



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
SEMINARIO DE TÍTULO**

**SEMINARIO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA Y
AL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGO**

**“ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS REPRESENTACIONES
MENTALES DE APEGO EN MADRES MAYORES DE 18 AÑOS Y LA
CALIDAD DE LA RELACIÓN DE ÉSTA CON SU HIJO LACTANTE DE
ENTRE 12 MESES Y 01 DÍAS Y 13 MESES Y 29 DÍAS, QUE ASISTEN A
LOS *CONTROLES DE NIÑO SANO* EN LOS CESFAM DE LA
CORMUVAL”**

POR:

**SEBASTIÁN BUTLER RUBINA
VICTORIA GODOY MOLINA
CECILIA PONCE SALINAS**

DOCENTE GUÍA:

PS. PAULA SOLERVICENS

**DICIEMBRE 2012
VALPARAÍSO, CHILE.**

ÍNDICE

Resumen	9
1. Introducción	10
2. Marco Teórico	11
2.1 Antecedentes históricos del estudio de la afectividad	11
2.1.1 Teorías conductistas	11
2.1.2 Teoría psicoanalítica	12
2.1.3 Aportes de la Etología	13
2.2 Teorías del Apego	15
2.2.1 John Bowlby	15
2.2.2 Mary Ainsworth	18
2.2.3 Mary Main	21
2.3 Teoría de Apego en la actualidad	22
2.3.1 Daniel Stern y modelos interactivos internos	22
2.3.2 Peter Fonagy y la mentalización	23
2.3.3 Apego e intersubjetividad	24
2.3.4 Teoría de regulación del afecto	25
2.4 Bases Neurobiológicas	26
2.4.1 Neurobiología y autoregulación	26
2.4.2 Neurobiología del apego	27
2.5 Apego transgeneracional	29
2.6 Apego Adulto	31
2.6.1 Modelos operantes internos	32
2.7 Medición de Apego adulto	34
2.7.1 Evaluación en Chile de apego adulto	36
2.7.2 Parental Bonding Instrument (PBI)	37
2.8 Medición de apego en lactantes	39
2.8.1 Evaluación en Chile de apego en lactantes.	40
2.8.2 Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de estrés	41

2.9 Descripción de objeto de estudio	42
3. Marco Metodológico	44
3.1 Problema de investigación	44
3.1.1 Pregunta de investigación	44
3.1.2 Justificación metodológica	44
3.1.3 Justificación social	45
3.2 Diseño de Investigación	46
3.3 Objetivos e Hipótesis	47
3.3.1 Objetivo general	47
3.3.2 Objetivos específicos	47
3.3.3 Hipótesis	47
3.3.3.1 Hipótesis de investigación	47
3.3.3.2 Hipótesis nula	47
3.3.3.3 Hipótesis alternativa	48
3.4 Definición de Variables	48
3.4.1 Apego	48
3.4.1.1 Apego Seguro	48
3.4.1.2 Apego Inseguro-Evitante	48
3.4.1.3 Apego inseguro- Ambivalente	48
3.4.2 Representaciones mentales o modelos operantes internos	49
3.4.2.1 Representación mental de apego seguro	49
3.4.2.2 Representación mental de apego inseguro	49
3.5 Población y Muestra	49
3.5.1 Participantes	49
3.5.2 Tipo de muestra	50
3.5.3 Tamaño de muestra	50
3.6 Recolección de Datos	52
3.7 Reestructuración del tamaño de la muestra	53
4. Resultados	55
4.1 Análisis descriptivo de la muestra	55

4.1.1 Distribución demográfica de la población participante	55
4.1.2 Datos de las madres	56
4.1.3 Datos de los lactantes	65
4.1.4 Datos del embarazo	68
4.1.5 Características de la familia	71
4.2 Análisis de resultados	75
4.2.1 Representaciones mentales de apego en madre	75
4.2.2 Calidad de la relación de apego madre-lactante	80
4.2.3 Asociación entre representaciones mentales de apego de las madres y la calidad de la relación de apego de éstas con sus hijos	81
4.2.4 Asociación de las representaciones mentales de apego de las madres con variables sociodemográficas	86
4.2.5 Asociación de la calidad de la relación de apego madre-lactante con variables sociodemográficas	90
5. Discusión	93
5.1 Representaciones mentales de apego de la madre y la calidad de la relación de ésta con sus hijos	93
5.2 Representaciones mentales de apego de la madre asociadas a adicciones en el embarazo	94
5.3 Representaciones mentales de apego de la madre asociadas a la asistencia de sus hijos al <i>control de niño sano</i>	95
5.4 Calidad de la relación de apego madre-lactante asociados a la presencia de complicaciones durante el embarazo	97
5.5 Discrepancias en estudios que utilizan la escala Massie-Campbell	97
6. Conclusiones	100
7. Referencias	102
8. Anexos	107
Anexo 1. Cuestionario Sociodemográfico	108
Anexo 2. Escala Massie-Campbell	110
Anexo 3. Cuestionario PBI	111

Anexo 4. Puntajes Corrección PBI	114
Anexo 5. Re-categorización de la variable RM de la madre	115
Anexo 6. Normas para los puntajes de PBI	116
Anexo 7. Ejemplo de corrección cuestionario PBI	117
Anexo 8. Pauta breve de desarrollo psicomotor	119
Anexo 9. Consentimiento informado	120
Anexo 10. Ficha de consentimiento informado	122
Anexo 11. Acta de evaluación bioética	124

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución muestreo estratificado de asignación proporcional aleatoria por CESFAM	51
Tabla 2. Reestructuración de distribución muestreo estratificado de asignación proporcional aleatoria por CESFAM	54
Tabla 3. Distribución geográfica de la muestra	55
Tabla 4. Estadísticos de tendencia central y de dispersión de las edad de las madres participantes	56
Tabla 5. Edad de las madres participantes	57
Tabla 6. Número de madres primogestas y multíparas	58
Tabla 7. Estadísticos de tendencia de central y de dispersión del número de hijos	59
Tabla 8. Número de hijos por madre	59
Tabla 9. Estado civil de la madres	60
Tabla 10. Escolaridad de las madres	61
Tabla 11. Cantidad de días de trabajo de las madres	62
Tabla 12. Cantidad de horas de trabajo diario de las madres	64
Tabla 13. Sexo de los lactantes	65
Tabla 14. Edad de los lactantes	66
Tabla 15. Asistencia de los lactantes a sala cuna	66
Tabla 16. Tipo de lactancia	67
Tabla 17. Planificación del embarazo	68
Tabla 18. Presencia de complicaciones en el embarazo	69
Tabla 19. Tipo de parto	69
Tabla 20. Asistencia a controles de salud	70
Tabla 21. Número de personas que viven en el hogar	72
Tabla 22. Percepción de la estabilidad económica	73
Tabla 23. Composición familiar	74
Tabla 24. RM de apego de la madre según categorización PBI	76
Tabla 25. RM de apego de las madres agrupadas en apego seguro e inseguro	79
Tabla 26. Categorización de calidad de la relación de apego madre-lactante	80

Tabla 27. Recategorización de la calidad de la relación de apego madre-lactante	81
Tabla 28. Tabla de contingencia: RM de apego de la madre (7 categorías)* calidad de la relación de apego madre-lactante(3 categorías)	82
Tabla 29. Pruebas de Chi-cuadrado sobre calidad de la relación de apego madre- lactante (3 categorías)* RM de apego de la madre (7 categorías)	83
Tabla 30. Tabla de contingencias: RM de apego de la madre (2 categorías)* calidad de la relación de apego madre-lactante (3 categorías)	83
Tabla 31. Pruebas de Chi-cuadrado sobre calidad de la relación de apego madre- lactante (3 categorías)* RM de la apego de la madre (2 categorías)	84
Tabla 32. Coeficiente de incertidumbre sobre RM de apego de la madre (2 categorías)* calidad de la relación de apego de la madre-lactante (3 categorías)	84
Tabla 33. Tabla de contingencia: RM de apego de la madre (2 categorías)* calidad de la relación de apego madre-lactante (2 categorías)	85
Tabla 34. Pruebas de Chi-cuadrado sobre RM de apego de la madre (2 categorías)* calidad de la relación de apego madre-lactante (2 categorías)	85
Tabla 35. Coeficiente de incertidumbre sobre RM de apego de la madre (2 categorías)* calidad de la relación de apego madre-lactante (2 categorías)	86
Tabla 36. Tabla de contingencia: RM de apego de la madre (2 categorías) * adicciones de la madre durante el embarazo	87
Tabla 37. Pruebas de Chi-cuadrado sobre RM de apego de la madre (2 categorías)* adicciones de la madre durante el embarazo	88
Tabla 38. Tabla de contingencia: RM de apego de la madre (2 categorías) * asistencia a controles de salud de su hijo	89
Tabla 39. Pruebas de Chi-cuadrado sobre RM de apego de la madre (2 categorías)* asistencia a controles de salud del lactante	90
Tabla 40. Tabla de contingencia: Calidad de la relación de apego madre-lactante (2 categorías) * presencia de complicaciones en el embarazo	91
Tabla 41. Pruebas de Chi-cuadrado sobre la calidad de la relación de apego madre-lactante* presencia de complicaciones en el embarazo	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución geográfica de la muestra	56
Gráfico 2. Edad de las madres	58
Gráfico 3. Número de madres primogestas y multíparas	59
Gráfico 4. Número de hijos por madre	60
Gráfico 5. Estado civil de las madres	61
Gráfico 6. Escolaridad de las madres	62
Gráfico 7. Cantidad de días de trabajo de las madres	63
Gráfico 8. Cantidad de horas de trabajo diario de las madres	64
Gráfico 9. Sexo de los lactantes	65
Gráfico 10. Edad de los lactantes	66
Gráfico 11. Asistencia de los lactantes a sala cuna	67
Gráfico 12. Tipo de lactancia	67
Gráfico 13. Planificación del embarazo	68
Gráfico 14. Presencia de complicaciones en el embarazo	69
Gráfico 15. Tipo de parto	70
Gráfico 16. Asistencia a controles de salud	71
Gráfico 17. Número de personas que viven en el hogar	72
Gráfico 18. Percepción de la estabilidad económica	73
Gráfico 19. Composición familiar	74
Gráfico 20. Categorías de apego PBI	77
Gráfico 21. Distribución de las madres en las categorías del PBI	78
Gráfico 22. RM de apego de las madres, agrupadas en apego seguro e inseguro	79
Gráfico 23. Categorización de la calidad de la relación de apego madre-lactante	80
Gráfico 24. Recategorización de la calidad de la relación de apego madre-lactante	81
Gráfico 25. RM de apego de la madre* adicciones de la madre durante el embarazo	87

Gráfico 26. RM de apego de la madre* asistencia a controles de salud de su hijo.	89
Gráfico 27. Calidad de la relación de apego madre-lactante* presencia de complicaciones en el embarazo	91

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo determinar la asociación que existe entre las representaciones mentales de apego de la madre y la calidad de la relación de dicha madre con su hijo lactante de 12-13 meses, en el marco de la teoría de la persistencia transgeneracional del apego. Se utiliza un diseño de carácter no experimental, transaccional, descriptivo y asociativo, aplicado a 62 lactantes, junto a sus madres (18-44 años), dadas seleccionadas de los Centros de Salud Familiar pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso. Se utilizó el procedimiento de visita domiciliaria para la aplicación de los instrumentos Parental Bonding Instrument (PBI); escala Massie-Campbell de calidad de la relación madre-hijo y el cuestionario sociodemográfico. Los resultados indican una alta tendencia hacia el apego seguro, señalando que un 74% de los lactantes presenta este estilo de apego, mientras que un 26% de los lactantes presenta apego inseguro, por otro lado, un 73% de las madres presenta representaciones mentales de apego de tipo seguro y un 27% de tipo inseguro. La relación de ambas variables obtuvo una asociación estadísticamente significativa. En base a los resultados, y a la literatura revisada, se considera las representaciones mentales de apego de la madre como un factor predictor del estilo de apego del lactante.

1. INTRODUCCIÓN

Desde el paradigma biopsicosocial y a la luz de nuevas evidencias neurobiológicas y clínicas, se hace evidente la importancia de la calidad del proceso de vinculación que se crea en la díada madre-bebé durante el embarazo, parto y puerperio, el cual es esencial en los procesos de desarrollo del niño.

La relevancia de estos procesos de vinculación han sido atendidas por políticas públicas de salud, entre las que se destaca el programa *Chile Crece Contigo*, el cual busca intervenir en todas las áreas del desarrollo de los niños: físico, cognitivo y socioemocional, a través de un enfoque integral que incluye tanto al niño, como a su familia y la comunidad. Dicho programa pretende fomentar el apego seguro, generando las bases para el bienestar en las diversas áreas del desarrollo infantil, expresándose en el despliegue de conductas saludables a lo largo de la vida. Es por esto que se hace indispensable estudiar las variables que inciden en el desarrollo del estilo de apego del lactante, dentro de las que destaca el estilo de apego de la madre.

Es por esto que la presente investigación pretende indagar si es que las representaciones mentales de apego de la madre inciden en el vínculo que se genera con su hijo, este estudio se realizó mediante la descripción del tipo de relación que existe entre las representaciones mentales de apego en madres y la calidad de la relación de apego de éstas con sus hijos. Esta investigación, se realizó en la comuna de Valparaíso, durante los meses de Octubre y Noviembre de 2012, a 62 madres inscritas en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) que forman parte de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL). La evaluación se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias, las cuales se realizaron de forma multidisciplinaria con un grupo de estudiantes seminaristas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

2. MARCO TEÒRICO

2.1 Antecedentes históricos del estudio de la afectividad.

2.1.1 Teorías conductistas.

Desde las teorías conductistas la emergencia de los vínculos afectivos se considera mediada por la satisfacción de necesidades y del bienestar que obtiene el recién nacido ante estímulos de la madre al explorar conductas de proximidad o apego. Hull (1952) postula la teoría de la reducción de impulsos señalando la existencia de un número de impulsos primarios limitados, de carácter fisiológico (alimentación, calor, sed y sexualidad), los cuales tienen la capacidad de motivar y dirigir la conducta. El vínculo se establece cuando la reducción de dichos impulsos primarios es satisfecha de forma repetida por el cuidador primario generándose el proceso de asociación, en donde el cuidador pasa a ser un reforzador secundario. Dicho proceso, también conocido como condicionamiento clásico, va a generar en el niño dependencia a la figura que provee los cuidados.

De esta manera el establecimiento del vínculo se comprende como un proceso secundario a la búsqueda de la satisfacción de necesidades consideradas de primer orden (alimentación, protección, calor). Es decir, desde las teorías conductistas se entiende el origen de la afectividad como consecuencia de procesos asociacionistas que tienen lugar en la búsqueda de satisfacción de necesidades por parte del niño, en donde, en una primera instancia se asocia la figura de la madre al bienestar ligado al cumplimiento de necesidades (condicionamiento clásico), y en una segunda instancia, por el refuerzo contingente dado por la madre, ante conductas fomentadoras del vínculo (sonrisas, demandas de atención, etc.) generándose patrones interactivos típicos entre la madre y el hijo que definen el patrón de conductas de apego de éste último.

Sin embargo, estos planteamientos se han mostrado débiles e insuficientes en la explicación de la génesis y el mantenimiento de los vínculos afectivos, por ejemplo, no logran explicar cómo las conductas y vínculos afectivos continúen en ausencia de reforzador, o cuando se aplica un estímulo aversivo, como la presencia de maltrato. Ante estas limitaciones las teorías conductistas comienzan a introducir factores o aspectos provenientes del cognitivismo como son las creencias disfuncionales o errores en el procesamiento de la información.

2.1.2 Teoría psicoanalítica.

El estudio sobre la importancia de las emociones en el desarrollo psíquico del niño y sus consecuencias sobre el desarrollo adulto posterior, tiene su origen en las teorías psicoanalistas de principio de siglo. El interés y motivación sobre la afectividad y sexualidad desde las teorías psicoanalíticas tiene su base en el estudio del desarrollo de la personalidad. La teoría psicoanalítica de Freud fue la primera teoría psicológica que consideró la afectividad y la sexualidad como aspectos fundamentales en el desarrollo del individuo (Melero, 2006).

Freud, desde su teoría de reducción de impulsos, defiende, al igual que las teorías conductistas, el rol secundario del establecimiento de los vínculos afectivos ante la satisfacción de necesidades o impulsos primarios (hambre, sed, sexo, dolor, etc.). Freud plantea la existencia de pulsiones instintivas que se activarían para aliviar estos impulsos y que guiarían al individuo a la búsqueda del placer (o reducción de la insatisfacción), convirtiéndose, esta búsqueda, en un principio básico de la existencia.

“Es también fácil adivinar en qué ocasión halla por primera vez el niño este placer, hacia el cual, una vez hallado, tiende siempre de nuevo. La primera actividad del niño y la de más importancia vital para él, la succión del pecho de la madre, le ha hecho conocer, apenas nacido, este placer. (...) sin duda, la excitación producida por la cálida corriente de la leche la causa de la primera sensación de placer. En un principio la satisfacción de la zona erógena aparece asociada con la del hambre. (...) pero luego se hace independiente de ella. (...) Posteriormente la necesidad de volver a hallar la satisfacción sexual se separa de la necesidad de satisfacer el apetito, separación inevitable cuando aparecen los dientes y la alimentación no es ya exclusivamente succionada, sino mascada.” (Freud, 1905) Y así mismo menciona, “el amor tiene su origen en el apego a la satisfacción de las necesidades de nutrición” (Freud citado en Melero, 2006.)

Es decir, desde el psicoanálisis, la vinculación afectiva se produce hacia quienes reducen la incomodidad y proporcionan el placer buscado. De esta manera, la determinación de un tipo de apego sano o insano estaría determinada por la satisfacción o insatisfacción de necesidades primarias y gratificación oral por parte del cuidador.

2.1.3 Aportes de la etología.

La teoría de apego surge como un cuestionamiento de la concepción del vínculo afectivo como proceso secundario, concepción que como se mencionó fue sostenida por las teorías conductistas y psicoanalíticas. Sin embargo, este cuestionamiento no es exclusivo de esta teoría. Investigadores procedentes de la etología ya habían comenzado a cuestionarlo poniendo en duda el hecho de que la satisfacción de las necesidades primarias fuera el factor determinante en el establecimiento del vínculo, y que de esta manera, el vínculo afectivo, fuera un mero proceso asociacionista. Las aportaciones más relevantes en esta línea fueron los estudios de Konrad Lorenz y los de Harlow & Zimmerman (Bowlby, 2006).

Lorenz en 1985, considerado como uno de los padres de la etología, estudió la conducta de patos y ocas (gansos). Describió la existencia de un proceso denominado *impronta*, proceso que tiene lugar inmediatamente después del nacimiento de las aves y a través del cual los recién nacidos se vinculan al progenitor (usualmente la madre) por medio de patrones de reconocimiento visual y auditivo. Es decir, existe un período crítico en donde la cría se vincula a la figura cuidadora y gracias al cual la cría es capaz de reconocerla, permitiéndole realizar conductas de búsqueda y seguimiento hacia ésta, que resultan independientes de la satisfacción de necesidades fisiológicas. La figura de Lorenz resaltó por lo novedoso de sus experimentos, los cuales dieron base a estas formulaciones. Sus experimentos consistían en imitar el sonido de las aves y situarse en frente de ellas durante el período crítico o impronta, comprobando que las crías lo reconocían como su figura cuidadora desplegando conductas de búsqueda y seguimiento (Lorenz, 1985).

La impronta como mecanismo innato favorece el reconocimiento de rasgos de la figura cuidadora favoreciendo la supervivencia individual (cría) y, por lo tanto, de la especie.

Desde una perspectiva etológica se considera que las crías poseen comportamientos innatos que se han establecido a través del desarrollo filogenético, que predisponen hacia la formación de un vínculo con el objetivo de favorecer la supervivencia individual y de la propia especie. Estos comportamientos activan el sistema de cuidado en los progenitores el cual les permitirá atender sus necesidades.

Harlow y Zimmerman, durante la década del 50 estudiaron el comportamiento de aprendizaje en monos Rhesus. Para estandarizar sus experiencias con los monos bebés y para aislarlos de cualquier enfermedad, se los separó de sus madres durante un lapso breve después del nacimiento y se criaron en jaulas individuales e higiénicas, equipadas con mantas de estopa de algodón. Los bebés se apegaron tan intensamente a sus mantas que cuando las retiraron para servicios higiénicos, mostraron signos de angustia (Mayers, 2004). Por otra parte, observaron cómo los bebés mono que disponían de algo suave con que mantener contacto, se desarrollaban mejor que aquellos que no lo poseían. En un primer experimento, Harlow decidió criar a los bebés en aislamiento, colocándolos en incubadoras y alimentándolos a través de biberones. A pesar de que se cuidó su alimentación, pocos bebés sobrevivieron, pero además, aquellos que sí lo lograron manifestaron conductas anormales: no querían ser cogidos, se irritaban con facilidad y mostraban tendencia a autolesionarse. (Melero, 2008).

Su propia inquietud y las observaciones ya realizadas, les llevó a diseñar un nuevo experimento que ha llegado a ser un referente en la investigación del apego. El experimento consistía en la construcción de 2 mamás mono, una de trapo (cálida y suave) y otra de alambre, más bien fría, que poseían dentro una mamadera. 4 monitos se alimentaban de una de éstas madres y 4 de la otra, los resultados indicaron que, independientemente de quien fuera la madre que les alimentara, todos los monitos pasaban mucho más tiempo en contacto con la madre de trapo. Además, en otros experimentos, se demostró cómo la madre de trapo se estableció como una base de seguridad en presencia de un objeto extraño, y así mismo se observó cómo el nivel de exploración variaba en presencia o ausencia de la madre. (Melero, 2008)

2.2 Teoría del apego.

2.2.1 John Bowlby.

Bowlby rechazando los planteamientos teóricos dominantes hasta el momento (conductismo y psicoanálisis) en la concepción de la afectividad, formuló la teoría de apego en donde la vinculación es una necesidad primaria. (Melero, 2008)

El interés de Bowlby por el estudio de los afectos infantiles surge mientras realiza sus estudios de medicina en la Universidad de Cambridge. Su foco de interés era el estudio del efecto de la deprivación maternal en el desarrollo posterior del niño. Sus primeras investigaciones se centraron en la importancia de la interacción real con los padres en el desarrollo de la personalidad del niño. Bowlby planteó que las experiencias reales con los cuidadores eran el responsable principal del desarrollo, llegando a afirmar que es la deprivación materna el determinante de la patología emocional. (Bowlby, 1990)

Tras la segunda guerra mundial, la OMS le encargó un estudio sobre la repercusión que las separaciones maternas habían supuesto en el desarrollo psicológico de los niños sin hogar de la posguerra. Tras su estudio afirmó que la relación positiva y continuada con la madre o el cuidador principal, es imprescindible en el desarrollo emocional del niño, tanto como la alimentación, el cuidado, la disciplina y la estimulación. Es en este período que, a través de Robert Hinde, Bowlby conoce los estudios de Konrad Lorenz y Harlow, lo que le ayudó a dilucidar la naturaleza del vínculo. (Melero, 2008)

Bowlby recogió todas sus experiencias, junto con los avances etológicos ya revisados, para formular su teoría de apego, señalándolo como una necesidad básica (innata) de vinculación afectiva que se mantiene a lo largo de todo el ciclo vital.

La teoría del apego de Bowlby nace en la segunda mitad de la década del 50, como una forma de conceptualizar la inclinación que tienen los seres humanos para hacer estrechos vínculos con un otro significativo, es decir, es un intento por explicar tanto la conducta de apego con su episódica aparición y desaparición- como los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas (Bowlby, 2009).

Se entiende conducta de apego, como una conducta que mantiene la proximidad con un otro diferenciado y preferido el cual proporciona condiciones de seguridad especialmente en

situación de amenaza. La conducta de apego en los seres humanos, se hace evidente cuando el bebé no sólo reconoce a la figura significativa (generalmente la madre), sino que tiende a comportarse de tal manera que mantenga la proximidad con ella.

Al nacer, el bebé dista de ser un *tabula rasa*. Por el contrario, no sólo se halla equipado con una serie de sistemas de conducta listos para entrar en actividad, sino que cada sistema ya se haya orientado de tal manera que lo activan ciertos estímulos encuadrados dentro de una o más categorías amplias, lo interrumpen sistemas que también entran dentro de categorías amplias y lo refuerzan o debilitan ulteriores sistemas de tipos diferentes. Entre ellos se cuentan ya determinados sistemas que sientan las bases para el posterior desarrollo de la conducta de apego: por ejemplo, los sistemas primitivos que intervienen en el llanto, la succión, la conducta de aprensión y la orientación del recién nacido. A estos se agregan, pocas semanas después, la sonrisa y el balbuceo y, transcurridos algunos meses, el gatear y el caminar. (Bowlby, 1990)

La conducta de apego se pone de manifiesto con toda claridad a los seis meses, como lo demuestra no solo el llanto de niño cuando la madre sale de la habitación, sino el modo en que la saluda cuando regresa, con sonrisas, con los brazos en alto y dando “grititos de placer”. Al ensancharse el campo perceptual del niño y aumentar su capacidad para comprender los hechos del mundo que le rodea, se producen cambios en las circunstancias que dan lugar a esa conducta. Uno de los cambios consiste en que el niño toma cada vez mayor conciencia de que le amenazan marchas inminentes. Durante el primer año, el bebé protesta sobre todo cuando se le deja en la cuna, y, poco después, al ver que la madre desaparece del campo visual. Más adelante, el pequeño que está enfrascado en otra actividad cuando la madre se separa de él, advierte su ausencia poco tiempo después, y entonces empieza a protestar. De ahí en adelante, está siempre en estado de profunda alerta en cuanto a saber dónde está la madre: la observa gran parte del tiempo o, si no está al alcance de su mirada, presta atención al sonido de sus movimientos. Durante el undécimo o duodécimo mes, ya prevé su marcha inminente por ciertos signos de conducta y empieza a protestar antes de que esto ocurra.

En la mayoría de los niños, la conducta de apego se pone de manifiesto, con regularidad y gran fuerza, hasta casi el final del tercer año de vida. (Bowlby, 1998)

Dos tipos de variables logran activar el sistema de apego, uno está relacionado con el propio niño (fatiga, hambre, enfermedad, estrés), otro con el ambiente o contexto (presencia de situaciones amenazantes). Las interacciones entre estos dos tipos de factores suelen ser

complejas. Para la mayoría de los niños el contacto con la figura adulta es suficiente para desactivar el sistema, si el sistema de apego ha sido activado con mucha intensidad el contacto con la madre lo finaliza, pero en circunstancias en las que la activación ha sido moderada, escuchar la voz del adulto o una figura protectora sustituta pueden ser suficiente. En ambos casos, la figura materna protectora es percibida como un *cielo seguro* al que se retorna en situaciones problemáticas.

Bowlby (1982) considera que los sistemas de apego infantiles son similares, en su naturaleza, a los que más tarde se ponen en juego en las relaciones amorosas y, en realidad, señala pocas diferencias entre las relaciones cercanas, sean estas entre padres e hijos o entre pares (citado en Casullo & Fernández, 2004).

