



# Estilo de apego entre madre e hijo lactante según representaciones mentales de apego y nivel de resiliencia materna

---

Seminario de tesis para optar al grado de  
Licenciada (o) en Enfermería

**Autores:** Liliana Muñoz Caroca.

Yakelin Órdenes Martínez.

Francisca Ortega Guerrero.

Tatiana Quiroz Jeria.

Nicole Speer López.

Danitza Vicencio Tapia.

**Docentes guía:** Lucy Armstrong B.

Josephine Bratz.

Valparaíso, Chile 2013.

## Agradecimientos

Expresamos nuestra más profunda gratitud a todas aquellas personas que hicieron posible de una u otra forma el desarrollo de nuestra investigación, además de contribuir a nuestro proceso de crecimiento personal y de formación académica, lo que sin duda nos ayudará a enfrentar el mañana de una mejor forma.

A nuestras Docentes guías (Mg) Lucy Armstrong y Josephine Bratz , quienes nos orientaron y colaboraron durante todo el desarrollo de nuestra tesis, otorgándonos su apoyo, experiencia y competencias necesarias para lograr un trabajo exitoso.

A la Corporación Municipal de Valparaíso, por su gran disposición para la ejecución de nuevas investigaciones, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida y salud de la comunidad. Además agradecemos su tramitación expedita y rápida de autorizaciones requeridas, así como su disposición permanente de ayuda.

A los Centros de Salud Familiar (CESFAM) en los que realizamos nuestra investigación, por la grata acogida de sus funcionarios, permitiendo el acceso oportuno a su población y a la documentación necesaria para ejecutar nuestra investigación.

A los seminaristas de la carrera de psicología y su docente guía (Mg) Paula Solervicens por la colaboración en la aplicación de instrumentos utilizados en nuestra tesis.

Por último, agradecemos a nuestras familias, quienes nos han apoyado en este importante proceso, el cual no sólo nos ha aportado como estudiantes, sino que también a crecer como personas, futuras profesionales y madres.

## ÍNDICE DE MATERIAS

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁGINA</b>
AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE DE MATERIAS	III
ÍNDICE DE GRÁFICOS	V
ÍNDICE DE TABLAS	VI
INDICE DE ANEXOS	VIII
<b><u>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</u></b>	2
1.1 Introducción a la investigación.	3
1.2 Planteamiento del problema.	5
1.3 Objetivos generales y específicos.	6
<b><u>CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL.</u></b>	7
2.1 Antecedentes.	8
2.2 Fundamentos teóricos de la investigación.	11
2.3 Definición y Operacionalización de variables.	25
<b><u>CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS.</u></b>	43
3.1 Diseño de la investigación.	44
3.2 Población en estudio.	44
3.3 Selección de la muestra.	45
3.4 Descripción de los instrumentos.	47
3.5 Procedimiento de recolección de datos.	51
3.6 Procesamiento y análisis de datos.	53

3.7 Limitaciones de la investigación	53
<b><u>CAPÍTULO 4: RESULTADOS.</u></b>	54
4.1 Características de la muestra.	55
4.2 Análisis descriptivo de variables.	59
<b><u>CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.</u></b>	72
5.1 Discusión.	73
5.2 Conclusiones y sugerencias	75
5.3 Resumen de la investigación	80
5.4 Abstract	82
<b><u>CAPÍTULO 6: PÁGINAS COMPLEMENTARIAS</u></b>	84
6.1 Lista de referencias bibliográficas	85
6.2 Anexos	91

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 1</b> “Distribución de la muestra según estilos de apego”.	59
<b>Gráfico N° 2</b> “Distribución de la muestra según nivel Global de resiliencia materna”.	64
<b>Gráfico N° 3</b> “Distribución de la muestra según tipo de representación mental de apego materna”.	65

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1</b> “Distribución de la población según CESFAM”.	44
<b>Tabla N°2</b> “Distribución muestreo estratificado de asignación proporcional aleatoria por cada consultorio”	46
<b>Tabla N°3</b> “Distribución de la muestra según edad de la madre”	55
<b>Tabla N°4</b> “Distribución de la muestra según nivel de escolaridad de la madre”	56
<b>Tabla N°5</b> “Distribución de la muestra según ocupación de la madre”	56
<b>Tabla N°6</b> “Distribución de la muestra según tipo de familia”	58
<b>Tabla N°7</b> “Distribución de la muestra según resultado final de lactante en pauta breve”	
<b>Tabla N°8</b> “Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego seguro hacia sus lactantes”	60
<b>Tabla N°9</b> “Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego inseguro evitante hacia sus lactantes”	60
<b>Tabla N°10</b> “Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan apego inseguro ambivalente hacia sus lactantes”	61
<b>Tabla N°11</b> “Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego seguro hacia sus madres”	62
<b>Tabla N°12</b> “Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego inseguro evitante hacia sus madres”	63
<b>Tabla N°13</b> “Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan apego inseguro ambivalente hacia sus madres”	63
<b>Tabla N°14</b> “Distribución estilo de apego seguro según nivel de resiliencia global”.	65
<b>Tabla N°15</b> “Distribución estilo de apego inseguro evitante según nivel de resiliencia global”.	66

<b>Tabla N°16</b> “Distribución estilo de apego inseguro ambivalente según nivel de resiliencia global”.	66
<b>Tabla N°17</b> “Distribución estilo de apego seguro según nivel de resiliencia por factores”.	67
<b>Tabla N°18</b> “Distribución estilo de apego inseguro evitante según nivel de resiliencia por factores”.	68
<b>Tabla N°19</b> “Distribución estilo de apego inseguro ambivalente según nivel de resiliencia por factores”.	69
<b>Tabla N°20</b> “Distribución estilo de apego seguro según representación mental materna de apego”.	70
<b>Tabla N°21</b> “Distribución estilo de apego inseguro evitante según tipo de vínculo de representación mental materna de apego”.	70
<b>Tabla N°22</b> “Distribución estilo de apego inseguro ambivalente según tipo de vínculo de representación mental materna de apego”.	71
<b>Tabla N°23</b> “Distribución de la muestra según estilo de apego, nivel de resiliencia y representaciones mentales maternas.”	71

## INDICE DE ANEXOS

<b>Anexo N°1:</b> Escala Massie-Campbell.	90
<b>Anexo N°2:</b> SV-RES.	91
<b>Anexo N°3:</b> Parental Bonding Instrument (PBI).	94
<b>Anexo N°4:</b> Cuestionario de Recolección de Información.	95
<b>Anexo N°5:</b> Protocolo de Visita Domiciliaria.	97
<b>Anexo N°6:</b> Pauta Breve de Desarrollo Psicomotor.	100
<b>Anexo N°7:</b> Consentimiento informado para participantes de investigación.	101
<b>Anexo N°8:</b> Ficha de Consentimiento Informado para participantes.	103
<b>Anexo N°9:</b> Carta de autorización de CORMUVAL.	105
<b>Anexo N°10:</b> Tabla “Distribución de la muestra según estilos de apego”.	106
<b>Anexo N°11:</b> Tabla “Frecuencia de la muestra según nivel global de resiliencia materna”.	106

# **CAPÍTULO 1:**

# **Introducción**

## 1.1 INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

El vínculo de apego es el primer lazo que entabla el niño(a) desde su gestación, a través del cual busca la seguridad y confianza que requiere para desarrollar todas sus dimensiones personales. La calidad de este vínculo, instaurado durante el primer año de vida, es determinante en los diversos aspectos biopsicosociales, durante el proceso de crecimiento y desarrollo.

Ainsworth (1979) señala que los niños(as) que desarrollan un apego seguro en su primer año de vida tienden a ser más cooperadores, expresan afectos más positivos y son menos agresivos que aquellos con vínculos inseguros. Además, contribuye a que posteriormente el niño(a) entable relaciones más competentes y compasivas con sus pares (Fonagy, 1994). Así mismo, la forma y grado del aprendizaje están influenciados por el apego y las experiencias tempranas del niño(a) (Geddes, 2010).

Un estudio en la ciudad de Valparaíso (Armstrong y Bratz, 2012), que describe el estilo de apego según características familiares y personales del lactante, señala que factores como maternidad adolescente y depresión post-parto, no determinan la calidad de este vínculo.

Por otro lado, existen factores de carácter intrínseco de la madre, tales como los complementarios a su rol materno que podrían repercutir en la formación del vínculo de apego. Uno de ellos es la resiliencia, considerada una competencia parental que ayuda a satisfacer las necesidades evolutivas y educativas del niño(a) (Reder, Duncan y Lucey, 2003). Otro factor considerado intrínseco materno son las representaciones mentales de apego, las cuales consisten en la percepción de las experiencias personales recordadas de este vínculo.

En la atención primaria de salud en Chile, el profesional enfermero cumple con el rol de favorecer el bienestar integral del niño(a) y su familia, fomentando un apego seguro y pesquisando tempranamente alteraciones en la calidad del vínculo, a través de la aplicación del instrumento Massie-Campbell. Según las estadísticas de los CESFAM pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, la frecuencia de estilo de apego seguro es de un 99%, en los meses de Agosto y Septiembre del 2012.

Al considerar las investigaciones realizadas, la realidad estadística que hoy presenta la Corporación Municipal de Valparaíso sobre los estilos de apego y la falta de estudios que describan los factores intrínsecos maternos tales como resiliencia y representaciones mentales maternas, surge la motivación de realizar el presente estudio, enfocado en la realidad local, respecto a la distribución de los estilos de apego madre e hijo(a) según aquellos factores intrínsecos mencionados, con el objetivo de promover el desarrollo de propuestas de intervención en la atención primaria, que favorezcan estos aspectos.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el estilo de apego entre madre e hijo/a lactante según representaciones mentales de apego y nivel de resiliencia materna, en los Centro de Salud Familiar (CESFAM) pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL), en el segundo semestre del 2012?

### Definición de términos:

**Estilos de apego:** Tipo de relación afectiva entre madre e hijo(a) lactante, según resultado de aplicación de Escala Massie-Campbell.

**Madre:** Biológica, de 18 años o más, que sea la cuidadora principal del lactante.

**Lactante:** Niños nacidos entre el 1° de Octubre y el 31 de Octubre del año 2011, y atendidos en los Centro de Salud Familiar (CESFAM) pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL): Padre Damián, Esperanza, Puertas Negras, Placeres, Placilla, Barón, Rodelillo, Reina Isabel, Quebrada Verde, Marcelo Mena y Cordillera.

**Representaciones mentales de apego:** Forma simbólica de dar cuenta del estilo de apego de la madre de los lactantes en estudio y su figura vincular en su niñez. Medida a través del instrumento Parental Bonding Instrument (PBI).

**Resiliencia:** Factor intrínseco materno referente a la capacidad de enfrentar la adversidad de la vida, medida en niveles según escala SVRES.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **General:**

Determinar el estilo de apego entre madre e hijo(a) lactante según representaciones mentales de apego y nivel de resiliencia materna, controlados en los CESFAM de la CORMUVAL, durante el segundo semestre del año 2012.

#### **Específicos:**

1. Identificar los estilos de apego de la muestra en estudio.
2. Describir las conductas de apego de la muestra en estudio.
3. Identificar las representaciones mentales de apego en las madres de la muestra en estudio.
4. Determinar el nivel de resiliencia materna de la muestra en estudio.
5. Identificar los factores de resiliencia de las madres en estudio.
6. Describir el estilo de apego según representaciones mentales de apego y resiliencia materna.
7. Describir la muestra según características personales y familiares.

# **CAPÍTULO 2:**

# **Marco Conceptual**

## 2.1 ANTECEDENTES

Las primeras teorías relacionadas con el vínculo de apego madre-hijo(a) fueron planteadas por el psicoanalista John Bowlby, a mediados del siglo XX, quién desarrolla la teoría del apego mediante investigaciones acerca de la separación de niños con sus madres, comprobando que producto de la ausencia materna, los niños(as) presentaban alteraciones psicoemocionales.

Mediante su teoría, Bowlby explica cómo el ser humano establece vínculos emocionales con los demás y describe las consecuencias psicosociales que se producen cuando aquellos vínculos se ven amenazados.

Asímismo Ainsworth (1978), psicóloga estadounidense creó un método para objetivizar y corroborar el vínculo de apego descrito por Bowlby en su teoría, denominado “Situación extraña”. Éste método consiste en someter al niño(a) a una situación de estrés en compañía de una persona desconocida y así comprobar el uso que hace el menor de su figura de apego como base para su seguridad. De esta forma, se pudo identificar posteriormente tres estilos de apego: seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente.

Diversas investigaciones han estudiado la prevalencia de los distintos estilos de apego tanto a nivel mundial como en Chile. Un estudio estadounidense (Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg y Frenkl, 1992) realizado en 1.584 lactantes entre los años 1977 y 1990 determina la frecuencia a nivel mundial de los estilos de apego, señalando que un 67% corresponde a estilos de apego seguros, 21% inseguros- evitativos y un 12% como inseguros- ambivalentes.

En Chile, la investigación “*Apego y Psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida*” (Quezada y Santelices, 2009) realizado en Santiago a una muestra de 72 lactantes, refiere un 25% estilos de apego inseguro evitante, un 5,6% de estilos de apego inseguro ambivalente y un 69,4% de estilos de apego seguro.

Por otra parte, existen investigaciones destinadas a visualizar cómo se desarrolla el estilo de apego madre-hijo(a). Spitz (1945) señala que este vínculo está determinado por factores como características del niño y de la madre, calidad de la crianza y otros, como abandono materno e institucionalización. En relación a las características maternas, se encuentran las representaciones mentales de apego, rasgo descrito como la pauta con que los adultos dirigen sus respuestas afectivas y conductuales hacia los niños a su cargo, formadas en gran parte durante su infancia (Bowlby, 1969, 1980, 1995, 1997, 2003). La forma en que la madre fue tratada por su propio cuidador durante la infancia, determina la representación mental de apego que ella adquiere y por ende la forma en cómo tratará a sus hijos(as) y el estilo de apego que entablará con ellos.

Además de las representaciones mentales de apego que posee la madre, la resiliencia es otra característica materna que influye y adquiere relevancia en la formación del vínculo, ya que las madres pueden interpretar su condición, por más adversa que sea, como una situación para lograr una transformación positiva (Nóblega, 2006). Por ejemplo, una madre que posee representaciones mentales de apego inseguras (considerado una condición adversa para el apego que tendrá con su hijo) pero un nivel de resiliencia alto, puede llegar a realizar una transformación positiva y entablar así un estilo de apego seguro con su hijo(a).

Es así, que es posible cambiar los patrones representacionales de apego que han sido adquiridos durante la infancia, a partir de nuevas experiencias, tanto positivas como negativas (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). Entonces, la resiliencia sería una característica materna determinante para generar un cambio importante en las representaciones de apego que ella posea.

En relación a la formación de resiliencia en los niños(as), Ainsworth menciona que los niños que crecen durante sus dos primeros años de vida con un vínculo de apego seguro, desarrollan características que promueven comportamientos resilientes.

Fonagy (1994), menciona que la influencia que ejercen los padres durante los dos primeros años de vida del niño(a), puede ser altamente adaptativa, ya que el niño(a) aísla modelos representacionales de apego transmitidos por sus padres de forma independiente, lo que

permite que se genere modelos internos de trabajo seguros, junto a otros inseguros, lo cual sería representativo en los casos de niños maltratados por sus padres, y que aún así muestran conductas resilientes.

La evidencia indica que los niños(as) resilientes tienden a manifestar un adecuado comportamiento social, regulación afectiva, capacidad de resistencia en situaciones desafiantes, orientación hacia los recursos sociales, y habilidades cognitivas (ingenio o creatividad) (Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla, 1997).

De acuerdo a lo anterior, la resiliencia es un factor clave tanto para la madre como para el niño(a), ya que si la madre posee un alto nivel de resiliencia puede formar un vínculo seguro con su hijo(a) a pesar de poseer representaciones mentales de apego inseguras. A su vez, el formar un apego seguro madre e hijo fomenta la resiliencia en el niño(a), lo que trae consigo una gran cantidad de beneficios psicoemocionales.

Respecto a la resiliencia en Chile, los investigadores Saavedra y Villalta (2008), realizaron un estudio comparativo con el objetivo de describir las características resilientes en personas entre 15 y 65 años de edad. El estudio señala que los jóvenes entre 19-24 años, presentan niveles de resiliencia más altos que aquellos entre 46 y 55 años, lo cual se explicaría por el hecho de que la etapa de juventud se caracteriza por una gran cantidad de proyectos y vitalidad, mientras que la adultez es vivida como una etapa de crisis, en la cual se sufre la partida de los hijos(as) y el cambio de roles. Sin embargo, no existe una diferencia significativa al comparar los niveles globales de resiliencia con los demás tramos de edad, y tampoco en la comparación por género.

## 2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

### Apego

El Apego se define como el vínculo afectivo que se desarrolla en los primeros años de vida de las personas, el cual se hace presente principalmente en situaciones de amenaza, en donde se busca una figura que proporcione protección, seguridad y bienestar para obtener su autorregulación.

#### **Principales teorías de apego:**

La teoría del apego, surge a partir de los años cincuenta y tiene como principal exponente al psiquiatra y psicoanalista John Bowlby, quién define al apego como una conducta instintiva, activada y modulada que se desarrolla durante los primeros meses de vida, y tiene como objetivo mantener al niño(a) en proximidad con su “figura de apego central”, siendo ésta, en la mayoría de los casos, la madre biológica y en otros, alguna persona que brinde afecto y cuidados maternos al niño.

