



Facultad de Medicina - Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

**RELACIÓN ENTRE LOS PATRONES DE APEGO DEL ADULTO EN
GESTANTES CONTROLADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO DE SALUD ARAUCO**



Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

JUSSELIT ESTRADA GALDAMES

CONCEPCIÓN-CHILE

Docente guía: Yolanda Contreras García
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción.

Año 2021



*Dedicado a mis hijos, gracias a ellos
aprendí el amor más cálido y tierno.
Los amo pequeñines, y espero ser
siempre su base segura en la tempestad.*

Agradecimientos:

A cada mujer que revivió recuerdos de su infancia para contestar el cuestionario para mi investigación.

A mi suegra que apartaba parte de su tiempo para cuidar a mis retoños, permitiendo así mi tranquilidad para avanzar.

A mi profesora guía por su apoyo constante y comprensión.

Y especialmente a ti abue Adita, porque tú fuiste mi modelo de aprendizaje en el Amor.

ÍNDICE DE CONTENIDO	Páginas
INDICE DE FIGURAS	.....ii
INDICE DE TABLAS	.....iii
RESUMEN	.....iv
ABSTRACT	.....v
1.-INTRODUCCIÓN	.....1
2.-MARCO TEÓRICO	.....2
3.-HIPÓTESIS	.....18
4.-OBJETIVOS	.....18
5.-MATERIAL Y MÉTODO	.....19
6.-RESULTADOS	.....26
7.-DISCUSIÓN	.....43
8.-CONCLUSIÓN	.....49
9.-LIMITACIONES	.....51
10.-PROYECCIONES	.....52
11.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....53
12.-ANEXOS	.....61



INDICE DE FIGURAS

Páginas

Figura n°1. Distribución de los patrones de apego adulto según el PBI.....	9
Figura n°2. Identificaciones de las variables estudiadas del patrón de apego materno del adulto en la muestra.....	34
Figura n°3. Identificaciones de las variables estudiadas del patrón de apego paterno del adulto en la muestra.....	34



INDICE DE TABLAS	Páginas
Tabla n°1. Caracterización del perfil sociodemográfico y obstétrico de la muestra.....	26
Tabla n°2. Caracterización del perfil psicosocial de la muestra.....	28
Tabla n°3. Caracterización del consumo de sustancias lícitas e ilícitas de la muestra.....	30
Tabla n°4. Caracterización de la violencia experimentada por la muestra en su ciclo de vida y agresor.....	31
Tabla n°5. Caracterización del patrón de apego materno y paterno en el adulto de la muestra.....	33
Tabla n°6. Asociación entre el consumo de sustancias lícitas e ilícitas y el patrón de apego materno y paterno del adulto, en la muestra.....	35
Tabla n° 7. Asociación entre el tipo de violencia o abuso y el patrón de apego materno del adulto en la muestra.	36
Tabla n° 8. Asociación entre el tipo de violencia o abuso y el patrón de apego paterno del adulto en la muestra.	37
Tabla n° 9. Relación entre el antecedente de embarazo planificado con el patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.	38
Tabla n° 10. Relación entre el funcionamiento familiar con el patrón de apego materno y paterno del adulto, en la muestra.	39
Tabla n° 11. Relación entre el riesgo psicosocial con el tipo de patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.	40
Tabla n° 12. Relación entre el riesgo de depresión con el tipo de patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.	41
Tabla n° 13. Relación entre los tipos de patrón de apego materno y paterno del adulto, en la muestra.	42

RESUMEN

La interacción de los padres con el hijo(a) estará determinada por los estilos de crianza transmitidos de una generación a otra. Desarrollando esquemas mentales de relación, denominados tipos de apego.

Objetivo: Establecer la relación entre los patrones de apego materno y paterno del adulto con los factores protectores y de riesgo psicosociales, en gestantes que cursan su primer trimestre controladas en tres centros de atención primaria del Servicio de Salud Arauco durante el año 2020.

Metodología: Estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal. Cuya muestra fueron 106 gestantes. Se estudiaron las siguientes variables: antecedentes biosociodemográficos, obstétricos, funcionamiento familiar, consumo de sustancias lícitas e ilícitas, presencia de violencia o abuso y el patrón de apego adulto materno y paterno. Se aplicó análisis uni y bivariado, considerando una relación significativa un p valor < de 0,05. La investigación tuvo la aprobación de comités de éticas de instituciones involucradas.

Resultados: El vínculo óptimo es un 0,9% para apego materno y 6,6% para apego paterno. Predomina el patrón control sin afecto en el apego materno y paterno en un 80,2% y un 50,9%, respectivamente. No se observó relación estadísticamente significativa entre los patrones de apego y factores protectores o de riesgo psicosocial. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre el patrón de apego materno y paterno.

Conclusiones: Los patrones de apego adulto son independientes a los factores protectores y de riesgo. El tipo de patrón predominante es control sin afecto, resultado necesario de investigar a futuro.

Palabras claves: apego, padres, factores protectores, factores de riesgo, embarazo.

ABSTRACT

The interaction of the parents with the child will be determined by the parenting styles transmitted from one generation to another. Developing relationship mindsets, called attachment types.

Objective: To establish the relationship between the maternal and paternal attachment patterns of the adult with the protective factors and psychosocial risk, in pregnant women who are in their first trimester controlled in three primary care centers of the Arauco Health Service, during the year 2020.

Methodology: Quantitative, correlational, cross-sectional study. Whose sample were 106 pregnant women. The variables studied: biosociodemographic and obstetric antecedents, family functioning, consumption of licit and illicit substances, presence of violence or abuse, maternal and paternal adult attachment pattern. Univariate and bivariate analyzes were applied, considering a statistically significant relationship with a p value <0.05. The research was approved by the ethics committees of the institutions involved.

Results: The optimal bond is 0.9% for maternal attachment and 6.6% for paternal attachment. The control pattern without affect predominates in maternal and paternal attachment in 80.2% and 50.9%, respectively. No statistically significant relationship was observed between attachment patterns and protective factors or psychosocial risk. There is a statistically significant difference between the maternal and paternal attachment pattern.

Conclusions: Adult attachment patterns are independent of protective and risk factors. The predominant type of pattern is control without affect, a necessary result for future research.

Keywords: object attachment, parents, protective factors, risk factors, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El ser humano requiere de otro individuo para subsistir y desarrollarse sanamente, la cercanía e interacción permiten concebir diversos esquemas mentales de relación descritos como patrones de apego, desarrollados primordialmente en la primera infancia. La salud mental de los padres es un aspecto fundamental en esta relación (1) que da origen a los tipos de apego en el adulto y nos dicen cómo relacionarnos íntima y afectuosamente con la figura de apego (2). Asimismo, tiene una transmisión intergeneracional en que se han asociado fuertemente los patrones de apego de los padres con los patrones de apego infantil, evidenciándose la importancia de la sensibilidad de los cuidadores (3). Cabe considerar que nuestro país está entre los primeros diez países con mayor tasa de depresión en América Latina (OMS) (4). Siendo fundamental considerar que los síntomas depresivos en la gestante fluctúan entre el 16,7% y el 35,2% (5).

Generalmente, no se es consciente del tipo de apego. Por lo que obtener los patrones de apego materno y paterno que tuvo la gestante en su niñez y relacionarlo con los factores protectores y de riesgo psicosocial, presentes actualmente sería un aporte, orientado a mejorar la atención de mujeres que pueden tener conflicto con su maternidad, considerando que existe escasa investigación publicada del tema. Generando evidencia que permita desarrollar intervenciones oportunas y multidisciplinarias en la atención primaria.

MARCO TEÓRICO

El ser humano está diseñado para vivir en comunidad. Desde su concepción requiere de otra persona para su desarrollo integral, en donde el vínculo afectivo, es central para este desarrollo y éste ocurre de manera paulatina entre cuidador y niño (1). La proximidad y los lazos íntimos que surgen con el cuidador principal, son el molde que permitirán construir las relaciones futuras. Generalmente esta conexión estrecha se establece con la madre, dando cabida a la dinámica del ambiente familiar (2) estos efectos inmediatos y a largo plazo median la salud mental del niño y futuro adulto (6, 7). Esta relación se denomina apego temprano, el que tiende a mantenerse estable a través del tiempo y es posible que este estilo de apego se repita al futuro hijo(a), lo que se ha denominado transmisión intergeneracional del apego. Por lo tanto, es importante abordar no solo la salud mental de los padres en la actualidad, sino el vínculo parental experimentado en la infancia (2, 3, 8). Cabe destacar, que el apego es aquel que se establece con cualquier persona significativa que realice las funciones de cuidado necesarias para la sobrevivencia del individuo independiente del vínculo biológico existente (9,10).

El precursor del concepto de apego fue John Bowlby, quien lo define como *“Cualquier forma de conducta, que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con el otro individuo claramente identificado al que se considera más capacitado para enfrentar al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados de esa persona en particular”* (6). Además, el tipo de apego es capaz de impactar a nivel neurobiológico, particularmente la zona de la amígdala, puesto que la calidad del cuidado podría provocar déficit de conductas sociales y aumentar los síntomas depresivos (11).

La proximidad, la protección y la seguridad en la dinámica de la relación cuidador - infante es lo que genera la clasificación de los diversos tipos de apego que se correlacionan con los estilos de apego encontrados en el adulto, como lo planteaba Karl Popper, citado en el libro de Vitorio: *“el niño saca la información de verse como persona y saber quién es, a través de la actitud con sus padres, por la manera en que ellos se relacionan con él y su actitud en los cuidados, esto orienta y coordina los procesos emocionales y cognitivos”* (7).

El apego como proceso complejo de interacción e intercambio dialéctico, permite la internalización de la imagen de los padres en caso de separación. Pudiendo inclusive, en los momentos de separación física quedar psicológicamente vinculado a ellos sin sentir angustia, y como una figura digna de amor y cuidado. Asimismo, internaliza una imagen de su figura de apego, como alguien sensible y en quien se puede confiar en momentos de necesidad (12).

Las organizaciones del apego se establecen aproximadamente a los dos años y medio. Se inicia con la permanencia del objeto, en que los objetos comienzan a existir a pesar de haber desaparecido de su campo visual, y es allí donde el infante comienza a mantener un sentido de sí mismo independiente de los otros. Aunque su construcción vinculante, se inicia desde la concepción, constituyéndose en modelos operativos internos que moldean la estructura mental (7, 13). A través de esta dinámica se determina los tipos de apego descritos en primer lugar, por Ainsworth y su equipo en el año 1971, donde figuran los siguientes:

1.- El apego seguro: consiste en relaciones en que los padres o cuidadores son capaces de satisfacer las necesidades del niño no solo biológicas sino ser capaces de regular sus experiencias emocionales (7). Los padres o cuidadores se muestran accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante, esto permite que el

individuo explore el mundo con la confianza que siempre contará con alguien que lo sostenga y apoye (2).

2.- El apego evitante o ansioso elusivo: se considera en niños que evitan el contacto con los padres, pues aprenden a mantener distancia con ellos ya que cuando necesitaron su contención emocional no lo obtuvieron. Por lo tanto, tienden a ser independientes regulando sus emociones, pues son niños que se aíslan, no solo evitan el contacto, sino que elude expresar sus estados de sufrimiento (7). Estos individuos intentan vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas, son emocionalmente autosuficientes pueden ser diagnosticados como narcisista o como poseedor de un falso sí mismo descrito por Winnicott (2, 14).

3.- El apego ambivalente o ansioso resistente: son infantes con padres muy al contrario a los del apego evitante pues sus padres son excesivamente atentos, los que transmiten al niño la idea de que se vive en un mundo peligroso (7). Pero esa protección es discontinua y no predecible, no siempre reciben ayuda cuando lo necesitan. A causa de esta incertidumbre, siempre tienen tendencia a la separación ansiosa ante la exploración del mundo (2, 14), por lo tanto, estos niños expresan todo con exageración. Un ejemplo de esto es en niños que tienen madres con trastorno bipolar (7).

En el año 1986, es Mary Main y Solomon quienes introducen el 4to tipo de apego, que llamaron apego desorganizado, describiendo a cuidadores agresivos siendo percibidos como aterradores por los niños. Cuando los pequeños están angustiados, estos cuidadores pueden ser una fuente de alarma y a su vez de refugio. Por lo que, la orientación de los niños a los cuidadores, compite con su deseo de proximidad y cuidado. Parecen desorganizados en la cercanía y separación de su cuidador. A partir de datos recogidos con el instrumento Adult Attachment Interview (AAI) ha sido posible demostrar que la desorganización del apego correlaciona fuertemente con la presencia de traumas que se prolongaron por tiempo, como es la violencia

intrafamiliar, abuso sexual infantil entre otras vulneraciones, no resuelto con intervenciones (13, 15).

Afortunadamente, las falencias en controlar las emociones y la disfuncionalidad en el apego pueden ser abordadas por terapias adecuadas (7, 16, 17). Junto con la vivencia de experiencias gratificantes y seguras como una relación de pareja satisfactoria, una experiencia positiva en la gestación, la maternidad, la paternidad puede conllevar a redefinir el apego establecido (13).

En los patrones de apego infantil descritos, destaca el rol que desempeña la madre. Sobretudo en culturas en donde son ellas las que proporcionan el mayor tiempo de cuidado al niño(a), lo que conlleva una atención especial en el desarrollo del individuo y en su estructura para manejar la separación y la pérdida. Se entiende como separación, el estado en que la figura de apego del sujeto es inaccesible sea de manera temporaria (separación) o permanente (perdida) y la adaptación del individuo a estos procesos va a contribuir a modular internamente el patrón de apego (16).

Los cuidados maternos y su contribución a la formación de las estructuras internas del apego no solo requieren que la madre este presente, desde el punto físico, ya que a veces puede estar presente, pero emocionalmente ausente y esto impacta en estos modelos operativos internos del adulto (13). Las categorías de estos modelos operativos internos se presentan en la maternidad y en la paternidad, manifestándose en cuatro estilos, que se describen como (18):

1.- Estilo autónomo: corresponde a adultos que se muestran accesibles a sus hijos (as) y son sensibles a sus necesidades, favoreciendo el contacto. A su vez permiten y estimulan la autonomía de ellos, estos padres generalmente favorecen el estilo de apego seguro en sus hijos.

2.- Estilo preocupado: corresponde a adultos que son impredecibles en responder a la necesidad de contacto de sus hijos, lo que desencadena mayor probabilidad a un apego ansioso ambivalente en el niño(a).

3.- Estilo rechazante: corresponde a adultos que se muestran insensibles a las necesidades de contacto del niño, lo que genera un apego evitativo.

4.- Estilo no resuelto: corresponde a adultos que se muestran desorientados y confusos, en la manera en que se relacionan con sus hijos(as) y otras personas. Característica que llevaría a que sus niños(as) desarrollen un patrón de apego de tipo desorganizado.

Las investigaciones han demostrado que mientras más seguro es el apego, menos sintomatología ansiosa o depresiva presenta la persona, menos problemas en las relaciones interpersonales, en el rol social, y un mayor ajuste socioemocional en general. Por lo tanto, el sistema de apego del niño y el cuidado que proporcionen los padres funcionan en sincronía, aunque de manera diferente, dado que el cuidador es la figura de apego del niño, pero el niño no es la figura de apego del cuidador (2,8).