Los vínculos de apego se distinguen de otras relaciones en el hecho de que proveen sentimientos de seguridad y pertenencia sin los cuales habría aislamiento e inquietud. Su función es distinta al de las relaciones que proveen guía o compañía, gratificación sexual, compartir intereses o experiencias comunes, sentimientos de competencia o alianzas y asistencia. Los elementos comportamentales del apego en la vida adulta son similares a los observados en la infancia. Un adulto muestra un deseo hacia la proximidad de figuras de apego en situaciones de malestar. Siente bienestar ante la presencia de esa figura y ansiedad si esta es inaccesible. La aflicción es esperable ante la pérdida de una figura de apego. (Casullo & Fernández, 2004)

2.2.2. Mary Ainsworth.

Mary Ainsworth, cercana colaboradora de Bowlby, continuando los estudios de la teoría del apego, fue una de las primeras en proponer que existen diferencias en cuanto a la calidad de las interacciones entre madre e hijo y por lo tanto en la formación de relaciones de apego. Estas conclusiones están a la base de sus observaciones e investigaciones sobre la interacción entre figuras cuidadoras y bebés en las tribus de Kampala, Uganda, y de Baltimore, Maryland. (Bowlby, 1998)

Ainsworth diseñó el procedimiento de laboratorio conocido como la “Situación Extraña”, donde se examinaba el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración. El procedimiento experimental es una situación de laboratorio de aproximadamente veinte minutos de duración con ocho episodios, donde se observaban las respuestas del niño frente a separaciones muy breves de la madre, y sus posteriores reuniones.

En el primer episodio, están presentes la madre, el niño y el observador. El observador introduce a la madre y al niño en la sala experimental, y sale.

En el segundo episodio, están presentes la madre y el niño. La madre no participa mientras el bebé explora. Si es necesario, se estimula el juego pasados dos minutos.

En el tercer episodio, están presentes un desconocido, la madre y el niño. Entra el desconocido y permanece en silencio, luego este conversa con la madre y después el desconocido se aproxima al niño. Luego de 3 minutos la madre sale discretamente.

En el cuarto episodio, están presentes el desconocido y el niño. Hay un primer episodio de separación. La conducta del desconocido se coordina con la del niño.

En el quinto episodio, están presentes la madre y el niño. Primer episodio de reencuentro. La madre entra, saluda, y reconforta al niño. Después intenta que vuelva a jugar. La madre sale entonces despidiéndose.

En el sexto episodio, está presente solo el niño. Hay un segundo episodio de separación.

En el séptimo episodio, están presentes el desconocido y el niño. Continúa la segunda separación. El desconocido entra y coordina su conducta con la del bebé. Intenta interactuar con él.

En el octavo episodio, están presentes la madre y el niño. Hay un segundo episodio de reencuentro. La madre entra, saluda al niño, y lo toma en brazos. Mientras tanto, el desconocido sale discretamente. (Delval, 2008)

Dentro de los resultados obtenidos se puede observar que mientras una mayoría (trece de veintitrés) de niños se comportó como se esperaba (los que después se han categorizado como seguros), ante la sorpresa de Ainsworth seis de ellos mostraron muy poco o ningún malestar al ser dejados solos en el entorno desconocido, y además ignoraron o evitaron a la madre al volver ésta. Se comportaban curiosamente como niños mayores que ya habían alcanzado la etapa de desapego como respuesta a separaciones prolongadas. Ainsworth interpretó la respuesta de estos niños, llamados evitativos, como expresión de la represión de las manifestaciones de ansiedad y enfado. La respuesta de los cuatro niños restantes difería de todas las demás. Su angustia era tan intensa que les impedía involucrarse en cualquier situación de exploración o juego incluso en presencia de la madre, tipificados como ambivalentes/ resistentes, parecían preocupados por sus madres durante toda la prueba, lo mismo en su presencia que en su ausencia, y no encontraban en su regreso ningún consuelo para su enfado o su angustia. (Fernández, 2002). En resumen, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba el desconocido y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias (Oliva, 2004).

A partir de esto halló tres patrones organizadores de comportamiento infantil en función de las respuestas de estrés que los niños presentaban al encontrarse solos en una situación extraña.

Apego seguro: los infantes exhibían una respuesta de estrés ante la ausencia materna, aunque se mostraban calmos y les aliviaba el regreso de la madre. En estas observaciones se advirtió la utilización de comportamientos exploratorios. Este estilo es favorecedor del reconocimiento de la angustia y, por lo tanto, de la búsqueda de apoyo.

Apego inseguro – resistente o ansioso ambivalente: los niños que respondían a esta descripción aparecían ansiosos y ambivalentes, llorando y gritando ante la vuelta de la madre; cuando ellas intentaban calmarlos, continuaban enfadados. Este estilo involucra la aparición de ciertas hipersensibilidades hacia las emociones negativas.

Apego inseguro – evitativo: los infantes pertenecientes a este patrón parecían no molestarse ante la ausencia de la madre, comportándose fríamente en ocasión de su regreso; estos individuos no buscaban el abrazo ni el confort materno, evidenciando una prematura autoconfianza, así como también respuestas defensivas. Este estilo de apego no favorece el reconocimiento del malestar (Casullo & Fernández, 2004).

En cuanto al desarrollo del apego, Ainsworth describe 3 etapas en la formación o establecimiento del vínculo afectivo.

Etapas de sensibilidad social diferenciada o diferenciación: El período de diferenciación es una etapa breve en donde el bebé muestra la disposición a interactuar con los estímulos que entren en su campo visual (Kimelman, 2003). Es un período muy breve pues el bebé muestra una capacidad precoz a asociar características de la figura cuidadora, este reconocimiento es posible a través de patrones poli-sensoriales que permiten orientar al niño principalmente sobre la voz, rostro y olor de esta figura. A la segunda semana de nacido el bebé ya es capaz de mostrar reacciones de sorpresa y disgusto a través de la desviación de la mirada. A la octava semana ya es capaz de familiarizarse con el entorno, aumentando su capacidad de reconocimiento. Al tercer mes es capaz de utilizar señales de satisfacción como la sonrisa, mímicas diversas y conductas motoras como conducta de anticipación, por ejemplo, a la presencia de una figura reconocida.

Búsqueda activa de proximidad: Período que comprende de 8 a 24 meses. El bebé, debido al desarrollo cognitivo alcanzado, adquiere la facultad de la permanencia del objeto (físico y afectivo). Esta facultad le permite tener la seguridad que el objeto sigue existiendo incluso al no encontrarse dentro del campo perceptivo inmediato del bebé. Es decir, el bebé percibe que la figura de la madre existe a pesar de no estar viendo su rostro o escuchando su voz, lo que permite la consolidación del vínculo en una figura de apego. Esta etapa constituye un período de preparación a la separación, con tentativas a la separación física, el éxito de estas tentativas depende de los afectos de la madre frente a los intentos de autonomía del bebé. Si ésta comunica afectos positivos alentará los intentos de autonomía del bebé, al contrario, si comunica afectos negativos será muy difícil para el niño alejarse confiadamente de la madre. Los efectos displacenteros que derivan del proceso de separación-individuación son reparados a menudo por

un objeto que permite mantener la ilusión de la presencia de la madre (Kimelman, 2003). Se observa también en esta etapa el fenómeno conocido como angustia del octavo mes o reacción de miedo al extraño representado como la tendencia del bebé a responder a lo desconocido de forma negativa, desde el rechazo hasta reacciones de llanto y grito. Dicha reacción se corresponde más a una angustia ligada a la ausencia de la madre que al miedo frente al extraño propiamente tal.

Conducta de reciprocidad: Cerca de los 2 años el niño posee la conciencia de la figura de apego como persona independiente e importante, el niño modifica su conducta en relación a lo que el adulto espera de él con el fin de cumplir sus expectativas y ser digno de su cariño.

La modalidad de apego se puede evaluar hacia los 12 meses, siendo altamente predictiva del comportamiento del niño en la familia y en el jardín infantil a los 2 ,3 ,6 años y de la salud de la persona a lo largo de la vida (Kimelman, 2003).

2.2.3 Mary Main.

Las investigaciones de Mary Ainsworth pusieron de manifiesto que lo que determina la seguridad o inseguridad del bebé es la calidad de la comunicación no verbal en el vínculo de apego.

Los trabajos de Mary Main arrojaron luz sobre la manera en la que esas interacciones no verbales tempranas, de origen biológico, se registran en el bebé como representaciones mentales y normas para procesar la información e influyen, a su vez, en el grado de libertad con el que después el niño, el adolescente y el adulto es capaz de pensar, sentir, recordar y actuar. (Fernández, 2002)

Mary Main quien, basándose en las concordancias halladas entre las diferentes modalidades de apego del niño y las actitudes de sus padres hacia ellos, diseña un instrumento clínico que permite el estudio de los modelos operativos parentales en relación con el apego. Este instrumento es la Entrevista de Apego Adulto (AAI, Adult Attachment Interview). Se trata de un cuestionario semi-estructurado en el cual los padres reflejan en forma narrativa sus vivencias, recuerdos y sentimientos en relación con sus propios progenitores y su historia infantil. Lo que se busca y se evalúa no son los contenidos de la experiencia, sino la coherencia y consistencia del

relato de tal manera que un padre puede ser considerado como seguro a pesar de que su experiencia de la relación con sus padres sea traumática y los sentimientos que muestre hacia ellos sean negativos, a condición de que asuma su posición en forma consistente (Fernández, 2002).

2.3 Teorías del apego en la actualidad.

2.3.1 Daniel Stern y los Modelos interactivos internos.

Stern en 1985, propone los modelos operativos internos, que son estructuras dinámicas que definen la experiencia subjetiva del niño y se organizan como esquemas de un estar en el mundo con los otros. Los episodios durante los cuales se forman los modelos operativos internos, tienen una secuencia, una coreografía interpersonal, una cadencia.

Hay una intencionalidad en las interacciones tempranas, que se manifiesta en ciertos episodios que siguen una secuencia: tienen un comienzo, un transcurso y un fin. Como parte de esta secuencia hay momentos de regulación de los afectos y de las necesidades de cada uno de los individuos involucrados en la interacción (normalmente la madre y su bebé). A esta secuencia Stern la llama proto-narrativa. (Marrone, 2001)

A partir de la observación de niños en etapas pre-verbales, Stern ha podido ver cómo éstos tienen expectativas con respecto a lo que esperan del intercambio con su figura de apego. Estas expectativas se confirman o no a nivel pre-simbólico en momentos específicos de la interacción, según las respuestas que da el otro. De esta manera se establece un proceso de regulación mutua, con sus concomitantes afectivas o emocionales, que quedan grabadas en la memoria procedimental. A través de la repetición de estas escenas, el niño va representando internamente, no al otro como objeto, sino la regulación recíproca. Una vez que esa representación se ha formado, podría decirse que la persona ha adquirido lo que Stern llama conocimiento implícito relacional. En efecto este conocimiento que la madre emplea al tratar con su hijo, es un mecanismo importante en la transmisión intergeneracional. En otras palabras, si la madre –en su infancia- tuvo interacciones óptimas con su propia madre, luego ella podrá utilizar este conocimiento en el trato con sus propios hijos. (Marrone, 2001)

2.3.2 Peter Fonagy y la mentalización.

Según Fonagy, la activación de las conductas de apego dependen de la evaluación por parte del niño pequeño de un conjunto de señales de su ambiente interpersonal que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. El sistema de apego es, primero y por encima de todo, un regulador de la experiencia emocional. Nadie nace con la capacidad de regular sus propias emociones. Considera que en condiciones favorables, se desarrolla un sistema regulador diádico, mediante el cual las señales que da el pequeño de sus cambios de estado anímico son entendidos y respondidos por la madre o figura de apego (Marrone, 2001).

Fonagy acuña el término mentalización, concepto que se basa en nociones psicoanalíticas y de la teoría del apego, articuladas con los desarrollos sobre teoría de la mente y que hace referencia a la capacidad de interpretar el comportamiento propio o de otros a través de la atribución de estados mentales, es decir, la capacidad de inferir los deseos, planes y metas de otros significativos, como individuos con pensamientos y necesidades independiente de los propios.

La actividad mentalizadora que incluye un componente auto-reflexivo y un componente interpersonal, se encuentra sostenida por una serie de habilidades cognitivas, tales como la atención y el control deliberados, la comprensión de los estados emocionales y la capacidad para realizar juicios acerca de los estados subjetivos, así como para pensar explícitamente sobre los estados mentales (lo que es dado en llamar, propiamente, mentalización). En su dimensión autorreflexiva esta capacidad habilita al sujeto para registrar e identificar sus propios sentimientos, deseos, pensamientos, etc., discernir los motivos del surgimiento de los mismos, así como los nexos con otros elementos de la vida mental. Favorece, así mismo, la posibilidad de pensar sobre la propia vida emocional, pero no de un modo intelectual y desapegado, sino en profunda conexión con la misma. Se trata, en ese caso, de una “afectividad mentalizada” (Fonagy et al, 2002). De igual modo, permite pensar sobre los propios pensamientos y mantener respecto a ellos una perspectiva tal que los discierne como sucesos mentales, diferenciándolos de la realidad efectiva.

2.3.3 Apego e Intersubjetividad.

La relación entre los conceptos de apego e intersubjetividad se encuentran documentados en un gran número de investigaciones acumuladas en el último tiempo (Lyons-Ruth, 2004), partiendo por Bowlby, quien identificó las más visibles conductas de apego humanas compartidas con los primates (como aferrarse, llorar, etc.), sin embargo, durante la época de los estudios de Bowlby en 1969, poco se sabía acerca de las capacidades de los bebés para establecer comunicación intersubjetiva con su cuidador primario. Autores como Tomasello y Hobson (2002) argumentan que en el desarrollo evolutivo, solo los humanos (y no otros primates) desarrollaron la capacidad de atribuir a otros estados mentales análogos a los propios (Lyons-Ruth, 2004). Mientras este explícito intercambio de estados mentales intencionales se fue volviendo una poderosa fuerza en los procesos de evolución humana, se fue moviendo el centro de la relación de apego desde los comportamientos más visibles (en los cuales enfatiza Bowlby), a procesos más intersubjetivos, tales como el intercambio de claves afectivas. Esta base intersubjetiva para el apego fue reconocido implícitamente en los trabajos de Ainsworth (en 1978), quien enfatizó la importancia de la sensibilidad materna en la comunicación con el niño.

En contraste con las conductas de apego en los primates, el sistema humano de apego es filtrado y mediado a través del cada vez más complejo proceso intersubjetivo que emerge desde el nacimiento, desplazando parcialmente las conductas de contacto humano cercano con las claves emocionales madre-infante. Este proceso evolutivo surge de la mano del aumento progresivo de la complejidad social y comunitaria que la exitosa estrategia de cooperación grupal trae consigo, ya que esta complejidad demanda una serie de coordinaciones y comunicaciones cada vez más refinadas (Lecannelier, 2006).

Para Fonagy, esta capacidad de poder inferir los deseos, planes y metas en los otros, de reconocer otros seres con necesidades y pensamientos independientes a las necesidades propias, es a lo que llama “Teoría de la mente”, mientras que el tratar de interpretar el comportamiento tanto propio como el de otros a través de la atribución de estados mentales es lo que se llama “mentalización”.

Este proceso se construiría y desarrollaría a partir de los primeros vínculos afectivos del ser humano y continúa construyéndose con la experiencia (Bilbao, 2009). Sería, entonces, esta capacidad la que se encuentra en el centro de nuestro funcionamiento social, la que convierte al

apego en la base para el desarrollo de las tendencias humanas de relacionarse, comunicarse, coordinarse y sintonizarse afectiva y mentalmente con otros (Travartchen 1993, citado en Lecannelier 2006). Fonagy también postula que es a través del desarrollo de las relaciones con los cuidadores que los bebés pueden acceder y diferenciar sus propios estados mentales subjetivos, en una construcción que se da dentro del vínculo paterno.

2.3.4 Teoría de regulación del afecto.

La teoría del apego también es llamada teoría de la regulación del afecto (Feeney & Noller, 2001), es decir, los distintos estilos de apego reflejan un patrón de respuestas individuales ante situaciones estresantemente emocionales, las que buscan acomodar al niño hacia las demandas del ambiente interno/externo. Estos patrones o normas de respuestas se desarrollan a partir de las experiencias de los niños cuando regulan su ansiedad con sus cuidadores o figuras primarias de apego durante su infancia. Entonces, es a partir de esta receptividad del cuidador a las señales de ansiedad del niño que se generan estas estrategias para regular la experiencia emocional (Sroufe & Waters, 1977 citado en Feeney & Noller, 2001), estrategias que se generalizan a cualquier situación que genere ansiedad. De esta forma el apego seguro implicaría patrones de respuesta que permitirían al individuo reconocer que se encuentra angustiado y acudir a los demás en busca de consuelo y apoyo; el apego evitativo implica patrones de respuesta que restringen el deseo de reconocer la angustia y buscar apoyo; mientras que el apego ansioso-ambivalente se caracteriza por la hipersensibilidad hacia las emociones negativas y por las expresiones intensificadas de angustia. Esta teoría ha sido puesta a prueba en varios estudios que han demostrado la relación entre los patrones de apego del adulto y la regulación del afecto (Kobak & Sceery 1988, citado en Feeney & Noller, 2001).

2.4. Bases neurobiológicas del apego.

2.4.1 Neurobiología y auto-regulación.

La estimulación socioafectiva, resulta de vital importancia en el modo en que el cerebro del bebé se desarrolla, ya que implica cambios morfológicos y, por ende, funcionales. Esto se debe a que el ambiente es clave en el establecimiento de conexiones neuronales, ya que durante los tres primeros años éstas son las encargadas de la regulación afectiva. La forma en que la madre modula las experiencias infantiles y el modo en el que genera expectativas en el hijo, va a repercutir en el desarrollo de las áreas que controlan el desarrollo afectivo de éste y, por tanto, su capacidad posterior para autorregularse emocionalmente (Melero, 2008).

A través de la experiencia con el cuidador, el bebé es capaz de generar representaciones de las experiencias repetidas. Estos esquemas mentales, componentes implícitos de la memoria, sirven para anticiparse a futuras experiencias ambientales y son almacenados en el hemisferio derecho guiando, posteriormente, el procesamiento de la información social y emocional. Schore (1994), centrado en los procesos dependientes de la experiencia, propone un modelo en el que las interacciones cara a cara con el adulto implican la liberación de neurotransmisores esenciales en el desarrollo neuronal del córtex pre-frontal: las experiencias afectivas interpersonales tempranas influyen de este modo y de forma directa, la maduración de los sistemas tempranos regulatorios del desarrollo cerebral del hemisferio derecho (citado en Melero, 2008). La regulación de afecto por parte del cuidador implica, así mismo, una regulación hormonal. Así, por ejemplo, ante la interacción materna, el bebé segrega opiáceos endógenos en respuesta a la estimulación socioafectiva que son los responsables del placer de la interacción social, el afecto y el apego, actuando en centros de recompensa subcorticales. Por otra parte, el apego con la madre regula el arousal fisiológico del bebé, principalmente, a través de dos vías: la liberación de dopamina (DA) y el factor de liberación de la corticotropina (CRF) que influye en la segregación de endorfinas en la pituitaria y activa el sistema nervioso autónomo (SNA) simpático, incrementando de este modo, el arousal y el nivel de actividad. La madre durante la formación del vínculo, sincroniza y restaura los ritmos internos del bebé, regulando el arousal y minimizando el afecto negativo y maximizando las oportunidades de afecto positivo, que son la base de la construcción del apego y sus emociones asociadas (Melero, 2008).

2.4.2 Neurobiología del apego.

El conocimiento de los avances en neurociencia ha fortalecido la relevancia y evaluación del desarrollo afectivo en la primera infancia. Se ha descubierto que la iniciación de proceso de vinculación no se da de manera intuitiva, sino que requiere de complejos cambios a nivel neuroendocrino, anatómico, funcional, emocional y cognoscitivo, tanto de la madre como del bebé. Estos cambios desencadenan cascadas metabólicas que permiten la expresión del nuevo vínculo (Vargas & Chaskel, 2007).

Varios estudios demuestran una correlación directa de la teoría de apego con el desarrollo neuronal del infante y con los cambios neuroendocrinos de la madre que permiten la iniciación del vínculo y la formación del apego; y que las alteraciones de este proceso generan alteraciones neuroanatómicas que predisponen a diferentes patologías mentales.

Las bases neuronales del establecimiento del vínculo han sido estudiadas desde modelos animales bajo la premisa de que las diferentes formas de apego no son patrones exclusivos de la conducta humana, principalmente estudios sobre la monogamia en mamíferos, especialmente monos y algunas especies de roedores. A partir de estos estudios se observa la importancia de hormonas oxitocina y la vasopresina en la iniciación de vínculo, y el papel ejercido por el cortisol y otras catecolaminas como neuromoduladores y “memorizadores” de las conductas de la madre, bebé y el medio ambiente (Vargas & Chaskel, 2007).

La dependencia biológica del recién nacido hacia la madre nos hace hablar de un período de gestación extra-uterino, donde se regulan funciones como la frecuencia cardíaca, respiratoria, frecuencia de liberación de proteínas y estado endocrino del recién nacido. Dichas funciones son estimuladas por la secreción de diferentes sustancias a través de la leche materna, como la oxitocina. Estudios han comprobado que esta hormona promueve el proceso de vinculación y crea el deseo de un ulterior contacto con individuos que incitan su liberación, y que además estimula la sensación de calma y bienestar.

La oxitocina actúa como ansiolítico en el sistema nervioso central del bebé, facilitando, por un lado un rápido condicionamiento al olor materno y al mantenimiento de la memoria de este ambiente inicial, haciendo que la madre se sienta atraída por dicho olor. La oxitocina produce un aumento hasta del 60% del número de las células mitrales del bulbo olfatorio, células que responden preferentemente al olor del nuevo hijo.

El número de receptores de esta hormona se multiplica cerca del final del embarazo, incrementándose en partes del cerebro que promueven la conducta maternal. Áreas cerebrales como la corteza del cíngulo pre-frontal, el área medial pre-óptica y la parte ventral del núcleo rojo de la estría-terminalis, parecen estar implicadas en la conducta inicial de apego de la madre, por tratarse de áreas que son activadas por los picos iniciales de oxitocina y prolactina cuya lesión se ha relacionado con la pérdida de motivación materna. Las conductas maternas (motivacionales o consumatorias) se asocian a la presencia de un pico de oxitocina que se da inmediatamente después del parto, lo que hace suponer por un lado, que la hormona es necesaria para la transición inicial de la conducta de apego materna, y por otro, que las mujeres que no presenten un incremento en los niveles de oxitocina después del parto pueden mostrarse indiferentes frente a cuidado de sus hijos (Vargas & Chaskel, 2007).

Se ha demostrado que la liberación de esta hormona resulta especialmente excepcional en el contacto piel con piel (Palmer, 2008). El contacto corporal continuado padres-bebé eleva el nivel de oxitocina en el infante y reduce la respuesta de las hormonas de estrés (cortisol), pues reduce la respuesta al cortisol en el infante y en la madre.

El resultado de los niveles de oxitocina controla la organización permanente del centro neurálgico de regulación del estrés en el cerebro del infante causante de las características de personalidad segura (para altos niveles de oxitocina) o insegura (para bajos niveles de oxitocina) en la adolescencia y la edad adulta (Palmer, 2008). Cuando un bebé no recibe cuidados sensibles y en consecuencia no segrega una producción de oxitocina regular, el estrés resultante deriva en elevados niveles de la hormona de estrés: cortisol. Esto influye en la percepción de los entornos como amenazantes o no amenazantes, por parte del infante.

Por otro lado el padre también muestra altos niveles de oxitocina hacia el final del embarazo de su pareja. Cuando el padre pasa bastante tiempo con el bebé, la oxitocina le anima a involucrarse en el cuidado continuado del mismo, en un ciclo perpetuo. La oxitocina en el padre también aumenta su interés en el contacto físico con la madre (Palmer, 2008).

Por su parte el bebé comienza a vincularse a partir de que percibe sonidos y olor de la madre, y más adelante, el reconocimiento del rostro. El olor y vocalización materna producen respuestas de orientación y tranquilización frente al llanto y los nuevos olores adquieren rápidamente propiedades del condicionamiento clásico, así este primer aprendizaje constituyen una de las primeras base donde se construye la seguridad (Vargas & Chaskel, 2007).

Tres áreas cerebrales del recién nacido son fundamentales en el desarrollo del apego: bulbo olfatorio, locus ceruleus y la amígdala. La percepción de olores que ocurre inmediatamente después del nacimiento provoca cambios en el bulbo olfatorio que se mantienen hasta la vida adulta, permitiendo el reconocimiento con el cuidador. La activación de las células del bulbo olfatorio (células mitrales) desencadenan una cascada de cambios metabólicos. Estas percepciones requieren de la liberación de sustancias como norepinefrina en el locus ceruleus estimulando el aprendizaje del olor materno, y con la repetición de esta conducta las vías que comunican la amígdala imprimirán este condicionamiento (Vargas & Chaskel, 2007). La impresión y reconocimiento de ciertos estímulos y conductas de la madre estimulan al infante a responder diferenciadamente, permitiendo la formación del apego y la adaptación al medio ambiente.

2.5 Apego Transgeneracional.

El modelo de apego propuesto por Bowlby plantea que los patrones del self proveen de los prototipos para las relaciones posteriores (Fonagy, 1999), dicho de otra forma, es a partir de las experiencias tempranas de las relaciones entre los padres y el infante que se van construyendo los modelos mentales del sí mismo y los otros (Feeney & Noller, 2001). Estos modelos serían relativamente estables, principalmente porque se desarrollan y operan en el contexto de entornos familiares estables, además de que estas formas de pensamientos relacionadas a los modelos *“pasan a ser habituales y automáticas a lo largo del tiempo... (.) llegando a operar en gran parte fuera de la conciencia, haciéndose más resistentes al cambio.”* (Feeney & Noller 2001). Sroufe (1988) llega a sugerir que los niños, cuando establecen nuevas relaciones, buscan recrear los roles y patrones de interacciones que han aprendido durante el desarrollo de sus relaciones tempranas, influenciando estas interacciones tanto las experiencias del niño, cómo la forma que estas experiencias son finalmente procesadas.

