplicación «Storybook: masajes y cuentos» resultó ser beneficiosa para alcanzar un sueño de calidad en los niños-as.

3.2 Análisis Grupo Focal:

Los grupos de estudio se dividieron en dos de acuerdo con las edades de los niños-as con quienes se utilizó la aplicación. Las preguntas se dirigieron a los cuidadores principales de los mismos para así obtener información acertada y de primera mano con respecto a los logros que se han obtenido desde el uso de la aplicación, las áreas de la vida de los niños-as que han mejorado, se han mantenido y, de ser el caso, han empeorado desde el inicio de los masajes y cuentos que proporciona la aplicación «Storybook: masajes y cuentos».

Por cada grupo hubo tres participantes. Se solicitó la participación de los trece padres de familia que canjearon el código de gratuidad, sin embargo, solo se obtuvo respuesta de siete quienes se conectaron a las reuniones. Una madre de familia se retiró de la reunión cuando todavía no había concluido por lo que algunas preguntas se consideran con su participación y otras no.

1. ¿Cuál fue la rutina de preparación para llevar a cabo el masaje? ¿El niño solicitó en algún punto el masaje?

Basándonos en las respuestas obtenidas en el grupo focal, la mayoría de los niños-as reciben el masaje por la noche, momento que las cuidadoras han considerado oportuno para preparar a los niños-as para la hora de dormir. Además, resultó común en las respuestas de las madres que los niños-as no se conformaban con un solo cuento y tenían que realizar más de una rutina de masaje, algunas madres recurrieron a inventar o

complementar con otros cuentos. Otras madres optaron por limitar el cuento a uno solo por noche.

«...de hecho, él me pedía, había noches que o sea él ya sabía a que hora tenía que darle el masaje entonces siempre me solicitaba que a esa hora le de el masaje» (Dávalos A., GF2)

Las madres mencionan que sus hijos-as han solicitado el masaje y han establecido una rutina para llevarlo a cabo, en la que se incluían actividades como: lavarse los dientes, ponerse la pijama, acostarse en la cama. Dentro de la rutina el niño-a tenía la oportunidad de seleccionar el masaje y cuento según el área en el que lo deseaba. También indican que sus hijos-as se involucraron activamente en el masaje, proponiendo dárselo mutuamente.

«...bueno la rutina de mi hija era primero ponerse cómoda y siempre escogía su tema favorito, pero lo que ella hacía, o sea, al principio escogía el cuento que quería, la parte que deseaba que le dé el masaje, por ejemplo, le encantaba lo que es en la carita [...] ella me daba incluso el masaje a mi, entonces o sea era la rutina entre las dos, yo a ella y ella a mi [...] pero le agradaba mucho como le digo era el masaje "a ti mami primero" o ella primero pero siempre éramos las dos» (Pintado M., GF2)

Cabe recalcar que dos de las madres que participaron del grupo focal no pudieron concluir los 45 días de utilizar la APP por situaciones personales

2. ¿Qué respuesta tiene su hijo-a las caricias del cuidador?

En este aspecto, en general las madres dicen que a sus hijos-as les gustaba el contacto físico. Algunas mencionaron que al inicio de los masajes a sus hijos-as les provocaba cosquillas, pero a medida que se avanzaba en el uso de la APP, aprendieron a relajarse y disfrutar del masaje.

«Las primeras veces le daba mucha risa, pero poco a poco yo le decía escucha, relájate, entonces mas que nada y hacía que él sienta, entonces cerraba sus ojitos y sentía mis manos entonces yo creo que era un relax para él» (Castro V., GF1)

Una de las madres menciona que a su hija le provocaba incomodidad por lo que se prescindió del masaje estructurado con el cuento que proporcionaba la APP, sin embargo, se mantuvo contándole cuentos antes de dormir y por medio de estos se incluyeron caricias y contacto físico no estructurado durante los cuentos.

«Le gusta que le de masajes pero que le lea el cuento, o sea, yo ya no uso, digamos, la app de los cuentos o sea así, sino en físico entonces le estoy leyendo y le estoy dando un masaje en la cabecita, en sus piernitas así, entonces, aunque no se queda dormida, pero le gusta el masaje y eso, eso ha cambiado porque antes no le gustaba mucho ni que le, o sea que le toque como para hacerle dormir» (Martínez S., GF2)

3. ¿Ha percibido cambios en la relación afectiva con su hijo-a a partir de que empezó el uso de la APP? Si sí ha cambiado, ¿Cómo era antes?

Las madres han notado que, a partir del uso de la APP, sus hijos-as son más cariñosos y afectivos en comparación a cómo eran antes.

«Bueno en mi caso si hay una diferencia, el contacto hace que ellos sean mas afectivos, mas cariñosos, una caricia en la cara, un besito, entonces antes no ocurría, por ejemplo, pero ahora es un poco mas el abrazo, pero yo si veo un cambio de afecto» (Castro V., GF1)

También mencionan que no ha aumentado la respuesta afectiva de sus hijos-as acotando que siempre fueron cariñosos.