De tal forma, las personas que tengan experiencias adversas en sus apegos de la infancia pueden desarrollar un conjunto de mecanismos de protección y frente a la amenaza del abandono prefieren mantener distancia y no depender de otros, o permitir que otros dependan de él (ella). Y es así como, esta creencia, puede guiar su crianza. Inclusive se ha observado que, en algunos casos, los padres con apego ansioso pueden ver a su hijo como competidor por el amor y la atención de la pareja, tanto en hombres como en mujeres, desencadenando mayores sentimientos de celos hacia los bebés por nacer (6 semanas antes del parto) (8). En cambio, los resultados de varios estudios sugieren, que las madres con apego seguro se adecuan mejor a los cambios que conlleva la maternidad y el estrés parental (9) (13) (19).

I.- Evaluación del apego adulto

Uno de los instrumentos que permite evaluar el patrón de apego que tuvo el adulto en su infancia es el Parental Bonding Instrument (P.B.I). Creado en el año 1979 por Gordon Parker, Hilary Tupling, y que se fundamenta en la teoría de John Bolwby (20). Este instrumento mide la percepción que tiene el sujeto de la conducta y actitud de sus padres, en el periodo de infancia hasta los 16 años. Se aplica a personas mayores de 16 años y requiere de aproximadamente 15 minutos para responderse. Se trata de 25 preguntas con respuesta en escala tipo Likert (puntaje del 0-3) que evalúa dos escalas: una que determina el cuidado y la otra determina la sobreprotección.

La persona responderá pensando en su figura materna y paterna de manera independiente. Las escalas se describen como:

1.- De cuidado, posee 12 preguntas y un total de 36 puntos: se refiere a las actitudes de afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía. Puntajes bajos del corte representa frialdad emotiva, indiferencia y negligencia.

2.-De sobreprotección, posee 13 preguntas y un total de 39 puntos: apunta de igual manera a la presencia o ausencia de éste, y se define como control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Para saber el resultado de la pauta se debe sumar el total de la parte asociada a sobreprotección (control) y el de cuidados (afecto) para el apego materno y el apego paterno, por separado. Resultando las siguientes opciones:

- Apego materno: La escala de sobreprotección en el apego materno, tiene como puntaje de corte 12,5 puntos, para asignar como alto o bajo, considerándose que todo lo que este sobre este valor es alto y viceversa.

Asimismo, la escala de cuidado en el apego materno tiene como puntaje de corte 30,6 puntos, para asignar como alto o bajo, considerándose que todo lo que este sobre este valor es alto y viceversa.

- Apego paterno: La escala de sobreprotección en el apego paterno, tiene como puntaje de corte 11,9 puntos, para asignar como alto o bajo, considerándose que todo lo que este sobre este valor es alto y viceversa. Y la escala de cuidado en el apego paterno, tiene como puntaje de corte 25,6 puntos, para asignar como alto o bajo, considerándose que todo lo que este sobre este valor es alto y viceversa.

Del puntaje de las escalas surgen cuatro tipos de vínculo, que se definen como:

1.- Vínculo Óptimo: son aquellos padres que obtienen puntajes altos en la escala de cuidado (afecto) y bajos en la de sobreprotección (control). Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.

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

3.- Constricción Cariñosa: son aquellos padres que tienen alto puntaje en cuidado (afecto) y alto puntaje en sobreprotección (control). Se determinan por presentar afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y dificultan la conducta autónoma de sus hijos.

4.- Control Sin Afecto: son aquellos padres que puntúan con bajo cuidado (afecto) y alta sobreprotección (control). Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son

controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma (20).

En la siguiente figura, se resume lo descrito anteriormente:

Figura 1. Distribución de los patrones de apego adulto según el PBI.



Fuente: elaboración propia

Los vínculos obtenidos en esta pauta guardan estrecha relación con los vínculos afectivos en el infante, descritos por Ainsworth (23). Es así como el vínculo óptimo, que se manifiesta cuando la madre es afectuosa y contenedora emocionalmente, conlleva a desarrollar el apego seguro. El vínculo ausente o débil, se correlaciona con el apego ambivalente, el de constricción afectiva guarda relación con el apego desorganizado o desorientado y por último el vínculo control sin afecto genera un apego evitante (21). En algunos estudios, se describe la sobreprotección materna elevada como un aspecto negativo de la crianza, ya que puede conllevar a la

ansiedad y la vergüenza en los niños. Intervenciones excesivas de la madre disminuirían la autonomía, la creatividad y los sentimientos de autoeficacia de los niños, lo que los hace propensos a sentimientos de ansiedad. Así mismo, priva a los niños de las oportunidades de experimentar libremente las emociones y aprender a tratar con ellas como lo son el manejo de la ira (22). En definitiva, nuestros patrones de apego adulto guardan estrecha relación con nuestros patrones de apego infantiles (23)

El Parental Bonding Instrument (P.B.I.) fue adaptado en Chile por Albala y Sepúlveda (1997) (24) y estandarizado por Melis et al. (2001) (20). En la adaptación chilena, el PBI obtuvo buenos niveles de confiabilidad (con un alfa de Cronbach entre 0.78 y 0.93) y logró replicar la estructura factorial de la versión original (20). Esto significa que, a pesar de que es un instrumento creado en una población ajena a la chilena, se adaptó y sin perder su estructura original, por lo tanto los resultados son confiables y extrapolables a nuestra población.



II.- Factores protectores asociados al patrón de apego.

El patrón de apego no puede ser considerado unicausal, ya que su desarrollo se relaciona con diversos factores considerados protectores, tales como; la relación y el funcionamiento familiar (25). De la misma forma en el adulto, es fundamental considerar la presencia de pareja estable y en el caso de la maternidad surgen como elementos protectores asociados a la vivencia positiva de la gestación y a construir vínculos tempranos con su hijo (a), la planificación de la gestación y la presencia de pareja estable.

A continuación, se dará a conocer la correspondencia de cada factor protector, considerado en este estudio asociado al patrón de apego del adulto:

II.1.- Relaciones Familiares

Byng-Hall (2008), define a la familia como base segura para el desarrollo del apego de sus miembros (25). La familia cumple con esta función cuando proporciona una red disponible y fácilmente fiable de las relaciones de apego y cuando existe la capacidad de los miembros para empatizar, para mantener al otro en la mente y para tener la libertad de expresar los verdaderos sentimientos, ya sean estos de dolor o sufrimiento y dentro de sus miembros un papel relevante lo tiene la madre.

La influencia de la familia en el desarrollo del apego es esencial pues son un apoyo en las situaciones conflictivas o en las que se requiere contención, viéndose interrumpido en situaciones de crisis, como son el divorcio, situaciones de violencia, consumo de drogas, etc. (25).

Uno de los instrumentos que nos permite obtener la satisfacción de un integrante familiar con respecto al funcionamiento familiar es el denominado Apgar por su acrónimo. Instrumento que fue validado y adaptado a la población chilena. El cual demostró tener una consistencia interna de 0,793 (alfa de Cronbach), por lo tanto, se pueden extrapolar los datos a nuestra población y utilizar con confianza en ella (26).

Las áreas de funcionamiento familiar que evalúa el Apgar son cinco (27) y se describen a continuación:

Adaptabilidad: se refiere a la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas o situaciones de crisis.

Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de éstos. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones.

“Growth” (Desarrollo o gradiente de crecimiento): capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia.

Afectividad: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.

Capacidad de resolución: compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociado al compromiso de compartir ingresos y espacios. La evaluación se realiza a través de cinco preguntas con respuesta en escala Likert, las que dan como resultado las siguientes opciones (27): familias altamente funcionales (7 a 10 puntos), familias moderadamente funcionales (4 a 6 puntos) y familias severamente disfuncionales (0 a 3 puntos).

II.2.- Embarazo planificado y pareja presente

El vínculo afectivo comienza desde el vientre materno, se conoce que el lazo emocional que la mujer establece con su bebé no nacido es importante en el desarrollo del apego del niño(a) a futuro (28).

Esta relación se ha visto aún más beneficiada si existe una figura de la pareja en la crianza como elemento en el desarrollo positivo del vínculo materno-fetal. Se describe que la presencia de una pareja estable actúa fortaleciendo a la madre, incidiendo en la percepción del apoyo y afecto necesarios en la etapa de tantos cambios como lo es el embarazo (29). También se ha evidenciado la importancia del embarazo planificado y el deseado en la relación madre-feto desde la etapa prenatal, considerándose una variable significativa en la relación pues la ausencia de deseo o no planificación de este resulta en alto riesgo relacional de la madre con el feto (30).

III.- Factores de riesgo asociados al patrón de apego.

En el desarrollo del patrón de apego también es primordial conocer los factores de riesgo como lo son: los antecedentes de violencia, la presencia de sintomatología depresiva y el consumo de sustancias lícitas e ilícitas que involucran dependencia, considerados para fines de esta tesis.

A continuación, se introduce la evaluación de cada uno de ellos como potenciales agentes que estarían relacionados con el desarrollo vincular entre las personas y por ende en su tipo de patrón de apego:

III.1- Antecedentes de violencia

Las experiencias de violencia vividas especialmente en la infancia marcan el desarrollo del individuo, asimismo los niños que presentan episodios de violencias reiterativos tienden a desarrollar apegos inseguros (2). Lo que conlleva a considerar que los individuos con este apego en su adultez tienden a ejercer violencia contra sus parejas (31), por lo que, pesquisar cuadros de violencia en la pareja es un factor primordial de análisis. Existen diversos tipos de violencia difícil de detectar por la normalización, generalmente se visualiza con mayor precisión la violencia física. Por lo que se requiere instrumentos para su pesquisa, uno de los cuestionarios utilizados son el IPPF_RHO, creado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región del Hemisferio Occidental, éste es sensible y específico para detectar diferentes tipos de violencia contra la mujer a lo largo de su vida en comparación con la escala de evaluación del riesgo psicosocial abreviada (EPsA), (32) utilizada actualmente en nuestro país como protocolo (33). El EPsA es un instrumento que mide el riesgo psicosocial a través de nueve preguntas en opción dicotómica (Si/No), cada afirmación puntúa un riesgo psicosocial, éstas son; el ingreso a control prenatal después de las 20 semanas, gestante menor de 17 años, baja escolaridad (menor o igual a sexto básico), insuficiente apoyo familiar (¿Siente que no cuenta con todo el apoyo que necesita de su pareja y/o

familia desde que está embarazada?), conflictos con la maternidad (rechazo al embarazo), presencia de síntomas depresivos, uso o abuso de sustancias en el último mes y violencia de género por pareja, expareja u otro hombre (violencia psicológica, económica, física y sexual). Esta evaluación se aplica al ingreso del control prenatal y en el tercer trimestre de gestación (33). A su vez según los resultados se determina y planifica una intervención temprana a la gestante y su entorno. No obstante el EPsA no valora la violencia en las diferentes etapas del ciclo vital, (32) el IPPF_RHO a diferencia detecta la violencia en el curso de la vida, identificando como agresor no sólo la pareja de la encuestada, sino personas de su entorno. A pesar de no estar validado específicamente en nuestro país ha presentado buenos resultados de pesquisa en Argentina, donde fue validado en el año 2003, obteniendo un nivel de concordancia muy alto entre las respuestas en las cinco áreas exploradas, tanto en lo que respecta a reproducibilidad (valores de kappa de 0,63 a 1,00) como a estabilidad (valores de kappa de 0,62 a 1,00). Se demostró la solidez de este cuestionario breve de evaluación, tanto por su formato y su contenido como por su carácter integral. (34). Además, se debe considerar que este cuestionario se creó por una institución constituida por varios países de Latinoamérica y del Caribe, incluido Chile, que trabajan para velar por los derechos sexuales y reproductivos de la población y en disminuir la violencia de género (35).

En nuestro país se realizó una comparación del instrumento IPPF_RHO con el EPsA, utilizado actualmente, resultando el primero en ser más confiable para detectar diversos tipos de violencia en el transcurso de la vida, no detectado en el segundo instrumento (32).

III.2.- Consumo de sustancias lícitas o ilícitas

Existe ciertos tipos de apego que pueden predisponer el abuso de sustancias, en los estilos de apego evitativo predomina la necesidad de aumentar las emociones positivas, en el apego ambivalente prevalece el

disminuir las emociones negativas y en el apego desorganizado la persona intenta regular experiencias caóticas, por lo tanto, este cambio de emociones es lo que le da sentido al consumo de drogas.

La gran parte de los abusadores de drogas presentan estilo de apego desorganizado, historia experiencias traumáticas, descontrol vincular y patrones parentales desorganizados, lo que conlleva al abuso físico, sexual, abandono, negligencia y disciplina autoritaria (36). Por ello, es importante pesquisar el abuso de sustancias, ya que la experiencia del embarazo es una etapa del ciclo vital, que genera un proceso de redefinición lo que posibilita trabajar el estilo de apego en la mujer. En Chile, a partir de los datos obtenidos desde el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) de Senda, se observa que durante el año 2016 ingresaron a tratamiento 246 mujeres embarazadas, lo que representa un 4,6% de un total de 5.405 mujeres. En cuanto a otros datos de su perfil sociodemográfico, se puede señalar lo siguiente: Instrumentos como el 4P's Plus, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), han sido recomendados ampliamente a nivel internacional y a la vez han sido citados en uno de los libros de la colección "Mujeres y Drogas", publicados bajo administración CONACE en el año 2011, para ser usados en el embarazo. Se detallarán los instrumentos que serán incorporados en el presente estudio; Primero el 4 P's Plus se utilizara para identificar a mujeres embarazadas consumidoras de sustancias nocivas (37). Este instrumento fue validado en Estados Unidos donde se ha usado masivamente, con resultados positivos para la pesquisa de gestantes consumidoras. Su análisis de especificidad concluye que tiene una sensibilidad y una especificidad de 87 y 76%, respectivamente, lo que es positivo para pesquisar los casos objetivos (38). El 4 P's Plus consiste en seis preguntas orientadas al consumo de sustancias como drogas y cigarrillos, identifica si este consumo fue previo a la gestación o durante la gestación. Además, permite conocer el consumo por parte de los padres y pareja de la gestante. Con esta pesquisa es posible intervenir

tempranamente estas mujeres de manera breve y realizar una adecuada derivación a los centros de tratamiento en los casos necesarios (37, 39).

El segundo instrumento para utilizar es el AUDIT, que tiene por objetivo el pesquisar abuso perjudicial de alcohol. El instrumento tiene validez a nivel mundial (40) y no sólo en la población en general, sino que también es recomendado por organismos internacionales como el “FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) en embarazadas (37, 41). A su vez el AUDIT fue validado en Chile en el año 2009, obteniendo una consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0.83, superior al valor de 0,7 considerado en la literatura como aceptable (42). Esto permite extrapolar los datos y utilizarlo en la población chilena.

III.3.- Presencia de sintomatología depresiva y/o depresión

Un apego disfuncional puede conllevar patologías de salud mental y viceversa. La patología más habitual que se puede desencadenar por un apego disfuncional es la depresión perinatal o prenatal. En los casos de depresión perinatal o prenatal se presenta mayor dificultad para percibir e interpretar las señales comunicacionales de los hijos/ as, afectando negativamente al desarrollo de la comunicación y las habilidades socio-emocionales del niño/a, provocando una disminución de la empatía de la madre hacia el niño (36,43) lo que podría desatar mayor incidencia de apegos inseguros en hijos/as de madres deprimidas, especialmente las depresiones desarrolladas en período perinatal (44).

