



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina -Programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva

**“Estilos de apego materno y nivel de desarrollo
psicomotor del niño(a)”.**

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

ESTRELLA OFELIA ÁLVAREZ PACHECO

CONCEPCIÓN-CHILE

2016

Profesor Guía: Yolanda Contreras García.
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción.



Dedicado a:

A mis padres Sergio y Estela

que inspiraron en mí el amor por el conocimiento.

A mi esposo Juan Carlos por su apoyo incondicional

A mis hijos Karla y Alejandro, por su compañía y aliento.



Agradecimientos

A mi tutora Sra. Yolanda Contreras García, quien ha guiado mis primeros pasos en el universo de la Investigación científica, por su apoyo, su cercanía durante este tiempo de formación académica.

A mi amigo Alexy Rosales por su compartir su conocimiento y su tiempo

A la Sra. Yolanda Romero por colaborar en el desarrollo de este estudio.

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	3
3.- HIPÓTESIS.....	29
4.- OBJETIVOS.....	29
5.- MATERIAL Y MÉTODO.....	30
6.- RESULTADOS.....	34
7.- DISCUSIÓN.....	47
8.- CONCLUSIONES.....	52
9.- PROYECCIONES.....	53
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
11.- ANEXOS.....	61
Anexo I. Operacionalización de variables.....	61
Anexo II. Instrumentos de recolección de datos.....	64
Anexo III. Cuestionario de aplicación PBI.....	69
Anexo IV. Juicio de experto.....	70
Anexo V. Autorización CESFAM.....	75
Anexo VI. Autorización Comité de Ética.....	76
Anexo VII. Consentimiento informado.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1: Áreas del Desarrollo Integral Infantil. 15
- Tabla 2: Caracterización del Perfil Sociodemográfico. 35
- Tabla 3: Caracterización de los antecedentes perinatales de las díadas. 37
- Tabla 4: Descripción del tipo de vínculo con sus progenitores en madres casos versus control. 38
- Tabla 5: Homologación del vínculo–apego en las madres 39
- Tabla 6: Distribución de los tipos de apego materno en casos y controles según variables psicosociodemográficas. 40
- Tabla 7: Distribución de diagnóstico de DSM y apego materno. 41
- Tabla 8: Descripción de las áreas afectadas del DSM en el grupo de niños(as) casos según pautas aplicadas. 42
- Tabla 9: Distribución del estilo de apego materno con el área afectada de DSM de los niños (as) evaluados con EEDP. 43
- Tabla 10: Distribución del estilo de apego materno con el área afectada de DSM de los niños(as) evaluados con TEPSI. 44
- Tabla 11: Relación entre tipo de lactancia y estilo de apego materno en grupos caso-control. 45
- Tabla 12: Relación entre evaluación de la participación del padre en la crianza y estilo de apego materno en grupos caso-control. 46

RESUMEN

Antecedentes: El estilo de apego desarrollado en los primeros vínculos perdura toda la vida. El Desarrollo Psicomotor (DSM) corresponde al proceso en que el niño adquiere progresivamente habilidades y respuestas; para ello necesita un entorno favorable que comienza por un apego seguro.

Objetivo: Relacionar estilos de apego materno en diadas con y sin alteraciones del DSM, controladas en el sistema sanitario público de una comuna del sur de Chile, durante el año 2013.

Material y método: Estudio cuantitativo, caso-control, retrospectivo. La muestra fueron 42 diadas, 21 casos y 21 controles, pareados por antecedentes sociodemográficos y perinatales. El DSM fue evaluado por la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor y el Test de Desarrollo Psicomotor y el apego materno por el Parental Bonding Instrument. Análisis estadístico realizado con el programa SPSS versión 19.0. Estudio aprobado por comité de ética.

Resultados: La prevalencia de déficit DSM fue del 10.76%. El 16,6% presentó apego materno seguro en la muestra total. El apego seguro se encontró en un 28,6% para casos versus un 71,4% para controles. Las madres de niños diagnosticados con déficit del DSM a mayor edad, no presentaron estilos de apego seguro. El área de mayor déficit del DSM fue lenguaje. La lactancia materna exclusiva fue una variable protectora del DSM, la participación del padre fue considerada deficitaria en madres con apego inseguro.

Conclusión: Se observó una tendencia entre estilo de apego materno inseguro y déficit del DSM. La participación del padre debiera ser evaluable en el control del niño para efectos del DSM.

Palabras claves: apego materno, vínculo de apego, relación parental desarrollo psicomotor.

ABSTRACT

Background: attachment style developed in the first links lasts a lifetime. The Psychomotor Development (PsMD) is the process in which the child gradually acquires skills and responses; it needs a favorable environment for secure attachment begins.

Objective: Relate maternal attachment styles in dyads with and without PsMD disorders, controlled in the public health system in a commune in southern Chile, in 2013.

Material and Methods: Quantitative study, case-control, retrospective. The sample consisted of 42 dyads, 21 cases and 21 controls matched for sociodemographic and perinatal history. The PsMD was evaluated by Assessment Scale Psychomotor Development and Psychomotor Development Test and maternal attachment to the Parental Bonding Instrument. Statistical analysis performed with the SPSS program versión 19.0. ethics committee approved the study.

Results: The prevalence of PsMD deficit was 10.76%. 16.6% had secure maternal attachment in the total sample. Secure attachment was found in 28.6% of cases versus 71.4% for controls. Mothers of children diagnosed with PsMD deficit to older, did not show secure attachment styles. The area of greatest deficit was PsMD language. Exclusive breastfeeding was a protective variable PsMD, parent involvement was considered deficient mothers with insecure attachment.

Conclusion: a trend among insecure maternal attachment style and PsMD deficit was observed. Parent involvement should be evaluated in control of the child for purposes of PsMD.

Keywords: maternal attachment, the attachment bond, parental relationship psychomotor development.

1.- INTRODUCCIÓN

La teoría del apego nace del planteamiento formulado por John Bowlby y complementado por Mary Ainsworth sobre el vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo(a), constituye uno de los postulados más sólidos en el campo del desarrollo socio-emocional del ser humano. Esta teoría fundamenta la razón del por qué los niños se apegan emocionalmente a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de su separación¹.

El vínculo de apego se entiende como un proceso que, si bien es fundamental durante los primeros años de vida, se desarrolla durante todo el ciclo vital, mediante la entrega de un cuidado estable, continuo y sensible a lo largo de los años, lo que determina la formación de un apego sano^{2, 3}.

La figura de apego de preferencia es la madre, cuando se desarrolla una figura de apego favorable, esta relación le brinda al niño una sensación de satisfacción de las necesidades psíquicas y físicas y se desarrolla un sentimiento de seguridad, a la inversa cuando la relación de apego es desfavorable el niño sentirá una sensación de inseguridad y miedo⁴.

El estilo de apego desarrollado en especial durante los primeros vínculos perdura durante toda la vida, se pondrá a prueba durante muchos procesos afectivos, siendo crucial en la maternidad, oportunidad en la cual resurge el apego definido en la primera infancia^{5, 6}.

Por otra parte, el desarrollo infantil es la progresiva adquisición de habilidades funcionales a medida que este crece⁷. El Desarrollo Psicomotor (DSM); es considerado la manifestación externa y visible de la maduración del sistema nervioso, corresponde al proceso mediante el cual el niño va adquiriendo progresivamente habilidades y respuestas. Para lograr un

desarrollo adecuado es necesario un entorno favorable así como una oportuna y eficaz estimulación^{7,8}.

El desarrollo adecuado de las funciones psíquicas y motoras, requieren de la estimulación y atención constante entregada por los padres o cuidadores principales, así mismo la satisfacción regular, constante y amorosa de las necesidades del niño ayuda a su desarrollo emocional⁹.

En Chile, el desarrollo psicomotor de niños y niñas se evalúa desde el año 1979 a través de instrumentos estandarizados, su objetivo es pesquisar riesgo o retraso en su DSM. Para el año 2013, un 12,44% de los niños entre 7 y 59 meses controlados en el sistema público presentaron alguna alteración en su desarrollo psicomotor¹⁰.

La relevancia de las relaciones tempranas en los niños(as) y la formación de un vínculo de apego seguro es tal, que pueden potenciar el proceso de regulación y desarrollo del niño².

En Chile, al ingresar una mujer gestante al control prenatal, se realizan una serie de valoraciones para determinar riesgo temprano de factores psicosociales a través de la escala psicosocial abreviada, pero no se evalúa el estilo de apego que poseen, antecedente que pudiera ser un elemento predictor para el relacional con su hijo(a) pudiendo llegar a tener consecuencias en el DSM de éstos(as). Por lo que la presente investigación tiene como objetivo relacionar el estilo de apego materno entre diadas con y sin alteraciones del desarrollo psicomotor del niño(a), que se encuentran en control en el sistema público de atención.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- APEGO

Fundamentos teóricos

En el año 1958, John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista inglés, inicia los estudios en este tema cuando utiliza por primera vez el término “*apego*” para referirse al comportamiento innato, independiente del sexo, que aparece en los momentos de mayor necesidad del niño con el fin de lograr la supervivencia en estados de amenaza. Posteriormente describe el apego como aquella conducta, basada en la necesidad que presenta el niño(a) en la ausencia del cuidador y la satisfacción de la necesidad cuando este aparece¹¹. En el año 1973 utiliza el término “*disponibilidad*”, el que se refiere a la motivación por tener el cuidador accesible¹. En 1980 incorpora los modelos representacionales con relación a las experiencias vividas con el cuidador^{4,12}, de tal modo que elabora una teoría en la cual plantea la asociación causal entre tipo de apego y las posteriores vinculaciones emocionales⁶.

De tal modo que, las interacciones en la primera infancia con padres y cuidadores, formarían modelos de representación mental, los cuales se repetirían a lo largo de toda la vida. Estos modelos tienen información sobre: sí mismos, la figura de apego, y la relación entre ambos, los cuales servirán de guía para establecer relaciones con los otros. Según los modelos internalizados se pueden predecir las conductas y competencias futuras en las relaciones con los otros, además estos modelos se convierten en sistemas modeladores de conducta tanto ante sí mismo como ante los otros^{6, 13,14}.

El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: *sistemas de conductas de*

apego, sistemas de exploración, sistemas de miedo a los extraños y el sistema afiliativo ¹⁵. En donde define:

- a) *Conducta de apego* como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido”, en tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la respuesta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. En ciertas circunstancias se observan también, seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados¹⁶.
- b) *Sistemas de exploración*: Permite el interés por el entorno y los objetos que hay en él.
- c) *Sistemas de miedo a los extraños*: Se activa en contextos extraños y ante personas extrañas que son percibidas como amenazadoras o peligrosas. El sistema de miedo surge en la primera mitad del primer año (porque ya conoce) coincidiendo con la formación del apego.
- d) *Sistema afiliativo*: Implica interés por las personas y desarrollo de habilidades sociales.

Posteriormente Mary Ainsworth, psicóloga estadounidense, planteó la “figura de la madre como una base segura para el niño, lo que permite la exploración”, este postulado constituye un hito y logra el acercamiento entre ambas teorías complementarias (teorías de Bowlby y Ainsworth). Esta investigadora desarrolla un medio de evaluación de la calidad del apego de los niños mediante el set experimental “la situación del extraño”, instrumento que se desarrolló en base a los trabajos de investigación realizados por Ainsworth en Uganda y Baltimore que incorporó la observación de 54 días, encontrando información sobre las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo(a) y sus influencias en la formación del apego identificando que

este último dependía de la sensibilidad o responsividad de la madre^{13, 17}. Dicho experimento de laboratorio sirvió para conocer el equilibrio entre las conductas de apego y la exploración bajo condiciones de alto estrés en el niño(a), permitiendo clasificar a los niños(as) en tres grupos, los cuales identificó como: *apego seguro*, *apego inseguro-evitativo* y *apego inseguro-ambivalente*, considerados “patrones de apego” que relacionan la conducta de la madre y las respuestas del niño(a)¹⁸.

Los tres tipos de apego identificados por Ainsworth han sido los considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego. Sin embargo, a principios de la década de los 80, Mary Main, psicóloga estadounidense, identificó un cuarto patrón de apego, al que denominó “*desorganizado/desorientado*”¹⁹.

Peter Fonagy, psicólogo y psicoanalista inglés, en el 2004, aporta a la teoría del apego incorporando el concepto de función reflexiva o mentalización, que se define como la capacidad para explicar y dar significados a las conductas del otro, en términos de pensamientos, deseos, expectativas, en una palabra, atribuir al otro un mundo interno representacional-mental. Dicho de otra forma, considerar al otro como poseedor de una mente cuyos contenidos determinan y permiten comprender los comportamientos de las personas^{20, 21}.

La capacidad de función reflexiva de los padres se relaciona con un apego seguro de sus hijos(as), ya que dicha capacidad les permite comprender los estados mentales del niño y responder de manera más adecuada a sus necesidades, lo que genera un vínculo sano^{21, 22}.

Por otra parte, la investigación sobre la transmisión intergeneracional del apego ha asociado fuertemente los patrones de apego de los padres con

los patrones de apego de infantiles²³. La evidencia ha mostrado que la sensibilidad de los padres es un importante precursor del apego seguro infantil. Una tesis desarrollada en Perú cuyo objetivo fue encontrar correlatos teóricos entre el psicoanálisis y las neurociencias en lo referente al estudio de la transmisión transgeneracional de los patrones de apego, concluye que: “los padres con una elevada función reflexiva desarrollarán habilidades para aceptar y entender los fantasmas transgeneracionales, tratándolos sólo como ideas”, así serán capaces de proporcionar vivencias emocionales positivas y coherentes a la siguiente generación²⁴. En Chile el año 2009, una revisión sobre la transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna, señala que es “importante considerar que el fenómeno de la transmisión intergeneracional es de alta complejidad. No sería razonable esperar que ésta fuese explicada en su totalidad por una sola dimensión, sea ésta la sensibilidad o bien la función reflexiva”²⁵. Un estudio estadounidense de la Universidad de Yale sobre función reflexiva parental, que incluyó 21 madres y sus hijos(as), concluye que la función reflexiva de sus padres, es un factor crítico en la crianza de los hijos(as) y sugiere la búsqueda de señales de alerta en padres de riesgo, con el objetivo de intervenir en estas diadas²⁶. Por último, una revisión bibliográfica realizada por investigadores de la Universidad de Kosin en Corea establece que la paternidad sensible y contingente produce apego seguro, los niños muestran más curiosidad, autosuficiencia e independencia. Los niños con apego seguro tienden a convertirse en adultos más resistentes y competentes, se caracterizan por confiar en ellos mismos, en los demás, buscan la proximidad del otro y tienen mayor empatía. Por el contrario, los que no experimentan un apego seguro con sus cuidadores pueden tener dificultad para llevarse bien con los demás y ser incapaz de desarrollar un sentido de confianza consigo mismo y con los demás, la misma revisión concluye que un cuidado sensible y receptivo es vital para el crecimiento y desarrollo óptimo para cada niño(a)²⁷.