Descritos por Moneta (2005) los principios fundamentales del apego según Bowlby (Apego 1969; Separación 1973, Perdida 1980) son:

- 1) El apego se considera como un sistema innato presente tanto en humanos y otras especies de animales, permite que las conductas de apego (llanto, búsqueda de proximidad) se activen en situaciones de estrés y se organicen, de manera flexible, en torno a la figura vincular.
- 2) Bowlby (1973) denominó “modelos internos activos” a las representaciones mentales que el niño construye entorno a sí mismo y a la figura vincular, durante la infancia. Estos modelos reflejan la confianza que el niño(a) desarrolla en sí mismo como alguien aceptable, merecedor de cuidado y protección, y se generan en base a la accesibilidad o inaccesibilidad de la figura vincular. La accesibilidad de ésta tiende a proveer una base segura, lo que provocaría ansiedad

ante una eventual separación. En la medida que el niño(a) crece es capaz de tolerar, de mejor manera, la separación con su figura vincular.

3) El apego involucra mantener la proximidad, protestar frente a la separación y usar a la figura vincular como “base segura” para la exploración. Cuando las conductas de apego fracasan repetidamente en recuperar a la figura vincular, el niño(a) desarrolla estrategias defensivas que excluyen la información dolorosa de su conciencia. (Moneta, 2005)

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) distinguen y caracterizan tres patrones de apego, los que a lo largo del tiempo se han estudiado para poder definir con mayor certeza las causas y consecuencias de cada uno en el desarrollo del niño(a). Estos se describen a continuación:

*Tipo A: Inseguro Evitativo;* durante la separación con la figura vincular no se angustia ni llora y en la reunión evita e ignora al progenitor, hay una exploración hiper-activada. Esta conducta demuestra que hay desconfianza de recibir los cuidados por parte de los padres en alguna situación que lo requieran. Algunos de ellos tratan al extraño de un modo más amistoso que a la propia madre. Esto quiere decir que el niño no expresa su stress ya que no sienten que los padres sean aparentemente capaces de actuar de modo eficaz en su función de calmarlos, por esta razón son niños más independientes, y no demuestran afecto hacia el padre, madre o cuidador y éstos a su vez evitan el contacto afectivo.

*Tipo B: Seguro;* en la separación se angustia y llora, pero en la reunión saluda al padre o la madre, enseguida quedan consolados y vuelven muy pronto a absorberse en el juego. Existe un equilibrio entre exploración y apego. Este comportamiento indica que sienten confianza en los padres, y que estos serán accesibles, sensibles y colaboradores si se encuentran en una situación que signifique amenaza para ellos. Son niños/as activos en la búsqueda de cariño y contención y cuando se sienten tranquilos suelen ser curiosos en la exploración. Los padres cumplen una función de empatía por su hijo en cuanto a sus necesidades, son comprometidos en los procesos de crianza y dan cuidados coherentes, predecibles y estables.

*Tipo C: Inseguro Ambivalente;* en la separación se angustia mucho y llora, en la reunión se produce una ambivalencia entre la ira y el cariño, oscilan entre buscar la proximidad y el contacto con la madre o padre u oponerse al contacto y a la interacción. Este comportamiento indica inseguridad, no sienten la confianza con su figura vincular para que le brinde los cuidados. Los niños/as muestran conductas extremadamente sensibles y de aferramiento hacia la madre y en momentos de separación se frustran y sienten ira, están tan enfocados en su vínculo afectivo que suelen no explorar el ambiente. Los padres o madres con este tipo de apego a sus hijos(as) suelen actuar de forma inconsistente, pasando de ser sobreprotectores e intrusivos hasta indiferentes y poco protectores.

Posteriormente Main & Solomon (1990), definieron un cuarto tipo de apego, al cual nombraron “desorganizado/desorientado” y que está relacionado con psicopatología paterna.

*Tipo D: Inseguro Desorganizado;* carece de estrategia para enfrentar la separación y cuando se reúnen actúa de forma confusa, siente temor.

Esta forma de apego se ha encontrado mayoritariamente en poblaciones con niños(as) de alto riesgo, es decir aquellos sometidos a maltrato o abuso. Se caracterizan por una falta de estabilidad emocional, irritabilidad y pérdida del control con facilidad, son tensos, impulsivos y con un alto grado de frustración. Los padres con relación vincular de apego desorganizado no poseen las capacidades para atender a las necesidades básicas y afectivas del niño, más bien los maltratan física y psicológicamente dejando secuelas exponenciales para su vida de adulto.

### **Desarrollo del apego.**

La formación del vínculo de apego ocurre, según la teoría de Bowlby, en cuatro fases:

1. Fase de Pre-apego. (Desde el nacimiento hasta la sexta semana de vida aproximadamente).

En esta etapa, la conducta del niño radica en reflejos determinados genéticamente y que contribuyen a la supervivencia. A través de algunos gestos como la sonrisa o el llanto, el niño atrae la atención de otros seres humanos y a la vez puede responder a los estímulos provenientes de su entorno dinámico. De esta forma, aparece un reconocimiento sensorial primario hacia la madre, el niño demuestra preferencia por su voz, aunque todavía no existe un vínculo de apego propiamente tal formado.

2. Fase de formación del apego. (Desde la sexta semana al sexto mes de vida)

El niño orienta su conducta y responde a su madre de forma más clara que antes. Sonríe, balbucea y sigue con la mirada a su madre de una manera más consistente que con el resto de las personas. Sin embargo, aún no muestra ansiedad cuando se le separa de su figura materna, a pesar de reconocerla perfectamente. No es la privación de la madre lo que les provoca enfado, sino la pérdida de contacto humano.

3. Fase de apego propiamente dicha. (Entre 6 – 8 meses hasta 18 – 24 meses de vida)

En esta etapa el vínculo afectivo hacia la madre es tan evidente que el niño suele mostrar ansiedad y enfado cuando se separa de ésta. A partir de los ocho meses el niño puede rechazar el contacto físico incluso con un familiar muy cercano, ya que lo único que desea es estar con su figura materna. La mayor parte de las acciones de los niños (gatear, por ejemplo) tienen el objetivo de atraer la atención de la madre y una mayor presencia de ésta.

4. Formación de relaciones recíprocas. (Desde 18 – 24 meses hacia adelante).

En esta etapa, la aparición del lenguaje y la capacidad de representar mentalmente a la madre, permite al niño predecir su retorno cuando ésta está ausente. Por tanto, disminuye la ansiedad, ya que el niño comienza a comprender que la ausencia de la madre no es definitiva.

Al terminar estas cuatro fases de forma satisfactoria y positiva, el niño sentirá la seguridad de que su madre responderá en los momentos que la necesite, desarrollándose así una persona sana en todas sus dimensiones personales. Por el contrario, si el apego se ha desarrollado de forma insegura, el niño(a) responderá de forma negativa y es probable que tenga

consecuencias físicas, psicológicas y sociales a futuro, por lo que se hace indispensable poner énfasis en los buenos tratos.

Los buenos tratos según Barudy (1998), son resultado de vínculos afectivos sanos y de la protección que entrega la madre a su hijo(a), por lo que se considera un factor favorable para el desarrollo y comunicación asertiva de los involucrados. Además, las relaciones interpersonales se ven favorecidas por las hormonas, consideradas como impulsoras de los buenos tratos (oxitocina, vasopresina, y péptidos opioides endógenos), capaces de controlar la intensidad y el contenido emocional con que se establecen conductas sociales. (Panksepp, 1998).

Quién hace otro aporte significativo, en cuanto a cómo se va desarrollando el apego es Céspedes (2008), menciona que el niño (a) al momento de nacer, posee un conjunto de reacciones comunicativas básicas precedidas de una maduración intermodal, la cual es parte de los procesos cognitivos desarrollados durante la gestación. Estas habilidades, permiten a los lactantes una mejor adaptación hacia el comienzo de una vida extrauterina. Junto a este desarrollo, surge la función social primaria, permitiendo el reconocimiento de las personas que forman parte del círculo social del niño, a través de los sentidos, principalmente la percepción visual del rostro materno y su mirada.

La manera de comunicación establecida entre madre/hijo(a) en sus primeras etapas de vida, es realizada mediante señales que el niño(a) otorga a su madre o a su figura vincular, de esta forma es fundamental la sensibilidad materna para reconocer e interpretar estas señales, que tienen especialmente un sentido de supervivencia. Esto, determinado principalmente por el hemisferio derecho del cerebro, el cuál a través de neurohormonas, especialmente la oxitocina, permite captar de manera adecuada las señales provenientes del niño, contribuyendo a entregar los cuidados de una forma más afectiva, estableciendo de una forma primaria el vínculo de apego. (Lecannelier, 2006)

### **Influencias del apego en el niño(a).**

El tipo de apego que el niño(a) logra desarrollar con su figura vincular, tiene consecuencias trascendentes en su desarrollo social, emocional e intelectual. El sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo (MINSAL 2006), plantea que tanto niños como niñas, en sus primeros años de vida se ven envueltos en una serie de influencias que marcan su personalidad a futuro, dentro de las cuales son considerados aspectos positivos el amor, el cuidado y la estimulación. Las experiencias negativas tales como, los malos tratos, abandono, amenazas para disciplinar, censura emocional y culpabilizar, pueden propiciar una personalidad retraída, con problemas de socialización e incluso déficit en áreas intelectuales (MINSAL, 2006). Por esto, es de importancia proponer estrategias de promoción, mediante el fomento de factores protectores internos y externos, que permitan un desarrollo integral infantil.

Con respecto a la influencia de los estilos de apego, Lafuente (2000), indica que una adecuada relación afectiva produce en el niño los siguientes efectos: obtienen mejor desarrollo intelectual, manifiestan superioridad en algunos aspectos del lenguaje y presentan habilidades para el juego simbólico, aspectos esenciales para el adecuado progreso de sus conocimientos y capacidades. El juego es un instrumento necesario para que el niño(a) pueda madurar de forma integral y superar de forma efectiva y enriquecedora cada etapa de su ciclo vital, siendo una herramienta fundamental durante toda su infancia para el logro de nuevas habilidades y formas de pensar. Además, contribuye al desarrollo de las capacidades del niño frente a la permanencia de los objetos y personas, favoreciendo el conocimiento de sí mismos y el de los demás, beneficiando a su inteligencia social, conducta exploratoria e interés y destrezas lectoras. Por consiguiente, éstos en la etapa adulta desarrollarán un mejor rendimiento laboral y cualidades personales favorables al desarrollo cognitivo.

Allan Schore (2001), plantea que la teoría del apego es una “teoría de regulación”, es decir, que la madre regula de un modo inconsciente e intuitivo una serie de activaciones fisiológicas y emocionales en su hijo al interactuar con él. Sostiene que las relaciones de apego tempranas, como experiencias afectivas cálidas, seguras y estables, sientan las bases para el

adecuado desarrollo de estructuras cerebrales que regulan el estrés, las emociones y los eventos impredecibles de la vida, por lo tanto a medida que el individuo crece y alcanza la adultez, podrá obtener suficientes habilidades y capacidades para explorar el ambiente y enfrentarse a él de manera satisfactoria.

Lecannelier (2006), en la misma línea de investigación, menciona que una de las estructuras más desarrolladas a nivel cerebral, durante los 3 primeros años de vida, corresponde al hemisferio derecho, lugar donde se procesa la comunicación gestual entre la madre y el hijo(a), la información relativa al sentido de sí mismo, la afectividad facial y auditiva a través de sonrisas, juegos y miradas. Es decir que los encuentros sincrónicos entre madre e hijo(a) aumentan la coherencia de información en el cerebro mediante el aumento de las conexiones neuronales, posibilitando que el hemisferio derecho funcione y se organice de un modo más autorregulado.

### **Apego y representaciones mentales de apego maternas.**

Stern (1985) define las representaciones mentales como modelos operativos internos, que consisten en estructuras que van evolucionando a medida que los mapas cognitivos tanto de sí mismo, de su figura de apego como la de su entorno, se organizan, lo que concreta la experiencia subjetiva del niño. Estos modelos operativos internos trabajan a nivel inconsciente y es a través de la repetición de conductas de apego, ya sea seguro o inseguro, cómo el niño va a representar internamente el tipo de relación que se establece a partir del trato recibido.

Una vez que esta representación se ha formado, se genera lo que Stern llamó conocimiento implícito relacional, que es la manera de estar con el otro, es decir, el intercambio de conductas que se generan en cada relación vincular. Este mecanismo es importante en la transmisión intergeneracional de apego, pues si la madre tuvo interacciones óptimas con su propia madre, ella podrá utilizar este conocimiento en el trato con sus propios hijos (as) y así estos con sus hijos (as) posteriormente (Marrone 2001) de esta forma, los instrumentos de medición de estilos de apego de adultos, indagan en el recuerdo sobre las experiencias de apego en su infancia (Rozenel V.,2006) y el valor que la madre le da a las representaciones mentales.

Al indagar sobre apego y las representaciones mentales, se resume que los modelos operativos internos de un niño (a) se establece de acuerdo a los estilos de apego que se construyen con el cuidador principal, tanto en interacción comunicacional como de comportamiento. Esto se forman en los primeros años de vida y son determinantes en la forma en que el niño (a) instaura vínculos con otras personas, ejerciendo influencia en su futuro como cuidador con sus propios hijos. (Marrone 2001, Pierrehumbert 2003, Pedespan 2004)

## Resiliencia

En un comienzo, el término resiliencia era utilizado en los ámbitos de la física, definiéndola como la capacidad de los materiales para volver a su estado original luego de haber sufrido un proceso de deformación, sin embargo este concepto cobró nuevos significados para el área de la psicología. La nueva interpretación que se le da a éste concepto surge en los años 80`, a partir del trabajo realizado por Werner (1989) en donde se constató que algunos niños criados en familias de uno o ambos padres alcohólicos, en ausencia del padre o presencia de enfermedades mentales, incluso durante el proceso de desarrollo de sus hijos, no presentaban desventajas con respecto a otros niños en el plano biopsicosocial, es decir, estos niños, a pesar de haber sido criados en un ambiente desfavorable, alcanzaban una adecuada calidad de vida, por lo que se les denominó con el término de resilientes, término que utiliza la psicología para referirse a la capacidad que tienen las personas para sobreponerse ante la adversidad.

Existen diversas definiciones, dependiendo del enfoque teórico de cada autor, es así como el neuropsiquiatra chileno, Jorge Barudy (2005), la define como la capacidad o recursos para mantener un proceso normal de desarrollo a pesar de las condiciones difíciles en las que se vive o se ha vivido. Por ende una persona no resiliente, se considera aquella que no tiene las herramientas necesarias para solucionar problemas o para afrontar algún trauma, lo que la llevaría al fracaso. Es por esta razón, la importancia de saber que tan resiliente es una persona y cómo esto puede incidir en su calidad de vida.

Kothliarenco (1997), señala que los individuos resilientes son aquellos que a pesar de haber estado expuestos a factores de riesgo, son capaces de enfrentar la adversidad utilizando sus factores protectores, logrando ser adultos competentes.

Werner (1982, 1989) describe las siguientes cuatro características resilientes:

- 1- Características del temperamento.
- 2- Capacidad intelectual.
- 3- Cohesión, ternura y preocupación del bienestar de los niños de parte de la familia.

#### 4- Disponibilidad de fuente de apoyo externo.

Estas características serían las responsables de promover conductas resilientes en el desarrollo del niño(a), contribuyendo así a sus etapas de vida posterior. Sin embargo, se debe tener presente que la resiliencia se puede aprender y desarrollar, además es dinámica y puede variar dependiendo de las circunstancias y de la proporción entre factores de riesgo y factores protectores.

Grotberg (1995), concluye que ninguno de los factores identificados en los niños resilientes actúa por sí solo promoviendo la resiliencia; por ejemplo, la autoestima que ha sido mencionada como un factor común entre los niños resilientes, no promueve por sí sola un comportamiento resiliente, a no ser que esté involucrado con otros factores. A partir de lo anterior, se puede deducir que tanto los recursos personales como los que provienen del sistema familiar y la comunidad, tienen un carácter protector, siempre y cuando exista una interacción de estos en momentos determinados, ya que al actuar de forma independiente, no son suficientes para promover las conductas resilientes.

Por lo tanto es fundamental que la madre cumpla con ciertas competencias parentales, definidas como un conjunto de capacidades que le permita afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de cuidar de sus hijos, de acuerdo con sus necesidades evolutivas y educativas. Esto a su vez considerando los estándares aceptables por la sociedad, teniendo en cuenta las oportunidades y el apoyo que brinda el sistema de influencia familiar para desplegar dichas capacidades, con el fin de entregar los cuidados necesarios al lactante para su adecuado desarrollo (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2009).

Reder y cols. (2003) señalan que una de las competencias parentales que se relaciona con el funcionamiento personal de la madre, y que además influye en el vínculo con su hijo(a), es la resiliencia.