«Bueno en el caso de mi guagua si ha sido una persona extremadamente cariñosa, dar besos en la cara, abrazarme, darme besos, entonces en ese aspecto yo no he notado cambios» (Flores D., GF1)

El caso único de una de las participantes que menciona que su hijo presenta conductas de dependencia, se ahondó para saber el origen de este comportamiento y se concluyó que ha sido causado por ansiedad por la situación de la pandemia por COVID-19.

4. Cuando su hijo-a está frustrado-a ¿Qué hace el para calmarse? ¿Qué conductas auto-regulatorias utiliza para regresar a un estado de tranquilidad? ¿Le resulta fácil consolarle?

Las madres indican que sus hijos-as recurren a la respiración como método para calmarse cuando entran en estado de ansiedad o frustración. En ocasiones se retiran del espacio en el que se encuentran para relajarse y vuelven con calma, aludiendo a que tienen estrategias personales para manejar sus emociones.

«Bueno el a veces se va, yo le digo X, ven. No se, como que espera un rato, pero tal vez se toma su tiempo y regresa entonces como que en ese tiempo donde el se va piensa, recapacita» (Castro V., GF1)

Dos casos específicos mencionan que no les resulta fácil consolar a sus hijos-as, a veces tienen que recurrir a ignorar las conductas de llanto y frustración, en otros casos deben mantener contacto físico por largos períodos de tiempo para proveerles de seguridad y que así puedan calmarse.

«Hay veces que grita bastante entonces yo digo: amor ya tranquila ¿qué pasó? Cuando le digo eso como que grita más, entonces como que yo hago como que no le he visto, entre comillas, entonces ella mismo se levanta y dice: me caí, y yo digo: ¡ah! [...] llora un poquito exagerado, pero ya en seguida le pasa, o sea es controlable no se va de la situación» (Martínez S., GF2)

5. ¿Piensa que su hijo-a ahora puede ser más independiente? Y cuando usted no está, ¿Cómo actúa? (Puede volver hacia usted con calma después de haber estado solo o solamente sin usted por un período considerable de tiempo) (Le sigue, no nota que se ha ido, llora, pero no le busca).

En esta pregunta se ahondó el tipo de respuestas que tienen los infantes con el fin de identificar por medio de sus comportamientos y las preguntas antes indagadas, cuál es el tipo de apego que presenta cada uno de los niños-as.

En el caso de la primera mamá ha mencionado que su hijo siente tristeza y curiosidad de por qué su madre se va, sin embargo, es capaz de aceptarlo y espera su regreso con calma; podemos concluir que se trata de un **apego seguro**.

La segunda madre menciona que su hijo es indiferente a su presencia, menciona que puede estar solo sin darse cuenta de que ella no está. Estas conductas se pueden considerar características de un **apego inseguro evitativo**.

La tercera madre comenta que su hijo durante el último mes, en el que ella ha tenido que salir a trabajar, ha mantenido conductas de desesperación y temor por conocer el paradero de la madre. Estas conductas de ansiedad que se acompañan con llanto o gritos son atribuibles al tipo de **apego inseguro ambivalente**.

La cuarta madre de familia dice que su hijo puede separarse de ella para explorar y jugar con su hermano. No presenta ansiedad para conocer el paradero de ella y cuando regresa a su presencia está tranquilo y no presenta conductas de evitación ni mantenimiento del contacto. Menciona que siempre está cerca de ella, pero cuando la situación requiere que esté lejos, puede hacerlo mantener la calma con la certeza de que regresará por lo que se concluye que tiene un tipo de **apego seguro**.

La quinta madre menciona que su hija llora cuando tiene que retirarse, sin embargo, cuando ella regresa tiene breves conductas de mantener la cercanía, regresa rápidamente a la actividad en la que se encontraba. Después de haber indagado en las conductas que presenta frente a otros estímulos podemos concluir que el tipo de apego que presenta la niña es **inseguro ambivalente**.

La sexta madre de familia cuenta que su hijo se ha vuelto más independiente, puede vestirse y asearse solo. Menciona que su hijo puede estar tranquilo cuando su madre tiene que retirarse. Siempre está bajo el cuidado de una figura de apego o alguien

a quien conoce. Cuando la madre regresa se muestra tranquilo, mantiene el contacto, le relata lo que ha hecho el tiempo que ella estuvo fuera y continúa con sus actividades. Por la conducta del niño se concluye que presenta **apego seguro** por la calma que mantiene cuando la madre se ha ido con la certeza de que regresará.

La última madre menciona que su hija está tranquila cuando ella tiene que retirarse y cuando regresa también mantiene la calma, sin embargo, el día que tiene que salir su hija no quiere dormir sola. Por esta conducta describimos a su tipo de apego como **inseguro ambivalente**.

6. Cuando su hijo-a necesita ayuda, ¿se acerca a usted y la solicita? (llora, lo hace solo, aunque sea evidente que requiere ayuda, se lo pide explícitamente)

Todas las madres de familia mencionan que sus hijos-as piden ayuda, sin embargo, hay casos en los que los niños-as lloran o se frustran, pero, cuando reciben ayuda, se calman.