La función reflexiva materna o mentalización se propone como una de las variables explicativas de la transmisión intergeneracional del apego, sin embargo, el mecanismo de transmisión, sigue sin esclarecerse del todo.

En resumen, la conceptualización teórica del apego, presenta cinco puntos centrales^{6, 28-30}.

- La teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados.
- Se considera un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato.
- Prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez.
- Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo.
- Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos.

Apego adulto

A través de contactos sucesivos con el mundo exterior y de la consecuente capacidad de respuesta o disponibilidad de las figuras de apego, se construye modelos internos del mundo y de las personas significativas dentro de él, incluido él mismo. Bowlby los llama *modelos operativos internos* (MOI), también se los denomina en la literatura como *modelos internos activos*^{6, 31, 32}.

Las diferencias individuales en los distintos apegos adultos son atribuibles a los diferentes MOI integrados sobre sí mismo y sobre los otros. Estos modelos tienen su origen en las experiencias tempranas de apego y se

modifican en función a las experiencias afectivas a lo largo de la vida. Los MOI incluyen cuatro componentes que se interrelacionan entre sí: a) recuerdos de experiencias de apego, b) creencias y expectativas respecto a sí mismo y a el otro en relación al apego, c) objetivos y necesidades relacionadas con el apego, d) estrategias para lograr estos objetivos. Con los MOI ya integrados, niños y niñas, posteriormente adolescentes, se enfrentarán al resto de relaciones interpersonales que establezcan constituyendo un buen predictor de la conducta afectiva futura. Estos modelos relacionales, tienden a ser relativamente estables durante la vida, y funcionan en forma automática pero pueden ser afectados por estados existenciales vitales y por la presencia de relaciones con otros que tengan MOI diferentes^{6, 23, 33}.

La existencia de distintos tipos de apego en la infancia está, desde el principio, asociada a la existencia de distintos estilos de relación con niños y niñas por parte de sus padres y madres. Así, los aspectos del comportamiento de los padres predicen el desarrollo de uno u otro estilo de apego adulto en sus hijos(as).

Una revisión bibliográfica del año 2012 concluye que los cuatro tipos de apego se distribuyen en la población adulta de la siguiente forma: *apego seguro* entre el 55 al 70%, *apego inseguro evitativo* entre el 15 al 20%, *apego inseguro ambivalente* entre el 12 al 15% y *apego desorganizado* en el 5%³⁴. Una revisión realizado en la Universidad de Leiden, Holanda, que incorporó 10.500 evaluaciones de estilos de apego en adultos, observa que el patrón de apego presente en el grupo estudio en general , se distribuyó un 58% con apego seguro, un 23% evitativo, un 19% ambivalente y un 18% clasificado como apego no resuelto, en los resultados del mismo trabajo se encuentra una distribución distinta en madres de escasos recursos, 32%

para apego evitativo, 30% apego seguro, 7% apego evitativo y 32% apego no resuelto ³⁵.

La descripción de los tipos de apego adulto y sus características se señalan a continuación:

- 1. Apego Seguro** describe a sujetos que son capaces de reconocer sus estados de necesidad, pudiendo recurrir en búsqueda de apoyo; su modelo mental internalizado es positivo tanto respecto a sí mismo como de los demás⁴. Al enfrentar una entrevista psicológica, estos sujetos exploran el pasado con cierta facilidad, comodidad y de manera reflexiva, valora las figuras de apego con claridad y objetividad. Las experiencias adversas las relata con pensamiento reflexivo, relativamente desprovistos de mecanismos de defensa. El relato de sus vivencias se entrelaza de manera armoniosa con los conceptos y significados que le entrega. Emociones e ideas son congruentes y muestra una actitud cooperativa en la entrevista³⁶. El origen de este patrón de apego está en el éxito de la interacción entre los cuidadores y el niño, en la intimidad lograda, en la disponibilidad y accesibilidad de los cuidadores, en la respuesta pronta, afectiva y eficaz a las demandas del niño o niña y en la coherencia de las relaciones. Es así como aprenden a sentirse seguros y queridos, confiar en los demás y saberse valiosos³⁷.
- 2. Apego Inseguro Evitativo**, describe a sujetos a los cuales se les dificulta reconocimiento de la angustia o incomodidad, por tanto, no busca ser consolado; su modelo mental implica una percepción de los otros negativas, en términos de la receptividad y disponibilidad al cuidado, y una percepción también negativa de sí mismo, como alguien que no merece ser cuidado⁹. En la entrevista dan poca

información de su historia personal, parecen minimizar el valor de las relaciones íntimas o intelectualizar su significado. Las figuras importantes aparecen con omisiones o poca fluidez. Son frecuentes frases como “no sé”, “no me acuerdo”, si relatan situaciones difíciles lo hacen sin valorar la importancia de estas y sin contactar sus emociones. Dada la estrategia defensiva de evitación, el discurso puede ser banal, la actitud durante la entrevista puede ser de indiferencia³⁶. Las causas que provocan la evitación son el rechazo emocional de los cuidadores, la falta de respuesta a sus demandas, la falta de interacción íntima, la interacción fría y distante, la falta de disponibilidad y accesibilidad, la ineficacia ante las ayudas que ha necesitado, la minusvaloración, etc. ³⁷.

- 3. Apego Inseguro Ambivalente:** son sujetos con un modelo mental caracterizado por la internalización de una relación poco predecible e inestable con sus figuras de apego temprano, manifestando una respuesta emocional hipersensible y expresiones intensificadas de angustia. Así, existiría una tendencia a buscar cuidado y afecto de la figura de apego, al mismo tiempo que sentimientos de temor a ser ignorados o abandonados⁵. Enfrentados a la entrevista se encuentran intensamente preocupados por relaciones del pasado, por temas de autoestima, apariencia física o duelos no resueltos, los cuales resultan ser reiterativos durante la entrevista. Parecen mantener aún conflicto con los padres y no haber logrado aún una identidad personal. Los recuerdos están fragmentados, tienden a tener discursos muy largos confusos, con respuestas tangenciales u omitiendo información, con relación a las figuras de apego son incapaces de utilizar un criterio objetivo en su discurso. Importante es señalar que tienden a involucrar al entrevistador en su estado emocional³⁶. Las causas pueden ser muy diversas entre ellas: la incoherencia en la conducta de los cuidadores,

por ejemplo, teniendo conductas a veces muy condescendientes y otras muy exigentes, expresando en palabras o en hechos, críticas negativas sobre el valor de los hijos(as), utilizando la manipulación emocional en forma habitual, la propia inestabilidad de las relaciones entre los padres, las experiencias negativas cuando han necesitado consuelo; la dificultad para conseguir una comunicación íntima armónica, la ansiedad emocional de los propios cuidadores, etc³⁷.

- 4. Apego Desorganizado:** representa a aquellos individuos que muestran un colapso de las estrategias de apego, tal vez no resulte ser ni siquiera una forma de apego, es el resultado de la incapacidad de regular las emociones vinculadas al apego con las estrategias habituales, es aquí donde aparece la desorganización¹⁹. Enfrentados a la entrevista muestran desorganización o desorientación en el discurso o en el razonamiento cuando intenta discutir eventos traumáticos, aparecen contenidos contradictorios y lapsus en el discurso con cambios en el juicio valórico acerca de un mismo tema o figura, llegando incluso a perder el hilo del discurso olvidando lo que estaban diciendo, observándose claramente el mecanismo defensivo de la disociación, se aprecia que en su relato la temporalidad se va haciendo difusa, dando la impresión de estar reviviendo los episodios traumáticos que relata, llegando a cambios dramáticos en su emocionalidad³⁶. Las causas de este cuarto patrón son siempre muy graves, citándose con frecuencia el haber sufrido maltrato o rechazo muy activo por parte de los cuidadores. Lo que suele sucederles a los menores con patrón desorganizado es que, teniendo razones para evitar la intimidad, ni siquiera han conseguido un patrón que les permita controlar las emociones, como ocurre en los evitativos, por lo que se desbordan sus emociones negativas a la vez que no pueden expresar las positivas^{37, 40}.

Como instrumento de evaluación de apego se utilizó la escala Parental Bonding Instrument (P.B.I.), se trata de un cuestionario desarrollado en 1979 por Parker y cols, de la Universidad de New South Wales, Australia, basado en la Teoría del Vínculo de John Bowlby. El P.B.I. mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia. Fue validado para población chilena por Albala y cols. en 1997, y estandarizada por Melis y cols. 2001 en población de entre 16 y 64 años de Santiago. Los resultados del estudio de validación confirman las propiedades psicométricas del PBI, y lo definen como un instrumento confiable para la medición de la contribución parental en el apego, estableciendo los diferentes tipos de vínculos⁴¹.

La escala PBI analiza la contribución parental al vínculo entre padre e hijos(as) evaluando la percepción retrospectiva de la conducta y actitudes de los padres hacia el hijo(a) durante sus primeros 16 años de vida. Sobre la base de 25 ítems, que se responden en relación al padre y la madre, se mide en dos dimensiones. La primera se denomina de Cuidado y está formada por 12 ítems referentes a la afectividad donde puntuaciones altas indican calidez empatía comprensión y apoyo o contención emocional, mientras que las bajas denotan frialdad emocional, indiferencia, rechazo u hostilidad parental. La segunda dimensión de Control se compone de 13 ítems, donde puntuaciones altas definen el control como infantilización, limitación de la autonomía psicológica, sobreprotección, intrusismo, contacto excesivo y prevención de conducta independiente, mientras que puntuaciones bajas expresan la estimulación de la independencia o el refuerzo conductual de la libertad de decisión.

El obtener puntajes de ambas escalas permite elaborar cuatro tipos de vínculos parentales:

1. **Vínculo Óptimo:** son aquellos padres que obtienen puntajes altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.
2. **Vínculo Ausente o Débil:** son aquellos padres que obtienen puntajes bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.
3. **Constricción Cariñosa:** son aquellos padres que puntúan con alto puntaje en cuidado y alto puntaje en sobreprotección. Se caracterizan por presentar afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos(as).
4. **Control Sin Afecto:** son aquellos padres que puntúan cuidado bajo y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.
5. **Vínculo Promedio,** aquél que obtiene en ambas escalas un puntaje promedio.

2.2. DESARROLLO INFANTIL DEL NIÑO(A)

Desde el mismo momento de la concepción, el organismo humano tiene una lógica biológica, una organización y un calendario madurativo. No se puede prescindir del desarrollo físico, ya que este posibilita el desarrollo evolutivo en general. El proceso de crecimiento está organizado y tiene una evolución prescrita por los genes, aunque abierto también a las influencias del entorno⁴².

El desarrollo en su totalidad, implica un complejo proceso de cambios, ordenado en etapas, que ocurren en distintos niveles, mediante los cuales, el niño y la niña adquieren conocimientos, habilidades y comportamientos cada vez más complejos. Los cambios físicos (sistema nervioso central, músculo-esquelético, etc.), se van produciendo en armonía con los cambios cognitivos, del lenguaje y de la capacidad de relacionarse con su entorno, lo que da paso a emociones y sentimientos. El desarrollo, involucra siempre todos los aspectos de la vida humana-biológicos, psicológicos, emocionales, cognitivos y conductuales que hacen posible la interacción con la sociedad y con el ambiente⁷. El desarrollo infantil en su globalidad implica cinco dimensiones o áreas: física, lenguaje, socio-emocional, cognitiva y la función ejecutiva⁸. Las dimensiones o áreas del desarrollo infantil se pueden observar desglosadas en la tabla n° 1.

Tabla n ° 1: Áreas del Desarrollo Integral Infantil.

<p>Área física</p> <ol style="list-style-type: none">1. Habilidades motoras gruesas2. Habilidades motoras finas3. Procesamiento sensorial4. Estado de salud5. Prácticas y conocimientos de seguridad y salud. <p>Área Lenguaje</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lenguaje receptivo.2. Lenguaje expresivo.3. Sensorial.4. Habilidades de alfabetización. <p>Área Socio- Emocional</p> <ol style="list-style-type: none">1. Relaciones cercanas y seguras con adultos y pares2. Experimenta, regula y expresa sentimientos: social y culturalmente apropiados3. Auto concepto y sensación de autoeficiencia.4. Bienestar emocional y conductual. <p>Área cognitiva</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pensamiento lógico y razonamiento2. Explora su entorno y aprende.3. Conocimiento y habilidades matemáticas.4. Conocimiento y habilidades sobre el medio ambiente físico, naturaleza, social. <p>Área función ejecutiva</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memoria de trabajo2. Control inhibitorio.3. Flexibilidad mental/cognitiva.

Fuente: Adaptado de Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Chile Crece Contigo 2012⁸

2.3 DESARROLLO PSICOMOTOR

El DSM se refiere al conjunto de habilidades que el niño va logrando producto de la maduración del sistema nervioso central y de la interacción con el medio, la finalidad última de este proceso madurativo que se inicia intraútero es la motricidad, entendiendo esta como una expresión amplia de movimiento en la cual se consideran como tales muecas, sonrisas, expresiones de asombro o pena⁴³.

El desarrollo psicomotor, es parte importante del desarrollo global del infante, es proceso que le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este proceso incluye aspectos como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa, equilibrio y el espectro social-afectivo. A través de la manipulación de objetos, el dominio del espacio y de la marcha, el niño va adquiriendo experiencias sensorio-motoras que le permitirán construir conceptos, que se traducirán ideas y desarrollarán su pensamiento, su capacidad de razonar⁷,⁴³. Durante los últimos años se ha acrecentado el interés acerca del papel del desarrollo psicomotor en el proceso educativo de los niños, ya que este desarrollo tiene una profunda influencia en el desarrollo general, sobre todo en los períodos iniciales de la vida, pues el tono muscular, la postura y el movimiento son las primeras formas de comunicación humana con el medio⁴⁴.