Investigaciones longitudinales prospectivas han demostrado que niños evaluados con el procedimiento de la situación extraña, muestran una alta estabilidad del estilo de apego, lo que corrobora una de los supuestos centrales de la teoría del apego, que existe una alta estabilidad de los patrones afectivos a lo largo de la vida. Hamilton, 1994; Main, 1997; Waters, Merrick, Albersheim, Treboux & Crowell, 1995 (citados en Fonagy, 1999), han demostrado en sus

respectivos estudios una correspondencia que fluctúa entre 68%-75% entre las clasificaciones de apego en la infancia y las clasificaciones de apego en la vida adulta (Fonagy, 1999), y siendo este apego estable de la vida adulta, el que se transmitiría finalmente a través de la parentalidad y la relación padre-hijo a los bebés. Los adultos seguros, por ejemplo, tienen 3 a 4 veces más probabilidad de tener niños que posean relaciones seguras con ellos (Van IJzendoorn, 1995) que los padres inseguros. Benoit y Parker (1994) incluso llegaron a detectar una transmisión generacional a lo largo de hasta tres generaciones. A pesar de estos resultados, no existe actualmente un consenso acerca de cómo es que estos patrones de apego se transmitirían. Investigadores como Fonagy (1999) y Van IJzendoorn (1995), consideran que el vehículo más probable de transmisión de los patrones de apego es la capacidad de la respuesta sensible, definida como la disponibilidad de otro para responder a las demandas del niño, accediendo y atribuyéndole significados a los estados mentales éste, lo que pone en marcha procesos y mecanismos afectivos-cognitivos que regulan la respuesta del cuidador a las señales niño, lo que le permitiría encontrar, en esta actitud reflexiva del cuidador, una imagen de sí mismo (Pinedo y Santelices 2006). Sin embargo, investigaciones posteriores han insinuado que probablemente existen distintas variables, tanto personales de la madre o contextuales, que mediarían la transmisión de los patrones de estilos de apego. Desde esta línea de investigación se ha observado que no siempre existe una relación tan significativa entre el estilo de apego materno y el estilo de apego del bebé, por ejemplo un estudio realizado en Chile encontró que solo el 43.1% de los bebés tiene el estilo de apego correspondiente a su madre (Quezada & Santelices, 2009), resultados similares a otros estudios internacionales de transmisión transgeneracional de apego (Utch-Bocks et al 2004; Shneider & Burke 1999, citados en Quezada & Santelices, 2009), que encontraron niveles de congruencia entre el apego de los padres y el estilo de apego de sus hijos que fluctúa entre el 30% y 60%. Una probable explicación para esta diferencia podría ser dada por los instrumentos utilizados, tanto para el estilo de apego del bebé como de la madre. Los estudios que reportan asociaciones significativas de entre el estilo de apego de la madre y el estilo de bebé, han utilizado el AAI para evaluar las experiencias de apego maternas y la situación extraña para evaluar el estilo de apego del bebé.

2.6. Apego adulto.

Bowlby sostiene que el sistema de apego desempeña un papel fundamental a lo largo del ciclo vital y que la conducta de apego es propia de los seres humanos *“desde que nacen, hasta que mueren”*. La conducta de apego se forma a lo largo del primer año de vida, durante la adolescencia y la adultez ocurren diversos cambios en ella, incluidas las personas a la que va dirigida pero sin embargo, esta conducta se mantiene activa durante todo el ciclo vital del individuo (Feeney & Noller, 2001).

A partir de esto, es que en los últimos 10 a 15 años, las investigaciones de apego en adulto han generado 2 grandes líneas de investigación, la primera relacionada con estados mentales con respecto a las relaciones padres- hijo, temprana infancia y pérdidas o separaciones, mientras que la segunda se enfoca en los sentimientos, conductas y cogniciones con respecto a relaciones de pareja y relaciones interpersonales actuales.

De acuerdo a la primera línea de investigación, se postula que un modelo para explicar la tendencia de los estilos de apego a convertirse en una característica relacional o vincular del niño, y que se evidencia en el futuro en el adulto, es el concepto de modelo operante interno, como una representación del sí mismo interactuando con una figura de apego en un entorno con carga emocional. Estos modelos influyen directamente en el modo en que un ser humano se siente con respecto a cada progenitor y con respecto a sí mismo, el modo en que espera ser tratado, y el modo en que tratará a los demás cuando niño, y posteriormente, cuando adulto. Si bien estos modelos tienden a permanecer estable durante la vida, pueden sufrir modificaciones durante el curso del desarrollo, y se plantea que este cambio de modelos es posible debido principalmente a nuevas experiencias y a nuevas relaciones con otras figuras importantes y significativas de apego, más allá de los propios cuidadores.

En cuanto a la segunda línea de investigación, se plantea que existen paralelos entre las cualidades de apego infantil y los patrones de conducta y sentimientos en relaciones de parejas de adolescentes y adultos. Según esto, las relaciones de apego son de un tipo particular de vínculo afectivo; es decir, son lazos de una duración relativamente larga caracterizados por el deseo de mantener la cercanía con un compañero que se ve como un individuo único no intercambiable con ningún otro. Los rasgos distintivos de apego, en comparación con otros vínculos afectivos, son que el individuo obtiene o busca la cercanía en la relación y, si la

encuentra, esta despierta en él sensaciones de consuelo y seguridad (Feeney & Noller, 2001). Es por esto que el amor de pareja puede conceptualizarse como un proceso de apego. Según este punto de vista, las relaciones entre amantes y esposos son relaciones de apego, tal y como las describió Bowlby, es decir, estas relaciones son vínculos afectivos duraderos caracterizados por complejas dinámicas emocionales. Y lo que es más, el amor de pareja tiene bases y funciones biológicas que repercuten en la salud de los padres y en los cuidados que estos proporcionan a su descendencia. El amor de pareja puede adoptar formas diferentes en función de la historia de apego de cada individuo (Feeney & Noller, 2001).

Aún en la actualidad no existe suficiente evidencia para apoyar una u otra línea de investigación, ya que probablemente ambos modelos explicativos estarían íntimamente ligados. Tanto la representación mental con respecto al apego, como los comportamientos de apego en relaciones amorosas emergen de la historia de múltiples relaciones de apego de una persona, comenzando con los padres.

2.6.1 Apego adulto y modelos operantes internos.

La necesidad de vincularse afectivamente que se presenta en el neonato persiste a lo largo de toda la vida, y representa la necesidad de contar con otro significativo en momentos de miedo, desamparo, ansiedad y/o estrés. Cobra especial relevancia en los primeros años de vida debido al valor de sobrevivencia que implica, sin embargo, esta tendencia innata a relacionarnos continúa a lo largo de todo el ciclo vital. Esta necesidad facilita el establecimiento de lazos afectivos entre las personas el cual se encuentra mediado por modelos representacionales que se configuran a través de las características y calidad de las relaciones tempranas con las figuras de apego. Pinedo y Santelices (2006) afirman que dependiendo de la calidad de las relaciones durante la niñez, será la calidad que tendrán en la vida adulta.

Los lazos que se establecen en la niñez persisten en forma de modelos en el mundo representacional del adulto. Estos modelos comienzan a formarse durante las experiencias tempranas y son enriquecidos, reinterpretados y remodelados a lo largo del ciclo vital. Las conductas y nuevos vínculos formados en la adultez se basan en estos modelos representacionales que se han internalizado a través del desarrollo, los cuales dirigen tanto las

respuestas afectivas como conductuales. De forma más concreta, de acuerdo al modo en que las personas son tratadas en su infancia temprana, teniendo en cuenta el desarrollo de conductas de proximidad y las conductas de cuidado que se dan en la relación hijo-cuidadores, las personas desarrollan sus propios modelos de representación de las relaciones (Pinedos & Santelices, 2006).

Estos modelos influyen directamente en el modo en que un ser humano se siente con respecto a cada progenitor y con respecto a sí mismo (autoimagen), el modo en que espera ser tratado y el modo en que tratará a los demás. Sobre la base de sus propias experiencias desarrollan expectativas en relación a la naturaleza de las relaciones, estas expectativas que constituyen las representaciones mentales tienen la capacidad de integrar las experiencias pasadas y presentes, como también los esquemas cognitivos y emocionales asociados a estas vivencias. Permiten percibir acontecimientos, pronosticar el futuro y construir planes de acción. En relación a las figuras de apego, los modelos operantes permiten saber quiénes son las figuras significativas con quienes se establece dicho vínculo, dónde se pueden encontrar y cómo se puede esperar que respondan, y cuán disponibles se encontrarán al momento de ser necesitadas.

Para Bowlby este modelo operante interno (MOI) se define como una representación del sí mismo, y también como una representación del sí mismo interactuando con una figura de apego en un contexto o entorno con carga emocional (Pinedo & Santelices, 2006): *“Los Modelos operantes son un sistema interno de expectativas y creencias acerca del self y de los otros que les permiten a los niños predecir e interpretar la conducta de sus figuras de apego. Estos modelos se integran a la estructura de la personalidad y proveen un prototipo para futuras relaciones sociales* (Bowlby, 1979, citado en Martínez & Santelices, 2005).

Los modelos de representación de las relaciones, también denominados modelos operantes internos son mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo, de sus figuras de apego y de su entorno, los cuales operan a nivel inconsciente. Son estructuras que tienden a la estabilidad y a la auto-perpetuación, sin embargo, pueden sufrir modificaciones como resultado de nuevas experiencias positivas o negativas que van más allá de las relaciones con las figuras cuidadoras. Para Marrone (2001) estos cambios ocurrirían dentro de ciertos límites, puesto que las representaciones de las experiencias anteriores filtran las expectativas del individuo e influyen en su percepción de estas interacciones.

Según Marrone pueden coexistir varios MOI de sí mismo y de otras personas, y pueden mantenerse apartados unos de otros o unirse a través de procesos integradores o sintéticos. Para Bowlby la persona construye un modelo de sí mismo y un modelo de otro. Crittenden (1999) plantea que los modelos internos podrían situarse, al menos, a dos niveles diferentes de funcionamiento mental, por lo que podrían co-existir más de uno. Por su parte Bretherton (2000) plantea un solo modelo de sí mismo y de las figuras de apego, Allen y Land (2000) señalan que durante la infancia coexisten diversos modelos internos, pero en la adolescencia se produce una jerarquización y una síntesis de estos modelos previos (Pinedo & Santelices, 2006).

2.7. Medición del apego adulto.

De acuerdo a la literatura, las investigaciones acerca del apego adulto se pueden agrupar en dos categorías que se han ido generando de forma paralela, las que se basan en diferentes conceptualizaciones y maneras de evaluar el constructo. Por un lado existe la línea investigativa desarrollada por psicólogos del desarrollo como Mary Ainsworth, quienes a través de la observación de la relación entre padres e hijos, diseñaron entrevistas para estudiar el “estado mental” o los sistemas representacionales de los padres con respecto al apego (Main, Kaplan y Cassidy, 1985 citados en Martínez y Santelices, 2005). En esta línea de investigación, el principal instrumento de medición es la AAI (Adult Attachment Interview, George et al 1985). Esta es una entrevista de larga duración que evalúa exhaustivamente los recuerdos que un adulto tiene de sus relaciones con sus figuras de apego en la infancia. La AAI es codificada tomando en cuenta la coherencia del discurso mientras la persona relata experiencias relevantes de su infancia, así como la estructura del relato y la colaboración con el entrevistador (Manassis, Owens, Adam, West y Sheldon-Keller, 1999). De esta codificación del relato de los individuos surge una de 4 categorías que son equivalentes a las descritas por Ainsworth: Seguro autónomo, Evitativo, Preocupado y Desorganizado. La AAI tiene una alta fiabilidad test-retest que fluctúa entre un 78% y un 90%. El AAI es catalogado como el “gold standard” en medición de apego en adultos, ya que las mediciones basadas en este modelo representacional se acercaría a lo que Bowlby consideraba como modelos operantes internos, o sea, la representación mental del sí mismo y de las relaciones con los otros (Fonagy, 1999). A pesar de esto, la AAI posee ciertas desventajas importantes, entre las que se encuentran que el entrenamiento es específico y

sofisticado, habitualmente costoso, además de que la codificación del relato de cada individuo toma un largo tiempo (la mayoría de los codificadores requieren todo la mitad de un día para transcribir y codificar una sola entrevista) (Manassis et. Al 1999). Algunos autores (Carnelley & Brennan 2002, citado en Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, 2009) también han alertado de la subjetividad que existe en la codificación de la transcripción de la AAI, lo que podría producir error en la categorización.

Entre otros instrumentos de evaluación que hacen uso del modelo representacional para la medición de apego en adultos, se encuentra el Cartes, Modeles Individuels de Relation (CaMir, Pierrehumbert et al. 1996), el que tiene como objetivo evaluar las estrategias relacionales del adulto, suponiendo la existencia de un modelo del sí mismo y del otro en las relaciones interpersonales presentes y pasadas. Es un instrumento auto-administrado y utiliza un formato Q-sort o distribución forzada, lo que permitiría disminuir el factor de deseabilidad social y explorar aspectos significativos de la experiencia personal del sujeto. Aunque tanto la versión original del CaMir como sus adaptaciones a distintas culturas muestran buenas propiedades psicométricas, se trata de un cuestionario muy extenso que debe ser aplicado individualmente por un profesional cualificado y que demora, aproximadamente, una hora para completarlo. Además se encontraron, durante la validación chilena del cuestionario, dificultades de algunos sujetos para comprender ciertos ítems con ideas abstractas, lo anterior implica considerar que, en el contexto chileno, el instrumento sólo podría ser usado en adultos con un nivel educacional medio o alto (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela, & Pierrehumbert, 2011). Por otro lado, actualmente no se encuentran publicadas las normas de corrección adaptadas a la población chilena (Garrido, Santelices, Pierrehumbert & Armijo, 2009).

Otro instrumento relevante en la medición del apego, siguiendo el modelo representacional, es el Parantal Bonding Instrument (PBI, Parker, Tupling & Brown, 1979) que fue elegido para la presente investigación, teniendo en cuenta su adecuada confiabilidad y validez, se encuentra adaptado y estandarizado a la realidad nacional y es tanto de aplicación como de corrección breve y objetiva, instrumento que se abordará en profundidad en la página 37.

La otra línea de investigación importante es la iniciada a mediados de los 80' por psicólogos sociales (como Hazan & Shaver, 1987), quienes aplicaron las ideas de Bowlby y Ainsworth al estudio de relaciones amorosas. La idea subyacente a este modelo, llamado

comportamental, es que existe un paralelo entre las cualidades del apego infantil y los patrones de conducta y sentimientos en relaciones de pareja en adolescentes y adultos (Martínez & Santelices, 2005). Según esta línea investigativa, los individuos seguros se sentirían confortables y tranquilos dependiendo afectivamente de sus parejas y no tienen problemas en que otros dependan de ellos, mientras que los individuos evitativos tienden a mostrarse poco cómodos en relaciones cercanas, valorizando excesivamente su autonomía, y por último, los individuos preocupados se mostrarían como inseguros, ansioso y lábiles, apegándose excesivamente en sus relaciones afectivas. Ejemplos de cuestionarios que se basan en esta línea son la Adult Attachment Scale (AAS creada por Collins & Read en 1990); Relationship Scale Questionnaire (RSQ) y Peer attachment interview creadas ambas por Bartholomew y Horowitz en 1991.

A pesar de la aparente divergencia investigativa, existe evidencia que apoya la idea de que ambos tipos de mediciones estarían relacionadas en al menos algunos aspectos, como por ejemplo, sobre la capacidad predictiva del AAI de conductas y sentimientos en relaciones de pareja (Shaver, Belsky & Brennan 2000).

2.7.1 Evaluación en Chile del apego adulto.

Según autores como Martínez y Santelices (2005) en Chile no existiría una tradición significativa en medición o investigación del apego en adultos. Solo es posible encontrar investigaciones en tesis de pregrado que han utilizado medidas de apego en la evaluación de poblaciones adultas. A esto se suma el hecho de que existen pocos instrumentos adaptados a la población chilena que permitan evaluar el apego adulto, entre los que se encuentran: la Adult Attachment Prototype Rating (AAPR), de Straus Lobo-Drost (2001) la cual se basa en AAI, combinando características de una entrevista clínica con un sistema de prototipos (Martínez, Núñez & Tapia, 2003, citados en Martínez & Santelices 2005). Otro instrumento utilizado es el PBI, el cual fue adaptado y validado para la población chilena en 1997 por Albala y Sepúlveda y posteriormente fue estandarizado en 1998 por Dávila, Ormeño y Vera en la población de entre 16 y 64 años del Gran Santiago, siendo usado en distintas investigaciones posteriores. Actualmente se encuentran en proceso de validación varios instrumentos, entre los que se encuentran el CaMir (el que actualmente se encuentra en proceso de creación de las normas para su aplicación en Chile), al igual que el Relationship Styles Questionnaire (RSQ, de Bartholomew & Horowitz, del

2001), y el cuestionario Experiences in close relationships (ECR-R) de Fraley, Waller y Brennan (creado en el año 2000).

2.6.2 Parental Bonding Instrument (PBI)

El PBI es un cuestionario desarrollado por Parker, Tupling y Brown (1979) en la Universidad de New South Wales, Australia. Está basado en la teoría del apego de Bowlby y tiene como objetivo determinar los estilos vinculares tempranos del sujeto, “*midiendo la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia (hasta los 16 años)*” (Dávila, Ormeño & Vera 1998).

Se trata de un cuestionario de auto-reporte para personas de ambos sexos mayores de 16 años. Su aplicación es sencilla, promediando aproximadamente 10 minutos, mientras que su corrección también es breve. El test original consta de 25 afirmaciones, compuestas en 2 escalas: Cuidado (12 ítems) y Sobreprotección (13 ítems), donde cada ítem se puntúa de acuerdo a una escala Likert, en donde 0 significa *nunca pasaba*, 1 *rara vez pasaba*, 2 *algunas veces pasaba* y 3 *siempre pasaba*, a excepción ítems que se califican de forma invertida (ver anexo 3). El sujeto debe elegir aquella alternativa que mejor describa la relación con cada uno de los padres, por separado. Así cada respuesta se puntúa en un rango de 0 a 3 puntos quedando la escala de cuidado con un máximo de 36 puntos y la de Sobreprotección con 39 puntos. Cada escala puede ser utilizada por separado o de forma conjunta, obteniendo puntajes separados que dan cuenta de un puntaje para cuidado y otro para Sobreprotección. El obtener puntajes de ambas escalas permite elaborar (y clasificar a los sujetos) cinco tipos de vínculos parentales:

Vínculo óptimo: Aquellos padres con puntajes altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizarían por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente, favoreciendo al mismo tiempo la independencia y la autonomía

Vínculo ausente o débil: Son aquellos padres que obtienen puntajes bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Estarían caracterizados por presentar frialdad emotiva, indiferencia o negligencia, al mismo tiempo que favorecen la independencia y la autonomía.

Constricción cariñosa: Padres que puntúan alto en cuidado y alto en sobreprotección, caracterizados por presentar afectuosidad emocional, empatía y cercanía, siendo al mismo

tiempo controladores, con un contacto intrusivo, infantilizando y previniendo la conductas autónomas de sus hijos.

Control sin afecto: Son aquellos padres que puntúan bajo en cuidado y alto en sobreprotección, presentarían frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, infantilizando y previniendo la conducta autónoma.

Promedio: Son aquellos padres que obtiene puntajes promedios en ambas escalas.

Este instrumento parte de la propuesta de los autores de “*examinar la contribución parental en el vínculo padre-hijo, en un intento de definir y medir constructos de significados*” (Parker et al, 1979, citado en Dávila et al. 1998). Propusieron a la luz de las investigaciones de apego, la existencia de dos dimensiones principales: la dimensión “Sobreprotección” y, por otro lado, la dimensión “Cuidado”. Algunos autores, como Hinde, realizaron una revisión de estas dimensiones y plantearon que sustentarían todas las relaciones interpersonales significativas, tales como la relación padre-hijo, el matrimonio, la relación profesor-alumno y la relación terapéutica. Se plantea también que anomalías en ambas dimensiones influirían en el desarrollo del vínculo, a través de distintos mecanismos.

Tomando en cuenta estas dimensiones se construyeron inicialmente 114 ítems, generados a partir tanto de notas clínicas como de la literatura, las que sugerían “*conductas y actitudes parentales de cuidado, afecto, sensibilidad, cooperación, accesibilidad, indiferencia, severidad, castigo, rechazo, control, sobreprotección e incentivo de la autonomía e independencia*” (Parker et al. 1979, citado en Dávila et al. 1998). En la aplicación piloto se administró este instrumento a 50 estudiantes de quinto año de medicina, sin embargo, se encontró que los ítems eran muy directos y podían ser interpretados por diferentes vías. A raíz de esto se redujo el inventario en una nueva aplicación a 34 enfermeras psiquiátricas y 19 estudiantes de medicina, realizándose un análisis factorial, a través del método rotación varimax, reduciéndose nuevamente el número de ítems. Este análisis factorial arrojó cuatro factores principales, el primero explicando el 52% de la varianza, el cual sugirió la dimensión “cuidado/engolvimiento v/s Indiferencia/Rechazo”; el segundo factor dio cuenta del 29% de la varianza, sugiriendo la dimensión “control/sobreprotección/intrusión v/s incentivo de la independencia”; el tercer factor dio cuenta del 11% de la varianza, conteniendo ítems de “sobreprotección” e “incentivo de la autonomía” y

un cuarto factor que fue difícil de interpretar producto de la diversidad de los ítems que lo componían.

La validación se concentró en las dimensiones Cuidado y Sobreprotección, por ser los factores con más peso estadístico. Para este estudio de validación se utilizó una muestra de 65 estudiantes de medicina, 43 enfermeras psiquiátricas, 29 estudiantes de educación técnica y 29 padres de un colegio local. 79 sujetos eran mujeres y 71 hombres, distribuyéndose en un rango de edad entre los 17 y 40 años, promediando 25 años. El instrumento debe ser contestado por los sujetos 2 veces, en relación tanto a las actitudes y conductas de madre, como las del padre (Dávila et al. 1998).

En Chile, este instrumento se encuentra adaptado y estandarizado por Dávila, Ormeño y Vera (1998), permitiendo enmarcar los resultados dentro del contexto nacional, además de poseer índices de confiabilidad, fluctuando entre 0,78 y 0,93 el índice de confiabilidad de alfa de Cronbach, e índices de validez altos, encontrándose que la proporción de la varianza total es de 37.7% para el cuestionario de madres y 39.5% para el cuestionario de padres. Esto significa que existen indicadores estadísticos para dar cuenta de un buen nivel tanto en la confiabilidad como en la validez del instrumento.

2.8 Medición de apego en lactantes.

La teoría del apego asigna una importancia central a los vínculos afectivos tempranos que se generan entre el bebé y su cuidador o cuidadores primarios. El apego en la concepción de Bowlby es el proceso que lleva del estrés a la calma, de sentirse amenazado a sentirse seguro. Cuando se ha desarrollado un apego seguro, el infante tendrá la posibilidad de explorar progresivamente, sobre una base de seguridad y confianza, el mundo que lo rodea, facilitándose la tarea de alcanzar saludablemente los diversos hitos de su desarrollo y explotando al máximo su potencial si las condiciones de su entorno lo permiten (Muñoz, Muzzio & Santelices, 2008).

Si el apego se desarrolla principalmente en aquellos momentos de stress del bebé, entonces las conductas que los padres realicen para calmar ese stress va a ser un aspecto determinante de la calidad del apego que se vaya a desarrollar. La elaboración de escalas para

evaluar la calidad del apego entre los padres y el niño durante sus primeros años de vida ha sido uno de los principales objetivos de los investigadores del apego temprano (Lecannelier, 2007).

Dentro de las distintas pautas existentes para observar el desarrollo del niño en diversos ámbitos, coexiste como objetivo común el estudio del desarrollo psicológico que es de gran relevancia en el terreno de la salud. (Aguilar & Andina, 2008)

2.8.1 Evaluación en Chile de apego en lactantes.

El interés por el estudio del apego a nivel nacional ha producido recientemente una acumulación importante de investigaciones y estudios relacionados con esta temática haciendo uso de distintas herramientas e instrumentos. El estudio *Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida* (Quezada & Santelices, 2009) realizado en Santiago y haciendo uso del experimento de la situación extraña a 72 lactantes, arrojó un 25% de estilos de apego inseguro evitante, un 5,6% de estilos de apego inseguro ambivalente y un 69,4% de estilos de apego seguro. Así mismo, el estudio *Apego, temperamento, mentalización y autorregulación: Un estudio longitudinal de los 12 a los 36 meses* (Lecannelier, 2006), que evaluó a 140 díadas madre-hijo, encontró, a través del mismo procedimiento de la Situación extraña, un 13,85% de estilos de apego inseguro evitante, 13,08% de estilos de apego inseguro ambivalente y un 73,08% de estilos de apego seguro. Otro estudio de Lecannelier del mismo año, *Apego e institucionalización: Un estudio empírico* que evaluó a 76 lactantes institucionalizados de entre 3 y 7 meses a través del procedimiento de la situación extraña, los resultados indicaron que un 42,3% correspondía a estilos de apego inseguro evitante, un 1,3% a estilos de apego inseguro ambivalente, un 2,6% a estilos de apego desorganizado y un 37,2% a estilos de apego seguro.

Por otro lado, el estudio *Relación entre los estilos de apego, según escala Massie-Campbell y el perfil socio-demográfico de las madre* (Aguilar & Andina, 2009) elaborado en Valdivia, en el cual se realiza una revisión de las fichas clínicas a díadas evaluadas, con anterioridad, con la escala Massie-Campbell en 33 lactantes de entre 4 y 12 meses, obtuvo un 100% de estilos de apego seguro.

Por último, la tesis de postítulo *Historia de los patrones de apego en madres Adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos* (Escobar, 2008) utilizando la Pauta de evaluación relacional madre-recién nacido, construido y validado en Chile por Kimelman en 1995, que obtiene parámetros que permiten evaluar la calidad del apego, tuvo como resultado que el 60% de las madres adolescentes presentan bajo riesgo relacional y el 40% restante, presenta alto riesgo relacional.

2.8.2 Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress (ADS).

La Escala de tamizaje Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (Attachment Indicators During Stress, ADS), fue creado por Henry Massie & Kay Campbell en 1978, teniendo como objetivo evaluar la calidad del apego entre un cuidador significativo, y su bebé entre 0 y 18 meses, pero suele ser preferentemente utilizada durante el primer año. Esta pauta posee criterios observacionales claros y conductuales que son indicadores fuertes de la calidad del vínculo entre el cuidador y el bebé, siendo estos: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad (Lecannelier, 2007), puesto que a los 12 meses, los niños, pueden realizar vocalizaciones más claras, nombrar una o dos palabras, entendiendo relaciones causales simples y el mundo animado al finalizar el primer año de vida. Tienden hacia los estímulos sociales por sobre las sensaciones internas. Logran focalizar la atención, comprender y concentrarse, mejorando su capacidad de procesamiento de la información en cada modalidad sensorial. Además, el niño puede progresivamente girar hacia un estímulo, tomar un elemento en la línea media, sentarse, girar, pararse y finalmente empezar a caminar (Unicef, 2012).

Además la escala Massie-Campbell permite identificar los estilos de apego según una puntuación pre-establecida, a partir de la observación de la respuesta que otorga la madre ante un proceso de estrés del niño/niña. Corresponde a una escala es de fácil y rápida aplicación, corrección y decodificación, la cual puede ser administrada por cualquier profesional de la salud capacitado para la ejecución de este instrumento, cabe destacar que esto no reemplaza la

experiencia del profesional, sino que ordena y sistematiza herramientas que ya posee (Aguilar & Andia, 2009). Las puntuaciones asignadas no se transforman en puntajes exactos ni ideales y por lo tanto se habla de tendencias, otorgándose la calificación de apego inseguro con tendencia evitante a las pautas en las que prevalecen (más 4 ítems) respuestas del tipo 1 y/o 2, apego inseguro con tendencia a la ambivalencia a las pautas en que prevalecen respuestas del tipo 5 y a apegos seguro a las pautas de evaluación en donde prevalecen respuestas del tipo 3 y/o 4. “*En relación a los puntajes que arroja la Escala Massie-Campbell, el niño y la madre obtienen puntajes por separado, no obstante se observan los mismos parámetros, predominando el puntaje de la madre para la clasificación del tipo de apego*”. (Aguilar & Andia, 2009)

Esta escala ha sido la más adecuada para su aplicación ya que posee los estándares básicos de validez y confiabilidad y ha sido utilizada en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y alto riesgo (Sotello, 2009). Su confiabilidad es de un Alfa de Cronbach 0.83 a 0.89 (Massie & Campbell, 1984).