«[...]bueno en mi caso, mi hija igual, o sea, puede hacer las cosas sola, pero, o sea, hay cosas en las que no, o sea, no alcanza o no da, me pide ayuda, pero ella si se frustra. Algo que no puede, o sea, como que tiene iras lo que se le podría llamar» (Pintado M., GF2)

«Él empieza a respirar y respirar y se calma y dice “mami, pero es que no entiendo, quiero jugar [...]» (Alcívar A., GF1)

7. ¿Con quién duerme el niño?

En el área del sueño han existido respuestas muy variadas. Dos madres mencionan que sus hijos comparten la habitación con sus hermanos, una de ellas acota que a veces su hijo duerme con ella cuando ha existido conflicto con sus hermanos durante el día. Dos madres, en cambio, mencionan que sus hijas tienen una habitación para ellas pero que a la hora de dormir las niñas desean que sus madres duerman con ellas. Una de las madres ha mencionado que sus hijos duermen en la cama de los padres y la última

mamá cuenta que ha llevado a cabo una rutina que le brinde seguridad a su hijo para que pueda dormir solo en su habitación, él duerme solo.

«[...] yo soy la que les digo a ellos hagamos pijamada, para dormir iguales»
(Dávalos A., GF2)

«[...]bueno yo a veces como mamá también creo que, yo también sufro de “hijitis” entonces es esa parte en la que, lo que estamos un poco medio complicándonos bastante»
(Pintado M., GF2)

Las madres, sin embargo, han mencionado que muchas veces el hecho de que sus hijos-as quieran dormir con ellas se debe a una persistencia por su parte por mantener cercanía con ellos”

8. ¿Cómo es el niño-a durante el día? (Tiene energía, pasa la mayoría del tiempo enojado-a, quiere dormir muchas veces al día)

Todas las madres comentan que sus hijos-as se mantienen activos-as durante el día, dedican gran parte del tiempo a jugar, saltar y no necesitan hacer siestas para recuperar energía. Pueden mantenerse activos durante el día independientemente del tipo de actividad que realicen.

«[...]todo el tiempo pasa con energía, pasa jugando, pasa, o sea, no se queda quieto» (Dávalos A., GF2)

«Bueno mi guagua siempre ha sido un niño súper activo, le encanta estar brincando, saltando, jugando todo el tiempo» (Flores D., GF1)

«Hay momentos en los que esta mas activo o que le gusta hacer actividades un poco mas de acción o hay veces en las que le gusta mas estar sentado haciendo manualidades, digamos que varía, no es que sea netamente activo o pasivo, tiene sus momentos»
(Figuerola F., GF1).

Preguntas adicionales

¿Saber qué han podido percibir que ha cambiado desde el uso de la app?

Algunas madres de familia mencionan que sus hijos ahora son mas afectivos; tienen la intención de dar caricias o expresar verbalmente su afecto. Una de las madres, incluso, ha acotado que su hijo es más gentil y empático; ha dejado algunas conductas agresivas. También se han logrado cambios positivos en el sueño, mencionan que sus hijos ahora mantienen un sueño mas profundo y tranquilo y por ello son mas productivos durante el día.

«[...] le ha ayudado a tranquilizar su estado emocional porque era muy grosero, muy tosco» (Dávalos A., GF2)

¿Qué cambios han percibido en ustedes mismos por el uso de la APP?

Las madres mencionan que han desarrollado cualidades positivas como la paciencia, constancia y calma. Ellas comentan que tras el uso de la APP se han hecho conscientes de la individualidad de sus hijos-as, de su participación en la vida diaria y de sus emociones y pensamientos individuales.

Conclusión

- Por medio del análisis del Test de Pittsburgh se ha concluido que existió mejoría en la calidad del sueño, el 15% de la población pasó de tener sueño patológico a estar dentro de un sueño de calidad.

- En el grupo focal se ha corroborado que la calidad del sueño de los-las participantes del estudio ha mejorado, mencionan las madres que ahora mantienen un sueño profundo y sin interrupciones durante la noche.

- La calidad del vínculo también ha mejorado por el uso de la APP, las madres han mencionado que ahora sus hijos-as tienen mayor intención de mantener contacto físico y son capaces de expresar afecto verbalmente.

- Los cambios en la conducta del niño-a se han extendido a la conducta de los padres y a la capacidad de comunicar sus necesidades, deseos y principalmente el afecto.

- Los padres se han beneficiado también de la aplicación: han percibido a sus hijos-as como seres individuales con sus propias emociones, sentimientos y necesidades lo que permite, inevitablemente, que les provean de independencia que permitirá a los niños-as con seguridad en la toma de decisiones y en las relaciones interpersonales.

- Debido a la intervención de la pandemia en el estudio, no se pudo llevar a cabo una investigación apropiada para poder determinar el tipo de apego que tenían antes las participantes. Sin embargo, por los resultados que se han obtenido en el grupo focal podemos concluir que los cambios en la forma de expresar el afecto han mejorado la calidad del vínculo.

DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como finalidad determinar si tras el uso de la aplicación «Storybook: masajes y cuentos», se han evidenciado efectos en la calidad de sueño y apego de los participantes. En relación con las preguntas de investigación planteadas al inicio del estudio, hemos encontrado que: la APP ha tenido efectos positivos en la calidad de sueño de los niños-as evaluados, permitiendo que las perturbaciones de sueño reduzcan de manera significativa por la reducción de los niveles de cortisol y aumento de oxitocina relacionados directamente a estados de relajación y meditación y a procesos de los sistemas corporales. Estos resultados se corroboran con información obtenida en los estudios a mencionar.

Tal como lo ha estudiado Lee (2005) quien realizó un estudio en que evaluaba la respuesta fisiológica, comportamental y con relación al peso por medio del masaje infantil en bebés prematuros. Los resultados del mismo mostraron que existió mejoría significativa en el tono vagal que se relaciona a la capacidad de recibir y asimilar los estímulos del ambiente y de un funcionamiento fisiológico óptimo. También se evidenció aumento de saturación de oxígeno que implica una reducción de niveles de estrés y disminución de frecuencia cardíaca relacionada a recepción activa de los estímulos, en este caso el táctil por medio del masaje, aunque estos no cambiaron de manera significativa. En el grupo experimental, se evidenció que los infantes presentaban menor duración y movimiento durante el sueño, mayor vigilancia, actividad motora y estados de vigilia progresivamente conforme el estudio avanzaba. Estos cambios son característicos de un proceso normal de maduración y son primordiales para promover respuestas a interacción social, particularmente para la relación paterno-filial. En base a estos resultados, el autor concluye que el masaje infantil puede mejorar la respuesta fisiológica y organización comportamental para niños-as prematuros.

Otro estudio realizado por Kubsch et al (2000) en el departamento de emergencias en hospitales de Estados Unidos, estudió la disminución del dolor que tenían los pacientes cuando se utilizaba estimulación cutánea como método analgésico no invasivo y no farmacológico. En el estudio se evaluaron algunos factores que intervienen en la percepción personal del dolor y factores fisiológicos como la presión arterial y la

frecuencia cardíaca. En estos aspectos existió una disminución significativa en la percepción del dolor, presión arterial sistólica y diastólica y la frecuencia cardíaca. Estos dos últimos aspectos se relacionan directamente con el funcionamiento del Sistema Nervioso Parasimpático, el mismo que está estrictamente relacionado con la disminución del estrés y, por ende, con la relajación y regulación de estresores.

Con respecto al vínculo afectivo de los niños-as con sus madres, no se ha podido determinar si la APP promueve una relación de apego seguro debido a la naturaleza del estudio, sin embargo, según las declaraciones recogidas, los-as participantes mostraron cambios significativos en la manera de expresar afecto a sus figuras de apego, fomentando la comunicación e intención de acercamiento afectivo.

Un estudio realizado por López-Quirós (2009) con profesionales en áreas de maternidad y neonatología en clínicas y hospitales en Costa Rica con respecto a conocimientos, experiencias y opiniones acerca de masaje infantil, concluye que dentro de los beneficios que se obtienen por medio de masajes destaca el fortalecimiento de vínculos entre el-la infante y la persona que facilita el masaje. Las participantes mencionan también que quienes obtienen estos beneficios directamente, aparte de los infantes, son sus cuidadores y familiares y que las personas idóneas para llevar a cabo el masaje son sus progenitores. Acotan, además que la relajación y manejo del estrés son efectos importantes del masaje infantil. Tal como es evidente en el estudio realizado con la APP «Storybook: masajes y cuentos», se concluye que el vínculo afectivo y la respuesta adecuada y emocional a los cuidadores ha aumentado tras el uso del masaje infantil. Además, el tiempo dedicado exclusivamente a la actividad por parte de los padres-madres puede brindar seguridad y un tiempo de calidad para compartir con los niños-as, que indudablemente se benefician de este.

Con los estudios mencionados, podemos concluir que los beneficios en el sueño que se obtienen del masaje infantil pueden ser generalizados de manera empírica por las herramientas existentes para medir procesos fisiológicos relacionados al sueño. El apego, sin embargo, puede ser medido de manera cualitativa y por la falta de una herramienta sistematizada, no se puede saber con certeza los cambios que se obtienen por el masaje.