Para lograr un desarrollo normal es importante considerar el entorno y ambiente que le rodea. La tarea fundamental de entregar un entorno positivo y enriquecedor les corresponde a los padres y/o cuidadores del niño. Es necesario estar muy atentos a las necesidades y demandas del niño, no solo a las necesidades básicas físicas (alimento, higiene, vestido, aseo, descanso) sino también a las necesidades psíquicas (estimulación de los

sentidos), afectivas y sociales (comunicación, atención, búsqueda y complicidad con la mirada, entrega de afecto^{7, 42}.

Categorías de resultados en la evaluación del desarrollo psicomotor

Cuando se hace referencia a desarrollo psicomotor normal se habla de un proceso que permite al niño adquirir habilidades adecuadas para su edad⁴⁵.

El término psicomotricidad hace referencia a los movimientos corporales que permiten la relación entre organismo y medio ambiente. Los componentes madurativos se relacionan con la madurez cerebral, así como con las personas y los objetos, mediante movimientos y acciones del niño, la meta de su desarrollo no es otra que el control del propio cuerpo hasta ser capaz de lograr todas las posibilidades de acción y expresión que le sean posibles⁴².

El desarrollo infantil es evaluado por la adquisición de nuevas capacidades y habilidades, y por el abandono de algunas formas de reacción y comportamientos menos complejos; con la debida consideración de las variaciones individuales⁷.

Cuando el proceso de DSM de un niño o una niña, no corresponde al patrón básico que define lo esperable para su edad, se considera que el niño o la niña presentan un rezago en su desarrollo⁷. Un estudio español que incorporó 472 niños y su seguimiento durante 6 años, define el retraso del desarrollo como una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo, por lo cual para estos autores no existe nada intrínsecamente anormal, los hitos madurativos se cumplen en el orden esperado, sólo que en forma más lenta⁴⁶. Los hitos del desarrollo se definen como habilidades del desarrollo claramente identificables, marcan una nueva

etapa, se consideran alcanzados cuando se reconocen en forma permanente y no casual⁴³.

El texto de los Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la asociación española de pediatría⁴⁷, con relación al DSM señala: “La impresión clínica de retraso psicomotor suele surgir durante los primeros meses de vida al comprobar la desproporción entre el desarrollo observado y el esperado para la edad”. Con relación al diagnóstico de retraso psicomotor, lo considera un diagnóstico provisional, en el cual los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros tres años de vida, aparecen con una secuencia lenta para su edad con pautas de normalidad alteradas.

El término rezago tiene su origen en la pedagogía y es utilizado para definir a un alumno que no logra alcanzar los objetivos educativos programados y propuestos como metas a alcanzar para todos. En este sentido, un rezago del desarrollo debe ser entendido como el fracaso en la adquisición de alguna de las habilidades esperables para la edad o de su etapa previa. En tal sentido la condición de rezago, debe ser considerado un factor de riesgo para el desarrollo porque implica un desajuste entre las potencialidades reales del niño o niña y su condición actual. En mérito de una mejor atención al desarrollo integral del niño y de la niña, a situación de rezago, constituye un grupo de especial atención para intervenir precozmente^{7, 48}.

En Chile, el desarrollo psicomotor de niños y niñas se evalúa desde el año 1979 a través de instrumentos de evaluación estandarizados, su objetivo es pesquisar los niños y niñas que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor^{7,49,50}. Los instrumentos para evaluar el desarrollo psicomotor que se aplican en los controles de salud son: la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), la Pauta Breve (PB) y el Test

de Desarrollo Psicomotor (TEPSI), los tres son instrumentos estandarizados y cuantitativos.

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor es una herramienta creada y estandarizada en Chile por Rodríguez y cols. en 1976, es utilizada actualmente en niños desde el nacimiento hasta los 24 meses de vida. Constituye el primer instrumento estandarizado nacional. Es de fácil aplicación y puede ser administrada tanto por profesionales especializados como no especializados. Las áreas evaluadas con esta prueba son: social, lenguaje, coordinación y motricidad. Sus resultados se expresan en un coeficiente de desarrollo que se ubica en un gráfico normativo lo que permite conocer cuando está debajo de la media. Esta escala clasifica el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en *Normal*, *en Riesgo* y *en Retraso*. También considera la posibilidad de que un niño o niña tenga un puntaje normal con una o más áreas de déficit, lo que considerará como *Rezago*. Se entiende por casos de Déficit del desarrollo a los niños y niñas cuyo resultado en el EEDP es de Riesgo o Retraso^{7, 49, 50}.

Pauta Breve (PB) es una escala cualitativa, que contiene ítems seleccionados del EDDP y permite realizar una rápida detección de alteraciones para cada una de las edades. Esta escala tiene 20 ítems para las áreas de coordinación, lenguaje, social y motor. La Pauta Breve se aplica en las edades: 4 meses, un año, un año tres meses, un año nueve meses y dos años. Esta pauta permite clasificar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en PB normal o PB alterada Entenderemos por PB alterada cuando en la evaluación, el niño o niña, no presenta al menos una de las conductas esperadas de ese rango de edad. Cuando una Pauta Breve sale alterada se considera en una situación de rezago^{7, 49, 50}.

El Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) es una escala construida y estandarizada en Chile por Haeussler y Marchant, en 1985. Se administra individualmente a niños entre 2 y 5 años, su aplicación dura aproximadamente 30 minutos y aborda las siguientes áreas: Motricidad, expresada en movimiento y control del propio cuerpo en un acto continuo, breve o largo y en una secuencia de acciones y equilibrio. Coordinación, incluyendo la motricidad fina y respuestas grafo motriz. Lenguaje, en su capacidad de comprensión, ejecución de órdenes, destrezas de verbalización, etc. tiene 52 ítems que evalúan las áreas de desarrollo mencionadas. Esta escala permite clasificar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en *Normal*, *en Riesgo* y *en Retraso*. Sin embargo, es necesario analizar el perfil de los subtest de cada área, puesto que, si un niño o niña tiene un puntaje total en rango normal, pero uno o más de los subtest en categoría de riesgo o retraso se considerarán como *Rezago*. Se entiende por casos de Déficit del desarrollo a los niños y niñas cuyo resultado en el TEPSI es de Riesgo o Retraso^{7, 49, 50}.

En Chile se realiza la evaluación de DSM en forma programada en los controles de salud del niño (a), lo que permite su seguimiento, se evalúa mediante la aplicación de las pautas señaladas desde los 4 meses (pauta breve), 8 meses (EEDP), a los 12 y 15 meses (pauta breve), a los 18 meses (EEDP); 21 y 24 meses (pauta breve) y a los 36 meses (TEPSI).

El país, cuenta con cifras relativamente estables, los valores señalan una prevalencia de entre un 25 a un 30% para el rezago y entre un 5 a un 10% para el retraso, en los 4 a 5 primeros años de vida^{8, 51}. En países industrializados se reporta una prevalencia estimada de alteraciones del DSM de 12 a 16%, siendo el lenguaje el área más frecuentemente afectada. En Chile y otros países del cono sur se han reportado valores de prevalencia que fluctúan entre el 25 al 60%, dependiendo del instrumento, experiencia

del equipo de salud, edad del niño, características poblacionales como nivel socioeconómico, ruralidad, participación en programas de estimulación y educación preescolar⁴⁸.

La encuesta de calidad de vida y salud chilena realizada el año 2006, refiere que la prevalencia para rezago alcanza valores de un 25 a 30% de los niños(as), de un 5 a un 10% presentan retraso del DSM el que se considera como: la mayor alteración de normalidad del DSM de un niño(a). Se observa a la vez en estas mediciones, que los resultados de rezago y retraso, están significativamente relacionados con el nivel socio económico, reflejando mayores niveles de alteraciones en el desarrollo en los quintiles de menores ingresos^{7, 51}.

Actualmente las cifras reportadas a fines del año 2013 para Chile, correspondientes al sector público de salud señalan que un 12,44% de los niños entre 7 y 59 meses presentan alguna alteración en su desarrollo psicomotor¹⁰. La proporción de niños(as) con rezago y riesgo alcanzan un 5,50% y un 5,64% respectivamente, mientras que un 1,3% del total de evaluados, presenta retraso en su desarrollo⁸.

2.4 VÍNCULO DE APEGO Y DESARROLLO INFANTIL

La evaluación de estilos de apego, ha generado una diversidad de escalas, para lo cual es importante reconocer que los conceptos de apego, vínculo y vínculo de apego se pueden considerar equivalentes. Estos, han sido descritos y definidos por diferentes autores, los cuales homologan en sus definiciones ambos conceptos nombrando apego o vínculo indistintamente. Lo anterior queda de manifiesto en las siguientes definiciones encontradas para apego o vínculo:

- a) Apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona el sentimiento de seguridad indispensable para un buen desarrollo de la personalidad^{3, 19, 21}. Este vínculo se inicia en el periodo prenatal, emerge a partir de las representaciones o imágenes internas que la madre va construyendo acerca de su hijo(a), siendo el embarazo un período clave en la formación del apego³¹.
- b) El apego se define como “el vínculo o lazo afectivo que se establece entre dos personas como resultado de la interacción y que les lleva a mantener proximidad y contacto en el logro de seguridad, consuelo y protección”. El individuo vinculado halla en la otra persona una base de seguridad y refugio emocional al que acudir en situaciones percibidas como amenazantes. En el caso del apego infantil, la figura de apego se convierte en la base de seguridad a partir de la cual el niño explora el mundo⁶.

Los niños y niñas suelen desarrollar vínculo con aquellos adultos que le proporcionen un cuidado y crianza estable, continua y relativamente coherente. Por esta razón, la calidad del cuidado no necesariamente va a estar determinada por el hecho de ser madre o padre, sino más bien por la entrega de cuidado en estas condiciones, especialmente en aquellos momentos de stress del niño (por ejemplo; cuando el niño o niña tiene hambre, frío, está enfermo, se siente solo, se hace daño, etc.). De esto se desprende que los niños y niñas tienen la capacidad de poder desarrollar vínculos de apego con múltiples cuidadores a través de su vida (abuelas, abuelos, tíos, tías, profesores, profesoras y otros) pero los padres están primeros en esta jerarquía de apego⁷.

Una vez definido el concepto de vínculo-apego es importante destacar que para el logro adecuado de un crecimiento y desarrollo normal, es necesario que se genere desde la etapa intrauterina, este proceso que, si bien es fundamental durante los primeros años de vida, se desarrolla a través de todo el ciclo vital de las persona^{6, 31}. Es necesario dejar en claro que el vínculo de apego, posee una conceptualización diferente a lo que se ha llamado apego precoz (*bonding* en terminología inglesa), que es el contacto piel a piel en el momento del parto. De tal modo que se afirma, que si bien el apego precoz posee un sinnúmero de efectos positivos para el desarrollo del niño(a) y su vínculo afectivo con la madre, no se asocia a la calidad y tipo de apego que ellos vayan a desarrollar⁷.

La calidad del vínculo de apego que la madre, el padre u otros cuidadores o cuidadoras significativos desarrollen con el niño, será un factor preponderante en su adaptación y funcionamiento futuro. Un estudio longitudinal demostró que aquellos niños y niñas que crecen bajo el alero de un vínculo de apego seguro, sensible, protector, empático, y bien regulado, suelen tener una mayor propensión a un buen desarrollo cognitivo, alta autoestima, relaciones de pares basadas en la confianza y comunicación, regulación y manejo adecuado de emociones negativas (tales como la rabia y la frustración), mejor adaptación y resolución de problemas vitales⁸. En resumen le proporciona al niño las herramientas neuro-psico-sociales para adaptarse y enfrentar los diversos procesos de la vida, entregándole capacidades y un sentido de seguridad y exploración^{7, 52}.

La disponibilidad emocional de los primeros cuidadores, la sensibilidad y la sintonía entre ellos son la base fundamental para el desarrollo socioemocional saludable, el que están íntimamente entrelazado con el desarrollo neurobiológico y la regulación adecuada de los sistemas fisiológicos y emocionales del niño, proceso que ocurre desde los primeros

días de la infancia. El papel principal de los padres en el establecimiento de los patrones de regulación emocional, lo realizan a través de la capacidad de respuesta sensible⁵³. La necesaria presencia y disponibilidad de los primeros cuidadores se explica en base al estado de inmadurez evolutiva que presenta el niño al nacer, desde sus primeros instantes de vida, el niño no es capaz de satisfacer sus necesidades básicas de cuidado, atención, alimentación etc. por sí solo, por lo que debe crear junto a su madre un sistema afectivo de regulación y comunicación que le permita seguir creciendo y madurando. De esta forma sus metas y necesidades son completadas por ella. En esta interacción el niño se comporta de una manera especial, diseñada para promover que lo alimenten, abracen, despertar sentimientos de ternura en sus padres y así lograr una interacción social, su desarrollo emocional y conductual^{14,54}. Se ha encontrado literatura que afirma además que el adecuado desarrollo emocional del hijo(a) se facilita si existen fuertes vínculos afectivos entre los padres e hijos(as), los cuales deben exteriorizarse a través de manifestaciones de cariño, atención, comprensión, para que el niño se sienta querido, aceptado y emocionalmente seguro de sí mismo⁵⁵.

La importancia a futuro que tiene el vínculo desarrollado en la primera infancia es reconocido por diferentes publicaciones científicas entre las cuales se destaca un estudio realizado en Estados Unidos, el cual incluyó a 43 díadas madre hijo(a), clasificadas en riesgo psicosocial, las que fueron observadas en la primera infancia (12 a 18 meses de edad) y mitad de la infancia (7 a 8 años de edad), concluye revelando conexiones entre las construcciones de la sensibilidad materna, el apego del niño y la disponibilidad emocional de los primeros cuidadores, relación que se proyecta hasta la infancia media, siendo un elemento predictor en la organización del apego del infante y su adaptación social, la cual se prolonga incluso hasta edades más avanzadas⁵³.

También se afirma que la calidad de la relación formada entre los cuidadores y los niños en los primeros años puede tener un impacto significativo en el funcionamiento afectivo posterior del niño y del adulto, demostrado por investigadores de la Universidad de Salamanca España, que publicaron un estudio en el año 2014 en el cual incorporan 133 parejas de jóvenes en la cual se revisaron los vínculos afectivos en la infancia y la calidad de las relaciones de pareja, de sus resultados se destaca que existe una asociación significativamente positiva⁵⁶ entre ambas variables.

Con relación al DSM y vínculo de apego, es importante hacer mención del concepto estimulación, el que se entiende según el Programa CH.C.C como todas las acciones dirigidas a favorecer el dominio gradual en el niño(a) de habilidades cognitivas, motoras, socio-emocionales y comunicacionales, dentro de un entorno favorable que le permita su desarrollo, considera a madre padre y/o cuidadores como los responsables de entregar lo necesario para proveer este ambiente mediante del vínculo de apego que formen con el niño⁸. Se puede afirmar que uno de los pilares de la estimulación es la calidad del vínculo de apego por lo tanto la atención del niño y las actividades de estimulación de mayor importancia en la primera infancia deben provenir de la figura significativa, sea la madre o los primeros cuidadores.