En las últimas décadas, la resiliencia ha sido una variable relevante a evaluar en la población. Los estudios concuerdan en que la resiliencia es el resultado de factores protectores

que se van desarrollando a lo largo de la vida. En este sentido Grotberg establece tres categorías de fuentes interactivas de resiliencia (Saavedra y Villalta, 2008):

- 1.- Aquellas que la persona cree que puede recibir (yo tengo).
- 2.- Aquellas que tienen relación con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona (yo soy, yo estoy).
- 3.- Aquellas que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo).

Saavedra (2008), en base a lo expuesto por Grotberg, desarrolla un modelo en donde señala cuatro fuentes:

- 1) La respuesta resiliente.
- 2) Una visión abordable del problema.
- 3) Visión de sí mismo.
- 4) Condiciones de base.

Posteriormente, Saavedra & Villalta, asocian, sus cuatro fuentes de resiliencia con las distintas modalidades de interacción del ser humano de Grotberg, de esta asociación nacen 12 factores, descritos en una matriz (Imagen1). Los cuales son la base para la elaboración de la escala SV-RES. Este instrumento fue elaborado en base a la población chilena, ante una falta considerable de instrumentos que midan la resiliencia.

En el año 2007, ambos autores llevan a cabo un estudio para medir las características resilientes en las personas entre 15 y 65 años de edad, cuyo objetivo general, es describir y comparar los puntajes globales y por factor en los distintos tramos de edad y de ambos sexos.

	CONDICIONES DE BASE	VISIÓN DE SI MISMO	VISIÓN DEL PROBLEMA	RESPUESTA RESILIENTE
Yo soy, yo estoy	F1: <b>Identidad</b>	F2: <b>Autonomía</b>	F3: <b>Satisfacción</b>	F4: <b>Pragmatismo</b>
Yo tengo	F5: <b>Vínculos</b>	F6: <b>Redes</b>	F7: <b>Modelos</b>	F8: <b>Metas</b>
Yo puedo	F9: <b>Afectividad</b>	F10: <b>Autoeficacia</b>	F11: <b>Aprendizaje</b>	F12: <b>Generatividad</b>

Imagen 1: Matriz de Saavedra y Villalta.

**Definición conceptual de factores de resiliencia:**

F1: Identidad (Yo soy- Condiciones de base). se refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable. Estos juicios generales refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia.

F2: Autonomía (Yo soy- Visión de si mismo). Refiere a juicios que refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural.

F3: Satisfacción (Yo soy- Visión del problema). Refiere a juicios que develan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.

F4: Pragmatismo (Yo soy- Respuesta resiliente). Refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza.

F5: Vínculos (Yo tengo- Condiciones de bases). Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal.

F6: Redes (Yo tengo- Visión de si mismo). Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano.

F7: Modelos (Yo tengo- Visión del problema). Juicios que refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas.

F8: Metas (Yo tengo- Respuesta). Juicios que se refieren al valor contextual de las metas y redes sociales por sobre la situación problemática.

F9: Afectividad (Yo puedo- Condiciones de base). Juicio que se refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno.

F10: Autoeficacia (Yo puedo- Visión de sí mismo). Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.

F11: Aprendizaje (Yo puedo- Visión de problema). Juicios que se refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.

F12: Generatividad (Yo puedo- Respuesta). Juicios que se refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.

### **Apego y resiliencia.**

Como se mencionó anteriormente, Werner (1989) constató que los niños denominados como resilientes a diferencia de los no resilientes, tenían al menos un adulto significativo con quién generar un vínculo afectivo. Dicho vínculo surge del haber vivido, incluso desde antes del nacimiento, una interacción de apego seguro. Esto estaría sustentado por la teoría del apego de Ainsworth, ya que el estilo de apego seguro, permite desarrollar una serie de características en edades posteriores, tales como la autoestima, habilidades cognitivas, empatía y/o independencia, las cuales promueven comportamientos resilientes.

A pesar de lo anterior Fonagy (1994) menciona que la influencia que ejercen los padres durante los dos primeros años de vida del niño, puede ser altamente adaptativa, ya que el niño percibe los modelos internos transmitidos por sus padres de forma independiente, lo que permite que él genere su propio modelo interno de trabajo que puede ser seguro, o estar junto a otros modelos de tipo inseguro. Esto es representativo en los casos de niños maltratados por sus padres, y que aun así muestran conductas resilientes.

Recientemente las investigaciones centradas en el desarrollo de la infancia temprana, especialmente aquellas que tienen como base la teoría del apego, han comenzado a converger con los estudios y teorías sobre el fenómeno de la resiliencia, en donde se identifica al estilo de apego seguro como uno de los mecanismos de resiliencia por excelencia. (Kothliarenco y Lecannelier, 2004, en Kothliarenco, Gomez y Muñoz, 2009)

Así mismo Barudy (2005), afirma en su libro “Los buenos tratos a la infancia”, que uno de los requisitos para asegurar el buen trato de los niños es la existencia de relaciones sanas entre padres e hijos. El desarrollo y consolidación de un apego seguro, ha sido considerado en muchos estudios como un factor protector frente al desarrollo de esta capacidad de sobreponerse frente a la adversidad. Frente a esto, Barudy propone un modelo terapéutico basado en los buenos tratos y resiliencia, fortaleciendo el vínculo afectivo con una persona significativa, especialmente los padres, ya que el sufrimiento infantil muchas veces se asocia a la incompetencia de los adultos. Gracias a este modelo de tratamiento surge lo que se llama actualmente resiliencia, y como menciona Boris Cyrulnik (2006) “una infancia infeliz no determina la vida”.

### 2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB-INDICADORES
ESTILOS DE APEGO	Relación afectiva desde el niño a la madre y viceversa, donde existe una búsqueda de seguridad por parte del niño. Se expresa a través de conductas de apego, observadas durante la aplicación de la escala de Massie Campbell.	Identificar estilos de apego desde el niño hacia la madre.	Seguro	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocasionalmente mira a la cara de la madre. (3)</li> <li>Frecuentes miradas alternando entre miradas cortas y largas a la cara de la madre. (4)</li> </ul>
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocasionalmente vocaliza, llanto leve. (3)</li> <li>Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso. (4)</li> </ul>
				Tocando A (el niño toca a la madre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocasionalmente toca a la madre. (3)</li> <li>Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia. (4)</li> </ul>
				Tocando B (respuesta del niño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocasionalmente evita ser tocado por la madre. (3)</li> <li>Rara vez evita ser tocado por la madre. (4)</li> </ul>
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descansa en brazos de su madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja. (3)</li> <li>Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja. (4)</li> </ul>
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansiedad moderada y/o placer intermitente poco claro. (3)</li> <li>Tensión ocasional, en general sonrío. (4)</li> </ul>

				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos. (3)</li> <li>• Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada. (4)</li> </ul>
			Inseguro- evitante	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre evita la cara de la madre. (1)</li> <li>• Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre. (2)</li> </ul>
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Callado, nunca vocaliza. (1)</li> <li>• Rara vez vocaliza o lloriquea. (2)</li> </ul>
				Tocando A (el niño toca a la madre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca toca o tiende hacia la madre. (1)</li> <li>• Rara vez toca a la madre. (2)</li> </ul>
				Tocando B (respuesta del niño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre evita ser tocado por la madre. (1)</li> <li>• Frecuentemente evita ser tocado por la madre. (2)</li> </ul>
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre. (1)</li> <li>• No se relaja en brazos de la madre, la empuja. (2)</li> </ul>
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre está intensamente angustiado y temeroso. (1)</li> <li>• Frecuentemente irritable, temeroso o apático. (2)</li> </ul>

				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza. <b>(1)</b></li> <li>• Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón. <b>(2)</b></li> </ul>
			Inseguro-ambivalente	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo. <b>(5)</b></li> </ul>
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo. <b>(5)</b></li> </ul>
				Tocando A (el niño toca a la madre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si están cerca siempre toca a la madre. <b>(5)</b></li> </ul>
				Tocando B (respuesta del niño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca evita que la madre lo toque. <b>(5)</b></li> </ul>
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella.</li> <li>• Nunca la evita. <b>(5)</b></li> </ul>
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre sonriente. <b>(5)</b></li> </ul>
				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada. <b>(5)</b></li> </ul>
<b>ESTILOS DE APEGO</b>		Relación de apego desde la madre hacia el niño.	Seguro	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ocasionalmente mira a la cara del niño. <b>(3)</b></li> <li>• Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño. <b>(4)</b></li> </ul>
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocasionalmente vocaliza al niño. <b>(3)</b></li> <li>• Frecuentemente habla y murmura. Conversa y hace sonidos. <b>(4)</b></li> </ul>

				Tocando A (la madre toca al niño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ocasionalmente toca al niño. (3)</li> <li>• Frecuentemente tiende al niño y lo toca. (4)</li> </ul>
				Tocando B (Respuesta de la madre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocasionalmente evita ser tocada por el niño. (3)</li> <li>• Rara vez evita ser tocada por el niño. (4)</li> </ul>
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente. (3)</li> <li>• Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza. (4)</li> </ul>
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro. (3)</li> <li>• Tensión ocasional, en general sonrío. (4)</li> </ul>
				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño. (3)</li> <li>• Contacto físico frecuente con el niño. (4)</li> </ul>
				Mirada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siempre evita mirar la cara del niño. (1)</li> <li>▪ Rara vez mira a la cara del niño. Miradas evasivas a la cara</li> <li>• del niño. (2)</li> </ul>
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Callada, nunca vocaliza. (1)</li> <li>• Palabras escasas, murmura. (2)</li> </ul>

			Inseguro- evitante	Tocando A (la madre toca al niño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nunca toca o tiende al niño. (1)</li> <li>• Rara vez toca al niño. (2)</li> </ul>
				Tocando B (Respuesta de la madre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siempre evita ser tocada por el niño. (1)</li> <li>• Frecuentemente evita ser tocada por el niño. (2)</li> </ul>
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechaza al niño alterado empujándolo, o lo toma alejado de su cuerpo. (1)</li> <li>• Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada. (2)</li> </ul>
				Afecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre esta intensamente angustiada y temerosa. (1)</li> <li>• Frecuentemente irritable, temerosa y apática. (2)</li> </ul>
				Proximidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se va de la pieza. (1)</li> <li>• Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza. (2)</li> </ul>
			Inseguro- ambivalente	Mirada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos. (5)</li> </ul>
				Vocalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocalizaciones intensas todo el tiempo (5)</li> </ul>
				Tocando A (la madre toca al niño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño está cerca siempre lo toca. (5)</li> </ul>
				Tocando B (Respuesta de la madre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca evita ser tocada por el niño.(5)</li> </ul>
				Sosteniendo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.(5)</li> <li>• su cuerpo (5)</li> </ul>

				Afecto	Siempre sonrío. (5)
				Proximidad	Siempre en contacto físico con el niño (5)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR	SUB INDICADOR
<b>REPRESENTACIÓN MENTAL DE APEGO MATERNO</b>	Mapa representacional de la madre, acerca de sus relaciones formadas durante la infancia, a partir de la forma en cómo fue tratada por su madre o cuidador principal, se mide a través de Parental Bonding instrumental (PBI).	Control	Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			No quería que yo creciera	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Trataba de controlar todo lo que yo hacia	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Invadía mi intimidad	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	

			Me dejaba tomar mis propias decisiones.	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Trataba de hacer sentir dependiente de ella	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Sentía que no podía cuidar de mi misma, si no estaba cerca.	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Me daba tanta libertad como yo quería	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	

		Afecto	Fue sobreprotectora conmigo	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Me dejaba vestir como yo quería.	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Hablaba conmigo en voz cálida y amigable	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Parecía emocionalmente fría conmigo	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Parecía entender mis problemas y preocupaciones	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	

			Era cariñosa conmigo	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Disfrutaba hablar conmigo	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Frecuentemente me sonreía.	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Tendía a consentirme	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			Me hacía sentir que no me quería	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	

			Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustada	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			No hablaba mucho conmigo	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	
			No me alababa	Siempre pasaba (3) Algunas veces pasaba (2) Rara vez pasaba (1) Nunca pasaba (0)	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
<b>NIVEL DE RESILIENCIA MAERNA</b>	Capacidad de la madre para anteponerse y salir adelante ante la adversidad. Se mide a través de la escala SV-RES, cuyos ítems se clasifican en tres categorías: yo soy/yo estoy, yo tengo y yo puedo.	Identidad(F1)	1. Una persona con esperanza 2. Una persona con buena autoestima 3. Optimista respecto del futuro 4. Seguro de mis creencias o principios 5. Creciendo como persona	Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)
		Autonomía (F2)	6. Rodeado de personas que en general me ayudan situaciones difíciles 7. En contacto con personas que me aprecian 8. Seguro de mi mismo 9. Seguro de mis proyectos y metas 10. Seguro en el ambiente en que vivo	Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)
		Satisfacción (F3)	11. Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida 12. Un modelo positivo para otras personas 13. Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio 14. Satisfecho con mis relaciones de amistad 15. Satisfecho con mis relaciones afectivas	Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)
		Pragmatismo (F4)	16. Una persona práctica 17. Una persona con metas en la vida 18. Activo frente a mis problemas 19. Revisando constantemente el sentido de mi vida 20. Generando soluciones a mis problemas	Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)

		Vínculos(F5)	<p>21. Relaciones personales confiables 22. Una familia bien estructurada 23. Relaciones afectivas sólidas 24. Fortaleza interior 25. Una vida con sentido</p>	<p>Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)</p>
		Redes(F6)	<p>26. Acceso a Servicios sociales-públicos 27. Personas que me apoyan 28. A quien recurrir en caso de problemas 29. Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa 30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida</p>	<p>Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)</p>
		Modelos(F7)	<p>31. Personas que me han orientado y aconsejado 32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas 33. Personas en las cuales puedo confiar 34. Personas que han confiado sus problemas en mi 35. Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas</p>	<p>Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)</p>
		Metas(F8)	<p>36. Metas a corto plazo 37. Mis objetivos claros 38. Personas con quien enfrentar los problemas 39. Proyectos a futuro 40. Problemas que puedo solucionar</p>	<p>Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)</p>

		Afectividad(F9)	<p>41. Hablar de mis emociones 42. Expresar afecto 43. Confiar en las personas 44. Superar las dificultades que se me presenten en la vida 45. Desarrollar vínculos afectivos</p>	<p>Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)</p>
		Autoeficacia(F10)	<p>46. Resolver problemas de manera efectiva 47. Dar mi opinión 48. Buscar ayuda cuando la necesito 49. Apoyar a otros que tienen dificultades 50. Responsabilizarme por lo que hago</p>	<p>Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)</p>
		Aprendizaje(F11)	<p>51. Ser creativo 52. Comunicarme adecuadamente 53. Aprender de mis aciertos y errores 54. Colaborar con otros para mejorar la vida en comunidad 55. Tomar decisiones</p>	<p>Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)</p>
		Generatividad (F12)	<p>56. Generar estrategias para solucionar mis problemas 57. Fijarme metas realistas 58. Esforzarme por lograr mis objetivos 59. Asumir riesgos 60. Proyectarme al futuro</p>	<p>Muy de acuerdo(5) De acuerdo(4) Ni acuerdo ni desacuerdo(3) En desacuerdo(2) Muy en desacuerdo(1)</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB-INDICADORES
CARACTERÍSTICAS PERSONALES	Hace referencia a datos sociodemográficos respecto al lactante, su cuidador principal (madre) y familia, recopilados a través de un cuestionario confeccionado por los tesisistas según revisión bibliográfica.	<b>I: Datos del Cuidador principal (madre).</b>	<i>1-Edad</i>	Años cumplidos	
			<i>2-Número de hijos</i>	Número de hijos nacidos	
			<i>3-Estado civil</i>	Soltera Casada Separada Viuda Conviviente	
			<i>4-Escolaridad</i>	Básica incompleta. Básica completa. Media incompleta Media completa. Técnico completo. Técnico incompleto Superior Completa. Superior incompleto Sin estudios.	
			<i>5-Ocupación</i>	Dueña de casa. Trabajo Dependiente. Trabajo Independiente. Estudiante. Estudiante y trabajador. Cesante Otro	

			6- <i>Jornada Laboral</i>	Diurno Nocturno Vespertino	
			6a- <i>Número de días que trabaja a la semana</i>	Número de días que trabaja semanalmente.	
			7- <i>Horas de trabajo diario.</i>	Número de horas de trabajo diario.	
		<b>II: Datos del lactante</b>	8- <i>Sexo</i>	Masculino Femenino	
			9- <i>Asiste a jardín</i>	Si No	
			10- <i>Lactancia del niño</i>	Lactancia materna exclusiva Mixta Lactancia artificial	
			11- <i>Embarazo</i>	Planificado No planificado Con complicaciones Sin complicaciones	

			<i>12-Adicciones durante el embarazo</i>	No Si	Tipo de adicción
			<i>13-Parto</i>	Normal Cesárea	
			<i>14-Control niño sano</i>	Asistencia completa Asistencia regular Inasistente	
		<b>II: Datos familiares</b>	<i>15-Número de personas que viven en su hogar</i>	Número de personas que vive en el hogar.	
			<i>16-Percepción estabilidad económica</i>	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala	
			<i>17-Tipo de familia</i>	Nuclear	Biparental Monoparental
				Extensa	Biparental Monoparental Compuesta
				Reconstituida	

# **CAPÍTULO 3:**

## **Material y métodos.**

### 3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

### 3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio está conformada por 147 madres y sus lactantes nacidos entre el 1° de octubre y 31 de octubre del año 2011, controlados en los Centros de Salud Familiar, pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, durante el período de noviembre del 2011. Se excluyeron de la población a los CESFAM Laguna Verde y Las Cañas, el primero por poseer una población consultante con características de ruralidad, lo cual difiere del resto de consultorios y el segundo, debido a que el tamaño de la población atendida no permite un análisis significativo.