CONCLUSIONES

- Los resultados de la muestra nos indican que existen beneficios tras el uso de la APP «Storybook: masajes y cuentos», en áreas de apego y sueño en los participantes.
- La utilización de la aplicación «Storybook: masajes y cuentos», se llevó a cabo en los meses de abril a junio, meses en los que se mantuvo cuarentena en el país lo que pudo ocasionar ciertos sesgos por la necesidad de adaptación a la situación del confinamiento.
- Los sesgos ocasionados por el confinamiento debido a la pandemia por COVID-19 podrían haber ocasionado cambios en la conducta infantil y en el sueño, por lo que el estudio puede presentar cierta inconsistencia.
- Por las dificultades que se presentaron en el proceso del estudio en cuanto a la metodología que iba a utilizarse, no se ha podido evaluar si el tipo de apego de los-as participantes ha cambiado tras el uso de la aplicación. Sin embargo, basándonos en el análisis del grupo focal, se puede concluir que la calidad del vínculo afectivo si ha mejorado y ahora los niños-as son capaces de expresar afecto con mayor seguridad y han logrado cierto grado de independencia basándose en la seguridad de volver a sus progenitores.
- La calidad de sueño ha mejorado considerablemente en los niños-as participantes, promoviendo mayor higiene: calidad subjetiva del sueño, eficiencia habitual del sueño y utilización de medicación para dormir. Además, han disminuido las conductas disruptivas a la hora de dormir.
- Debido a la pandemia de COVID-19, el estudio disminuyó su población considerablemente lo que no permite generalizar los resultados.

RECOMENDACIONES

- a. Realizar un estudio enfocado únicamente en el análisis del apego; qué cambios existen después del uso de la APP comparándolo con información obtenida previamente.
- b. El estudio no cuenta con una población significativa por lo que se sugiere que se repita con una población más extensa para que los resultados puedan ser generalizados.
- c. Repetir el estudio fuera de la situación de pandemia para obtener datos más acertados y acomodados a la «normalidad».
- d. Realizar la investigación con población de niños-as en distintas condiciones: situaciones de vulnerabilidad, trastornos del neuro-desarrollo, trastornos físicos, mentales y afectivos.
- e. Llevar a cabo un seguimiento más exhaustivo en el proceso de uso de la aplicación con el fin de evitar abandonos y asegurar la constancia en el uso.
- f. Preparar un programa de socialización acerca de los beneficios del masaje infantil en centros educativos dirigidos a padres-madres, cuidadores-as y maestros-as.

BIBLIOGRAFÍA

Admkumara. (28 de junio de 2013). *wawa Kumara*. Obtenido de Wawa kumara: Centro de Psicoprofilaxis, Estimulacion Prenatal y Temprana.:
<http://www.wawakumara.com.pe/estimulacion-tactil/>

Alvarado Román , Á., y Zambrano Ascencio, A. (2019). *Funcionalidad familiar y su asociación con el conocimiento, participación y actitud que tiene el padre sobre la lactancia materna exclusiva, en los Centros de Salud tipo C del Carmen y Puerto Quito, en el período de octubre 2018 a marzo 2019*. [Tesis de especialidad no publicada]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Ara Comín, M. (2012). El vínculo del apego y sus consecuencias para el psiquismo humano . *Intecanvis*, 7-17.
<https://www.raco.cat/index.php/Intecanvis/article/view/353994/445879>

Asensio, D. (s.f.). <https://www.cognifit.com/es/funciones-ejecutivas>

Atzil, S., Hendler, T., y Feldman , R. (2011). Specifying the Neurobiological Basis of Human Attachment: Brain, Hormones, and Behavior in Synchronous and Intrusive Mothers. *Neuropsychopharmacology*, 36, 2603–2615.
<https://www.nature.com/articles/npp2011172>

Bernard, T. (2015). *Ayurveda* . España: Robin Book.

Bram Vera , J. S., Ramírez Jeria, J. E., y Robles Escobar, M. A. (2010). *Cómo interviene el Masaje Básico Sentado en la mejoría de la calidad del sueño*. [Tesis de grado no publicada]. Universidad Pedro de Valdivia.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
<https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.28.5.759>

Busquete-Vanderheyden, M. (2009). *El bebé en tus manos: Método de las cadenas fisiológicas*. Paidotribo.

Buss Thofehn, M., López Montesinos, M., Rutz Porto, A., Coelho Amestoy, S., de Oliveira Arriera, I. C., y Mikla, M. (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 75-78.

<https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733230009.pdf>

Cabrera Guillén, M. J. (2005). *El Hospitalismo según René Spitz* [Tesis de grado no publicada]. Universidad del Azuay.

Çelebiog ̇lu, A., Gürol, A., Yildirim, Z. K., y Büyükavci, M. (2014). Effects of massage therapy on pain and anxiety arising from intrathecal therapy or bone marrow aspiration in children with cancer. *International Journal of Nursing Practice*. 21(6), 1-8.

<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1111%2Fijn.12298>

Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. (s.f.).

https://cinde.org.co/sitio/contenidos_mo_izquierda.php?it=344

Conley, O. (2018). Birth Without Violence (1975), by Frederick Leboyer. *The Embryo Project Encyclopedia*, (1). <http://embryo.asu.edu/handle/10776/2032>

Convertini, G. (2006). El sueño en la infancia: su implicancia en el desarrollo. *Congreso Argentino de Pediatría*, (34), 1-7.

https://www.sap.org.ar/docs/organizacion/comitesnacionales/ped_amb/Suenio.pdf

D. D. L. D del niño. (20 de noviembre de 1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. <https://observatoriodegenero.poder-judicial.go.cr/wp-content/uploads/2015/12/Obsgenero-Normativa-Internacional-Declaración-derechos-niños-A.G.-res....pdf>

Delgado García, L. R. (10 de agosto de 2017).