Por otra parte, se afirma que las relaciones de apego entre padres e hijos(as) y los patrones de comunicación influyen también, directamente en el desarrollo de procesos mentales en la infancia⁵⁷. El niño al experimentar la confianza en el cuidador al sentir la disponibilidad física y psicológica, sienta las bases para la autonomía en la exploración del mundo que les rodea y resolución de problemas. El apego desempeña un papel vital en la formación de las estructuras cerebrales, la organización del sistema nervioso y el desarrollo del lenguaje. Con un apego adecuado se logra alcanzar el pleno

potencial intelectual, la adquisición de una conciencia, y el aumento de la competencia^{58, 59}. Un estudio realizado por investigadores de la Universidad del Norte, Colombia, en el que participaron 223 niños con edades entre 3 y 7 años cuyo objetivo consistió en determinar la relación entre el desarrollo motor y los procesos evolutivos del lenguaje y la cognición, concluye que: “Un niño que presenta las adquisiciones motoras esperadas para su edad presentará igualmente un desarrollo cognitivo y de lenguaje acorde. Así, un bajo desarrollo motor se relacionará con dificultades en su desarrollo conceptual y de lenguaje, y se hallará en desventaja con respecto a sus coetáneos”⁶⁰. En concordancia a lo anterior, se puede agregar que “cuando no existe una estimulación adecuada durante los primeros años de la vida, se producen alteraciones significativas en la cantidad y calidad de conexiones entre las neuronas, que se traducen en una menor capacidad del cerebro para poder funcionar adecuadamente y un nivel de desarrollo inferior en el niño o niña”⁸.

Existe evidencia de la importancia de la relación vincular desde el periodo prenatal, y de las características de apego de las madres y el desarrollo del niño: Jeanne L. Alhusen y cols⁶¹, Investigadores de la Universidad Johns Hopkins el año 2013 publican un estudio longitudinal de apego materno-infantil el cual incluyó a 166 participantes, el objetivo de este estudio fue examinar la relación entre el apego materno-fetal durante el embarazo y su resultados en los niños, analizando a la vez el papel del estilo de apego de las madres, los resultados del estudio proporciona evidencia de la correlación existente entre apego materno-fetal, el estilo de apego materno, la sintomatología depresiva posparto, y los resultados del desarrollo de la primera infancia. Las mujeres que tenían estilos de apego evitativo más marcados y mayor sintomatología depresiva fueron las que presentaron un mayor número de hijos(as) con retrasos en el desarrollo de la primera infancia. Por otra parte, las mujeres que informaron mejor apego materno-

fetal durante el embarazo tenían estilos de apego más seguros y sus hijos(as) tuvieron un desarrollo mejor en la primera infancia que las mujeres que reportaron menor apego materno-fetal y estilos de apego inseguros. Este estudio señala dentro de sus conclusiones que la identificación temprana de trastornos en el apego puede ser beneficiosa en las intervenciones dadas madre-hijo(a). En concordancia con lo anterior, Kingston y cols⁶², en una revisión bibliográfica publicada el año 2013 refieren que el bienestar psicológico materno puede constituir una de las estrategias de prevención más viables para disminuir los factores de riesgo de retrasos en el desarrollo de la primera infancia.

Sin embargo, no se puede desconocer que este patrón de apego también es afectado por las influencias ambientales tempranas, siendo la privación de los cuidados tempranos o condiciones anormales de crianza, inductores de perturbaciones graves en todos los aspectos del funcionamiento social, emocional y afectan el crecimiento, y función neuronal⁶³.

A modo de resumen se podría señalar que el establecimiento de un vínculo de apego seguro parece ser un factor que promueve el desarrollo y bienestar del niño y su familia, las relaciones tempranas donde se genere un apego seguro, pueden potenciar su desarrollo motor, cognitivo y socio-emocional, así como las relaciones donde existe un apego inseguro pueden influir negativamente el desarrollo del niño.

El manual Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial de Niños y Niñas de 0 a 6 años, creado por el Ministerio de Salud de Chile el año 2008, documento base para la atención de la población infantil chilena, señala la importancia que tiene la calidad del vínculo de apego que la madre, el padre u otros cuidadores o cuidadoras significativos desarrollen con el niño⁷. Sin

embargo, no se han encontrado publicaciones que permitan dar cuenta de una correlación entre el estilo de apego materno y desarrollo psicomotor del hijo(a) por lo que es importante profundizar en el tema crear evidencias de la relación existente, podría ser un aporte a la calidad de la atención del sistema sanitario chileno, respaldando científicamente la importancia de la pesquisa. Puesto que la aplicación de instrumentos que caractericen el apego desde la gestación, podría identificar estrategias para prevenir en forma eficaz y oportuna futuros problemas en el desarrollo psicomotor de los niños(as).



3.- HIPÓTESIS

El estilo de apego materno de la madre es un elemento predictor del desarrollo psicomotor del niño.

4.- OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

- Relacionar los estilos de apego materno entre díadas con y sin alteraciones del desarrollo psicomotor del niño(a), según pautas de evaluaciones aplicadas a los niños(as) durante el año 2013, controladas en el sistema público de salud de la comuna de Perquenco, Chile.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el perfil sociodemográfico de las madres.
- Caracterizar los antecedentes perinatales de las díadas en estudio.
- Identificar el estilo vincular de las madres en estudio
- Homologar el estilo vincular con el estilo de apego de las madres.
- Describir las evaluaciones del desarrollo psicomotor en ambos grupos y las áreas afectadas en la condición de los niños del grupo caso
- Comparar el estilo de apego materno con el desarrollo psicomotor del hijo(a).

5.- MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, observacional, caso control, retrospectivo.

Población

Universo:

223 Madres e hijos(as), denominadas a contar de ahora diadas, que tienen su residencia en la comuna de Perquenco, que fueron atendidos en el centro de salud Federico Thieme, durante el año 2013.

Muestra

Casos:

21 Madres con hijos(as) con diagnóstico de déficit, rezago o retraso del DSM, que fueron derivados y atendidos en Sala de Estimulación del Centro de Salud Familiar de Perquenco. Del total de 24 niños(as) derivados a dicha sala de Estimulación, 3 niños(as) no ingresaron al estudio por haber cambiado su residencia. La edad de evaluación de los niños(as) se realizó entre los 8 y 36 meses.

Controles:

21 Madres con hijos(as) sin diagnóstico de déficit, rezago o retraso del DSM, de la señalada comuna, controlados en dicho CESFAM en control de niño(a) sano(a).

Criterios de exclusión para casos y controles:

- Mujeres menores de 18 años.
- Analfabetas.
- Con discapacidad en la comunicación.

- Con patología mental severa.
- Que no deseen ser incluidas en el estudio.

Variables en estudio:

- **Variable independiente:** Estilo de apego materno.
- **Variable dependiente:** Desarrollo psicomotor del niño(a).

Variables relacionadas con la caracterización de la población

- Edad.
- Nivel socioeconómico: nivel educacional, actividad.
- Etnia.

Variables relacionadas con los antecedentes perinatales

- Paridez.
- Edad gestacional al nacimiento.
- Tipo de parto.
- Apgar del recién nacido a los 5 minutos.

Variables confundentes

- Presencia del padre en el cuidado del niño.
- Nivel de interacción con el padre.
- Lactancia: tipo y tiempo de lactancia.

Para identificar la conceptualización y operacionalización de las variables incorporadas en el estudio ver anexo I.

Recolección de los antecedentes

La recolección de antecedentes se realizó a través de un cuestionario especialmente diseñado para este estudio, el que incorporó antecedentes

sociodemográficos, perinatales y los antecedentes paternos de las díadas. La evaluación de desarrollo psicomotor fue identificada a través de las evaluaciones clínicas y sus respectivas escalas estandarizadas por el control del niño sano, dentro del programa Chile Crece Contigo, realizadas al niño en el nivel primario de atención. (Anexo II)

Como instrumento de evaluación del apego de la madre se aplicó el Parental Bonding Instrument (cuestionario de Apego PBI. Anexo III). Los índices de Consistencia Interna, Spearman- Brown y el coeficiente Alfa de Cronbach, arrojados en la investigación de validación fluctuaron entre 0,78 y 0,93, existiendo una concordancia en los resultados de confiabilidad obtenidos con el instrumento original⁴¹. La aplicación de estos instrumentos estuvo a cargo de la investigadora.

Para evaluar la concordancia de homologación del PBI para la identificación del estilo de apego materno, se solicitó la opinión de ocho expertos(as) de acuerdo a su formación curricular, experticia y trayectoria en los temas de apego y vínculo, de los cuales respondieron tres. Esta actividad se realizó durante el mes de junio y julio del presente año. Ellos(as) respondieron el documento preparado para este juicio vía correo electrónico. Al evaluar el acuerdo inter jueces, considerando todas las respuestas, se obtuvo un coeficiente de Kappa combinado de 1.00 que es considerado casi perfecto⁶⁴. La descripción del documento enviado a expertos(as) se puede revisar en el anexo IV.

Análisis Estadístico:

Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos Excel y se analizaron mediante el programa estadístico *SPSS* versión 19.0.

Análisis univariado: para las variables cuantitativas se calculó media, desviación estándar, mínimo y máximo. Mientras que a las variables cualitativas se calculó frecuencia absoluta y relativa porcentual.

Análisis bivariado: para comprobar la existencia de asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de *Chi cuadrado* o test exacto de *Fisher*, según corresponda.

Para cada test empleado en este análisis 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 significativo.

Consideraciones éticas

Previo a la realización del estudio, se solicitó la autorización del CESFAM Municipal Federico Thieme de la comuna de Perquenco, por no contar con comité de ética se envió para evaluación al Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.(Anexo V y VI).

Cada madre e hijo(a) fue abordada previo consentimiento informado, el cual fue desarrollado cumpliendo con las consideraciones éticas de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes en Chile. (Anexo VII).

6.- RESULTADOS

I.- Perfil Sociodemográfico de las diadas en estudio

Las 21 diadas estuvieron constituidas por madres cuya edad promedio fue de 32,4 años (D.E 7,47; con un mínimo de 20 y un máximo de 45 años) para el grupo casos y de 31,8 años (D.E 7,14; con un mínimo de 22 y un máximo de 47 años) para el grupo control. El nivel educacional que predomina fue el técnico superior en el grupo control con cifras del 71,4% (n=5) versus el 28,6% (n=2) para el grupo casos. El antecedente de pertenencia a pueblo originario mapuche está en un 63,2% (n=12) en el grupo casos, mientras que el grupo control solo el en el 36,8% (n=7), para evaluar si existe relación entre estas variables se aplicó la prueba estadística X^2 obteniendo un p valor de 0,1211 que resulta ser no significativo (N.S). El lugar de residencia rural está presente en un 73,3% (n=11) en los casos, versus el 26,7% (n= 4), para evaluar si existe relación entre estas variables se aplicó la prueba estadística X^2 obteniendo un p valor de 0,2123 (N.S). La mitad de las madres que trabajan lo hacen en forma independiente, el nivel de ingreso mínimo familiar está representado en ambos grupos. Finalmente, el tipo de familia que predomina en ambos grupos es la clasificada como nuclear biparental por sobre el 45%. Para mayores detalles ver tabla n° 2.

En cuanto a la caracterización de los y las niños(as) al momento de aplicar las pautas de desarrollo psicomotor, los niños del grupo casos tenían una edad promedio de 25,33 meses, (DE 11,02) con un mínimo de edad de 8 meses y un máximo de 36 meses, de manera muy similar los niños del grupo control presentaron una edad promedio de 24,67 meses (DE 11,63) un mínimo de 8 meses y un máximo de 36 meses al ser evaluados

Tabla 2. Caracterización del Perfil Sociodemográfico

Variables	Caso		Control	
	n	%	n	%
Escolaridad				
Básica	7	53,8	6	46,2
Media	12	54,5	10	45,5
Técnica	2	28,6	5	71,4
Pueblo Originario (Mapuche)				
Si	12	63,2	7	36,8
No	9	39,1	14	60,9
Residencia				
Urbano	10	37	17	63
Rural	11	73,3	4	26,7
Trabaja				
Si	5	50	5	50
No	16	50	16	50
Tipo de actividad				
Trabajadora dependiente	5	62,5	3	37,5
Trabajadora independiente	0	0	2	100
Dueña de casa	15	48,4	16	51,6
Estudiante	1	100	0	0
Ingreso familiar				
≤ \$ 254.627.-	15	53,6	13	46,4
> \$ 254.627.-	6	42,9	8	57,1
Tipo de Familia				
Nuclear Mono parental	3	60	2	40
Nuclear Biparental	12	46,2	14	53,8
Extensa Biparental	4	57,1	3	42,9
Extensa Monoparental	2	50	2	50
Total	21	50	21	50

Fuente elaboración propia

II.- Antecedentes perinatales:

De los antecedentes prenatales se pudo observar que la condición de embarazo deseado muestra diferencias, del total de embarazos reportados como no deseados el 64,3% (n=9) corresponde al grupo casos, sin embargo, al realizar la prueba estadística para observar si existe una relación entre estas variables se obtuvo un valor de p 0,1904 (N.S.) aplicando la prueba estadística de χ^2 . La presencia de patologías durante el embarazo no presenta diferencias entre casos y controles.

De los antecedentes del parto: la edad gestacional al momento del parto tuvo un promedio de 37,9 semanas en los casos y un promedio de 38,57 semanas en los controles. El parto vaginal concentra el mayor número de nacimientos para ambos grupos. El peso promedio de nacimiento de los niños casos fue de 3.215,5 gramos, y 3.390,24 gramos en los controles. La mayor parte de las mujeres no presenta ningún tipo de complicaciones durante el periodo de parto y postparto.

El antecedente de riesgo de depresión en el periodo gestacional está presente en el 14,2% de los casos (n=3) mientras que en periodo de postparto lo presenta el 9,52% de los controles (n=2), ambos datos evaluados de acuerdo a la Escala de Edimburgo. La lactancia materna exclusiva (LME) se distribuye de manera similar en ambos grupos, del mismo modo se comporta el antecedente de hospitalización en niños.