La distribución de la población según CESFAM quedó conformada de la siguiente forma:

*Tabla N° 1 Distribución de la población según CESFAM:*

<b>CESFAM</b>	<b>Población</b>
Esperanza	7
Placeres	8
Puertas Negras	10
Placilla	15
Barón	17
Reina Isabel	26
Rodelillo	6
Quebrada Verde	29
Padre Damián	10
Mena	12
Cordillera	7
<b>Total</b>	<b>147</b>

### 3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra fue realizado en base a la siguiente fórmula estadística (Extraída de Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud, México : Limusa Wiley, 2002):

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Considerando como N el total de lactantes controlados (147), P la proporción de 0,5 para maximizar el tamaño muestral, E como el error máximo de 0,1, y Z a/2= Nivel de confianza de 0,95, lo cual implica un margen de error del 10% y un porcentaje de confiabilidad de un 95%.

Esto da como resultado una muestra mínima de 59 personas. Luego, ponderando proporcionalmente cada CESFAM, la muestra queda distribuida de esta manera, de acuerdo con el nivel de pre ponderación considerado en la fórmula anterior:

*Tabla N° 2 Distribución muestreo estratificado de asignación proporcional aleatoria por cada consultorio.*

Consultorio	o	TOTAL	Muestra	Número de Díadas
PLACERES		8	3,2	4
ESPERANZA		7	2,8	3
BARÓN		17	6,8	7
R.ISABEL		26	10,4	11
PLACILLA		15	6	6
MENA		12	4,8	5
CORDILLERA		7	2,8	3
QDA. VERDE		29	11,6	12
PTAS NEGRAS		10	4	4
RODELILLO		6	2,4	3
P.DAMIAN		10	4	4
Total:		147	58,8 (59)	62

**Criterios de inclusión de la muestra:**

-Lactantes nacidos entre el 1° de octubre y 31 de octubre del 2011, aparentemente sanos (as) y controlados en el programa de salud infantil de los CESFAM de la CORMUVAL

-Madres biológicas de lactantes controlados en el programa de salud infantil, perteneciente a los CESFAM de la CORMUVAL, aparentemente sanas, cuidadora principal del lactante y de 18 años de edad y más.

**Criterios de exclusión de la muestra:**

-Madres de lactantes mellizos o gemelos.

-Lactantes con problemas de salud diagnosticados y consignados en su ficha clínica, tales como: problemas neurológicos que afecten el área de la comunicación y prematurez menor a 35 semanas de gestación.

- Madres con problemas de salud mental siquiátricas.

La muestra se obtuvo de forma aleatoria y estratificada. El proceso de extracción muestral fue realizado considerando a todos los lactantes nacidos durante el periodo del 1 al 31 de Octubre controlados en cada uno de los CESFAM. Primero se enumeró cada tarjeta de Salud de los niños en control, desde el 1 hasta el “n” de cada Centro de Salud familiar. Posteriormente se extrajo el total de la muestra de manera aleatoria mediante sistema de tómbola (en donde se incluyó la totalidad de los lactantes nacidos en el periodo mencionado), más un 50% del total de la muestra para realizar recambios según necesidad.

### **3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.**

Para la recolección de datos según la variable apego, se aplicó la Escala de Massie-Campbell, para la variable Resiliencia se empleó la escala SVRES y para las representaciones mentales de apego materno, se utilizó el *Parental Bonding Instrument (PBI)*. Por otra parte, se confeccionó un cuestionario sobre las características personales y familiares del lactante.

### **Escala de Massie-Campbell (Anexo 1).**

Escala elaborada por Henry Massie & Kay Campbell (1978), definida como una escala de observación directa, a través de Indicadores de apego entre Madre-Lactante (0 a 18 meses) en situaciones de Stress, principalmente con su cuidador significativo.

Actualmente en Chile, ésta escala es aplicada en los Controles de Salud de Niño Sano, consignado dentro del Programa Chile Crece Contigo.

Diversos estudios a nivel nacional realizados por Felipe Lecannelier y el Centro de Estudios de Atención del Niño y la Mujer (CEANIM), proporcionan que su confiabilidad es de un Alfa de Cronbach 0.83 a 0.89.

El objetivo principal de la escala, es la obtención de criterios observacionales que comprenden indicadores de la calidad del vínculo. Dentro de los indicadores o conductas de apego, se encuentran: 1) mirada; 2) vocalización; 3) tacto; 4) sostén; 5) afecto; 6) proximidad. Las cuales son aplicadas bidireccionalmente a través de dos pautas de observación, desde madre a hijo/a e hijo/a hacia su madre, obteniendo dos estilos de apego, pero preponderando como resultado final el estilo de apego de madre hacia hijo(a).

- 1) Mirada: Definida como el intercambio visual a través de miradas dentro de las cuales implica su intensidad y persistencia.
- 2) Vocalización: Son definidos como la emisión de sonidos, palabras y/o balbuceos que permiten la comunicación entre madre-hijo/a.
- 3) Tocando: Considerado como la interacción física a través del tacto y/o contacto con la piel con un fin principalmente afectivo.  
Tocando (a) (búsqueda): Tendencia de contacto piel a piel entre madre-hijo/a.  
Tocando (b): (evitación): Reacción frente al contacto piel a piel entre madre-hijo/a.
- 4) Sosteniendo: es el “sostén” físico que se produce entre madre-hijo/(a)
- 5) Afecto: Afectividad en la interacción que se encuentra madre-hijo/a, sentimientos generados con dicha relación (incomodidad, ansiedad, apatía, etc. )
- 6) Proximidad o cercanía: Es el proceso seguir con cuerpo o mirada, o cercanía física entre madre-hijo(a).

Para cada indicador o conducta de apego se asigna un puntaje de 1 a 5, de acuerdo a la observación realizada, por personas validadas en la aplicación del instrumento. El predominio del puntaje 1 y 2 en las conductas refleja un estilo de apego inseguro evitante, 3 y 4 un estilo de apego seguro y 5 un estilo de apego inseguro ambivalente. Además existe una clasificación para las conductas no observadas.

Luego de asignar puntajes a los elementos se traza un perfil, permitiendo así graficar el estilo de apego de la madre y del niño(a), en caso que los perfiles sean disarmónicos entre sí, es el de la madre el que determina el estilo de apego.

### **Escala de Resiliencia SVRES para adultos. (Anexo 2)**

La escala llamada SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008), correspondiente a una escala utilizada para medir la resiliencia en jóvenes y adultos de 15 a 65 años. Fue validada en Chile en el año 2007 por el Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM). El Alfa de Cronbach es de 0.96, por lo que es un instrumento cuya confiabilidad y validez son los adecuados para ser aplicado. En la presente investigación se utilizó para medir el nivel de resiliencia en las madres participantes.

Consta de 60 preguntas tipo Likert con cinco opciones de respuesta, cada una con un puntaje: Muy de acuerdo (puntaje 5), De acuerdo (puntaje 4), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (Puntaje 3), En desacuerdo (Puntaje 2) y Muy en desacuerdo (Puntaje 1). Posteriormente los puntajes de cada pregunta se suman y el resultado se transforma según el baremo para el instrumento, determinando así el nivel global de resiliencia, que puede ser: Alto, Promedio o Bajo.

Además, las 60 preguntas que componen el instrumento están agrupadas según los 12 factores de resiliencia. Por lo tanto, existen grupos compuestos por 5 preguntas que miden cada uno de los factores. Para realizar el cálculo de nivel de resiliencia de cada factor, se suman los puntajes de las cinco preguntas correspondientes al factor y el resultado se transforma según el baremo para el instrumento, de esta forma se puede tener un nivel Alto, Promedio o Bajo para

cada uno de los 12 factores: Identidad (F1), Autonomía (F2), Satisfacción (F3), Pragmatismo (F4), Vínculos (F5), Redes (F6), Modelos (F8), Metas (F9), Afectividad (F10), Autoeficacia (F10), Aprendizaje (F11) y Generatividad (F12).

### **Parental Bonding Instrument (PBI).** (Anexo 3)

Es un instrumento de medición psicológica retrospectiva de autoreporte, desarrollado por Gordon Parker, Hilary Turplingy L. B. Brown en 1979, el cual mide a través de la percepción de la madre las conductas o actitudes recordadas de sus cuidadores principales, fundamentalmente la madre, para conocer a través del cálculo de puntajes la contribución parental de apego y el tipo de vínculo establecido.

Este cuestionario consta de 25 ítems, 13 para Sobreprotección y 12 para Cuidado, las cuales se responden en base al recuerdo que tiene la madre hasta los 16 años. Puntuándose a través del método tipo Likert, de 0 a 3 puntos, con un puntaje máximo para los ítem de cuidado de 36 puntos y sobreprotección de 39 puntos. Es aplicable para personas de ambos sexos mayores de 16 años.

La clasificación según el tipo de vínculo son las siguientes:

1. Vínculo Óptimo: Puntajes en el P.B.I. altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.

2. Vínculo Ausente o Débil: son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I. bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.

3. Constricción Cariñosa: son aquellos padres que puntúan en el P.B.I. con alto puntaje en cuidado y alto puntaje en sobreprotección. Se caracterizan por presentar afectuosidad,

contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.

4. Control Sin Afecto: son aquellos padres que puntúan con bajo cuidado y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.

A nivel nacional el alfa de Cronbach tiene una fluctuación de 0,78 a 0,93 según el artículo de la revista chilena de neurociencias sobre la Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago.

**Cuestionario.** (Anexo 4)

Se confeccionó un cuestionario sobre las características personales y familiares de las madres y lactantes en estudio con el objetivo de caracterizar la muestra.

El cuestionario se divide en 3 secciones:

***I:*** *Datos del cuidador principal (madre).*

7 preguntas cerradas.

***II:*** *Datos del lactante.*

9 preguntas cerradas.

***III:*** *Antecedentes familiares.*

3 preguntas cerradas.

### **3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Previo a la recolección de datos, se realizó una prueba de todos los instrumentos a 6 mujeres con el objetivo de determinar el tiempo promedio de aplicación y también para pesquisar dificultades que pudieran presentar las participantes a la hora de responder, sin embargo no hubo problemas. Para la recolección de datos se solicitó la autorización de la Coordinadora de campos clínicos de la Corporación Municipal de Valparaíso y al Comité de Ética de la Universidad de Valparaíso, con el fin de poder acceder a las fichas de lactantes nacidos entre el 1º y 31 de Octubre del año 2011, cuyas madres fueran mayores de 18 años de edad y cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación.

Luego, se contactó telefónicamente a las madres seleccionadas de cada Centro de Salud Familiar y se coordinó fecha para la realización de una visita domiciliaria, con el objetivo de evaluar el desarrollo psicomotor del lactante y aplicar los instrumentos requeridos para la investigación. La visita fue realizada por un seminarista de enfermería y uno de psicología respetando el protocolo de visita domiciliaria establecido con anterioridad. (Ver anexo 5)

El esquema que se siguió, en cada visita domiciliaria realizada, fue el siguiente: Los seminaristas saludaron, se identificaron y señalaron el objetivo de la visita acordada con anterioridad. Se aplicó la Pauta Breve de Desarrollo Psicomotor (Anexo 6) y simultáneamente, ambos seminaristas, observaban las conductas de apego (según escala Massie-Campbell). Finalizada la aplicación de la pauta y en base a los resultados obtenidos se educó a la madre sobre el desarrollo psicomotor y el apego. En caso de encontrar alguna pauta breve alterada se deriva a Sala de estimulación del Centro de Salud familiar Correspondiente.

Posteriormente se explicó el desarrollo de la investigación, sus objetivos y se presentó el consentimiento informado (Anexo 7) para que la madre decidiera libremente participar o no en el estudio. Si ésta aceptaba, se hacía firmar una ficha de consentimiento informado para participantes (Anexo 8), la cual se dejó a disposición de cada Centro de Salud Familiar. Luego se aplicó el cuestionario, el SVRES y el PBI y se señaló a la madre, que en caso de detectar algún

riesgo relacional a partir de la observación de indicadores de apego madre-hijo, se ofrecería la opción de solicitar ayuda al centro de atención psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso a realizarse desde el mes de Marzo del año 2013. Si no accedía, sólo se procedía a educar a la madre sobre desarrollo psicomotor y los beneficios de un apego seguro.

Para finalizar, los seminaristas se despidieron cordialmente de la madre y agradecieron su participación en el estudio.

### **3.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables: estilo de apego, resiliencia materna, y representaciones mentales de apego materno. Los resultados fueron analizados por el software Epi info<sup>TM</sup> 7.1.1.0., además se realizó la confección de tablas y gráficos en Microsoft Excel 2007, previo al análisis del software antes mencionado.

### **3.7 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

- Al ser un estudio de tipo descriptivo, no se pudo determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables.

# CAPÍTULO 4:

## Resultados

## **4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA**

### **4.1.1: Antecedentes del cuidador principal (madre):**

*Tabla N° 3: “Distribución de la muestra según edad de la madre”*

Del total de las madres de la muestra, el rango de edad fue entre 18 y 47 años. La distribución etaria de mayor frecuencia es de 23 a 27 años con un 27,42% y la desviación estándar es de 28,37 años.

El 35,48% de las madres encuestadas refiere convivir con su pareja, el 29,03% estar casada y un 35, 85% ser soltera o estar separada.

Las madres de la muestra en promedio tienen 2 hijos.

Edad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
18-22 años	15	24,19%
23-27 años	17	27,42%
28-32 años	12	19,35%
33-37 años	9	14,52%
38-42 años	7	11,29%
43-47 años	2	3,23%
Total	62	100,00%

*Tabla N°4: “Distribución de la muestra según nivel de escolaridad de la madre”*

La mayoría de las madres tiene un nivel de escolaridad media completa, con un 46,77%. El nivel de escolaridad con menor frecuencia es el correspondiente al técnico incompleto con un 3,23% y ninguna madre presenta nivel básico incompleto.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Básica Completa	8	12,90%
Básica Incompleta	0	0,00%
Media Completa	29	46,77%
Media Incompleta	7	11,29%
Superior Completa	3	4,84%
Superior Incompleta	7	11,29%
Técnico Completa	6	9,68%
Técnico Incompleta	2	3,23%
Total	62	100,00%

*Tabla N°5: “Distribución de la muestra según ocupación de la madre”*

Con respecto a la ocupación de las madres de la muestra, aquellas que se desempeñan como dueñas de casa presentan el mayor porcentaje, 43,55% del total y le siguen las que trabajan en forma dependiente, el 4,84% son estudiantes y trabajadoras al mismo tiempo, mientras que un 1,61% sólo estudiantes.

Del total de las madres trabajadoras el 46,77% tiene trabajo con jornada laboral diurna, mientras que un 1.62% posee una jornada laboral de tipo nocturna.

La mitad de las madres (50%) pertenecientes a la muestra, trabaja un total de 5 días en la semana. El promedio de los días a la semana que trabajan las madres es de 2.03 días.

Respecto a las horas de trabajo diarias, el 43,33% de las madres trabaja entre 6 y 9 horas diarias, siendo el promedio 3 horas diarias.

OCUPACIÓN	Porcentaje	Frecuencia
Cesante	4,84%	3
Dueña de casa	43,55%	27
Estudiante Y trabajadora	4,84%	3
Estudiante	1,61%	1
Trabajo dependiente	33,87%	1
Trabajo independiente	9,68%	21
Otro	1,61%	6
Total	100,00%	62

#### **4.1.2 Antecedentes del lactante**

El 58,06% de los lactantes en estudio pertenecen al género masculino y un 41,94% al femenino. Respecto a la asistencia al jardín infantil, el 73,03% no asiste. Referente a la lactancia se puede mencionar que un poco más de la mitad de los lactantes se alimenta con lactancia artificial (53,23%), mientras que solo el 11,29% mantiene la lactancia materna exclusiva.

Otros aspectos relevantes a considerar es que el 56,45% de los lactantes nacieron de un embarazo no planificado y el 79,03% del total no presentó complicaciones y respecto al parto el 58,06% de los lactantes nació por parto normal (vaginal), y los demás por cesárea.

El 83,87% de las madres mantiene una asistencia completa a los controles de salud infantil, mientras que un 16,13% asiste regularmente.

#### **4.1.3 Antecedentes familiares.**

En promedio, en los hogares correspondientes a la muestra viven 4,71 personas por hogar, siendo el rango de 5 personas por hogar, al igual que la mediana que también es de 5 personas.

Del total de las madres en estudio el 48,39% tiene una buena percepción de su estabilidad económica, el 38,71% percepción regular, el 9,68% la percibe como mala, mientras que el 3,23% tiene una muy buena percepción de su estabilidad económica. Nadie percibió su situación económica como muy mala.

*Tabla N°6: “Distribución de la muestra según tipo de familia”*

El tipo de familia más frecuente de la muestra es la nuclear biparental (54,84%), seguido de la familia extensa biparental (16,13%). Ninguna familia de la muestra es reconstituida.