2.9 Descripción del objeto de estudio.

Valparaíso es un Puerto, Ciudad y Comuna, del Litoral Central, Capital de la provincia y de la Quinta región. Acoge al 17,92% de la población total de la región. Un 0,3% corresponde a población rural y un 99,7% a población urbana (CORMUVAL, 2012).

La ciudad está dividida esencialmente en 2 partes: el Plan y los Cerros. En el plan residen gran parte de los servicios públicos, mientras que en los cerros se congrega la mayor parte de la población.

El objeto de estudio seleccionado corresponde a una muestra de díadas madre-lactante pertenecientes a la población total inscrita en los CESFAM de la CORMUVAL, institución responsable de administrar, desarrollar y gestionar los servicios de educación, salud y cementerios municipalizados. Se selecciona dicha institución pues, según datos de ésta misma, la cobertura de salud municipal de Valparaíso es de 209.335 habitantes, correspondiente a un 76% de la población comunal total.

El área de salud de la CORMUVAL, se encarga de proporcionar una atención de salud integral de calidad basada en el modelo de salud familiar, con énfasis en la equidad de género,

intersectorialidad y participación social en la comuna de Valparaíso. El desarrollo de su misión se realiza, entre otros servicios, a través de 13 CESFAM extendidos a través de la comuna de Valparaíso, los cuales corresponden a Barón, Placeres, Esperanza, Rodelillo, Cordillera, Padre Damián, Placilla, Puertas Negras, Las Cañas, Quebrada Verde, Laguna Verde, Reina Isabel y Dr. Marcelo Mena.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Problema de Investigación.

3.1.1 Pregunta de investigación.

¿Existe asociación entre las representaciones mentales de apego en madres mayores de 18 años y el estilo de apego de ésta con su hijo lactante de entre 12 meses y 01 días y 13 meses y 29 días, que asisten al *control de niño sano* en los CESFAM de la CORMUVAL?

3.1.2 Justificación metodológica.

La presente investigación se enmarca en el contexto de una visita domiciliaria, realizada por duplas compuestas por un estudiante seminarista de psicología y uno o más estudiantes seminarista de enfermería, lo que permite un acercamiento más integral a la realidad de cada día de estudio. Se escoge la visita domiciliaria como contexto de evaluación pues permite mejores condiciones para la implementación de esta investigación, permitiendo una mejor accesibilidad a la madre y su hijo y una adecuada organización del tiempo de los investigadores.

En dicha visita se utilizaron 3 instrumentos: el cuestionario sociodemográfico (ver anexo 1), la escala Massie-Campbell (ver anexo 2) y el cuestionario Parental Bonding Instrument, PBI (ver anexo 3). El cuestionario sociodemográfico se utilizó para caracterizar la muestra y para relacionar dichas variables con el estilo de apego del lactante y con las representaciones mentales de apego de la madre. La implementación de dicho cuestionario permite estructurar la entrevista y su duración es de aproximadamente 5 minutos.

Por otro lado, la escala Massie-Campbell se utilizó para evaluar la calidad de la relación madre e hijo. Massie-Campbell es un instrumento validado y estandarizado a la realidad chilena que se basa en la observación de la interacción madre-hijo en situación de estrés del lactante. Para la implementación de dicho instrumento los investigadores fueron capacitados por docentes de la Escuela de Enfermería, Lucy Armstrong y Josephine Bratz, entrenadas para dicho procedimiento.

En dicho contexto se usará el instrumento Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling y Brow en 1979), el cual mide los estilos vinculares tempranos a través de la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia. Este instrumento se encuentra adaptado en Chile (Albala & Sepúlveda en 1997), además de estar estandarizado y validado (Dávila, Ormeño & Vera, 1998). Su modalidad es de autorreporte, que requiere de un tiempo de aplicación y corrección breve (aproximadamente 10 minutos), con corrección objetiva y que considera los patrones culturales de la realidad nacional, posibilitando la comparación entre sujetos.

3.1.3 Justificación Social.

El contexto actual de desarrollo de políticas públicas a favor de la infancia, tiene como foco de reflexión y acción la temática del desarrollo temprano del niño, que se concreta a través de la creación de un sistema de protección integral a la infancia llamado *Chile Crece Contigo*, el cual tiene como misión acompañar y apoyar a los padres en el desarrollo integral de sus hijos.

Es en este contexto actual de protección de la infancia es que se vuelve de gran relevancia saber, a través de estudios de la realidad local, si es que influirían factores maternos, como las representaciones mentales de apego, en la formación de la relación afectiva madre-hijo, ya que el vínculo de apego determinaría en gran medida las diversas dimensiones personales y áreas de desarrollo del niño, tales como cognitivas, sociales o psicomotora, configurándose como un factor significativo en el desarrollo y crecimiento integral de los individuos, a la luz de la evidencia científica que demuestra los beneficios de un apego seguro.

Entre las variables que determinan el estilo de apego madre-lactante, se encuentra el estilo de apego adulto. Existe diversa evidencia científica acerca del tipo de asociación de los patrones de apego adultos y los patrones de apego infantiles. Estudios de Benoit y Parker (1994), Van Ijzendoorn (1995) y Fonagy (1995) señalan la fuerte asociación entre estas variables, destacando esta última investigación, donde en el 75% de los casos se pudo predecir exitosamente si un infante era clasificado con apego seguro o inseguro al año de edad a partir del apego de los padres.

Poder evaluar el estilo vincular de las madres con sus figuras de apego, podría dar indicios acerca de la relación de apego de esta madre con su hijo/a, dando lugar a intervenciones

tempranas en posibles relaciones disfuncionales, y así posibilitando la prevención de las consecuencias negativas.

3.2 Diseño de Investigación

El estudio a realizar corresponde a una investigación no experimental, ya que se observa el fenómeno sin manipular las variables deliberadamente; transaccional ya que la recolección de datos se hará en un momento único durante el mes de Noviembre del año 2012, y descriptiva debido a que se busca especificar las características del fenómeno observado, en este caso describir las representaciones mentales de apego de las madres de las díadas y la calidad de apego del vínculo madre-lactante.

Esta investigación consta de 3 etapas. La primera en donde se realizó un proyecto de investigación el cual es enviado al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso para la aprobación y autorización de la investigación. Luego de aprobada, se solicitó autorización a la CORMUVAL para acceder a las fichas clínicas de las díadas madre-lactante 12-13 meses.

La segunda etapa se realizó a través de una visita domiciliaria en conjunto con la escuela de enfermería en donde se evaluó e identificó el estilo de apego del lactante y las representaciones de apego de la madre, y donde además, se recogieron datos sociodemográficos de la díada madre-hijo.

Finalmente, la tercera etapa comprendió el ingreso de la información recolectada a una base de datos en donde se asociaron y analizaron los resultados de los diferentes instrumentos.

3.3 Objetivos e Hipótesis.

3.3.1 Objetivo general:

Identificar si existe asociación entre las representaciones mentales de apego en madres y la calidad de la relación de apego de éstas con sus hijos de 12 y 13 meses.

3.3.2 Objetivos específicos:

- Evaluar las representaciones mentales de apego en las madres mediante el cuestionario PBI.
- Evaluar la calidad de apego entre la madre y su hijo lactante mediante la escala Massie-Campbell.
- Describir las características socio-demográficas de la muestra estudiada.
- Determinar a qué categoría corresponde la representación mental del apego de cada madre.
- Determinar a qué categoría corresponde la calidad de apego entre la madre y su hijo lactante.
- Analizar la relación entre las categorías resultantes y la calidad de apego entre la madre y su hijo de 12 y 13 meses.

3.3.3 Hipótesis

3.3.3.1 Hipótesis:

Si existe relación entre las representaciones mentales de Apego en madres y la calidad de la relación de apego de dicha madre con su hijo de 12 y 13 meses.

3.3.3.2 Hipótesis Nula:

No existe relación entre las representaciones metales de Apego en madres y la calidad de la relación de apego de dicha madre con su hijo lactante

3.3.3.3 Hipótesis Alternativa:

Existen otras variables que influyen en el desarrollo del vínculo de apego de la madre con su bebé.

3.4 Definición de Variables

3.4.1 Apego

En esta investigación se utilizó el concepto apego descrito por Bowlby (2009) quien lo define como la inclinación que tienen los seres humanos para hacer estrechos vínculos con un otro significativo. Se entiende conducta de apego, como una conducta que mantiene la proximidad con un otro diferenciado y preferido el cual proporciona condiciones de seguridad especialmente en situaciones de amenaza. La conducta de apego en los seres humanos, se hace evidente cuando él bebe no solo reconoce a la figura significativa (generalmente la madre), sino que tiende a comportarse de tal manera que mantenga la proximidad con ella. (Bowlby, 2009).

3.4.1.1 Apego Seguro: Estilo de apego que al ser evaluado a través de la Escala Massie- Campbell, presenta predominio (4 o más) en los puntajes 3 y 4.

3.4.1.2 Apego Inseguro - Evitante: Estilo de apego que al ser evaluado a través de la Escala Massie- Campbell, presenta predominio (4 o más) en los puntajes 1 y 2.

3.4.1.3 Apego Inseguro - Ambivalente: Estilo de apego que al ser evaluado a través de la Escala Massie- Campbell, presenta predominio (4 o más) en el puntaje 5.

3.4.2 Modelos Operantes Internos o Representaciones Mentales (RM)

En esta investigación se utilizó el concepto representaciones mentales o modelos operantes internos descrito por Stern (1985) quien lo define como estructuras dinámicas que definen la experiencia subjetiva del niño y se organizan como esquemas de un estar en el mundo con los otros. Son mapas cognitivos, representaciones esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo, de sus figuras de apego y de su entorno, los cuales operan a nivel inconsciente. Son estructuras que tienden a la estabilidad y a la auto-perpetuación, sin embargo, pueden sufrir modificaciones como resultado de nuevas experiencias positivas o negativas que van más allá de las relaciones con las figuras cuidadoras (Marrone, 2001).

3.4.2.1 Representación Mental de Apego Seguro: Estilo de apego que al ser evaluado a través del cuestionario PBI, presenta alguno de los siguientes tipos de vínculo: Vínculo Óptimo, Vínculo Promedio, Alto Cuidado y Sobreprotección Promedio o Baja Sobreprotección y Cuidado Promedio.

3.4.2.2 Representación Mental de Apego Inseguro: Estilo de apego que al ser evaluado a través del cuestionario PBI, presenta alguno de los siguientes tipos de vínculo: Vínculo Ausente o Débil, Control Sin Afecto, Constricción Cariñosa, Alta Sobreprotección y Cuidado Promedio o Bajo Cuidado y Sobreprotección Promedio.

3.5 Población y muestra

3.5.1 Participantes

Durante el mes de Octubre del año 2011 se registraron un total de 153 inscripciones de recién nacidos en 11 de los 13 Centros de Salud Familiar pertenecientes a la CORMUVAL de acuerdo a las cartolas *de control de niño sano* de cada CESFAM, considerando los siguientes criterios de inclusión y exclusión del conjunto de diadas:

- Inclusión, lactantes entre 12 meses y 01 meses y 13 meses 29 días, que se encuentran inscritos en el programa de salud infantil pertenecientes a los CESFAM de la CORMUVAL y madres y/o cuidador principal (de entre 18 y 65 años) de lactantes inscritos en el programa de salud infantil pertenecientes a los CESFAM de la CORMUVAL.
- Exclusión, lactantes y/o cuidadores que presentan trastorno del neurodesarrollo.

Por otro lado, se excluyeron de esta investigación los CESFAM de Laguna Verde y Las Cañas. El primero, por poseer una población consultante con características de ruralidad, lo cual difiere del resto de los CESFAM, además de dificultades de acceso al sector y a la población consultante por dispersión geográfica, el segundo se excluyó debido a que el tamaño reducido de la población restringe un análisis significativo.

3.5.2 Tipo de Muestra

La muestra es probabilística, aleatoria y estratificada, extraída desde la población de lactantes nacidos en Octubre del año 2011, inscritos en los CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL.

3.5.3 Tamaño de Muestra

De la población resultante, repartida en estos 11 CESFAM de la CORMUVAL, se realizó un muestreo estratificado de asignación proporcional aleatoria por cada CESFAM. La estimación del tamaño de la muestra se realizó con la siguiente fórmula estadística (Wiley, 2002):

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

Donde $N=153$

$P=$ Proporción de 0,5 para maximizar el tamaño de la muestra

$E=$ Error Máximo de 0,1

$Z_{\alpha/2}=$ Nivel de confianza de 0,95

Esto da como resultado una muestra mínima de 60 personas. Luego, ponderando proporcionalmente cada CESFAM, la muestra queda distribuida de esta manera:

Tabla 1
Distribución muestreo estratificado de asignación proporcional aleatoria por CESFAM.

CESFAM	N	Muestra	Número de Díadas
Placeres	8	3,13	4
Esperanza	7	2,74	3
Barón	17	6,66	7
Reina Isabel	26	10,19	11
Placilla	15	5,88	6
Dr. Marcelo Mena	15	5,88	6
Cordillera	7	2,74	3
Quebrada Verde	29	11,37	12
Puertas Negras	10	3,92	4
Rodelillo	9	3,52	4
Padre Damián	10	3,92	4
TOTAL	153	60	64

Aproximando los valores al número entero próximo, da como resultado una muestra estimada de 64 díadas madres-hijos, con un margen de error de 10% y un 95% nivel de confianza, repartidas proporcionalmente en cada uno de los 11 CESFAM señalados del total de la población.

Por otra parte, el análisis estadístico de la asociación entre las variables a investigar, se ejecutó a través de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) usando el programa SPSS 20. Esta prueba estadística requiere de variables nominales independientes y que todas las frecuencias esperadas

en la tabla de contingencia sean mayores o iguales a 5 en cada casilla. En vista de que éstas condiciones no se cumplieron se hizo uso del estadístico Razón de Verosimilitud de chi-cuadrado, que no tiene estas limitaciones y permite hacer el mismo análisis de asociación entre variables nominales (Rodríguez & Morar, 2002).

3.6 Recolección de datos.

La recolección de datos se realizó en 9 etapas:

1. Se solicitó la aprobación y autorización de la investigación al Comité de ética de la Universidad de Valparaíso, aprobándose la solicitud. Dicha aprobación ampara la presente investigación bajo las leyes 20.120 y 20.584.
2. Se solicitó a la Coordinadora de Campos Clínicos de la CORMUVAL, Sra. Elizabeth Brahim Concha autorización para acceder a las fichas de lactantes entre 12 meses y 01 días y 13 meses y 29 días, controlados en los CESFAM y que cumplieren con los criterios de inclusión de la investigación.
3. Una vez recolectado los datos de las díadas, se les contactó telefónicamente a las madres seleccionadas de cada CESFAM. Se les pidió autorización para aplicar la pauta breve de desarrollo psicomotor y luego se acordó una fecha para realizar la visita domiciliaria. En el caso de las madres que no se les pudo contactar telefónicamente, se accedió directamente a su domicilio.
4. La visita domiciliaria fue realizada por un estudiante de psicología de V año y un (o más) estudiantes de enfermería de IV año.
5. Una vez en el domicilio, se procedió a la aplicación pauta breve de desarrollo psicomotor, momento en el cual se observaron las conductas de apego entre madre e hijo según escala de Massie-Campbell.
6. Posteriormente se invitó a la madre a participar en el estudio conjunto “Estilo de apego entre madre e hijo y su relación con las representaciones mentales de apego y nivel de resiliencia materna”.
7. Una vez que las madres accedieron a participar en la investigación se llevó a cabo el proceso de consentimiento informado (ver anexo 9 y 10) y se procedió a aplicar encuesta

de perfil sociodemográfico de madre e hijo (ver anexo 1), el instrumento para medir las representaciones mentales de apego de la madre PBI (ver anexo 3) y el instrumento para medir resiliencia en la madre SVRES.

8. Una vez obtenidos los datos se procedió a registrar en el CESFAM correspondiente el proceso llevado a cabo en la visita domiciliaria, los resultados de la pauta breve de desarrollo psicomotor y de la escala Massie-Campbell
9. Concluida la investigación, y en caso de detectar riesgo relacional, se informó a la madre de los resultados obtenidos sobre su relación de apego con su hijo/a y se le ofreció la oportunidad de ser atendida en el centro de atención psicológica de la escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso.

3.7 Reestructuración del Tamaño de la Muestra.

Durante el desarrollo de la investigación en terreno se hallaron 6 casos de díadas (3 del CESFAM Dr. Marcelo Mena y 3 del CESFAM Rodelillo) que no pertenecían al CESFAM donde se encontraba inscrito el lactante, tanto por cambio de domicilio o dirección inexistente, lo que resultó en una población definitiva de 147 díadas de madre/lactante. Por lo que se realizó nuevamente un muestreo estratificado de asignación proporcional aleatoria por cada CESFAM. La estimación del tamaño de la muestra se realizó con la siguiente fórmula estadística (Wayne, 2002):

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

Donde N=147

P= Proporción de 0,5 para maximizar el tamaño de la muestra

E= Error Máximo de 0,1

Z a/2= Nivel de confianza de 0,95

Esto da como resultado una muestra mínima de 58,8 (59) personas. Luego, ponderando proporcionalmente cada CESFAM, la muestra quedó distribuida como se presenta en la tabla 2.

Tabla 2
Reestructuración de distribución muestreo estratificado de asignación proporcional aleatoria por CESFAM.

CESFAM	N	Muestra	Número de Díadas
Placeres	8	3,2	4
Esperanza	7	2,8	3
Barón	17	6,8	7
Reina Isabel	26	10,4	11
Placilla	15	6	6
Dr. Marcelo Mena	12	4,8	5
Cordillera	7	2,8	3
Quebrada Verde	29	11,6	12
Puertas	10	4	4
Rodelillo	6	2,4	3
Padre Damián	10	4	4
TOTAL	147	58,8 (59)	62

Aproximando los valores al número entero próximo, da como resultado una muestra estimada de mínimo **62** díadas madres-hijos, con un margen de error de 10% y un 95% nivel de confianza, repartidas proporcionalmente en cada uno de los 11 CESFAM señalados del total de la población.

4. RESULTADOS

4.1 Análisis Descriptivo de la muestra.

A continuación se presenta una descripción general de la muestra con la que se trabajó en la presente investigación, con el objetivo de entregar una mirada global de la situación de cada díada participante. Contemplando en este punto datos sociodemográficos, características de la madre, del lactante y del embarazo.

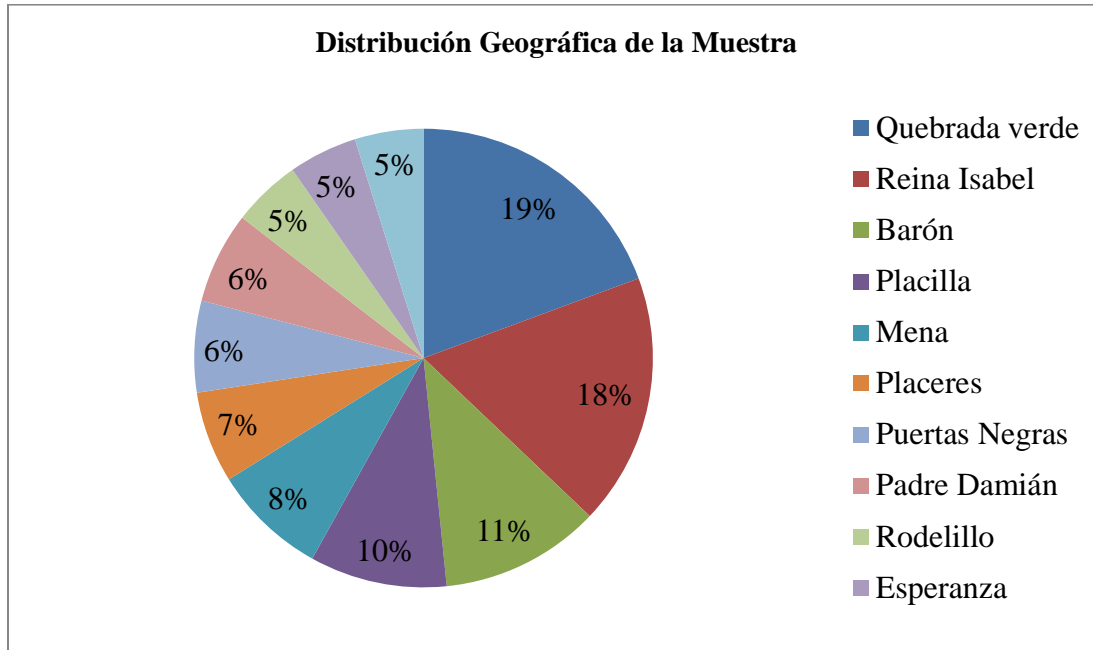
4.1.1 Distribución demográfica de la muestra participante.

En la tabla 3 y gráfico 1 se representa en porcentajes la distribución de díadas de madres con sus hijos lactantes de 12 y 13 meses que asisten a los diferentes CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL. La cantidad de díadas seleccionadas en cada CESFAM tiene directa proporción con la población total de díadas inscritas en el mismo.

Tabla 3
Distribución geográfica de la muestra

CESFAM	N	Porcentaje del total de la muestra
Quebrada verde	12	19,35
Reina Isabel	11	17,74
Barón	7	11,29
Placilla	6	9,68
Dr. Marcelo Mena	5	8,06
Placeres	4	6,45
Puertas Negras	4	6,45
Padre Damián	4	6,45
Rodelillo	3	4,84
Esperanza	3	4,84
Cordillera	3	4,84
Total	62	100

Gráfico 1



4.1.2 Datos de las madres.

Se trabajó con una muestra aleatoria de 62 madres. La edad de las madres participantes en el presente estudio varía desde los 18 años hasta los 44 años de edad, teniendo esta variable un promedio de 28,3 años de edad. A su vez se observa que la varianza alcanza un número de 52,29 lo que significa que las edades varían considerablemente y no se concentran alrededor de la media. Esta distribución se presenta en las tablas 4 y 5, y gráfico 2.

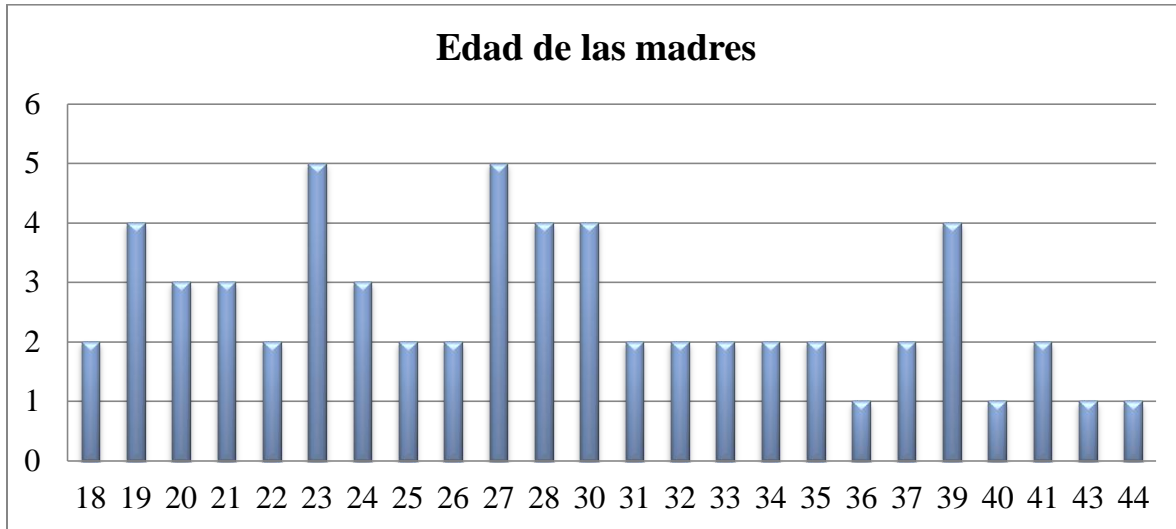
Tabla 4
Estadísticos de tendencia central y de dispersión de la edad de las madres participantes

	N	Perdidos	Media	Desv. típ.	Varianza	Mínimo	Máximo
Edad de la madre	62	0	28,35	7,232	52,298	18	44

Tabla 5
Edad de las madres participantes

Edad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
18	2	3,23
19	4	6,45
20	3	4,84
21	3	4,84
22	2	3,23
23	5	8,06
24	3	4,84
25	2	3,23
26	2	3,23
27	5	8,06
28	4	6,45
30	4	6,45
31	2	3,23
32	2	3,23
33	2	3,23
34	2	3,23
35	2	3,23
36	1	2
37	2	3,23
39	4	6,45
40	1	2
41	2	3,23
43	1	2
44	1	2
Total	62	100

Gráfico 2



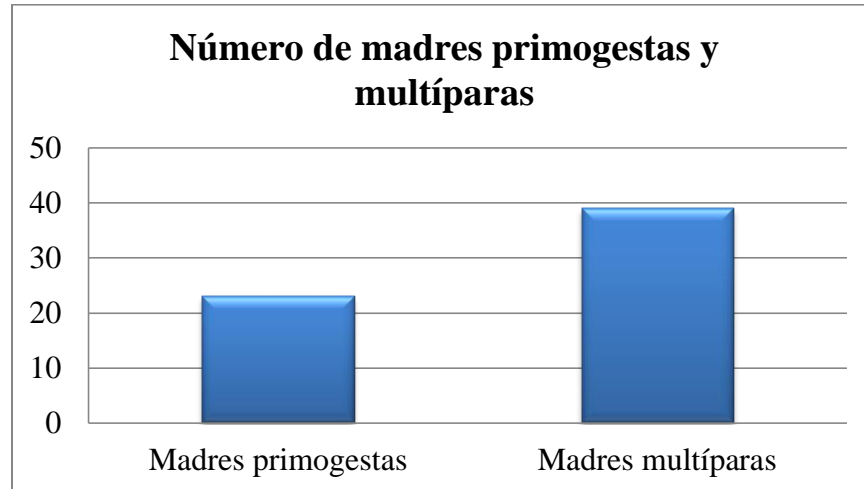
Por otro lado, respecto a la cantidad de embarazos de término de la madre, la tabla 6 y gráfico 3 señalan que la población estudiada se compone en un 62,9% de madres multíparas y en un 37,1% de madres primogestas.

Tabla 6

Número de madres primogestas y multíparas

Cantidad de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Madre primogesta	23	37,1
Madre multípara	39	62,9
Total	62	100

Gráfico 3



En relación a esto se observa que las encuestadas tienen entre 1 a 5 hijos, siendo aquellas con 1 y 2 hijos la mayoría en un 70% de los casos, obteniendo un promedio de 2,05 hijos, donde la varianza es 1,13 en un rango de 4.