Por protocolo a nivel nacional desde el año 2014 se aplica a todas las gestantes una pauta llamada Edimburgo, con el fin de hacer pesquisa del riesgo de depresión. Su aplicación es en el ingreso a control prenatal o segundo control, en los casos que presenten entre 10 y 12 puntos se deben repetir la aplicación del instrumento después de 2 a 4 semanas. Y se debe derivar a psicólogo para confirmación diagnóstica a gestantes con puntaje de 13 o más puntos. El instrumento consta de diez preguntas que se responden

en escala Likert. Las madres que obtengan un puntaje de 10 puntos o más, o un puntaje distinto a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén cursando un episodio depresivo de diversa gravedad que requiere evaluación de profesional psicólogo y si es necesario un seguimiento y apoyo interdisciplinario (5).



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre los patrones de apego materno y paterno en el adulto con los factores protectores y de riesgo psicosocial, presentes en gestantes que cursan su primer trimestre y son controladas en los centros de atención primaria del Servicio de Salud Arauco durante el año 2020.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar el perfil biosociodemográfico y obstétrico de las mujeres gestantes.
- Identificar los patrones de apego materno y paterno del adulto
- Determinar factores protectores y de riesgo presentes en el grupo
- Relacionar los patrones de apego materno y paterno del adulto con los factores protectores identificados.
- Relacionar los patrones de apego materno y paterno del adulto con los factores de riesgo identificados.

HIPÓTESIS

Las gestantes que tienen factores protectores presentan un apego del adulto seguro. En contraposición, las que presentan factores de riesgo tendrán un patrón de apego disfuncional.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Cuantitativo, correlacional, de corte transversal.

Población y muestra: La población objetivo fueron todas las gestantes que ingresaron a control prenatal durante los meses de abril a octubre del año 2020, que correspondieron a 152 mujeres, controladas en los centros centro de atención primaria adosado al hospital de Curanilahue, centro de atención primaria Eleuterio Ramírez y centro de atención primaria de Laraquete pertenecientes al Servicio de Salud Arauco.

El muestreo fue no probabilístico, consecutivo y obteniendo una muestra final de 106 mujeres gestantes, en seis meses (70% de la población total ingresada). Los protocolos de atención de la población en estos centros son homogéneos entre sí, por lo tanto, se accedió a las gestantes sólo por estar ingresada a control prenatal.

Variables de estudio: Se evaluaron un total de 15 variables, para este estudio todas son consideradas independientes. Dentro de las variables sociodemográficas que caracterizan de manera general al grupo, involucran: la edad, el nivel educacional, y el tramo de salud. Incorpora además variables obstétricas que permiten reconocer el perfil de salud de cada gestante tales como: embarazos, paridad y antecedente de aborto. Se incorporó variables asociadas a factores protectores y de riesgo psicosociales como:

- Factores protectores: edad gestacional al ingreso del control prenatal, embarazo planificado, la presencia de pareja estable, tiempo de relación, funcionalidad familiar y tipo de familia.
- Factores de riesgo: consumo de sustancias nocivas (de la gestante, su pareja y padres), presencia de violencia (psicológica, física, económica y sexual). Identificando al agresor, la etapa del ciclo vital del suceso y la situación actual de riesgo de violencia y por último la presencia de síntomas de riesgo de depresión.

Y la variable en estudio que corresponde al “patrón de apego materno y paterno del adulto” (Anexo n°1)

Criterios de inclusión: corresponden a gestantes mayores de 16 años, que ingresaron a control prenatal en la atención primaria de los tres centros participantes durante el primer y segundo semestre del año 2020, que cursa su primer trimestre de gestación.

Criterios de exclusión: Gestantes con alguna disfunción cognitiva severa que limitara la comprensión del objetivo de la investigación. Gestantes menores de 16 años que ingresen a control prenatal. Gestantes con diagnóstico de depresión antes del embarazo.

Instrumento de recolección de información: La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario especialmente diseñado para el estudio con cinco secciones: sección I. Antecedentes personales y relación familiar, sección II. Antecedentes obstétricos, sección III. Antecedentes de hábitos personales, sección IV. Antecedentes de dinámica de pareja y sección V. Patrón de apego materno y paterno del adulto mediante la aplicación del “Parental Bonding Instrument” (PBI). (Anexo n°2). Además se obtuvieron datos de la ficha clínica como: tramo de salud, edad gestacional al ingreso del control prenatal, embarazo planificado o no planificado, resultado de la aplicación de la escala de Edimburgo y el resultado de la aplicación de la Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA).

Se incorporaron instrumentos específicos que permiten identificar las conductas o antecedentes de riesgo, que se describen a continuación:

Apgar familiar: el objetivo era obtener la **funcionalidad familiar**. Está compuesto por cinco preguntas. Cada respuesta se distribuye de 0 a 2. En que 0 equivale a “casi nunca”, 1 a “a veces” y 2 a “casi siempre”, obteniéndose un índice final entre 0 y 10 que concibe tres posibles

resultados, los cuales son: familias altamente funcionales (7 a 10 puntos), familias moderadamente funcionales (4 a 6 puntos) y familias severamente disfuncionales (0 a 3 puntos). Este instrumento está previamente validado (consistencia interna de 0,793 alfa de Cronbach) (26, 27).

AUDIT: Cuando la gestante respondía positivo a **consumo de bebidas alcohólicas** se aplicaba el cuestionario AUDIT es un test que identifica trastornos debido al consumo del alcohol fue desarrollado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un instrumento de apoyo para la intervención. Consiste en 10 preguntas cada ítem se puntúa a través del método Likert. Cada respuesta se distribuye de 0 a 4 puntos, siendo la clasificación de resultado según las siguientes puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado y puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol. Este instrumento está previamente validado a nivel internacional y Chile con un Alfa de Cronbach de 0.83 (40, 42). En los casos que se presentó riesgo, la investigadora principal, se coordinó con el profesional del Centro de Salud para la atención correspondiente si no existía diagnóstico previo, para su manejo y tratamiento.

El 4 P's Plus: determino la existencia de **consumo de drogas o cigarrillos**, consta de seis preguntas orientadas a identificar el tipo de sustancias que se consume, drogas y cigarrillos. Se explicita si este consumo fue previo a la gestación o durante la gestación. Además identifica si existe consumo es por parte de la pareja de la gestante. Este instrumento está validado y está recomendado por el CONACE Chile en el año 2011 (su sensibilidad y una especificidad de 87 y 76%) (37, 40)

Protocolo detección de violencia hacia la mujer creado por la IPPF_RHO: instrumento creado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región del Hemisferio Occidental, organismo en el cuál es participe Chile, y otros países de América Latina y el Caribe con el propósito de trabajar en los derechos sexuales y reproductivos y en disminuir la violencia de genero. Este instrumento se creó para detectar los casos de **violencia contra la mujer** (violencia psicológica, violencia física, violencia económica y violencia sexual) a lo largo de su vida, también es capaz de pesquisar en qué etapa del ciclo vital aconteció la violencia. Esta validado en Latinoamérica con un nivel de concordancia muy alto entre las respuestas en las cinco áreas exploradas, tanto en lo que respecta a reproducibilidad (valores de kappa de 0,63 a 1,00) como a estabilidad (valores de kappa de 0,62 a 1,00) lo que permite extrapolar los datos a otras poblaciones (30).

Parental Bonding Instrument (PBI): permite la identificación del **apego adulto materno y paterno** es un cuestionario de autorreporte de la percepción del individuo de la actitud de sus padres en relación a su infancia y adolescencia. El promedio de aplicación fue de 15 min aprox. La gestante tuvo que responder a la alternativa que mejor describía la relación con su madre y con su padre respondiendo cada uno en pautas diferentes. El cuestionario tiene 25 preguntas que componen la escala de cuidado y sobreprotección. Cada ítem se puntúa a través del método Likert. Distribuyéndose de 0 a 3 puntos correspondiendo a las siguientes alternativas: siempre (S), casi siempre (C), algunas veces (A), Nunca (N).

Los puntajes de corte son los siguientes: Se considera en el apego materno en la escala de sobreprotección es de 12,5 puntos y en la escala de cuidado de 30,6 puntos. Para el apego paterno, en la escala de sobreprotección es de 11,9 puntos y la escala de cuidado es de 25,6 puntos. Este instrumento esta validado por lo tanto es aplicable a nuestra población (20).

Proceso de reclutamiento: Los datos de las gestantes (nombre, RUT, teléfono y centro de atención de origen) se obtuvo de la plataforma Chile Crece Contigo sección: ingreso a control prenatal, previa autorización del Centro de atención. Antecedentes que no se obtenían de la encuesta directa, y previa autorización de la participante fueron extraídos directamente de la ficha clínica electrónica.

La aplicación de este cuestionario, debió ser modificada a propósito de la situación sanitaria mundial y nacional, por lo que para acceder a cada participante se le invitó a participar mediante las redes sociales, específicamente utilizando la aplicación de “WhatsApp”, en donde se realizaba una presentación de la investigadora principal explicando los motivos del contacto y dándole a conocer la ficha informativa de la investigación. Posterior a eso y si aceptaba se le enviaba un link de acceso a la plataforma que contenía la encuesta previo consentimiento informado, haciendo énfasis en la confidencialidad de la información. (Anexo nº3)

Link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScucCd8DEPIpSyQFROgOkzOJe uJrsoGPbuJoXOSEC5-Mm7SPQ/viewform?usp=sf_link (Anexo nº4.)

Se dispuso además de un registro confidencial de todas las gestantes que aceptaron participar, y se les enviará un informe a las que lo solicitaron en el mes de diciembre - enero

Las gestantes que no tuvieron presencia de madre o padre, respondieron el PBI correspondiente a la figura de cuidado presente. También se dejó la opción de responder pensando en algún familiar que realizó ese rol (especificando en la pauta, abuelo, tío u otro, aunque no se presentó ningún caso de la última elección).

Aspectos éticos: Esta investigación contó con la aprobación de tres comités de ética: el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Arauco, Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina y el Comité ético Científico y de

Bioseguridad de la VRID de la Universidad de Concepción. (Aprobaciones con código 2020-05, código CEC 01/2020; código CEBB 618-2020; respectivamente (Anexo nº 5, 6, 7).

Previo a la participación de cada gestante, se envió ficha informativa de la investigación y su respectivo consentimiento informado (Anexo nº3). Cada encuesta con aprobación de consentimiento, se guardó de manera virtual mediante correo electrónico de aprobación enviada por la participante.

Con respecto a los resultados obtenidos, cabe destacar que aquellos que estaban alterados fueron derivados a equipo de cabecera para trabajo multidisciplinario, previa autorización de la gestante.

Análisis estadístico: Una vez aplicada las encuestas, estas fueron digitadas en una base de datos Excel, para luego ser analizadas mediante el programa estadístico SPSS versión 25. Realizando análisis univariado en donde para las variables cuantitativas se calculó media, desviación estándar, mínimo y máximo. Mientras que las variables cualitativas se presentaron en frecuencia absoluta y relativa porcentual.

Análisis bivariado: Para comprobar la existencia de asociación entre variables cualitativas se utilizó el test exacto de Fisher, debido al tamaño muestra y se realizaron los siguientes cruces estadísticos:

a) Evaluación de factores protectores; embarazo planificado y no planificado según el patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra y el funcionamiento familiar según el tipo de patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.

b) Evaluación de factores de riesgo; consumo de sustancias ilícitas y lícitas según el patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra, violencia o abuso y el patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra, riesgo psicosocial y el tipo de patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra y por último el riesgo de depresión según el tipo de patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.

Para cada test empleado en este análisis de relación, se consideró un nivel de significancia de 0,05 esto quiere decir, que cada vez que el p-valor asociado a un test es menor que 0,05 se considera estadísticamente significativo.



RESULTADOS

1.- CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS

La edad promedio de las gestantes fue de 27,7 años. Aproximadamente el 91% (n= 96) de ellas tiene pareja estable, con un tiempo de convivencia promedio de 78 meses, el nivel educacional está concentrado en la educación superior completa con un 43.4% (n= 46). Prácticamente todas son beneficiarias del fondo nacional de salud (FONASA), concentradas en los tramos A y B con un 39 y 36% respectivamente (n= 41 y 38). El 64.2% (n=68) ha tenido embarazos previamente, de éstas el 20.7 % (n=22) tiene el antecedente de aborto. La edad gestacional promedio de ingreso a control prenatal en el embarazo actual fue de 10+2 semanas. Para mayor detalle ver tabla nº1.

Tabla nº1. Caracterización del perfil sociodemográfico y obstétrico de la muestra.

Ítems	Promedio (Desviación estándar)	Mínimo – Máximo
Edad (años)	27,7 (DE 5,94)	17-43
Tiempo de la relación de pareja (meses)	78 (DE 65,07)	5-288
Edad gestacional al ingreso del control prenatal (semanas)	10+2d (DE 3,56)	5 - 25
	Frecuencia absoluta (n°)	Frecuencia porcentual (%)
Nivel Educacional		
Enseñanza básica	5	4,7
Enseñanza media	34	32,1
Enseñanza superior incompleta	19	17,9

Enseñanza superior completa	46	43,4
Postgrados- postítulos	2	1,9
Previsión de Salud		
Fonasa	105	99
Dipreca	1	0,9
Pareja Estable		
SI	96	90,6
NO	10	9,4
Tipo de Familia		
Unipersonal	2	1,9
Nuclear simple	18	17
Nuclear biparental	41	38,7
Reconstituida nuclear	2	1,9
Monoparental materna	6	5,7
Extensa compuesta nuclear	22	20,8
Extensa ascendente	13	12,3
Monoparental extendida	2	1,9
Paridez		
Primigesta	42	39,6
Múltipara	64	60,4
Antecedente de aborto		
Si	22	20,7
No	84	79,2

Fuente: Elaboración propia.

2.- CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LAS GESTANTES

El actual embarazo fue planificado en el 49.1% (n=52) de las mujeres, el 21.7% (n=23) tiene riesgo psicosocial según EPsA. El 9.6 % (n=10) presenta riesgo de depresión según la Escala de Edimburgo, mientras el 4.8% (n=5) tenían resultados que requerían ser repetidos. Viven con su pareja 78% (n=83) y el 22% (n=23) viven con otros familiares o parientes. Y la

funcionalidad familiar (medido con el APGAR) el 92.5% (n=98) son clasificadas como familias altamente funcionales. El 42,5%(n=45) consumió alguna bebida alcohólica, la violencia psicológica es la que se presenta con mayor incidencia en el grupo, con un 15,1% (n= 16). Para distribución detallada ver tabla nº2.

Tabla nº2. Caracterización del perfil psicosocial de la muestra.

Ítems	Frecuencia absoluta (n°)	Frecuencia porcentual (%)
Embarazo Planificado		
Si	52	49,1
No	54	50,9
Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)		
Sin riesgo	83	78,3
Con riesgo	23	21,7
Riesgo de depresión (Escala de Edimburgo)		
Sin riesgo	89	85,6
Repetir- observación	5	4,8
Con riesgo	10	9,6
Funcionamiento Familiar (APGAR familiar)		
Familias altamente funcional	98	92,5
Familias moderadamente disfuncionales	3	2,8
Familias severamente disfuncionales	5	4,7
Consumo de alcohol (AUDIT)		
SI	45	42,5
NO	61	57,5
Consumo de sustancias/drogas		
SI	24	22,6
NO	82	77,4
Antecedente de familiar con consumo problemático sustancias licitas e ilícitas		
Madre	4	3,8
Padre	22	20,8
Ambos	1	0,9
Sin antecedentes	79	74,5

Antecedente de Violencia (<i>Protocolo detección de violencia hacia la mujer creado por la IPPF_RHO</i>)		
Psicológica		
Si	16	15,1
No	89	84,0
No responde	1	0,9
Física		
Si	8	7,5
No	97	91,5
No responde	1	0,9
Sexual		
Si	10	9,4
No	95	89,6
No responde	1	0,9
Abuso sexual infantil	21	19,8
Económica		
Si	3	2,8
No	103	97,2
No responde	0	0

Fuente: Elaboración propia.