TIPO FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
Extensa biparental	10	16,13%
Extensa compuesta	7	11,29%
Extensa monoparental	4	6,45%
Nuclear biparental	34	54,84%
Nuclear monoparental	7	11,29%
Reconstituida	0	0,00%
Total	62	100,00%

#### **4.1.4 Desarrollo psicomotor**

*Tabla N°7: “Distribución de la muestra según resultado final de lactante en pauta breve”*

Del total de lactantes en estudio, un 79,03% presentó un desarrollo psicomotor normal, según pauta breve, mientras que un 20,97% presentó una alteración del resultado de la pauta.

DESARROLLO PSICOMOTOR	Frecuencia	Porcentaje
Alterada	13	20,97%
Normal	49	79,03%
Total	62	100,00%

#### 4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES

A continuación, se presenta el análisis descriptivo de la muestra respecto a los estilos de apego madre-hijo, nivel de resiliencia y representaciones mentales de apego maternas.

Se observa que el 74% de las madres presenta un estilo de apego seguro con sus hijos, el 21% Inseguro Evitante y 5% Apego Inseguro Ambivalente. (Anexo N°10)

GráficoN°1: “Distribución de la muestra según estilos de apego”

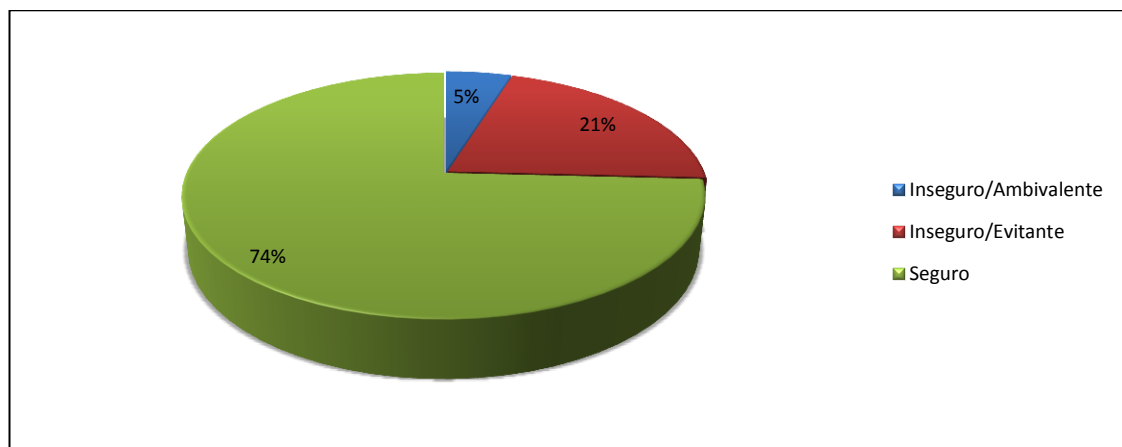


Tabla N° 8: “Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego seguro hacia sus lactantes”

Observar	1	2	3	4	5	N/O*
Mirando		4,35%	47,83%	47,83%		
Vocalización	4,35%	19,57%	47,83%	28,26%		
Tocando A	2,17%	17,39%	41,30%	36,96%	2,17%	
Tocando B			2,17%	54,35%	43,48%	
Sosteniendo		4,35%	50,00%	39,13%		6,52%
Afecto			39,13%	58,70%	2,17%	
Proximidad o cercanía	2,17%		54,35%	43,48%		

\*N/O: No observada

- Las conductas con mayor porcentaje en el estilo de apego seguro con tendencia hacia los puntajes 3-4 son afecto y proximidad, con un total de 97,83% cada una.
- De las madres con estilo de apego seguro, un 23,92% en la conducta vocalización y un 19,56% en la conducta Tocando A presentan una tendencia evitativa (puntajes 1-2).
- En la conducta Tocando B existe tendencia a la ambivalencia (puntajes 5) con un porcentaje de 43,48%.

*Tabla N° 9: “Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego inseguro evitante hacia sus lactantes”*

Observar	1	2	3	4	5	N/O*
Miranda		69,23%	23,08%	7,69%		
Vocalización	23,08%	76,92%				
Tocando a	30,77%	69,23%				
Tocando b		23,08%		46,15%	23,08%	7,69%
Sosteniendo		76,92%	7,69%			15,38%
Afecto		46,15%	53,85%			
Proximidad o cercanía	15,38%	30,77%	53,85%			

\*N/O: No observada

- El 100,00% de las madres con Apego Inseguro evitante presenta en la conducta de vocalización y Tocando A una tendencia evitativa. (puntaje de 1 y 2) y en conducta tocando B existe una tendencia a la ambivalencia con un porcentaje de 69,23% en puntajes 4 y 5.

*Tabla N° 10: “Distribución de las conductas de apego de las madres que presentan estilo de apego inseguro ambivalente hacia sus lactantes”*

Observar	1	2	3	4	5	N/O
Mirada		33,33%		33,33%	33,33%	
Vocalización		33,33%		33,33%	33,33%	
Tocando A		33,33%			66,67%	
Tocando B				33,33%	66,67%	
Sosteniendo			33,33%		33,33%	33,33%
Afecto			33,33%	33,33%	33,33%	
Proximidad o cercanía		33,33%			66,67%	

N/O: No observada

- El 66,67% de las madres con estilo de Apego inseguro Ambivalente presenta en las conductas Tocando A, Tocando B y Proximidad una tendencia ambivalente (puntaje 5).

*Tabla 11 “Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego seguro hacia sus madres”*

Observar	1	2	3	4	5	N/O*
Mirada		12,24%	63,27%	24,49%		
Vocalización	2,04%	20,41%	61,22%	16,33%		
Tocando A	2,04%	10,20%	44,90%	38,78%	4,08%	
Tocando B			10,20%	46,94%	42,86%	
Sosteniendo		14,29%	44,90%	30,61%	4,08%	6,12%
Afecto			32,65%	67,35%		
Proximidad o cercanía	2,04%	10,20%	48,98%	36,73%	2,04%	

\*N/O: No observada

- Las conductas con mayor porcentaje en el estilo de apego seguro, con tendencia hacia los puntajes 3-4, del lactante hacia la madre, son mirada con un 87,76% y Afecto con un 100,00%.
- El 22,45% de los lactantes con estilo apego seguro presenta tendencia evitativa en la conducta vocalización (puntaje de 1 y 2).

- En la conducta Tocando B destaca la tendencia ambivalente con un 42,86% en puntaje 5.

*Tabla 12 “Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego inseguro evitante hacia sus madres”*

Observar	1	2	3	4	5	N/O*
Mirada		100,00%				
Vocalización	25,00%	50,00%	16,67%	8,33%		
Tocando A	16,67%	83,33%				
Tocando B		16,67%	16,67%	25,00%	25,00%	16,67%
Sosteniendo		50,00%	33,33%			16,67%
Afecto		33,33%	50,00%	16,67%		
Proximidad o cercanía	8,33%	91,67%				

\*N/O: No observada

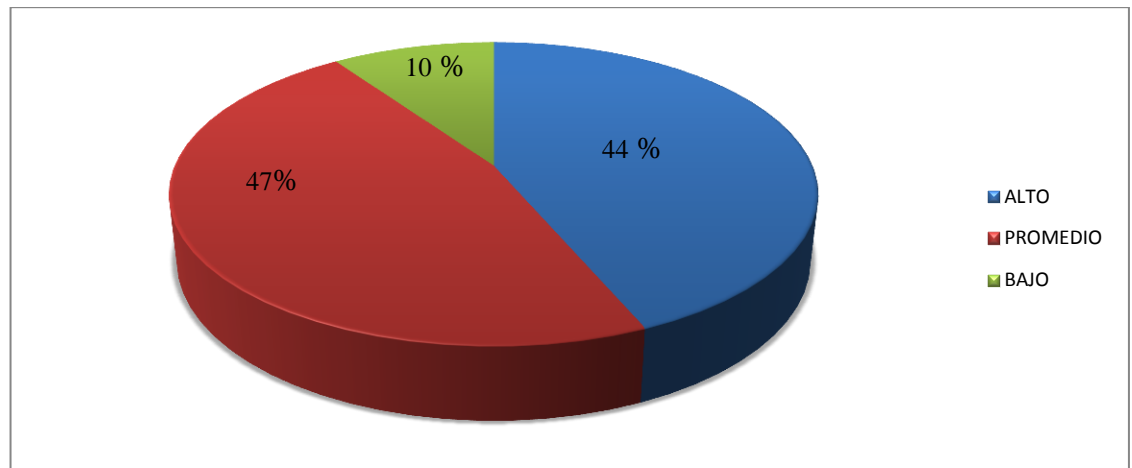
- El 100,00% de los lactantes con estilo de apego inseguro evitante presenta una tendencia hacia los puntajes 1 y 2 en las conductas Mirada, Tocando A y Proximidad.
- El 50% de los lactantes no evita ser tocado por la madre.

*Tabla 13 “Distribución de las conductas de apego de los lactantes que presentan estilo de apego inseguro ambivalente hacia sus madres”*

Observar	1	2	3	4	5	N/O
Mirada					100,00%	
Vocalización					100,00%	
Tocando A					100,00%	
Tocando B					100,00%	
Sosteniendo					100,00%	
Afecto		100,00%				
Proximidad o cercanía					100,00%	

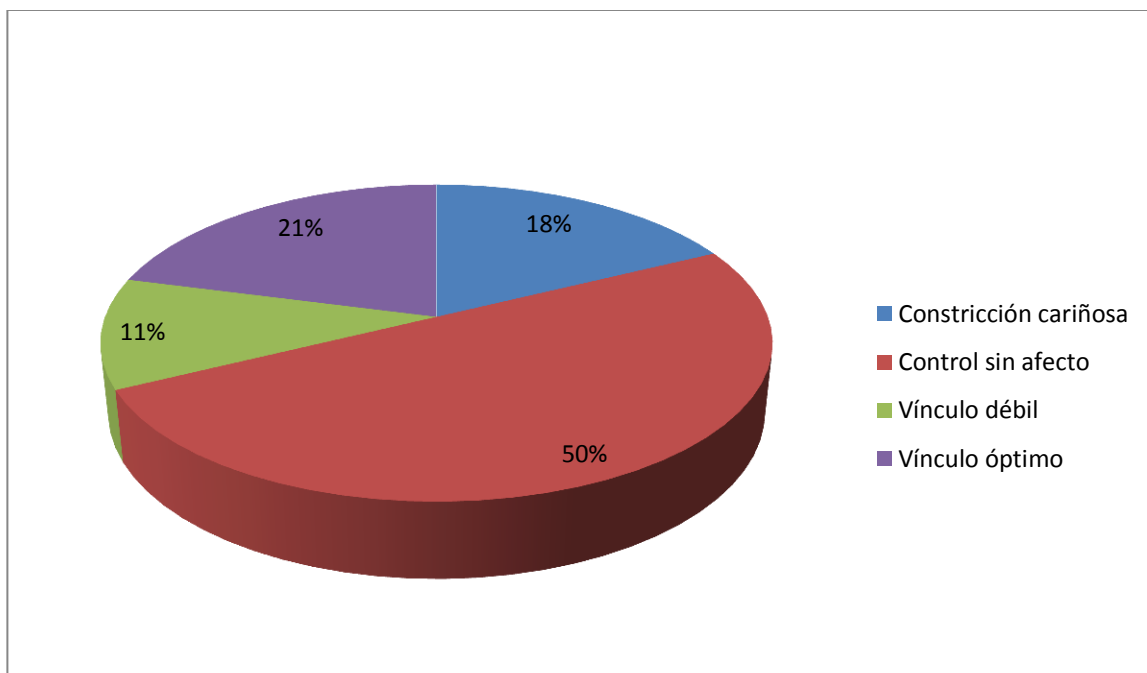
- El 100,00% de los lactantes con estilo de apego inseguro ambivalente presenta puntaje 5 en todas las conductas a excepción de la conducta afecto, en donde el 100% presenta una tendencia evitativa (puntaje 2).

Gráfico N° 2 “Distribución de la muestra según nivel global de resiliencia materna”.



El 10% de los encuestados presentan un nivel global bajo de resiliencia, mientras que el 47% presenta un nivel promedio y el 44% un nivel alto. (Anexo N°11)

Gráfico N°3 “Distribución de la muestra según tipo de representación mental de apego materna”



El 18% de las madres posee como representación mental de apego constricción cariñosa, un 50% control sin afecto, un 11% vínculo débil y un 21% vínculo óptimo.

Tabla N°14: “Distribución estilo de apego seguro según nivel de resiliencia global”.

Apego Seguro		
Nivel de resiliencia.	Frecuencia	Porcentaje
Alto	23	50,00%
Promedio	20	43,48%
Bajo	3	6,52%
Total	46	100%

Del total de las madres con estilo de apego seguro, un 50,00% presenta un nivel de resiliencia global alto y 6,52 un nivel bajo.

*Tabla N°15: “Distribución estilo de apego inseguro evitante según nivel de resiliencia global”.*

Apego Inseguro/Evitante		
Nivel de Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Alto	3	23,08%
Promedio	7	53,85%
Bajo	3	23,08%
Total	13	100%

Del total de las madres con estilo de apego inseguro evitante, un 23,8% presenta un nivel global de resiliencia alto, y el mismo porcentaje presentó un nivel de resiliencia bajo.

*Tabla N°16: “Distribución estilo de apego inseguro ambivalente según nivel de resiliencia global”.*

Apego Inseguro/Ambivalente		
Nivel de Resiliencia.	Frecuencia	Porcentaje
Alto	1	33,33%
Promedio	2	66,67%
Bajo	0	0,00%
Total	3	100%

Del total de las madres con apego inseguro ambivalente, un 66,67% presenta un nivel de resiliencia global promedio, mientras que ninguna madre presenta un nivel bajo de resiliencia.

Tabla N°17: “Distribución estilo de apego seguro según nivel de resiliencia por factores”.

Apego Seguro Factores	Nivel de factor		
	Alto	Promedio	Bajo
Identidad(F1)	63,04%	23,91%	13,04%
Autonomía(F2)	63,04%	28,26%	8,70%
Satisfacción(F3)	54,35%	34,78%	10,87%
Pragmatismo(F4)	52,17%	43,48%	4,35%
Vínculos(F5)	54,35%	41,30%	4,35%
Redes(F6)	65,22%	28,26%	6,52%
Modelos(F7)	41,30%	50,00%	8,70%
Metas(F8)	50,00%	45,65%	4,35%
Afectividad(F9)	43,48%	41,30%	15,22%
Autoeficacia(F10)	47,83%	45,65%	6,52%
Aprendizaje(F11)	60,87%	32,61%	6,52%
Generatividad(F12)	60,87%	32,61%	6,52%

- Los factores de mayor frecuencia con un nivel alto, en las madres con apego seguro, son: Redes, Identidad y Autonomía, con un 65,22%, 63,04% y 63,04% respectivamente.
- El factor de mayor frecuencia con un nivel promedio, en las madres con apego seguro, es modelos con un 50,00%.
- El factor de mayor frecuencia con un nivel bajo, en las madres con apego seguro, es la Afectividad con 15,22%.

*Tabla N°18: “Distribución estilo de apego inseguro evitante según nivel de resiliencia por factores”.*

Apego Inseguro/evitante	Nivel de factor		
	Alto	Promedio	Bajo
Factores			
Identidad(F1)	23,08%	61,54%	15,38%
Autonomía(F2)	38,46%	53,85%	7,69%
Satisfacción(F3)	38,46%	30,77%	30,77%
Pragmatismo(F4)	30,77%	69,23%	0,00%
Vínculos(F5)	15,38%	61,54%	23,08%
Redes(F6)	38,46%	53,85%	7,69%
Modelos(F7)	23,08%	61,54%	15,38%
Metas(F8)	23,08%	61,54%	15,38%
Afectividad(F9)	15,38%	46,15%	38,46%
Autoeficacia(F10)	30,77%	53,85%	15,38%
Aprendizaje(F11)	23,08%	61,54%	15,38%
Generatividad(F12)	23,08%	69,23%	7,69%

- Los factores de mayor frecuencia con un nivel bajo, en las madres con apego inseguro evitante, son: Afectividad, Satisfacción, y Vínculos, con un 38,46%, 30,77% y 23,08% respectivamente.
- Los factores de mayor frecuencia con un nivel promedio, en las madres con apego inseguro evitante, son pragmatismo y generatividad, ambos con un 69,23%.

*Tabla N°19: “Distribución estilo de apego inseguro ambivalente según nivel de resiliencia por factores”.*

Apego Inseguro/ambivalente Factores	Nivel de Factor		
	Alto	Promedio	Bajo
Identidad(F1)	66,67%	33,33%	0,00%
Autonomía(F2)	33,33%	33,33%	33,33%
Satisfacción(F3)	33,33%	33,33%	33,33%
Pragmatismo(F4)	66,67%	33,33%	0,00%
Vínculos(F5)	66,67%	0,00%	33,33%
Redes(F6)	33,33%	33,33%	33,33%
Modelos(F7)	33,33%	33,33%	33,33%
Metas(F8)	100,00%	0,00%	0,00%
Afectividad(F9)	66,67%	33,33%	0,00%
Autoeficacia(F10)	66,67%	0,00%	33,33%
Aprendizaje(F11)	33,33%	33,33%	33,33%
Generatividad(F12)	33,33%	66,67%	0,00%

- Los factores de mayor frecuencia con un nivel bajo, en las madres con apego inseguro ambivalente, son: Autonomía, Satisfacción, Vínculos, Redes, Modelos, Autoeficacia y Aprendizaje, cada uno con 33,33%.
- Un 100% de las madres con apego inseguro ambivalente tiene un nivel alto en el factor Metas.