Tabla 7

Estadísticos de tendencia central y de dispersión del número de hijos

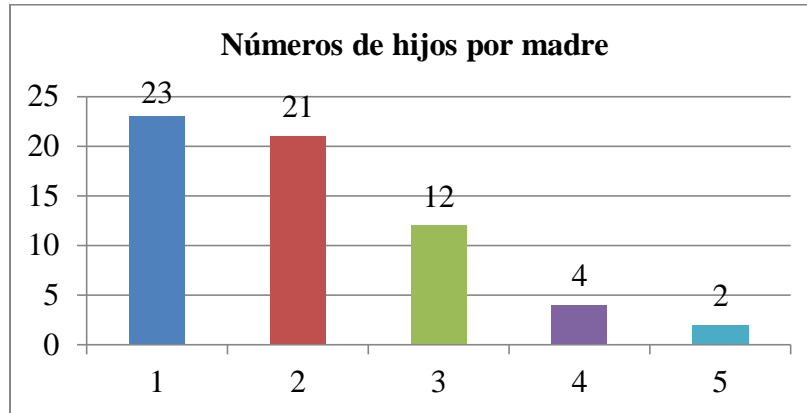
	N	Perdidos	Media	Desv. Típ	Varianza	Mínimo	Máxima
Nº de hijos	62	0	2,05	1,06	1,13	1	5

Tabla 8

Número de Hijos por madre

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	23	37,1
2	21	33,9
3	12	19,4
4	4	6,5
5	2	3,2
Total	62	100

Gráfico 4



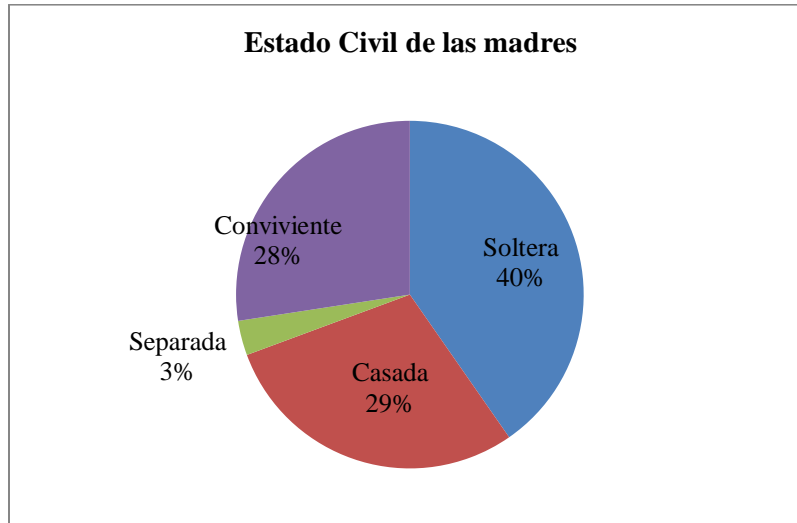
En relación a la variable estado civil de las madres se observa que la soltería es el estado que se da con mayor frecuencia alcanzando un 40,32%, seguido por aquellas casadas en un 29,03% y aquellas que conviven con su pareja actual que alcanza un 27,42% de los casos.

Tabla 9

Estado civil de las madres

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	25	40,3
Casada	18	29,0
Separada	2	3,2
Conviviente	17	27,4
Total	62	100,0

Gráfico 5

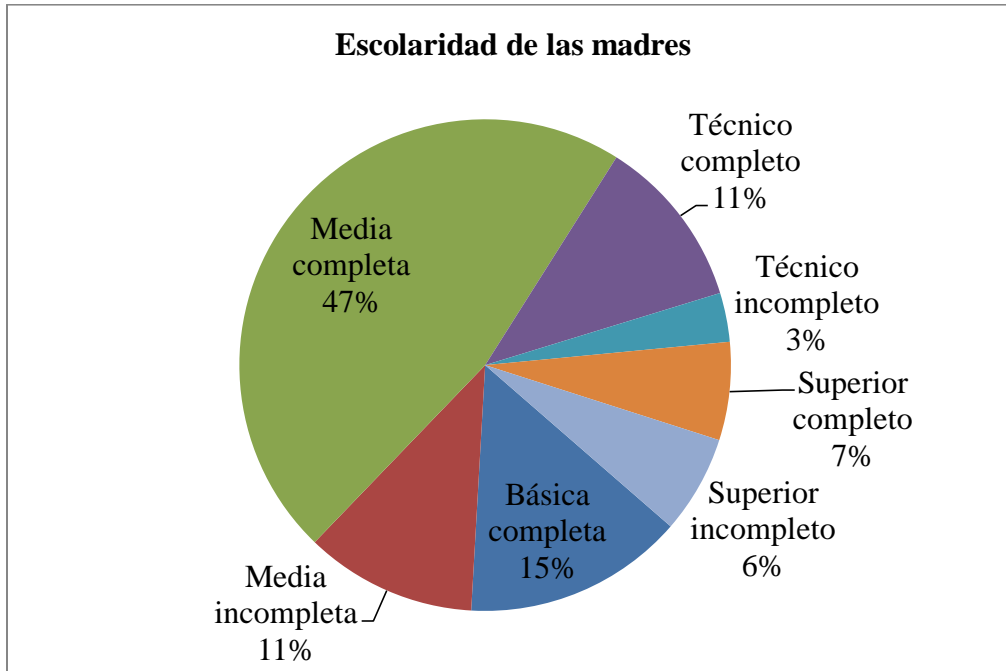


Respecto al nivel de escolaridad de la madre, se observa que la gran mayoría de las madres poseen un nivel de educación media completa alcanzando un 46,8%; le sigue el nivel básico completo con un 14,5%; a continuación están el nivel educacional de preparación técnica y la de nivel medio incompleta ambas con un 11,3%; un 7% tiene estudios superiores completos, un 6,5% tiene estudios superiores incompletos y sólo un 3,2% tiene estudios técnicos incompletos, tal como se presenta en la tabla 10 y gráfico 6.

Tabla 10
Escolaridad de las madres

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Básica completa	9	14,5
Media incompleta	7	11,3
Media completa	29	46,8
Técnico completo	7	11,3
Técnico incompleto	2	3,2
Superior completo	4	6,5
Superior incompleto	4	6,5
Total	62	100

Gráfico 6



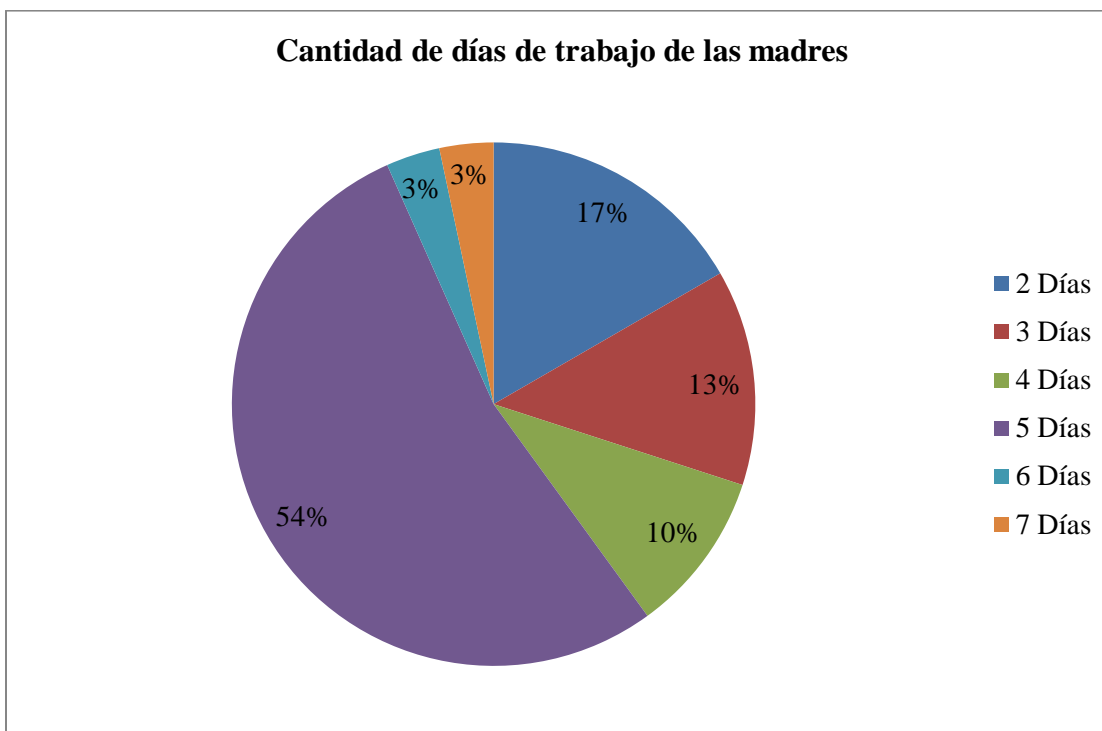
En relación a la variable cantidad de días de trabajo semanal, de las madres que declaran trabajar, la mayoría lo hace 5 días a la semana alcanzado el 25,8%, seguido por un 8,1% que refiere trabajar 2 días a la semana (Ver tabla 11 y gráfico 7).

Tabla 11

Cantidad de días de trabajo de las madres

Días de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
2 Días	5	8,1
3 Días	4	6,5
4 Días	3	4,8
5 Días	16	25,8
6 Días	1	1,6
7 Días	1	1,6
Total	30	48,4
Perdidos	32	51,6
Total	62	100

Gráfico 7



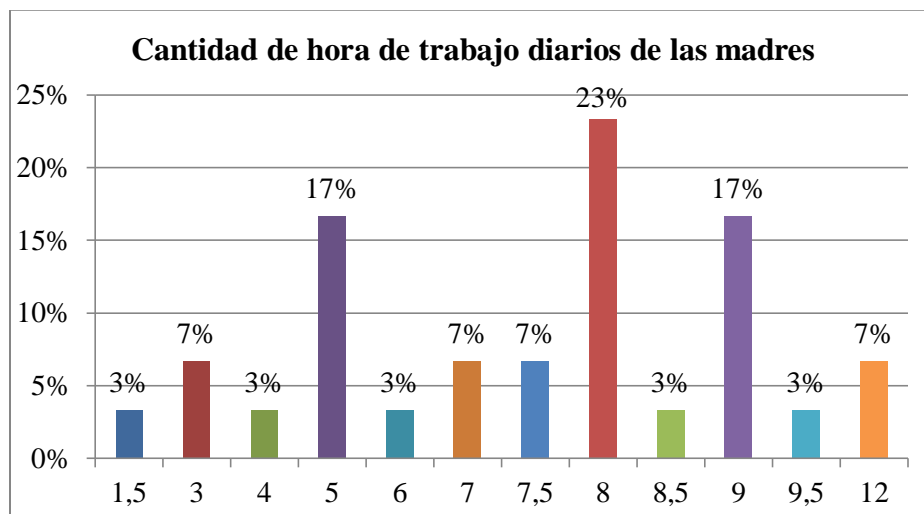
La mayoría de las madres que declaró trabajar lo hacen principalmente 8 horas por día, con un 23%, seguido por 9 y 7 horas ambas con un 17% de las referencias (ver tabla 12 y gráfico 8).

Tabla 12

Cantidad de horas de trabajo diario de las madres

Horas de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
1,5 Horas	1	1,6
3 Horas	2	3,2
4 Horas	1	1,6
5 Horas	5	8,1
6 Horas	1	1,6
7 Horas	2	3,2
7,5 Horas	2	3,2
8 Horas	7	11,3
8,5 Horas	1	1,6
9 Horas	5	8,1
9,5 Horas	1	1,6
12 Horas	2	3,2
Total	30	48,4
Perdidos	32	51,6
Total	62	100

Gráfico 8



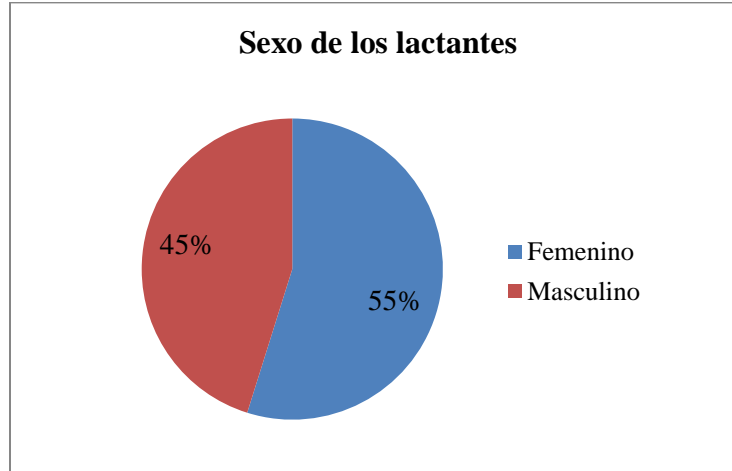
4.1.3 Datos del lactante.

Se trabajó con una muestra aleatoria de 62 lactantes, los que se distribuyen según sexo en un porcentaje de 54,8% de sexo femenino y un 45,2% de sexo masculino, como se representa en la tabla 13 y gráfico número 9.

Tabla 13
Sexo de los lactantes

Sexo del lactante	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	34	54,8
Masculino	28	45,2
Total	62	100

Gráfico 9

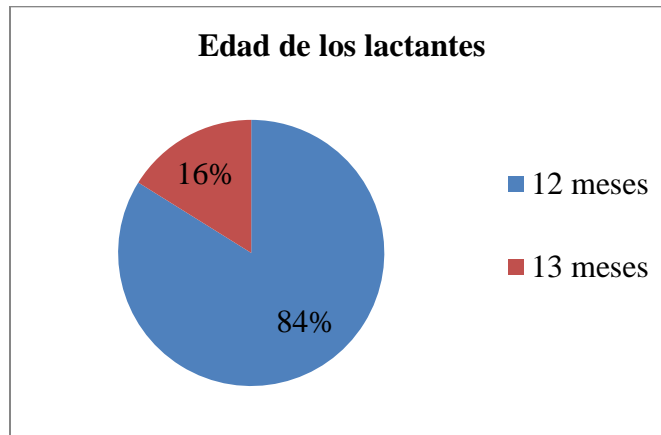


En relación a la edad de los lactantes, ésta varía desde los 12 a los 13 meses con una media de 12,8 meses. Concentrándose los datos alrededor de la media en tanto la valores mínimo y máximo están muy próximos. Los valores se distribuyen en un porcentaje de 83,9 % de 12 meses y un 16,1 % de 13 meses, como se representa en la tabla 14 y gráfico número 10.

Tabla 14
Edad de los lactantes

Edad del lactante	Frecuencia	Porcentaje
12 meses	10	16,1
13 meses	52	83,9
Total	62	100

Gráfico 10

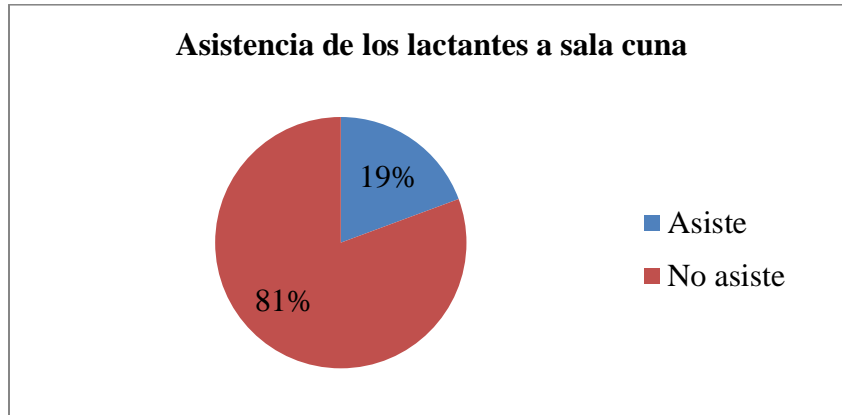


Por otro lado y en relación a la asistencia a sala cuna de los lactantes, estos se distribuyen en un porcentaje de asistencia de 19,4 % y de no asistencia un 80,6 %, como se representa en la tabla 15 y gráfico 11.

Tabla 15
Asistencia de los lactantes a sala cuna

	Frecuencia	Porcentaje
Asiste	12	19,4
No asiste	50	80,6
Total	62	100

Gráfico 11



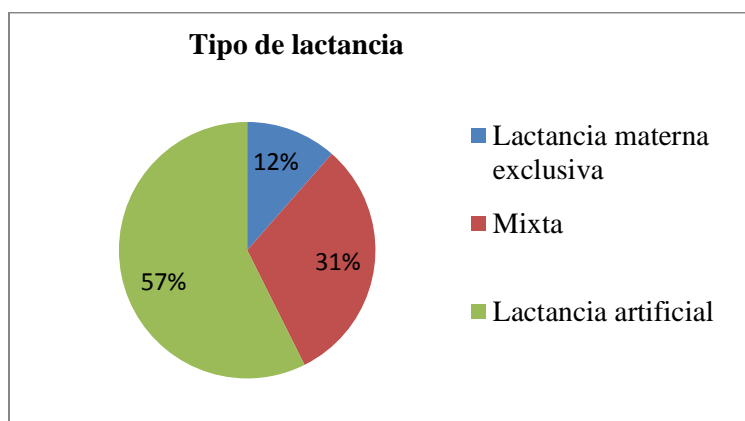
En lo que respecta a la lactancia de los niños y niñas, el 57% de estos tiene lactancia artificial, el 31% tiene lactancia mixta y el 12% de los niños tiene exclusivamente lactancia materna (ver tabla 16 y gráfico 12).

Tabla 16

Tipo de lactancia

Tipo de lactancia	Frecuencia	Porcentaje
Lactancia materna exclusiva	7	11%
Mixta	19	31%
Lactancia artificial	35	57%
Total	61	100%

Gráfico 12



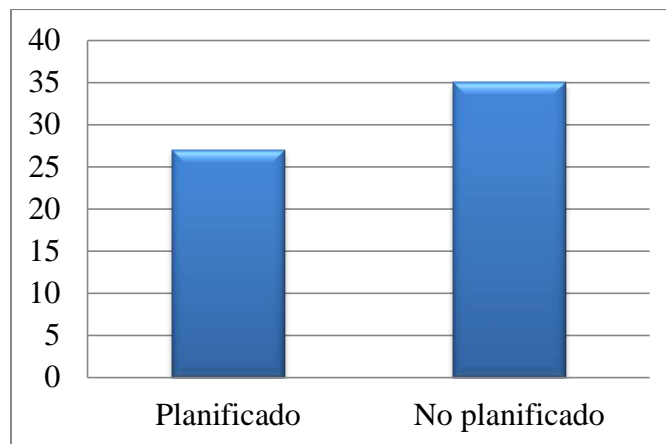
4.1.4 Datos del Embarazo

En relación a los datos entregados por la madre, respecto a la existencia de planificación ° del embarazo, 27 madres reportaron haber planificado su embarazo, mientras que 35 reportaron no haberlo planificado. Esto en porcentajes arroja un 43,5% de embarazo planificado, en contraposición a un 56,5% de embarazo no planificado, como se representa en la tabla 17 y gráfico 13.

Tabla 17
Planificación del embarazo

Planificación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Planificado	27	43,5
No planificado	35	56,5
Total	62	100

Gráfico 13



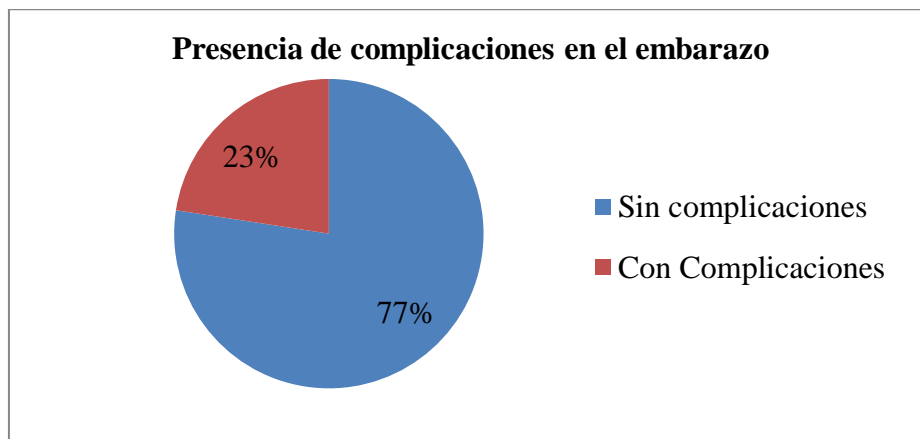
Respecto de las complicaciones de las madres durante el embarazo de sus hijos estudiados en la presente investigación, el 23% de estos presentaron complicaciones y el 77% no presentó complicaciones (ver tabla 16 y gráfico 14). Entendiéndose como complicación síntomas o enfermedades que afectan el bienestar de la madre y/o el lactante durante el embarazo (diabetes gestacional, síntomas de pérdida, preclamsia, entre otras).

Tabla 18

Presencia de complicaciones en el embarazo

Complicaciones durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Sin complicaciones	48	77,4
Con Complicaciones	14	22,6
Total	62	100,0

Gráfico 14



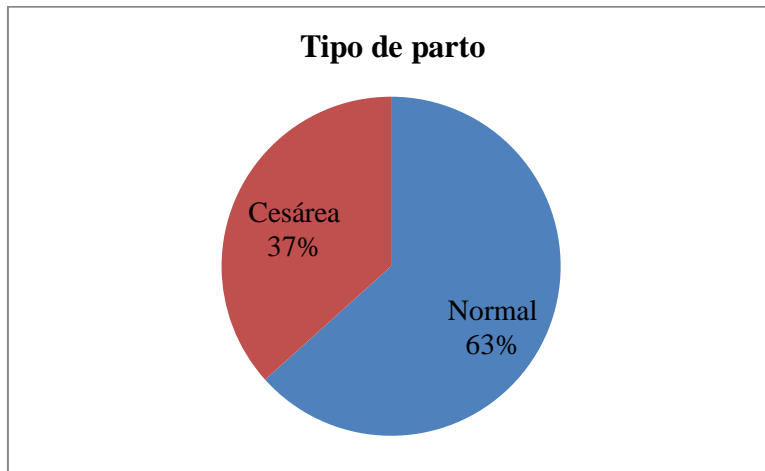
Por otro lado, analizando la variable tipo de parto se observa que el 37% de los lactantes evaluados nace a través de parto con cesárea y el 63% mediante un parto normal, tal como indican la tabla 19 y el gráfico 15.

Tabla 19

Tipo de parto

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Normal	38	61,3
Cesárea	24	38,7
Total	62	100

Gráfico 15



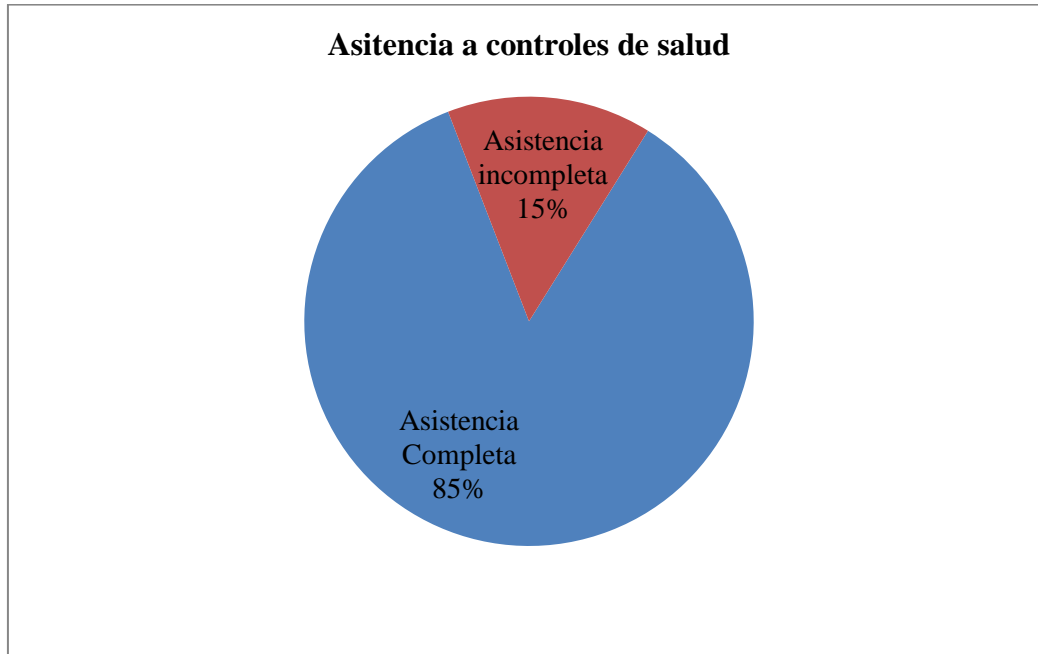
Finalmente, y en relación a la asistencia a los controles de salud del niño, se puede decir que de los 62 lactantes sólo el 15% tiene una asistencia incompleta, y la mayoría, el 85% tiene asistencia completa al programa de control de salud. Entendiéndose asistencia completa a la asistencia correspondiente al 100% de los controles, y a asistencia incompleta a la presencia de 1 o más inasistencias.

Tabla 20

Asistencia a controles de salud

Asistencia a controles de salud		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Asistencia Completa	52	83,9
	Asistencia incompleta	9	14,5
	Total	61	98,4
Perdidos	Sistema	1	1,6
Total		62	100,0

Gráfico 16



4.1.5 Características de la familia.

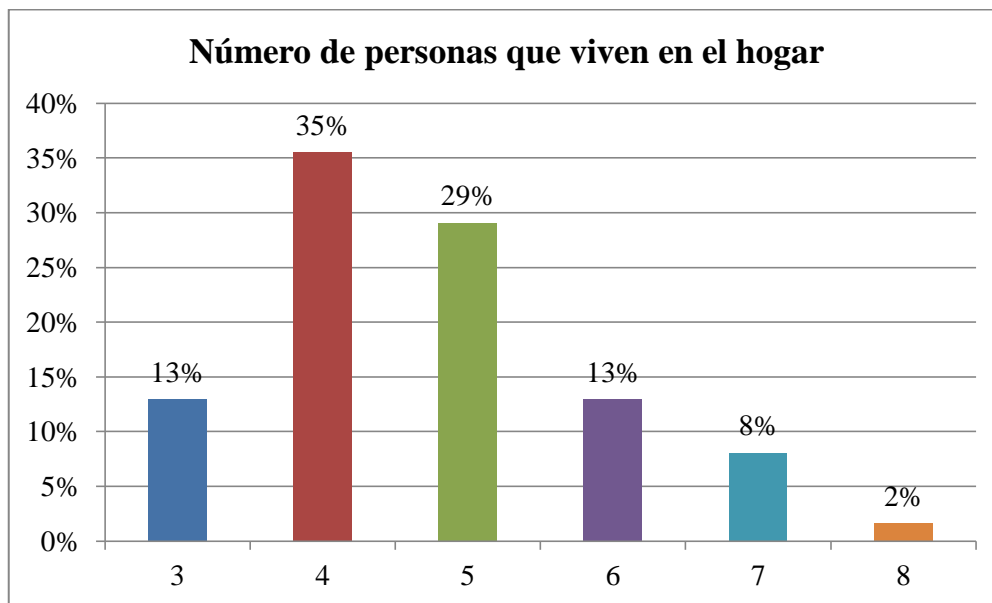
En general los hogares desde los que proceden las personas tienden a tener entre 3 a 6 integrantes siendo 4 personas el número promedio alcanzando un 35% de las referencias, seguidas de cinco personas con un 29% y 3 junto con 6 personas, ambas con 13%. Lo máximo que se registró de personas viviendo en el hogar de las encuestadas fueron 8 personas, con un 2% (ver tabla 21 y gráfico 17).