2.1.- CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE SUSTANCIA

En las gestantes se detectó que el 42,5% (n=45) en su último año ha consumido alguna bebida alcohólica, a ellas se les aplicó la pauta AUDIT para determinar el riesgo de consumo. Con respecto al consumo de drogas y cigarrillos el 22.6% (n=24) ha consumido en el último año. En el mes previo de que conociera del embarazo el 5,7% (n=6) consumió drogas y el 17,9% (n=19) consumió cigarrillos. Distribución de las características del consumo de sustancias lícitas e ilícitas se observan en la tabla n°3.

Tabla n°3. Caracterización del consumo de sustancias licitas e ilícitas de la muestra.

Consumo de sustancias licitas e ilícitas de la muestra		Frecuencia absoluta (n°)	Frecuencia porcentual (%)
Consumo de bebida alcohólica en el último año / Riesgo de consumo "AUDIT" (n=45)	Consumo sin riesgo	38	84,4
	Consumo con riesgo	4	8,9
	Consumo perjudicial/dependencia	3	6,7
Consumo de droga o cigarrillo en el último año y tipo de droga (n=21)	Marihuana	16	76,2
	Éxtasis, marihuana	1	4,8
	Marihuana, cocaína, éxtasis	1	4,8
	Marihuana, coca	1	4,8
	Marihuana, cocaína, pasta base	1	4,8
	Todas	1	4,8
	Consumo de cigarrillo semanal en primer mes de gestación (n=106)	1-5 cigarrillos	11
	10-20 cigarrillos	7	6,5
	>20 cigarrillos	1	0,9
Consumo de drogas semanal en primer mes de gestación (N=106)	1 vez	4	3,8
	2 veces	1	0,9
	3 veces	1	0,9

Fuente: Elaboración propia.

2.2.- CARACTERÍSTICAS DE VIOLENCIA

Se determinó violencia según la etapa en el ciclo vital en que aconteció y persona que cometió la violencia. En algunos casos la violencia sexual infantil fue cometida por más de una persona, el 0.9% (n=1) menciona que fue su cuñado y primos lejanos, el 0.9% (n=1) vivió abuso por dos tíos (tío materno y paterno), 0.9% (n=1) consigno que fue un familiar y un vecino. Distribución de las características de violencia se observan en la tabla n°4.

Tabla n°4. Caracterización de la violencia experimentada por la muestra en su ciclo de vida y agresor.

Antecedente de violencia psicológica		Frecuencia absoluta (n°)	Frecuencia porcentual (%)
Etapas de la vida en que sucedió la violencia psicológica	Niñez	6	5,7
	Adolescencia,	5	4,7
	Juventud	6	5,7
	Adultez	11	10,4
	Embarazo y/o postparto	5	4,7
Agresor que cometió violencia psicológica en la gestante	Ex. Pareja	5	4,7
	Actual pareja	4	3,8
	Padre	2	1,9
	Abuelo y ex. pareja	1	0,9
	Madre, abuelo, tíos	1	0,9
	Ex. pareja y familia paterna	1	0,9
	Pareja y familiares de ella	1	0,9
	Varones de su familia	1	0,9
Antecedente de violencia física			
Etapas de la vida en que sucedió la violencia física	Niñez	4	3,8
	Adolescencia,	3	2,8
	Juventud	3	2,8
	Adultez	6	5,7
	Embarazo y/o postparto	2	1,9
Agresor que cometió violencia física en la gestante	Ex. Pareja	4	3,8
	Actual pareja	3	2,8
	Padre	1	0,9
	Papá y ex. pareja	1	0,9
	Madre, abuelo, tíos	1	0,9
Antecedente de violencia sexual			
Etapa de la vida en que sucedió la violencia sexual	Niñez	4	3,8
	Adolescencia	3	2,8
	Juventud	5	4,7
	Adultez	2	1,9

Agresor que cometió la violencia sexual	Embarazo actual	2	1,9
	Conocido- un joven	2	1,9
	Mi ex. pareja	4	3,8
	cuñado y primos lejanos	1	0,9
	Tío, vecino, expareja	1	0,9
	Prefiere no responder	2	1,9
	Agresor que cometió violencia sexual infantil	Abuelo	2	1,9
Tío (s)		4	3,8
Primo		5	4,7
Cuñado		2	0,9
Vecino		3	2,8
Padrastro		1	0,9
Conocidos		2	1,9
Prefiero no responder		2	1,9

Fuente: Elaboración propia.



CARACTERIZACIÓN DE LOS PATRONES DE APEGO MATERNO Y PATERNO DEL ADULTO – PBI

El 100% (n=106) de las mujeres respondió el PBI materno, mientras que el paterno tuvo una respuesta del 84.9 % (n=90) debido a que un 15,1% (n=16) nunca tuvieron contacto con su padre o no lo conocieron.

Los puntajes obtenidos por dimensión en el PBI, desde el vínculo materno adulto en el caso de sobreprotección correspondió a un promedio de 17,06 puntos (DE 6,083; Mín. 2 - Máx. 33) y para el cuidado se obtuvo un promedio de 22,8 puntos (DE 6,546; Mín. 3 – Máx. 33).

En cuanto al vínculo paterno adulto, se pudo observar en sobreprotección un promedio de 16,53 puntos (DE 5,254; Mín. 2 – Máx. 29), mientras que en el cuidado, el promedio fue de 22,29 puntos (DE 6,008; Mín. 8 - Máx. 33).

Al clasificar en la categoría correspondiente el patrón de apego materno del adulto; El 80.2% (n=85) de las mujeres tuvo un patrón de apego en la

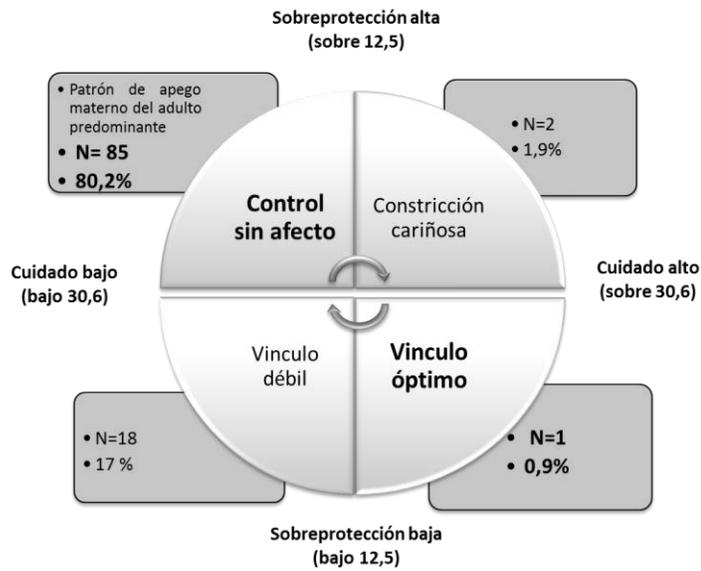
categoría de control sin afecto y sólo el 0.9% (n=1) con un vínculo óptimo. Por otra parte, en el tipo de apego paterno el 50.9% (n=54) tuvo la clasificación de control sin afecto y el 6.6% (n=7) tuvo un tipo de apego paterno adulto de vínculo óptimo. Para identificar el detalle ver tabla nº 5 figuras nº 2 y 3.

Tabla nº5. Caracterización del patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.

Patrón de apego materno en el adulto		Frecuencia absoluta (n°)	Frecuencia porcentual (%)
Clasificación	Constricción cariñosa	2	1,9
	Vínculo óptimo	1	0,9
	Control sin afecto	85	80,2
	Vínculo débil	18	17,0
	Total	106	100,0
Patrón de apego paterno en el adulto			
Clasificación	Constricción cariñosa	23	21,7
	Vínculo óptimo	7	6,6
	Control sin afecto	54	50,9
	Vínculo débil	6	5,7
	Sin contestar (no existe relación)	16	15,1
	Total	106	100,0

Fuente: Elaboración propia.

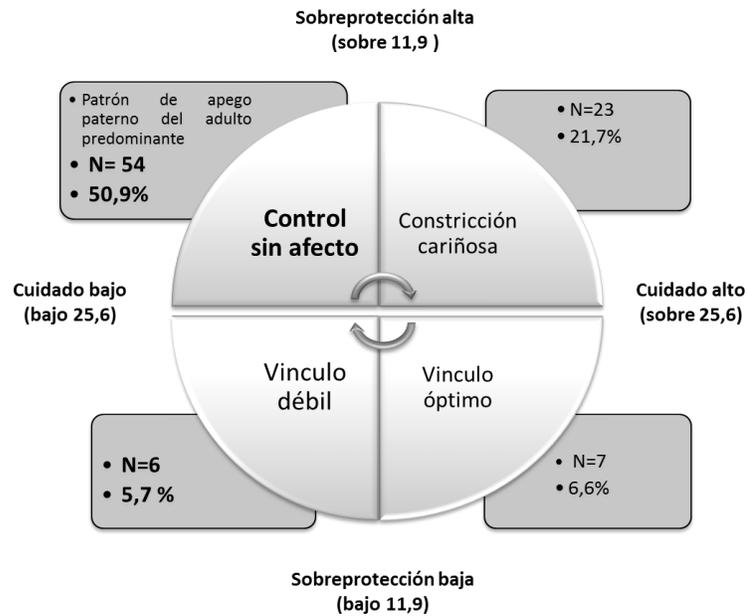
FIGURA Nº2: Distribución del patrón de apego materno del adulto, en la muestra.



Fuente: Elaboración propia



FIGURA Nº3: Distribución del patrón de apego paterno del adulto en la muestra.



Fuente: Elaboración propia

CONSUMO DE SUSTANCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ASOCIACIÓN A LOS PATRONES DE APEGO MATERNO Y PATERNO DEL ADULTO.

Para determinar la relación entre el consumo de sustancias lícitas e ilícitas y el patrón de apego materno y paterno del adulto, se realizó una tabla de contingencia, utilizando la prueba estadística Test exacto de Fisher, observando que no existe relación estadísticamente significativo en ambos casos, pues su p valor fue < de 0,05. Esta situación se puede observar en la tabla nº6, en detalle:

Tabla nº6. Asociación entre el consumo de sustancias lícitas e ilícitas y el patrón de apego materno y paterno del adulto, en la muestra.

Ítems		Patrón de apego adulto				Total	Prueba estadística
		Clasificación					Test exacto de Fisher
Patrón de apego materno del adulto		Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Consumo de sustancias lícitas e ilícitas		n (%)					P valor
Consumo droga o cigarrillos	SI	0(0,0%)	1(4,2%)	18(75%)	5(20,8%)	24(100%)	0,290
	NO	2(2,4%)	0(0%)	67(81,7%)	13(15,9%)	82 (100%)	
Consumo de alcohol	SI	0(0,0%)	1(2,2%)	36(80%)	8(17,8%)	45 (100%)	0,547
	NO	2(3,3%)	0(0,0%)	49(80,3%)	10(16,4%)	61 (100%)	
Patrón de apego paterno del adulto		n (%)					
Consumo droga o cigarrillos	SI	7(33,3%)	1(4,8%)	12(57,1%)	1(4,8%)	21 (100%)	0,805
	NO	16(23,2%)	6 (8,7%)	42(60,9%)	5 (7,2%)	69 (100%)	
Consumo de alcohol	SI	10(25,6%)	3(7,7%)	23(59%)	3 (7,7%)	39 (100%)	1,00
	NO	13(25,5%)	4 (7,8%)	31(60,8%)	3(5,9%)	51 (100%)	

Fuente: Elaboración propia

ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE VIOLENCIA O ABUSO CON LOS PATRONES DE APEGO MATERNO Y PATERNO DEL ADULTO.

Del mismo modo, para determinar la relación entre la violencia psicológica, física, sexual, económica y el patrón de apego materno y paterno del adulto, se aplicó una tabla de contingencia, utilizando la prueba estadística Test exacto de Fisher, observando que no existe relación estadísticamente significativo en ambos casos, pues su p valor fue < de 0,05. Esta situación se puede observar por separado según patrón de apego materno y paterno, en las tablas nº7 y 8 respectivamente, en detalle:

Tabla nº 7. Asociación entre el tipo de violencia o abuso y el patrón de apego materno del adulto en la muestra.

Ítems		Patrón de apego materno adulto				Total	Prueba estadística
		Clasificación					Test exacto de Fisher
		Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Tipo de violencia o abuso		n (%)					P valor
Violencia emocional o psicológico	SI	0(0,0%)	0(0,0%)	13(81,3%)	3(18,8%)	16(100%)	1,00
	NO	2(2,2%)	1(1%)	71(79,8%)	15(16,9%)	89(100%)	
	No contesta	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)	
Violencia física	SI	0(0,0%)	0(0,0%)	7(87,5%)	1(12,5%)	8(100%)	1,00
	NO	2(2,1%)	1(1,0%)	77(79,4%)	17(17,5%)	97(100%)	
	No contesta	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)	
Violencia sexual en el ciclo vital	SI	0(0,0%)	0(0,0%)	8(80,0%)	2(20,0%)	10(100%)	1,00
	NO	2(2,1%)	1(1,1%)	76(80,0%)	16(16,8%)	95(100%)	
	No contesta	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)	
Violencia económica	SI	0(0,0%)	0(0,0%)	3(100%)	0(0,0%)	3(100%)	1,00
	NO	2(1,9%)	1(1,0%)	82(79,6%)	18(17,5%)	103(100%)	

Fuente: Elaboración propia

Tabla n° 8. Asociación entre el tipo de violencia o abuso y el patrón de apego paterno del adulto en la muestra.

Ítems		Patrón de apego paterno adulto				Total	Prueba estadística
		Clasificación					Test exacto de Fisher
		Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Tipo de violencia o abuso		n (%)					P valor
Violencia emocional o psicológica	SI	5 (38,5%)	1 (7,7%)	7(53,8%)	0(0,0%)	13(100%)	0,823
	NO	18(23,7%)	6(7,9%)	46(60,5%)	6(7,9%)	76(100%)	
	No contesta	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)	
Violencia física	SI	2(28,6%)	1(14,3%)	4(57,1%)	0(0,0%)	7(100%)	0,891
	NO	21(25,6%)	6(7,3%)	49(59,8%)	6(7,3%)	82(100%)	
	No contesta	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)	
Violencia sexual en el ciclo vital	SI	2(28,6%)	0(0,0%)	4(57,1%)	1(14,3%)	7(100%)	0,223
	NO	21(25,6%)	6(7,3%)	50(61,0%)	5(6,1%)	82(100%)	
	No contesta	0(0,0%)	1(100%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100%)	
Violencia económica	SI	1(33,3%)	0(0,0%)	2(66,7%)	0(0,0%)	3(100%)	1,00
	NO	22(25,3%)	7(8,0%)	52(59,8%)	6(6,9%)	87(100%)	

Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE EMBARAZO PLANIFICADO CON LOS PATRONES DE APEGO MATERNO Y PATERNO DEL ADULTO.

Para determinar la relación, se utilizó una tabla de contingencia, aplicando el test exacto de Fisher resultando un p valor de 0,517 en la relación de embarazo planificado y apego materno adulto y un p valor de 0,215 en la relación de embarazo planificado y apego paterno adulto. Más detalles de los resultados, se observan en la tabla n° 9:

Tabla n° 9. Relación entre el antecedente de embarazo planificado con el patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.