*Tabla N°20: “Distribución estilo de apego seguro según representación mental materna de apego”.*

Apego Seguro		
PBI	Frecuencia	Porcentaje
Constricción Cariñosa	10	21,74%
Control Sin afecto	17	36,96%
Vínculo débil	7	15,22%
Vínculo óptimo	12	26,09%
Total	46	100%

Del total de madres en estudio, con apego seguro, un 36,96% presenta contricción sin afecto y un 26,09% vínculo óptimo.

*Tabla N°21: “Distribución estilo de apego inseguro evitante según tipo de vínculo de representación mental materna de apego”.*

Apego Inseguro/Evitante		
PBI	Frecuencia	Porcentaje
Constricción Cariñosa	1	7,69%
Control Sin afecto	11	84,62%
Vínculo débil	0	0,00%
Vínculo óptimo	1	7,69%
Total	13	100%

Del total de madres en estudio, con apego inseguro evitante, un 84,62% presenta una representación mental de apego de control sin afecto.

Tabla N°22: “Distribución estilo de apego inseguro ambivalente según tipo de vínculo de representación mental materna de apego”.

Apego Inseguro/Ambivalente		
PBI	Frecuencia	Porcentaje
Constricción Cariñosa	0	0,00%
Control Sin afecto	3	100,00%
Vínculo débil	0	0,00%
Vínculo óptimo	0	0,00%
Total	3	100%

Del total de madres en estudio, con apego inseguro ambivalente, un 100% posee como representación mental de apego control sin afecto.

Tabla N°23: “Distribución de la muestra según estilo de apego, nivel de resiliencia y representaciones mentales maternas.”

MC	SVRES	PBI			
		Constricción Cariñosa	Control sin afecto	Vínculo débil	Vínculo óptimo
Seguro	ALTO	6,45%	9,68%	6,45%	14,52%
	PROMEDIO	9,68%	12,90%	4,84%	4,84%
	BAJO	0,00%	4,84%	0,00%	0,00%
Inseguro/evitante	ALTO	0,00%	4,84%	0,00%	0,00%
	PROMEDIO	1,61%	8,06%	0,00%	1,61%
	BAJO	0,00%	4,84%	0,00%	0,00%
Inseguro/ambivalente	ALTO	0,00%	1,61%	0,00%	0,00%
	PROMEDIO	0,00%	3,23%	0,00%	0,00%
	BAJO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

- 14,52% de las madres presentan las 3 variables con niveles óptimos es decir, estilo de apego seguro, nivel de resiliencia alto y un vínculo óptimo como representación mental materna.

# **CAPÍTULO 5:**

## **Discusión, conclusiones y sugerencias**

## 5.1 DISCUSIÓN

La distribución de los estilos de apego resultantes del estudio se presenta de la siguiente manera: estilo de apego seguro 74%, estilo de apego inseguro evitante 21%, estilo de apego inseguro ambivalente 5%.

Estos resultados difieren del estudio realizado por Mary Ainsworth (1978), a excepción del estilo inseguro evitante, en el que difieren entre si en un 1%. Por otra parte, también hay diferencias con un estudio en la región de Valparaíso sobre las conductas de apego (Armstrong, Bratz 2012), en donde se obtuvo diferentes prevalencias en los estilos de apego.

Según antecedentes entregados por la Corporación Municipal de Valparaíso, correspondientes al periodo Agosto-Septiembre del 2012, los estilos de apego seguro corresponden al 99% , lo que contrasta con el 74% encontrado en el presente estudio.

Por otra parte, existe concordancia con el estudio de Lecannelier (2006) en cuanto al estilo de apego seguro, en el cual se obtuvo un 73,08%, es decir, una diferencia porcentual de sólo 0,92%.

Sin embargo, difiere en cuanto a los resultados de los estilos de apego inseguro del mismo estudio, en donde se encontró un 13.85% de apego inseguro evitante y un 13,08% de apego inseguro ambivalente, mientras que en la presente investigación se obtuvo un 21% y 5% respectivamente.

Lo anterior, posiciona a la presente investigación en una concordancia positiva con estudios nacionales, realizado por profesionales expertos en el área. De acuerdo a lo anterior, los presentes resultados aumentan la necesidad y la importancia de mejorar a nivel salud, las capacitaciones en el área del apego madre e hijo, para así potenciar este vínculo, en base a resultados representativos.

En cuanto a la resiliencia, en una investigación realizada en Santiago de Chile por Saavedra y Villalta (2008) autores del instrumento S-VRES se obtuvo que los factores predominantes con

un nivel alto en las personas que conformaron la muestra fueron: Generatividad, Modelos y Autoeficacia, difiriendo del presente estudio, donde los factores con nivel alto y de mayor frecuencia son: Redes, Autonomía e Identidad.

Según el mismo estudio de Saavedra y Villalta (2008), los factores predominantes con nivel alto pero de menor frecuencia fueron: Autonomía, Pragmatismo y Afectividad, a diferencia del presente estudio que fué el factor Modelos.

Por lo tanto, se determinan los factores condicionantes y especiales para las madres, para adquirir así un nivel alto de resiliencia materna y por ende realizar las intervenciones necesarias para ello, a través del equipo de salud.

Con respecto a la variable representación mental de apego materno, la mayor frecuencia se concentra en control sin afecto con un 50,00 % lo cual es similar a un estudio realizado en Colombia por Maquet, Vallejo, Villada y Zambrano (2009), en donde la mayor frecuencia también se concentró en control sin afecto con un 42,20%. Sin embargo, difiere en los resultados obtenidos de las demás representaciones mentales, ya que en la presente investigación se encontró que un 21,00% de las madres presenta un vínculo óptimo, un 18,00% constricción cariñosa y 11,00% vínculo débil, mientras que el estudio de Maquet y cols. (2009) encontró que un 21,6% de las madres presentan constricción cariñosa, 20,3% vínculo débil, y un 15,9% vínculo óptimo.

Sin embargo, a nivel nacional esta variable aún no es desarrollada como parte de investigaciones relevantes en el área de apego, debido a que hay una escasez de instrumentos válidos y adaptados a la población.

Es relevante señalar que a nivel nacional, no existen investigaciones que aborden específicamente la resiliencia materna y además se utilice como instrumento la escala SV-RES, si bien existen estudio sobre relaciones mentales de apego materno, no existen estudios que

describan el comportamiento de las tres variables simultáneamente, abordadas en esta investigación, por ende este estudio es precursor en ello.

## **5.2 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Los resultados de este estudio permiten concluir respecto a la variable apego, que el estilo predominante en la muestra estudiada, corresponde al estilo de apego seguro. En cuanto al estilo inseguro, el más frecuente es el de tipo evitante.

Por lo tanto, es importante que el profesional enfermero proponga e implemente, como parte de su rol en la atención primaria, intervenciones que favorezcan el desarrollo de un apego seguro entre madre e hijo, para así reducir la frecuencia de apegos inseguros. Además, es importante considerar la aplicación de la escala Massie-Cambel en las visitas domiciliarias, para así tener más evidencia relacionada con el estilo de apego madre e hijo, en un contexto más cotidiano para la díaada.

Por otra parte, se recomienda realizar estudios posteriores relacionados con los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la escala Massie-Campbell, a nivel de atención primaria, por parte del profesional enfermero, con el objetivo de poder contar con más información en el área del apego.

Dentro de la misma variable, las conductas de apego desde la madre hacia el lactante, en el estilo seguro, son observadas con mayor frecuencia las de afecto, proximidad y mirada, sin embargo, se observa que en este mismo estilo, hay conductas evitativas tales como vocalización y tocando A.

En el estilo de apego inseguro evitante, el 100% de las madres con estilo de apego seguro presentan puntajes 1 y 2 en las conductas Mirada y vocalización.

En aquellas madres que presentaron apego inseguro ambivalente hacia a sus hijos, las conductas más observadas fueron Tocando A, Tocando B y proximidad.

Respecto a lo anterior, se puede concluir que las conductas con menor frecuencia, son vocalización y tocando A, ya que en el estilo de apego inseguro evitante son las más observadas en los puntajes 1 y 2. Por otra parte, hay un porcentaje considerable de madres que a pesar de tener un estilo de apego seguro hacia sus hijos, también presentan tendencia evitativa en estas conductas. De acuerdo a lo anterior, es importante señalar que aunque el resultado final sea un apego seguro, no significa necesariamente que todas las conductas de la escala Massie-Campbell tiendan hacia la seguridad, por ende, las conductas de apego se deben fomentar en todos los casos, independiente si la madre tiene un vínculo seguro o inseguro con su hijo, sin embargo, es importante poner énfasis en los apegos inseguros detectados.

En consecuencia a lo anterior, se sugiere el implementar intervenciones a nivel de atención primaria, por parte del profesional enfermero, que promuevan las conductas de apego, con énfasis en la vocalización, tocando y sosteniendo de las madres hacia sus hijos.

Con respecto a las conductas observadas desde el lactante hacia la madre, en aquellos que presentan un estilo de apego seguro, las más observadas que obtuvieron puntajes 3 y 4 fueron afecto y mirada. Sin embargo existe un porcentaje importante de lactantes con apego seguro que presentan conductas evitativas hacia la madre, en lo que se refiere a vocalización, coincidiendo con el estilo de apego seguro de la madre, en donde también se observa una tendencia evitativa hacia esa conducta.

En aquellos lactantes con estilo de apego inseguro evitante hacia sus madres, las conductas más observadas que obtuvieron puntajes 1 y 2 fueron Mirada, Tocando A y Proximidad, todas con un 100%.

En los lactantes que presentan un estilo de apego inseguro ambivalente hacia sus madres, todos presentan puntaje 5 en todas las conductas excepto en la conducta afecto, en donde se observa una predominancia evitativa.

Del total de las madres en las que se aplicó la escala SV-RES, presentan un nivel promedio de resiliencia (47%), mientras que sólo un 10% presenta un nivel de resiliencia bajo.

Al realizar el análisis de resiliencia según cada factor, se obtiene que los más frecuentes con niveles altos dentro de la muestra, corresponden a Redes, Autonomía e Identidad, con un 58%, 56% y 55% respectivamente. Estos factores presentan una característica similar, ya que considera juicios generales tomados de valores culturales, juicios a sí mismo y juicios referidos con el vínculo afectivo con el entorno, es decir, forman parte de los factores protectores maternos importantes en la crianza

Por otro lado, los factores con nivel alto pero de menor frecuencia, son los Modelos y Afectividad, esto quiere decir que, existe un bajo porcentaje de la muestra que considera a las redes sociales cercanas como un apoyo para la superación de situaciones problemáticas, y además, las madres presentan poca consideración en la expresión de sentimientos y expresión de relación con el entorno.

Al comparar todos los factores se puede concluir que los factores afectividad y satisfacción son aquellos con nivel bajo de resiliencia pero que presentan una mayor frecuencia. Por ende, se sugiere implementar intervenciones que permitan desarrollar las áreas sociales y afectivas, junto a factores protectores para una conducta resiliente de las madres, así como también identificar aquellos factores de riesgo frente a la adversidad

Se sugiere también realizar nuevos estudios relacionado con la resiliencia y el apego en edades superiores o inferiores a los 12 meses, para así aumentar el conocimiento científico en las áreas mencionadas y por tanto fundamentar la importancia de factores intrínsecos maternos, como la resiliencia, en la formación de un apego madre e hijo seguro.

Con respecto a las representaciones mentales de apego, la mayor frecuencia corresponde al control sin afecto, encontrándose ésta en un 50,00% de las madres, mientras que sólo un 21% presenta el vínculo óptimo.

Como se puede observar en las tablas n° 14, 15 y 16, de estilo de apego y nivel de resiliencia, es importante señalar, que del total de madres que tienen estilo de apego seguro con su lactante, la mayor frecuencia se concentra en el nivel de resiliencia global alto con un 50%, y solo una minoría (6,52%) tiene nivel de resiliencia global bajo. Esto es concordante con lo expuesto en el marco conceptual, en donde Reder y cols. (2003) consideran la resiliencia como una competencia parental que influiría en el desarrollo del vínculo madre- hijo. Lo cual sugiere que un mayor nivel de resiliencia es un factor positivo para enfrentar la maternidad y favorecer el crecimiento y desarrollo de los lactantes.

En aquellas madres que presentan un apego inseguro evitante con su hijo(a), la mayor frecuencia se concentra en el nivel de resiliencia global promedio con un 53,85% y un 23,08% presenta un nivel de resiliencia global bajo, con respecto a las madres que presentan un apego ambivalente con su hijo(a), ocurre algo similar, concentrándose el mayor porcentaje en el nivel promedio con un 66,67%. Al mismo tiempo se observa que aquellas madres que presentan un apego inseguro evitante o ambivalente tienden hacia los niveles de resiliencia global promedio o bajo a diferencia de las madres con un estilo de apego seguro que tienden hacia un nivel de resiliencia global alto.

En las tablas n° 20, 21 y 22 de apego y representación mental de apego materna, se observa que la representación mental más observada es control sin afecto, la cual concentra un 36,96% del total, y aquellas que presentan un estilo de apego seguro y además un vínculo óptimo como representación mental corresponden al 21,09%. Por otra parte, con respecto a las madres que presentan un estilo apego inseguro evitante con su hijo(a), un 84,62% posee una representación mental de apego materno de control sin afecto.

Al analizar el comportamiento y las frecuencias de las variables en conjunto, podemos distinguir que la mayoría de las madres presentan un apego seguro con su lactante, pero, al mismo tiempo, una representación mental de apego materna de control sin afecto, es decir, al contrario de lo que señala Fonagy (2002), estas madres a pesar de recordar haber tenido una

infancia marcada por la falta de afecto de parte de sus madres, lograron revertir la situación con sus hijos(as) teniendo un estilo de apego seguro. Es interesante además, el hecho que estas mismas madres, a su vez, tienen niveles de resiliencia altos, en donde, según se aprecia en la tabla n°17, juegan un papel primordial los factores redes, y autonomía, es decir el contar con redes de apoyo efectivas tanto familiares, sociales y comunales, y al mismo tiempo tener un juicio positivo en cuanto a la relación que establecen consigo mismas y con la capacidad de ser un aporte para su entorno. Todo lo anterior, podría contribuir al hecho de presentar un estilo de apego seguro con el lactante a pesar de no haber tenido un vínculo óptimo con su madre.

Según Fonagy (2002) en cuanto a las relaciones afectivas madre-hijo(a), existe una muy alta posibilidad de que la madre repita con su hijo(a) el esquema afectivo que experimentó con su propia madre, por lo tanto al recordar haber tenido una infancia carente de afecto, se repite este modelo mental de relación madre-hijo, lo que se ve reflejado de alguna forma en las madres que presentan los estilos de apego inseguros, tanto evitante como ambivalente, donde el comportamiento y la distribución de las frecuencias es similar, es decir, se aprecia que estas madres poseen efectivamente una representación mental de apego materna de control sin afecto. Al mismo tiempo, estas madres presentan niveles de resiliencia en su mayoría promedio y bajo, especialmente en los factores afectividad y satisfacción, lo cual es predecible según lo mencionado en páginas anteriores, ya que según Kothliarenco y Lecannelier (2004) el estilo de apego seguro es uno de los mecanismos de resiliencia por excelencia, por ende al no estar presente este estilo de apego, es más difícil para la persona desarrollar características resilientes.

Finalmente como se observa en la tabla n° 23, la cual muestra las tres variables presentes en esta investigación, el porcentaje más alto lo constituyen el grupo de madres que presentan un estilo de apego seguro con su lactante, un nivel de resiliencia alto y un vínculo óptimo como representación mental de apego materna, no obstante, existe un porcentaje importante de madres que presentan un nivel de resiliencia promedio, una representación mental de apego materno de control sin afecto, pero aún así un estilo de apego seguro, lo cual nuevamente señala la concordancia de los resultados obtenidos con lo presentado en el marco teórico.

### **5.3 RESUMEN**

El vínculo de apego es el primer lazo que se establece entre madre e hijo, a través del cual el niño busca la seguridad en su figura vincular. Se distinguen tres estilos de apego, dentro de los cuales destaca el estilo de apego seguro como el vínculo óptimo para promover y potenciar aspectos positivos de su crecimiento y desarrollo (Ainsworth, 1979).

La literatura especializada, señala que en el desarrollo del apego influyen factores tales como: características del entorno, características de la madre, la calidad de la crianza y la institucionalización (Spitz 1945). Sin embargo, en los últimos años, se ha dado gran relevancia a otros aspectos de carácter intrínseco materno que podrían influir en el desarrollo del estilo de apego tales como la resiliencia, considerada como una competencia parental (Reder y Lucey, 1995; Reder, Duncan y Lucey, 2003), y las representaciones mentales de apego (Marrone, 2001).