Tabla 21

Número de personas que viven en el hogar

Nº de personas en el hogar.	Frecuencia	Porcentaje
3	8	13
4	22	35
5	18	29
6	8	13
7	5	8
8	1	2
Total	62	100

Gráfico 17



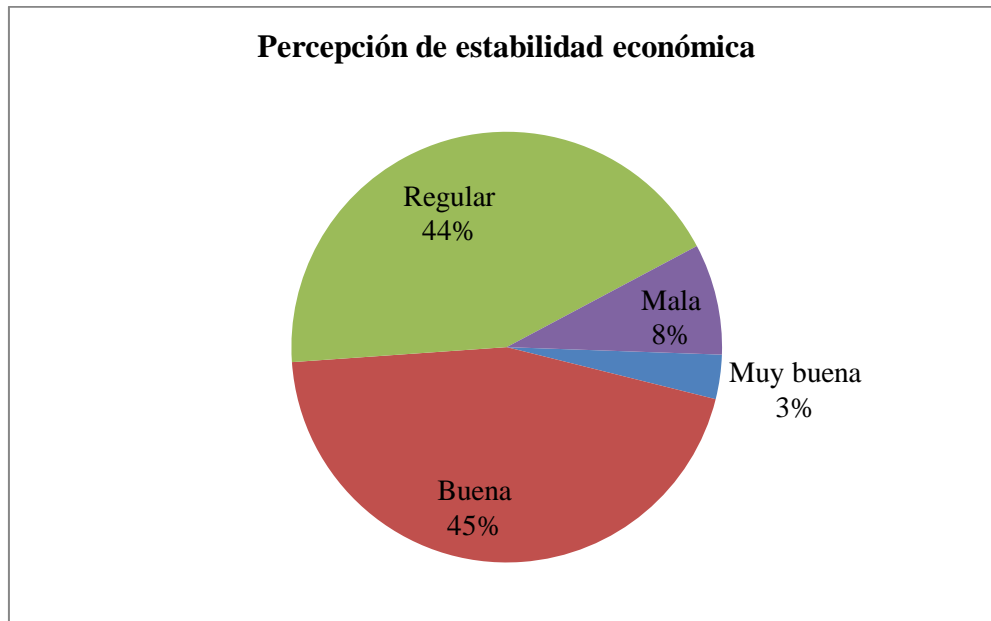
De acuerdo a la percepción que tiene cada una de las madres respecto a su estabilidad económica, un 45% la califica como buena, seguido por un 44% que la califica como regular, categorías que agrupadas corresponderían al 85% de las personas encuestadas. Por otro lado el

8% de las madres la clasifica como mala y el 3% como muy buena. Lo que se representa en la tabla 22 y gráfico 18.

Tabla 22
Percepción de la estabilidad económica

Casos	Percepción de la estabilidad económica	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy buena	2	3
	Buena	27	45
	Regular	26	43
	Mala	5	8
	Total	60	100
Perdidos	Sistema	2	3,2
Total		62	100

Gráfico 18



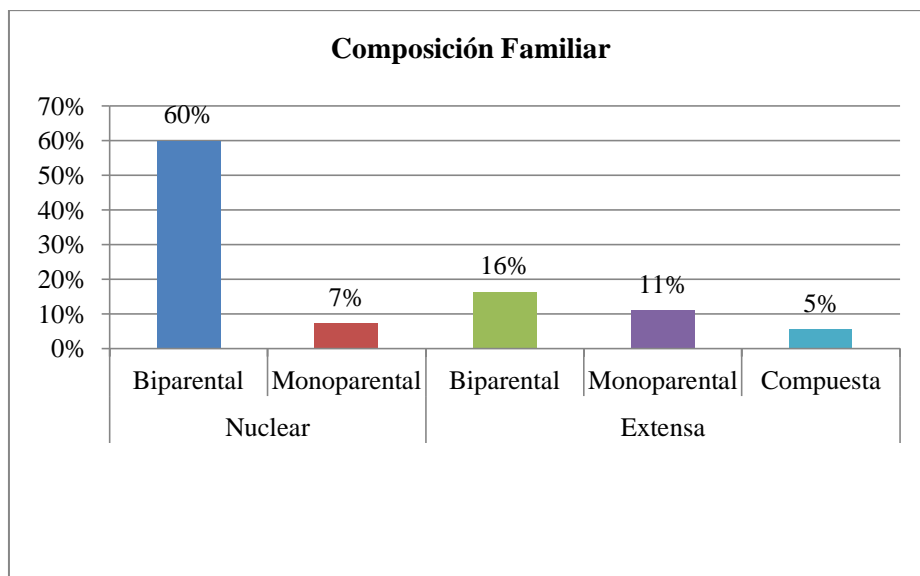
En último lugar, considerando la composición familiar, se observa que la mayoría de las familias es nuclear biparental (60%) o extensa biparental (16%). Obteniendo los puntajes más bajos la

categoría nuclear monoparental y compuesta, las cuales obtuvieron un porcentaje de 7% y 5%, respectivamente (ver tabla 21 y gráfico 19). Entendiéndose como familia nuclear al grupo formado por los miembros de una pareja, o por un adulto y sus hijos, y a familia extensa al grupo compuesto por la familia nuclear más algún otro miembro familiar.

Tabla 23
Composición Familiar

Casos	Composición familiar	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nuclear Biparental	33	53,2
	Nuclear Monoparental	4	6,5
	Extensa Biparental	9	14,5
	Extensa Monoparental	6	9,7
	Extensa Compuesta	3	4,8
	Total		55
Perdidos	Sistema	7	11,3
Total		62	100

Gráfico 19



4.2 Análisis de Resultados.

En este apartado se señalarán los principales resultados obtenidos a partir de la presente investigación, los cuales están en directa relación con el objetivo primordial del estudio: Identificar si existe asociación entre las representaciones mentales de apego en madres y la calidad de la relación de apego de éstas con sus hijos de 12 y 13 meses.

4.2.1 Representaciones mentales de apego en madres.

Los datos obtenidos a través de la aplicación del PBI a una muestra de 62 madres, fueron procesados y analizados mediante el programa SPSS 20.

En primer lugar se procedió a ingresar las respuestas de las madre, luego se sumaron los puntajes de ambas escalas (cuidado y sobreprotección) asignándoles su correspondiente puntaje T. El puntaje de ambas permite elaborar 5 tipos de vínculos parentales, *Vínculo óptimo* (optimal bonding); *Vínculo ausente o débil* (absent or weak bonding); *Constricción cariñosa* (affectionate constraint) y *Control sin afecto* (affectionless control). Por último se clasifica en *Vínculo Promedio*, aquél que obtiene en ambas escalas un puntaje promedio, pero siguiendo las normas de la estandarización, se debe tener en cuenta la posibilidad de que se generen cuatro posibles vínculos caracterizados por tener un puntaje promedio en una escala y un puntaje extremo en la otra; generándose así las siguientes opciones: Cuidado promedio alto o baja sobreprotección y Sobreprotección promedio y alto o bajo Cuidado (Escobar, 2008), quedando entonces 9 categorías.

Conforme a este procedimiento se comenzó a graficar la información en base a los puntajes T de cada sujeto, ubicándose en el eje X la variable cuidado y en el eje Y la variable sobreprotección. Los cuadrantes representan las 9 categorías y las líneas representan los límites y puntos de corte. Se considera como puntajes bajos los puntajes T inferiores a 40, y como puntajes altos los puntajes T superiores a 60, igualmente para ambas escalas.

En relación a nuestro objetivo específico de evaluar y determinar las categorías de las representaciones mentales de apego en madres mediante el instrumento PBI, los resultados se presentan en la tabla 24 y gráfico 20 en donde se presentan las frecuencias y porcentajes por categoría. Como se puede observar en dicha tabla y gráfico, y de acuerdo a la re-categorización

utilizada, los sujetos de la muestra solo se sitúan en 7 de las 9 categorías, no quedando ningún sujeto en las categorías *constricción cariñosa* y *vínculo ausente o débil*, mientras que el vínculo que se presenta con más frecuencia es el *vínculo promedio*.

Tabla 24
RM de apego de la madre según categorización PBI

Categorías de Apego PBI	Frecuencia	Porcentaje
Vínculo Óptimo	1	1,61
Vínculo Promedio	31	50
Alto cuidado, sobreprotección promedio	9	14,5
Baja sobreprotección, cuidado promedio	4	6,45
Vínculo Ausente	0	0
Bajo cuidado, sobreprotección promedio	8	12,9
Control sin afecto	3	4,83
Alta sobreprotección, cuidado promedio	6	9,67
Constricción Cariñosa	0	0
Total	62	100

Gráfico 20

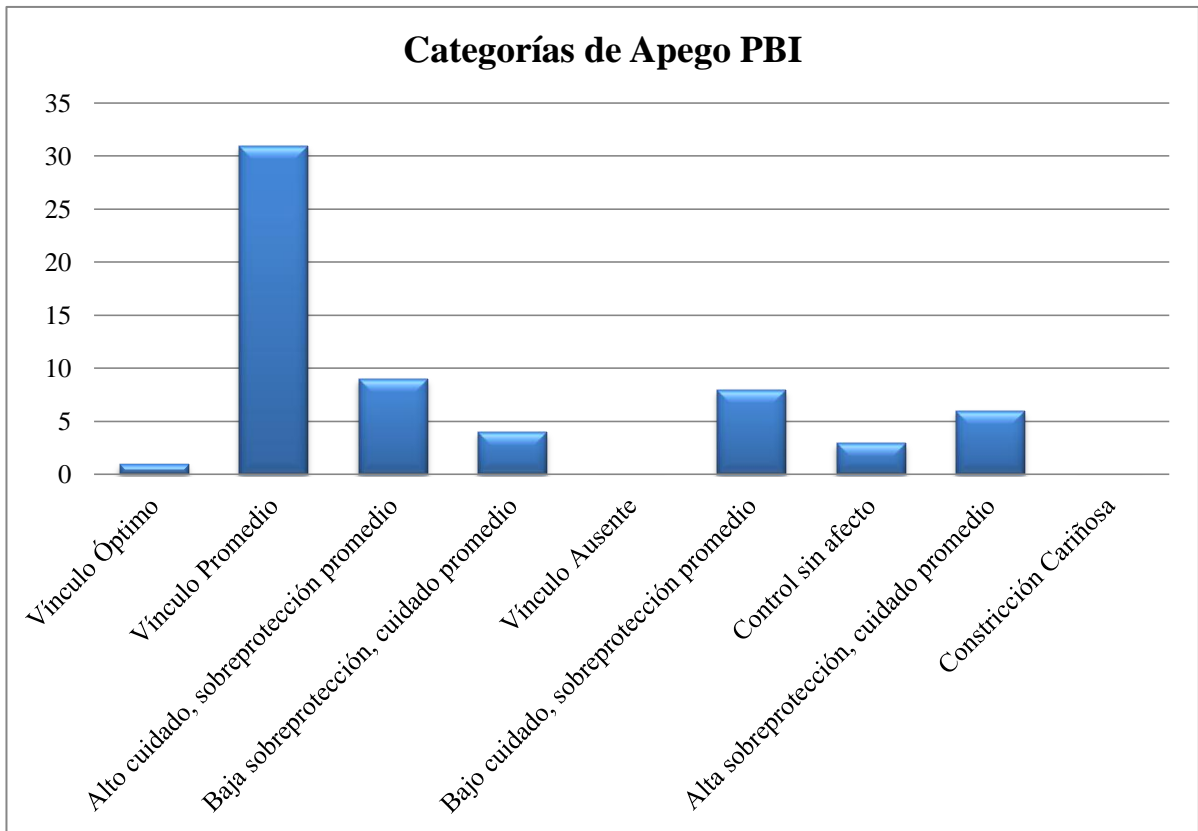
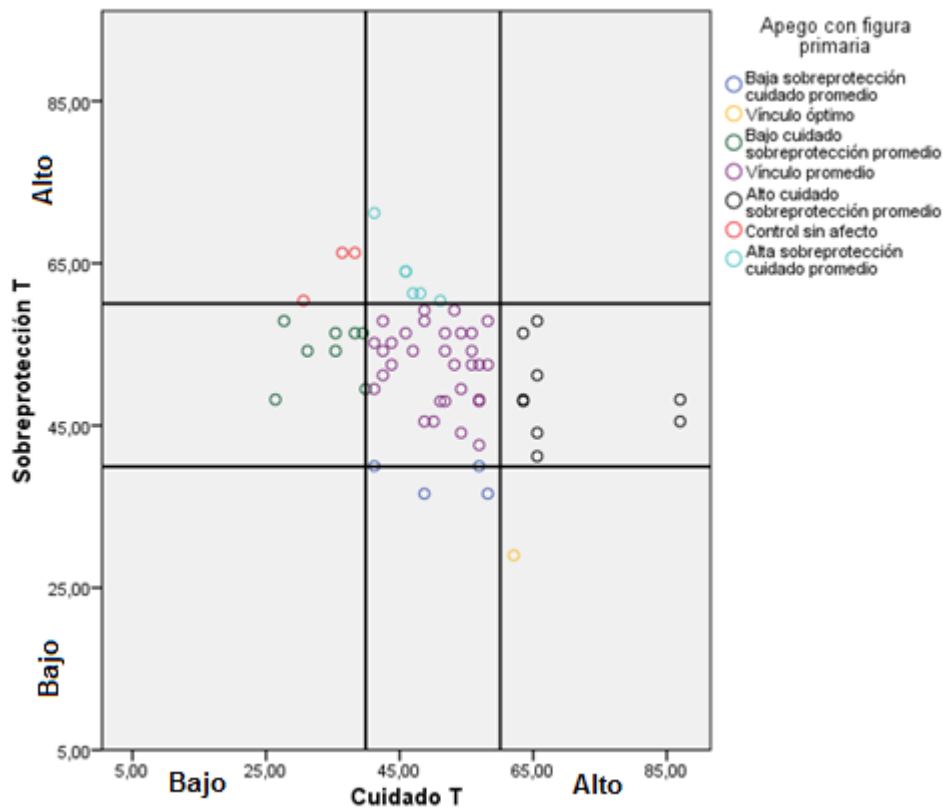


Gráfico 21
Distribución de las madres en las categorías del PBI



Una vez obtenidas estas categorías, se optó por agrupar los tipos representaciones mentales de apego en 2 categorías, apego seguro y apego inseguro. El criterio para esta agrupación fue “*Todo aquel apego que se caracterizara por tener Alta Sobreprotección y aquellas que presenten Bajo Cuidado serian ubicadas en la categoría Apego Inseguro; aquellas que no cumplieran con ninguna de esas 2 características se ubicarían en la categoría de Apego Seguro*” (Escobar, 2008). De esta manera el apego seguro lo constituyen las categorías vínculo óptimo, vínculo promedio, alto cuidado y sobreprotección promedio, baja sobreprotección y cuidado promedio, mientras que, apego inseguro está constituido por las categorías vínculo ausente o débil, bajo cuidado y sobreprotección promedio, control sin afecto, alta sobreprotección y cuidado promedio y constricción cariñosa. Los resultados de esta agrupación

arrojan un porcentaje de 73% para apego seguro y 27% para apego inseguro como se observa en la tabla 25 y gráfico 22.

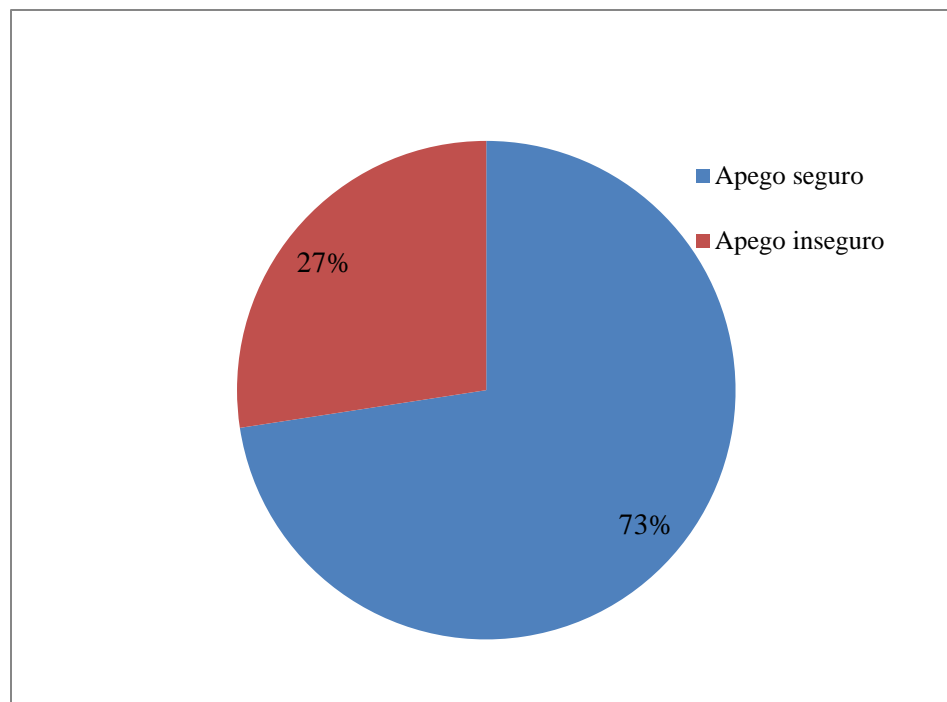
Tabla 25

R M de apego de las madres agrupadas en apego seguro e inseguro

R.M de apego en la madre	Frecuencia	Porcentaje
Apego seguro	45	73
Apego inseguro	17	27
Total	62	100

Gráfico 22

RM de apego de las madres agrupadas en apego seguro e inseguro



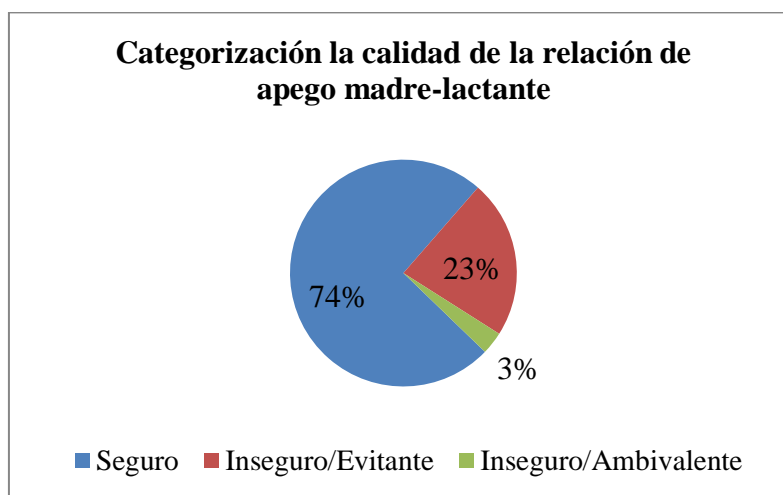
4.2.2 Calidad de la relación de apego madre-lactante.

En relación a los objetivos evaluar y determinar a qué categoría corresponde la calidad de apego de la relación madre lactante, los resultados indican que el 74,2 % de las díadas poseen un estilo de apego seguro, seguido de un 22,6% que poseen un estilo de apego inseguro de tipo evitante y por último un 3,2% de las díadas poseen un estilo de apego inseguro de tipo ambivalente (ver tabla 26 y gráfico 23).

Tabla 26
Categorización de calidad de la relación de apego madre-lactante

Calidad de apego	Frecuencia	Porcentaje
Seguro	46	74
Inseguro/Evitante	14	23
Inseguro/Ambivalente	2	3
Total	62	100

Gráfico 23



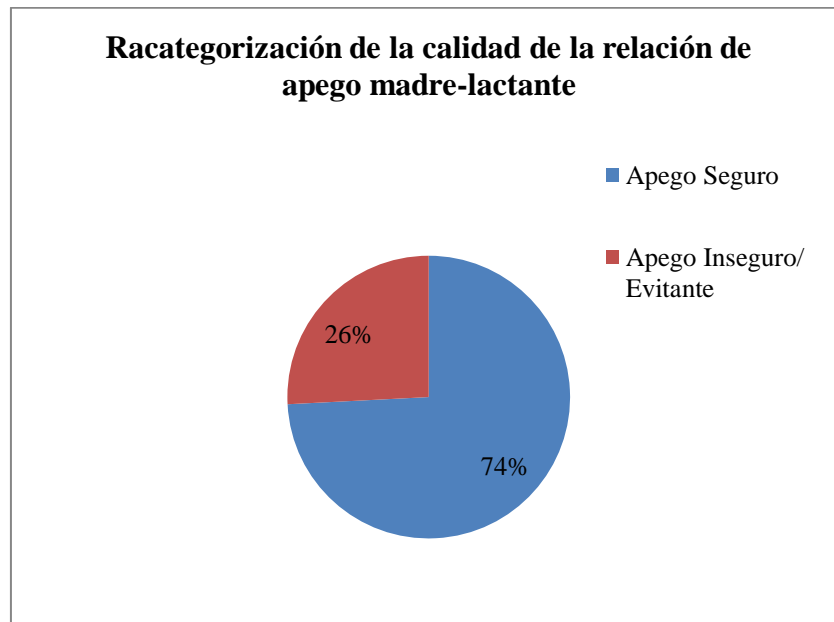
Para un posterior análisis que permita observar si existe asociación entre la calidad de la relación de apego madre-lactante y las representaciones mentales de apego de la madre bajo categorías análogas, es que se procedió a agrupar a la calidad de apego de la relación madre-lactante en dos categorías; donde los tipos de apego inseguro/evitante e inseguro/ambivalente se

agrupan bajo el rótulo de apego inseguro en contraposición a la categoría apego seguro. De acuerdo a dicho procedimiento los resultados indican que el 74% de los lactantes entre 12 y 23 meses participantes presentan apego seguro, y el 25,7% apego inseguro (ver tabla 27 y gráfico 24).

Tabla 27
Recategorización la calidad de la relación madre-lactante

Tipo de Apego	Frecuencia	Porcentaje
Apego Seguro	46	74,1
Apego Inseguro	16	25,7
Total	62	100

Gráfico 24



4.2.3. Asociación entre representaciones mentales de apego de las madres y la calidad de relación de apego de éstas con sus hijos.

El siguiente apartado pretende dar respuesta directa a nuestro objetivo principal de investigación: Identificar si existe asociación entre las representaciones mentales de apego en madres y la calidad de la relación de apego de éstas con sus hijos de 12 y 13 meses.

Para poder obtener resultados de la asociación entre las variables (representaciones mentales de apego en madre y estilo de apego en lactantes), en primer lugar, se realizó una tabla de contingencia (ver tabla 28) con los resultados finales de ambas variables, para luego establecer la asociación utilizando el estadístico razón de verosimilitud de chi- cuadrado (ver tabla 29).

Tabla 28

Tabla de contingencia: RM de apego de la madre (7 categorías) * calidad de la relación de apego madre-lactante (3 categorías)

		Estilo de apego			Total
		Seguro	Inseguro/ Evitante	Inseguro/ Ambivalente	
RM de apego de la madre	Baja sobreprotección cuidado promedio	4	0	0	4
	Vínculo óptimo	1	0	0	1
	Bajo cuidado sobreprotección promedio	3	4	1	8
	Vínculo promedio	25	5	1	31
	Alto cuidado sobreprotección promedio	8	1	0	9
	Control sin afecto	1	2	0	3
	Alta sobreprotección cuidado promedio	4	2	0	6
Total	46	14	2	62	

A partir de los datos presentados en la tabla de contingencias calculamos el chi-cuadrado de Pearson el cual indica que no es válido utilizarlo pues presenta observaciones esperadas menores a 5 las cuales, en conjunto, se encuentran sobre el 25% del total de las casillas, motivo por el cual se debe utilizar el estadígrafo razón de verosimilitud, ya que no requiere cumplir mencionado criterio (Ritchey, 2008).

Tabla 29**Pruebas de Chi-cuadrado sobre calidad de la relación de apego madre-lactante (3 categorías) * RM de apego de la madre (7 categorías)**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,710 ^a	12	0,320
Razón de verosimilitudes	13,669	12	0,322
N de casos válidos	62		

a. 17 casillas (81,0%) tienen una frecuencia esperada inferior

Así, dado que su nivel de significación es $0,32 > 0,05$ de confianza tolerado, no existe evidencia suficiente, en base a ésta clasificación de PBI, para rechazar la hipótesis H_0 .

Por otro lado, al agrupar las categorías del cuestionario PBI en apego seguro e inseguro, se observan los resultados presentados en la tabla 30.

Tabla 30**Tabla de contingencia: RM de apego de la madre en (2 categorías) * calidad de la relación de apego madre-lactante (3 categorías)**

Tabla de contingencia				
		RM		Total
		Seguro	Inseguro	
Estilo de apego del hijo/a	Seguro	38	8	46
	Inseguro/Evitante	6	8	14
	Inseguro/Ambivalente	1	1	2
Total		45	17	62

Al ejecutar las pruebas de chi-cuadrado (ver tabla 31) se obtienen que 3 casillas, correspondientes al 50%, obtuvieron valores menores a 5 por lo que no es posible utilizar el estadístico chi-cuadrado de Pearson. Al igual que en la situación anterior, resulta más adecuado utilizar el estadígrafo razón de verosimilitud.

Tabla 31

Pruebas de Chi-cuadrado sobre calidad de la relación de apego madre-lactante (3 categorías) * RM de apego de la madre (2 categorías)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,052 ^a	2	0,011
Razón de verosimilitudes	8,434	2	0,015
N de casos válidos	62		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

Como se observa, la significación de la razón de verosimilitud es $0,015 < 0,05$ por lo que se rechaza H_0 , permitiendo afirmar, según esta nueva clasificación, que las representaciones mentales de apego de la madre con su figura primaria, sí está asociada a la calidad de la relación de apego de ésta tiene con el lactante.

Para poder determinar, estadísticamente, la direccionalidad de ésta asociación se ejecutó la prueba de coeficiente de incertidumbre, en tanto esta prueba se basa en la razón de verosimilitud para realizar sus cálculos. En este sentido, esta prueba es adicional a las pruebas de chi cuadrado y permite observar la influencia que ejerce una variable sobre otra.

Tabla 32

Coefficiente de incertidumbre sobre RM de apego de la madre (2 categorías) * calidad de la relación de apego madre-lactante (3 categorías)

Coeficiente de incertidumbre				
	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada	Sig. Aproximada
Estilo de apego dependiente	0,102	0,070	1,448	0,015c

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Probabilidad del chi-cuadrado de la razón de verosimilitudes.

Como se observa en la tabla 32, el nivel de significación es $0,015 < 0,05$ lo que indica una asociación significativa de las variables, por lo tanto, se comprueba que la calidad de la relación de apego madre-lactante del lactante es dependiente y varía de acuerdo a las representaciones mentales de apego de la madre con su figura primaria.

Por otro lado, la tabla 33 indica los resultados del análisis de los datos tras categorías análogas; es decir, se utilizaron únicamente las categorías apego seguro y apego inseguro para ambas variables.

Tabla 33

Tabla de contingencia: RM de apego de la madre (2 categorías) * calidad de la relación de apego madre-lactante (2 categorías).