<https://www.milenio.com/opinion/luis-rey-delgado-garcia/para-reflexionar/patrones-de-comportamiento>

Familia, Igualdad y Bienestar Social . (s.f.).

<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/InfanciaYFamilia/EntidadesyOrganismos/CasaGrande/EspecialInformativoCasaGrande/Ficheros/Masaje%20Shantala%20para%20las%20familias.pdf>

Familias. (14 de febrero de 2020). <https://www.espacioautismo.com/que-significa-ser-una-persona-neurotipica/>

Field, T., y Hernandez, M. (2006). Sleep problems in Infants Decrease Following Massage Therapy. *Early Child Development and Care*, 168(1), 95-104.
<http://dx.doi.org/10.1080/0300443011680106>

Fonagy, P. (1999). Grupo Psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo. *Aperturas Psicoanalíticas*, (3). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000086>

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Revista Internacional de Psicoanálisis*.
<http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad2.4.pdf>

Gago, J. (28 de octubre de 2016). <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teor%C3%ADa-del-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf>

García Calvente , M., y Rodríguez , I. M. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186. HYPERLINK "https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X" \t "_blank" \o "Persistent link using digital object identifier"
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78485-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X)

Garrido , M. P. (07 de julio de 2015). <https://www.rededuca.net/kiosco/catedra/el-aprendizaje-experimental-de-kolb>

Girón García, S. (2008). Apego y Discapacidad. Congreso. *V JORNADAS DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA*, 1-15.
https://www.researchgate.net/publication/285589378_Apego_y_Discapacidad

Goldstein Ferber, S., Laudon , M., Kuint, J., Weller , A., y Zisapel, N. (2002). Massage Therapy by Mothers Enhances the Adjustment of Circadian Rythms to the Nocturnal Period in Full-Term Infants. *Developmental and Bahavioral Pediatrics* 23(6), 410-415. <https://sci-hub.mkksa.top/10.1097/00004703-200212000-00003>

González Gracia, M. (2007). Masaje Infantil. *Medicina Naturista*, 1(2), 102-119. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2328582>

Hamui-Sutton, A., y Varela-Ruiz, M. (2013). La Técnica de Grupos Focales . *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60. [https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1016%2FS2007-5057\(13\)72683-8](https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1016%2FS2007-5057(13)72683-8) \t "_blank" 10.1016/S2007-5057(13)72683-8

Hill, R., y Baskwill, A. (2013). Possitive Effects of Massage Therapy on a Patient with Narcolepsy. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 6(2), 24-28. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.3822%2Fijtmb.v6i2.205> \t "_blank" 10.3822/ijtmb.v6i2.205

Instituto del Sueño. (2019). <https://www.iis.es/que-es-como-se-produce-el-sueno-fases-cuantas-horas-dormir/>

International Association of Infant Massage. (s.f.). <http://www.iaim.net/languages/spanish/>

Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., y de la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la version en español del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 44(6), 491-496. https://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n6/27_vol_144_n6.pdf

Kubsch, S. M., Neveau, T., y Vandertie, K. (2000). Effect of cutaneous stimulation on pain reduction in Emergency Department patients. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 6(1) 25-32. HYPERLINK "https://doi.org/10.1054/ctnm.1999.0429"

\t "_blank" \o "Persistent link using digital object identifier"

<https://doi.org/10.1054/ctnm.1999.0429>

Lee, H. K. (2005). The Effect of Infant Massage on Weight Gain, Physiological and Behavioral Responses in Premature Infants. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(8), 1451-1460. HYPERLINK

"https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.8.1451" \t "_blank" 10.4040/jkan.2005.35.8.1451

León Alayo, M. L., y Huertas-Angulo, F. (2020). Vinculación del padre para la lactancia materna en neonatos hospitalizados. *SCIÉENDO*, 23(1), 19-26. HYPERLINK
"https://doi.org/10.17268/sciendo.2020.003" <https://doi.org/10.17268/sciendo.2020.003>

López Quirós, L. P. (2009). El masaje infantil: conocimientos, experiencias y opiniones de profesionales de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 16, 1-17. HYPERLINK

"https://doi.org/10.15517/revenf.v0i16.3613" [10.15517/REVENF.V0I16.3613](https://doi.org/10.15517/revenf.v0i16.3613)

López Ramirez , C. E., Arámbula-Almanza, J., y Camarena-Pulido, E. E. (2014). Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. *Ginecol Obstet Mex*, 82(7), 472-482. <https://www.medigrafix.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147f.pdf>

Mansor, M. R. (31 de Marzo de 2013).
<https://www.scribd.com/document/133217996/Mansor-Baby-Massage-What-You-Should-Know>

Martinez, D. (30 de Junio de 2017). <https://www.avantmedic.com/es/consejos-de-salud/la-medicina-ayurveda-breve-introduccion-a-sus-principios/>