En base a lo anterior nace el objetivo general de la presente investigación, el cual consiste en determinar el estilo de apego entre madre e hijo lactante según representaciones mentales de apego y nivel de resiliencia materna, que se controlan en los CESFAM pertenecientes a la corporación municipal de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2012.

La muestra se obtuvo de forma probabilística, aleatoria y estratificada, extraída de la población de lactantes nacidos en Octubre del año 2011 controlados en los CESFAM anteriormente nombrados, quedando una muestra final de 62 diadas. La obtención de los datos se realizó a través de visitas domiciliarias integrales a cargo de un estudiante de V año de psicología y una estudiante de IV año de enfermería, ambos pertenecientes a la Universidad de Valparaíso. Durante el desarrollo de la visita domiciliar se aplicaron 5 instrumentos para la obtención de datos: La escala de Massie Campbell, la Escala de Medición de Resiliencia (SVRES), el Instrumento de Lazos Parentales “parental bonding instrument” (PBI) y un cuestionario de caracterización demográfica.

El Procesamiento y análisis de datos se realizó a través del software *Epi info*<sup>TM</sup> 7.1.1.0.

Respecto a los resultados de la investigación, se observa que un 74% de las madres tiene un estilo de apego seguro hacia sus hijos, el 21% un estilo Inseguro Evitante y el 5% un estilo de apego Inseguro Ambivalente, datos que son discordantes con los estudios de Ainsworth (1970) y Armstrong, Bratz (2011). Sin embargo se aprecia una concordancia en cuanto a la distribución de estilo de apego seguro perteneciente al estudio realizado por Felipe Lecannelier (2006).

En cuanto a la variable resiliencia, los factores con nivel alto de mayor frecuencia encontrados en la presente investigación son Redes, Autonomía e Identidad, mientras que en un estudio de Saavedra y Villalta (2008), los factores predominantes fueron: Generatividad, Modelos y Autoeficacia. Dentro de los factores con nivel alto de menor frecuencia se encuentra el factor Modelos, a diferencia de Saavedra y Villalta (2008) en donde destacan Autonomía, Pragmatismo y Afectividad.

Este estudio ha permitido exponer la distribución de los estilos de apego, nivel de resiliencia y representaciones mentales maternas de una muestra perteneciente a la ciudad de Valparaíso, sin embargo es un estudio de tipo descriptivo lo cual impide determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre las tres variables estudiadas.

#### 5.4 ABSTRACT

The attachment is the first bond between mother-infant; through this the infant seeks for security in his/her attachment figure. We can find three attachment styles, highlighting the secure attachment as the optimum one to promote and enhance the positive aspects of the infant's growth and development. (Ainsworth, 1979).

The literature, points out that the attachment development is influenced by some factors, such as: environment characteristics, mother characteristics, parenting quality, and the institutionalization (Herranz & Sierra 2007). However, during the recent past years, it has been given a greater relevance to other intrinsic maternal character aspects that could influence the attachment style such as the resilience, which has been considered as a parental competence (Reder & Lucey 1995; Reder, DUncañ & Lucey 2003) and the mental attachment representations (Marrone, 2001).

Based on the previous paragraphs, we established the main objective of this research, which is to determine the attachment style between mother-infant considering the mental attachment representations and the maternal resilience level, which are monitored at the CESFAMS belonging to the Valparaiso City Council Corporation (CORMUVAL) during the second term of 2012.

The sample was gotten using random and stratified probabilistic instruments, extracted from the infants population born in October, 2011 and who were monitored at the CESFAMS previously mentioned, living us a final sample of 62 dyads. The data collection was gotten by carrying out some integral door to door interviews in charge of a fifth year psychology student and a fourth year nursing student both from the Valparaiso University. Five instruments were applied in these door to door interviews: The Massie Campbell scale, the Resilience Measuring Scale (SVRES), the Parental Bonding Instrument (PBI), and a demographic characterization questionnaire.

The data processing and analysis was carried out by the software [Epi info]<sup>TM</sup> 7.1.1.0.

According to the results of this research, we can conclude that a 74% of mothers have a secure attachment style beyond their children, a 21% have an insecure avoidant style and a 5% have an insecure ambivalent style. This results do not agree with the Ainsworth (1970) and Armstrong, Bratz (2011) researches. However, we can appreciate some agreements in the distribution of the security attachment style with Felipe Lecannelier (2006) results.

As for the resilience variable, the high level factors more frequently found in this research were the networking, autonomy and Identity, while in Saavedra y Villalta (2008) study the more common factors were: Generativity, Models and Self-efficacy. Among the high level factors less frequently found there were the Models factor, unlike the Saavedra y Villalta (2008) research where Autonomy, Pragmatism and Affectivity were highlighted.

This study has allowed us to show the distribution of the attachment styles, the resilience level and the maternal mental representations of a Valparaíso city sample, however this is a descriptive research that do not allow us to establish a significant statistics relationship between the three variables studied. On the other hand, the sample size was rather small; therefore we propose to continue a correlation research with a bigger sample, so we could distinguish the behavior of the variables and the connections between them.

# **CAPÍTULO 6:**

## **Páginas complementarias**

## **6.1 Referencias bibliográficas**

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100014&script=sci_arttext).
- Ainsworth, M. D. (1979). "Infant-Mother Attachment". American Psychologist, 34(10): 932-937. Recuperado de [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov\\_art105.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf)
- Armstrong, L., Bratz, J. (2012). *Estilos de apego en la relación madre-hijo(a) según características familiares y personales del lactante*. (Tesis para optar al grado de Licenciada(a) en Enfermería no publicada). Universidad de Valparaíso, Chile.
- Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Ed. Paidós. Barcelona. Recuperado de [http://www.buentrato.cl/pdf/est\\_inv/violen/vp\\_barudy.pdf](http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/violen/vp_barudy.pdf)
- Barudy J. & Dantagnan M. (2005) Los buenos tratos a la infancia. España, Barcelona: editorial GEDISA.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and Loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis. Recuperado de <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/3.7.%20FIGURAS%20SIGNIFICATIVAS.%20DESARROLLO%20DEL%20APEGO.pdf>
- Céspedes, A. (2008). Cerebro, Inteligencia y emoción: neurociencias aplicadas a la educativa permanente. Santiago de Chile: Fundación Mírame.

- Cyrulnik, B. (2006). “Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida”; 7ª edición. España. Gedisa; 2006 (pág. 238). En: Barudy J. & Dantagnan M. (2005) Los buenos tratos a la infancia. España, Barcelona: editorial GEDISA.
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Higgitt, A. y Target M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 35, n. 2, pp. 231-258. En: Kotliarenco, M.A. ; Cáceres I. & Fontecilla M. Estado del arte en Resiliencia. Edición conjunta Organización panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/agencia Sueca de cooperación Internacional para el desarrollo, Santiago, 1997.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E. & Target, M. (2002). Affect Regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007)
- Geddes, H. (2010). El apego en el aula. Barcelona, España. Editorial Grao. Recuperado de <http://books.google.cl/books?id=GYXgQAYVbQUC&printsec=frontcover&dq=el+apego+en+el+aula&hl=es&sa=X&ei=BONeUZ7bIc314AO0q4GYCw&ved=0CC4Q6AEwAA>
- Gómez, Y., Vallejo, V., Villada, J. & Zambrano, R (2009). Caracterización de lazos parentales en estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 1 (1). Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/viewFile/10026/9243>
- Grotberg, Edith (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit, The International Resilience Project., Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda. En: Kotliarenco, M.A. ; Cáceres I. & Fontecilla M. Estado del arte en Resiliencia. Edición conjunta Organización panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/agencia Sueca de cooperación Internacional para el desarrollo, Santiago, 1997.

- Kothliarenco, M.A, Cáceres I, Fontecilla, M. (1997). Estado en arte de resiliencia. Edición conjunta Organización panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/agencia Sueca de cooperación Internacional para el desarrollo, Santiago, 1997.
  
- Kothliarenco M.A y Lecannelier, F (2004). Resiliencia y coraje: el apego como mecanismo protector. CEANIM.
  
- Kotliarenco, M., Gómez,E., Muñoz, M. (2009). Evaluación pre-post del desarrollo psicomotor y el estilo de apego de los centros de desarrollo infantil temprano. SUMMA psicológica UST, 6 (2), 89-104. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113461>
  
- Lafuente, M. J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo. Revista de Psicología, 165-190.
  
- Lecannelier, F. (2006). Apego, autorregulación y organización cerebral: Las reflexiones integradoras de Allan Shore. En: F. Lecannelier, Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental (1a ed., pp 30). Santiago, Chile: LOM. Concha y Toro.
  
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100014&script=sci_arttext)
  
- Marrone, M. (2001). La teoría del apego. Un enfoque actual. Madrid; Prismática. Recuperado de [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-escobar\\_m/pdfAmont/cs-escobar\\_m.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-escobar_m/pdfAmont/cs-escobar_m.pdf)

- MINSAL (2006). Chile Crece Contigo. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/2009/desarrollo-infantil/0-a-12-meses/estableciendo-vinculo-y-apego/>
- Moneta. E. (2005). El apego “Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre – hijo”. Santiago, Chile. Editorial Cuatro Vientos.
- Nóbrega, M. (2006). Maternidad e Identidad en Madres de distrito de Villa el Salvador que tuvieron un embarazo durante la adolescencia. Tesis de maestría no publicada, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/407/REY\\_DE\\_CASTRO\\_ALARCO\\_MARIA\\_REPRESENTACIONES\\_APEGO.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/407/REY_DE_CASTRO_ALARCO_MARIA_REPRESENTACIONES_APEGO.pdf?sequence=1)
- Panksepp J. (1998). Affective Neuroscience. New York: Oxford University Press; 1998. En: Barudy J. & Dantagnan M. (2005) Los buenos tratos a la infancia. España, Barcelona: editorial GEDISA.
- Quezada, V., Santelices, M. (2009) Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. Recuperado de [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342010000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100005&lng=es&nrm=iso)
- Reder, P.; Duncan, S. y Lucey, C. (2003) Studies in the assessment of parenting. Routledge. Nueva York. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n2/v18n2a03.pdf>
- Rodrigo, M.; Martín, J.; Cabrera, E. y Maiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18 (2), 113-120. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000200003&script=sci_arttext)



- Rozenel, V. (2006). Los Modelos Operativos Internos dentro de la Teoría del Apego. *Revista Aperturas Psicoanalíticas: Hacia Modelos Integradores*, 38(3), 493-507. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007)
- Saavedra, E., Villalta, M., (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*. Vol. 14. 31-40
- Schore A. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect, regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22: 7-66. Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/52/49>
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1: 53-73. New York: International Universities Press. Recuperado de <http://books.google.cl/books?id=oGx5FSINphIC&pg=PA69&lpg=PA69&dq=Herranz+Sierra++a+pego&source=bl&ots=a3mE6bVcpQ&sig=s6kkx-7k714Ii2bgqL5ooxtQkL4&hl=es&sa=X&ei=7GRIUfzkDYrE0QGP5IDIBw&ved=0CD4Q6AEwAw#v=onepage&q&f=false>
- Stern, D.N.(1985). Affect attunement. En J. D. Cali, E. Galenson y R. L. Tyson (comps.), *Frontiers of infant psychiatry*, Vol.2, Nueva York: Basic Books. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/56178881/Stern-Daniel-1985-El-Mundo-Interpersonal-Del-Infante-1a-Ed-1991>
- Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg y Frenkl. (1992). El apego durante los primeros años (0-5) y su impacto en el desarrollo infantil. En: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera*. Recuperado de [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342010000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100005&lng=es&nrm=iso)

- Werner, Emy E. y Smith, Ruth S. (1982). Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. McGraw Hill. Nueva York, E.E.U.U. En: Kotliarenco, M.A. ; Cáceres I. & Fontecilla M. Estado del arte en Resiliencia. Edición conjunta Organización panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/agencia Sueca de cooperación Internacional para el desarrollo, Santiago, 1997.

- Werner, Emmy E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry, vol. 59, n.1, pp. 72-81. En: Kotliarenco, M.A. ; Cáceres I. & Fontecilla M. Estado del arte en Resiliencia. Edición conjunta Organización panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/agencia Sueca de cooperación Internacional para el desarrollo, Santiago, 1997.

## 6.2 ANEXOS

### Anexo N°1

 <b>Escala de Massie-Campbell</b> 						
CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE						
CONDUCTA OBSERVAR <sup>A</sup>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
<b>MIRADA</b>	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo	Comp. no Obs.
<b>VOCALIZACION</b>	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Id.
<b>TOCANDO (a)</b>	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca siempre toca a la madre.	Id.
<b>(b)</b>	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	Id.
<b>SOSTENIENDO</b>	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
<b>AFECTO</b>	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id.
<b>PROXIMIDAD O CERCANIA</b>	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Id.
RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL ESTRES DEL NIÑO						
CONDUCTA OBSERVAR <sup>A</sup>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
<b>MIRADA</b>	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos	Comp. no Obs.
<b>VOCALIZACION</b>	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
<b>TOCANDO (a)</b>	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
<b>(b)</b>	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	Id.
<b>SOSTENIENDO</b>	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Id.
<b>AFECTO</b>	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
<b>PROXIMIDAD O CERCANIA</b>	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.

**Anexo N°2: ESCALA DE RESILIENCIA SV - RES**

(E. Saavedra, M. Villalta – 2007)

**SEXO:** MUJER \_\_\_\_\_ HOMBRE \_\_\_\_\_

**EDAD** \_\_\_\_\_

**Evalúe el grado en que estas afirmaciones lo(a) describen. Marque con una “X” su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.**

YO SOY- YO ESTOY ...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Una persona con esperanza					
2. Una persona con buena autoestima					
3. Optimista respecto del futuro					
4. Seguro de mis creencias o principios					
5. Creciendo como persona					
6. Rodeado de personas que en general me ayudan situaciones difíciles					
7. En contacto con personas que me aprecian					
8. Seguro de mi mismo					
9. Seguro de mis proyectos y metas					
10. Seguro en el ambiente en que vivo					
11. Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida					
12. Un modelo positivo para otras personas					
13. Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio					
14. Satisfecho con mis relaciones de amistad					
15. Satisfecho con mis relaciones afectivas					
16. Una persona práctica					
17. Una persona con metas en la vida					
18. Activo frente a mis problemas					
19. Revisando constantemente el sentido de mi vida					
20. Generando soluciones a mis problemas					

<b>YO TENGO</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo Ni desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
21. Relaciones personales confiables					
22. Una familia bien estructurada					
23. Relaciones afectivas sólidas					
24. Fortaleza interior					
25. Una vida con sentido					
26. Acceso a Servicios sociales-públicos					
27. Personas que me apoyan					
28. A quien recurrir en caso de problemas					
29. Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida					
31. Personas que me han orientado y aconsejado					
32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas					
33. Personas en las cuales puedo confiar					
34. Personas que han confiado sus problemas en mi					
35. Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas					
36. Metas a corto plazo					
37. Mis objetivos claros					
38. Personas con quien enfrentar los problemas					
39. Proyectos a futuro					
40. Problemas que puedo solucionar					

<b>YO QUIERO</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo Ni desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
41. Hablar de mis emociones					
42. Expresar afecto					
43. Confiar en las personas					
44. Superar las dificultades que se me presenten en la vida					
45. Desarrollar vínculos afectivos					
46. Resolver problemas de manera efectiva					
47. Dar mi opinión					
48. Buscar ayuda cuando la necesito					
49. Apoyar a otros que tienen dificultades					
50. Responsabilizarme por lo que hago					
51. Ser creativo					
52. Comunicarme adecuadamente					
53. Aprender de mis aciertos y errores					
54. Colaborar con otros para mejorar la vida en comunidad					
55. Tomar decisiones					
56. Generar estrategias para solucionar mis problemas					
57. Fijarme metas realistas					
58. Esforzarme por lograr mis objetivos					
59. Asumir riesgos					
60. Proyectarme al futuro					

**MUCHAS GRACIAS**

**Anexo N°3:**

**Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)**

(Parker, Tuplin & Brown, 1979) (Adaptado por Vallejo, Villada & Zambrano, 2007)

**INSTRUCCIONES**

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres.  
Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su **madre** hasta la edad de 16 años.