		RM de Apego		Total
		Seguro	Inseguro	
Massie-Campbell	Seguro	38	8	46
	Inseguro	7	9	16
Total		45	17	62

Tabla 34

Pruebas de Chi-cuadrado sobre RM de apego de la madre (2 categorías)* calidad de la relación de apego madre-lactante (2 categorías)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,052 ^a	2	0,011
Razón de verosimilitudes	8,398	1	,004
N de casos válidos	62		

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,39.

Como se observa en la tabla 34, la significación de la razón de verosimilitud es $0,004 < 0,05$ factor que permite rechazar H_0 , afirmando que las representaciones mentales de apego de la madre con su figura primaria sí está asociada a la calidad de la relación de apego de ésta con su hijo lactante.

Tabla 35

Coefficiente de incertidumbre sobre RM de apego de la madre (2 categorías)* calidad de la relación de apego madre-lactante (2 categorías)

Coeficiente de incertidumbre				
	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada	Sig. Aproximada
Estilo de apego dependiente	0,102	0,070	1,448	0,015c

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Probabilidad del chi-cuadrado de la razón de verosimilitudes.

Al igual que en la tabla 32, observamos que al analizar el coeficiente de incertidumbre bajo las categorías análogas la significación aproximada es de $0,015 < 0,05$ lo que comprueba nuevamente que la calidad de la relación de apego madre-lactante es dependiente y varía de acuerdo a las representaciones mentales de apego de la madre con su figura primaria.

4.2.4. Asociación de las representaciones mentales de apego de las madres con variables sociodemográficas.

Para el desarrollo de este apartado se han asociado cada una de las variables sociodemográficas con las representaciones mentales de apego de la madre, presentándose a continuación los resultados de aquellas asociaciones que resultaron ser estadísticamente significativas.

Con respecto a la asociación entre las representaciones mentales de apego de la madre con su figura primaria y la presencia de adicciones durante el embarazo (ver tabla 36), se observa que el 75% de las madres que poseen representaciones mentales de apego de tipo inseguro presenta alguna adicción durante el embarazo, mientras que el 97,7% de los casos en donde se presentan representaciones mentales de apego de tipo seguro no presentan ningún tipo de adicción durante el embarazo.

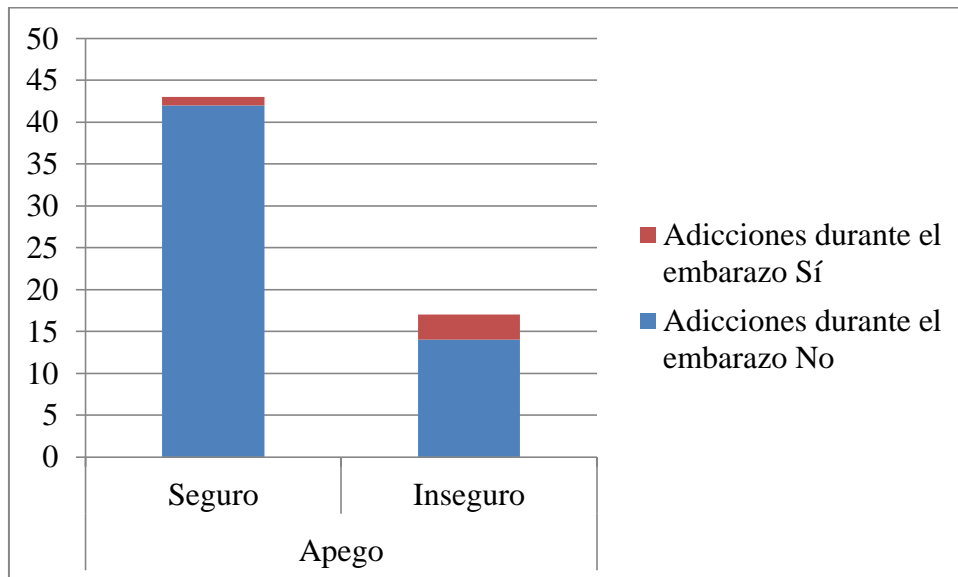
Tabla 36

Tabla de contingencia: RM de apego de la madre (2 categorías) * adicciones de la madre durante el embarazo

		RM de apego de la madre		Total
		Seguro	Inseguro	
Adicciones durante el embarazo	No	42	14	56
	Sí	1	3	4
Total		43	17	60

Gráfico 25

RM de apego de la madre * adicciones de la madre durante el embarazo



El resultado obtenido a través de la prueba razón de verosimilitud (ver tabla 37) da un resultado de $0,044 < 0,05$. Lo que permite indicar la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de representaciones mentales de la madre respecto a su figura primaria y la presencia de adicciones durante el embarazo.

Tabla 37

Pruebas de Chi-cuadrado sobre RM de apego de la madre (2 categorías)* adicciones de la madre durante el embarazo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,596	1	,032		
Corrección por continuidad	2,464	1	,116		
Razón de verosimilitudes	4,049	1	,044		
Estadístico exacto de Fisher				,065	,065
Asociación lineal por lineal	4,520	1	,034		
N de casos válidos	60				

*2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

Por otro lado, al asociar las representaciones mentales de apego de la madre con su figura primaria y la frecuencia con la que asisten a los *controles de salud del niño sano* (ver tabla 38), se observa que el 95% de las madres que poseen representaciones mentales de apego de tipo seguro mantienen una asistencia completa a *los controles de salud del niño sano*, mientras que un 35% de las madres que poseen representaciones mentales de apego de tipo inseguro mantienen una asistencia incompleta a los controles de salud de sus hijos.

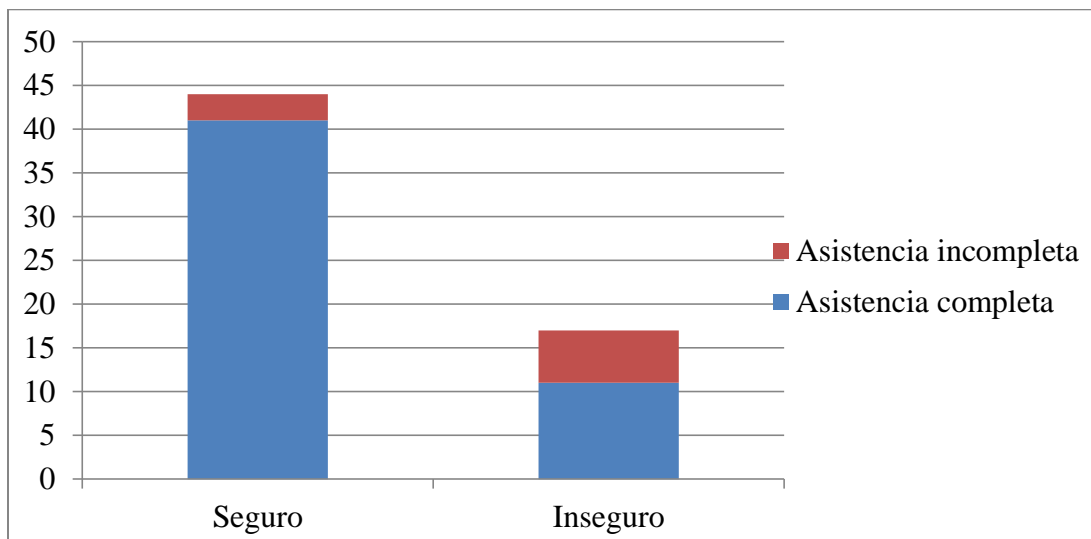
Tabla 38

Tabla de contingencia: RM de apego de la madre (2 categorías) * asistencia a controles de salud de su hijo

		RM Apego		Total
		Seguro	Inseguro	
<i>Control del niño sano</i>	Asistencia Completa	41	11	52
	Asistencia Incompleta	3	6	9
Total		44	17	61

Gráfico 26

RM de apego de la madre * Asistencia a controles de salud de su hijo



El resultado obtenido a través de la prueba razón de verosimilitud (ver tabla 39) es de $0,0016 < 0,05$. Lo que permite indicar que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de representaciones mentales de apego

de la madre respecto a su figura primaria con la frecuencia con que asisten a los controles de salud de su hijo.

Tabla 39

**Pruebas de Chi-cuadrado sobre RM de apego de la madre (2 categorías)*
asistencia a controles de salud del lactante**

Pruebas Chi-cuadrado	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,906	1	0,005		
Corrección por continuidad	5,804	1	0,016		
Razón de verosimilitudes	7,069	1	0,008		
Estadístico exacto de Fisher				0,011	0,011
Asociación lineal por lineal	7,776	1	0,005		
N de casos válidos	61				

4.2.5. Asociación de la calidad de la relación de apego madre-lactante con variables sociodemográficas.

Al igual que en el apartado anterior, se realizaron las pruebas chi-cuadrado relacionando la variable calidad de la relación de apego madre-lactante con todas las variables sociodemográficas establecidas, presentándose a continuación las asociaciones que obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

Al asociar la variable calidad de la relación de apego madre-lactante con la presencia de complicaciones durante el embarazo (ver tabla 40), se observó que el 84,8% de las diadas que presentan apego seguro, las madres presentaron un embarazo sin complicaciones, mientras que un 43,8% de las diadas que presentan apego inseguro, sus madres presentaron complicaciones durante el embarazo.

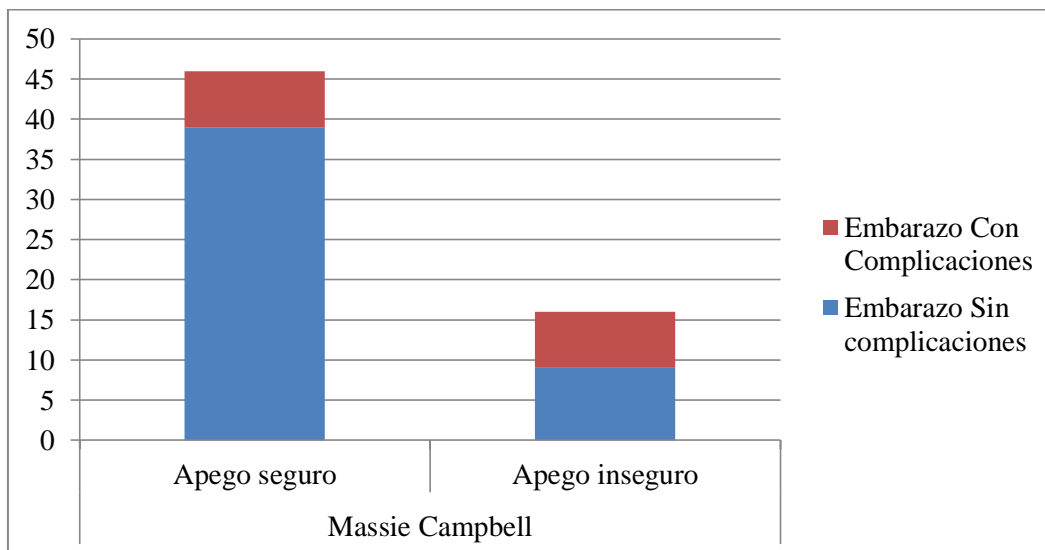
Tabla 40

Tabla de contingencia: Calidad de la relación de apego madre-lactante (2 categorías) * presencia de complicaciones en el embarazo

Embarazo	Massie-Campbell		Total
	Apego seguro	Apego inseguro	
Sin complicaciones	39	9	48
Con Complicaciones	7	7	14
	46	16	62

Gráfico 27

Calidad de la relación de apego madre-lactante * Presencia de complicaciones en el embarazo



El resultado obtenido a través de la prueba razón de verosimilitud de chi cuadrado entrega un valor de $0,024 < 0,05$. Resultado que indica que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones durante el embarazo y el tipo de apego del lactante.

Tabla 41

**Pruebas de Chi-cuadrado sobre la calidad de la relación de apego madre-lactante*
presencia de complicaciones en el embarazo**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,528	1	0,019		
Corrección por continuidad	4,017	1	0,045		
Razón de verosimilitudes	5,071	1	0,024		
Estadístico exacto de Fisher				0,034	0,026
Asociación lineal por lineal	5,439	1	0,02		
N de casos válidos	62				

1 casilla (25,0%) tiene una frecuencia esperada inferior a 5.

5. DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se analizan los resultados precedentes con el objetivo de abarcar cabalmente el fenómeno estudiado y las implicancias de las asociaciones establecidas.

5.1 Representaciones mentales de apego de la madre y la calidad de la relación de apego de esta y sus hijos.

Uno de los principales objetivos de esta investigación fue analizar si es que existe una asociación que sea estadísticamente significativa entre las representaciones mentales de apego de la madre y la calidad de apego de la díada madre-lactante de la muestra en estudio, lo que a la luz de los resultados obtenidos del análisis estadístico puede afirmarse (ver tabla 33). Esto se encuentra en estrecha relación con lo que refiere la literatura, la cual señala que ambas variables se encontrarían relacionadas (Fonagy, 1999; Van IJzendoorn, 1995; Benoit & Parker 1994), estableciendo que las representaciones mentales de apego de los padres son un predictor válido del tipo de apego que se desarrollará entre los padres y el lactante. Lo que se corresponde con los resultados encontrados en éste estudio (ver tablas 30 y 35) los cuales apuntan a que la variable calidad de la relación de apego madre-lactante es dependiente de la variable representaciones mentales de apego en las madres, indicando una direccionalidad estadísticamente significativa.

Como se señaló en los apartados anteriores, las teorías de apego establecen la existencia de una direccionalidad, donde las representaciones de apego de los padres con su figura primaria se mantendrían estables a lo largo de la vida adulta y luego este patrón se plasmaría en el vínculo de apego con sus hijos. Sin embargo, debido a la naturaleza transaccional del presente estudio donde no se evaluó la variable representaciones mentales de apego a lo largo del tiempo, se debe considerar la influencia de otras variables en el desarrollo de las representaciones mentales de apego de la madre, ya que lo que mide el instrumento PBI no es el apego de la madre con su figura de apego directamente, si no que sus recuerdos de esta relación significativa tal cual los siente en la actualidad, por lo que cabe la posibilidad de que sea el proceso de desarrollo del vínculo con el lactante, desde la gestación, el que puede generar reorganizaciones de las representaciones de apego sobre la base de experiencias positivas (o negativas) o por los cambios vitales significativos (Cantón & Cortez, 2000, citados en Farkas, Santelices, Aracena & Pinedo,

2008). Estos resultados muestran la necesidad de realizar estudios longitudinales que puedan evaluar las representaciones mentales de apego de la madre con su figura primaria antes del nacimiento de su bebé, para luego relacionar éstos resultados con la calidad de apego de la relación madre/lactante, con la finalidad de poder ejecutar estrategias de intervención en el momento oportuno.

Otro aspecto importante a considerar, es que si bien existen una variedad de estudios, tanto nacionales e internacionales que buscaron relacionar los patrones de apego adulto con el estilo de apego de la díada madre/lactante, estos hacen uso del instrumento AAI y el procedimiento de la situación extraña, siendo este el primer estudio, dentro de la literatura revisada, que a la fecha ha relacionado los resultados de los instrumentos PBI y Massie-Campbell, lo que cobra relevancia al considerar que ambos instrumentos son de fácil aplicación, requieren de un breve entrenamiento y han sido adaptados y validados a las características de la población chilena. Considerando que la escala Massie-Campbell ya se utiliza de forma estable en la evaluación de apego del lactante en el contexto de controles de salud infantil, y que los resultados obtenidos por la presente investigación establecen una asociación estadísticamente significativa entre dicho instrumento y PBI, es que se puede confirmar que resulta coherente y válido utilizar ambos instrumentos en conjunto.

5.2 Representaciones mentales de apego de la madre asociadas a adicciones en el embarazo.

A raíz de los resultados obtenidos de la asociación de la variable representaciones mentales de apego en madres y variable adicciones durante el embarazo se puede afirmar que existe una asociación estadísticamente significativa entre las representaciones mentales de un apego inseguro con la presencia de adicciones durante el embarazo (ver tabla 37).

Los estudios publicados sobre apego y trastorno por consumo de drogas han producido resultados poco consistentes, debido principalmente al uso de diferentes instrumentos de evaluación. Los estudios con instrumentos de auto-reporte de Hazan y Shaver (1987, citado en De Lucas & Montañéz, 2006) mostraron relación en especial con estilo de apego evitativo. Los estudios con la Entrevista de Apego del Adulto encontraron patrones de apego devaluadores o no resueltos. Finalmente, los estudios con el modelo de Bartholomew (2002, citado en De Lucas, M

& Montañéz, F, 2006), en consumidores de alcohol u opiáceos, han encontrado estilos preocupados o temerosos, se encuentra por tanto una presencia de representaciones y estilos de apego inseguros en los sujetos con trastorno por consumo de drogas. (De Lucas & Montañéz, 2006).

Es por eso que a través de este estudio solo se apoya la teoría de que existe una asociación entre apego inseguro y adicciones, sin comprometerse con una categoría de apego inseguro en particular, ya que la literatura vigente, menciona que parece plausible que el apego inseguro desarrollado en la infancia, es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno por consumo de drogas (De Lucas & Montañéz, 2006), lo cual este estudio, a través de los resultados obtenidos, permite respaldar.

Cabe destacar que en la presente investigación no se evaluó trastornos relacionados con la adicción a diferentes drogas, sino solo la presencia o ausencia de dicha adicción (el síntoma).

En base a lo recientemente expuesto, resultaría necesario y de vital importancia continuar realizando estudios que asocien y correlacionen este tipo de variable debido a las implicancias negativas que se puedan presentar a futuro, tanto en lo afectivo como en la salud. Por otro lado resultaría relevante realizar estudios de tipo longitudinal, puesto que los estudios revisados que demuestran una asociación entre apego y adicciones son de carácter transversal, lo que no permite establecer direccionalidad entre dichas variables. De esta manera solo es posible asegurar que existe dicha asociación sin poder mencionar cual es la variable dependiente y cuál es la independiente.

5.3 Representaciones mentales de apego de la madre asociadas a la asistencia de sus hijos al *Control de Niño Sano*.

A raíz de los resultados obtenidos, entre la asociación de variable representaciones mentales de apego en madres y variable asistencia de los lactantes a los *Controles de niño sano* perteneciente al programa *Chile Crece Contigo*, es posible afirmar que existe una asociación estadísticamente significativa entre las representaciones mentales de un apego seguro con la frecuencia en que los lactantes asisten a controles (ver tabla 39).

Entendiendo que el programa *Chile Crece Contigo* es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños,

niñas y sus familias, y cuyo objetivo principal es hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas (<http://www.crececontigo.gob.cl>), la asistencia regular a estos controles de salud infantil es un factor protector para el desarrollo de un apego seguro, ya que se considera un indicador de dedicación y preocupación de la madre por el bienestar de su hijo (Alvear, Morales, Ponce, Quiroga, Rojas, Tobar & Vázquez, 2012).

Sin embargo, existen casos excepcionales donde la asistencia excesivamente frecuente a los centros de salud, podría ser considerado un factor característico de un estilo de apego ambivalente, asociándose al Síndrome de Munchausen por poderes, tipo de abuso infantil en el que generalmente la madre busca asistencia médica con excesiva frecuencia sosteniendo que su hijo está enfermo, cuando en realidad el niño está sano (Alvear et.al. 2012).

Debido a que los resultados indican que un apego inseguro es un factor de riesgo que predice una menor asistencia a los *Controles de niño sano* y considerando que este tipo de apego afecta casi a un 30% de la población, es que se considera que los centros de salud familiar deberían facilitar el acceso a sus servicios lo que podría repercutir en el bienestar físico y psicológico del lactante mediante, por ejemplo, visitas domiciliarias a la díadas que presenten estilos de apego inseguro, realizadas por un equipo multidisciplinario, que además contemplen los exámenes rutinarios que se realizan en los *Controles de niño sano*, o a través de operativos de salud en las poblaciones que estén dirigidos, principalmente, a entregar una psicoeducación respecto a la importancia de asistir a los controles de salud.

Esta intervención sería relevante puesto que una madre que presenta representaciones mentales de un apego inseguro, debido a las características del mismo, se le dificultaría empatizar con el lactante, comprender y satisfacer adecuadamente sus necesidades, mostrando menor dedicación y preocupación por el bienestar del lactante.

5.4 Calidad de la relación madre-lactante asociado a la presencia de complicaciones durante el embarazo.

En relación a los resultados obtenidos, entre la asociación de variable calidad de la relación de apego madre-lactante y variable de complicaciones durante el embarazo, es posible afirmar que existe una asociación estadísticamente significativa entre el calidad de la relación de apego madre-lactante y la presencia o ausencia de complicaciones de la madre en el embarazo, presentándose con mayor frecuencia lactantes con apego seguro en madres que no presentaron complicaciones (ver tabla 41).

En relación al apartado anterior, la literatura revisada no hace mención a la existencia de una asociación entre estas variables, puesto que los estudios realizados a nivel nacional e internacional solo hacen referencia a las complicaciones durante el parto y no a las que se puedan presentar durante el embarazo. Por lo que hasta la fecha no existirían estudios que permitan avalar o refutar los datos obtenidos en esta investigación.

Sin embargo, y en base a la asociación estadísticamente significativa encontrada en el análisis de datos de este estudio, sería de suma importancia comenzar a considerar esta variable en futuros estudios de apego, con el fin de poder realizar intervenciones de tipo preventivo que permitan promover un apego seguro en madres con embarazos de riesgos o con complicaciones.

5.5 Discrepancias en estudios que utilizan la Escala Massie-Campbell.

A nivel nacional, existen diversos estudios que abordan el apego como un elemento clave para el desarrollo posterior del lactante. El estudio *Apego y Psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida* (Quezada & Santelices 2009) realizado en Santiago a 72 lactantes, arrojó 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 en los lactantes. Por otra parte, el estudio *Relación entre los estilos de apego, según escala de Massie-Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres* (Aguilar & Andia, 2009), realizado en Valdivia a 33 lactantes de 4 y 12 meses, obtuvo un 100% de estilos de apego seguro en lactantes, mientras que en las madres se obtuvo un 0% de estilos de apego inseguro evitante, 12% de estilos de apego

ambivalente y 88% de estilos de apego seguro. Así mismo, el estudio *Apego, temperamento, mentalización y autorregulación: Un estudio longitudinal de los 12 a los 36 meses* (Lecannelier, 2006), evaluó a 140 relaciones madre-hijo (a), revelando un 13,85% de estilos de apego inseguro evitante, 13,08% de estilos de apego inseguro ambivalente y un 73,08% de estilos de apego seguro. El mismo año, Lecannelier realizó el estudio *Apego e institucionalización: Un estudio empírico*, en el que se evaluó a través de la situación extraña a 76 lactantes entre 3 y 7 meses institucionalizados. Los resultados indicaron que un 42,3% correspondía a estilos de apego inseguro evitante, un 1,3% a estilos de apego inseguro ambivalente, un 2,6% a estilos de apego desorganizado y un 37,2% a estilos de apego seguro. Gracias a todas las investigaciones realizadas en el ámbito del apego, actualmente la promoción de estilos de apego seguro de forma temprana constituye uno de los principales pilares para el logro de un desarrollo integral del lactante (Alvear, J. et al. 2012).

En Octubre del año 2006, se anuncia la creación del *Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo*, dirigido a todos los niños y niñas del país, con el fin de acompañarlos y apoyar a los padres en el desarrollo integral de sus hijos, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar. En el marco de este programa, se establecen actividades dentro de los controles de salud infantil a cargo de profesionales de enfermería capacitados y validados por el Ministerio de Salud, quienes son responsables de identificar e intervenir en los factores de riesgo pesquisados y, al mismo tiempo, promover factores protectores del desarrollo integral de los niños/as, entre los cuales el apego constituye uno de los componentes principales. Es por esto que se implementa la Escala Massie-Campbell, que se aplica a los 4 y 12 meses de edad del lactante, con el objetivo de pesquisar precozmente los estilos de apego, fomentar los estilos de apego seguro e intervenir en los estilos de apego inseguro (Alvear, J. et.al. 2012).

Según la base de datos de la CORMUVAL (datos obtenidos a través de la coordinadora de campus clínicos de dicha institución, Sra. Elizabeth Brahim Concha) y en relación a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala Massie-Campbell en los diferentes CESFAM durante el año 2011 entre los meses de Agosto y Septiembre, éstos indican que de una población total de 263 lactantes, 261 puntuaron apego seguro y 2 apego inseguro (1 evitativo y 1 ambivalente), es decir un 99.2% presenta en apego seguro, mientras un 0.8 % un apego inseguro. Dichos resultados difieren con la mayoría de los estudios precedentes que miden tipo

de apego con otro instrumento distinto a Massie-Campbell y en un contexto que no sea la atención en *Control de niño sano*.

En base a las estadísticas mencionadas, es posible cuestionar y debatir acerca de por qué existen diferencias significativas en cuanto a los porcentajes obtenidos con diferentes instrumentos aplicados y por qué los estudios realizados con Massie-Campbell no se corresponden con las estadísticas nacionales e internacionales puntuando un apego seguro cercano a un 100% de la población.

Con la finalidad de entregar directrices que permitan dilucidar dicho conflicto, a partir de este estudio se plantean diversas hipótesis que apuntan a las características del instrumento, a las condiciones de aplicación y a la ejecución de la evaluación.

En cuanto al instrumento Massie-Campbell, se podría mencionar una posible falta de objetividad que éste presentaría, puesto que, de acuerdo al Manual de Escala Massie-Campbell creada en Chile el 2007, al tener categorías nominales para la evaluación, no se exponen criterios claramente establecidos entre una categoría u otra, por lo que se presta para que el individuo que lo aplica pueda utilizar un criterio subjetivo. En relación a lo mismo también es posible señalar que la capacitación entregada para poder aplicar el instrumento podría ser poco clara, debido a las diferencias existentes entre cada capacitador.

Por otro lado, también podría ser posible que existan variables asociadas al contexto de aplicación que influyan la evaluación como: cantidad de demanda, tiempo de aplicación del instrumento, espacio físico, entre otros.

Considerando las presentes hipótesis se plantea la posibilidad de que exista un segmento de diadas evaluadas que se sitúan en una categoría errada y que por lo tanto no se les brinde la atención adecuada, asociada a minimizar los riesgos que pueda presentar una diada con tipo de apego inseguro.

Finalmente, se debe plantear la hipótesis de que las características de las muestras utilizadas en los diversos estudios hayan presentado sesgos que incidieran en que los resultados marcaran determinada tendencia, no siendo el instrumento inválido o la aplicación deficiente.

6. CONCLUSION

Los resultados expuestos evidencian que en la muestra estudiada existe una asociación estadísticamente significativa entre las representaciones mentales de apego de la madre y la calidad de la relación de apego madre-lactante a los 12-13 meses de vida. Este dato por sí solo no permite considerar que las de representaciones mentales de apego determinan el desarrollo de apego entre ésta y su hijo. Sin embargo, apoyados en la literatura donde se asocia al apego un carácter transgeneracional, el cual plantea que existe una transmisión generacional de los patrones de estilos de apego, se puede inferir la importancia de la influencia de las representaciones mentales de la madre sobre el desarrollo del apego entre ella y sus hijos, pudiéndose considerar las representaciones mentales de tipo seguro de la madre como un factor protector en el desarrollo de vínculo que esta crea con su hijo.