Ítems		Patrón de apego adulto					Prueba Estadística
		Clasificación				Total	Test exacto de Fisher
		Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Apego materno		n (%)					P valor
Embarazo planificado	SI	2(3,8%)	0(0,0%)	42(80,8%)	8(15,4%)	52(100%)	0,517
	NO	0(0,0%)	1(1,9%)	43(79,6%)	10(18,5%)	54(100%)	
Apego paterno		n (%)					
Embarazo planificado	SI	12(26,1%)	1(2,2%)	29(63,0%)	4(8,7%)	46(100%)	0,215
	NO	11(25%)	6(13,6%)	25(56,8%)	2(4,5%)	44(100%)	

Fuente: Elaboración propia



RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN LOS PATRONES DE APEGO MATERNO Y PATERNO DEL ADULTO.

Nuevamente se realizó una tabla de contingencia, para determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el patrón de apego materno y paterno del adulto, aplicando el Test exacto de Fisher obteniendo un p valor de 0,537 al relacionarlo con el apego materno adulto y un p valor de 0,802 al relacionarlo con el apego paterno adulto. Por lo que no se observa una relación estadísticamente significativa. Sin embargo se puede observar que para los casos en que existió la clasificación de familia disfuncional ya sea para el vínculo materno y paterno ninguno pertenecía a la categoría de vínculo óptimo. El detalle de los resultados, se puede observar en la tabla n° 10.

Tabla n° 10. Relación entre el funcionamiento familiar con el patrón de apego materno y paterno del adulto, en la muestra.

Ítems	Patrón de apego adulto				Total	Prueba estadística Test exacto de Fisher
	Clasificación					
	Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Apego materno						
Funcionalidad familiar	n (%)					P valor
Familias altamente funcional	2(2,0%)	1(1,0%)	78(79,6%)	17(17,3%)	98(100%)	0,537
Familias moderadamente funcionales	0(0,0%)	0(0,0%)	2(66,7%)	1(33,3%)	3(100%)	
Familias severamente disfuncionales	0(0,0%)	0(0,0%)	5(100%)	0(0,0%)	5(100%)	
Apego paterno						
Familias altamente funcional	20(23,8%)	7(8,3%)	51(60,7%)	6(7,1%)	84(100%)	0,802
Familias moderadamente funcionales	1(50,0%)	0(0,0%)	1(50%)	0(0,0%)	2(100%)	
Familias severamente disfuncionales	2(50,0%)	0(0,0%)	2(50,0%)	0(0,0%)	4(100%)	

Fuente: Elaboración propia

RELACION ENTRE RIESGO PSICOSOCIAL CON LOS PATRONES DE APEGO MATERNO Y PATERNO DEL ADULTO.

Al realizar la tabla de contingencia, para determinar esta relación: el p valor fue de 0,782 y 0,351 entre el riesgo psicosocial de las gestantes y el patrón de apego materno y paterno del adulto respectivamente mediante la aplicación del Test exacto de Fisher, lo que corresponde a un p valor no significativo (<0,05). Por otra parte, cabe destacar que los casos que se

presentó un riesgo psicosocial no presentaban un vínculo óptimo materno ni paterno en el adulto. Para mayor detalle ver tabla nº 11.

Tabla nº 11. Relación entre el riesgo psicosocial con el tipo de patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.

Ítems	Patrón de apego adulto				Total	Prueba estadística Test exacto de Fisher
	Clasificación					
Apego materno del adulto	Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Riesgo psicosocial	n (%)					
SIN RIESGO	2(2,4%)	1(1,2%)	67(80,7%)	13(15,7%)	83(100%)	P valor 0,782
CON RIESGO	0(0,0%)	0(0,0%)	18(78,3%)	5(21,7%)	23(100%)	
Apego paterno del adulto	n (%)					
SIN RIESGO	17(23,0%)	5(6,8%)	46(62,2%)	6(8,1%)	74(100%)	0,351
CON RIESGO	6(37,5%)	2(12,5%)	8(50,0%)	0(0,0%)	16(100%)	

Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE DEPRESIÓN CON LOS PATRONES DE APEGO MATERNO Y PATERNO DEL ADULTO.

Al realizar la tabla de contingencia, para determinar esta relación: el p valor fue de 0,572 y 0,333 entre el riesgo de depresión y los patrones de apego materno y paterno del adulto respectivamente mediante la aplicación del Test exacto de Fisher, lo que corresponde a un p valor no significativo (<0,05). Para mayor detalle ver tabla nº 12.

Tabla n° 12. Relación entre el riesgo de depresión con el tipo de patrón de apego materno y paterno del adulto en la muestra.

Ítems	Patrón de apego adulto				Total	Prueba estadística
	Clasificación					Prueba de Fisher
Apego materno del adulto	Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Riesgo de depresión	n (%)					
< 10 puntos	2(2,2%)	1(1,1%)	72(80,9%)	14(15,7%)	89(100%)	P valor 0,572
10 y 12 puntos	0(0,0%)	0(0,0%)	3(60,0%)	2(40,0%)	5(100%)	
>=13 puntos	0(0,0%)	0(0,0%)	8(80,0%)	2(20,0%)	10(100%)	
Apego paterno del adulto	n (%)					
<10 puntos	18(23,4%)	6(7,8%)	47(61,0%)	6(7,8%)	77(100%)	0,333
10 y 12 puntos	0(0,0%)	1(25,0%)	3(75,0%)	0(0,0%)	4(100%)	
>=13 puntos	4(57,1%)	0(0,0%)	3(42,9%)	0(0,0%)	7(100%)	

Fuente: elaboración propia

RELACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE PATRONES DE APEGO MATERNO Y PATERNO DEL ADULTO EN LA MUESTRA.

Al observar los puntajes de los tipos de patrones de apego, se identificaron diferencias entre los puntajes y las respectivas clasificaciones según sea materno o paterno. Para un mejor análisis de esta diferencia, se realizó una tabla de contingencia aplicando el Test exacto de Fisher, se obtuvo un p valor = 0,000., que es estadísticamente significativo. En esta relación se puede observar que 48 gestantes de las 90, que tenían figura paterna, coinciden en la clasificación de control sin afecto. Por otra parte, se puede destacar también que cuando existe un vínculo óptimo paterno, en vínculo materno que predomina es el débil. Para revisar detalles de este hallazgo ver tabla n°13.

Tabla n° 13. Relación entre los tipos de patrón de apego materno y paterno del adulto, en la muestra.

Ítems	Patrón de apego materno del adulto					Prueba estadística
	Clasificación				Total	Test exacto de Fisher
Patrón de apego paterno del adulto	Constricción cariñosa	Vínculo óptimo	Control sin afecto	Vínculo débil		
Clasificación	n(%)					
Constricción cariñosa	0(0,0%)	1(4,3%)	19(82,6)	3(13,0%)	23(100%)	P valor 0,000***
Vínculo óptimo	0(0,0%)	0(0,0%)	1(14,3%)	6(85,7%)	7(100%)	
Control sin afecto	1(1,9%)	0(0,0%)	48(88,9%)	5(9,3%)	54(100%)	
Vínculo débil	0(0,0%)	0(0,0%)	3(50,0%)	3(50,0%)	6(100%)	
Total	1(1,1%)	1(1,1%)	71(78,9%)	17(18,9%)	90(100%)	

Fuente: Elaboración propia

*** $p < 0,001$



DISCUSIÓN

De las mujeres que participaron en el estudio la edad promedio fue de 28 años. Dentro de los factores protectores se pudo identificar que prácticamente la mitad de los embarazos fueron planificados, del mismo modo el ingreso a control prenatal se hace precozmente. Aproximadamente el 91 % de las gestantes tienen una pareja estable, aunque el porcentaje que vive con su pareja es un poco menor (78,4%). La familia nuclear biparental está presente alrededor del 39% en el grupo y llama la atención que existe un 63% aproximadamente que tiene estudios superiores. Al observar estas características, se puede afirmar que este grupo de mujeres poseen más factores protectores que los identificados en un estudio colombiano (n=391 gestantes), en donde se encontró la baja escolaridad y el no tener pareja estable, fueron determinantes para iniciar tardíamente el control prenatal (45). Esta última situación es reconocida como un factor de riesgo para identificar a tiempo parámetros que permiten controlar el desarrollo óptimo fetal precoz (46)

El 80,2% (n=85) de las gestantes del estudio, tuvieron un vínculo del apego materno de control sin afecto y sólo un 0,9 % (n=1) de vínculo óptimo lo que difiere a lo encontrado en un estudio realizado a 430 jóvenes en Colombia. En dicha muestra, 139 eran mujeres, evaluadas bajo el mismo instrumento de este estudio, PBI, resultando en que un 39,6% (n=55) de las mujeres puntuaban para un vínculo de control sin afecto y con un vínculo óptimo un 18% (n=25) (47). Otro estudio también colombiano, que evaluó el apego materno del adulto utilizando otro instrumento (inventario de Apego con Padres y Pares modificado (IPPA-M)) en una muestra de 500 jóvenes (329 mujeres) se pudo observar que un 42,9% (n=141) de las mujeres tuvo un apego seguro, seguido de un 32.2% (n=106) con apego evitativo (homólogo a vínculo parental control sin afecto) (48), demostrando nuevamente cifras muy superiores a las obtenidas en este estudio. Esta situación, se podría

explicar primero por la edad y ciclo de vida de las personas participantes en los estudios y segundo por condiciones culturales de cada país, presente en las relaciones vinculares de madres y padres con sus hijos y que dan cuenta de particularidades de la transmisión intergeneracional del apego (3).

En nuestro país existen dos estudios que evaluaron el apego materno adulto a través del P.B.I. Un estudio realizado en la provincia de Concepción, encontró que el 47.6% (n=29) tenía un vínculo materno del adulto clasificado como control sin afecto y el vínculo óptimo estuvo presente en el 13,1 % (n=8) en una muestra de 61 mujeres, observando un menor porcentaje para el vínculo control sin afecto que el presente estudio y mayor clasificación en vínculo óptimo que el presente estudio (49). Por no ser objetivo del estudio no se evidenció el tipo de vínculo paterno del adulto así que este factor no es comparable. La diferencia que se observa con este estudio, puede deberse a características territoriales asociadas con las historias particulares de vida de las mujeres, aunque esto es una hipótesis que merece ser investigada. El siguiente estudio fue aplicado a 42 mujeres, en una comuna rural de la novena región y los resultados describen que lo más característico en el patrón de apego materno fue la construcción cariñosa con un 42,9% (n=18), mientras que el vínculo óptimo fue de un 16,6 % (n=7), valores superiores que los encontrados en el presente estudio. Mientras que en el patrón de apego paterno, el vínculo óptimo está presente en el 14,28 (n= 6) y el que predomina es el control sin afecto con un 42,8%(n =18), resultados que también difieren de los resultados de este estudio (50). Estas diferencias podrían estar asociadas a las características de los territorios, pues este último estudio estaba emplazado en una comuna rural y existen tradiciones probablemente más arraigadas respecto del rol paterno como proveedor.

Al analizar el consumo de sustancias lícitas e ilícitas con los patrones de apego materno y paterno del adulto en la muestra no se evidenció una relación estadísticamente significativa, sin embargo llama la atención que el antecedente de consumo de drogas sea en su último año de 22,6% lo que es

superior al estudio de SENDA (51) que consignó un 10,6% de las mujeres en el año 2016. Esto puede responder a que el instrumento actual de pesquisa del consumo de drogas en gestantes es el EPsA, el cual pregunta sólo por el consumo en el mes previo a la gestación. En cambio en el presente estudio se utilizó el 4 P's Plus que es más específico en clasificar los antecedentes de consumo de sustancias licitas e ilícitas según ciclo vital y el tipo de sustancia (37,38).

A pesar de no tener en este estudio resultados estadísticamente significados entre patrones de apego materno y paterno del adulto con el abuso de sustancias; se debe considerar que en una revisión sistemática se demostró que el abuso de sustancias correlaciona negativamente con el apego seguro, siendo el apego seguro un factor protector ante el consumo de sustancias, mientras que el apego evitativo y apego ansioso-ambivalente supone un factor de riesgo. Situación que en la presente investigación las gestantes que consumen drogas, están concentradas en los apegos inseguros (52). Es por esto, que se fundamenta la importancia de conocer los factores protectores y de riesgo psicosociales en la gestante, específicamente en aquella que presente consumo de sustancias licitas e ilícitas, lo que permitiría planificar intervenciones oportunas y acorde a las necesidades de la gestante.

De aquellas gestantes que consumieron alcohol 42,5% (n=45) se les aplicó el AUDIT resultando un 15.6% (n=7) con consumo de riesgo y dependencia. El consumo de alcohol a pesar de no ser estadísticamente significativo con los patrones de apego materno y paterno del adulto es un factor a considerar pues las intervenciones en gestantes consumidoras aumentan las tasas de abstinencia en comparación con la atención habitual o ninguna intervención (53). A su vez, se puede atribuir el resultado a que hasta ahora son muy heterogéneos los estudios publicados, en que algunos relacionan el consumo perjudicial con apegos inseguros y otros no tiene relación. Esto puede deberse a que lamentablemente no se especifica el tipo de consumo, tiempo de consumo, ni gravedad. Finalmente, el AUDIT no es un instrumento que se

utilice de manera de pesquisa en las gestantes, a pesar de estar recomendado (54).

Con respecto a la violencia vivida por la gestante no se detectó una relación estadísticamente significativa entre la violencia psicológica, física, económica y sexual según los patrones de apego materno y paterno del adulto. No obstante, las mujeres que vivieron violencia en diferentes etapas en su ciclo vital están concentradas en los vínculos maternos y paternos del adulto de tipo inseguro (control sin afecto y vínculo débil). Conclusiones similares se obtuvo en un estudio realizado a 79 familias (Total 158 sujetos, madre-hijos/as) donde se comparó el tipo de vínculo materno del adulto con el instrumento P.B.I entre familias que han sufrido situaciones de violencia y otras que no. En aquellos que no habían sufrido violencia predominó la percepción del vínculo óptimo materno, mientras que en el grupo de familias que habían sufrido violencia de género predomina el vínculo control sin afecto (55). Esto demuestra una vez más que responde a que el patrón de apego no es unicausal y generalmente la violencia es un factor de riesgo involucrado en estilos de apegos inseguros (2,31).

Con respecto al riesgo de depresión, en este estudio no se identificó una relación estadísticamente significativa entre los patrones de apego materno y paterno del adulto. Pero es importante reconocer que todas las mujeres que presentaron este riesgo, tienen un vínculo materno y paterno del adulto inseguro. En la literatura publicada, se encontró una revisión sistemática que estudió el tipo de apego, maltrato de los padres y riesgo de depresión y se pudo identificar una alta asociación de estas variables con el apego inseguro. (56). Otro estudio similar con una muestra de 650 adultos, en donde se realizaron entrevistas y aplicaron Relationship Style Questionnaire como instrumento para pesquisar el estilo de apego en la persona con antecedentes de negligencia infantil y abuso físico; se demostró que tenían apego ansioso y apego evitativo. Cuestión, que permitió predecir los resultados de salud mental, tales como: ansiedad, depresión y baja

autoestima (57), en comparación con personas sin antecedentes documentados de abuso físico o negligencia.