De los antecedentes paternos, la presencia del padre es reportada en ambos grupos por sobre el 90% del total de las diadas, mientras que la participación del padre en la crianza fue evaluada como suficiente en 15 casos y 12 controles. Los detalles de estos resultados se observan en la tabla n° 3.

Tabla n°3.

Caracterización de los antecedentes perinatales de las diadas.

Variables	Caso		Control	
	n	%	n	%
Embarazo no deseado				
Si	12	42,9	16	57,1
No	9	64,3	5	35,7
Patologías durante el embarazo				
Si	6	50	6	50
No	15	50	15	50
Antecedentes de depresión				
No	18	50	18	50
Embarazo	3	75	1	25
Post-Parto	0	0	2	100
Tipo de Parto				
vaginal	14	46,7	16	53,3
Instrumental	1	100	0	0
Cesárea	6	54,5	5	45,5
Complicaciones en el Parto				
Si	2	100	0	0
No	19	47,5	21	52,5
Complicaciones Post-Parto				
Si	0	0	2	100
No	21	52,5	19	47,5
Tipo lactancia hijo(a)				
LME	16	51,6	15	48,4
Mixta	4	50	4	50
Artificial	1	33,3	2	66,7
Padre presente				
Si	19	48,7	20	51,3
No	2	66,7	1	33,3
Antecedente de hospitalización hijo(a)				
Si	5	55,6	4	44,4
No	16	48,5	17	51,5
Participación del padre				
Insuficiente	2	40	3	60
Regular	3	33,3	6	66,7
Suficiente	15	55,6	12	44,4
Sin padre presente	2	100	0	0
N° de hijos(as) vivos				
1 a 3	17	48,6	18	51,4
4 y más	4	57,1	3	42,9
Total	21	50	21	50
	Media(DE)	(mín-max)	Media(DE)	(mín-max)
Edad gestacional al nacimiento (semanas)	37,9 (2,77)	31-40	38,5 (2,299)	32-42
Peso de nacimiento (gr.)	3215,5 (677,2)	1337-4340	3390,24 (600)	1650-4390

Fuente elaboración propia

III.- Estilo vincular de las madres en estudio.

La distribución de los vínculos maternos, se pudo observar que las mujeres que presentaban un *vínculo óptimo* con sus madres el 28,6% (n=2) pertenecían grupo caso a diferencia de un 71,4% (n=5) observado en el grupo control. Mientras que en esta misma clasificación para esta relación con sus padres se observa en un 33,3% (n=2) en la condición de caso y de un 66,7% (n=4) en la condición de control. En cuanto al *vínculo bajo afecto-bajo control* con sus madres este solo fue observado en el grupo caso, 100% (n=2). Mientras que no se observó esta clasificación en la relación con el padre. Es importante considerar que en ambos grupos las madres tuvieron ausencia de figura paterna por lo que no completaron la vinculación paterna. El detalle de estos resultados se observa en la tabla n°4.

Tabla n°4: Descripción del tipo de vínculo con sus progenitores en madres casos versus control.

Tipo de vínculo	Caso		Control	
	n	%	n	%
Con la madre				
ÓPTIMO	2	28,6	5	71,4
CONTROL CON AFECTO	9	50	9	50
CONTROL SIN AFECTO	8	53,3	7	46,7
BAJO AFECTO-BAJO CONTROL	2	100	0	0
Con el padre				
ÓPTIMO	2	33,3	4	66,7
CONTROL CON AFECTO	8	66,7	4	33,3
CONTROL SIN AFECTO	9	50	9	50
Sin dato	2	33,3	4	66,7
Total	21	50	21	50

Fuente elaboración propia

IV.- Homologación de Vínculos Parentales y Estilos de Apego de las madres.

Según el criterio de experto e identificada la relación vincular materna se realiza la homologación entre vínculo parentales maternos y estilo de apego. Se identifican que bajo la clasificación *apego seguro* un 28.6% de las madres casos se observó en esta categoría en contraste con un 71.4% de las madres del grupo control. Mientras que la clasificación de *apego desorganizado* solo se encuentra presente en el grupo de madres caso. El resto de los tipos de apego se comporta en porcentajes similares en ambos grupos, ver detalle en tabla n°5.

Tabla n°5: Homologación del vínculo-apego en las madres

Tipo de vínculo	Apego	Caso		Control	
		n	%	n	%
Con la madre					
ÓPTIMO	Seguro	2	28,6	5	71,4
CONTROL CON AFECTO	Ambivalente	9	50	9	50
CONTROL SIN AFECTO	Evitativo	8	53,3	7	46,7
BAJO AFECTO-BAJO CONTROL	Desorganizado	2	100	0	0

Fuente elaboración propia

La distribución de estilos de apego de casos y controles con variables demográficas como pertenencia a pueblos originarios y lugar de residencia junto a embarazo no deseado se observa una distribución similar, pero se destaca que en el grupo caso se presenta el apego desorganizado (n=2), clasificación que no está presente en el grupo control. El detalle de esta relación se observa en la tabla n°6.

Tabla n°6 Distribución de los tipos de apego materno en casos y controles según variables psico-sociodemográficas.

	Caso				Control		
	ESTILO DE APEGO				ESTILO DE APEGO		
	Seguro	Ambivalente	Evitativo	Desorganizado	Seguro	Ambivalente	Evitativo
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Pueblo Originario							
Si	1(8,3)	6(50)	4(33,3)	1(8,3)	3(42,9)	2(28,6)	2(28,6)
No	1(11,1)	3(33,3)	4(44,4)	1(11,1)	2(14,3)	7(50)	5(35,7)
Residencia							
Urbano	1(9,1)	5(45,5)	4(36,4)	1(9,1)	3(42,9)	2(28,6)	2(28,6)
Rural	1(10)	4(40)	4(40)	1(10)	2(14,3)	7(50)	5(35,7)
Embarazo Deseado							
Si	2(16,7)	5(41,7)	4(33,3)	1(8,3)	5(31,3)	7(43,8)	4(25)
No	0(0)	4(44,4)	4(44,4)	1(11,1)	0(0)	2(40)	3(60)

Fuente elaboración propia

V.- Desarrollo psicomotor de los hijos(as) del estudio caracterización por áreas afectadas del diagnóstico de déficit de desarrollo psicomotor de los hijos(as) del grupo casos

La prevalencia de déficit del DSM en la comuna estudiada correspondió a un 10.76% (n= 24) , de los cuales 21 niños , ahora denominados grupo casos, se incorporaron en su totalidad a la atención en Sala de Estimulación (n=21). Al ingresar presentaban como diagnóstico: un 66,6% (n=14) riesgo, un 9,5%

(n=2) retraso y el 24% (n=5) rezago en su DSM. La diferencia de 3 niños que no entraron en el estudio se debió a cambio de residencia de sus padres.

La distribución de los estilos de apego de las madres de los niños de ambos grupos se observa en la tabla n°7, reconociendo menor presencia de estilo de apego seguro en el grupo caso, a pesar de observar esta diferencia porcentual el p valor fue de 0,474, resultando no significativo.

Tabla n°7: Distribución de diagnóstico de DSM y apego materno.

Diagnóstico DSM	APEGO SEGURO		APEGO AMBIVALENTE		APEGO EVITATIVO		APEGO DESORGANIZADO		p-valor	Estadístico
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Normal	5	23,8	9	42,9	7	33,3	0	0	0,474	Fisher
Riesgo	1	7,1	6	42,9	6	42,9	1	7,1		
Retraso	1	50	1	50	0	0	0	0		
Rezago	0	0	2	40	2	40	1	20		
Total	7	16,7	18	42,9	15	35,7	2	4,8		

Fuente elaboración propia

Las áreas afectadas en el DSM de los niños del grupo casos es la siguiente: de los niños evaluados con EEDP, el 27,27% (n=3) presentaron déficit en el área de coordinación, el 63,6% (n=7) en el área de lenguaje, el 18,18 % (n=2) en el área motora. El área social no mostró alteraciones en su evaluación. Mientras que aquellos casos evaluados con TEPSI, el 72,72% (n=8) presentaron déficit en el área de lenguaje, y un 27,28% (n= 3) en el área de motricidad. Mayores detalles sobre las áreas afectadas del DSM y su relación con las pautas se observan en la tabla n°8.

Tabla n° 8: Descripción de las áreas afectadas del DSM en el grupo de niños(as) casos según pautas aplicadas.

Pauta de evaluación		n	%
EEDP			
Coordinación	Si	3	27,27
	No	8	72,73
Lenguaje	Si	7	63,64
	No	4	36,36
Motora	Si	2	18,18
	No	9	81,82
Social	Si	0	0
	No	11	100
TEPSI			
Coordinación	Si	0	0
	No	10	100
Lenguaje	Si	8	80
	No	2	20
Motricidad	Si	3	30
	No	7	70
Total		21	100

Fuente elaboración propia

VI.- COMPARACIÓN ESTILO DE APEGO MATERNO Y DESARROLLO PSICOMOTOR DEL HIJO(A)

De los niños del grupo caso, evaluados con EEDP (n=11), tres presentaban alteraciones en el área de coordinación, los cuales se distribuyen de igual manera porcentual con un 33% entre madres con apego seguro, apego evitativo, con apego desorganizado, no encontrando en este grupo mujeres con estilo de apego ambivalente. En el área de lenguaje, con pautas alteradas se observaron 7 niños, de los cuales el 28,6% son hijos(as)

de mujeres con estilo de apego seguro, un 42.9% con apego inseguro ambivalente, un 12,5% apego inseguro evitativo y por último un 12,5% mujeres con apego desorganizado. La función motora alterada estuvo presente en 2 niños, el 100% de ellos eran hijos(as) de madres con apego ambivalente. En esta evaluación no se observó afectada el área social. El detalle de las áreas afectadas y no afectadas relacionadas con el tipo de apego materno se describe en la tabla n°9.

Tabla n°9 Distribución del estilo de apego materno con el área afectada de DSM de los niños(as) evaluados con EEDP.

	APEGO SEGURO		APEGO AMBIVALENTE		APEGO EVITATIVO		APEGO DESORGANIZADO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Área coordinación								
Si	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,3
No	1	12,5	5	62,5	1	12,5	1	12,5
Total	2	18,2	5	45,5	2	18,2	2	18,2
Área Lenguaje								
Si	2	28,6	3	42,9	1	14,3	1	14,3
No	0	0	2	50	1	25	1	25
Total	2	18,2	5	45,5	2	18,2	2	18,2
Área Motora								
Si	0	0	2	100	0	0	0	0
No	2	22,2	3	33,3	2	22,2	2	22,2
Total	2	18,2	5	45,5	2	18,2	2	18,2
Área Social								
Si	0	0	0	0	0	0	0	0
No	2	18,2	5	45,5	2	18,2	2	18,2
Total	2	18,2	5	45,5	2	18,2	2	18,2

Fuente elaboración propia

De los niños del grupo casos que fueron evaluados con TEPSI (n=10), 8 niños presentaron alteraciones en el área de lenguaje, el 37,5% eran hijos(as) de mujeres con apego ambivalente, y un 62,5% de mujeres con apego evitativo. En el área de motricidad alteradas se encontraron a 3 niños, cuyas madres en un 66,7% tenían un apego ambivalente y un 33,3% un apego evitativo. No se encuentran niños con pautas alteradas en el área de coordinación. La presencia de madres con apego seguro y apego desorganizado no se observó en este grupo de niños(as). El detalle de las áreas afectadas y no afectadas relacionadas con el tipo de apego materno se describe en la tabla n° 10.

Tabla n°10 Distribución del estilo de apego materno con el área afectada de DSM de los niños(as) evaluados con TEPSI

TEPSI	APEGO AMBIVALENTE		APEGO EVITATIVO	
	n	%	n	%
Área lenguaje				
Si	3	37,5	5	62,5
No	1	50	1	50
Total	4	40	6	60
Área motricidad				
Si	2	66,7	1	33,3
No	2	28,6	5	71,4
Total	4	40	6	60
Área coordinación				
Si	0	0	0	0
No	4	40	6	60
Total	4	40	6	60

Fuente elaboración propia

Con la finalidad de identificar si variables del perfil socioeconómico, antecedentes relacionales o antecedentes perinatales pudieran estar influyendo en el DSM y el tipo de apego materno no se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Rescatando que la variable “tipo de lactancia” en el grupo de control en donde se observa que la presencia de LME es protectora del DSM en relación con el tipo de apego de la madre. Estos antecedentes se observan en las tablas n°11.

Tabla n°11 Relación entre tipo de lactancia y estilo de apego materno en grupos caso-control.

		Apego Seguro	Apego Ambivalente	Apego Evitativo	Apego Desorganizado		
	Tipo lactancia	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-valor	Estadístico
Caso	LME	2(12,5)	6(37,5)	6(37,5)	2(12,5)	1	Fisher
	Mixta	0(0)	2(50)	2(50)	0(0)		
	Artificial	0(0)	1(100)	0(0)	0(0)		
Control	LME	5(33,3)	5(33,3)	5(33,3)	-	0,044	Fisher
	Mixta	0(0)	4(100)	0(0)	-		
	Artificial	0(0)	0(0)	2(100)	-		
General	LME	7(22,6)	11(35,5)	11(35,5)	2(6,5)	0,438	Fisher
	Mixta	0(0)	6(75)	2(25)	0(0)		
	Artificial	0(0)	1(33,3)	2(66,7)	0(0)		

Fuente elaboración propia

Del mismo modo, se pudo observar que para el grupo caso, la participación del padre en la crianza, tiene una relación significativa para el

DSM en la medida que es deficitaria para aquellas madres con apegos inseguros. Ver tabla n°12.

Tabla n°12. Relación entre evaluación de la participación del padre en la crianza y estilo de apego materno en grupos caso- control.