Masalán A., M., Ortiz C. , M., y Sequeida Y., J. (2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(5), 554-564. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000500012>

Medina, M. P., Cahn, I. C., Muñoz Huerta , P., Levya Sánchez , J., Moreno Calixto , J., y Vega Sánchez , S. M. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 565-573
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300022

Mindell, J. A., y Williamson, A. A. (2018). Benefits of a Bedtime Routine in Young Children: Sleep, Development, and Beyond. *Sleep Medicine Reviews*, (40) 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.10.007>

Montero Saeteros, E. J., Ochoa Ávila , M., y Segarra Mogravejo , Á. S. (2014). *Alteraciones de la calidad del sueño y factores de riesgo asociados en trabajadores de la empresa Hidropaute de la ciudad de Cuenca*. [Tesis de grado no publicada]. Universidad de Cuenca.

Morales, J. (2014). *Masaje para tu bebé*. Hispano Europea.

Naciones Unidas. (20 de noviembre de 1989).
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>

Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
<https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>

Olza Fernandez, I., y Marín Gabriel, M. Á. (2014). Neurobiología del vínculo maternofilial: aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014*, 29-39.

Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., y Duskin Feldman , R. (2009). *Psicología del Desarrollo*. Mc Graw Hill.

Real Academia Española. (octubre de 2020). <https://dle.rae.es>

Rivera, A. (21 de febrero de 2015).

<https://www.scribd.com/document/256432082/Indice-de-Calidad-de-sueno-de-Pittsburgh>

Royuela Rico , A., y Macías Fernández , J. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9(2), 81-94.

https://www.researchgate.net/profile/Angel-Royuela/publication/258705863_Propiedades_clinimetricas_de_la_version_castellana_del_cuestionario_de_Pittsburgh/links/02e7e528de0c9d6e1f000000/Propiedades-clinimetricas-de-la-version-castellana-del-cuestionario-de-Pittsburgh.pdf

Ruiz Galán, A. M., Pérez González , M. C., Bravo Ferrón , S., y Romero de Hombrebueno, I. (2009). Programa para favorecer el proceso del apego en niños con trastorno general del desarrollo a través del masa infantil. *NURE INVESTIGACIÓN*, (45), 01-08. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/482/471>

SEPEAP. (2019). *Pediatría Integral*. Ediciones Ergon.

Serrano-Gómez, M. E., Moreno-Pérez, M. C., Gaitán-Montero, M. A., Susa-Angarita, A. M., Gómez-Henao, J., Suárez-Delgado, G. P., y Sánchez-Méndez, K. (2018). Efectos del masaje terapéutico sobre la ansiedad y el estrés en población pediátrica. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 66(3), 357-363. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.60323>

Talero , C., Durán , F., y Pérez, I. (2013). Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Revista Ciencias de la Salud*, 11(3), 333-348. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v11n3/v11n3a08.pdf>

Thorpy, M. (2012). Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics*, (9), 687-701. HYPERLINK "https://doi.org/10.1007/s13311-012-0145-6"
<https://doi.org/10.1007/s13311-012-0145-6>

ANEXOS

Glosario

Aprendizaje experimental: el conocimiento que se obtiene a través de la propia experiencia (Garrido , 2015).

Cuidador: persona que presta atención, asiste y conserva la salud holística de otra persona (Real Academia Española, 2020).

Conductas de apego: comportamientos recíprocos que tienen como finalidad forjar un vínculo afectivo con otro individuo. Las conductas de apego del infante suelen ser sonrisas, búsqueda de proximidad y contacto físico constante, en los adultos se presentan como consolar, sostener, calmar. Estas conductas varían según la percepción que tenga el sujeto de las señales que recibe del entorno que le pueden o no proporcionar seguridad (Fonagy, Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría, 1999).

Estimulación táctil: es el acto de provocar distintas percepciones táctiles y es recomendada generalmente para desarrollar habilidades kinestésicas en bebés (Admkumara, 2013).

Funciones ejecutivas: propuesto por Muriel Lezak en 1982, se refiere a las habilidades cognitivas que nos permiten adaptarnos, controlar nuestra conducta, pensar, elegir, almacenar y resolver problemas (Asensio, s.f.)

Neurodesarrollo: proceso dinámico de interrelación entre el infante y el entorno. Por medio de esta relación se desarrollan habilidades cognitivas y ejecutivas, establecimiento de estructuras de personalidad y la maduración del sistema nervioso. (Medina, y otros, 2015)

Neurotípico: se refiere a todas las personas que no padecen de ningún trastorno relacionado al neurodesarrollo (Familias, 2020).

Patrones de conducta: Son formas persistentes en las que las personas actúan, piensan y reaccionan ante determinadas situaciones (Delgado García , 2017)

Vínculo afectivo: es la relación que se establece con otra persona cuyo sustento es el amor, compasión y la búsqueda de bienestar mutuo. Puede establecerse con una o varias personas. El primer vínculo afectivo se establece generalmente con un cuidador-a (Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud , s.f.).