Lo anterior permite destacar la importancia del diseño de lineamientos y acciones de salud pública de carácter preventivo que permitan detectar precozmente la existencia de riesgo relacional entre la madre y su hijo, con el fin de brindar herramientas destinadas a la facilitación del desarrollo de la sensibilidad materna, ya que como se ha señalado anteriormente, la presencia de un apego seguro provee a la madre de la habilidad de responder adecuadamente a las necesidades tanto físicas como psicológicas de sus hijos y por lo tanto promover y permitir un adecuado desarrollo integral de éste. En relación a lo expuesto, es que resultaría necesario realizar un cambio en las políticas públicas de salud de carácter preventivo que abarquen la evaluación de las representaciones mentales de apego de la madre, antes del nacimiento de su hijo, ya que se ha visto que el solo uso de la escala Massie-Campbell como instrumento de screening a nivel de atención primaria de salud, resulta insuficiente como método preventivo y de detección de díadas con riesgo relacional, ya que dicho instrumento no considera en su evaluación las primeras etapas de la formación del vínculo de apego que comienza a generarse desde el embarazo, etapas en las que se pueden presentar situaciones que afecten el bienestar del bebé, que están determinadas, entre otras aspectos, por características de la madre.

De acuerdo a lo planteado es que se propone el considerar la evaluación de las representaciones mentales de apego de la madre durante el período de embarazo a través del cuestionario PBI, con el fin de realizar una detección precoz a las díadas con riesgo relacional que permitan realizar intervenciones tempranas dirigidas a prevenir un vínculo inseguro y

promover un vínculo saludable durante el embarazo. Sin embargo, se sugiere continuar con la aplicación de la escala Massie-Campbell en el contexto de los *controles del niño sano* realizadas en los CESFAM, como una etapa de seguimiento en el proceso de desarrollo del vínculo de la díada.

Por otro lado, el presente estudio permitió caracterizar a la población de díadas madre-lactante (12-13 meses) inscritas en los CESFAM de la CORMUVAL obteniéndose un catastro de la distribución de tipo de apego de un amplio territorio de la comuna de Valparaíso, encontrándose resultados que se condicen con las estadísticas nacionales e internacionales de prevalencia de los estilos de apego en la población general. Esto es relevante ya que, según los datos históricos de estilos de apego registrados de los 12 a 17 meses por los profesionales de enfermería en los *Controles del niño sano*, los resultados difieren de forma significativa, lo que permite poner en cuestión el procedimiento de aplicación, las características y las condiciones en que se aplica el Massie-Campbell en la actualidad.

En relación al carácter interdisciplinario de la presente investigación, es que se destaca el trabajo en conjunto con estudiantes de enfermería en el planteamiento y ejecución de ésta, trabajo que permitió la convergencia de distintas visiones y perspectivas complementarias al abordar el fenómeno de apego, lográndose un análisis más acabado e integral de su naturaleza, generando espacios de intercambio de opiniones y enfoques que fueron de utilidad al momento de actuar como inter-jueces.

7. REFERENCIAS

- Aguilar, P; Andina, R (2008) *Relación entre los tipos de apego según escala Massie-Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al centro de salud familiar rural niebla. Enero- Agosto del 2008*. Tesis de Pregrado, Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Benoit, D. y Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*. Vol 65, n 5, 1444-1456. Extraído el 13 de Octubre desde http://jefferson.library.millersville.edu/reserve/PSYC256_Szollos_Stability.pdf
- Bilbao, I (2009). *Emoción y función reflexiva*. Extraído el 15 de Octubre de 2012 desde. http://www.gpab.org/datos/Emocion_y_funcion_reflexiva.pdf
- Bowlby, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós
- Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Buenos Aires: Paidós
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos Afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. España: Morata.
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós
- Casullo, M. & Fernández, M. (2005) Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anu. investig.* v.12. Extraído el 10 de Octubre de 2012 desde http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100018
- CORMUVAL (2009) *Corporación municipal de Valparaíso*. Memoria Valparaíso, Chile Extraído el 9 de Noviembre de 2012 desde <http://const.cormuval.cl/ley20285/secciones/seccion2/presupuestaria/2009/mem2009.pdf>
- CORMUVAL (2012) Plan de Salud comunal. Extraído el 15 de Noviembre de 2012 desde http://www.cmvalpo.cl/v2/wp-content/uploads/2012/06/Plan_de_salud_comunal_Valpo_2012.pdf

Dávila, M., Ormeño, V. y Vera, V. (1998). *Estandarización del PBI (Parental Bonding Instrument), versión adaptada, a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago*. Tesis de pregrado. Escuela de psicología. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

Escobar, M. (2008). *Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos*. Tesis de Magíster escuela Psicología, Universidad de Chile.

Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J. (2008) Apego y ajuste socio emocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhé*. Vol.17, n.1, 65-80. Extraído el 10 de Septiembre de 2012 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso>.10.4067/s0718-22282008000100007.

Feeney, J y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. España: Desclee de Brouwer, S.A.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 1-12 Extraído el 10 de Octubre de 2012 desde <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>

Fonagy, P. (1999) *Figuras significativas - teoría del apego*. Extraído el 22 de Mayo desde: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/Figuras%20significativas.%20Desarrollo%20del%20apego..pdf>

Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B. y Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CaMir. vol.41, n.1, 81-98. *Revista latinoamericana de psicología*
Extraído el 15 de Noviembre de 2012 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80511492006.pdf>

Gómez, E., Muñoz, M. & Santelices, M. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: un desafío prioritario para Chile. *Terapia psicológica*. Vol.26, n.2, 241-251. Extraído el 10 de Junio de 2012 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-48082008000200010&script=sci_arttext

Hull, C.L. (1952). *A behavior system: An introduction to behavior theory concerning the individual organism*. New Haven: Yale University Press.

Lecannelier, F (2006). *Apego e intersubjetividad*. Chile: Lam ediciones

Lecannelier, F. (2006) *Apego, temperamento, mentalización y autorregulación: un estudio longitudinal de los 12 a los 36 meses*. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 10, 11 y 12 de Agosto de 2006, extraído el 11 de Diciembre desde <http://es.scribd.com/doc/52489765/Lecannelier-Apego-y-Mecanismos-Regulacion2-1>

Lecannelier. F. (2006) *Apego e Institucionalización: Un estudio empírico*. Extraído el 28 de Abril de 2012 desde: <http://es.scribd.com/doc/52149240/efectos-de-la-separacion-temprana>

Lecannelier, F. (2007). Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress (o escala de apego durante stress (ADS). Manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el apego. Extraído el 20 de Mayo de 2012 desde http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual_massie_campbell_2007.pdf

Lorenz K y Leyhausen P (1985). *Biología del comportamiento. Raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad*. México: Siglo XXI Editores

Lyons-Ruth, K (2004). *The interface between attachment and intersubjectivity: Perspectives from the longitudinal study of disorganized attachment*. Extraído el 20 de Junio de 2012 desde <http://www.changeprocess.org/articles/KLR2.pdf>

Manassis, K., Owens, M., Adam, K., West, M. & Sheldon- Keller, A. (1999). Assessing attachment: convergent validity of the adult attachment interview and the parental bonding instrument. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 33, n. 4, 559-567. Extraído el 3 de Noviembre de 2012 desde: <http://anp.sagepub.com/content/33/4/559.short>

Massie, H. & Campbell, B. (1983). The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress (AISD scale). *Frontiers of Infant Psychiatry*, J. Call, A. Galeson & R Tyson (comps.) Nueva York: Basic Books, p 194-412 Extraído el 20 de Mayo de 2012 desde <http://www.adsscale.com>

Mayers, D. (2004).- *Psicología*. Madrid: Médica Panamericana

Melero, R. (2008).- La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación. Tesis de Doctorado. Departamento de psicología evolutiva y de la educación. Universitat de valencia. Valencia, España.

Muñoz, M. Muzzio, E. & Santelices, P (2008) Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia Psicológica*. Vol. 26, N° 2, 241-251. Extraído el 25 de Junio de 2012 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-48082008000200010&script=sci_arttext

Palmer L. (2008). *La química del apego*. Extraído el 15 de Mayo de 2012 desde <http://www.lapetus.uchile.cl/lapetus/archivos/1244660724apego.pdf>

Pinedo, J. & Santelices, P. (2006). Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*. Vol.24, n.2, 201- 210. Extraído el 28 de Mayo de 2012 desde: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/785/78524210.pdf>

Quezada, V. & Santelices, M. (2009) Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 42, n.1, 53-61. Extraído el 5 Mayo de 2012 desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342010000100005&script=sci_arttext

Rodríguez M. & Morar R. (2002). *Estadística informática: casos y ejemplos con el SPSS Universidad de Alicante*. España: Universidad de alicante. Servicio de publicaciones.

Sotello, J., Kotliarenco, M., Lecannelier, F., & et. Al. (2007). *Apoyo y seguimiento del Desarrollo Psicosocial de Niños y Niñas*. Extraído el 15 de Octubre de 2012 desde <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos-2008.pdf>

Sroufe, L. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 18-38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Extraído el 14 de Noviembre desde: <http://search.ebscohost.com/>

Van IJzendoorn, M. (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* Vol 117, n.3, 387-403. Extraído el 18 de Mayo desde: http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessaging/c_c/rsrscs/rdgs/attach/vanIJzendoorn.AAI_infAttach.psychbull95.pdf

Vargas & Chaskel (2007). Neurobiología del apego. *Avances en Psiquiatría biológica* Vol. 8. 43-56. Extraído el 6 Mayo de 2012 desde <http://es.scribd.com/doc/86693191/Neurobiologia-DEL-APEGO>

Wayne, D (2002). *Bioestadística: bases para el análisis de las ciencias de la salud*. México: Limusa Wiley,

ANEXOS

ANEXO N° 1. Cuestionario Socio-demográfico.

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 N° 2. Escala Massie-Campbell



Escala de Massie-Campbell



Conductas del niño o niña durante el evento estresante

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

Respuesta del cuidador o cuidadora frente al estrés del niño o niña

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

Nombre del cuidador/a Relación o parentesco con el niño o niña

apellido paterno apellido materno nombres

Nombre del niño o niña R.U.N.

apellido paterno apellido materno nombres

Fecha de la evaluación Estilo de Apego

día mes año

Seguro

Inseguro / evitante

Inseguro / ambivalente

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

ANEXO N° 3. Cuestionario PBI.

INSTRUMENTO DE LAZOS PARENTALES Parental Bonding Instrument (P.B.I) (Ficha Técnica)

Referencia en normas APA:

Vallejo Zapata, V.J., Villada Zapata, J. & Zambrano Cruz, R. (2007). *Estandarización de la prueba Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument) en la población universitaria de Medellín* (Trabajo de grado de psicología). Universidad de Antioquia, Medellín.

Gómez Maquet, Y., Vallejo Zapata, V. J., Villada Zapata, J. & Zambrano Cruz, R. (2010). Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) en la población de Medellín, Colombia. *Pensando Psicología*, 6(11), 65-73.

Autores

Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown (1979)

Adaptación: Yvonne Gómez (asesora), Víctor Julián Vallejo, Johny Villada, Renato Zambrano (2007)

Variables medidas

Dos escalas nombradas *afecto/care* y *control/overprotection* miden los estilos parentales percibidos. La medida es retrospectiva, lo que quiere decir que los adultos completan el instrumento de acuerdo a la percepción a sus padres hasta la edad de 16 años. El instrumento se completa para padre y madre por separado. Son 25 ítems, incluyen 13 para *afecto/care* y 12 para *control/overprotection*.

El siguiente cuadro resume la calificación del P.B.I de acuerdo a los ítems que contiene cada escala, y los que se califican de forma invertida:

<i>Afecto/Care</i>	
Ítems: 1, 5, 6, 11,13, 12, 17:	Siempre pasaba = 3 Algunas veces pasaba = 2 Rara vez pasaba = 1 Nunca pasaba = 0
Ítems: 2, 4, 14, 16, 18, 24	Nunca pasaba = 3 Rara vez pasaba =2 Algunas veces pasaba = 1 siempre pasaba = 0
<i>Control/Overprotection</i>	
Ítems: 8, 9, 10, 19, 20, 23	Siempre pasaba = 3 Algunas veces pasaba = 2 Rara vez pasaba = 1 Nunca pasaba = 0

Lazos parentales Además de generar puntuaciones para cada escala, los padres pueden ser "asignados" a uno de los cuatro cuadrantes	
"Constricción cariñosa" = alto afecto y alto control	"Control sin afecto" = bajo afecto y alto control
"Vínculo óptimo" = alto afecto y bajo control	"Vínculo débil" = bajo afecto y bajo control
La asignación de las categorías "alto" y "bajo" está basada en los puntajes de corte:	
<ul style="list-style-type: none"> - para padres, un puntaje de <i>afecto</i> de 25,6 y un puntaje de <i>control</i> de 11,9 - para madres, un puntaje de <i>afecto</i> de 30,6 y un puntaje de <i>control</i> de 12,5 	

Población medida

Los datos fueron generados de 430 estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín.

Confiabilidad

El PBI ha mostrado tener buena confiabilidad a lo largo de muchos estudios a nivel mundial a lo largo de más de 25 años.

En el estudio original, el PBI demostró tener buena consistencia interna y confiabilidad test-retest.

En población universitaria de la ciudad de Medellín, obtiene alpha de Cronbach para afecto paterno de 0.891, para afecto materno de 0.883, para control paterno de 0.807 y para control materno de 0.855.

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 4. Puntajes de corrección PBI

PUNTAJES DE CORRECCION CUESTIONARIO PARENTAL BONDING INSTRUMENT (Dávila, Ormeño & Vera, 1998)

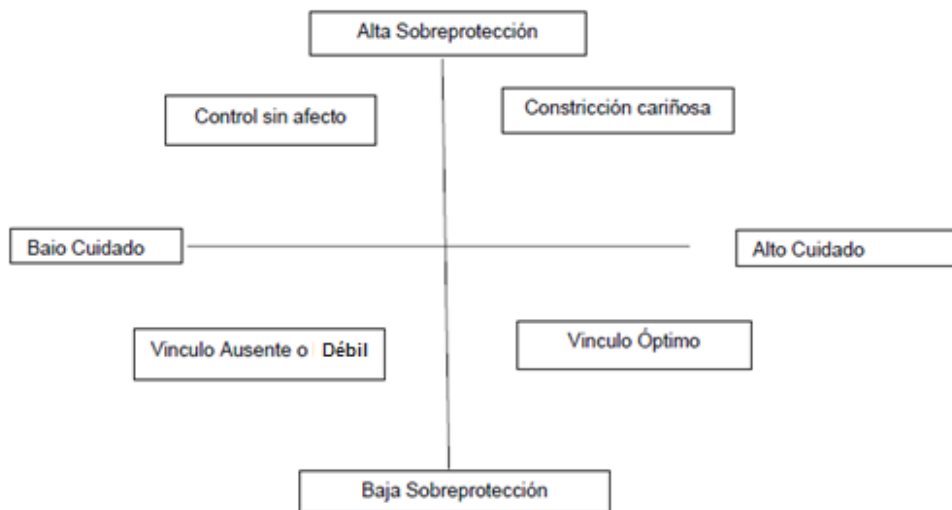
	Muy en desacuerdo	Moderadame nte en desacuerdo	Moderada mente de acuerdo	Muy de acuerdo	
1. Me hablaba con una voz cálida y amistosa	0	1	2	3	Cuidado
2. No me ayudaba tanto como yo la necesitaba	3	2	1	0	Cuidado
3. Evitaba que yo saliera solo	0	1	2	3	Sobreprotección
4. Parecía emocionalmente fría hacia mi	3	2	1	0	Cuidado
5. Parecía entender mis problemas y mis preocupaciones	0	1	2	3	Cuidado
6. Era afectuosa conmigo	0	1	2	3	Cuidado
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones	3	2	1	0	Sobreprotección
8. No quería que creciera	0	1	2	3	Sobreprotección
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía	0	1	2	3	Sobreprotección
10. invadía mi privacidad	0	1	2	3	Sobreprotección
11. Se entretenia conversando cosas conmigo	0	1	2	3	Cuidado
12. Me sonreía frecuentemente	0	1	2	3	Cuidado
13. Me regaloneaba	0	1	2	3	Cuidado
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba	3	2	1	0	Cuidado
15. Me permitía decir las cosas por mí mismo	3	2	1	0	Sobreprotección
16. Me hacía sentir que no era deseado	3	2	1	0	Cuidado
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado	0	1	2	3	Cuidado
18. No conversaba mucho conmigo	3	2	1	0	Cuidado
19. Trataba de hacerme dependiente de ella	0	1	2	3	Sobreprotección
20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo a menos que ella estuviera cerca	0	1	2	3	Sobreprotección
21. Me daba toda la libertad que yo quería	3	2	1	0	Sobreprotección
22. Me dejaba salir lo que yo quería	3	2	1	0	Sobreprotección
23. Era sobreprotectora conmigo	0	1	2	3	Sobreprotección
24. No me elogiaba	3	2	1	0	Cuidado
25. Me permitía vestirme como se me antojara	3	2	1	0	Sobreprotección

Para conocer si un puntaje bruto es alto a bajo en una escala, este debe ser transformado, según las normas en puntajes percentiles y/o puntajes T normalizados: Percentil, se considera Bajo: inferior al puntaje percentil 25 y Alto: si es superior a puntaje percentil 75. En el caso de Puntaje T: Alto superior a puntaje T de 60 y Bajo inferior a puntaje T 40.

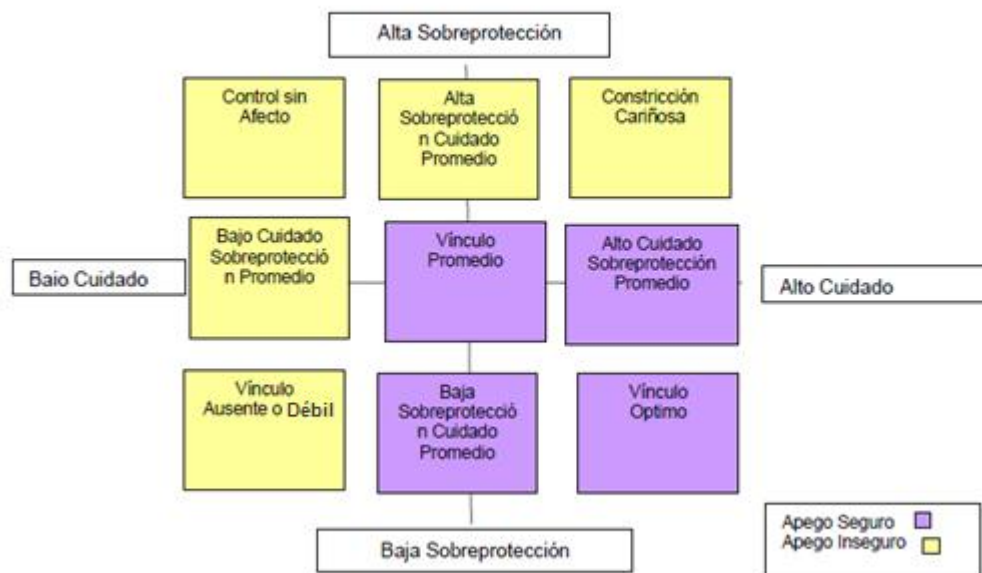
ANEXO N° 5. Re-categorización de la variable RM de apego de la madre.

Recategorización de Variable Apego con figura primaria

Categoría PBI



Recategorización



ANEXO N° 6. Normas para los puntajes de PBI.

Normas generales escala de sobreprotección madre

Puntajes Brutos	Percentiles	Puntajes T
0	1	26,4
1	2	29
2	3	31,9
3	6	33,6
4	9	36,6
5	12	38,4
6	16	40
7	18	41,2
8	23	42,6
9	28	44,1
10	32	45,5
11	37	48
12	43	48,2
13	48	49,5
14	55	51,2
15	60	52,5
16	66	54,2
17	70	55,2
18	74	56,4
19	78	57,9
20	82	59,2
21	85	60,4
22	87	61,3
23	88	61,8
24	92	64
25	93	64,9
26	95	66,3
27	96	67,6
28	97	68,7
29	98	69,8
30	98	70,2
31	98	71,2
32	99	73,7
33	99	75,1
34	100	76,5
35	100	78,8
36	100	87

Normas generales escala de cuidado madre

Puntajes Brutos	Percentiles	Puntajes T
2	1	24,9
3	1	26,4
4	1	27,1
5	1	27,7
6	1	27,7
7	1	28,3
8	2	29,5
9	3	30,6
10	3	31,2
11	4	31,9
12	5	33,5
13	6	34,3
14	7	35,4
15	9	36,4
16	12	38,3
17	15	39,5
18	16	39,9
19	19	41,2
20	23	42,5
21	27	43,8
22	31	44,9
23	34	45,9
24	38	47
25	43	48,1
26	45	48,7
27	50	50,1
28	54	51,1
29	57	51,8
30	63	53,2
31	66	54,2
32	72	55,8
33	75	56,9
34	80	58,2
35	82	59
36	89	62,1
37	91	63,5
38	94	65,6
39	100	87

ANEXO N° 7. Ejemplo de corrección cuestionario PBI.

Para conocer si un puntaje bruto es alto o bajo en una escala, éste debe ser transformado, según las normas en puntajes Percentiles y/o puntajes "T" normalizados.

Puntaje Percentil: se considera:

- ◆ *Bajo:* Si éste es inferior al Puntaje Percentil 25.
- ◆ *Alto:* Si éste es superior al Puntaje Percentil 75

Puntaje "T": Se considera:

- ◆ *Bajo:* Si éste es inferior a un Puntaje T' de 40.
- ◆ *Alto:* Si éste es superior a un puntaje T' de 60

Ejemplo de Corrección de una Escala

Ejemplo: Cuestionario Madre

1.- Se obtienen los puntajes brutos de cada escala en forma independiente del progenitor del cuestionario, utilizando la Pauta de Corrección.

Ejemplo:

Puntajes Brutos Escala de Sobreprotección. 24

Puntajes Brutos Escala de Cuidado. 15

2.- El puntaje bruto de cada escala se transforma por medio de la Tabla de Normas que corresponde.

Ejemplo:

En este caso, se utiliza las Tablas de Normas del cuestionario "Madre".


Obteniendo los siguientes puntajes:

<i>Escala</i>	<i>Puntaje Bruto</i>	<i>Puntaje Percentil</i>	<i>Puntaje 'T'</i>
<i>Sobreprotección</i>	24	92	64
<i>Cuidado</i>	15	9	36,4

*Así, obtenemos, como resultados: Alta Sobreprotección y Bajo Cuidado, lo cual corresponde a un Tipo de Vinculo de **Control Sin Afecto**. (Ver pág.45)*


3.- Cuando se controlan las variables Edad y Nivel Socioeconómico, es necesario utilizar las Tablas de Normas Diferenciadas para dichas variables.

ANEXO 8. Pauta breve de desarrollo psicomotor.



Pauta breve de desarrollo psicomotor

0 a 24 meses



	sí	no						
4 MESES								
C 1. Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
M 2. Gira la cabeza al sonido de la campanilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
LS 3. Ríe a carcajadas*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
C 4. La cabeza sigue la cuchara que desaparece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
12 MESES								
M 5. Camina afirmado de una mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
C 6. Aplauda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
L 7. Dice al menos 2 palabras con sentido*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
LS 8. Entrega como respuesta a una orden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
18 MESES								
M 9. Camina solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
C 10. Espontáneamente garabatea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
L 11. Imita tres palabras*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
LS 12. Muestra lo que desea, apuntándolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
21 MESES								
C 13. Arma una torre de cuatro cubos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
L 14. Nombra un objeto de los cuatro presentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
M 15. Se para en un pie con apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
C S 16. Usa la cuchara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
24 MESES								
M 21. Se para en un pie sin apoyo 1 segundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
C 22. Desata cordones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
L 23. Nombra 2 objetos de los 4 presentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
S 24. Ayuda en tareas simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Observaciones								
<p>Resultado</p> <p><input type="radio"/> Pauta normal</p> <p><input type="radio"/> Pauta alterada</p> <p><i>Marcar con una cruz las áreas del desarrollo alteradas</i></p> <p>M L C S LS</p>								
<p>Nombre del niño o niña</p> <table style="width: 100%; border: 1px solid #ccc;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid #ccc;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid #ccc;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid #ccc;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small; text-align: center;">apellido paterno</td> <td style="font-size: small; text-align: center;">apellido materno</td> <td style="font-size: small; text-align: center;">nombres</td> </tr> </table>						apellido paterno	apellido materno	nombres
apellido paterno	apellido materno	nombres						
<p>R.U.N.</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px;"></div>	<p>Fecha de la evaluación</p> <table style="width: 100%; border: 1px solid #ccc;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid #ccc;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid #ccc;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid #ccc;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small; text-align: center;">día</td> <td style="font-size: small; text-align: center;">mes</td> <td style="font-size: small; text-align: center;">año</td> </tr> </table>					día	mes	año
día	mes	año						
<p>El asterisco * indica las preguntas que se deben realizar al acompañante del niño o niña.</p> <p>Simbología: M Motor L Lenguaje C Coordinación S Social LS Lenguaje Social</p>								

ANEXO N° 9. Consentimiento informado.



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

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:

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.
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.
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.
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.
4. Si accede a participar en esta investigación:
 - 4.1. Se examinará la ficha clínica de su hijo, para obtención de datos generales
 - 4.2. Se realizará una visita domiciliaria, con una duración de una hora aproximadamente (máximo 75 minutos), durante la cual se aplicará:
 - 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,
 - 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), y
 - d) cuestionario que evalúa los estilos vinculares de las madres (20 minutos)
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.

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.tesistas2012@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° 10. Ficha de consentimiento informado.



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. 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° 11. Acta de evaluación bioética.



Dirección de Investigación

FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética para la
Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 12/2012

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Secretaria; María Antonieta Silva, enfermera – matrona; Josephine Bratz, enfermera – matrona; Daniel Ciudad, kinesiólogo; y Patricia Herrera, educadora de párvulos, en su sesión del 25 de octubre de 2012, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “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”, presentado por la investigadora responsable Paula Solervicens, adscrita a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 33/2012, versión en español
2. Hoja Informativa de Consentimiento Informado y Ficha de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son madres con hijos de hasta 12 meses de edad provenientes de Centros de Salud Familiar de la Corporación Municipal de Valparaíso.
3. *Curriculum Vitae* de las investigadoras responsables
4. Certificado del Director de la Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso
5. Certificado del Coordinador del Departamento de Psicología Clínica, Universidad de Valparaíso
6. Cuestionario de datos personales (SV-RES)
7. Instrumentos: Escala de Massie-Campbell y de Lazos Parentales

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar al entendimiento del estilo de apego entre madre e hijo y su relación con la percepción existente respecto al mismo 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.
3. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.

4. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos, y explicitando el compromiso de activar un protocolo de contención y posterior derivación hacia el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso si se detectara alguna sintomatología que así lo requiriese en los participantes; así también, el investigador da a conocer su teléfono y mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.
 5. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
 6. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés, excepto la integrante Josephine Bratz, quien se abstuvo de la deliberación para la aprobación de este proyecto por formar parte del equipo de investigación.
- IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo experimental, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2013, bajo la supervisión de la investigadora responsable, Paula Solervicens. La ejecución del presente estudio queda sujeta a la autorización por parte de CORMUVAL.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria
Presidenta



Ivanny Marchant Ramirez
Secretaria

Valparaíso, 31 de octubre de 2012

C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comité de Investigación Facultad de Medicina