		Apego Seguro	Apego Ambivalente	Inseguro Evitativo	Apego Desorganizado		
	Participación del padre	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-valor	Estadístico
Caso	Insuficiente	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)	0,021	Fisher
	Regular	0(0)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)		
	Suficiente	2(13,3)	7(46,7)	6(40)	0(0)		
Control	Insuficiente	0(0)	2(66,7)	1(33,3)	-	0,552	Fisher
	Regular	2(33,3)	3(50)	1(16,7)	-		
	Suficiente	3(25)	4(33,3)	5(41,7)	-		
General	Insuficiente	0(0)	2(50)	1(25)	1(25)	0,209	Fisher
	Regular	2(22,2)	4(44,4)	2(22,2)	1(11,1)		
	Suficiente	5(18,5)	11(40,7)	11(40,7)	0(0)		

Fuente elaboración propia

7.- DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito principal investigar la relación entre el estilo de apego materno y el desarrollo psicomotor de sus hijos(as), el grupo estudio estuvo constituido por 42 madres e hijos(as) de los cuales 21 correspondieron al grupo de casos y 21 al grupo control. Las madres de ambos grupos se intentaron homogeneizar al máximo en sus características sociodemográficas y perinatales, existiendo si diferencia en cuanto a la presencia de mayor número de niños casos con antecedente de pertenencia a pueblo mapuche y de ruralidad. Precisamente esta situación genera que la presencia de etnia mapuche dentro de las díadas del grupo casos está representada 63,2% (n=12) vs grupo control 36,8% (n=7), lo mismo para el antecedente de residencia rural, aunque no es estadísticamente significativo se observa una tendencia del grupo casos a tener mayor presencia de residencia rural en un 73,3% (n=11) en contraste con el grupo control que reporta un 26,7% (n=4). Este hallazgo pudiera estar relacionado con un estudio Chileno que compara el DSM en niños mapuches y no mapuches, el cual concluye que la etnia no constituye un factor de riesgo por sí solo, sino solo cuando se ve asociado a otras variables como la ruralidad⁶⁵, situación que coincide con lo observado en el presente estudio. Pero también es importante rescatar, que las escalas de evaluación aplicadas (EEDP y TEPSI) no contemplan diferencias de etnia^{7,8}.

Se puede destacar que la presencia de la condición de embarazo no deseado se ve duplicada en las díadas del grupo casos, sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Con relación al tema se puede mencionar un estudio realizado en Chile sobre el riesgo relacional madre - recién nacido, el cual incluyó una muestra de 333 díadas que permanecen en puerperio en la maternidad del hospital de Temuco, este estudio señala una prevalencia del 43,8% de alto riesgo relacional, en donde se reconoce que el antecedente de gestación no deseada resulta ser un

factor de riesgo⁶⁶. Situación que puede ser cercana a los resultados encontrados en este estudio a pesar de no evaluar de la misma manera esta variable, pero puede estar dando indicio de la importancia de trabajar la aceptación de un embarazo no deseado con mayor detención por parte del equipo de salud. No se encontraron otras publicaciones nacionales que dieran cuenta de estas relaciones.

Respecto al estilo de apego materno en el total de la muestra, se puede señalar que las madres con apego seguro fueron un 16,6% (n=7), las madres con apego ambivalente un 42,8% (n=18), las con apego evitativo un 35,7% (n=15), y las con apego desorganizado un 4,7% (n=2). Sin embargo, al separar por grupo caso y control la distribución difiere en ambos grupos identificando que en el grupo caso el apego seguro se encontró en un 28,6% mientras que en las madres del grupo control se encontró en un 71,4% , es decir en aquellas mujeres cuyos hijos no presentaron déficit del DSM. Cifras que al compararlas con los resultados de una revisión chilena del año 2012, la cual informa de una distribución de apego en población adulta de apego seguro entre el 55 al 70%, apego evitativo 15 al 20%, apego ambivalente 12 al 15% y apego desorganizado en el 5%³⁴, contrastaría con las cifras del grupo en estudio en general (casos y controles) para el apego seguro pero se asemeja al grupo control desagregado, y también presenta cifras cercanas en cuanto al apego desorganizado . Una revisión realizada en Holanda la cual consideró 10.000 evaluaciones de apego adulto observó un 58% de apego seguro, 23% evitativo, 19% ambivalente y un 18% como resuelto desorganizado³⁵. Estas diferencias podrían tener explicación en las características de la muestra, relacionadas fundamentalmente su tamaño.

Al relacionar las variables, estilo de apego y desarrollo psicomotor en los grupos estudiados, no se observan diferencias significativas, no es posible comparar dicho resultado ya que no se han encontrado estudios que relacionen en forma directa ambas variables.

La prevalencia de déficit del DSM en la comuna estudiada correspondió a un 10.76%, cifra que está por debajo de la prevalencia estimada de déficit del DSM para países desarrollados que alcanza al de 12 a 16%⁴⁸ del mismo modo que la cifras de esta situación para Chile, el año 2013¹⁰ señalan un 12,44% de déficit, resultado que nuevamente puede estar relacionado con el tamaño muestral por tratarse de un estudio piloto. El área del desarrollo más afectada correspondió a lenguaje en un 71,4 % (n=15) del total de los casos, situación que se asemeja en parte a un estudio chileno realizado en el año 2012 el que incorporo 57 niños de nivel socioeconómico bajo, el que informa que el 29% de déficit en esta área, resultando ser el área de mayor riesgo⁶⁸. Un segundo estudio realizado en Chile año 2007, en niños de 12 y 59 meses mapuches y no mapuches encuentra un 54 %, de déficit en el área del lenguaje, área con la mayor prevalencia de déficit⁶⁹, coincidente con lo observado en el presente estudio.

Al asociar el tipo de apego con el DSM, llama la atención que aquellos niños que fueron evaluados con el test TEPSI, sus madres no presentan la clasificación de apego seguro. Situación que es importante destacar porque según lo señalado por la literatura, se reconoce que las madres pueden tener un periodo de adaptación en estas primeras etapas de la vida respecto del apego con sus hijos(as) y una evaluación tardía del niño, es decir por sobre los 30 meses aproximadamente como ocurre con la evaluación TEPSI, la posibilidad de que una madre con apego seguro tenga un hijo con déficit del DSM es cercana a cero²².

Al relacionar variables confundentes para el desarrollo psicomotor del niño(a) se pudo observar que la lactancia materna resultó ser una variable protectora del DSM para el grupo control, situación que no se observa en el grupo caso. Esto puede ser explicado por la distribución del tipo de apego materno en donde el grupo caso se observa la presencia de apego desorganizado condición que no está presente en el grupo control. Un

estudio estadounidense publicado en el año 2010 en donde se evaluó una cohorte 14.000 niños encontró que LME se asoció con un mejor nivel de desarrollo motor para los 9 y 24 meses de edad con un valor de p 0,039 y 0,017 respectivamente, pero no se observaron estas diferencias en los meses posteriores⁶⁹.

Por otra parte, la presencia del padre es reportada en ambos grupos por sobre el 90% del total de las diadas, mientras que la participación del padre en la crianza fue evaluada como suficiente en 71% (15 casos) y 57,1% (12 controles). Estudios realizados en Chile y España respecto de la participación paterna en el cuidado del niño logran concluir de manera independiente que a pesar de las transformaciones relacionales de cercanía e involucramiento con los hijos aun convive en este padre moderno el rol de proveedor principal^{70, 71}. Resultados que se pueden comparar de alguna manera con lo encontrado en el presente estudio, donde se observó una alta presencia de los padres en las diadas, pero una baja participación en la crianza. Al relacionar la participación del padre en el grupo caso con la condición de insuficiente o regular resulta estadísticamente significativa en la medida que la madre posee un apego inseguro, este resultado que es un hallazgo de la investigación, no se puede comparar pues no se encontró literatura publicada en esta área. A su vez surge varias hipótesis posibles de este resultado: la primera que se trata de una percepción materna que tiene relación con el estilo de apego que en la medida que es inseguro puede que sea la misma madre que no permita el apoyo en la crianza. Sin embargo también puede reconocerse que, efectivamente sea el padre quien no genera una participación activa al no sentirse identificado con la importancia que tiene su rol en la crianza de su hijo(a) para efectos del desarrollo de éste y menos identificar que puede ser una factor protector para su hijo en caso que la madre tenga este estilo de apego. Este hallazgo resulta interesante para desarrollar en futuras investigaciones.

Limitaciones del estudio

El reducido tamaño muestral limita pruebas estadísticas y extrapolaciones.

La escala de evaluación utilizada para el apego, PBI, tal vez no resulta ser el instrumento más adecuado para ser aplicado en población rural con baja escolaridad y de alta etnicidad. El tener solo como informante a la madre de la participación del padre en la crianza puede afectar el resultado de este dato.

Las dificultades propias de un estudio retrospectivo en relación a la recolección de datos de las díadas CESFAM.



8.- CONCLUSIONES

La prevalencia de déficit DSM fue del 10.76%. El 16,6% presentó apego materno seguro en la muestra total. Sin embargo, al desagregar por casos y controles, el 28,6% de las madres del grupo casos presentó apego seguro versus el 71,4% de las madres del grupo control.

Las madres de niños diagnosticados con déficit del DSM a mayor edad, no presentaron estilos de apego seguro, solo se observó en este grupo la presencia de apego materno inseguro.

El área de mayor afección de déficit del DSM fue lenguaje, independiente de la edad en que se haya aplicado la evaluación y el tipo de test.

La lactancia materna exclusiva fue una variable protectora del DSM en asociación al estilo de apego, y la participación del padre fue considerada deficitaria en madres con apego inseguro.

Se observa una tendencia entre estilo de apego materno inseguro y déficit del DSM. Por lo que se acepta la hipótesis presentada en este estudio, aunque la limitación del tamaño muestral es una condición que va a causar conflicto por ello se reconoce como tendencia, frente a esta afirmación de manera categórica.

9.- PROYECCIONES

El presente estudio se podría considerar una primera aproximación al estudio de como características propias tales como el apego de las madres pueden influir en el óptimo desarrollo psicomotor del niño. Por lo tanto desarrollar estrategias de evaluación de los estilos de apego durante el periodo prenatal e intervenir precozmente.

Este estudio tuvo dentro de sus limitaciones importantes el reducido tamaño muestral, sería interesante replicar este en poblaciones de mayor tamaño y con características sociodemográficas diferentes, lo que permitiría la posibilidad de comparar resultados.

Sería también interesante generar una línea de investigación que estudie apegos en población chilena con características especiales como ruralidad, etnicidad, bajo nivel socioeconómico etc., con el propósito de mostrar evidencia científica de las distintas condicionantes que pudieran estar influyendo en la formación y mantención de este vínculo.

La participación del padre debiera ser una variable evaluable para efectos en el DSM del niño(a), durante los controles del niño de manera precoz y el hallazgo de los resultados asociados a niños(as) con déficit del DSM y madres con apego inseguro, genera además una línea de investigación por sí misma.

10. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bowlby J. Attachment and loss: Volumen I I: Separation: Anxiety and anger. New York, NY. 1973.
2. Mira A. La importancia de la relaciones tempranas y el apego en los niños con necesidades especiales. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2009(9):Pág. 77-85.
3. Sánchez Herrero M. Apego en la infancia y apego adulto: influencia en las relaciones amorosas y sexuales. [Tesis de Maestria]. Salamanca. Universidad de Salamanca. Master en Estudios Interdisciplinarios de Género; 2011.
4. Bowlby J. Attachment and loss: Volume III: Loss: Sadness and depression. Volume III. New York, NY: Basic Books. 1980.
5. Grimalt O L, Heresi M E. Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Rev chil pediatr*. 2012;83:239-46.
6. Feeney J, Noller P. Apego adulto: Desclée de Brouwer Bilbao; 2001. Cap 1 y 2.
7. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años. Santiago. Chile. 2008
8. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Guía para los equipos locales. Chile Crece Contigo. Santiago. Chile. 2012.
9. Cabezuelo G, Frontera P. El Desarrollo Psicomotor: desde la infancia hasta la adolescencia. Madrid. España. Narcea Ediciones. 2010.
10. Bedregal P. Hacia la renovación en las políticas de infancia en Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2014;85(1):7-11.
11. Bowlby J. Attachment and loss: volume I: Attachment. I New York, NY. 1969.

12. Trillingsgaard T, Elklit A, Shevlin M, Maimburg RD. Adult attachment at the transition to motherhood: predicting worry, health care utility and relationship functioning. *J Reprod Infant Psychol* . 2011;29(4):354-63.
13. Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ. Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*. 1972;18(2):123-43.
14. Lecannelier F. Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Santiago. Chile: Lom Ediciones. 2006.
15. Bowlby J. El vínculo afectivo. Barcelona, España: Editorial Paidós, Psicología Profunda. 1993. p60.
16. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton, T. B. and Yogman, M. (Eds), *Affective development in infancy*, pp. 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing. 1986.
17. Carrillo S. Marv Salter Ainsworth (1913-1999). *Rev Latinoam Psicol*. 1999;31(2):383-6.
18. Oliva Delgado A. Estado Actual de la Teoría del Apego. *Rev Psiquiatr Psicol niño adolesc*. 2004;4(1):55-69.
19. Rodríguez GA. El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010;30:581-95.
20. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL and Target M. *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. London. England: Karnac Books; 2004.
21. Moskowitz S, Reiswig R, Demby G. From Infant Observation To Parent-Infant Treatment: The Anni Bergman Parent-Infant Training Program. *J Infant Child Adolesc Psychother*. 2014;13(1):1-8.
22. Bloch J. Reciprocity in a Securely Attached Mother-Infant Dyad. *J Infant Child Adolesc Psychother*. 2014;13(1):11-23.

23. Fonagy P. Persistencias Transgeneracionales del Apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas: Revista Aperturas Psicoanalíticas*. 1999(3):1.
24. Navarro Euribe R. La transgeneracionalidad y los patrones de apego: correlatos entre el psicoanálisis y las neurociencias. [Tesis de Maestría] Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2013.
25. Besoain C, Santelices MP. Transmisión Intergeneracional del Apego y Función Reflexiva Materna: Una Revisión. *Ter Psicol*. 2009;27(1):113-8.
26. Rutherford HJ, Goldberg B, Luyten P, Bridgett DJ, Mayes LC. Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behav and Dev*. 2013;36(4):635-41.
27. Hong YR, Park JS. Impact of attachment, temperament and parenting on human development. *Korean J Pediatr*. 2012;55(12):449-54.
28. Crittenden PM. *Nuevas Implicaciones Clínicas de la Teoría del Apego*. Translated by Mayte Miro. Valencia, España: Editorial Promolibro. 2002.
29. Stauss K. *Psicoterapia de Bonding. Fundamentos teóricos y método*. Editorial Dunken ed 2011.
30. Bowlby J. Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona, España. Editorial Paidós.1989.
31. Pinedo J & Santelices M.P. Apego Adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*. 2006;24(2):201-10.
32. Holmes J. Teoría del apego y psicoterapia: en busca de una base segura. Bilbao. España. Desclée de Brouwer. 2009.
33. Morera, S., Santelices, M. y Farkas Ch. (2012) Habilidades parentales requeridas en la integración con el preescolar para la promoción del apego seguro. *Revista Humanitas(Costa Rica)*, 2012; 9(9): 168-189.
34. Chamorro Noceda LA. El Apego. Su importancia para el Pediatra. *Pediatr (Asunción)*. 2012; Vol. 39(Nº 3):199 - 206.

35. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev.* 2009;11(3):223-63.
36. Rudolph Quezada C, Guendelman S. Aportes desde el Apego al entendimiento del Trastorno de Personalidad Límite. *Rev. Soc. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2012;23(2):129.
37. Mosquera D, González A. Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.* 2011.
38. Knoke J, Burau J, Roehrl B. Attachment styles, loneliness, quality, and stability of marital relationships. *J Divorce Remarriage.* 2010;51(5):310-25.
39. Guzman J, Rovella A, Rivarola M. La relación de apego y bienestar psicológico en adultos. *Revista diálogos.* 2012;3(2):87.
40. Maunder RG, Hunter JJ. A prototype-based model of adult attachment for clinicians. *Psychodyn Psychiatry.* 2012;40(4):549-73.
41. Melis F, Dávila MdlÁ, Ormeño V, Vera V, Greppi C, Gloger S. Estandarización del PBI (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2001;39(2):132-9.
42. Pérez NP. Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez: Alicante. España. Editorial Club Universitario; 2011.
43. Delgado V, Contreras S. Desarrollo Psicomotor en el primer año de vida. Santiago. Chile. Editorial Mediterránea. 2010. pag14-17.
44. Monge, M. Desarrollo psicomotor como elemento fundamental en el desarrollo integral de niños y niñas en edades tempranas. Universidad de Costa Rica. 2009.
45. Vericat A, Orden AB. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013;18(10): 2977-2984.

46. Gómez MÁ, Aznarb JS, Sánchez-Venturac JG. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(41):65-89.
47. Narbona J, Schlumberger E. Retraso psicomotor. En: Narbona García J, Casas Fernández C, coordinadores. *Protocolos de Neurología Pediátrica*. Cap. 21. Madrid: SENP-AEP; 2008;21:152-7.
48. Schonhaut L, Herrera ME, Acevedo K, Villarreal V. Estrategias de pesquisa del déficit del desarrollo psicomotor en atención primaria. *Rev Ped Elec*. [on line] 2008;5(3):7-11.
49. Vericat A, Orden AB. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. *Rev Chil Pediatr*. 2010;81:391-401.
50. Cortés J, Benavente MV. Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia infantil. Santiago. Chile: RIL editores; 2007.
51. Ministerio de Salud de Chile. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile. División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. 2006.
52. Sroufe LA. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev*. 2005;7(4):349-67.
53. Easterbrooks M, Bureau J-F, Lyons-Ruth K. Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother-child interaction: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Dev Psychopathol*. 2012;24(01):65-78.
54. Maldonado M, Lecannelier F, Lartigue T. Aspectos evolutivos de la relación madre-bebé. *Perinatol Reprod Hum*. 2008;22(1):15-25.
55. Ibañez Lopez PMS, María. Atención Temprana. Diagnóstico e Intervención Psicopedagógica. Madrid. España. Editorial UNED; 2014.
56. Martínez-Álvarez JL, Fuertes-Martín A, Orgaz-Baz B, Vicario-Molina I, González-Ortega E. Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las

relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anal. Psicol.* 2014;30(1):211-220.

57. Sarro Emma C, Wilson Donald A, Sullivan Regina M. Maternal Regulation of Infant Brain State. *Curr Biol.* 2014;24(14):1664-1669.
58. Fitton VA. Attachment Theory: History, Research, and Practice. *Psychoanalytic Social Work.* 2012;19(1-2):121-43.
59. Ding Y-h, Xu X, Wang Z-y, Li H-r, Wang W-p. The relation of infant attachment to attachment and cognitive and behavioural outcomes in early childhood. *Early Hum Dev.* 2014;90(9):459-464.
60. Campo Ternera LA. Importancia del desarrollo motor en relación con los procesos evolutivos del lenguaje y la cognición en niños de 3 a 7 años de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte.* 2010;26(1).
61. Alhusen J, Hayat M, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16(6):521-9.
62. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012;43(5):683-714.
63. Joseph R. Environmental Influences on Neural Plasticity, the Limbic System, Emotional Development and Attachment: A Review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1999;29(3):189-208.
64. Cerda J, Villarroel del L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Rev. chil. pediatr.* 2008;79(1):54-8.
65. Correa Norambuena LV. Estudio comparativo del Desarrollo Psicomotor, a través del análisis del TEPSI, aplicado a niños mapuches y no mapuches, en la comuna de Mariquina. [Tesis de Grado de Licenciado en Enfermería]: Universidad Austral de Chile; 2009.

66. Muñoz M, Poo AM, Baeza B, Bustos ML. Riesgo relacional madre-recepción nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev. chil. pediatr.* 2015;86(1):25-31.
67. Farkas C, Corthorn C. Modelo explicativo del desarrollo temprano cognitivo, motor y de lenguaje en infantes chilenos de nivel socioeconómico bajo. *Estudios de Psicología.* 2012;33(3):311-23.
68. Ñanco Kg, Alvarado VH. Estudio comparativo de factores psicosociales asociados al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor entre niños mapuche y no mapuche controlados en el programa de estimulación del CESFAM Panguipulli durante el periodo octubre a noviembre de 2007. [Tesis de Grado de Licenciado en Enfermería]: Universidad Austral de Chile; 2007.
69. Clive R. Belfield & Inas Rashad Kelly. The Benefits of Breast Feeding across the Early Years of Childhood. *Journal of Human Capital*, University of Chicago Press, 2012.;6(3):251-277.
70. Valdés X. El lugar que habita el padre en Chile contemporáneo: Estudio de las representaciones sobre la paternidad en distintos grupos sociales. *Polis* (Santiago). 2009;8(23):385-410.
71. Rodríguez, C., Peña, V., Torío S. La experiencia de la paternidad y la maternidad: análisis del discurso de las creencias sobre la crianza y el cuidado infantil. *Infancia y aprendizaje.* 2009;32(1):81-95.

11.- ANEXOS

ANEXO I. Operacionalización de variables

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION DEL ESTUDIO	DEFINICIÓN	TIPO	CLASIFICACION	ESCALA	INDICADOR	DIMENSIONES
EDAD	Número de años cumplidos	Independiente	Cuantitativa Continua	Intervalo	Años cumplidos	Menor de 19 años 20 -24 años 25-29 años 30-34 años Mayor de 35 años quintiles
NIVEL SOCIOECONÓMICO:	Nivel de ingreso per cápita del grupo familiar al	Independiente	Cuantitativa	Intervalar	Ingreso en \$	
NIVEL EDUCACIONAL	Ultimo Año Cursado en educ. Formal	Independiente	Cuantitativa	Intervalo	Años de escolaridad	Básica incompleta Básica completa Media incompleta Media completa Superior incompleta Superior completa
ACTIVIDAD	Desempeño habitual remunerado o no	Independiente	Cualitativa Nominal	Nominal	Ámbito en que se desempeña	Trab. Dependiente Trab. Independiente Dueña de casa Estudiante
ETNIA	Comunidad Humana que comparte una afinidad cultural	Independiente	Cualitativa Nominal	Nominal	Pertenencia cultural :	Pertenencia étnica: Si No Mapuche No Mapuche Otra
PARIDEZ	Número de hijos vivos al momento del estudio	Independiente	Cuantitativa	Intervalo	Número de hijos vivos	1 Hijo 2-3 Hijos 4-5 Hijos 6 y más.

VARIABLES ANTECEDENTES PERINATALES	DEFINICIÓN	TIPO	CLASIFICACION	ESCALA	INDICADOR	DIMENSIONES
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO	Edad del feto calculada desde la FUR al momento del parto	Independiente	Cuantitativa	intervalar	Semanas de Gestación	-Menor de 37 Sem. -Entre 37 y 42 Sem. -Mayor a 42 Sem.
TIPO DE PARTO	Vía de nacimiento del producto de la concepción	Independiente	Cualitativa	Nominal	Vía de parto	Vaginal Instrumental Cesárea
APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS 5 MINUTOS	Indicador de adaptación fetal a los 5 minutos de vida	Independiente	Cuantitativa	Intervalar	Puntaje al momento del nacimiento	
APEGO DE LA MADRE	Caracterización del tipo de modelo vincular afectivo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Evaluación Según en Cuestionario Camir	Apego: Seguro Rechazante Preocupado Desorganizado
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO	Manifestación del desarrollo y maduración del Sis. Nervioso evaluado por EEDP y TEPSI	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Evaluación por TEPSI y EEDP	Normal Rezago Déficit Retraso

VARIABLES CONFUNDENTES	DEFINICIÓN	TIPO	CLASIFICACION	ESCALA	INDICADOR	DIMENSIONES
PRESENCIA DEL PADRE	Presencia del padre en el cuidado del niño	Independiente	Cualitativo	Nominal	Presencia: -Si -No	Si No
Percepción de la relación y cuidado del padre hacia el hijo(a)	Percepción de la madre del nivel de participación de padre en el cuidado de su hijo(a) y el nivel de relación entre ambos	Independiente	Cualitativa	Categoría	Participación Relación	Muy bueno Bueno Regular Mala Muy mala
Tipo de lactancia	Alimentación ofrecida al niño(a) durante el primer año de vida	Independiente	Cualitativa	Nominal	Tipo de Lactancia	Natural Mixta Artificial
Duración de la lactancia materna exclusiva	Tiempo en que el niño(a) se alimentó exclusivamente de lactancia materna	Independiente	Cuantitativa	Categoría	Meses	Menor de 3 meses 3-6 meses Más de 6 meses

Anexo II. Instrumentos de recolección de datos.

Encuesta de recolección de datos

“Estilos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño”

Investigador Responsable: Mt Estrella Álvarez Pacheco

Fecha: ___/___/___

Antecedentes Personales

Nombre de participante: _____
Rut: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

¿Se siente Ud. perteneciente a algún pueblo originario, Cual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Mapuche <input type="checkbox"/> No Mapuche otra: _____

Antecedentes Socioeconómicos

¿Cuál es el ingreso familiar mensual?
<input type="checkbox"/> Hasta \$ 53.184 <input type="checkbox"/> sobre \$ 140.665 - \$ 254.627
<input type="checkbox"/> Sobre \$ 53.184 - \$ 90.067 <input type="checkbox"/> sobre \$ 254.627
<input type="checkbox"/> Sobre \$ 90.067 – \$ 140.665
¿Cuál es su último año de educación cursado?
<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Media <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Básica <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Formación Técnica <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Usted trabajaba durante el periodo en el cual su hijo fue referido a la sala de estimulación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Qué tipo de actividad laboral realizaba en ese periodo?

Trab. Dependiente Trab. Independiente Dueña de casa Estudiante

¿En caso de trabajar fuera del hogar, cuantas horas diarias trabaja Usted?

Antecedentes del Niño

¿Qué tipo de lactancia recibió su hijo durante los primeros 6 meses de vida?

Pecho exclusivo Pecho más mamadera Mamadera

Tiempo de lactancia con Pecho Exclusivo: meses

Su hijo fue hospitalizado durante el primer año de vida: Sí No

Causa: _____

Tiempo de hospitalización: _____

Percepción Materna de la Participación del Padre *

Presencia del Padre: Si No

Marque con un círculo la nota que usted le pondría al padre en su participación en los cuidados y crianza del niño:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

1: menor participación 7: mayor participación

*** Nota: Se entiende por participación del padre en los cuidados y crianza del niño cuando este colabora en actividades tales como: alimentación, muda, aseo, estimulación, recreación y otros.**

REGISTRO DE INFORMACION DEL NIÑO

“Estilos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño”
Investigador Responsable: Mt Estrella Alvarez Pacheco

Fecha: ___/___/___

Antecedentes Personales

Nombre de participante: _____	
Rut: _____	Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Lugar de residencia: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
Asiste a Jardín Infantil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Antecedentes Perinatales

Apgar de Recién Nacido a los 5 minutos: <input type="text"/> <input type="text"/>
Peso de Nacimiento: _____ Kg.
Menor con patología crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cual: _____

Ingreso a Sala de Estimulación

Pauta Aplicada: _____
Diagnóstico: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Retraso
Areas del DSM comprometidas: EEDP _____
TEPSI _____

REGISTRO DE INFORMACION DE LA MADRE

“Estilos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño”

Investigador Responsable: Mt Estrella Álvarez Pacheco

Fecha: ___/___/___

Antecedentes Personales

Lugar de residencia: Urbana Rural

Antecedentes Socioeconómicos

Tipo de Familia:

Unipersonal Extensa Biparental Sin Núcleo Familiar

Nuclear Monoparental Extensa Monoparental

Nuclear Biparental Compuesta

Antecedentes Perinatales

Número de hijos vivos:

Embarazo controlado: Sí No N°- de Controles

Embarazo deseado: Sí No

Condición de embarazo de riesgo para Chile Crece Contigo: Sí No

Evaluación escala EPSA al ingreso: Con riesgo Sin Riesgo

Factores de riesgo 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Presencia durante el embarazo Alcoholismo Drogas VIF

Patologías durante el embarazo: Sí No Cual: _____

Edad gestacional al momento del parto: semanas.

Tipo de parto: Vaginal Instrumental Cesárea

Complicaciones del parto: Sí No Cual: _____

Apgar de Recién Nacido a los 5 minutos:

Complicaciones Post-parto: Sí No Cual: _____

Antecedentes de depresión durante el: Embarazo Post-parto

Patologías durante el embarazo: Sí No

Cual: _____

Visitas domiciliarias durante el embarazo: Sí No



Anexo III. Cuestionario de aplicación PBI

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia.

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

Muy en desacuerdo: 1

Moderadamente en desacuerdo: 2

Moderadamente de acuerdo: 3

Muy de acuerdo: 4

Evalúe el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada. Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su MADRE.

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

Anexo IV. Juicio de expertos

Parental Bonding Instrument y Estilos de Apego

Se le solicita participar en calidad de experta(o) para definir los estilos de apego basado en el Parental Bonding Instrument (PBI).