Frente a los antecedentes de abuso sexual, se pudo observar dos cifras distintas en la muestra: 9,4% (n=10) y 19,8 % (n=21) que reflejan que sí hubo abuso sexual en la niñez, situación que llamó la atención. La explicación frente a esta diferencia podría estar asociada a que la definición operacional de violencia sexual no es comprendida por la población, por lo que se hace pertinente citar el concepto que propone la OMS al respecto, señalándolo como: “*todo acto en que una persona usa a un niño para su gratificación sexual ya sea que tenga contacto físico o no*” (58). Estos conceptos debemos incorporarlos a la sociedad y visualizar esta problemática que genera tanto impacto en la adultez. A su vez el proceso que vive una persona para develar la situación de abuso de la cual es o ha sido víctima requiere de tiempo, se considera que entre el 50% y el 80% de los niños y niñas nunca da cuenta del abuso sexual del que fue víctima (59).

En el presente estudio se obtuvo que en los casos de violencia sexual en la niñez, el 100% (n=21) de los abusadores eran familiares o conocidos, de ellos el 19% correspondieron a tíos/as y el 24% a primos/as mayores, siendo muy cercano a lo descrito en Chile en el libro del Congreso Nacional “Violencia sexual contra la infancia”. En dicho libro se citan los resultados del 4º Estudio de Maltrato Infantil en Chile, que revelan que el 88,5 % de los agresores son conocidos de los niños y niñas. A su vez, el mayor porcentaje de abusadores por parte de los familiares son tíos/as (19,4%) y primos/as mayores (9,7%) respectivamente (59). En este último dato se observa una diferencia sustantiva de más del doble de lo conocido, esta diferencia se puede atribuir a que la encuesta de maltrato infantil está enfocada a niños (as) y por ello muchos episodios de violencia sexual por pares no son identificados por la víctima sino hasta muchos años después (59).

Con respecto a la relación entre violencia sexual en el ciclo vital y en la niñez no se encontró una relación estadísticamente significativa con el patrón de

apego materno y paterno del adulto. Sin embargo es fundamental incorporar estos antecedentes en los controles ya que según estudios realizados en niños que han sufrido abuso sexual y que presentan un apego inseguro, tendrían más síntomas depresivos en comparación a los que tienen un apego seguro y han sufrido abuso sexual (60). Por lo que tener identificado estos antecedentes en la gestante nos permitiría conocer su historial de abuso y asimismo identificar el tipo de apego que tiene; de modo que se podría abordar con una terapia integral y multisistémica.

Un hallazgo que no estaba programado en los objetivos propuestos fue la diferencia encontrada en los tipos de patrón de apego materno y paterno del adulto que demostró tener diferencias estadísticamente significativas. Se observó que el vínculo óptimo es más prevalente en el apego paterno que en materno; un 6,6% versus 0,9 %, es importante ampliar a futuro las investigaciones por la escasez que existe actualmente de este tema, ya que sólo se encontró que los estilos de crianza materno y paterno pueden ser útiles para determinar y orientar el tratamiento a seguir en caso de depresión. En un estudio de ensayo clínico aleatorizado en 177 pacientes con depresión y antecedente de abuso se solicitó que completaran el instrumento de vinculación parental (PBI) para determinar efectividad del tratamiento. Los resultados arrojaron que la vinculación materna y paterna se asocia con una respuesta diferencial al tratamiento, en donde el vínculo óptimo demostraría una mejor posibilidad de mejora y adherencia al tratamiento en comparación a los vínculos relacionados a los apegos inseguros. Los hallazgos pueden ayudar a los médicos a orientar la psicoterapia, dependiendo de la historia infantil del paciente (61). Pero no hay estudios que determinen a qué se deben estas diferencias y cómo puede influir en los estilos de apego en el adulto.

CONCLUSIÓN

Analizado los antecedentes, se rechaza la hipótesis planteada, es decir el patrón de apego del adulto materno o paterno no se ven influenciados por los factores protectores o de riesgo psicosociales.

El vínculo óptimo está presente en valores muy bajos en ambos patrones tanto materno como paterno, respecto de la literatura internacional .Aunque el patrón de apego paterno del adulto con este tipo de vínculo supera casi en 7 veces el patrón de apego materno del adulto (6,6 % y 0,9%).

Se pudo observar que en los patrones de apego materno y paterno, predominó la clasificación de control sin afecto, 80,2 % y 50,9 %, respectivamente, aunque es levemente menor en el paterno.

Como hallazgo, se pudo observar que en este grupo, existió una diferencia estadísticamente significativa entre los apegos maternos y paternos del adulto con un valor $p < 0,000$. Identificando que cuando existe para el patrón de apego paterno adulto clasificado en vínculo óptimo, existe un patrón materno adulto débil; por otra parte, cuando existe la clasificación de control sin afecto, está presente en ambos padres. Estos resultados, invitan a explorar cuales serían las razones que lo expliquen para nuevas investigaciones.

Las diferencias observadas entre el patrón de apego materno y paterno realzan la importancia de considerar de una manera activa al padre en la crianza, conociendo su historia familiar con un enfoque psicosocial ya que puede ser un agente activo en fomentar y fortalecer un apego seguro especialmente en aquellos casos en que la figura materna no esté en condiciones de realizarlo.

Para concluir, es fundamental incorporar en la atención de salud de la población el antecedente del patrón de apego materno y paterno del adulto, pues la presencia de aquellos patrones inseguros pueden ser traspasados intergeneracionalmente y respecto de estudios internacionales, los estudios nacionales incluido este están con cifras bajas , que provocan curiosidad por reconocer las causas posibles .



LIMITACIONES

La situación sanitaria el primer mes modifico los tiempos propuestos para el trabajo y fundamentalmente el acceso a la población en estudio.

La comunicación con las gestantes se realizó por vía telefónica lo que generó en algunas mujeres desconfianza en la participación del estudio, siendo una posible causa del número muestral obtenido.

El cuestionario completo e instrumentos fueron completados en una plataforma en línea (google forms). Para enviar los resultados era fundamental tener internet, lo que dificultó que algunas gestantes pudieran completar y enviar sus respuestas.



PROYECCIONES

En la atención sanitaria existe un déficit en la búsqueda de información de la crianza e infancia de las personas. Reconociéndolo, como un antecedente relevante a la hora de identificar riesgo, no solo en conductas inmediatas, sino para las futuras generaciones, sobre todo si estas personas están en edad reproductiva o están gestando un hijo/a.

Esta investigación invita a reflexionar sobre la importancia de considerar la historia familiar de ambos cuidadores, pues la presencia de patrones disfuncionales deben ser abordados.

Los hallazgos obtenidos justifican la importancia de un nuevo diseño de atención prenatal, con la incorporación del padre y centrado en la familia. Orientado al logro de una crianza enfocada en el respeto, cuidado y participación, no sólo materna, sino también del padre, familia y sociedad, que contenga y que esté comprometida en fortalecer todas las prácticas de crianza que apunten a formar un adulto seguro.

La violencia sexual en la niñez presenta cifras alarmante, que amerita que nos hagamos cargo prontamente, sumado a esto la existencia de apegos inseguros hacen que la carga emocional no se ha dimensionado en su real magnitud. Además existen pocos espacios para que las víctimas se atrevan a contar sus experiencias y el complejo proceso que vive un adulto, para develar el abuso sufrido, hacen que cada día se mantenga el secreto que deteriora la salud mental. Es fundamental dar a conocer esta cifra a los profesionales de la salud ya que nuestras atenciones en la mujer gestando, están centradas principalmente en el bienestar fetal olvidando que éste es dependiente del materno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bowlby John. Naturaleza y función de la conducta de apego. El apego y la pérdida. Vol. I. España: Paidós Ibérica; 1993. p. 287-315.
2. Bowlby John. El cuidado de los niños. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. España: Paidós Ibérica; 1989. p. 13-21.
3. Besoain C. Santelices P. Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: Una revisión. *Terapia Psicológica*. 2009; 27(1):113-118.
4. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates [Internet]. 2017 [citado 12 Mayo 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
5. Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Santiago: Subsecretaría de salud pública. División prevención y control de enfermedades. Depto. ciclo vital. Depto. Salud mental; 2014.
6. Moneta M. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr* 2014; 85 (3):265- 268.
7. Vitorio F, Quiñones A. Modelo cognoscitivo postnacionalista. Biblioteca de psicología. Vol 1. 1a. Ed. Bilbao. Desclée de Brouwer; 2018. p. 45-60.
8. Jones J, Cassidy J, Shaver P. Parents self-reported attachment styles: A review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. *Pers Soc Psychol Rev*. 2015; 19(1): 44–76.
9. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of Infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*. 1991; 62 (5): 891-905.

10. Pace C, Folco S, Guerriero V, Santona A, Terrone G. Adoptive parenting and attachment: association of the internal working models between adoptive mothers and their late-adopted children during adolescence. *Front. Psychol.* 2015; 6 (1433):1-11.
11. Perrya R, Blaira C, Sullivanb R. Neurobiology of infant attachment: attachment despite adversity and parental programming of emotionality. *Curr Opin Psychol.* 2017; 17: 1–6.
12. Johnson S, Dweck C, Chen F, Stern H, Ok S, Barth M. At the intersection of social and cognitive development: Internal working models of attachment in infancy. *Cognitive Science.* 2010; 34:807–82.
13. Farkas Ch, Santelices M, Aracena M, Pinedo J. Pontificia Universidad Católica de Chile. Apego y ajuste socio emocional: Un Estudio en embarazadas primigestas. [internet]. 2008 [citado 28 de abr 2019]. *Psykhé* Santiago, 17(1): 65-80. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100007
14. Tryphonopoulos PD, Letourneau N, Ditommaso E. Attachment and caregiver-infant interaction: A review of observational assessment tolos. *Infant Ment Health J.* 2014; 35 (6):642-56.
15. Gayá C, Molero R, Gil MD. Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *Revista de Psicología.* 2014; 3 (1): 375-384.
16. Bowlby John. *La Separación y la Pérdida II.* 1985. Vol. II. España: Paidós Ibérica.
17. Holmes J. Attachment theory in clinical practice: A personal account. *British Journal of Psychotherapy.* 2015; 31(2): 208–228.
18. Bartholomew K, Horowitz L. Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1991; 61(2): 226-244.

19. Páez D, Fernández I, Campos M, Zubieta E, Casullo M. Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*. 2006; 12 (2-3): 329-341.
20. Melis F, Dávila M, Ormeño V, Vera V, Greppi C, Gloger S. Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2001; 39(2): 132-139.
21. Parker G, Tuplin H, Brown L. A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979; 52: 1-10.
22. Yamauchi H, Ogura M, Mori Y, Ito H, Honjo S. The effects of maternal rearing attitudes and depression on compulsive-like behavior in children: The mediating role of children's emotional traits. *Psychology*. 2016; 7:133-144.
23. Martín N, Saldaña A, Morales A. Relación entre apego paterno e infantil, habilidades sociales, monoparentalidad y exclusión social. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2019; (2): 44-48.
24. Albala J, Sepúlveda P. Adaptación del cuestionario parental bonding Instrument (PBI) de Parker, Tupling y Brown, para la población consultante mayor de dieciséis años del Gran Santiago. [Tesis para optar al grado de licenciado en psicología], Universidad Central, Santiago, Chile. 1997.
25. Dávila Y. La influencia de la familia en el desarrollo del apego. *Revista de la Universidad de Cuenca*. 2015; 57: 121-130.
26. Maddaleno M, Horwitz N, Jara C, Florenzano R, Salazar D. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Rev Chil Pediatr*. 1987; 58:246-9.
27. Ministerio de Salud. Orientaciones para implementar del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria – Dirigido a equipos de

- salud. Santiago. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Organización Panamericana de la salud. [Internet]. 2012. [citado 22 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
28. Shieh C, Kravitz M, Wang HH. What do we know about maternal-fetal attachment? *Kaohsiung J Med Sci*. 2001. Sep; 17(9):448-54.
29. Persson E, Fridlund B, Kvist L, Dykes A. Fathers' sense of security during the first postnatal week—A qualitative interview study in Sweden. *Midwifery* 28 (2012) e697–e704
30. Muñoz M, Poo A, Baeza B, Bustos L. Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev Chil Pediatr*. 2015; 86 (1): 25-31
31. Pimentely V, Santelice M. Apego adulto y mentalización en hombres que han ejercido violencia hacia su pareja. *Psyche* 2017, 26(2): 1-16.
32. Urrutia A. Violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo: Comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria. [Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva]. Universidad de Concepción. [Internet]. 2016. [citado 14 Mayo 2019]. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2095/Tesis_Violencia_Contra_la_Mujer_por_parte_de_su_pareja.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Ministerio de Salud. Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA). Nota metodológica complementaria para profesionales y equipos de salud Santiago. [Internet]. 2010. [citado 08 Enero 2020]. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Nota-Metodologica-EPsA_2010.pdf
34. Majdalani M, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía R. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género

- en las consultas clínicas. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(2):79–83.
35. International planned parenthood federation. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. [Internet]. 2010 [citado 2 Septiembre 2019]. Disponible en: [www.http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D358.pdf](http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D358.pdf)
 36. Koss J, Bidzan M, Smutek J, Bidzan L. Influence of perinatal depression on labor-associated fear and emotional attachment to the child in high-risk pregnancies and the first days after delivery. Medical Science Monitor. 2016; 22: 1028-1037.
 37. Ministerio de Interior y seguridad pública. CONACE. Mujeres y tratamiento de drogas. Sugerencias para el abordaje de mujeres embarazadas con problemas de drogas. Área técnica de tratamiento y rehabilitación. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [Internet] 2010 [citado 15 Septiembre 2019]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Documento_embarazo.pdf
 38. Chasnoff I, Wells A, McGourty R, Bailey L. Validation of the 4P's Plus screen for substance use in pregnancy validation of the 4P's Plus. Journal of Perinatology. 2007; 27: 744–748.
 39. Ministerio de Interior y seguridad pública. SENDA. Mujeres y tratamiento de alcohol y otras drogas embarazo, puerperio y lactancia. Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. División Programática. Santiago [internet] 2016 [citado 8 Septiembre 2019]. Disponible en: <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos.pdf>
 40. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la

Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias 2001.

41. Santis R, Garmendia M, Acuña G, Alvarado M, Arteaga O. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 103(3): 155-8.
42. Ministerio del interior y salud pública. SENDA. Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados Escala. Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Boletín N°3. [internet] 2015 [citado 02 de septiembre]. Disponible en: [www.http://senda.gob.cl](http://senda.gob.cl)
43. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2010; 48 (4): 307-318.
44. Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. *Summa psicológica ust*. 2015; 12(1): 77-87.
45. Cáceres F, Ruiz M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia. 2014-2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69:22-31.
46. Nazario C, Ventura J, Flores E. La importancia de la ecografía a las 11+0 a 13+6 semanas de embarazo. Actualización. *An Fac med*. 2011;72(3):211-5
47. Gómez Y, Vallejo V, Villada J, Zambrano R. Caracterización de lazos parentales en estudiantes de pregrado de la universidad de Antioquia. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*. 2009; 1(1):35-53.
48. Rocha N, Umbarila C, Meza, V, Riveros F. Estilos de apego parental y dependencia emocional en las relaciones románticas de una muestra de jóvenes universitarios en Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2019; 15(2): 285-299.