3= Siempre pasaba  
2= Algunas veces pasaba  
1= Rara vez pasaba  
0= Nunca pasaba

**MADRE**

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable.                      | ( ) |
| 2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.                     | ( ) |
| 3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer.                    | ( ) |
| 4. Parecía emocionalmente fría conmigo.                           | ( ) |
| 5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.               | ( ) |
| 6. Era cariñosa conmigo.  | ( ) |
| 7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.               | ( ) |
| 8. No quería que yo creciera.                                     | ( ) |
| 9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.                     | ( ) |
| 10. Invadía mi intimidad.   | ( ) |
| 11. Disfrutaba hablar conmigo.                                    | ( ) |
| 12. Frecuentemente me sonreía.                                    | ( ) |
| 13. Tendía a consentirme.   | ( ) |
| 14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba.        | ( ) |
| 15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.                       | ( ) |
| 16. Me hacía sentir que no me quería.                             | ( ) |
| 17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a.     | ( ) |
| 18. No hablaba mucho conmigo.                                     | ( ) |
| 19. Trataba de hacerme sentir dependiente de ella.                | ( ) |
| 20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca. | ( ) |
| 21. Me daba tanta libertad como yo quería.                        | ( ) |
| 22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.                   | ( ) |
| 23. Fue sobreprotectora conmigo.                                  | ( ) |
| 24. No me alababa.  | ( ) |
| 25. Me dejaba vestir como yo quería.                              | ( ) |

**Anexo N°4:**

Dirección \_\_\_\_\_ N° Ficha \_\_\_\_\_

Cuestionario

I. Antecedentes del cuidador principal

Nombre	Edad
--------	------

1- Número de hijos \_\_\_\_\_

2- Estado civil:  Soltera  Casada  Separada  Viuda  Conviviente

3- Escolaridad:  Básica incompleta  
 Básica completa  
 Media incompleta  
 Media completa  
 Técnico completo  
 Técnico incompleto  
 Superior completo  
 Sin estudios

4- Ocupación:  Dueña de casa  Trabajo dependiente  Trabajo independiente  
 Estudiante  Estudiante y Trabajador  Cesante  
 Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

5- Jornada laboral:  Diurno  Nocturno  Vespertino

Número de días a la semana que trabaja: \_\_\_\_\_

6- Horas de trabajo diario: \_\_\_\_\_

II. Antecedentes del lactante

Nombre	Edad
--------	------

7- Sexo:  Masculino  Femenino

8- Asiste a jardín:  Sí  No

9- Lactancia del niño:  Lactancia materna exclusiva  Mixta  Lactancia artificial

III. Antecedentes de salud

10- Embarazo:  Planificado  No Planificado

Sin complicaciones  Con Complicaciones

11- Adicciones durante el embarazo:  No  Sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_

12- Parto:  Normal  Cesárea

13- Control niño sano:  Asistencia Completa  Asistencia Regular  Inasistente

IV. Antecedentes Familiares:

14- Número de personas que viven en su hogar: \_\_\_\_\_

15- Percepción de estabilidad económica:

Muy buena  Buena  Regular  Mala  Muy mala

16- Tipo de Familia ( No responder)

17.1- Nuclear:  Biparental  Monoparental

17.2- Extensa:  Biparental  Monoparental  Compuesta

17.3- Reconstituida

**Anexo N5:**

**Protocolo de Visita Domiciliaria**

**1- Contacto telefónico**

1.1 Llamar al domicilio en un plazo de 24 a 48 horas de anticipación, al número de teléfono de las personas seleccionadas registradas en la base de datos.

1.2 Una vez establecido el contacto, pedir hablar con la madre del lactante, previamente individualizada en la base de datos.

En caso de que:

- No se encuentre: Preguntar en qué momento se puede ubicar para realizar un nuevo llamado.
- No corresponde el número: preguntar si la persona tiene acceso al número correspondiente.
- No contesten: realizar 3 intentos más en diferente día y horario.
- Número no exista, no se encuentre en la base de datos, o las opciones anteriores no resulten:
  - Solicitar en CESFAM, acceso al sistema AVI para rescatar número telefónico en el sistema, además corroborar la dirección
  - Si no se encuentra con la opción uno, acudir al hogar
  - Si el domicilio no pertenece descartar la muestra
  - Una vez descartada, se procede a utilizar muestra de recambio

1.3 Cuando se logre contactar con la madre proseguir de la siguiente forma:

- a) Saludar.
- b) Presentarse cordialmente con el nombre y apellido y mencionar la institución y la carrera.
- c) Confirmar nombre del lactante, de la madre.

- d) Contextualizar el motivo del llamado: Con la autorización del CESFAM al cual usted y su hijo están inscritos, estamos realizando visitas domiciliarias en donde se evaluará el desarrollo psicomotor de su bebé, además de entregar material educativo para potenciar dicho desarrollo. Para esto, necesitamos saber qué día y horas Ud. tiene disponibles (\*), para coordinar con nosotros. La duración de la visita no excederá de los 45 minutos.
- e) Confirmar la dirección (registrar si hay algún error o cambio) y solicitar referencias de cómo llegar: Locomoción, institución cercana (iglesia, comisaría, colegio, etc).
- f) Despedirse reforzando el compromiso de la visita en la hora y fecha acordadas, poniendo énfasis en que debe estar el lactante y ella presentes el día coordinado.

**Nota:** En caso que la madre no acepte o no pueda recibir la visita domiciliaria, dar las gracias por la atención y despedirse.

## 2- Visita domiciliaria insitu:

- 2.1 Siempre coordinar en duplas la visita, por el riesgo latente respecto a la seguridad.
- 2.2 Previamente visualizar la dirección, teniendo en consideración las referencias dadas por teléfono, si es necesario imprimir el mapa de la dirección, el cual se puede encontrar en la siguiente página <http://maps.google.cl/>
- 2.3 Una vez encontrada la dirección golpear, tocar el timbre, llamar o vocalizar para que alguien atienda la puerta. Saludar y preguntar por la madre del lactante con quien hemos hecho contacto telefónico.
- 2.4 Una vez identificada a la madre saludarla y presentar a la dupla o trío, explicando nuevamente de manera breve el motivo de la visita. (No explicar Massie –Campbell).
- 2.5 Una vez instalados al interior del domicilio proceder a la aplicación de la encuesta socio-demográfica y de los consentimientos informado de la visita (10 min).
- 2.6 Posteriormente, uno de los seminaristas, debe realizar con el niño la aplicación de la pauta breve.
- 2.7 Simultaneo a la aplicación de la pauta breve, el otro seminarista debe observar los parámetros de evaluación de la escala Massie-Campbell.

2.8 Realizar indicaciones y educación correspondiente, de acuerdo al resultado de la pauta breve y Massie-Campbell.

2.9 Luego se invita a la madre a participar de la investigación, donde se le explica en que consta ésta. (Evaluación del vínculo madre-hijo, resiliencia y aplicación del PBI).

2.9.0 En caso que no acepte participar: Se le agradece la participación y nos retiramos del hogar


2.9.1 En caso que acepte participar: Se procede a entregar el consentimiento informado correspondiente y se aplica PBI y SVRES.

2.9.2 Se le agradece la participación y nos retiramos del hogar.

**Nota: Luego de realizada la visita se debe registrar en la ficha familiar del consultorio, con el resultado de la pauta breve y el Massie-Campbell, además de la educación y las indicaciones.**


**(\*) La coordinación de la fecha y hora debe hacerse en base a La disponibilidad de la familia y de la dupla de seminaristas.**

Anexo N°6:



### Pauta breve de desarrollo psicomotor

0 a 24 meses



	sí	no
<b>4 MESES</b>		
<b>C</b> 1. Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>M</b> 2. Gira la cabeza al sonido de la campanilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>LS</b> 3. Ríe a carcajadas*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>C</b> 4. La cabeza sigue la cuchara que desaparece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>12 MESES</b>		
<b>M</b> 5. Camina afirmado de una mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>C</b> 6. Aplauda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>L</b> 7. Dice al menos 2 palabras con sentido*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>LS</b> 8. Entrega como respuesta a una orden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>15 MESES</b>		
<b>M</b> 9. Camina solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>C</b> 10. Espontáneamente garabatea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>L</b> 11. Imita tres palabras*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>LS</b> 12. Muestra lo que desea, apuntándolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>21 MESES</b>		
<b>C</b> 13. Arma una torre de cuatro cubos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>L</b> 14. Nombra un objeto de los cuatro presentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>M</b> 15. Se para en un pie con apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>C</b> <b>S</b> 16. Usa la cuchara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>24 MESES</b>		
<b>M</b> 21. Se para en un pie sin apoyo 1 segundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>C</b> 22. Desata cordones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>L</b> 23. Nombra 2 objetos de los 4 presentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>S</b> 24. Ayuda en tareas simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Observaciones**

**Resultado**

Pauta normal

Pauta alterada

*Marcar con una cruz las áreas del desarrollo alteradas*

**M**   
  **L**   
  **C**   
  **S**   
  **LS**

**Nombre del niño o niña**

apellido paterno	apellido materno	nombres
------------------	------------------	---------

**R.U.N.**




**Fecha de la evaluación**

año	mes	año
-----	-----	-----

El asterisco \* indica las preguntas que se deben realizar al acompañante del niño o niña.

**Simbología:** **M** Motor    **L** Lenguaje    **C** Coordinación    **S** Social    **LS** Lenguaje Social

**Anexo N°7:**

		
<b>Consentimiento Informado para Participantes de Investigación</b>		
<p>El propósito del presente documento es invitarla a participar en el estudio titulado "Estilo de apego entre madre e hijo lactante de 12 meses de edad, y su relación con las representaciones mentales de apego y nivel de resiliencia materna", cuyos investigadores principales son Lucy Armstrong, Paula Solervicens y Josephine Bratz. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistirá su colaboración:</p>		
<p>1. El estudio mencionado tiene por objetivo determinar el estilo de apego entre madre e hijo y su relación con los pensamientos e ideas que se tienen respecto a la relación entre la madre e hijo y la capacidad sobreponerse a situaciones adversas en madres de lactantes de 12 meses que asisten a un Centro de Salud Familiar (CESFAM) perteneciente a la Corporación Municipal de Valparaíso durante el presente año.</p> <p>Este estudio se enmarca en la teoría del apego, la cual establece la tendencia de los seres humanos a crear lazos íntimos con personas significativas a lo largo de la vida, influyendo en las distintas áreas de su desarrollo (psicomotora, intelectual, emocional y social), por lo que es muy relevante potenciar de forma positiva este vínculo durante los primeros años de vida. Para una adecuada formación de este lazo, el equipo multidisciplinario de salud trabaja en conjunto con la familia, otorgando las herramientas necesarias para apoyar este proceso, especialmente en el nivel primario de atención.</p>		
<p>2. Su participación en este estudio es relevante ya que contribuye a la comprensión de las características de las relaciones entre madres e hijos/as, además de poder orientar de mejor manera las intervenciones que los equipos multidisciplinarios de los CESFAM realizan con las familias con hijos pequeños.</p>		
<p>3. Su participación es voluntaria y no constituye riesgo para la salud de Ud. ni de su hijo/a. Ud. puede decidir retirarse de la participación en el estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio de la atención habitual que Ud. y su hijo/a reciben en el CESFAM.</p>		
<p>4. Si accede a participar en esta investigación:</p>		
<p>4.1. Se examinará la ficha clínica de su hijo, para obtención de datos generales</p>		
<p>4.2. Se realizará una visita domiciliaria, con una duración de una hora aproximadamente (máximo 75 minutos), durante la cual se aplicará:</p>		
<p>a) una pauta breve para evaluar desarrollo psicomotor de su hijo/a (10 minutos) y se observará la forma de relación entre usted y su hijo/a,</p>		
<p>b) un cuestionario de recolección de datos generales (edad, sexo, escolaridad de la madre, entre otros) (10 minutos),</p>		
<p>c) una escala para determinar el grado de resiliencia (20 minutos), y</p>		
<p>d) cuestionario que evalúa los estilos vinculares de las madres (20 minutos)</p>		
<p>5. La participación no implica costo para Ud. ni incluye beneficios monetarios. Sin embargo, recibirá educación personalizada acerca de la mejor forma de promover el desarrollo emocional y psicomotor de su hijo/a.</p>		

6. Si se detectara riesgo relacional entre Ud. y su hijo/a, se le ofrecerá la posibilidad de ser derivada y atendida en el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
7. Los datos personales que se obtengan en este estudio y su registro serán confidenciales, es decir no serán expuestos a terceros, y sólo podrán ser utilizados por los investigadores principales, conservándose digitalmente por un periodo de 5 años, bajo la responsabilidad de los mismos.
8. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados en revistas de tipo científica y/o académica, podrán ser utilizados como material de apoyo en otras investigaciones que guarden relación con el estudio original, resguardando siempre la confidencialidad de los participantes. Los resultados de esta investigación podrán ser solicitados al email [apego.tesis2013@gmail.com](mailto:apego.tesis2013@gmail.com) para recibir dicha información.
9. Ante cualquier consulta podrá contactarse con Josephine Bratz y Lucy Armstrong, fono 2507428 o Paula Solervicens, fono 2508010.
10. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, con el cual usted puede tomar contacto a través de su Secretaria Administrativa, Sra. Ana María Carreño, fono 2507370.

#### Investigadoras

Lucy Armstrong, RUT: 7.983.415-7

Josephine Bratz, RUT: 14.496.070-K

Paula Solervicens, RUT: 13.021.236-0

#### Colaboradores

- Sebastián Butler Rubina
- Victoria Godoy Molina
- Liliana Muñoz Caroca
- Yakelin Ordenes Martínez
- Francisca Ortega Guerrero
- Cecilia Ponce Salinas
- Tatiana Quiroz Jeria
- Nicole Speer López
- Danitza Vicencio Tapia

Nombre y Firma Investigador Responsable

RUT:

Título/grado:

Valparaíso, ... de ... de 201...

Anexo N°8:



**Ficha de Consentimiento Informado para Participantes**

Yo,....., RUT..... DECLARO que se me ha informado en forma completa y que he comprendido en qué consiste mi participación en el estudio titulado "Estilo de apego entre madre e hijo lactante de 12 meses de edad, y su relación con las representaciones mentales de apego y nivel de resiliencia materna", que se lleva a cabo en los Centros de Salud Familiar pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso.

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo del estudio es determinar el estilo de apego entre madre e hijo y su relación con los pensamientos e ideas que se tienen respecto a la relación entre madre e hijo y la capacidad sobreponerse a situaciones adversas en madres de lactantes de 12 meses que asisten a un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la Corporación Municipal de Valparaíso, durante el presente año.
2. Mi participación en este estudio es relevante ya que contribuye a la comprensión de las características de las relaciones entre madres e hijos/as, además de poder orientar de mejor manera las intervenciones que los equipos multidisciplinarios de los CESFAM realizan con las familias con hijos pequeños.
3. Mi participación es voluntaria y no constituye riesgo para mi salud ni la de mi hijo/a; y puedo decidir retirarme de la participación de este estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio de la atención habitual que recibimos en el CESFAM.
4. Si accedo a participar en esta investigación:
  - 4.1. Se examinará la ficha clínica de mi hijo para obtención de datos generales
  - 4.2. Se realizará una visita domiciliaria de una duración de una hora aproximadamente (máximo 75 minutos), durante la cual se aplicará:
    - a) una pauta breve para evaluar desarrollo psicomotor de mi hijo/a (10 minutos) y se observará la forma de relación entre mi hijo/a y yo
    - b) un cuestionario de recolección de datos generales (edad, sexo, escolaridad de la madre, entre otros) (10 minutos)
    - c) una escala para determinar el grado de resiliencia (20 minutos)
    - d) un cuestionario que evalúa los estilos vinculares de las madres (20 minutos)
5. Mi participación no implica costo para mí, ni incluye beneficios monetarios. Sin embargo, se me ofrecerá educación acerca de la forma de promover el desarrollo emocional y psicomotor de mi hijo/a.



6. Si se detectara riesgo relacional entre mi hijo y yo, podré ser derivada y atendida en el Centro de atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, según yo así lo decida.
7. Los datos personales que se obtengan en este estudio y su registro serán confidenciales, es decir no serán expuestos a terceros, y sólo podrán ser utilizados por los investigadores principales, conservándose digitalmente por un periodo de 5 años, bajo la responsabilidad de los mismos.
8. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados en revistas de tipo científico y/o académico, podrán ser utilizados como material de apoyo en otras investigaciones que guarden relación con el estudio original, resguardando siempre la confidencialidad de los participantes. Los resultados de esta investigación podrán ser solicitados al e-mail [apego.tesistas2012@gmail.com](mailto:apego.tesistas2012@gmail.com). Ante cualquier consulta podré contactar a Josephine Bratz y Lucy Armstrong, en el teléfono 2507428 o a Paula Solervicens, teléfono 2508010.
9. Entiendo que este estudio ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, al cual podré contactar a través de su Secretaria Administrativa, Sra. Ana María Carreño, teléfono 2507370.



---

Nombre y Firma Participante  
RUT:

---

Nombre y Firma Investigador  
RUT:

Valparaíso, ... de ... de 201...

Anexo N°9:



Certificado De Investigación

La investigación denominada “Estilos de apego madre e hijo lactante según representaciones a mentales y resiliencia materna”

Presentada en el mes septiembre del año 2012 y ejecutada durante ese año, a saber nuestra institución acreditó la investigación enmarcada en el convenio docente asistencial en pos de mejorar el conocimiento de los alumnos.

En la presentación de los documentos se les exige a los alumnos devolver la información a los CESFAM para generar un acopio de conocimiento para el estado del arte disponible, es por eso que junto con la aceptación de los documentos preliminares solo nos queda pendiente este tema pendiente.

Se envía este documento a solicitud de las alumnas interesadas para un proceso transparente y para los cuales estime conveniente.

  
  
Unidad de Campos Clínicos & capacitación  
Colón 2180  


**Anexo N°10:**

Tabla “ Distribución de la muestra según estilos de apego”

ESTILO FINAL CUIDADOR	Porcentaje	Frecuencia
Seguro	74,19%	46
Inseguro/Evitante	20,97%	13
Inseguro/Ambivalente	4,84%	3
Total	100,00%	62

**Anexo N°11:**

Tabla “Frecuencia de la muestra según nivel global de resiliencia materna”

• SVRES NIVEL GLOBAL	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	27	43,55%
PROMEDIO	29	46,77%
BAJO	6	9,68%
Total	62	100,00%