El PBI, es un instrumento validado en Chile en el año 2001, que consta de 25 preguntas en donde se identifican los dominios de cuidado (afecto) y de sobreprotección (control). Distribuyendo sus ítems de la siguiente manera

Cuidado (afecto)	
Ítems 1,5,6,11,12,17	Muy de acuerdo=3 Moderadamente de acuerdo=2 Moderadamente en desacuerdo=1 Muy en desacuerdo=0
Ítems 2,4,14,16,18,24	Muy en desacuerdo=3 Moderadamente en desacuerdo=2 Moderadamente de acuerdo=1 Muy de acuerdo= 0
Protección (control)	
Ítems 8,9,10,13,19,20,23	Muy de acuerdo=3 Moderadamente de acuerdo=2 Moderadamente en desacuerdo=1 Muy en desacuerdo=0
Ítems 3,7,15,21,22,25	Muy en desacuerdo=3 Moderadamente en desacuerdo=2 Moderadamente de acuerdo=1 Muy de acuerdo= 0

Frente a los resultados los autores describen cuatro tipos de vínculos, según los puntajes obtenidos:

Afectivo constrictivo: alto en cuidado y protección

Control sin afectividad: alto en protección y bajo en cuidado

Vínculo óptimo: alto en cuidado y bajo en protección

Vínculo negligente: bajo en cuidado y bajo en protección

Este instrumento posee un puntaje de corte para el cuidado de 27.0 y un puntaje de corte de 13.5 para la protección en el caso de la madre y en la escala aplicada evaluando el vínculo con el padre, los puntajes corresponden a 24.0 puntos para el cuidado y de 12.5 para la protección.

Por otra parte Main, complementando el trabajo de Bowlby, propone categorías de apego en el adulto, las cuales las denominó “estados de la mente con relación al apego”, estas son entendidas como las representaciones en el adulto de lo que es el apego. Que se describen como:

Apego Seguro describe a sujetos que son capaces de reconocer sus estados de necesidad, pudiendo recurrir en búsqueda de apoyo; su modelo mental internalizado es positivo tanto respecto a sí mismo como de los demás. Al enfrentar una entrevista psicológica, estos sujetos exploran el pasado con cierta facilidad, comodidad y de manera reflexiva, valora las figuras de apego con claridad y objetividad. Las experiencias adversas las relata con pensamiento reflexivo, relativamente desprovistos de mecanismos de defensa. El relato de los sus vivencias se entrelaza de manera armoniosa con los conceptos y significados cooperativa en la entrevista. El origen de este patrón de apego está en el éxito de la interacción entre los cuidadores y el niño, en la intimidad lograda, en la disponibilidad y accesibilidad de los cuidadores, en la respuesta pronta, afectiva y eficaz a las demandas del niño o niña y en la coherencia de las relaciones. Es así

como aprenden a sentirse seguros y queridos, confiar en los demás y saberse valiosos.

Apego Inseguro Evitativo, falla en el reconocimiento de la angustia o incomodidad, por tanto, no busca ser consolado; su modelo mental implica una percepción de las otras negativas, en términos de la receptividad y disponibilidad al cuidado, y una percepción también negativa de sí mismo, como alguien que no merece ser cuidado. En la entrevista dan poca información de su historia personal, parecen minimizar el valor de las relaciones íntimas o intelectualizar su significado. Las figuras importantes aparecen con omisiones o poca fluidez. Son frecuentes frases como “no sé”, “no me acuerdo”, si relatan situaciones difíciles lo hacen sin valorar la importancia de estas y sin contactar sus emociones. Se muestra una inconsistencia entre la memoria semántica y memoria episódica. Dada la estrategia defensiva de evitación, el discurso puede ser banal, la actitud durante la entrevista puede ser de indiferencia. Las causas que provocan la evitación son el rechazo emocional de los cuidadores, la falta de respuesta a sus demandas, la falta de interacción íntima, la interacción fría y distante, la falta de disponibilidad y accesibilidad, la ineficacia ante las ayudas que ha necesitado, la minusvaloración, etc.

Apego Inseguro Ambivalente mostraría un modelo mental caracterizado por la internalización de una relación poco predecible e inestable con sus figuras de apego temprano, manifestando una respuesta emocional hipersensible y expresiones intensificadas de angustia. Así, existiría una tendencia a buscar cuidado y afecto de la figura de apego, al mismo tiempo que sentimientos de temor a ser ignorados o abandonados. Enfrentados a la entrevista se encuentran intensamente preocupados por relaciones del pasado, por temas de autoestima, apariencia física o duelos no resueltos, los cuales resultan ser reiterativos durante la entrevista. Parecen mantener aún conflicto con los padres y no haber logrado aún una identidad personal. Los recuerdos están fragmentados, tienden a tener discursos muy largos confusos, con respuestas tangenciales u omitiendo información, con relación a las figuras de apego son incapaces de utilizar un criterio objetivo en su discurso. Importante es señalar que tienden a involucrar al entrevistador en su estado emocional(58). Las causas pueden ser muy diversas entre ellas: la incoherencia en

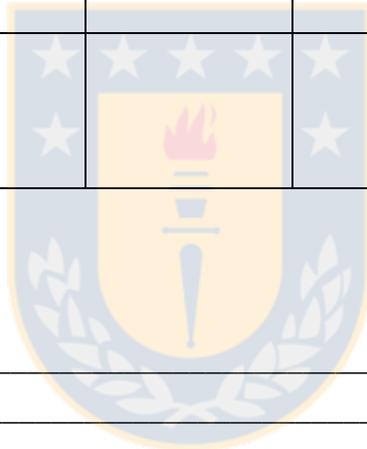
la conducta de los cuidadores, por ejemplo, teniendo conductas a veces muy condescendientes y otras muy exigentes, expresando en palabras o en hechos, críticas negativas sobre el valor de los hijos, utilizando la manipulación emocional en forma habitual, la propia inestabilidad de las relaciones entre los padres, las experiencias negativas cuando han necesitado consuelo; la dificultad para conseguir una comunicación íntima armónica, la ansiedad emocional de los propios cuidadores etc.

Apego desorganizado, este patrón fue el último en elaborarse, representa el colapso de las estrategias de apego, tal vez no resulte ser ni siquiera una forma de apego, es el resultado de la incapacidad de regular las emociones vinculadas al apego con las estrategias habituales, es aquí donde aparece la desorganización.

Enfrentados a la entrevista muestran desorganización o desorientación en el discurso o en el razonamiento cuando intenta discutir eventos traumáticos, aparecen contenidos contradictorios y lapsus en el discurso con cambios en el juicio valórico acerca de un mismo tema o figura, llegando incluso a perder el hilo del discurso olvidando lo que estaban diciendo, observándose claramente el mecanismo defensivo de la disociación, se aprecia que en su relato la temporalidad se va haciendo difusa, dando la impresión de estar reviviendo los episodios traumáticos que relata, llegando a cambios dramáticos en su emocionalidad. Las causas de este cuarto patrón son siempre muy graves, citándose con frecuencia el haber sufrido maltrato o rechazo muy activo por parte de los cuidadores. Lo que suele sucederles a los menores con patrón desorganizado es que, teniendo razones para evitar la intimidad, ni siquiera han conseguido un patrón que les permita controlar las emociones, como ocurre en los evitativos, por lo que se desbordan sus emociones negativas a la vez que no pueden expresar las positivas

Con todo lo presentado, le solicitamos pueda dar su veredicto de posibilidades de correspondencia entre el tipo de vínculo evaluado en el PBI con los diferentes estilos de apego presentados. Para lo cual le dejamos el siguiente cuadro relacional y un espacio para sus comentarios

Apego Vínculo	Apego seguro	Apego Inseguro Evitativo	Apego Inseguro Ambivalente	Apego desorganizado
Afectivo constrictivo				
Control sin afectividad				
Vínculo óptimo				
Vínculo negligente				



Observaciones: _____

¡Muchas gracias por su colaboración!!!

Anexo V. Autorización CESFAM.

**MUNICIPALIDAD DE PERQUENCO
DEPARTAMENTO DE SALUD**

ORD : N° 024 /

ANT : Solicitud de fecha 03 de marzo
de 2014

MAT : Autorización Investigación

PERQUENCO, **18 MAR. 2014**

**DE: VICTOR MONTES RIQUELME
DIRECTOR CONSULTORIO PERQUENCO**

**A : ESTRELLA ALVAREZ PACHECO
MATRONA INVESTIGADORA RESP. PROGRAMA MAGISTER SALUD
REPRODUCTIVA, UNIVERSIDAD CONCEPCION**

Mediante el presente y junto con saludarle, le informo que he tomado conocimiento de su solicitud de poder ejecutar la Investigación titulada **“ESTILOS DE APEGO MATERNO Y SU RELACION CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO”**, en nuestra comuna.

En relación a lo solicitado me permito informarle que ha sido autorizada dicha actividad toda vez que aportara valiosos datos para el quehacer de salud comunal, solamente se insiste en tener todos los resguardos necesarios en relación a los datos sensibles de nuestros usuarios.

Sin otro particular y deseándole el mayor de los éxitos en su investigación le saluda atentamente.



**VICTOR MONTES RIQUELME
DIRECTOR CONSULTORIO PERQUENCO**

VMR/lgch

Anexo VI. Autorización Comité de Ética.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



Concepción, mayo 6 de 2014

EI/14/2014

Dr. Sergio Oñate
Director de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimado Dr. Oñate:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de investigación para optar al grado de Magister en Salud Reproductiva, titulado "*Estilos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño.*", de la Sra. **Estrella Alvarez,** le envío mis observaciones de acuerdo a los estándares preestablecidos¹:

1. **Valor científico o social:** este proyecto aumentará la evidencia sobre la relación entre apego materno y desarrollo psicomotor del niño. Estas variables han sido poco estudiadas en Chile, por tanto pueden ser una valiosa contribución para identificar factores o estilos de apego que pueden mejorar el desarrollo psicomotor.
2. **Validez científica:** la tesista utiliza los principios científicos y metodologías de la investigación adecuados. Fundamenta adecuadamente el diseño metodológico y la selección de muestra; explicita las variables; los instrumentos se ajustan a los propósitos de su investigación; el procesamiento de la información recolectada y el análisis es coherente con los objetivos de su proyecto.
3. **Transparencia en la selección de los sujetos:** la condición de los sujetos se ajusta a los propósitos de la investigación, por lo tanto se justifica adecuadamente que ingresen en el estudio.
4. **Equilibrio entre riesgos y beneficios:** se explicitan los beneficios, y no existen riesgos potenciales para los sujetos de investigación.
5. **Revisión independiente:** no existen conflictos de interés de este comité con la propuesta de investigación.
6. **Consentimiento informado:** el formulario incluye todos los elementos de las recomendaciones internacionales. Explicita el propósito de la investigación, la voluntariedad en la participación y ausencia de consecuencias en caso de no participar, garantiza la confidencialidad de la información, así como los beneficios y ausencia de riesgos potenciales para los sujetos de investigación. Establece los mecanismos de entrega de información a los participantes durante el curso de la

¹ Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolás F. Quezada A, editores. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



investigación y a su término en caso de ser solicitado, y la posibilidad del retiro voluntario de los sujetos.

7. **Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan:** respeta el principio de autonomía de los participantes, mediante el consentimiento informado.

De acuerdo a lo planteado, se **APRUEBA** proyecto

Atentamente,

Dra. Liliana Ortiz M.
Integrante Comité de Bioética
Facultad de Medicina

lilianaortiz@udec.cl- Fono (41) 2204932



Anexo VII. Consentimiento Informado

Título del proyecto: **Estilos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño(a)."**

Investigador responsable: Mt. Estrella Álvarez Pacheco. Rut: 8.218.591-7.
Alumna de Magister en Salud Reproductiva. Fono: 92191728

Docente Guía: Yolanda Contreras García (ycontre@udec.cl)
Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción
Teléfonos: 2204592-2204837-2204928

Invitación a participar: Estimada señora, le estamos invitando a participar en un proyecto de investigación denominado "Estilos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño(a)." con la finalidad de relacionar el estilo de apego materno y el nivel de desarrollo psicomotor de sus hijos(as). El estudio incluirá a mujeres que sean usuarias de este centro de salud y que pertenecen a la comuna de Perquenco.

Procedimientos: Ud., será contactada en su CESFAM por la investigadora. Si usted acepta participar de este estudio, se accederá a sus antecedentes clínicos en el CESFAM de su periodo de embarazo y postparto junto a los antecedentes de control de niño sano de su hijo(a), además de la aplicación de una escala específica a Ud. para determinar su estilo de apego, por medio de una entrevista previamente concertada con la investigadora

Costos: Este proyecto es sin costo alguno para Ud., solo se trata de utilizar antecedentes ya existentes en el centro de usted y de su hijo(a) además de la aplicación de cuestionario que determinara su escala de apego

Beneficios y riesgos derivados de su participación: Este estudio tiene como beneficio el progreso del conocimiento y el mejor acompañamiento del parte del equipo de salud de futuras madres e hijos(as). Este estudio no considera riesgos para su salud o la de su hijo(a) pues no incorpora ningún tratamiento u opción de tratamiento distinta de la que sea necesaria identificada por su equipo médico tratante.

Compensación: Ud., no recibirá ninguna compensación económica por su participación en este estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estrictamente confidencial. Los datos a

los que usted nos permitirá tener acceso de sus antecedentes clínicos, serán manejados sólo por la investigadora principal. Tampoco se revelará su identidad si se publican los resultados del estudio. En caso que decida retirar su participación, la información generada hasta ese momento podrá ser utilizada para los fines y objetivos del estudio, no generándose información adicional.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin ninguna repercusión en su atención en salud.

Derechos de las participantes: Ud., mantiene todos los derechos en su atención según sea considerado por el equipo médico que la atiende, no se modificará en ningún momento la atención habitual que usted recibirá tanto en su centro de salud como en la maternidad.

Contacto: La investigadora responderá cualquier pregunta que usted desee realizar respecto de este estudio. Para ello usted puede contactarse llamado al número de teléfono señalado en la página uno de este formulario de consentimiento.

Antes de firmar este formulario, realice todas las preguntas que pueda tener sobre este estudio o sobre este documento. La persona que la está contactando como miembro del equipo investigador intentará responder completamente cualquier pregunta que usted pueda tener antes o después del estudio, o mientras este se lleva a cabo.

En cumplimiento de la Ley 20.584, acepto y autorizo que la información de mis antecedentes clínicos pueda ser revisada por la investigadora Estrella Álvarez Pacheco y su equipo de investigación.

FIRME ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE SI TODOS LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SON VERDADEROS:

- a) Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que comprendo toda la información proporcionada acerca de este estudio.
- b) Acepto que mi información médica y la de mi hijo(a) será recopilada hasta cumplir un año de vida, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en esta información por escrito a la participante y formulario de consentimiento informado.

c) He decidido participar de este estudio de investigación.

d) Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este documento

Nombre de la participante: _____

Rut: _____

Firma de la participante: _____

Nombre de la investigadora: _____

Firma de la investigadora: _____

Fecha de firma del consentimiento: ____/____/____