49. Contreras Y. Efectos de la oxitocina sintética utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento social del niño(a), durante los primeros años de vida. [Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Mental]. Universidad de Concepción. [Internet] 2017 [citado 8 Enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/2795/3/Tesis_Efectos_de_la_oxitocina_sintetica.pdf
50. Álvarez E. Estilos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño(a). [Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva] Universidad de Concepción [Internet] 2016 [citado 8 Enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/jspui/bitstream/11594/2099/3/Tesis_Estilo_de_Apego_materno.Image.Marked.pdf
51. Ministerio del interior y salud pública. SENDA. Décimo segundo estudio nacional de drogas en población general de Chile. Observatorio chileno de drogas. [Internet] 2016 [citado 9 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>
52. Schindler A, Bröning S. A Review on Attachment and Adolescent Substance Abuse: Empirical Evidence and Implications for Prevention and Treatment, Substance Abuse. 2015; 36(3): 304-313.
53. Gomez U, Goodwin L, Jackson L, Jones A, Chisholm A, Rose A. Are psychosocial interventions effective in reducing alcohol consumption during pregnancy and motherhood? A systematic review and meta-analysis. Addiction. Editor-in-Chief, John Marsden. 2020.
54. Lucas M^a, Montañés F. Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. Adicciones. 2006; 18 (4):377-386.
55. Contreras J, Busquets M, Martínez C, Molinet J, Torrentó C. Percepción del Vínculo Parental y Violencia de Género. Estudio sobre la percepción del vínculo materno-filial en familias que han sufrido

- situaciones de violencia de género. *Revista de Trabajo Social y Acción Social*. 2015; 55: 118-143.
56. Brown G, Harris T, Craig T. Exploración de la influencia del apego inseguro y el maltrato de los padres en la incidencia y el curso de la depresión clínica en adultos. *Medicina psicológica*. 2019; 49 (6): 1025-1032.
57. Spatz C, Czaja S, Sepulveda S, Chauhan P. Does Adult Attachment Style Mediate the Relationship between Childhood Maltreatment and Mental and Physical Health Outcomes?. *Child Abuse Negl*. 2018; 76: 533–545.
58. Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. [Internet] 2003 [citado 29 diciembre 2020] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf
59. Congreso Nacional de Chile. Violencia sexual contra la infancia. El avance legislativo y sus desafíos contra la infancia. Ediciones Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Santiago de Chile. 2015. 1ª Edición, pág.64
60. Ensink K, Borelli J, Normandin L., Target M, Fonagy P. Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. *Am J Orthopsychiatry*. 2020;90(1):115-124.
61. Johnstone J, Carter J, Luty S, Mulder R, Frampton C, Joyce R. Maternal care and paternal protection influence response to psychotherapy treatment for adult depression. *Journal of Affective Disorders* 2013; 149: 221–229.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Nombre variable	Dependiente/ independiente	Cuantitativa /cualitativa	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Independiente	Cuantitativa	Número de años cumplidos por la mujer.	Discreta	Nominal
Relación de pareja	Independiente	Cualitativa	Vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas.	Dicotómica	Nominal SI/NO
Nivel educacional	Independiente	Cualitativa	Último año aprobado en una institución de educación reconocida por el estado.	Nominal politémica	Ordinal -Básica incompleta -Básica completa -Media Incompleta -Media completa -Superior incompleta -Superior completa -Postgrado
Tipo de familia	Independiente	Cualitativa	Unidad social constituida por un grupo de personas unida por vínculos consanguíneos, afectivos y/o cohabitacionales que llenan las necesidades diversas en el ser humano para su desarrollo integral.	Nominal politémica	Nominal Nuclear: Monoparental Biparental Extensa Extendida Reconstituida

					Homoparental Sin vínculos definida
Satisfacción de la funcionalidad familiar	Independiente	Cualitativa	La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio. Se evalúa con el Apgar familiar que mide el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento familiar.	Nominal politómica	Nominal Familias altamente funcionales (7 a 10 puntos) Familias moderadamente funcionales (4 a 6 puntos) y Familias severamente disfuncionales (0 a 3 puntos).
Consumo alcohol	Independiente	Cualitativa	Presenta: Si o no consumo de alcohol. Si presenta se aplica Instrumento AUDIT	Nominal politómica	Nominal Consumo de riesgo 8-15 Consumo perjudicial: 16-19 puntos Dependencia: 20 y más
Consumo de drogas	Independiente	Cualitativa	Presenta: Si o no presenta consumo de drogas Si presenta completar instrumento	Dicotómica	Nominal
Consumo de cigarro	Independiente	Cualitativa	Presenta: Si o no presenta consumo de cigarro Si presenta completar instrumento.	Dicotómica	Nominal

Violencia de género, física, o psicológica	Independiente	Cualitativa	Es víctima o ha sido víctima de violencia de género: Si o no. En caso de ser positivo: Completar instrumento	Dicotómica	Nominal
Paridad	Independiente	Cuantitativa	Número de embarazos, partos y de abortos	Discreta	Nominal
Vínculo materno en el adulto PIB apego materno	Dependiente	Cualitativa	Lazo íntimo entre el sujeto y su madre. Para obtener la variable se utilizara el PBI en, se obtiene los siguientes resultados: Vínculo óptimo, Vínculo Ausente, Constricción cariñosa y control sin afecto	Politómica	Nominal
Vínculo paterno en el adulto PIB apego paterno	Dependiente	Cualitativa	Lazo íntimo entre el sujeto y su padre. Para obtener la variable se utilizara el PBI en, se obtiene los siguientes resultados: Vínculo óptimo, vínculo ausente, constricción cariñosa y control sin afecto	Politómica	Nominal
Edimburgo Riesgo de depresión en la gestación	Independiente	Cualitativa	La escala a aplicar es: Edimburgo alterado mayor o igual a 13 puntos en el ingreso	Politómica	Nominal

ANEXO N°2



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN FACULTAD DE MEDICINA

“RELACIÓN ENTRE LOS PATRONES DE APEGO DEL ADULTO EN GESTANTES CONTROLADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCO

Estimada usuaria:

El objetivo de este cuestionario es recopilar antecedentes que nos permita obtener información para “Establecer la relación entre los patrones de apego materno y paterno en el adulto con los factores protectores y de riesgo presentes en gestantes controladas en el consultorio adosado del hospital Dr. Rafael Avaria de Curanilahue durante el primer trimestre del año 2020. Le recuerdo que estos antecedentes son confidenciales y sólo con fines investigativos.

Responda los siguientes enunciados según corresponda.

I.- ANTECEDENTES PERSONALES

1.- N° Ficha clínica

2.- Teléfono:

3.- Edad en años cumplidos

4.- Nivel de estudio (último año aprobado): Marque con una X

Básica incompleta

Básica completa

Media incompleta

Media completa

Enseñanza superior incompleta

Enseñanza superior completa

Postgrados -Postítulos

I.- ANTECEDENTES PERSONALES Y RELACIÓN FAMILIAR



1.- ¿Usted tiene pareja estable actualmente?

SI

NO

2.- ¿Cuántos meses lleva con su pareja actual?-----

3.- Tipo de familia tipo (Tarjetón familiar) -----

4.- Resultado de escala Edimburgo (Ficha clínica) -----

5.- Funcionalidad familiar (**APGAR familiar**)

Por favor complete con una X el enunciado que más identifique la pregunta expuesta:

PREGUNTAS	Casi siempre	A veces	Casi nunca
1.- ¿Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
2.- ¿Conversan entre Uds. los problemas que tiene en la casa?			
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
4.- ¿Los fines de semana son compartidos por todos en casa?			
5.- ¿Sientes que tu familia te quiere?			

II.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1.- ¿Cuántos embarazos ha tenido anteriormente?

2.- ¿Cuántos abortos ha tenido anteriormente?

3.- ¿Cuántos partos ha tenido anteriormente?

III. HÁBITOS PERSONALES

1.- ¿En su último año, ha consumido alguna bebida alcohólica?

SI

Si su respuesta es **SI** pase a la pregunta 2

NO

Si su respuesta es **NO** continúe con la respuesta 3

2.- Por favor responda las siguientes preguntas marcando con una X la que represente mejor su respuesta: **(Instrumento AUDIT)**

Sigla	Preguntas	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Audit 1	¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica?	Nunca	1 vez al mes o menos	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
Audit 2	¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?	Entre 0 y 2	Entre 3-4	Entre 5-6	Entre 7-9	10 o más
Audit 3	¿Qué tan seguido toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	mensualmente	Semanalmente	Todo o casi todos días
Audit 4	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	mensualmente	Semanalmente	Todo o casi todos días

Audit 5	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol altero el desempeño de sus actividades normales?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	mensualmente	Semanalmente	Todo o casi todos días
Audit 6	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesito beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todo o casi todos días
Audit 7	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	mensualmente	Semanalmente	Todo o casi todos días
Audit 8	¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió en la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todo o casi todos días

Audit 9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?	no		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
Audit 10	¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	no		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año



3.- ¿En su último año, ha consumido alguna droga o cigarrillos?

SI

Si su respuesta es **SI** pase a la pregunta 4

NO

Si su respuesta es **NO** continúe con la siguiente

Página

4.-Por favor responda las siguientes preguntas marcando con una X la que represente mejor su respuesta: **(Instrumento las 4 P's Plus - modificado)**:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿Alguno de sus padres ha tenido algún problema relacionado con alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especifique: madre – padre- ambos | <input type="text"/> | |
| b) ¿Su pareja ha tenido algún problema relacionado con drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Ud. alguna vez ha consumido drogas?
Especifique cuál (es) droga(s) | <input type="text"/> | |
| d) ¿Ud. ha bebido alguna vez cerveza, vino o algún tipo de licor (destilado)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) En el mes previo a que Ud. conociera que estaba embarazada ¿cuántos cigarrillos fumaba? (semanal) | <input type="text"/> | |
| f) En el mes previo a que Ud. conociera que estaba embarazada, ¿Cuántas veces consumió drogas? (semanal) | <input type="text"/> | |

IV. ANTECEDENTES DE DINAMICA DE PAREJA

1.- ¿Su pareja u otra figura masculina para usted le ha causado daño emocional o psicológico por medio de alguna de las siguientes situaciones en forma repetida?

Por ejemplo:

- | | |
|----------------------------|---|
| Insultarla | Aislamiento de amigos o parientes |
| Hacerla sentir avergonzada | Desprecio por las tareas que usted realiza |
| Humillarla | Destrucción de objetos propios |
| Burlarse de usted | Daño a mascotas |
| Amenazarla | Le controla con quien conversas o sus actos |
| Rechazo o desprecio | Otras: cuáles: |

SI NO NO DESEA CONTESTAR

¿QUIÉN (QUIENES) LO HIZO?.....

2.- ¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

- | | | | |
|--------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Niñez | <input type="checkbox"/> | Adultez | <input type="checkbox"/> |
| Adolescencia | <input type="checkbox"/> | Adolescencia | <input type="checkbox"/> |
| Juventud | <input type="checkbox"/> | Embarazo y postparto | <input type="checkbox"/> |

3.- ¿Sucede actualmente?

SI NO NO DESEA CONTESTAR

4.- ¿Su pareja u otra figura masculina para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? Por ejemplo:

- | | | |
|---------------|--------------------|--------------------|
| Empujones | Golpes con objetos | Quemaduras |
| Zamarreos | Golpe de puños | Ahorcamiento |
| Pellizcos | Mordeduras | Daño con armas |
| Tirón de pelo | Palizas | Otras: cuál: |
| Cachetadas | Patadas | |

SI NO NO DESEA CONTESTAR

¿QUIÉN (QUIENES) LO HIZO?.....

5.- ¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

- | | | | |
|--------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Niñez | <input type="checkbox"/> | Adulthood | <input type="checkbox"/> |
| Adolescencia | <input type="checkbox"/> | Adolescencia | <input type="checkbox"/> |
| Juventud | <input type="checkbox"/> | Embarazo y postparto | <input type="checkbox"/> |

6.- ¿Sucede actualmente?

SI NO NO DESEA CONTESTAR

7.- ¿Su pareja u otra figura significativa le controla el dinero que gasta?

SI NO NO DESEA CONTESTAR

8.- ¿Alguna vez en su vida ha sido forzada u obligada a tener relaciones o contacto sexual?

SI NO NO DESEA CONTESTAR

¿QUIÉN (QUIENES) LO HIZO?.....

10.- ¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

Niñez Adultez

Adolescencia Adolescencia

Juventud Embarazo y postparto

11.- ¿Sucede actualmente?

SI NO NO DESEA CONTESTAR

12.- ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida?

SI NO NO DESEA CONTESTAR

13.- ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual?

SI NO NO DESEA CONTESTAR

¿QUIÉN (QUIENES) LO HIZO?.....

14.- Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?

SI NO NO SABE NO DESEA CONTESTAR

15 ¿Hay algún otro factor de riesgo que deba ser considerado? Que no se haya mencionado anteriormente.

SI NO NO SABE CUÁLES

PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI) (Parker, Tupling y Brown, 1979) Responda las siguientes preguntas pensando en el cuidado y relación que tenía usted con su madre antes de los 16 años de edad:

CUESTIONES	MADRE			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Me dejaba hacer las cosas que me gustaban.				
Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.				
Me dejaba decidir las cosas por mí mismo.				
Me daba más libertad de la que yo quería.				
Me dejaba salir tan a menudo como yo deseaba.				
Dejaba que me vistiera como a mí me gustaba.				
Suma de puntuaciones				

PREGUNTAS	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
No quería que yo creciera.				
Intentaba controlar todo lo que yo hacía				
Invadía mi vida privada.				
Tendía a tratarme como a un/a niño/a.				
Intentaba hacerme dependiente de él/ella.				
Sentía que yo no podía cuidar de mí mismo/a no ser que él/ella estuviera cerca.				
Era sobre- protector /a conmigo.				
Suma de puntuaciones				

CUESTIONES	MADRE			
PREGUNTAS	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Hablaba conmigo en un tono de voz cálido y amistoso.				
No me ayudaba tanto como yo necesitaba.				
Parecía entender mis problemas y preocupaciones				
Era afectuoso/a conmigo.				
Disfrutaba charlando conmigo				
Me sonreía frecuentemente.				

Podía hacer que me sintiera mejor cuando me encontraba contrariado				
No hablaba mucho conmigo.				
Suma de puntuaciones				
PREGUNTAS	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Conmigo parecía emocionalmente frío/a.				
No parecía entender lo que yo quería o necesitaba.				
Me hacía sentir que no era querido.				
No me decía palabras de elogio				
Suma de puntuaciones				



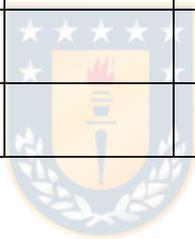
Responda las siguientes preguntas pensando en los cuidados y relación con su padre antes de los 16 años de edad:

CUESTIONES	PADRE			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Me dejaba hacer las cosas que me gustaban.				
Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.				
Me dejaba decidir las cosas por mí mismo.				
Me daba más libertad de la que yo quería.				

Me dejaba salir tan a menudo como yo deseaba.				
Dejaba que me vistiera como a mí me gustaba.				
Suma de puntuaciones				
No quería que yo creciera.				
Intentaba controlar todo lo que yo hacía				
Invadía mi vida privada.				
Tendía a tratarme como a un/a niño/a.				
Intentaba hacerme dependiente de él/ella.				
Sentía que yo no podía cuidar de mí mismo/a no ser que él/ella estuviera cerca.				
Era sobre- protector /a conmigo.				
Suma de puntuaciones				

CUESTIONES	PADRE			
PREGUNTAS	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Hablaba conmigo en un tono de voz cálido y amistoso.				
No me ayudaba tanto como yo necesitaba.				
Parecía entender mis problemas y preocupaciones				
Era afectuoso/a conmigo.				