Consentimiento informado

Saludos cordiales,

Mediante la presente, intentamos llegar a ustedes con el propósito de participarles del proyecto de investigación realizado por las estudiantes Verónica Astudillo y Verónica Ordoñez, el cual culminará en su proyecto de titulación de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay. El proyecto consiste en la investigación de los beneficios proporcionados por la aplicación Storybook: masajes y cuentos, en áreas de sueño y apego de los niños. La APP Storybook es una herramienta tecnológica que se utiliza en aparatos inteligentes (Teléfonos celulares, Tablet y computadoras) que tiene como fundamento que la combinación de masajes guiados e historias, pueden favorecer al mejoramiento de: calidad de sueño, apego y disminución de estrés, ansiedad y conductas disruptivas en padres e hijos. Para dicha investigación es necesaria su colaboración y participación de manera comprometida para que esto se pueda llevar a cabo. La información recaudada será confidencial y anónima y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los fines ya mencionados. La participación en este estudio no vulnerará psicológicamente, pero en el caso que desee puede retirarse del estudio cuando considere conveniente.

Números de contacto

Ma. Verónica Ordoñez Pesántez 099 978 4402

Verónica Astudillo Alvarez 099 815 4743

CONSENTIMIENTO INFORMADO APODERADOS

Yo, _____, con cédula de identidad N° _____, apoderado/a (padre, madre u otro) de _____, manifiesto que he sido informado/a de la participación de mi hijo/a en la Investigación de titulación basada en la aplicación Storybook: cuentos y masajes, en el curso del presente año lectivo 2019-2020 en el cual facilitaré información en el transcurso de la misma.

Tomando aquello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para participar a la par de mi representado en los controles asociados a la investigación. Del

mismo modo, autorizo el uso de imágenes fotográficas y registro audiovisual de mi representado/a en caso de ser necesario.

FIRMA

Cuenca, 19 de octubre de 2019

Test de Pittsburgh

Sección 1 de 4

Los efectos de la aplicación Storybook: masajes y cuentos en el apego y el sueño.

Estimados padres de familia, estos son los cuestionario que se enviaron a ustedes en las agendas de sus niños semanas atrás. Hemos considerado necesario recibir dicha información con el fin de que estas semanas por venir puedan aprovechar el uso de la Aplicación que habíamos ofrecido poner a su disposición, sin embargo para poder obtener los resultados esperados necesitamos recibir esta información primero. Posterior a su respuesta, los creadores de la APP se contactarán con ustedes para proveerles del código que utilizarán para el uso gratuito de la APP.

Agradecemos de antemano su colaboración.

- Verónica Astudillo (Estudiante de Psicología Clínica)
- Verónica Ordóñez (Estudiante de Psicología Clínica)

Nombre del Representante

Texto de respuesta corta

Edad de su hijo:

- ☐ 0-1 años
- ☐ 2-3 años
- ☐ 4-5 años
- ☐ 6-7 años

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh



Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que su hijo/a ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? (Anote el tiempo en minutos) *

Texto de respuesta corta

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? (Anote el tiempo en minutos) *

Texto de respuesta corta

3. Durante el último mes, ¿A qué hora se ha estado levantando por la mañana? *

Texto de respuesta corta

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido) *

Texto de respuesta corta



5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de: a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora: *

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

*

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al sanitario:

*

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

*

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

*

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

*

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

*

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o “malos sueños”:

...

*

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

*

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

j) Otras razones (por favor descríbalas a continuación):

Texto de respuesta larga

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir? *

- ☐ Bastante buena
- ☐ Buena
- ☐ Mala
- ☐ Bastante mala

...

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

Preguntas grupo focal

1. ¿Cuál fue la rutina de preparación para llevar a cabo el masaje? ¿El niño solicitó en algún punto el masaje?
2. ¿Qué respuesta tiene su hijo-a las caricias del cuidador?
3. ¿Ha percibido cambios en la relación afectiva con su hijo-a y en su conducta a partir de que empezó el uso de la APP? Si ha cambiado, ¿Cómo era antes?
4. ¿Piensa que su hijo-a ahora puede ser más independiente? Y cuando usted no está, ¿Cómo actúa? (Puede volver hacia usted con calma después de haber estado solo o solamente sin usted por un período considerable de tiempo) (Le sigue, no nota que se ha ido, llora, pero no le busca).
5. Cuando su hijo-a está frustrado-a, triste o llorando, ¿Qué hace el para calmarse? ¿Qué conductas auto-regulatorias utiliza para regresar a un estado de tranquilidad? ¿Es fácil consolarle?
6. Cuando su hijo-a necesita ayuda, ¿se acerca a usted y la solicita? (llora, lo hace solo, aunque sea evidente que requiere ayuda, se lo pide explícitamente)
7. ¿Con quién duerme y dónde duerme el niño-a?
8. ¿Cómo es el niño-a durante el día? (Tiene energía, pasa la mayoría del tiempo enojado-a, quiere dormir muchas veces al día)

Reunión Grupo Focal