Disfrutaba charlando conmigo				
Me sonreía frecuentemente.				
Podía hacer que me sintiera mejor cuando me encontraba contrariado				
No hablaba mucho conmigo.				
Suma de puntuaciones				
Conmigo parecía emocionalmente frío/a.				
No parecía entender lo que yo quería o necesitaba.				
Me hacía sentir que no era querido.				
No me decía palabras de elogio				
Suma de puntuaciones				



¡Muchas gracias por su colaboración!

Todos los datos entregados serán con fines de investigación y confidenciales

ANEXO N°3

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE

Código: _____

INFORMACIÓN:

Título: Relación entre los patrones de apego del adulto en gestantes controladas en la atención primaria del Servicio de Salud Arauco

Investigador(a) responsable: Jusselit Estrada Galdames

Vinculación con la Universidad de Concepción de Investigador(a)

Responsable: Estudiante Magister en Salud Sexual y reproductiva

Co-investigadores(as) e institución con las que están vinculados(as):

Tutor(a) académico(a): Dra. Yolanda Conteras García.

Centro Patrocinante: Departamento Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Centro de Investigación: _____

Estimada Sra.:

Mediante el presente documento se invita a usted a participar a en la investigación titulada “Relación entre los patrones de apego del adulto en gestantes controladas en la atención primaria del Servicio de Salud Arauco.” que se realizará en algunos centros de atención primaria de la Provincia de Arauco. Esta información le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa si existen algunas dudas por favor, siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados detalladamente aquellos conceptos que no sean comprendidos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle al Investigador Responsable cuando desee.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Establecer la relación entre los patrones de apego materno y paterno en el adulto con los factores protectores y de riesgo presentes en gestantes

controladas en centros de atención primaria del Servicio de Salud Arauco durante el primer trimestre del año 2020.

Este estudio, le permitirá conocer el patrón de apego que tuvo usted en su niñez y las variables que pueden interferir en este tipo de apego. El apego está relacionado al vínculo y relación que se forme con su hijo(a) en gestación, estos datos son útiles para preparar una interacción óptima con su hijo (a) en el futuro.

Si accede a participar se considera como criterio de inclusión que su edad sea superior a 16 años, que ingrese a control prenatal en la atención primaria durante el primero trimestre del 2020. Que disponga de la pauta de riesgo de depresión aplicada, disponer de una capacidad mental que permita comprender los objetivos de la investigación y por último es que usted acepte participar.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

Su participación en esta investigación es totalmente LIBRE Y VOLUNTARIA. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, su atención no será afectada en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal

PROCEDIMIENTO

Los antecedentes se obtendrán con la aplicación de un cuestionario donde se obtendrá información sociodemográfica necesarios para la investigación. Además, se extraerán datos de la ficha clínica como resultado escala Edimburgo aplicada en su primer control y tipo de familia de su ficha familiar. Asimismo se aplicaran los siguientes instrumentos que permitirán el cruce de variables: *Apgar familiar* (en todos los casos), *AUDIT* (sólo si tiene positivo pregunta sobre consumo), *El 4 P's Plus* (en todos los casos), *IPPF_RHO* (en todos los casos) y *Parental Bonding Instrument (PBI)*: (en todos los casos).

Todo el proceso se llevará a cabo en el primer control prenatal, tiempo estimado en promedio de 20 minutos. (Cualquier duda consultar a matrona de sector o al fono disponible en esta ficha). Puede ser aplicado antes de su ingreso a control prenatal o después de terminado su control. (Disponer según comodidad)

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION. La investigación nos permite reconocer factores que pueden interferir en el vínculo con su futuro hijo/a. Los resultados, permitirán diseñar estrategias de abordaje que mejore esta calidad vincular de manera precoz y entonces desarrolle un vínculo afectivo con su hijo(a) más armónico, aspecto fundamental para el desarrollo de la salud mental futura de su recién nacido(a)

CONFIDENCIALIDAD.

La información recolectada se mantendrá CONFIDENCIAL y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto, se usará un código que identifique la información proporcionada por los sujetos de investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio sólo el equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor. El investigador responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio.

PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Al finalizar esta investigación, los resultados obtenidos se difundirán en el informe que corresponde a mi tesis de grado de magister en salud sexual y reproductiva, del mismo modo puede ser expuesta en eventos científicos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. Manteniendo la absoluta confidencialidad de las participantes.

CONTACTO

Si tiene alguna duda comuníquese con el (la) Investigador responsable Jusselit Estrada Galdames al correo electrónico jusselit@gmail.com o con la

Presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de la Universidad de Concepción Dra. Isabel Cottin Carrazana, al correo electrónico cecmedicina@udec.cl. También podrá comunicarse con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Código: _____

**HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO TITULADO**

“Relación entre los patrones de apego del adulto en gestantes controladas en la atención primaria del Servicio de Salud Arauco”

ANTES DE FIRMAR ESTA CONSENTIMIENTO DECLARO QUE:

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que entiendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- Acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en este formulario de consentimiento informado.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Recibí una copia firmada y fechada de este documento.
- Sé que al firmar este documento, no renuncio a ninguno de los derechos legales.

•

Fecha ___/___/_____

Nombre del (la) participante

Firma

Yo, el que suscribe, investigador, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará al participante una copia de esta información.

Nombre de Investigador(a) responsable

Firma



ANEXO N°4

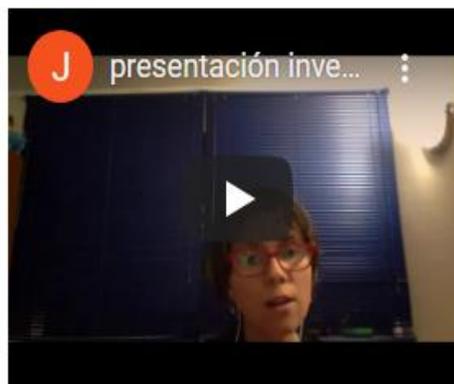


Tesis de investigación

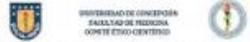
"RELACIÓN ENTRE LOS PATRONES DE APEGO DEL ADULTO EN GESTANTES CONTROLADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCO"

* Required

Mi nombre es Jusselit Estrada Galdames y la invito a participar en mi investigación titulada "Relación entre los patrones de apego del adulto en gestantes controladas en la atención primaria del Servicio de Salud Arauco". A continuación encontrará un video de presentación que le permitirá evaluar y decidir si desea participar.

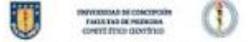


Les presento el consentimiento informado escrito de la investigación. Seleccione la opción que sea de su agrado *



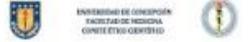
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES CASOS

INFORMACIÓN:
 Tienes derecho a ser informado de la investigación antes de decidir si deseas participar en ella. Este formulario de consentimiento informado es un documento que describe los detalles de la investigación y los riesgos y beneficios de participar en ella. Es importante que leas este formulario de consentimiento informado con atención y entiendas lo que estás haciendo al firmar este formulario. Si tienes alguna duda o necesitas más información, puedes preguntar al investigador responsable de la investigación. Este formulario de consentimiento informado es un documento que describe los detalles de la investigación y los riesgos y beneficios de participar en ella. Es importante que leas este formulario de consentimiento informado con atención y entiendas lo que estás haciendo al firmar este formulario. Si tienes alguna duda o necesitas más información, puedes preguntar al investigador responsable de la investigación.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES CASOS

INFORMACIÓN:
 Tienes derecho a ser informado de la investigación antes de decidir si deseas participar en ella. Este formulario de consentimiento informado es un documento que describe los detalles de la investigación y los riesgos y beneficios de participar en ella. Es importante que leas este formulario de consentimiento informado con atención y entiendas lo que estás haciendo al firmar este formulario. Si tienes alguna duda o necesitas más información, puedes preguntar al investigador responsable de la investigación. Este formulario de consentimiento informado es un documento que describe los detalles de la investigación y los riesgos y beneficios de participar en ella. Es importante que leas este formulario de consentimiento informado con atención y entiendas lo que estás haciendo al firmar este formulario. Si tienes alguna duda o necesitas más información, puedes preguntar al investigador responsable de la investigación.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO ESTILADO

INFORMACIÓN:
 Tienes derecho a ser informado de la investigación antes de decidir si deseas participar en ella. Este formulario de consentimiento informado es un documento que describe los detalles de la investigación y los riesgos y beneficios de participar en ella. Es importante que leas este formulario de consentimiento informado con atención y entiendas lo que estás haciendo al firmar este formulario. Si tienes alguna duda o necesitas más información, puedes preguntar al investigador responsable de la investigación. Este formulario de consentimiento informado es un documento que describe los detalles de la investigación y los riesgos y beneficios de participar en ella. Es importante que leas este formulario de consentimiento informado con atención y entiendas lo que estás haciendo al firmar este formulario. Si tienes alguna duda o necesitas más información, puedes preguntar al investigador responsable de la investigación.

- Sí acepto participar (Declaro que he leído y comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto).
- No acepto participar (Declaro que he leído y comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto).

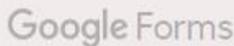
Colocar fecha de respuesta encuesta

Date
 dd-mm-aaaa

Next

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#)



ANEXO N°5

 <p>SUBDIRECCION MEDICA DEPARTAMENTO GESTION DE CALIDAD Y SEG. DEL PACIENTE COMITÉ DE ÉTICA</p>	Ord.: 2 N° <u>291</u>
DR. WTP / EL NSV / EU SSA / Infe	ANT.: Estudio clínico Comité de Ética Científico Provincial Servicio Salud Arauco.
	MAT.: Respuesta de Comité Ética Científico Provincial a Estudio clínico

LEBU, **25 FEB. 2020**

DE: DIRECTOR SERVICIO SALUD ARAUCO.

A: JUSSELIT ESTRADA GALDAMES

Por intermedio del presente documento adjunto a Ud., respuesta del Comité de Ética Científico Provincial, que **APRUEBA** "Investigación: "Relación entre los patrones de apego del adulto en gestantes controladas en la atención primaria del Servicio de Salud Arauco" a realizarse en Hospital de Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue, CESFAM Eleuterio Ramírez de Curanilahue y CESFAM Laraquete.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Saluda atentamente a Ud.,



MIGUEL CANALES CARRASCO
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCO

Distribución:

- ♦ La indicada.
- ♦ Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue
- ♦ CESFAM Laraquete, CESFAM Eleuterio Ramírez de Curanilahue
- ♦ Archivo Depto. Gestión de Calidad y Seg. del Paciente, Comité Ética, SSA.
- ♦ Archivo Oficina de Partes, SSA.

Part.

	DIRECCIÓN SERVICIO SALUD ARAUCO "Procedimiento evaluación de casos de investigación en seres humanos Comité Provincial Ético Científico del Servicio Salud Arauco".	CÓDIGO	DP-3.1
			Nº VERSIÓN 01

Acta de Comité "Evaluación de Estudios Clínicos".

Lebu, 19 de febrero de 2020

Resultados

1. Protocolo Nº: 2020 -05
- 2.- Estudio Clínico: "Relación entre los patrones de apego del adulto en gestantes controladas en la atención primaria del Servicio de Salud Arauco"
- 3.- Fecha de Presentación: 18 de febrero de 2020

ACTA:

En reunión del Comité Provincial Ético asistencial, y analizados los antecedentes del Estudio clínico presentado, se concluye lo siguiente:

Determinación:

APROBADO:

RECHAZADO:




Andreas Rubilar Sepúlveda
Médico Cirujano
Rut: 14.651.362-9

PRESIDENTE
COMITÉ PROVINCIAL ETICO CIENTÍFICO
ASISTENCIAL
SERVICIO SALUD ARAUCO

ANEXO N°6



Universidad de Concepción
Facultad de Medicina
Comité Ético Científico



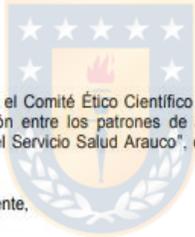
Concepción, 13 de marzo de 2020
CEC 01/2020

Señorita
Jusselit Estrada Galdames
Programa Magíster en Salud Sexual y Reproductiva
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimada Srta Estrada:

Junto con saludar, la informamos que el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, ha su proyecto de tesis titulado "Relación entre los patrones de apego del adulto en gestantes controladas en la atención primaria del Servicio Salud Arauco", el cual ha sido APROBADO por este Comité.

Sin otro particular, se despide atentamente,




Dra. Isabel Cottin Carrazana
PRESIDENTA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Edificio Facultad de Medicina, Chacabuco
esq. Janequeo
Fono (56-41) 220 4407
Casilla 160 C - Correo 3, Concepción, Chile

ANEXO N°7



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 618-2020.

Concepción, abril de 2020.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, ha revisado el Proyecto de Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad de Concepción, titulado **"RELACIÓN ENTRE LOS PATRONES DE APEGO DEL ADULTO EN GESTANTES CONTROLADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCO"**, presentado por la SRTA. **JUSSELIT TAMARA ESTRADA GALDAMES**, en calidad de Investigadora Responsable, cuya Profesora Guía es la DRA. **YOLANDA SOFIA DEL CARMEN CONTRERAS GARCÍA**, académica adscrita al Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para la investigación científica que considera la participación de personas.

En el presente Proyecto de Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva el objetivo general es establecer la relación entre los patrones de apego materno y paterno en el adulto con los factores protectores y de riesgo en gestantes controladas en los centros de atención primaria del Hospital "Rafael Avaria Valenzuela", CESFAM "Eleuterio Ramírez", ambos de Curanilahue, y CESFAM Laraquete, todos establecimientos de salud pertenecientes al Servicio de Salud Arauco. Para esto, propone la ejecución de 04 (cuatro) objetivos específicos, cuya actividades contemplan inicialmente, caracterizar el perfil biosociodemográfico y obstétrico de las mujeres gestantes; después, identificar los patrones de apego materno y paterno del adulto a través del instrumento *Parent Bonding Instrument* (PBI) en las gestantes y determinar factores protectores y de riesgo presentes en el grupo. Por último, buscará relacionar los patrones de apego materno y paterno del adulto con los factores protectores y de riesgo.

Para esta investigación de tipo cuantitativa, correlacional de corte transversal, la población de estudio contempla la inclusión de mujeres mayores de 16 años y que ingresen a control prenatal en la atención primaria de los centros de salud primaria bajo una pauta de riesgo de depresión aplicada. Todo lo anterior está descrito en "MATERIAL Y MÉTODO" de la propuesta de proyecto en pauta.

La participación de cada sujeto estará basada en el proceso de Consentimiento Informado documentado, conforme modelo presentado a este Comité institucional, y regularmente firmado.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

El análisis de los datos, utilizará pruebas estadísticas adecuadas para obtener el resultado que busque dar respuesta a lo planteado, estando todo debidamente indicado en el Proyecto de Tesis de Magister en en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Concepción.

La custodia de la información, de los datos y de los resultados del estudio que se propone, será de responsabilidad de la candidata al grado de Magister en Salud Sexual y Reproductiva, la Srta. Jusselit Tamara Estrada Galdames.

La ejecución de las actividades descritas en esta investigación asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en el estudio, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohibe la Clonación Humana" y la Ley N°19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y dado que el proyecto de Tesis titulado "RELACIÓN ENTRE LOS PATRONES DE APEGO DEL ADULTO EN GESTANTES CONTROLADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCO", presentado por la SRTA. JUSSELIT TAMARA ESTRADA GALDAMES, en calidad de Investigadora Responsable, junto a su Profesora Guía DRA. YOLANDA SOFIA DEL CARMEN CONTRERAS GARCÍA, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT (2013), y en consecuencia, por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile, este Comité resuelve aprobarlo, confiando el presente Certificado.

DRA. MARÍA ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile

