

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Facultad de Filosofía y Educación
Escuela de Psicología

**EVALUACIÓN DE ESTILOS VINCULARES TEMPRANOS EN MADRES,
CUYAS RESPECTIVAS HIJAS DE ENTRE 10 Y 12 AÑOS PRESENTAN
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.**

Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología y al título de Psicólogo.

Estudiante: Tamara Loyola C.
Patrocinante: Carmen Tapia S.

Agradecimientos...

A todas las madres y niñas que participaron en esta investigación. También a todos los integrantes de la Escuela de Niñas Ramón Barros Luco que ayudaron a realizar el presente trabajo, incluyendo la Directora, la Orientadora, a todas las integrantes del Equipo Interdisciplinario, Docentes, Paradocentes, Auxiliares, Inspectoras y Secretarias.

A mi querida Profesora Carmen Tapia por su cariño, profesionalismo, paciencia y sabiduría que han contribuido al desarrollo de la presente investigación, a mi formación personal y profesional. Gracias por transmitirme su amor al trabajo con niños.

A la Sra. Cecilia Quaas por su contribución en la presente investigación.

A mi madre, a mi padre y a mi hermano por su amor, constante apoyo y por estar siempre presentes en los momentos difíciles.

A mis queridos amigos Andrea, Javier y Andrés por su cariño, ayuda y aliento.

A mis amores José Ignacio, Mía, Frida y Trip que hacen feliz cada día. Finalmente a quienes siempre están en mi corazón: María, Mamerto y Tien.

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	6
II. INTRODUCCIÓN.....	7
III. SISTEMA DE OBJETIVOS.....	11
IV. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	12
V. MARCO DE REFERENCIA.....	13
A. La Teoría del Apego.....	13
1. Concepto de Vínculo Afectivo y Apego.....	16
2. Modelos Operativos Internos.....	21
3. Clasificaciones sobre Apego y Vínculo.....	24
a) Estilos de Apego según Mary Ainsworth.....	24
b) Patrones de organización psíquica en relación a los vínculos de apego según Bowlby.....	26
c) El apego Desorganizado.....	29
d) Patrones de apego según Crittenden.....	30
e) Mediciones de apego en adultos.....	33
f) Estilos vinculares tempranos de acuerdo al PBI.....	35
4. La importancia de las figuras parentales en el desarrollo de los niños desde la perspectiva de la Teoría del Apego.....	39
a) La influencia de las experiencias infantiles de los padres.....	39
b) Importancia de la conducta materna.....	40
c) Apego, regulación emocional y función reflexiva.....	44
d) Mentalización y desarrollo del Self.....	48

e) Teoría de la función reflexiva transgeneracional.....	49
f) Aportes de Lyons-Ruth: La comunicación afectiva parental y desorganización del apego.....	50
5. Continuidad, persistencia y trasmisión intergeneracional de los patrones de apego.....	53
6. Vínculo y psicopatología.....	55
7. Vínculo y depresión.....	58
B. Depresión y sintomatología depresiva.....	63
C. Transición infancia-adolescencia y sintomatología depresiva.....	65
D. Prevalencia de depresión.....	70
1. Prevalencia en Chile.....	72
VI. METODOLOGÍA.....	73
A. Tipo de investigación.....	73
B. Métodos y técnicas a utilizar.....	74
1. Periodo y lugar donde se desarrolla la investigación.....	74
2. Población.....	74
3. Tipo de Muestreo.....	75
4. Muestra.....	75
5. Unidad de análisis.....	78
6. Definición de variables.....	78
7. Instrumentos.....	81
8. Procedimiento.....	82
9. Análisis de datos.....	83
C. Aspectos éticos.....	84

VII. RESULTADOS.....	85
A. Resultados obtenidos de acuerdo al VTM.....	86
B. Resultados obtenidos de acuerdo al VTP.....	87
C. Las Dimensiones del PBI: Cuidado y Sobreprotección.....	88
1. Resultados por Dimensión Cuidado.....	88
2. Resultados por Dimensión Sobreprotección.....	89
VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	90
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
X. REFERENCIAS ELECTRÓNICAS.....	109
XI. ANEXOS.....	115
A. Resultados de los instrumentos aplicados por día.....	115
B. Caracterización de la muestra de madres.....	116
C. Parental Bonding Instrument (PBI).....	118
D. Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).....	121
E. Consentimiento Informado de Participación.....	125

I. RESUMEN

La presente investigación de carácter descriptivo, tuvo el objetivo de determinar si existen estilos vinculares tempranos predominantes en una muestra de madres, cuyas respectivas hijas de entre 10 y 12 años presentaron síntomas depresivos. La investigación se realizó en la Escuela Municipal de Niñas Ramón Barros Luco de la Ciudad de Valparaíso con alumnas que cursaron entre 5º y 7º año de Educación General Básica. Para evaluar los estilos vinculares tempranos en las madres se utilizó el Cuestionario Parental Bonding Instrument (PBI); para determinar la presencia de sintomatología depresiva en las niñas se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), ambos instrumentos fueron adaptados y estandarizados para la población chilena. Los resultados muestran que en las madres evaluadas predomina el vínculo temprano del tipo Control sin afecto, con respecto a la figura materna. Con respecto a la figura paterna no fue posible establecer un vínculo predominante. La presencia de éste estilo vincular temprano en las madres constituye un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos en sus hijas escolarizadas que se encuentran en la transición entre la niñez y la adolescencia.

II. INTRODUCCIÓN

Los seres humanos establecen una infinidad de relaciones significativas con otros en el transcurso de la vida, pero sin duda los padres ejercen una influencia determinante en el desarrollo psicológico del individuo. Por ello muchos teóricos se han interesado en conocer los procesos que tienen lugar en la relación padre-hijo, y en explicar cómo éstas pueden influir en los comportamientos y el desarrollo de la personalidad.

Desde la teoría del apego, el énfasis siempre se ha otorgado a la relación que establecen las madres con sus hijos, pues se ha comprobado que influyen significativamente en el desarrollo integral del ser humano. Desde el momento en que el hijo es concebido se forja una relación donde la vida del nuevo ser depende principalmente de la madre, y donde gradualmente el niño a medida que se desarrolla se va haciendo más independiente y autónomo en un proceso largo y complejo. Muchos factores intervienen en este proceso siendo el estilo vincular entre la madre y su hijo uno de los más importantes, ya que generan relaciones de apego y patrones de vinculación que van a constituirse en la base del desarrollo de personalidad, Bowlby (1989).

El tipo de relación que establece el niño y su madre no sólo es significativo en la infancia, sino también en el curso de todo el desarrollo. Para los teóricos del apego, ésta forma de relacionarse configura patrones vinculares que permanecen estables en el tiempo (Bowlby, 1989) y que se transmiten transgeneracionalmente entre padres e hijos (Benoit & Parker, 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991b; Steele, Steele & Fonagy, 1996; Van Ijzendoorn, 1995).

La teoría del apego formulada por John Bowlby, ha sido considerada una de las más valiosas e influyentes para explicar cómo se vinculan los seres humanos, la importancia de las relaciones tempranas con la madre y/o cuidador, y como la

formación de estos lazos influyen en el desarrollo normal o patológico del individuo.

Si bien, en sus inicios la teoría del apego se centró en describir los estilos de apego entre madres e hijos, en las últimas décadas ha aumentado el interés en evaluar las consecuencias de los estilos en la personalidad en adolescentes y en adultos, a través de la investigación y el desarrollo de diferentes instrumentos. Actualmente en nuestro país es posible contar con herramientas psicométricas estandarizadas como el Parental Bonding Instrument, basado en la teoría del apego de John Bowlby, cuyo objetivo es evaluar los estilos vinculares tempranos y establecer el tipo de vínculo del sujeto (Dávila, Ormeño y Vera, 1998). En la presente investigación, los estilos vinculares tempranos se refieren a los vínculos que las madres han establecido con su madre y padre, en la infancia y la adolescencia, y que estarían a la base de su estilo vincular con sus hijos.

Uno de los hallazgos importantes que se han desarrollado sobre la teoría del apego, hace referencia a que el establecimiento de vínculos no seguros (como por ejemplo: desorganizados, inseguros evitativos, inseguros ambivalentes), estarían involucrados en la vulnerabilidad a desarrollar psicopatología. Sin embargo, son pocos los estudios que se refieren a asociaciones específicas entre los estilos vinculares tempranos de las madres y la relación con la depresión de sus hijos. Precisamente es ésta la problemática que se intenta investigar.

De acuerdo a la OMS (2011), la depresión ocupa el tercer lugar entre las principales causas de morbilidad con un 4,3% de la carga mundial y según las predicciones actuales llegará al primer lugar en el 2030. Estudios internacionales estiman que la prevalencia de trastorno depresivo mayor alcanza el 2% en niños y 4% en adolescentes; las cifras muestran que la diferencia por sexo no es significativa antes de la pubertad, en cambio en la adolescencia se daría una relación de 1:2 entre hombres y mujeres (García, 2012). Del mismo modo, a nivel

nacional Bralic, Seguel y Montenegro (1984, citado en Milicic, Mena, López & Justiniano, 2008) estiman una prevalencia mayor en niñas (9,8%) en comparación con niños (4%) de 6 a 11 años. De acuerdo a la OMS (2009), la depresión es una causa importante de discapacidad en las mujeres de todas las edades.

Un episodio de depresión clínica durante la infancia o la adolescencia tiene un impacto negativo en el funcionamiento social, académico y familiar, además de estar asociado con un incremento en el riesgo de recurrencia (McCauley & Myers, 1992). Mientras la incidencia general de psicopatología se incrementa sólo de manera moderada durante la adolescencia, la frecuencia de la depresión aumenta significativamente, particularmente en mujeres (Rutter et al., 1976; Lewinsohn et al., 1993; Hankin et al., 1998, citado en McCauley et al., 2001).

Por ello resulta importante tener en cuenta la relevancia de la depresión en esta etapa de transición, y más aún como los padres tienen un punto de tensión dentro de ese período. Muchos autores coinciden en que ésta etapa implica un duelo como consecuencia de la pérdida de la condición de niño y el ingreso a la adolescencia. Los cambios psicológicos y físicos que se experimentan dan lugar a una nueva forma de relacionarse y de entenderse a sí mismos, a sus padres y al mundo que los rodea.

En la mayoría de los jóvenes la entrada a la adolescencia genera sintomatología depresiva y muchos de esos trastornos vienen dados por la relación vincular (Tapia, 2016). En general hay estudios que hablan que para que la adolescencia sea un proceso sin complicaciones debe venir fundamentado en un desarrollo que garantice los aspectos más básicos del desarrollo del self, como la seguridad, autonomía y confianza en otros (Tapia, 2016).

Por todo lo anterior, resulta relevante abordar la problemática que aquí se propone. En el contexto señalado, el presente estudio pretende comprobar si existe un estilo

vincular temprano que predomina en las madres que viven con sus hijas, las cuales presentan sintomatología depresiva, cuyo rango etario fluctúa entre 10 y 12 años de edad y que cursan entre 5º y 7º básico en la Escuela Municipal del Niñas Ramón Barros Luco.

III. SISTEMA DE OBJETIVOS

Objetivo General

- Evaluar los estilos vinculares tempranos en madres que viven con sus respectivas hijas, las cuales presentan sintomatología depresiva, cuyas edades fluctúan entre 10 y 12 años de edad y que cursan entre 5º y 7º básico en una escuela municipal de niñas de Valparaíso.

Objetivos Específicos

1. Determinar los estilos vinculares tempranos en madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva, a través del Parental Bonding Instrument (PBI).
2. Determinar qué vínculo temprano materno (VTM) predomina en las madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva.
3. Determinar qué vínculo temprano paterno (VTP) predomina en las madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva.
4. Determinar qué dimensiones del Vínculo (Cuidado y Sobreprotección) respecto de los vínculos tempranos maternos (VTM) y paternos (VTP), predominan en las madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva.

IV. SISTEMA DE HIPÓTESIS

Hipótesis en relación a los Vínculos Tempranos Maternos (VTM):

- Hipótesis de Investigación: Existe un estilo vincular temprano materno (VTM) predominante en las madres, cuyas respectivas hijas de entre 10 y 12 años, escolarizadas presentan sintomatología depresiva.
- Hipótesis Nula: No existe un estilo vincular temprano materno (VTM) predominante en las madres, cuyas respectivas hijas de entre 10 y 12 años, escolarizadas presentan sintomatología depresiva.

Hipótesis en relación a los Vínculos Tempranos Paternos (VTP):

- Hipótesis de Investigación: Existe un estilo vincular temprano paterno (VTP) predominante en las madres, cuyas respectivas hijas de entre 10 y 12 años, escolarizadas presentan sintomatología depresiva.
- Hipótesis Nula: No existe un estilo vincular temprano paterno (VTP) predominante en las madres, cuyas respectivas hijas de entre 10 y 12 años, escolarizadas presentan sintomatología depresiva.

V. MARCO DE REFERENCIA

El marco teórico propuesto a continuación aborda en primer lugar la teoría del apego creada por John Bowlby, y los principales aportes de diversos investigadores que han contribuido a su desarrollo. Luego se revisan diversas investigaciones que abordan la importancia que adquieren las conductas de las figuras parentales, y en cómo éstas posibilitan o interfieren en el desarrollo de la salud mental de sus hijos. Posteriormente, se revisa la relación entre vínculo y psicopatología, en especial en lo concerniente a la depresión. Por último, se abordan los planteamientos relativos a la depresión, la sintomatología depresiva y su importancia en la transición infancia-adolescencia.

A. La Teoría del Apego

John Bowlby (1907-1990), fue un psicoanalista y psiquiatra inglés que abordó el trabajo clínico infantil durante años. Se interesó en estudiar los efectos que tienen las experiencias tempranas en el desarrollo del niño, enfocándose en la relación que éste establece con su madre o con su cuidador principal. Bowlby, inició sus estudios a través de la observación de las conductas que muestran los niños que fueron separados de sus madres, y que eran institucionalizados, encontrando que la privación de los cuidados maternos genera efectos negativos en el desarrollo psicológico del niño.

Basándose en sus estudios e integrando aportes del psicoanálisis y de la etología, desarrolló la Teoría del Apego, la cual postula la necesidad universal de los seres humanos de formar vínculos estrechos, donde la reciprocidad de las relaciones tempranas es una condición necesaria en el desarrollo normal. Esta tendencia a establecer vínculos con personas determinadas se mantiene durante toda la vida.

Sobre su teoría Bowlby (1986, p. 154), refiere:

Aquello que, por conveniencia, yo designo como teoría del apego es un modo de concebir la propensión que muestran los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas y explicar las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad, incluyendo aquí la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional, que ocasionan la separación involuntaria y la pérdida de los seres queridos.

A través de su teoría, Bowlby intenta dar explicación a dos interrogantes: "(...) por qué los seres humanos tienden a establecer vínculos fuertes, selectivos y duraderos; y cómo la alteración o la amenaza de la alteración a esos vínculos puede causar fuertes emociones, y finalmente psicopatología" (Marrone, 2001, p. 31).

Bowlby (1989) se interesó en investigaciones realizadas en especies no humanas para poder explicar sus descubrimientos, respecto de la forma en que las experiencias de privación de cuidados maternos podrían tener consecuencias en el desarrollo de la personalidad. Las investigaciones sobre la respuesta de patos y ansarinos realizada por Lorenz en 1935, revelan que en algunas especies animales se podría desarrollar un fuerte vínculo con una figura materna individual, sin alimentos como intermediario debido a que estas crías no son alimentadas por los padres, sino que se alimentan por si mismas atrapando insectos. Del mismo modo, el autor se refiere a las conclusiones de Harlow en el estudio de macacos de la India, donde las crías evidentemente prefieren a una tierna "madre" ficticia que no proporciona alimento, en lugar de una dura y rígida hecha de alambre que si puede proporcionarlo.

Estos hallazgos conducen a Bowlby a desarrollar su conceptualización sobre el apego que difiere de los planteamientos de la época, donde primaba el enfoque del psicoanálisis donde se concebía la relación madre-hijo basándose en la dinámica de la satisfacción de las necesidades básicas y la búsqueda de placer, las cuales se consideraban fundamentales.

“La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se le considera mejor capacitado para enfrentar el mundo” (Bowlby, 1989, p. 40). Para Bowlby esta conducta es obvia en los momentos en que las personas se sienten asustadas o enfermas, y se sentirán aliviadas si reciben consuelo y cuidados. Del mismo modo, tener la certeza de que la figura de apego es accesible y sensible, proporciona fuerte sentimiento de seguridad que alienta a valorar y continuar la relación (Bowlby, 1989).

La conducta de apego es innegable en la primera infancia y puede observarse en todo el transcurso del ciclo vital de los seres humanos; es considerada parte integral de la naturaleza humana y como algo que se comparte en distinto grado con otras especies; su función biológica es la protección, la cual resulta fundamental para la supervivencia (Bowlby, 1989).

Para Bowlby (1989), en la teoría del apego es clave el concepto de sistema conductual. Éste es entendido sobre la analogía de un sistema fisiológico organizado homeostáticamente a fin de asegurar que cierta medida fisiológica, como por ejemplo la temperatura, se mantenga dentro de los límites apropiados. El autor propone el concepto de un sistema conductual para explicar “(...) una forma distinta de homeostasis, en la cual los límites fijados se refieren a la relación del organismo con personas claramente identificadas del entorno – o con otras características del mismo–, y en el cual los límites se mantienen por medios conductuales en lugar de fisiológicos” (Bowlby, 1989, p. 43).

1. Concepto de Vínculo Afectivo y Apego

Para Urizar (2012), si bien actualmente aparecen en la literatura como acepciones sinónimas, conviene diferenciarlos:

- El concepto de vínculo hace referencia al lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y desarrollo.
- El apego se concibe como un mecanismo pre programado que activa toda una gama de comportamientos, posibilitando la vinculación bebé- madre con el objetivo biológico de proveer la proximidad, protección y seguridad del cuidador, y que permitirá la exploración de lo desconocido.

Bowlby (1989), plantea que el concepto de apego es una disposición a buscar la proximidad o contacto con alguien en circunstancias específicas. Este atributo es persistente, cambia lentamente al pasar el tiempo y no depende de la situación ambiental del momento. Distingue dicho concepto de conducta de apego que define como "(...) cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido" (Bowlby, 1985, p. 60). La conducta de apego se activa sobretodo en situaciones que son percibidas como adversas o de riesgo para el infante.

El autor establece una relación entre los conceptos anteriores, planteando que en el curso del desarrollo de un individuo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos o de apego, inicialmente entre el niño y su progenitor, y posteriormente entre adultos, por lo que las formas de comportamiento y los vínculos derivados de ellas están presentes y activos durante toda la vida (Bowlby, 1989). Para Lecannelier (2009), vínculo de apego es una relación afectiva duradera que activa conductas de apego, con el objetivo de reestablecer la homeostasis del individuo.

Cabe señalar que aunque la conducta de apego puede ser manifestada en diversas circunstancias o situaciones, con diferentes sujetos, un apego duradero o un vínculo de apego se limita a unos pocos (Bowlby, 1989). El vínculo puede ser definido como un lazo afectivo que una persona o animal forma entre sí mismo y otro, lazo que los junta en el espacio y que perdura en el tiempo (Bowlby, 1989). Para Lecannelier (2009) el vínculo afectivo es cualquier relación entre personas en donde se expresen y experimenten afectos entre ellos.

Para Ainsworth (1967, citado en Main, 1999), el vínculo tiene aspectos de sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos e intenciones, todo lo que utiliza como una clase de filtro para la recepción e interpretación de la experiencia personal. Para Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgit (1993), el vínculo es un proceso psicológico fundamental que afecta el desarrollo humano en el transcurso de toda la vida.

En efecto, la teoría del apego considera la tendencia a establecer vínculos afectivos íntimos con personas determinadas como un componente básico de la naturaleza humana, presente de manera germinal en el neonato y que continúa a lo largo de la vida hasta la vejez. En un principio, la comunicación entre la madre o cuidador y su hijo tiene lugar a través de la expresión emocional y la conducta asociada. Un concepto importante es el Bonding que se define como el contacto piel a piel que se produce entre una madre y su recién nacido, en el momento inmediatamente posterior al parto (Lecannelier, 2009). Si bien posteriormente el diálogo complementa la comunicación mediada emocionalmente, ésta persiste como la característica principal de las relaciones afectivas en los seres humanos a lo largo de su ciclo vital (Bowlby 1989).

En el periodo de la infancia se establecen lazos con los padres o cuidadores, a quienes se acude cuando se necesita protección, consuelo y apoyo. En la

adolescencia sana y en la adultez estos lazos perduran, pero son complementados por nuevos lazos afectivos (Bowlby, 1989).

Según Bowlby (1989), el sello conductual del vínculo es la búsqueda para obtener y mantener cierto grado de proximidad hacia la figura de apego, desde el contacto físico cercano bajo ciertas condiciones, hasta la interacción y la comunicación a través de la distancia. En las circunstancias anteriores se dice que un niño está vinculado a su cuidador, generalmente la madre, dado que sus conductas de búsqueda de proximidad se organizan de manera jerárquica dirigiéndose activa y específicamente hacia ella (Ainsworth, 1979).

Para Ainsworth (1979), los individuos están predispuestos a buscar la proximidad hacia el objeto o figura de apego de manera intermitente. Esta predisposición es el vínculo. Si bien, la conducta de apego puede disminuir o incluso desaparecer durante una ausencia prolongada del objeto de apego, el vínculo no ha disminuido necesariamente.

Siguiendo a Bowlby (1987, pp. 92), el rasgo esencial de la vinculación afectiva "(...) consiste en que los dos participantes tienden a permanecer en mutua proximidad. Si por alguna razón están apartados cada uno de ellos buscará lo más pronto o más tarde el otro, restableciendo así la proximidad". De esta manera, cuando un tercero intenta separar a una pareja vinculada encuentra resistencia por parte de ésta última. Ejemplos de esta situación se pueden observar cuando se intenta separar a una madre de su hijo o a una pareja.

Bowlby, (1987) plantea que la vinculación afectiva es producto del comportamiento social de cada individuo de una especie. Cada miembro de una pareja vinculada muestra la tendencia a permanecer cercano al otro y a producir un comportamiento conservador de la proximidad en la pareja. No es posible observar esta tendencia en sujetos que no están vinculados. Cuando dos sujetos no están vinculados y

uno de ellos trata de aproximarse, el otro se resiste intensamente a cualquier acercamiento. Un ejemplo pueden ser las actitudes que muestra un progenitor ante el acercamiento de un cachorro o cría desconocido.

Como se ha señalado, el apego se conceptualiza como un comportamiento propio del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño y sus padres y/o cuidadores. En este marco, las principales funciones de estos últimos serían proporcionar al niño "(...) una base segura a partir de la cual un niño o adolescente pueda hacer salidas al mundo exterior y a la cual pueda regresar sabiendo con certeza que será bien recibido, alimentado física y emocionalmente, reconfortado si se siente afligido y tranquilizado si está asustado" (Bowlby, 1989, p. 24). En ese sentido los padres juegan un rol fundamental, dado que "(...) la asistencia adecuada al niño depende de la sensibilidad que muestran la madre o el padre a las respuestas de su hijo y de su habilidad para adaptarse intuitivamente a las necesidades del niño" (Bowlby, 1987, p. 33). "El acto de proporcionar cuidados – el papel más importante de los padres complementario a la conducta de apego– es considerado de igual manera que la búsqueda de cuidado, es decir, un componente básico de la naturaleza humana" (Bowlby, 1989, p. 143).

Para Fonagy (1999), la relación de apego constituye el primer y más importante regulador de la experiencia emocional. Se desarrolla un sistema regulador diádico en el que las señales cambiantes del infante son comprendidas y respondidas por el cuidador que le otorga sentido, permitiendo así la regulación de esos estados y generando la experiencia subjetiva de seguridad en el niño.

Con respecto al apego Barudy & Dantagnan (2005, p. 166) señalan que:

(...) es fundamental para el establecimiento de la seguridad base: a partir de ella el niño llegará a ser una persona capaz de vincularse y aprender en la relación con los demás. La calidad del apego también influirá en la vida futura del niño en aspectos tan fundamentales como el desarrollo de su empatía, la modulación de sus impulsos, deseos y pulsiones, la construcción de un sentimiento de pertenencia y el desarrollo de sus capacidades de dar y de recibir.

A partir de esta revisión es posible entender que en el desarrollo psicoevolutivo primero viene el apego y luego el vínculo (Urizar, 2012). En ese sentido el tipo de apego instaurado en el niño va a caracterizar los vínculos que éste establecerá con otros en el transcurso de su vida.

Así, el vínculo que se forma a través de la interacción entre el niño y sus figuras de apego tiende a estructurarse, internalizarse y convertirse en lo que Bolwby denominó Modelos Operantes u Operativos Internos.

2. Modelos Operativos Internos

Para Bowlby (1989), la forma en que se lleva a cabo la adquisición de los modelos operativos internos está basada en experiencias reales de la vida del niño, es decir, de las interacciones cotidianas con sus padres.

Estos modelos serían expectativas que el niño posee acerca de sí mismo y de los demás, que le dan la posibilidad de anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego, ya que integran experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales. De esta manera el modelo de sí mismo que construye el niño refleja las imágenes que sus padres tienen de él, imágenes que se basan en cómo los padres lo tratan y también por lo que cada uno le dice. “Estos modelos dominan el modo en que siente con respecto a cada progenitor y con respecto a él mismo, el modo en que espera que cada uno de ellos lo trate, y el modo en que planifica su conducta hacia ellos” (Bowlby, 1989, p. 151).

Bowlby (1998), afirma que los modelos operativos internos a través de los cuales la madre se relaciona con su hijo, favorecen en gran medida el desarrollo del apego. Madre e hijo son capaces de percibir la proximidad y el intercambio afectivo como algo placentero, mientras que el distanciamiento y las expresiones de rechazo resultan desagradables o dolorosas para ambos.

Una de las características importantes de estos modelos es que permiten que se organice la experiencia subjetiva y cognitiva, así como también la conducta adaptativa. En ese sentido, la función de estos modelos es posibilitar el filtrado de información acerca de uno mismo y acerca del mundo circundante. De esta manera pueden coexistir varios modelos operativos, particularmente de uno mismo y de otras personas. Pueden mantenerse apartados unos de otros o unirse a través de procesos integradores o sistémicos (Marrone, 2001).

Otro aspecto a destacar es que los modelos operativos internos de uno mismo contienen la idea de ser objeto de amor y de aprecio, que correspondería a la autoestima. Del mismo modo, constituye una noción de separación con respecto al ambiente, de identidad de uno mismo, de continuidad en el tiempo y de autoconocimiento. De esta manera, los modelos tanto de uno mismo como de otros se forman durante experiencias significativas con respecto al apego y reflejan el resultado que han tenido las comunicaciones de demanda de cuidados por parte de la figura vincular. Durante los primeros meses de vida, se inicia la formación de los modelos operativos internos, los cuales siguen siendo interpretados y remodelados durante el transcurso de la vida. Los primeros modelos tienen mayor relevancia debido a que es probable que estos determinen la forma en la que el sujeto experimenta el mundo, influyendo en la construcción de otros modelos posteriores (Marrone, 2001).

Main, Kaplan & Cassidy (1985) conceptualizan los modelos operantes internos referentes al apego como un conjunto de reglas conscientes e inconscientes que organizan la información relevante al apego, permitiendo el acceso de manera limitada a dicha información. De acuerdo a esto, los modelos están constituidos por esquemas que organizan la memoria en términos de los intentos del infante para obtener confort y seguridad, asociado al resultado característico de estos intentos. De esta manera, los patrones de apego seguro versus inseguro representan tipos particulares de modelos operativos internos de relación, los cuales dirigen sentimientos y conductas, así como también procesos cognitivos, de atención y memoria, siempre que éstos se relacionen de manera directa o indirecta con el apego.

Para Bretherton & Munholland (1999), un modelo operativo de sí mismo como valorado y competente se construye en el contexto de un modelo operativo de los padres como emocionalmente disponibles, pero también de apoyo a las actividades de exploración. Por el contrario, un modelo operativo de sí mismo

devaluado e incompetente corresponde a un modelo operativo de los padres que rechazan o ignoran la conducta de apego del niño y/o interfieren con la exploración. Así, el desarrollo de los modelos operativos del sí mismo es complementario al de los padres y en conjunto representan ambos aspectos de la relación.

Es así como la madre con sus propios modelos operativos internos se relaciona con su hijo influyendo en la construcción de los modelos operativos en el niño y en el estilo de apego que se establece.

3. Clasificaciones sobre Apego y Vínculo

El producto de las investigaciones realizadas por los diversos autores que se abordaran a continuación, tienen en común que han tenido una importante influencia en el desarrollo de la teoría del apego a través del estudio de las separaciones y trastornos en la relación padre-hijo, logrando formular categorías de apego y vínculo basados en sus investigaciones, tanto en niños como en adultos.

a) Estilos de Apego según Mary Ainsworth

Ainsworth junto a sus colaboradores crearon un procedimiento estandarizado de laboratorio denominado el Procedimiento de la Situación Extraña (PSE), para evaluar las diferencias individuales en la organización de la conducta de apego hacia la madre en bebés de 12 meses. El procedimiento consiste en series de episodios que incluyen al niño, a su madre y un extraño en una sala con juguetes. El objetivo del experimento es activar y/o intensificar la conducta de apego del niño a través de la introducción de una situación desconocida (Bowlby, 1998).

A partir de las conductas que el niño ha manifestado durante la separación, y en especial por la actitud que éste despliega en el reencuentro, se identifican diferentes pautas de comportamiento que indican la manera en que se ha organizado el apego, permitiendo identificar tres patrones de conducta. Uno de ellos corresponde al apego seguro (B) y los restantes a formas de apego inseguro: ansioso – evitativo o elusivo (A) y el ansioso – ambivalente o resistente (C).

Junto a la descripción de los estilos de apego, se señalan las características del cuidador de acuerdo a Ainsworth (ver Tabla 1), las cuáles se describen posteriormente (ver p. 36).

Tabla 1. Estilos de apego, características del niño y del cuidador según Mary Ainsworth.

<p>Apego</p>	<p>Características del Niño PSE (Ainsworth y Cols., 1978, citado en Bowlby 1998)</p>	<p>Características del Cuidador (Ainsworth y Cols., 1971, citado en Bowlby 1998)</p>
<p>Seguro B</p> <p>Observado en la mayor parte de las muestras.</p>	<p>Son activos en el juego, buscan el contacto aun cuando se han angustiado después de una separación breve con la madre. Cuando esta regresa rápidamente se sienten consolados y vuelven pronto a reanudar la conducta exploratoria y de juego.</p>	<p>Cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del niño.</p>
<p>Ansioso Evitativo A</p> <p>Observado en aproximadamente un 20% de las muestras.</p>	<p>Estos niños rehúyen a la madre cuando vuelve, más aun después de la segunda ausencia breve. Algunos niños tratan al sujeto extraño de un modo más amistoso que a la propia madre.</p>	<p>Está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones.</p>
<p>Ansioso Rechazante (Ambivalente) C</p> <p>En el 10% de los niños de la muestra.</p>	<p>Los niños con esta pauta oscilan entre buscar la proximidad y el contacto con la madre y oponerse a la interacción y al contacto con ella. Algunos infantes son descritos como más coléricos que los demás niños; otros pocos muestran pasividad.</p>	<p>Deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño.</p>

Fuente: Elaboración propia.

b) Patrones de organización psíquica en relación a los vínculos de apego según Bowlby

Bowlby (1985), plantea que ciertos patrones en la relación que un individuo ha tenido con sus figuras principales de apego pueden determinar ciertos aspectos importantes de su organización psíquica en relación a los vínculos de apego. Tal organización psíquica se manifiesta en las siguientes características del individuo (Marrone, 2001):

- Las estrategias que inconscientemente elige en su relación con los otros, en particular en los vínculos íntimos o de apego (y en la situación terapéutica con el analista).
- Los mecanismos de defensa que tiende a utilizar contra ansiedades inherentemente relacionadas con su historia vincular.
- El modo en que procesa las pérdidas y elabora los duelos,
- La organización cognitiva de tales experiencias, especialmente a través del lenguaje.

Desde esta perspectiva, en la mayor parte de los casos se puede observar una disposición o tendencia, más que una organización totalmente fija y definida, las cuales se definen a continuación (Bowlby, 1985):

El tipo seguro: Dentro de esta categoría existen dos subtipos: (1) individuos que han crecido en un grupo familiar estable y continente; (2) individuos que han tenido experiencias difíciles en la niñez, pero muestran resiliencia (resistencia a los embates adversos de la vida) y se presentan excepcionalmente reflexivos y maduros. Los individuos de este segundo grupo son clasificados a menudo como con *seguridad adquirida*. Se supone que tuvieron una base sólida antes de que aparecieran las experiencias adversas o bien, no obstante estas experiencias, en

momentos prolongados de su vida contaron con figuras de apego secundarias que le ofrecieron condiciones óptimas.

El tipo evitativo: Bowlby lo describe como la disposición a afirmar la propia independencia de los vínculos afectivos, es decir, que las personas están profundamente predispuestas a afirmar su auto-suficiencia. Este grupo se incluyen sujetos que muestran una autosuficiencia manifiesta, pero sobre bases precarias, y otros en cambio donde la autosuficiencia está sólidamente estructurada (Bowlby, 1985).

De acuerdo a lo señalado por Marrone (2001), estos sujetos muestran una tendencia a mantener sus conductas de apego a un bajo nivel de activación, dado que la forma en que sus defensas están organizadas y por su estabilidad se transforman en caracteriales. Así pues, las personas tienden a no buscar o esperar apoyo, empatía, cariño e intimidad en las relaciones con otros, en especial la formación de vínculos. La defensa subyacente es de auto-protección en contra de las emociones penosas que en muchos casos sintieron en la infancia al ser ignorados, rechazados o mantenidos a distancia de manera más o menos constante por sus figuras parentales. Las personas con estilo evitativo al no tolerar su propio sentimiento de vulnerabilidad, utilizan mecanismos proyectivos que atribuyen al otro su vulnerabilidad; muchas de estas personas reaccionan débilmente a las pérdidas y aparentemente hacen procesos de duelo de baja intensidad emocional

Siguiendo a Bowlby (1985), existen dos tipos de experiencias infantiles que suelen predominar en estos casos: la primera se relaciona con la pérdida del padre o madre en la infancia, lo que lleva al niño a hacerse cargo de sí mismo. La segunda experiencia se relaciona con la existencia de una figura parental que mantuvo una actitud crítica y sin empatía con respecto a la necesidad natural del infante de obtener amor, apoyo y atención. Frecuentemente, el desarrollo de la tendencia a

afirmar la independencia de vínculos afectivos está asociada con una combinación de dichas tendencias negativas.

El tipo ambivalente: De acuerdo a Bowlby (1985) ésta categoría se relaciona con una disposición a establecer relaciones ansiosas y ambivalentes. Pese a que estos sujetos hayan tenido la posibilidad de experimentar interrupciones en la continuidad de las relaciones con los padres, lo más probable es que el rechazo haya sido intermitente, parcial y no completo. En consecuencia, estos niños esperan que se les entregue amor y cuidado, al mismo tiempo que experimentan miedo a volver a ser ignorados o abandonados, aumentando sus reclamos de amor y afecto, se niegan a que se les deje solos y protestan con mayor o menos rabia si así ocurre.

Para Marrone, (2001) estos individuos manifiestan que han tenido figuras parentales débiles, por lo general la madre que fracasa en su rol de brindar apoyo y promueve la inversión de roles. Puede que la madre no haya sido abiertamente rechazadora, o tal vez no tuvo la capacidad suficiente de contener las ansiedades de su hijo. Si han existido problemas manifiestos en la relación madre-hijo, es muy probable que estas hayan consistido en protestas continuas por parte de la madre, comunicaciones inductoras de culpa y críticas persistentes. A diferencia de los evitativos que esconden y proyectan su vulnerabilidad, estas personas la manifiestan y la amplían. Es posible que esta tendencia tenga su origen en el hecho de que el niño, cuanto más protestaba, más posibilidades tenía de obtener una respuesta positiva. No obstante, utilizar dicha estrategia en las relaciones interpersonales adultas lleva a resultados contraproducentes. Estas personas tienden a hacer duelos prolongados y de lenta o escasa resolución.

c) El apego Desorganizado

Una cuarta categoría de apego conceptualizada como apego D, desorganizado/desorientado, surge posterior a que Mary Ainsworth hiciera la descripción de los patrones de conducta de apego señalados. A inicios de los años setenta, algunos investigadores reportaron que alrededor de un 10% de los casos no tenían lugar dentro de dicha categorización (Ainsworth, Waters & Wall, 1978).

En el Procedimiento de la Situación Extraña estos niños desplegaban comportamientos contradictorios, atemorizados, bizarros y visiblemente conflictivos en el intento de aproximarse al cuidador (Sroufe & Waters, 1977). En otras investigaciones encontraron los mismos hallazgos, especialmente en niños que habían sufrido maltrato y que no podían ser clasificados en los patrones de apego clásicos: seguro, evitante y ambivalente (Crittenden, 1985; Lyons-Ruth, Connell, Zoll, & Sthal, 1987).

Posteriormente, Main & Solomon (1990), desarrollaron una cuarta categoría basándose en las respuestas que mostraban los niños frente a la separación y la reunión denominada estrategia de apego “desorganizado/desorientado”. Los niños clasificados en este grupo desplegaban una serie de conductas extrañas, desorientadas y abiertamente contradictorias en presencia de los padres.

Al mismo tiempo, Main & Hesse (1990) plantearon que para estos niños su cuidador se había convertido tanto en fuente de consuelo como de alarma, de manera que cuando están estresados sienten simultáneamente la necesidad de acercarse a los padres en busca de consuelo y protección, y de huir de ellos porque le causan miedo. En esta situación los padres desplegaban una serie de conductas atemorizadas o atemorizantes que dejaban al infante en un estado de “miedo sin solución” al ser los padres la propia fuente de estrés, provocando en los hijos incapacidad para poder regular el estrés de la separación, y en

consecuencia, imposibilidad de usar a la madre como una base segura de manera coherente y organizada (Main & Hesse, 1990). Este estilo de apego se ha relacionado con el trastorno borderline de la personalidad, que se abordará con mayor detalle en apartados posteriores.

d) Patrones de apego según Crittenden

La doctora Patricia Crittenden propuso una clasificación de apego a través de la integración de diversas teorías como por ejemplo: la teoría evolutiva, del aprendizaje, Piagetana, Vigotskyana, la del procesamiento de la información, la teoría sobre el afecto y la teoría de la probabilidad no lineal con la teoría del apego. El resultado de esta integración es un modelo de cómo los patrones A/B/C clásicos de Ainsworth pueden ser reformulados como patrones de procesamiento mental de la información que varían en la medida que integran información a partir de la cognición y del afecto para crear modelos de realidad (Crittenden, 1995).

Se ha señalado que los patrones de apego van complejizándose a medida que el niño se desarrolla. Estos cambios pueden ser concebidos como una creciente integración sofisticada de afectos y cogniciones, que se originan como resultado de los cambios maduracionales en la corteza cerebral (Crittenden, 1995).

La autora plantea que los patrones que se describirán a continuación, permiten estimar la calidad del vínculo, que depende tanto de la sensibilidad de los cuidadores como del procesamiento mental de la información que hace el niño, considerando el tipo de información utilizada, así como también el grado de integración de la misma (Crittenden, 1995). (ver Tabla 2).

Tabla 2: Patrones de apego, fuente de información, grado de integración de la información y características de los padres, según Crittenden (1995).

<i>Patrón</i>	<i>Fuente de Información</i>	<i>Grado de integración de la Información</i>	<i>Características padres</i>
Tipo B	Utilizan Cognitiva y Afectiva simultáneamente.	Integran ambos tipos de información simultáneamente.	Sensibles a las necesidades de sus hijos.
Tipo A	Dependen de la información Cognitiva.	Se defienden de la información Afectiva.	Rechazantes.
Tipo C	Mayor relevancia a la información Afectiva.	Desatienden o se defienden de la información Cognitiva.	Inconsistentes.
Tipo A/C	Utilizan información Cognitiva y Afectiva.	No son capaces de acceder y usarlas en forma paralela.	Rechazantes e Inconsistentes.

Fuente: Elaboración propia.

Patrón seguro (Tipo B): En este patrón los padres son muy sensibles a las necesidades de sus hijos permitiendo que aprendan el valor predictivo y comunicativo de las señales interpersonales, entregando un significado a la cognición y el afecto. Por lo tanto estos niños han aprendido a utilizar e integrar ambos tipos de información, afectiva y cognitiva, de forma simultánea (Crittenden, 1995).

Patrón evitativo (Tipo A): En este caso, los niños han aprendido a utilizar la evitación como medio para prevenir el rechazo de sus madres. La evitación en sí misma, es interpretada por los adultos como una conducta abiertamente desagradable, que tiende a producir rabia por parte de los cuidadores, lo cual hace menos probable elicitarse el cuidado. Por ello, los niños se ven en la necesidad de

buscar una estrategia menos evidente para evitar la intrusión materna, reemplazando así la conducta evitativa por una conducta caracterizada por la inhibición psicológica. Los afectos son percibidos como engañosos, de manera que la cognición y las actividades cognitivas son confiables para generar refuerzos exitosos por parte de los cuidadores. Al final de la edad pre-escolar los niños son competentes en poder desplegar emociones que no sienten. Los niños con madres lejanas aprenden tanto a inhibir el despliegue de sus propios sentimientos como a substituirlos por falsos afectos positivos (Crittenden, 1995).

Patrón coercitivo (Tipo C): Los niños que tienen cuidadores inconsistentes, son reforzados en la expresión de su conducta afectiva, sin embargo no han sido capaces de aprender a organizar la información de manera cognitiva, como una forma que les permita poder disminuir la inconsistencia de sus padres. Estos niños manejan su conducta con el fin de mostrarse conductualmente vulnerables sin evidenciar su sentimiento de rabia que puede obtener como respuesta el rechazo. Como consecuencia aprenden a desplegar selectiva y alternadamente su rabia, por un lado, y su pena y deseo de cuidado por otro. Alternando estos patrones de conducta como respuesta para cambiar el estado afectivo de la madre, conduce a una estrategia coercitiva que maximiza la atención recibida por la figura de apego y minimiza el riesgo (Crittenden, 1995).

Los niños que muestran un patrón coercitivo se comportan de forma manipuladora y demandante haciendo que los padres se sientan frustrados y desafiados. Por ello utilizan su superioridad cognitiva (amenazas, sobornos y trampas), con el fin de obtener el control sobre las demandas del niño. De este modo, los niños muestran dificultades para poder organizar la experiencia en forma cognitiva debido a que desconfían de lo que los padres le dicen, clasificando la información otorgada como “engañosa”. Es así como aprenden que no se debe confiar en las cogniciones y que mostrar afectos ambiguos trae como resultado el cuidado y la protección (Crittenden, 1995).

Patrón (A/C): Patricia Crittenden (1995), plantea que existiría un cuarto patrón de apego, el cual no es posible observar en niños pequeños, sino en etapas posteriores del desarrollo. Los niños que pertenecen a este grupo se encontrarían en un ambiente caracterizado por ser muy complejo y variable. Crittenden denomina A/C a este patrón de apego debido a que es posible que combinen tanto la estrategia defensiva, como la coercitiva. Lo que diferencia al patrón A/C del seguro es que, aunque los niños tienen la posibilidad de acceder y usar la información tanto cognitiva como afectiva, no lo hacen en forma simultánea, en cambio oscilarían entre el uso de un tipo de información y otra.

e) Mediciones de apego en adultos

Desde hace algunas décadas es posible notar un creciente interés por evaluar el apego en adultos, cuyas investigaciones se han desarrollado en dos líneas de investigación que se fundamentan en diferentes formas de evaluar y diferentes enfoques: el sistema representacional que nace de la psicología evolutiva y el sistema comportamental que se origina en la psicología social (Bartholomew & Shaver, 1998).

Desde el enfoque representacional se destaca la Adult Attachment Interview, de ahora en adelante AAI (Entrevista de Apego Adulto), la cual fue creada inicialmente para estudiar procesos de transmisión intergeneracional del apego en la Universidad de Berkeley a inicios de los años 80 por George, Main y Kaplan (1984). El instrumento evalúa las representaciones de apego del adulto basado en su discusión de las relaciones en la infancia con sus padres, y los efectos de estas experiencias en su desarrollo como adultos y como padres (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). De su análisis emerge una clasificación del sujeto en una de las cuatro categorías equivalentes a los estilos clásicos de apego descritos por

Ainsworth (seguro, inseguro evitativo, inseguro ambivalente) y al apego desorganizado.

El Parental Bonding Instrument (PBI) al igual que la AAI, se sitúa en el modelo representacional. Su objetivo es evaluar la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia hasta los 16 años. Ha sido estandarizado para Chile por Dávila, Ormeño & Vera (1998). Dicho instrumento entrega la posibilidad de convertir las dimensiones de vínculo del PBI a las categorías de apego clásicas desarrolladas por Mary Ainsworth antes revisadas (Albala & Sepúlveda, 1997). Además, Wilhelm, Niven, Parker & Hadzi-Pavlovic (2005) han confirmado la estabilidad del PBI a través del tiempo.

En el presente estudio se ha considerado la utilización del PBI, debido a que facilita su administración en forma colectiva frente a otros instrumentos validados para la población chilena como el Camir: “Cartes: Modèles individuelles de relations” (Garrido et al., 2013), cuya administración es individual y puede llegar a durar una hora; y la Adult Attachment Prototype Rating (AAPR) de Strauss y Lobo-Drost (2001), adaptada por Guzmán & Medina (2007), la cual consiste en un instrumento en formato de entrevista y autoevaluación, fundamentada en la teoría del apego y diversas teorías interpersonales, basada en la Adult Attachment Interview, que requiere una profunda preparación por parte de los examinadores.

f) Estilos vinculares tempranos de acuerdo al PBI

El Parental Bonding Instrument es un instrumento de evaluación psicológica basado en la teoría del apego de John Bowlby, desarrollado por G. Parker, H. Tupling y L. Brown, en 1979, en Australia. Permite evaluar los estilos vinculares tempranos en adultos, desde los 16 a los 64 años de edad, a través de la percepción del sujeto sobre las conductas y actitudes de sus cuidadores en la infancia y adolescencia, permitiendo así establecer el tipo de vínculo del sujeto.

Parker, Tupling & Brown (1979), plantean que "(...) el concepto de 'vínculo' entre padre e hijo es generalmente aceptado, pese a que Bowlby (1969) y Rutter (1972), han señalado la falta de una definición satisfactoria del concepto" (p. 1). Los autores proponen que los vínculos entre padres e hijos serían ampliamente influenciados por las características del niño (por ejemplo, diferencias individuales en la conducta de apego); las características de los padres o su sistema de atención y cuidado (por ejemplo, influencias psicológicas y culturales) y por las características de la relación recíproca, dinámica y en evolución entre padre e hijo.

Mientras que la interrelación recíproca ha resistido definición, es probable que sea justamente para sugerir que la mayoría de la investigación ha examinado la influencia de las variables individuales en lugar de tratar de identificar las principales dimensiones del vínculo padre-hijo (Parker et al., 1979).

A través de la identificación de las dimensiones principales del vínculo: cuidado y sobreprotección, los autores proponen examinar la contribución parental en el vínculo padre-hijo, en un intento de definir y medir constructos de importancia a través del Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979).

Parker et al., (1979) argumentan que un estudio de factores analíticos de las características de los progenitores generó consistentemente un primer factor de

”afecto y calidez” en contraste con la “frialidad y rechazo”; y un segundo factor de “autonomía psicológica” en contraste con “control psicológico”.

De esta manera la contribución de los padres en el vínculo padre-hijo está influenciado principalmente por estos dos factores, los cuáles se conceptualizan como dimensiones, siendo la dimensión Cuidado para el primer factor y la dimensión Sobreprotección para el segundo factor. Ambas dimensiones componen las escalas a través de las cuáles se construye el Parental Bonding Instrument.

Hinde (1979, citado en Parker et al., 1979), desarrolló una revisión sobre dichas dimensiones postulando que estarían a la base de todas las relaciones interpersonales significativas, como la relación padre e hijo, el matrimonio, la relación profesor-alumno y la relación terapéutica.

La dimensión Cuidado se define por una parte como: afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía; y por otra como: frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, apuntando de esa forma a la ausencia o presencia de esta variable (Parker et al., 1979)

La dimensión Sobreprotección de la misma forma apunta a la presencia o ausencia de ésta, definiéndose como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y limitación de la conducta autónoma. Es importante destacar que la dimensión de Sobreprotección no equivale a exceso de cuidado, sino que es un concepto referido a la dependencia, control psicológico, intrusión e infantilización que los padres generan en sus hijos (Parker et al., 1979).

El PBI clasifica a los sujetos evaluados de acuerdo a cinco categorías de vínculos, los cuales varían según el puntaje obtenido en las escalas de Cuidado y Sobreprotección:

Vínculo Óptimo: lo presentan quienes obtienen puntajes en el PBI, altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y favorecen al mismo tiempo, la independencia y la autonomía.

Vínculo Ausente o Débil: corresponde a las personas que obtienen puntajes en el PBI 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.

Constricción Cariñosa: personas que obtienen puntajes en el PBI 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 contacto excesivo, infantilizan y limitan la conducta autónoma de sus hijos.

Control sin Afecto: corresponde a quienes obtienen puntajes en el PBI bajo en cuidado y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen contacto excesivo, infantilizan y no facilitan la autonomía de los hijos.

Promedio: en este grupo se clasifican quienes obtienen puntaje promedio en ambas escalas.

En la figura 1 se muestra el esquema comparativo de los vínculos de apego del PBI y las dimensiones del vínculo Cuidado y Sobreprotección: (Dávila, Ormeño & Vera, 1998, p.46).

Figura 1: Esquema comparativo de los vínculos del PBI (Dávila, Ormeño & Vera, 1998).



Las categorías de vínculo que entrega el PBI pueden ser equiparadas a los clásicos estilos de apego, de acuerdo a Parker (1989): apego seguro equivale a la dimensión cuidado con puntaje alto y sobreprotección bajo; apego preocupado equivale a las dimensiones cuidado alto y sobreprotección alto, y cuidado bajo y sobreprotección alto; apego evitativo equivale a las dimensiones cuidado bajo y sobreprotección bajo (Albala & Sepúlveda, 1997).

Tabla 3: Equivalencia entre los estilos clásicos de apego y los vínculos del PBI, según Parker (1989).

<i>Estilos Apego Clásicos</i>	<i>Estilos vinculares PBI</i>
Seguro	Óptimo (alto puntaje en cuidado y bajo en sobreprotección)
Inseguro Evitativo	Ausente (bajo puntaje en cuidado y bajo en sobreprotección)
Inseguro Ambivalente	Control sin Afecto (bajo puntaje en cuidado y alto en sobreprotección)
	Constricción Cariñosa (alto puntaje en cuidado y alto en sobreprotección)

Fuente: Elaboración propia.

4. La importancia de las figuras parentales en desarrollo de los niños desde la perspectiva de la Teoría del Apego

A continuación se revisan diversas investigaciones que resaltan la importancia que adquieren las figuras parentales en el desarrollo de los niños. Diversos autores han identificado conductas y formas de relacionarse en los padres que pueden, por una parte contribuir a un desarrollo psicológico óptimo, y por otra, inducir al desarrollo de vulnerabilidad a padecer patología en sus descendientes.

a) La influencia de las experiencias infantiles de los padres

A continuación se abordarán brevemente algunos de los estudios citados por Bowlby y algunos investigadores, que muestran que las experiencias infantiles de los padres influyen en cómo ellos se relacionarán con sus hijos.

Bowlby (1989), afirma que el sentir y el modo en que una madre cuida a su hijo, y la conducta que muestra hacia él están profundamente influidos por sus experiencias personales previas, principalmente aquellas que tuvo o pueden estar teniendo con sus propios padres. Main, Kaplan & Cassidy (1985), descubrieron una acentuada relación entre el modo en que la madre describe sus relaciones con sus figuras parentales durante la infancia y el patrón de apego que su hijo tiene con ella.

Hall, Pawlby & Wolkind (1979, citado en Bowlby, 1989), afirman que las madres con infancia perturbada tienden a entablar una menor interacción con sus hijos que aquellas con infancias más felices. Esto resulta relevante durante los primeros años, donde cantidad de interacción que se produce esta determinada casi totalmente por la madre.

Estudios sobre madres que maltratan a sus hijos y que pueden tener su origen en la experiencia infantil, se refieren a las madres que invierten la relación, es decir, exigen cuidado y atención por parte de sus propios hijos. Estas madres describieron como desde niñas las hicieron responsables de cuidar a sus figuras parentales en vez de que ellos cuidaran de ellas (Morris & Gould, 1963; Steele & Pollock, 1968; Green, Gaines & Sandgrun, 1974; DeLozier, 1982, citado en Bowlby, 1989). Al respecto, Bowlby (1989), sostiene que las relaciones “invertidas” ocultan una proporción significativa de casos de fobia escolar, agorafobia y depresión.

b) Importancia de la conducta materna

A continuación se aborda la importancia que adquiere la conducta de la madre en el desarrollo del apego, del vínculo y de otros aspectos que juegan un rol relevante en el desarrollo psicológico de los seres humanos desde etapas muy tempranas. Para Bowlby (1989), existe vasta evidencia de que la pauta de apego que un ser humano desarrolla durante su primera infancia, niñez y adolescencia está profundamente influida por el modo en que sus padres u otras figuras de apego lo tratan.

En ese sentido, Bowlby resalta la importancia de la conducta materna, dado que es vital para la supervivencia del ser humano, al ejercer las funciones de alimentación, cuidado y protección que son primordiales para el desarrollo mental del infante. En la relación entre ambos, las características de madre y sus comportamientos pueden influir en las reacciones del niño hacia ella. Estas características tienen relación con la historia de relaciones interpersonales en su familia de origen, así como también de otras familias. También se incluyen las influencias de los valores y prácticas de su cultura. A partir de esto es posible predecir el modo en que la madre tratará a su bebé, tal como lo señalan algunos

estudios longitudinales que observaron a las madres antes y después de que el bebé naciera (Bowlby, 1998).

Se han desarrollado estudios experimentales que abordan la interacción cara a cara madre-hijo, que demuestran que las madres pueden inducir comportamientos depresivos como boca curvada, cuerpo doblado e inmovilidad en sus bebés, de dos a veinte semanas de edad. Las madres inhiben toda respuesta afectiva al mantenerse en silencio con cara inexpresiva durante tres minutos, ante los intentos que hace niño por comunicarse. Por el contrario, las madres que interaccionan y contestan con vocalizaciones y caricias generan movimientos de alegría y excitación en sus hijos (Tronick et al., 1978, citado en Del Barrio, 1997).

En relación a la importancia de la conducta materna y cómo cambian las relaciones de apego con la maduración, Crittenden plantea que "(...) el desarrollo de los patrones de apego y de interacción con otros pueden ser concebidos, en términos de Vigotsky (1987), como tareas en la zona próxima de desarrollo infantil. Así, las madres pueden ser consideradas en términos de *cómo* apoyan a la organización de los niños en esos patrones" (Crittenden, 1995, p. 368). Un ejemplo es el proceso por el cual su conducta proporciona un "andamiaje" para el aprendizaje del niño. Desde este enfoque, a medida que la zona de desarrollo próximo avanza, las figuras de apego deben ajustar su funcionamiento para continuar satisfaciendo y respondiendo a las necesidades del niño.

Los resultados de las Investigaciones del Ainsworth y sus colaboradores (1978, citado en Bowlby, 1998), muestran que las madres de los bebés que establecían un apego más seguro eran las que reaccionaban con mayor sensibilidad, prontitud y de forma adecuada a las señales del niño, promoviendo una activa interacción social entre ambos, generando bienestar en ambas partes. Por el contrario, cuando la madre no es perceptiva a esas señales o no reacciona adecuadamente

a ellas, o cuando suministra algo que su hijo no desea, surgen las dificultades en la instauración de un apego seguro en él.

Así, en la pauta de apego seguro B, el niño confía en que su madre o sus figuras parentales serán accesibles, sensibles y colaboradores en una situación que puede ser adversa o atemorizante. Cuando el niño tiene esta seguridad se atreve a explorar el mundo circundante. De esta manera, cuando la figura de apego (en especial la madre en los primeros años) se muestra accesible y sensible a las señales de su hijo, actuando amorosamente cuando éste busca protección y consuelo, se facilita la instauración de un apego seguro.

En el apego evitante o apego A, el individuo no confía en que será confortado cuando busque los cuidados de su madre. Esta pauta se caracteriza por el constante rechazo de la madre cuando el niño busca en ella consuelo y protección. Estos individuos tienden a vivir su vida manteniendo distancia emocional y evitando el apoyo de otros volviéndose autosuficiente.

En el apego ambivalente o apego C, el individuo esta inseguro de que su madre o cuidador tendrá una actitud accesible o si lo ayudará o protegerá cuando lo necesite. Esta situación le genera una incertidumbre en la cual tiende a la separación ansiosa, desarrollando una propensión al aferramiento y mostrándose ansioso ante la exploración del mundo. Esta pauta se ve favorecida por la madre que se muestra accesible y colaboradora sólo en algunas ocasiones. También por las separaciones y por las amenazas de abandono utilizadas por sus figuras de apego como forma de control.

Respecto a los niños categorizados en el apego D, desorganizado/desorientado, Crittenden (1985, citado en Bowlby, 1989) señala que estos podrían haber tenido padres que los descuidaban o maltrataban físicamente. Para Radke-Yarrow (1985, citado en Bowlby, 1989) este apego puede estar presente en niños cuyas madres

padecen trastorno bipolar y tratan a su hijo de manera desigual e imprevisible. Cabe mencionar aquellos niños, cuyas madres aún no superan el duelo de una figura paterna perdida en la infancia, y otros casos cuyas madres sufrieron en su niñez maltratos físicos o sexuales (Main & Hesse, 1981, citado en Bowlby, 1989).

Más adelante, Main & Hesse (1990) plantearon que los padres, al desplegar conductas que pueden ser atemorizadas y/o atemorizantes inducen al niño a entrar en un estado paradójico de “miedo sin solución” en donde la persona que tiene que calmarlo en situaciones de estrés y peligro es justamente quién lo provoca. En esta situación el niño queda atrapado, ya que al acercarse a su madre o cuidador este le puede provocar más estrés. Tampoco puede alejarse, pues implicaría que el cuidador lo deja de cuidar. Como consecuencia se activan una serie de procesos en los cuales se contradice o se inhibe la conducta al mismo tiempo que se realiza (Main & Hesse, 1990).

Existe evidencia de la asociación entre este estilo de apego con conductas aterradoras o disociadas por parte del progenitor. Las madres que muestran una baja capacidad reflexiva tienden a presentar conductas intrusivas, temerosas, de encierro en ellas mismas y otras conductas que han mostrado ser generadoras de un apego desorganizado en el niño (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Del mismo modo, Fonagy (2000) plantea que una baja capacidad reflexiva en la madre puede estar relacionado con el trastorno borderline de la personalidad. El autor describe el concepto de la función reflexiva o mentalización, como la capacidad de pensar acerca de los estados mentales en uno mismo y en otros. Existe evidencia que sugiere que la capacidad de conciencia reflexiva en el cuidador aumenta la probabilidad de apego seguro del niño, que a su vez facilita el desarrollo de la mentalización en éste último. Propone que un apego seguro ofrece al niño la oportunidad de explorar la mente del cuidador, y de esta manera de aprender sobre sus propios estados mentales. El autor plantea que los

individuos que experimentan trauma temprano pueden inhibir su capacidad defensiva de mentalizar para evitar tener que pensar en el deseo de su cuidador hacerles daño; y que algunas características del trastorno borderline de la personalidad severo pueden tener sus raíces en la patología del vínculo asociada con esta inhibición.

Bowlby (1944), en uno de sus trabajos tempranos aborda los efectos a largo plazo de la privación materna, a través del estudio de un grupo de 44 adolescentes delincuentes institucionalizados. El autor encontró que más de la mitad habían sido separados de sus madres durante más de seis meses, durante los primeros cinco años de vida. Para Bowlby, la interrupción de la relación materno-filial podría llevar a una mayor incidencia de delincuencia juvenil, problemas emocionales y comportamiento antisocial.

c) Apego, regulación emocional y función reflexiva

A continuación se expone con más detalle el concepto de regulación emocional, función reflexiva, su relación con el apego y el papel de las figuras parentales en dicho proceso.

Las emociones pueden ser entendidas como reacciones biológicamente basadas en respuesta a diversos estímulos que preparan al sujeto para actuar frente a circunstancias que son relevantes para el organismo (Gross & Muñoz, 1995). Si bien las emociones permiten al individuo actuar en respuesta a los estímulos, estas respuestas pueden ser moduladas antes de ser expresadas como una conducta observable.

De acuerdo a Capella & Mendoza (2011, p. 156), “la regulación emocional se refiere al proceso de modificar, modular o mantener estados internos y darle forma

a una respuesta emocional; en el sentido del manejo que realizan las personas de cuales emociones se tienen y cómo esas emociones son expresadas”.

Así, la regulación emocional tiene la función de organizar el comportamiento y prevenir elevados niveles de emocionalidad negativa (Gross & Muñoz, 1995).

Esta función resulta fundamental desde el punto de vista de la parentalidad, dado que el infante no tiene la capacidad para autorregular sus emociones, por lo tanto depende de sus cuidadores para llegar a ese fin.

Fonagy, Gergely, Jurist & Target (2004), conceptualizan como “espejo emocional” o espejamiento, a la función parental de reflejar las emociones de los niños. Se distinguen diferentes elementos de dicha función: sensibilización; construcción de las representaciones secundarias sobre las emociones primeramente experimentadas; regulación de las emociones negativas; e instauración de la capacidad de comunicar y mentalizar las emociones. Así, los padres al reflejar las emociones de sus hijos, por una parte modulan la intensidad de dichos afectos, y por otra, crean un “segundo orden” de representación de dichas emociones.

Fonagy (1999), sugiere que el significado o el sentimiento de afecto se desarrollan a partir de la representación integrada del afecto en el self y en el otro. La combinación de la representación de la experiencia del self y de la representación de la reacción del cuidador le faculta para interpretar y para comprender las demostraciones afectivas en los otros, así como alcanzar la regulación y el control de sus propias emociones.

Así, “El niño que busca una manera de manejar su malestar, identifica en la respuesta del cuidador/a, una representación de su estado mental que él puede internalizar y usar como una estrategia de orden superior de regulación afectiva” (Fonagy, 1999, p. 4).

Fonagy et al., (2004), postulan que existiría una estrecha relación entre el desarrollo del sí-mismo y la regulación emocional, los cuales estarían articulados por el proceso de mentalización. Éste último es definido como un proceso a través del cual se tiene la percepción de que la mente es mediadora de la experiencia que el individuo con el mundo, que se construye en el contexto de las primeras relaciones de la infancia. La “función de reflejar” sería la capacidad que generaría la mentalización. Para Fonagy (1999), la capacidad de mentalizar o función reflexiva denota la comprensión de la conducta de uno mismo y de otros en términos de estados mentales.

Un concepto importante para comprender la mentalización es lo que Dennet (1987, citado en Fonagy, 2001) llamó “postura intencional”. Éste hace referencia a que los seres humanos “(...) tratan de entenderse unos a otros en términos de estados mentales (pensamientos, y sentimientos, creencias y deseos) para poder darle un sentido y, aún más importante, anticipar las acciones del otro” (pp. 150-151). Considerar que las representaciones mentales que ocurren son la causa de las acciones de otros, implica considerar que la representación de dichas intenciones puede ser verdadera o falsa en un momento determinado. De acuerdo a Fonagy (2001), el punto de partida de la perspectiva intencional es que los niños alrededor de los tres a cuatro años tienen capacidad de reconocer que los comportamientos pueden estar basados en una creencia errónea.

De esta manera, la intencionalidad posee una importancia central debido a que permite establecer un sistema de creencias sobre las intenciones y deseos de los otros que pueden ser falsos, dando por hecho la existencia de una representación de sí-mismo y del otro como diferenciado, que es justamente lo que está puesto en entredicho en las deficiencias de capacidad reflexiva (Fonagy et al., 2004).

Un estudio muestra que los padres que tienen alto nivel de capacidad reflexiva tenían 3 o 4 veces más posibilidades de tener niños con apego seguro que los padres con una pobre capacidad reflexiva; los puntajes de reflexividad hechos antes del nacimiento de un hijo predijeron en gran medida el apego seguro del niño, tal como se daría a los dos años de edad (Fonagy, Leigh, Steele & Higgitt, 1991).

Otras investigaciones muestran cómo la capacidad para entender creencias falsas resulta relevante cuando el niño experimenta situaciones adversas que en casos extremos pueden ser trauma o abuso. La mayor parte de las madres que reportaron deprivación significativa (promiscuidad, patología psiquiátrica parental) y puntaje alto en reflexividad tenían mayor probabilidad de tener un hijo con apego seguro, que las que tenían bajo puntaje (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target, 1994). Estos resultados apuntan a que las madres con alto nivel de reflexividad tienen más posibilidades de tener un hijo con apego seguro, aun cuando tuvieron fuertes experiencias de deprivación, mostrando la importancia de la función reflexiva materna.

A diferencia de los niños con apego ambivalente y evitativo, la característica de los niños con apego desorganizado es la hipervigilancia. Estos niños son capaces de construir prontamente sistemas que les permiten mentalizar la conducta de los cuidadores. Sin embargo, esta mentalización no tiene los afectos que produce en los niños de apego seguro (organización del sí-mismo y sentimiento de seguridad) y puede deberse a varias causas (Fonagy, 2000): el cuidador distorsiona los estados del niño; el estado mental del cuidador evoca mucha ansiedad en el niño; bien sea el cuidador alberga deseos y tiene actos malvados contra el niño o bien porque el niño le produce temor; el niño necesita excesivos recursos para entender la conducta parental y esto se hace a expensas de entender la propia.

De acuerdo a San Miguel (2008), si se extraen los procesos psicológicos que ocurren en la infancia en relación a la regulación emocional sería posible detectar las siguientes dificultades:

- a) Marcador de la ansiedad del niño exagerada. El reflejo de las emociones del niño por parte del cuidador es exagerada, por ello las representaciones de segundo orden de los estados emocionales no pueden ver limitada su intensidad mediante la simbolización.
- b) Marcador de la ansiedad como un reflejo exacto. De la misma manera, se dificulta la función simbólica, debido a que el mismo marcador se convierte en un peligro.
- c) Fallo en los marcadores de las emociones, en el sentido de un déficit de señales. No sólo se enfrentarían dificultades en la regulación de las emociones, sino que la falta de atención o la reacción muy contaminada por los afectos del cuidador provocarían problemas en el desarrollo del sí-mismo.

d) Mentalización y desarrollo del Self

Fonagy (2001), plantea que los padres que presentan un alto nivel de capacidad reflexiva tienen mayor probabilidad de promover el apego seguro en los hijos, aún si tuvo experiencias adversas en la infancia; al mismo tiempo el apego seguro puede ser precursor clave de la capacidad reflexiva (Fonagy et al., 1995). “La capacidad parental de observar la mente del niño facilita la comprensión general que tiene el niño de las mentes a través de la mediación del apego seguro” (Fonagy, 2001, p. 153). Así el desarrollo de la reflexividad depende del apego en un proceso intersubjetivo: el niño puede conocer la mente del cuidador en el grado en que el cuidador realiza esfuerzos por comprender y contener el estado mental del niño.

El niño con apego seguro percibe en la actitud reflexiva de su cuidador una imagen de sí mismo que lo muestra como un ser deseante, con sus propias creencias y con la capacidad de creer en el otro. El niño ve que el cuidador lo representa como un ser intencional, y esta representación es internalizada para formar el self del niño. “Si la capacidad reflexiva del cuidador le ha permitido imaginar en forma adecuada la perspectiva intencional del niño, entonces éste tendrá la oportunidad de ‘encontrarse a sí mismo en el otro’ como un ser capaz de mentalizar. De esta forma una ‘teoría de la mente’ es antes que nada una teoría del self” (Fonagy, 2001, p. 154).

e) Teoría de la función reflexiva transgeneracional

De acuerdo a Fonagy (1999, p. 7), “en el núcleo de nuestros ‘selves’ está la representación de cómo nosotros fuimos vistos. Nuestra capacidad reflexiva es, por tanto, una adquisición transgeneracional. Nosotros pensamos de los otros en términos de deseos y creencias porque, y en la medida en que, nosotros fuimos pensados como seres intencionales”. Para el autor únicamente siguiendo este proceso de internalización puede el desarrollo de la captación de los propios estados mentales ser generalizados a otros, en los que se incluye la figura de apego.

Para Fonagy (1999), la teoría de la función reflexiva transgeneracional posee tres componentes:

1. La internalización de las representaciones de segundo orden de los estados internos depende de la reflexión sensible por parte del cuidador y ofrece la estructura con las cuales un modelo interno reflexivo con el que trabaja es construido.

2. El cambio progresivo desde una actitud teleológica (el niño cree que lo hace produce la respuesta del cuidador) hacia una intencional, esta esencialmente ligado a la experiencia de seguridad del niño en la exploración de la mente del cuidador para descubrir los pensamientos y sentimientos que pudieran explicar su conducta. Esta es más fácil y más segura en una relación de apego segura.
3. La figura de cuidado de manera prototípica, mientras está involucrado en un juego de “hacer como si” con el niño, el adulto implica simultáneamente al mundo interno del niño mientras retiene una perspectiva basada en la realidad externa.

f) Aportes de Lyons-Ruth: La comunicación afectiva parental y desorganización del apego

Karlen Lyons-Ruth, ha realizado estudios longitudinales en familias de riesgo social con seguimiento desde la infancia a la adolescencia, que indican que las conductas de apego desorganizado en la infancia son importantes precursores de sintomatología disociativa posterior. Además, se ha establecido que esta vulnerabilidad temprana se asocia con patrones de comunicación afectiva entre padres e hijos, en especial con conductas silenciosas como la indisponibilidad emocional o la inversión de roles, y no parecen residir exclusivamente en los niños (Lyons-Ruth, 2004).

Se han revisado los hallazgos de Main y Hesse (1990) sobre la desorganización de estrategias de apego en el infante y su relación con el miedo parental sin resolver, el cual se transmite al niño a través de una conducta parental atemorizada o atemorizante. Además de dichas conductas, Lyons-Ruth (2004) identifica cinco aspectos de la comunicación afectiva perturbada entre padres e

hijos, cuyas frecuencias mostraron una relación significativa con la conducta de apego desorganizado del infante:

- 1) Errores afectivos: Incluyen indicaciones contradictorias, por ejemplo, invita verbalmente a la aproximación, después se distancia). También falta de respuesta o respuesta inapropiada (no brindar bienestar al niño angustiado).
- 2) Desorientación (ítem de Main y Hesse, 1992): Padres confundidos o asustados por el infante (ejemplo: exhibir una expresión atemorizada); padres desorganizados o desorientados (ejemplo: repentina pérdida de afecto no relacionada con el entorno).
- 3) Conducta negativa-intrusiva (incluyen los ítems atemorizantes, Main y Hesse, 1992): conducta negativa-intrusiva verbal (los padres se burlan o molestan a los hijos); conducta negativa-intrusiva física (ejemplo: tira de la muñeca del niño).
- 4) Confusión de rol (incluye los ítems de Sroufe y cols., 1985; Main y Hesse, 1992): Incluye la inversión de roles (ejemplo: obtiene reaseguramiento del niño); sexualización (ejemplo: le hablan al niño con susurros en tono de intimidad).
- 5) Retraimiento: Crea distancia física (ejemplo: sujeta al infante lejos de su cuerpo con los brazos extendidos); distancia verbal (ejemplo: no saluda al infante tras la separación).

Por otra parte, para Lyons-Ruth (2004), si bien el sistema relacional de apego es considerado como un sistema motivacional entre otros sistemas, se considera como preferente una vez que se activa dado que es el que moviliza las respuestas al miedo o a la amenaza. En ese sentido, el sistema de apego puede ser fundamental a nivel fisiológico en lo que respecta al establecimiento de patrones relativamente duraderos de actividad neurotransmisora y niveles de receptividad del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal al estrés o la amenaza. Para Lyons-Ruth

y Jacobvitz (1999), si bien es posible pensar que las conductas parentales temerosas o retraídas podrían ocasionar menos problemas que las hostiles y atemorizantes, existe evidencia de que los infantes en ambos casos sufren consecuencias muy negativas: elevada secreción de cortisol como respuesta a estresores leves en la infancia, juego de fantasía inhibido o caótico durante la etapa preescolar, importantes conductas hostil-agresivas hacia otros niños en la escuela infantil y en la educación secundaria.

5. Continuidad, persistencia y transmisión intergeneracional de los patrones de apego.

Para Bowlby (1998), la validez de la clasificación de los patrones de apego ha aumentado al descubrirse que, siempre que el ambiente familiar permanezca estable, es probable que dichas pautas persistan en el niño en el segundo año de vida y en los posteriores, donde se da una correlación entre los patrones de apego y las pautas de conducta social y lúdica hacia el grupo de pares y otros adultos que no son la madre.

La estabilidad del apego durante los dos primeros años es más una propiedad de la relación madre-hijo que de la organización conductual interna del niño (Bowlby 1998). Al pasar el tiempo, la organización interna del apego con su modelo activo de figura de apego se va haciendo más estable, cuya consecuencia es que resiste a los cambios y cada vez se va resistiendo más.

Estudios longitudinales de infantes evaluados con el Procedimiento de la Situación extraña y seguimiento hasta la adolescencia a través de la Adult Attachment Interview, han constatado la estabilidad del apego (George, Kaplan y Main, 1996). En la misma línea, tres estudios longitudinales han mostrado una correspondencia entre 68-75% entre las clasificaciones de apego en la infancia y las clasificaciones en la vida adulta (Hamilton, 1994; Main, 1997; Waters, Merrick, Albersheim, Treboux & Crowell, 1995, citado en Fonagy, 1999).

De acuerdo a Bowlby, “a medida que el niño crece, la pauta se convierte cada vez más en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla –o a imponer alguna pauta derivada de ella– en las nuevas relaciones: con un maestro, una madre adoptiva o un terapeuta” (Bowlby, 1989, p. 148).

Por otra parte, numerosas investigaciones confirman que los patrones de apego se repiten a través de las generaciones (Benoit & Parker, 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991b, Steele, Steele y Fonagy, 1996; Van Ijzendoorn, 1995), incluso cuando el apego parental es evaluado antes del nacimiento del niño (Benoit y Parker, 1994; Fonagy, Steele y Steele, 1991b; Steele, Steele y Fonagy, 1996).

En la misma línea, estudios realizados a través de la Adult Attachment Interview han confirmado que la claridad, coherencia y consistencia de las respuestas predicen de manera confiable la seguridad con la que se apegará el hijo del adulto que responde a la entrevista (Van Ijzendoorn, 1995). Del mismo modo, se ha verificado que los adultos seguros tienen 3 o 4 veces más probabilidades de tener hijos que se apegan de forma segura a ellos (Van Ijzendoorn, 1995).

6. Vínculo y psicopatología

La Teoría del Apego postula que las experiencias tempranas con las figuras de apego influyen en el desarrollo normal o patológico del individuo. A continuación se presentan diversas investigaciones que se han realizado en ese ámbito y que incluyen las relaciones entre trastornos psicológicos específicos y vínculo.

Crittenden (1995), ha realizado varios estudios que abordan la relación entre vínculo y psicopatología, y como se ha señalado en apartados anteriores, resalta que la calidad del vínculo depende tanto de la sensibilidad de los cuidadores, como del procesamiento mental de la información que recibe el niño. Dicho procesamiento considera el tipo de información utilizada (afectiva y cognitiva) así como también el grado de integración de la misma. De esta manera, aquellos niños que en la primera infancia fueron evaluados con apego seguro son capaces de utilizar la información afectiva y cognitiva de manera equilibrada. Los evitativos tienden a defenderse fuertemente de los afectos dependiendo casi en totalidad de sus cogniciones. Los niños que presentan apego ambivalente se relacionan principalmente usando la información afectiva. Estos patrones llevados al extremo desarrollarán afectos no genuinos en niños evitantes y en ambivalentes darán lugar a cogniciones erróneas. De esta manera, estos patrones generan vulnerabilidad en el niño a desarrollar desordenes conductuales, de atención, alteraciones en las relaciones afectivas y/o sexuales, depresión, adicción a sustancias e incluso el suicidio (Crittenden, 1995).

Para la autora, el patrón coercitivo o ambivalente presenta mayor grado de desajuste en la infancia temprana y media, mientras que en la adolescencia se pueden intensificar los trastornos de conducta desplegando comportamientos violentos y peligrosos, llegando perpetrar delitos y crímenes. En la adolescencia, el patrón evitativo es el que manifiesta mayores dificultades, debido a que en esta etapa se comienzan a establecer relaciones íntimas. Para los adolescentes

evitativos es muy difícil tolerar la intimidad, llegando a ser en algunos casos excesivamente autosuficientes. En esta situación, la incapacidad para utilizar el afecto pone en peligro su desarrollo y felicidad, posibilitando la emergencia de trastornos depresivos, abuso de sustancias, promiscuidad, llegando incluso al suicidio (Crittenden, 1995).

Un estudio reciente (González, Ysern, Martorell, Matéu & Barreto, 2011) que aborda las relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia, incluyendo la influencia del género en esas variables, refiere que si bien los estilos de apego inseguros se relacionan con mayor nivel de psicopatología en ambos géneros, las mujeres presentan mayores niveles de psicopatología y mayor tendencia a presentar estilos de apego inseguros.

En relación a los trastornos de ansiedad, Bowlby (1973) planteó que la mayor parte de estos trastornos podrían ser explicados por la ansiedad acerca de la disponibilidad de la figura de apego desarrollado en contextos familiares caracterizados por un elevado control parental, a través del recurso a la sobreprotección o al rechazo (Bowlby, 2009).

En un estudio con pacientes limítrofes, Paris & Zweig-Frank (1991) señalan que quienes padecen dicho trastorno recuerdan a sus padres como emocionalmente negligentes, reportando bajos niveles de cuidado tanto del padre, como de la madre.

García & Ibáñez (2007), realizaron un estudio que explora las representaciones internas del vínculo en niños con diagnóstico de Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) y en sus madres. Sus resultados muestran que tanto los niños con TDAH como sus madres, presentan un porcentaje mayor de representaciones vinculares inseguras que lo esperable en población normal. Las representaciones vinculares inseguras en el grupo TDAH estarían caracterizadas

por un patrón de tipo ambivalente y desorganizado en los niños y un patrón ansioso-preocupado en las madres, lo que coincide con los resultados de estudios similares.

7. Vínculo y depresión

Hoy en día se reconoce la importancia que adquieren las relaciones tempranas en la formación de vínculos afectivos y la influencia que ejercen en el desarrollo normal o patológico del individuo. Del mismo modo, desde los inicios de la teoría del apego se ha admitido la estrecha relación entre el concepto de vínculo y depresión.

En ese marco se pueden mencionar los estudios de Spitz (1946, citado en Montenegro, 1993), que dieron lugar al concepto de depresión anaclítica, el cual se define como un síndrome que afecta al lactante cuando este es hospitalizado y separado de su madre después de los seis meses de vida. La depresión se asociaría a la necesidad no satisfecha del niño de establecer apego. Posteriormente en el año 1951, Bowlby en su monografía “Cuidados Maternos y Salud Mental” se refiere a los efectos de la privación de cuidados maternos y los medios para prevenirla (Bowlby, 1988). De esta manera, ambos teóricos sentaron las bases descriptivas de los trastornos depresivos, que además influyeron en la posterior elaboración de las conceptualizaciones sobre apego que se han revisado anteriormente.

Es así como Bowlby (1985), plantea que el desarrollo de la depresión se relaciona estrechamente con la calidad del vínculo. En ese sentido, describe tres tipos de situaciones que pueden estar relacionadas con el desarrollo de dicho trastorno. La primera de ellas puede ocurrir cuando el individuo no ha logrado mantener una relación estable y segura con sus figuras de apego, por más que se haya esforzado. Estas experiencias en la niñez influyen al desarrollar una tendencia a interpretar cualquier pérdida que el sujeto experimente como uno más de sus fracasos en el intento de mantener una relación afectiva estable y segura. La segunda, puede ocurrir cuando alguna de sus figuras de apego le transmite al hijo una noción de que es detestable, incapaz o incompetente. Estas experiencias

pueden haber determinado “(...) que el individuo se forjara un modelo de sí mismo según el cual se representa como un ser detestable y no querido, y se forjará un modelo de las figuras de apego, según el cual se las representa como a seres inaccesibles que lo rechazan o que lo castigan” (Bowlby, 1985, p. 258). La tercera, tiene lugar cuando uno de los padres muere y el hijo no es capaz de controlar las consecuencias de dicha situación, tendiendo a desarrollar un sentimiento de desánimo o desesperación en reacción a acontecimientos traumáticos.

De esto se puede deducir que la depresión en la infancia y la adolescencia se podrían relacionar con las experiencias negativas en la niñez con sus progenitores y la inseguridad en el apego. Sin embargo, hasta hoy no se ha logrado establecer con claridad qué tipo de relación parental vincular específica estaría asociada a una mayor vulnerabilidad a padecer dicho trastorno en la población infanto-juvenil. En ese sentido, Rutter (1986, citado en Jiménez, 1997) señala que si bien desde la teoría del apego se postula que un apego inseguro en épocas tempranas de la vida se relaciona con la presencia de depresión infantil, no se cuenta con evidencia empírica directa que apoye dicha asociación.

Pese a ello, existen estudios que sugieren indirectamente que se puede establecer una relación entre apego inseguro y la depresión infantil. En esta línea se encuentran quienes determinan que uno de los factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de la depresión infantil es la presencia del trastorno afectivo en los padres; por otra parte existe mayor incidencia de un apego inseguro en la descendencia de dichos sujetos (Torres, 1993, citado en Jiménez, 1997).

Una historia de apego inseguro también ha sido propuesta como un mecanismo involucrado en la depresión: durante el proceso de vinculación dos aspectos muy importantes del desarrollo comienzan a tomar forma; el establecimiento de un modelo operante interno del mundo basado en la representación mental de la relación de apego (Cassidy, 1988; Kobak & Sceery, 1988, citado en McCauley et

al., 2001) y el desarrollo inicial de las habilidades de regulación emocional (McCauley et al., 2001). El desarrollo de una regulación emocional eficaz y habilidades de afrontamiento, así como un sentido positivo de sí mismo, dependerá del papel del cuidador en la asistencia al niño en el control de su estado emocional a través de la interacción social y las rutinas establecidas durante los primeros años de vida (Als, 1978; Kopp, 1982, citado en McCauley et al., 2001). Así, McCauley et al., (2001) consideran la historia de apego de la madre como factor de vulnerabilidad para la depresión en adolescentes.

Otros investigadores (Cole & Kaslow, 1988; Gross & Muñoz, 1995) plantean que la depresión implica una falla en la regulación emocional. Estudios empíricos sugieren que la depresión se asocia a dificultades en la regulación de las emociones negativas: los niños con síntomas depresivos usan estrategias de regulación emocional más desadaptativas, presentando escaso afrontamiento emocional al utilizar estrategias inefectivas, lo que se traduce en dificultades para terminar el afecto negativo (Garber, Braafladt, & Weiss, 1995; Kobak & Ferenz-Gillies, 1995; Sheeber, Allen, Davis & Sorensen, 2000).

Otras investigaciones comprueban que los patrones de relación no óptimos en niños maltratados, se asocian a elevada sintomatología depresiva (Toht & Cichetti, 1996).

Más adelante Egeland & Carlson (2004), señalan que el déficit en el apoyo emocional de la madre hacia el niño, es predictor de síntomas depresivos en niños y adolescentes. Pese a que antecedentes de depresión en la madre podrían jugar un rol, los autores afirman que es el apego inseguro el que significativamente predice sintomatología la depresiva en adolescentes.

Kobak, Sudler & Gamble (1991), abordaron la relación del apego con síntomas depresivos en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. Los resultados

muestran que el apego inseguro aumentaba la probabilidad de que los adolescentes informaran síntomas depresivos.

Una muestra clínica de jóvenes deprimidos y sus madres reportaron menos afectuosidad y una comunicación más pobre, en comparación con una muestra no clínica de diadas madre-adolescente (Puig-Antich, Kaufman & Ryan, 1993).

La relación entre depresión y apego también se ha investigado en adultos. Un estudio realizado en Holanda, abordó la predicción de síntomas depresivos a partir de reportes de la relación vincular temprana, encontrando que sobreimplicación materna, reportada en ausencia de ánimo deprimido, resulta ser un importante factor de riesgo psicológico en la etiología de la depresión. Estas características vinculares, tenderían a afectar mayormente a mujeres que hombres (Kerver, Van Son & de Groot, 1992).

Rodríguez et al., (1993, citado en Dávila, Ormeño y Vera, 1998), realizaron un estudio acerca del cuidado parental y las relaciones íntimas en mujeres deprimidas. Los resultados evidencian que el desarrollo de la depresión en la adultez, correlaciona con experiencias tempranas de privación en las relaciones parentales tempranas. Las mujeres con depresión evaluaron a sus madres como bajas en cuidado y a uno o ambos padres como afectivamente fríos.

Los estudios longitudinales son claramente necesarios para confirmar una relación entre la historia de apego temprano y el desarrollo de la depresión. En ese marco, Kobak y Sceery (1988, citado en McCauley et al., 2001) analizaron las correlaciones del tipo de apego en estudiantes de primer año de universidad que completaron la Entrevista de Apego Adulto (AAI). Encontraron que el apego seguro se relaciona con la regulación afectiva constructiva, baja ansiedad, baja angustia, baja hostilidad, mayor competencia social y una mayor evidencia de apoyo familiar en el curso de la adolescencia tardía. El apego evitativo se relacionó con mayor

soledad, hostilidad con sus pares, las evaluaciones compartidas de una baja autoestima y una gran ansiedad, auto-evaluaciones de las relaciones con los demás como distantes y menos apoyo permanente de las familias. El apego preocupado llevó a mirar con atención las calificaciones de alta ansiedad, autoevaluaciones de baja competencia y mayores niveles de sintomatología.

Finalmente, Torres (1993, citado en Jiménez, 1997), señala la importancia de las relaciones tempranas de apego y su implicancia en la aparición y mantenimiento del trastorno depresivo en la infancia, así como también en la adolescencia y la edad adulta.

B. Depresión y sintomatología depresiva

De acuerdo al Manual Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición (APA, 2014), los trastornos depresivos son: el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no identificado.

El rasgo común de estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que lo diferencia es la duración, presentación temporal o la supuesta etiología.

Si bien en el DSM-IV, el trastorno bipolar estaba incluido dentro de los trastornos depresivos en la quinta versión, estos se han separado. Frente a las dudas de que el trastorno bipolar se diagnostique y se trate de manera excesiva en niños se ha sumado el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo. Este se refiere a la presencia de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual que se manifiesta en niños de hasta 12 años de edad. Lo anterior, responde a que se ha encontrado que los niños que presentan dicho patrón sintomático desarrollan trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, más que trastornos bipolares, al pasar a la adolescencia y adultez.

Flett, Vredenburg & Krames (1997) plantean que en consistencia con las conclusiones de muchos expertos, los síntomas depresivos y los trastornos depresivos pueden ser vistos como variaciones a lo largo de un continuo.

Paolini (2005), por su parte declara que “(...) debemos considerar a la depresión como concepto complejo que denota una constelación de significados y constructos teóricos, como ilustraría el hecho de plantear la depresión, clínica o subclínica, como situación inherente y ‘natural’ en los cambios evolutivos o en cualquier tipo de fractura biográfica” (p. 56). En efecto, es posible observar los síntomas depresivos en todos los cambios evolutivos significativos. Asimismo como reacción a acontecimientos vitales que generan estrés como por ejemplo: cambios inesperados, separaciones, duelos, diagnóstico de enfermedades orgánicas, traumatismos, uso de sustancias, entre otros (Paolini, 2005).

Para Natera & González-Forteza (2012), es importante ampliar el conocimiento de cómo impacta la sintomatología depresiva leve en diferentes poblaciones. Aun cuando la sintomatología depresiva presenta una gravedad y duración menos incapacitantes que la depresión, igualmente demanda de atención oportuna porque afecta la vida cotidiana. Debido a que es un proceso y no un estado, puede llevar a la persona que la padece a una problemática depresiva mayor.

En la presente investigación se mide la presencia de sintomatología depresiva a través del Cuestionario de Depresión Infantil en niñas de entre 10 a 12 años, una etapa de transición entre la infancia y la adolescencia. En el siguiente apartado se refieren los aspectos relevantes de este período y su relación con la sintomatología depresiva.

C. Transición infancia-adolescencia y sintomatología depresiva

Como se ha señalado anteriormente, diversas investigaciones apoyan la idea de que a partir de la adolescencia los niveles de depresión aumentan con respecto a la niñez, siendo la proporción de mujeres la más afectada. Del mismo modo, A continuación se exponen algunos aspectos relevantes a considerar en el rango etario (10-12 años) al cual pertenecen las hijas de las madres evaluadas con el Cuestionario de Depresión infantil. Este rango de acuerdo a la literatura revisada sería una edad que se ubicaría en una posición intermedia entre: la tercera infancia que comprende las edades entre los 6 a los 11 años, y la adolescencia que va desde los 11 a los 19-20 años, de acuerdo a lo señalado por Papalia et al., (2009). Las mismas autoras denominan adolescencia temprana al periodo aproximado entre los 11 y 14 años de edad.

En esta etapa es fundamental el inicio de la pubertad, que se define como el proceso que conduce a la madurez sexual y la capacidad de reproducirse. Tradicionalmente se consideraba que la adolescencia y la pubertad tenían su inicio de manera simultánea, alrededor de los 13 años, sin embargo los médicos pertenecientes a algunas sociedades occidentales hallan cambios asociados con la pubertad antes de los 10 años (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

Por su parte, Pedreira (2001) plantea que la adolescencia es una etapa que comprende desde los finales de la infancia hasta la futura adultez incluyendo todas las incertidumbres connotativas del crecimiento emocional y social del ser humano. Para el autor la adolescencia puede tener cualquier duración y la intensidad de los procesos que ocurren es variable en todo su camino, pudiendo alcanzar su inicio desde los 10 años en nuestra sociedad occidental actual. Del mismo modo, destaca que se trata de un proceso psicológico y psicosocial vinculado a la pubertad; por lo anterior, es un proceso que varía de acuerdo a cada persona, su familia y su contexto histórico, era, siglo o década. Es una etapa que

está sujeta a cambios y modificaciones constantes, llenas de dinamismo y mutables en sí misma.

La palabra adolescencia proviene del verbo latino *Adolescere* que significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”. Es considerada un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto (Hurlock, 1987). Para Larson y Wilson (2004) la adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, asumiendo variadas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos (citado en Papalia et al., 2005).

Es importante destacar que se desde distintas perspectivas teóricas e investigaciones la adolescencia es considerada una etapa de mayor vulnerabilidad, donde los estilos de apego y los vínculos que se han generado, van a ser un factor que incide en la presencia de depresión o de sus síntomas. Si bien hay características que muestran como la segunda fase de separación es parte de lo esperado, apareciendo sentimientos depresivos y en ocasiones síntomas, esto puede verse complicado con los estilos vinculares que el adolescente ha desarrollado en la infancia con su figura de apego.

En ese sentido, Winnicott (1993) plantea que los niños y niñas llegan a la pubertad con todos sus patrones predeterminados, que dan cuenta de las experiencias tempranas de la infancia y la niñez, existiendo así características y tendencias personales heredadas y adquiridas.

De esta manera, la entrada a la adolescencia dependerá de la estructuración previa. Blos (1981), propone que si el primer proceso de individuación ocurre hacia el tercer año de vida con el logro de la constancia del self y del objeto, la adolescencia debería ser considerada en su conjunto como segundo proceso de individuación. “Ambos periodos comparten la mayor vulnerabilidad de la

organización de la personalidad, así como la urgencia de que sobrevengan en la estructura psíquica cambios acordes al impulso madurativo” (p. 119). Si cualquiera de estos procesos se malogra dará paso al desarrollo de psicopatología corporizando los respectivos fracasos en la individuación. De esta manera lo que en la infancia implica pasar de una relación simbiótica con la madre para convertirse en un ser individual autónomo, en la adolescencia involucra el desprendimiento de los lazos de dependencia familiares y aflojar los vínculos objetales infantiles para posteriormente integrar el mundo de los adultos. “La desvinculación respecto de los objetos -de amor y de odio- interiorizados abren el camino en la adolescencia al hallazgo de objetos de amor y de odio ajenos a la familia” (Blos, 1981, p. 119). Así, Blos considera que la individuación adolescente es un reflejo de los cambios estructurales que acompañan la desvinculación emocional de los objetos infantiles interiorizados.

Por su parte, Aberastury (1969) plantea que entrar en el mundo de los adultos implica para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño, constituyendo además un momento decisivo en la vida del ser humano y una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que se inició con el nacimiento. Las transformaciones que tienen lugar en esta etapa y que son el correlato de los cambios corporales, llevan al niño a establecer una nueva relación con sus figuras parentales y con el mundo. Para la autora, esto sólo es posible si se elabora de manera lenta y dolorosa el duelo por el cuerpo del niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia. De esta manera, cuando el adolescente se introduce en el mundo con su cuerpo ya desarrollado, la imagen corpórea y su identidad han cambiado, entonces necesita adquirir una ideología que posibilite su adaptación al mundo y/o su acción sobre él para modificarlo.

Con respecto a la depresión, McCauley et al., (2001) sugieren que ésta ocurre cuando el sujeto vulnerable se enfrenta con el estrés de la vida significativa. Dado que la prevalencia de depresión se incrementa durante los años de la

adolescencia, puede haber algo único acerca de la adolescencia y las tensiones encontradas durante ese periodo del desarrollo que desencadenan la expresión de la depresión. Los adolescentes comienzan a funcionar como parte del resto del mundo y el actual proceso de la separación e individuación de la familia se vuelve más significativo, como el joven que se esfuerza por establecer su propia identidad independiente. La resolución de estos desafíos se basa en conocimientos adquiridos a lo largo del proceso de desarrollo. Por lo tanto, el niño con cuestiones mal resueltas sobre apego o vínculo, escasas habilidades de regulación afectiva es altamente vulnerable frente a la multitud de retos adolescentes.

Para Papalia et al., (2009) inclusive en entornos normales los niveles de depresión aumentan en la adolescencia. De acuerdo a NSDUH (2005, citado en Papalia et al., 2009) en el año 2004, el 9% de sujetos entre 12 y 17 años habían experimentado al menos un episodio depresivo mayor y solamente el 40% de ellos recibió algún tipo de tratamiento.

Las mujeres adolescentes, en especial aquellas que inician una madurez precoz, son más propensas a la depresión que los hombres adolescentes (Brent & Birmaher, 2002; Ge, Conger & Elder, 2001; NSDUH, 2005; Stice et al., 2001, citado en Papalia et al., 2009). Puede ser que la diferencia de género se relacione con los cambios biológicos asociados a la pubertad. Así lo respaldan algunos estudios que muestran una correlación entre el avance en el estado de la pubertad y los síntomas depresivos (Susman & Rogol, 2004, citado en Papalia et al., 2009). Se han encontrado otros factores asociados como por ejemplo la manera en que se socializa a las niñas (Birmaher et al., 1996, citado en Papalia et al., 2009) y su mayor vulnerabilidad al estrés en las relaciones sociales (Ge et al, 2001; USDHHS, 1999, citado en Papalia et al., 2009).

Las múltiples causas de la depresión y la estrecha interrelación entre los cambios biológicos, psicológicos, de roles y contexto social que tienen lugar en este

periodo, han obstaculizado la identificación de factores específicos implicados en su incremento (Brent & Weersing, 2008).

Del mismo modo, Molina, Tomàs, Sabaté y Baeza (2001), refieren que no hay claridad respecto al aumento de la prevalencia de depresión en la adolescencia, sobre todo en las niñas, sin embargo refieren que factores cognitivos, biológicos y sociales pueden estar implicados. Los autores postulan que las niñas tienen más factores de riesgo que los niños, dado que entran a la pubertad antes que ellos. Esto sumado a las consecuencias biológicas y psicosociales llevan a las niñas a preocuparse más que los niños por su imagen; las niñas están más expuestas a abusos sexuales que ellos; y por último, tienen más experiencias que las presionan para conformarse con roles sociales restringidos en relación a los niños.

Si bien el género femenino presenta un factor de riesgo para la depresión existen otros como por ejemplo: ansiedad, temor al contacto social, sucesos vitales estresantes, enfermedades crónicas, conflicto entre padres e hijos, abuso, negligencia, uso de alcohol, consumo de drogas, consumo de alcohol, actividad sexual y tener uno de los padres con antecedentes de depresión (Papalia et al., 2009).

También se ha detectado que el consumo de alcohol y drogas y la actividad sexual genera mayores probabilidades de conducir a la depresión a las niñas que a los niños (Brent & Birmaher, 2002; Hallfors, Waller, Bauer, Ford & Halpern, 2005; NSDUH, 2005; Waller et al., 2006, citado en Papalia et al., 2009).

Otros estudios sugieren que al menos una de cada cinco personas que experimentan un brote de depresión en la infancia y en la adolescencia están en riesgo de padecer trastorno bipolar (Brent & Birmaher, 2002, citado en Papalia et al., 2009).

D. Prevalencia de depresión

En la actualidad parece existir un consenso respecto a que la depresión es una patología que va en aumento en el mundo, así como también en nuestro país. En la literatura revisada no fue posible encontrar indicadores de prevalencia de sintomatología depresiva en el período de la infancia y la adolescencia, por ello se exponen los estudios referentes a la depresión.

La OMS (2011), posiciona a la depresión como la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. De acuerdo a las predicciones actuales, para el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial.

Los estudios internacionales estiman la prevalencia de trastorno depresivo mayor en el 2% en niños y del 4% en adolescentes; las cifras muestran que la diferencia por sexo no es significativa antes de la pubertad, en cambio en la adolescencia se daría una relación de 1:2 entre hombres y mujeres (García, 2012).

Alrededor del 5% de los niños y adolescentes padece depresión en algún momento de esta etapa vital (Fleming & Oxford, 1990, citado en Milicic et al., 2008).

Cumsille y Martínez (1997, citado en Milicic et al., 2008) han reportado mayor prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes de sexo femenino (17% niñas versus 14% varones). Un meta-análisis de Twengue y Molen-Hoeksema (2002, citado en Milicic et al., 2008) mostró que a partir de los 13 años, las niñas comienzan a reportar más síntomas depresivos que los niños.

La comorbilidad es frecuente. En el caso de la depresión, el 40-70% de niños y adolescentes que padecen depresión presentan algún otro trastorno psiquiátrico, mientras que el 20-50% presenta dos o más. La comorbilidad más frecuente de los trastornos depresivos son los trastornos ansiosos (Ihle & Esser, 2002, citado en Milicic et al., 2008). Le siguen los trastornos de conducta y el abuso de sustancias, el cual tiende a presentarse en forma posterior al trastorno depresivo (Birmaher et al., 2000, citado en Milicic et al., 2008). Ihle & Esser, (2002 citado en Milicic et al., 2008) plantean que en la infancia temprana la depresión es más frecuente en los varones; pero la razón se invierte en la adolescencia, coincidiendo con otros autores antes señalados.

1. Prevalencia en Chile

Los estudios sobre prevalencia de depresión infantil y adolescente en Chile son escasos. En los últimos años se han desarrollado investigaciones sobre salud mental en poblaciones clínicas y en muestras pequeñas, por lo que resulta difícil estimar la prevalencia de la depresión en la población infanto juvenil de nuestro país.

Bralic et al., (1984, citado en Milicic et al., 2008) realizaron un estudio de salud mental escolar en niños de 6 a 11 años, el cual arrojó una mayor prevalencia en niñas (9,8%) en comparación con niños (4%).

Cornejo et al. (2006), realizaron un estudio descriptivo correlacional de una muestra de 275 escolares entre 3º Y 8º básico de dos establecimientos educacionales en Santiago, encontrando que el 18,5% presenta depresión, superando las estadísticas reportadas por otros estudios a nivel nacional.

Un estudio reciente de salud mental infanto-juvenil (Vicente et al., 2012), reporta que los niveles de depresión mayor en niños de 4 a 11 años alcanza el 3,8%.

VI. METODOLOGIA

A. Tipo de investigación

El tipo de investigación es cuantitativa, debido a que “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Baptista, Fernández- Collado y Hernández, 2010, p. 4). Siguiendo esta ruta metodológica se pretende comprobar las hipótesis que sustentan la presente investigación mediante la recolección de datos a través de instrumentos estandarizados y validados que miden las variables de estudio.

El estudio tiene un alcance descriptivo que se caracteriza por “(...) especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.” (Danhke, 1989, citado en Baptista et. al, 2006, p. 102). Su valor radica en que pueden mostrar con precisión las dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. Permite describir tendencias del grupo o población en estudio (Baptista et. al 2006). De esta manera, el presente estudio permite describir qué estilos vinculares tempranos tienen las madres, cuyas hijas presentan sintomatología depresiva.

El diseño es no experimental, debido a que no se manipulan deliberadamente las variables de estudio, observando los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos posteriormente (Baptista et. al, 2006). Además, es transeccional porque “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Baptista et al., 2010, p. 151).

B. Métodos y técnicas a utilizar

1. Período y lugar donde se desarrolla la investigación

La investigación se llevó a cabo durante el periodo de tiempo de 14 meses. La investigación se realizó en Chile, en la Ciudad de Valparaíso en las dependencias de la Escuela Municipal de Niñas Ramón Barros Luco.

2. Población

La población en la que se enfocó la investigación, estuvo comprendida por todas las madres que viven con sus hijas, que cursaban entre 5º y 7º básico de la Escuela Municipal de Niñas Ramón Barros Luco de Valparaíso.

Tabla 5. Población foco de la investigación.

	Cursos						TOTAL
	5ºA	5ºB	6ºA	6ºB	7ºA	7ºB	
Alumnas por curso	37	33	30	27	28	28	183
Madres que viven con sus hijas	32	32	25	26	22	20	157
Porcentaje	86,5	97,0	83,3	96,3	78,6	71,4	85,8

De este modo, la población que se contempló para la presente investigación es de 157 díadas madre hija, que corresponde al 85,8% del total de 183 alumnas (ver Tabla 5).

3. Tipo de Muestreo

El tipo de muestra fue no probabilística de carácter intencional, constituida por sujetos voluntarios debido a que “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra” (Baptista et al., p. 241). La ventaja de utilizar este tipo de muestra es que permite, controlar y velar la elección de participantes con ciertas características específicas que conlleven a un correcto desarrollo de la investigación (p. 262).

4. Muestra

El estudio se llevó a cabo a través de una muestra no-probabilística-intencionada, conformada por todas las madres, cuyas respectivas hijas cumplieron con los siguientes criterios muestrales de inclusión:

- Vivir con la madre.
- Presentar sintomatología depresiva, de acuerdo a los resultados del CDI.
- Cursar entre 5º y 7º año básico en la Escuela Municipal de Niñas Ramón Barros Luco de Valparaíso.
- Tener entre 10 y 12 años.

Se presentó el criterio de inclusión para el rango de las edades de las alumnas participantes debido a que como se señala en el presente Marco Teórico, diversas investigaciones apoyan la idea de que a partir de la adolescencia los niveles de depresión aumentan con respecto a la niñez, siendo la proporción de mujeres la más afectada. Por esto la investigación se realizó en una escuela de niñas.

A continuación se exponen los porcentajes de participación de las díadas madre-hija de acuerdo al curso (ver Tabla 6).

Tabla 6. Participación de díadas madre-hija por curso en la investigación.

	Cursos						TOTAL
	5ºA	5ºB	6ºA	6ºB	7ºA	7ºB	
Madres que viven con sus hijas	32	32	25	26	22	20	157
Díadas participantes	23	19	12	6	9	7	76
Porcentaje de Participación	71,9	59,4	48,0	23,1	40,9	35,0	48,4

Para evaluar la presencia de sintomatología depresiva se utilizó la estandarización del cuestionario de depresión infantil (CDI), de la versión adaptada (Guillón y Coggiola, 1991) para la población chilena, para niños de entre 8 y 14 años de ambos sexos por Cáceres y Collado (1994). EL CDI se basa en la teoría cognitiva de A. Beck de la depresión, sin embargo permite el abordaje terapéutico desde distintas orientaciones al dar lugar a un diagnóstico descriptivo y exento de valoraciones teóricas.

El CDI es una escala de autorreporte, de lápiz y papel, diseñada para niños y adolescentes en edad escolar. El instrumento cuantifica diversos aspectos de la sintomatología depresiva: trastornos del ánimo, capacidad para el placer, funciones vegetativas, autoconcepto y conducta interpersonal. También se exploran áreas especialmente significativas para los niños como la escuela y el grupo de pares.

El instrumento consta de 27 ítems, cada uno con tres alternativas de respuesta, que entregan un puntaje de 0, 1 ó 2 puntos (en grado creciente de severidad del síntoma), donde 0 refleja normalidad, 1 cierta severidad pero no incapacitante y 3 enfermedad clínicamente significativa. Así el puntaje total oscila entre 0 y 54 puntos. Para cada ítem el niño debe elegir aquella alternativa que mejor lo describa en las últimas dos semanas. El test fue diseñado para ser aplicado en forma individual, pero puede administrarse colectivamente. Requiere un nivel lector equivalente a 1º básico. El tiempo de aplicación varía entre 10 y 20 minutos.

Tabla 7. Selección de la muestra de acuerdo a los resultados del Cuestionario de Depresión Infantil administrado a las alumnas participantes.

	Cursos						Total	Porcentaje
	5A	5B	6A	6B	7A	7B		
Presencia de síntomas depresivos	9	10	4	3	5	2	33	43,4
Ausencia síntomas depresivos	14	9	8	3	4	5	43	56,6
							76	100

De esta manera, las madres de las 33 niñas que presentaron sintomatología depresiva constituyen la muestra concluyente de la presente investigación (ver Tabla 7). Todas las madres y sus respectivas hijas, participaron de forma anónima voluntaria e informada. Su participación en la presente investigación fue refrendada por consentimiento informado (ver Tabla 7).

5. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por las mujeres a las que se les administró el Parental Bonding Instrument (PBI), que eran madres de niñas que asistían a la Escuela de Niñas Ramón Barros Luco que cumplieron con los criterios muestrales antes expuestos.

6. Definición de variables

Para la realización de la presente investigación se consideraron dos variables: vínculo y sintomatología depresiva. La primera corresponde a la variable que se pretende medir. La variable depresión fue considerada como una constante, pues fue utilizada como criterio de selección de la muestra.

a) Vínculo:

Definición conceptual: “disposición a buscar la compañía o proximidad de alguien, atributo que persiste en el tiempo y no depende de la situación ambiental del momento” (Bowlby, 1989, p. 42).

Definición operacional: El tipo de vínculo se midió a través de los puntajes obtenidos en cada escala, Cuidado y Sobreprotección, y para cada padre por separado. Los tipos de vínculo son:

1. **Vínculo Óptimo:** son aquellas madres que obtienen puntajes en el PBI, altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y favorecen al mismo tiempo, la independencia y la autonomía.

2. **Vínculo Ausente o Débil:** son aquellas madres que obtienen puntajes en el PBI 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 aquellas madres que obtienen puntajes en el PBI 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 contacto excesivo, infantilizan y limitan la conducta autónoma de sus hijos.
4. **Control sin afecto:** son aquellas madres que obtienen puntajes en el PBI bajo en cuidado y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen contacto excesivo, infantilizan y limitan la conducta autónoma de los hijos.
5. **Promedio:** son aquellas madres que obtienen puntaje promedio en ambas escalas.

Dimensiones del vínculos que evalúa el PBI

1. **Cuidado:** Puntaje obtenido en la escala de Cuidado del PBI, escala compuesta por 13 ítems, con puntajes que van de 0 a 39 puntos.
2. **Sobreprotección:** Puntaje obtenido en la escala de Sobreprotección del PBI, escala compuesta por 12 ítems, con puntajes que van de 0 a 36 puntos.

b) Sintomatología depresiva:

Definición conceptual: Se define como una alteración del estado del ánimo persistente caracterizada por una baja del ánimo, e incidente en la esfera del

pensamiento, conducta, actividad psicomotora que posee efectos somáticos (Beck, Steer & Brown, 1996).

Definición operacional: Se midió a través del puntaje obtenido en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), cuyos 27 ítems evalúan la presencia y severidad de los siguientes síntomas:

- Humor disfórico
- Pérdida o disminución del apetito
- Insomnio
- Hipoactividad
- Anhedonia
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de culpa o inutilidad
- Dificultad de concentración
- Indecisión
- Pensamientos de enfermedad, daño o muerte
- Pérdida o disminución de la autoestima
- Disminución del rendimiento escolar
- Retraimiento social
- Irritabilidad
- Pesimismo ante el futuro
- Llanto
- Ideación suicida
- Sentimiento de soledad.

Puntaje de corte: El punto de corte de un instrumento permite establecer el puntaje a partir del cual se determinará que sujetos presentan sintomatología depresiva y cuáles no. Para el Cuestionario de Depresión Infantil el puntaje de corte es 18 y corresponde al percentil 90.

7. Instrumentos

Parental Bonding Instrument (PBI):

Para conocer los estilos vinculares tempranos de las madres se utilizó la estandarización del Parental Bonding Instrument (PBI), versión adaptada (Albala, J. & Sepúlveda, P., en 1997), para Chile realizada por Dávila, Ormeño y Vera (1998). A continuación se describen los aspectos técnicos del instrumento, dado que en apartados anteriores se ha referido su fundamentación teórica (ver p. 30).

El Parental Bonding Instrument es un cuestionario de autorreporte, para personas mayores de 16 años de ambos sexos, que puede ser aplicado tanto en forma individual como colectiva. No posee tiempo de aplicación, pero el promedio es de 15 minutos en total. La forma de corrección es a través de plantillas. Los sujetos deben marcar en una escala Likert que va de 1 a 4, el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Se aplican cuestionarios por separados para cada uno de los padres, ya que la relación vincular con cada uno puede representar grandes variaciones.

El test consta de 25 ítems, 13 pertenecientes a la escala de Cuidado y 12 a la escala de Sobreprotección, los que se presentan en forma de afirmaciones, en donde el examinado responde cómo recuerda a su padre y a su madre, por separado, en su infancia y adolescencia hasta los 16 años. La presencia del factor cuidado da cuenta de conductas y actitudes parentales caracterizadas por afectuosidad, contención emocional, sensibilidad, cooperación. La ausencia de dicho factor indica una relación vincular donde prevalece la indiferencia, negligencia y frialdad emotiva. El factor sobreprotección da señales de una relación vincular donde predomina la sobreprotección, el control psicológico, la intrusión, el contacto excesivo, infantilización y limitación de la conducta autónoma.

El puntaje bruto obtenido en cada escala debe ser transformado a percentil de acuerdo a las normas que entrega el cuestionario. De acuerdo a los niveles obtenidos se caracteriza a los sujetos según los cinco vínculos parentales que determina el instrumento: Vínculo Óptimo, Vínculo Ausente o Débil, Constricción Cariñosa, Control sin afecto y Promedio.

8. Procedimiento.

En el presente apartado se describirá de manera objetiva el proceso desarrollado para llevar a cabo la presente investigación.

Primera Etapa:

- Administración del Parental Bonding Instrument a las madres que refrendaron su participación mediante Consentimiento Informado. Se realizó a través de dos vías: administración colectiva en reunión de apoderados y administración colectiva e individual a través de citas.
- Administración del Cuestionario de Depresión Infantil a las alumnas previamente autorizadas por sus madres mediante Consentimiento Informado de Participación.

Segunda Etapa:

- Interpretación de resultados de los instrumentos evaluados y elaboración de los respectivos informes.
- Realización de charlas sobre los temas centrales de la presente investigación a las alumnas y madres de los cursos participantes en la investigación (5ºA, 5ºB, 6ºA, 6ºB, 7ºA y 7ºB).

Tercera Etapa

- Realización de entrevistas de devolución a madres e hijas participantes.

9. Análisis de datos

Para llevar a cabo el correspondiente análisis de la investigación se utilizó la estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias de los datos obtenidos que se muestran en tablas y representaciones gráficas, a partir de las cuales se busca la comprobación de la hipótesis que sustenta la investigación.

C. ASPECTOS ÉTICOS

Durante la ejecución de la presente investigación se veló por clarificar los alcances de la investigación a las participantes, destacando la importancia que hoy en día revisten los tópicos que se abordaron en ella. Del mismo modo se resguardó la confidencialidad tanto en el desarrollo de la investigación, como en uso de la información obtenida.

Considerando que las variables que se investigaron en el presente estudio consideraron aspectos sensibles para el ser humano, tanto en la administración de los instrumentos como en las entrevistas de devolución se entregó contención, orientación y respuesta a las demandas que espontáneamente surgían en el proceso. Más aun teniendo en cuenta que la temática que aborda la investigación permitió detectar situaciones de riesgo para las niñas o sus madres.

En los casos que hubo presencia de sintomatología depresiva en las alumnas se contactó a las madres para informar sobre la situación, planteando la necesidad de realizar una intervención psicológica. Posteriormente, con el consentimiento de la madre e informando también a la alumna, se da a conocer la situación al Equipo Interdisciplinario quien procede a intervenir de acuerdo a los protocolos del Establecimiento Educacional.

En aquellas situaciones en que las madres se descompensaron al responder el Parental Bonding Instrument, al abrir situaciones dolorosas que vivieron en su infancia y adolescencia con sus figuras parentales, se brindó contención y apoyo para ayudar a la persona a enfrentar dicha situación y se sugirió la búsqueda de apoyo psicológico, de acuerdo al caso.

VII. RESULTADOS

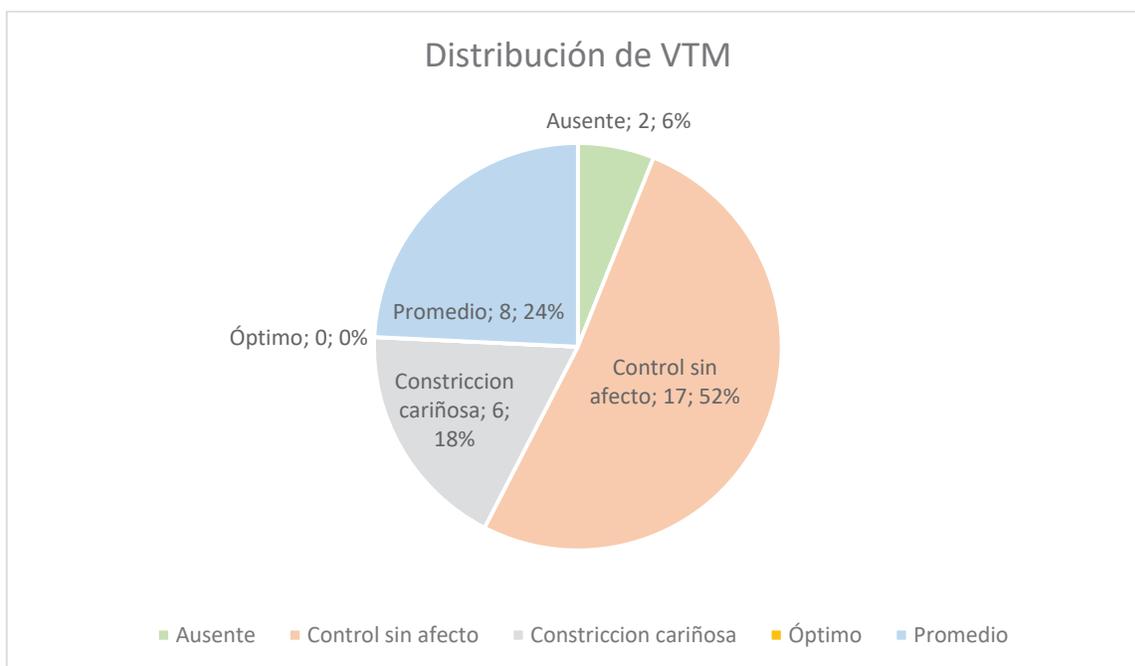
En el presente apartado se disponen los datos sobre las variables de estudio observadas en la muestra (Ver Anexos); a fin de dar cuenta de los objetivos planteados. El objetivo específico N° 1 “Determinar los estilos vinculares tempranos en madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva, a través del Parental Bonding Instrument (PBI)” se cumplió a través de la administración, tabulación e interpretación de dicho instrumento considerando los criterios muestrales para la elección de los sujetos de estudio.

El PBI consta de dos cuestionarios, cada uno de los cuales mide la percepción de las madres evaluadas, en relación al tipo de vínculo establecido con su figura materna y con su figura paterna, en la infancia y adolescencia, cada uno por separado. En consideración a lo anterior se muestran los resultados por vínculos tempranos maternos y paternos, con el fin de dar respuesta a los objetivos establecidos. Con el propósito de que los resultados sean entendidos de manera más simple y clara, de ahora en adelante se usaran las siglas **VTM** para referirse al vínculo temprano establecido con la figura materna, y **VTP** para referirse al vínculo temprano establecido con la figura paterna.

A. Resultados obtenidos de acuerdo al VTM.

Para dar cuenta del objetivo específico nº 2 “Determinar qué vínculo temprano materno (VTM) predomina en las madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva”, se procede a mostrar los resultados obtenidos en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Distribución de los VTM de las madres, cuyas hijas presentaron síntomas depresivos.

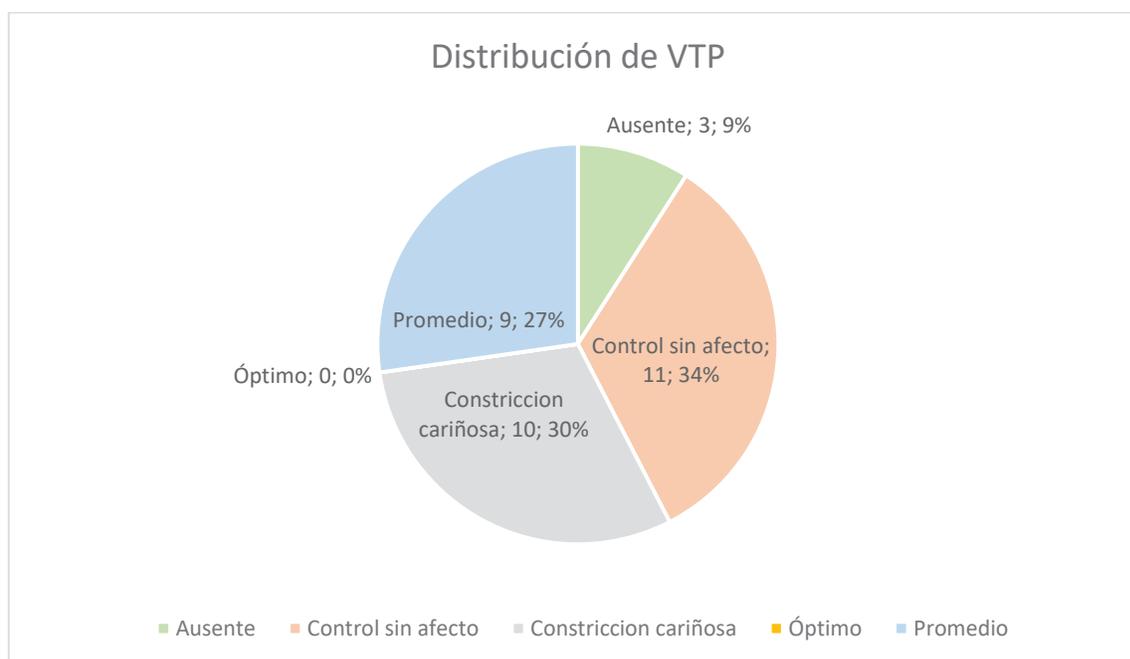


Como se aprecia en el Gráfico 1, en lo que respecta al VTM es posible observar que el vínculo predominante es el vínculo Control sin afecto, que corresponde 52% (17 sujetos); le sigue con un 18% el vínculo Constricción Cariñosa con un 18% (6 sujetos); el vínculo Promedio corresponde al 24% (8 sujetos). El vínculo Ausente presenta un 6%. Finalmente el vínculo Óptimo que no fue obtenido por ninguna de las evaluadas.

B. Resultados obtenidos de acuerdo al VTP.

En lo que respecta al objetivo N°3 “Determinar qué vínculo temprano paterno (VTP) predomina en las madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva”, a continuación se presentan los resultados obtenidos.

Gráfico 2. Distribución de los VTP de las madres, cuyas hijas presentaron sintomatología depresiva.



Con respecto al VTP es posible observar que no existe predominancia. La distribución de los datos muestra que el vínculo Control sin afecto alcanza un 34% (11 sujetos); el vínculo Constricción Cariñosa le sigue muy de cerca con un 30% (10 sujetos); el vínculo Promedio que corresponde al 27% (9 sujetos). A una mayor distancia encontramos al vínculo Ausente con un 9% (3 sujetos). Tal como ocurrió con los vínculos tempranos maternos (VTM) la proporción de vínculo óptimo es 0%.

C. Las Dimensiones del PBI: Cuidado y Sobreprotección.

Con respecto al objetivo específico N° 4 “Determinar qué dimensiones del Vínculo (Cuidado y Sobreprotección) respecto de los vínculos tempranos maternos (VTM) y paternos (VTP), predominan en las madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva”. El Parental Bonding Instrument propone que las dimensiones Cuidado y Sobreprotección estarían a la base de todas las relaciones interpersonales significativas, como la relación vincular entre la madre y su hijo (ver p. 9). Estas dimensiones son medidas a través de dos escalas respectivas que componen el instrumento y que se exponen a continuación:

1. Resultados por Dimensión Cuidado

Tabla 8. Niveles de la Dimensión Cuidado de acuerdo al VTM y VTP.

	<i>Dimensión Cuidado</i>							
	Bajo		Promedio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
VTM	19	57,6	8	24,2	6	18,2	33	100
VTP	9	27,3	14	42,4	10	30,3	33	100

Con respecto a la dimensión Cuidado en relación al VTM, los datos revelan que predomina un bajo nivel de cuidado con un el 57,6%. En contraste el 18,2% de ellas evaluaron alto cuidado. El 24% consideró que el nivel de cuidado estuvo en un nivel promedio.

En relación al VTP, el 42,4% de las madres evaluaron a sus figuras paternas con un nivel de cuidado promedio; mientras que el 30% corresponde a un nivel alto de cuidado y un 27% bajo cuidado.

2. Resultados por Dimensión Sobreprotección

Tabla 9. Niveles de la Dimensión Cuidado de acuerdo al Vínculo Materno y Paterno.

	<i>Dimensión Sobreprotección</i>							
	Bajo		Promedio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
VTM	2	6,1	8	24,2	23	69,7	33	100
VTP	9	27,3	3	9,1	21	63,6	33	100

Con respecto a la dimensión Sobreprotección, el nivel predominante según el VTM corresponde a alta sobreprotección con un 69,7%. Muy por debajo le sigue el nivel de sobreprotección promedio con un 24,2% y finalmente un 6,1% corresponde a un nivel bajo.

Por último, los niveles de la dimensión Sobreprotección respecto del VTP mostraron una distribución similar al VTM. El 63,9% de las madres evaluaron a sus padres con alto nivel de Sobreprotección, por lo tanto se considera predominante. El 27,3% corresponde a un nivel bajo y un 9,1% corresponde a nivel promedio.

VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos permitieron determinar un estilo vincular temprano predominante en las madres, cuyas respectivas hijas presentaron síntomas depresiva. Estos datos indican que el Vínculo Temprano Materno (VTM) predominante es Control sin afecto mostrado por un 52% de las madres evaluadas. Con respecto a los Vínculos Tempranos Paternos (VTP), no fue posible encontrar un vínculo predominante.

Los datos precedentes permiten comprobar las hipótesis que sustentan la investigación, de manera que:

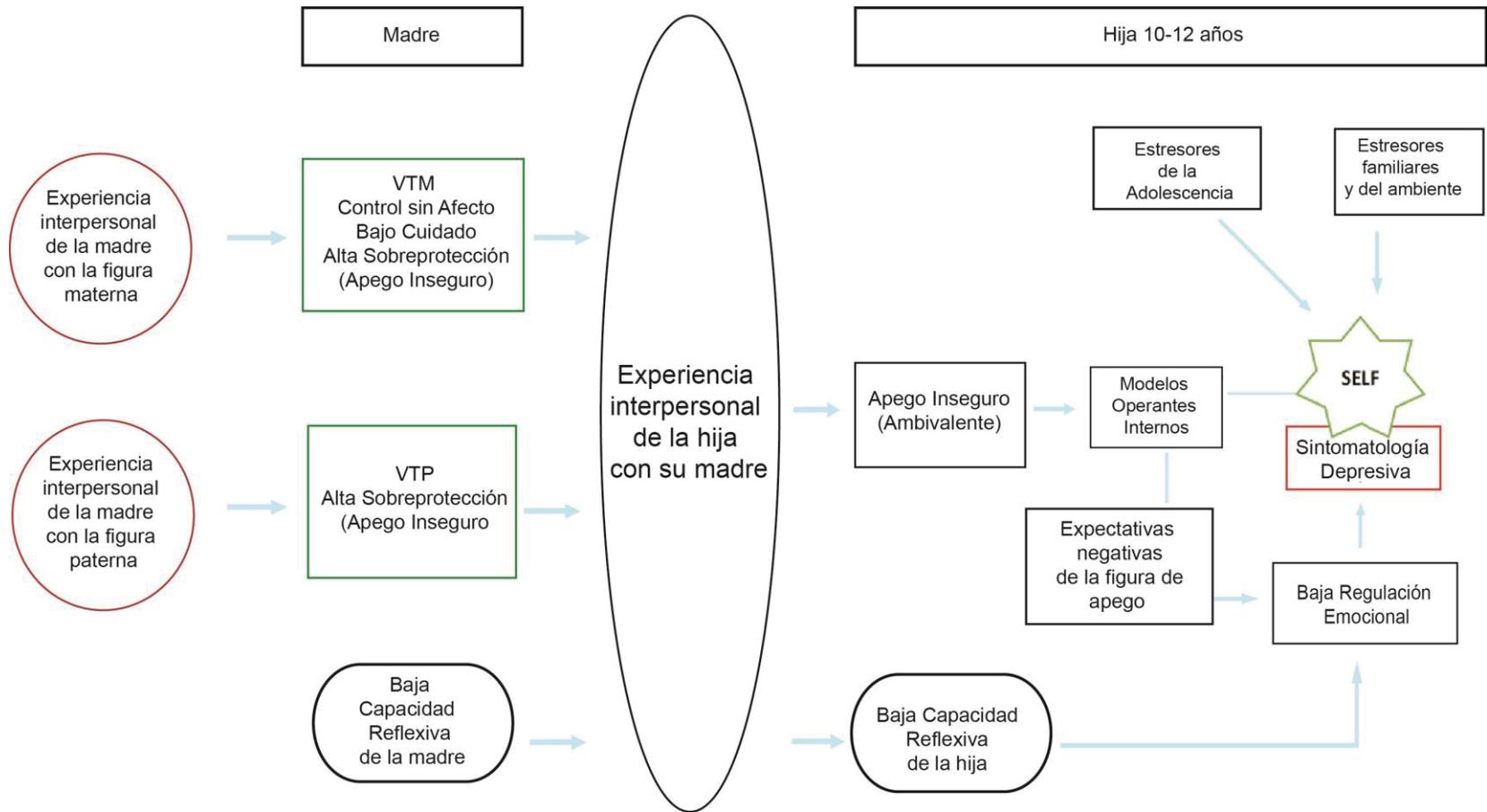
- Se acepta la hipótesis de investigación que postula que existe un vínculo temprano materno (VTM) predominante en las madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva.
- Se acepta la hipótesis nula de investigación que postula que no existe un vínculo temprano paterno (VTP) predominante en las madres, cuyas respectivas hijas presentan sintomatología depresiva.

En relación a las dimensiones que evalúa el PBI (cuidado y sobreprotección), los datos indican que predomina tanto en VTM, como en VTP un ALTO NIVEL DE SOBREPOTECCIÓN, mientras que predomina un BAJO NIVEL DE CUIDADO con respecto al VTM.

Tabla 10. Predominancia de estilos vinculares tempranos y dimensiones del vínculo, de acuerdo a VTM y VTP.

	<i>Estilo Vincular Temprano Predominante</i>	<i>Dimensiones del Vínculo Predominantes Cuidado/Sobreprotección</i>
VTM	Control sin Afecto	Bajo Cuidado/Alta sobreprotección
VTP	-	Alta Sobreprotección

Figura 2. Esquema de estilos vinculares tempranos y dimensiones del vínculo predominantes en las madres que constituyen un factor de vulnerabilidad para la depresión en niñas de entre 10 y 12 años (Fuente: Elaboración propia).



A continuación se discuten los resultados obtenidos de acuerdo a diversos conceptos desarrollados en el marco de la teoría del apego (ver Figura 2).

En primer lugar, la transgeneracionalidad del apego tiene un rol fundamental para entender como los patrones de relación madre-hija actuales, están fuertemente influidos por las relaciones tempranas de los progenitores con sus propias figuras de apego. Del mismo modo, la transgeneracionalidad de la función reflexiva (Fonagy, 1999) y el concepto de regulación afectiva abren un camino para comprender cómo las relaciones vinculares tempranas de las madres, tienen una influencia en el desarrollo de los síntomas depresivos en la transición infancia-adolescencia de sus hijas.

Desde la dimensiones evaluadas por el PBI, los datos muestran que en la experiencia interpersonal temprana de las madres evaluadas, tanto con su figura materna (VTM), como paterna (VTP) se encontraron altos niveles de sobreprotección. La alta Sobreprotección se relaciona con la presencia de conductas parentales que crean dependencia, ejercen control psicológico, intrusión, infantilización y limitación de la conducta autónoma de los hijos. Allen et., al (2010), encontraron que el afecto depresivo está estrechamente relacionado con dificultades para establecer la autonomía en la adolescencia.

En relación al control psicológico parental, Barber (1996) plantea que éste se refiere a la presentación de una actitud en que se aprueba condicionalmente a los niños y, más específicamente, implica la participación en una serie de tácticas intrusivas para que los niños piensen, se comporten o se sientan aprobados por sus padres. En ese sentido existe evidencia de que el control psicológico de los padres está relacionado con la inadaptación en la adolescencia, los síntomas depresivos (Barber, 1996) y la baja autoestima (Soenens, Vansteenkiste, Luyten, Duriez & Goossens, 2005).

En la experiencia interpersonal temprana de las madres evaluadas con su figura materna predominó el vínculo Control sin afecto. Este estilo vincular se caracteriza por presentar bajos niveles de cuidado y altos niveles de sobreprotección por parte de la figura parental. Dicho vínculo equivalente a un vínculo inseguro ambivalente, de acuerdo a la clasificación propuesta por Parker (1989, ver p. 33).

A partir de lo señalado, es posible suponer que en estos casos la figura paterna tampoco podría compensar el bajo cuidado y las carencias afectivas de parte de la figura materna.

El cuidado bajo se caracteriza por la presencia de frialdad emotiva, indiferencia y negligencia. La frialdad emotiva se puede entender como una conducta de la madre donde no se expresan los afectos ni se contienen las emociones del niño. La indiferencia se puede asociar al rechazo de la madre en los momentos en que su hija necesitó cuidado y protección. La negligencia se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de las figuras parentales, dado que estos no atienden ni satisfacen las necesidades básicas en los aspectos psicológicos, físicos, sociales e intelectuales de los niños (Unicef, 2007). Un bajo cuidado por parte de la figura parental implica la ausencia de aspectos como la afectuosidad, la contención emocional, la empatía y la cercanía.

Todas las características antes descritas de las figuras parentales de las madres evaluadas, confirman que se ha instaurado un apego inseguro en ellas, dado que se encuentran ausentes los aspectos centrales que determinan la seguridad en el apego. Entre ellos se puede referir la sensibilidad y accesibilidad de las figuras parentales para responder adecuadamente a las necesidades de afecto, contención emocional, cuidado y protección del niño. Estos elementos son fundamentales para entregar a los hijos un fuerte sentimiento de seguridad y autonomía que lo anime a desenvolverse de manera activa, autónoma e independiente en el mundo, con la certeza de que podrá recurrir a sus figuras de apego cuando necesite sentirse querido, apoyado y protegido. Sobre todo cuando se encuentra atravesando

momentos difíciles. También se podría considerar los planteados por otros investigadores que este tipo de vínculo favorece reacciones depresivas, lo cual implicaría consecuencias en la relación con sus hijas.

Las experiencias de la hija con su madre se internalizan dando lugar a la construcción de modelos operativos internos, de sí misma y de los padres, que le permiten anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego. Integran experiencias pasadas y actuales en esquemas cognitivos y emocionales. Por otra parte, McCauley et al., (2001) plantean que junto al establecimiento de los modelos operantes internos en el proceso de vinculación, tiene lugar el desarrollo inicial de las habilidades de regulación emocional.

En ese sentido, es muy probable que la niña en su experiencia interpersonal con la madre haya desarrollado expectativas negativas hacia ella. Básicamente porque no fue capaz de brindar una experiencia subjetiva de seguridad, generando entre otros efectos, dificultades en la regulación de las emociones. La capacidad de los padres para regular las emociones en los hijos desde su nacimiento, resulta fundamental dado que los seres humanos nacen desprovistos de la capacidad de autorregular sus estados emocionales, por esto depende de sus cuidadores para ello.

Para Fonagy et al., (2004) la imagen del cuidador reflejando la experiencia interna del infante viene a organizar la experiencia emocional del niño llevándolo a experimentar el yo como agente regulador. La capacidad parental de reflejar las emociones es un instrumento que fomenta la capacidad para regular los afectos, a través de la creación de un segundo orden de orden de representaciones, que crean la base para la regulación de las emociones y el control de impulsos.

Estas representaciones en el niño que simbolizan la experiencia emocional le permiten la instauración de la capacidad de mentalizar, expresar y regular

adecuadamente sus emociones en un contexto interpersonal, donde es fundamental la regulación de las emociones negativas

Desde esta perspectiva, existiría una íntima relación entre el desarrollo del sí-mismo y la regulación emocional, los cuales estarían articulados por el proceso de mentalización que se construye en el contexto de las primeras relaciones de la infancia. Así, la capacidad de mentalizar o función reflexiva denota la comprensión de la conducta de uno mismo y de otros en términos de estados mentales.

Fonagy et al., (1991a) confirman que tanto madre como padres con alto nivel de capacidad reflexiva tienen 3 o 4 veces más posibilidades de tener hijos con apego seguro en comparación con los padres cuya capacidad reflexiva era pobre. De acuerdo a ello, las madres con apego inseguro tendrían un bajo nivel de capacidad reflexiva. Al considerar la transmisión intergeneracional, la persistencia y estabilidad de los patrones de apego, y la teoría de la función reflexiva transgeneracional, es posible hipotetizar que la madre en su experiencia interpersonal con su hija, estaría transmitiendo un estilo de apego inseguro, repitiendo un estilo vincular del tipo Control sin afecto, una capacidad reflexiva baja y en consecuencia, dificultades en la regulación de las emociones.

Anteriormente se expuso como diversos autores plantean que la regulación emocional tiene la función de organizar la experiencia afectiva y prevenir elevados niveles de emocionalidad negativa. En ese sentido, el desarrollo de una regulación emocional efectiva, habilidades de afrontamiento y un sentido positivo de sí mismo, va a depender de la conducta de las figuras de apego y en cómo éstas reaccionan y asisten al niño en el control de sus estados emocionales mediante la función de espejamiento, interacción social y los patrones de vinculación establecidos desde el nacimiento, durante la infancia y la adolescencia.

Del mismo modo, se ha establecido que la depresión implica una falla en la regulación emocional y que se asocia a dificultades en la regulación de las emociones negativas (Cole & Kaslow, 1988; Gross & Muñoz, 1995). Así los niños con síntomas depresivos usan estrategias de regulación emocional más desadaptativas, presentando escaso afrontamiento emocional al utilizar estrategias inefectivas, lo que implica la presencia de dificultades para terminar con los afectos negativos (Garber, Braafladt, & Weiss, 1995; Kobak & Ferenz-Gillies, 1995; Sheeber et al., 2000).

Por otra parte considerando el aspecto evolutivo, las hijas de las madres evaluadas se encuentran en una etapa transicional, donde se inician cambios maduracionales tanto físicos como psicológicos y tiene lugar el proceso de individuación y consolidación de la identidad. Sumado a esto se presentan estresores de la esfera familiar y social que son comunes a esta etapa requiriendo la utilización de los recursos psicológicos adquiridos desde el nacimiento a través de la experiencia intersubjetiva con sus figuras de apego.

En efecto, para McCauley et al., (2001), la resolución de los desafíos adolescentes se basa en conocimientos adquiridos a lo largo del proceso de desarrollo. De manera que los niños con cuestiones mal resueltas sobre apego o vínculo y escasas habilidades de regulación afectiva son altamente vulnerables frente a la multitud de retos adolescentes.

De esta manera, se ha establecido que si bien existen diferentes factores que facilitan el desarrollo de depresión en la transición infancia-adolescencia, es posible sugerir desde la perspectiva relacional, que los vínculos tempranos de las madres juegan un papel importante, en términos del tipo de vínculo que se transmite transgeneracionalmente y en cómo éste permiten o no el desarrollo de estrategias de regulación emocional, las cuales a su vez protegen o posibilitan el desarrollo de cuadros depresivos en la adolescencia.

En relación a los hallazgos obtenidos, es posible concluir que la presencia de un estilo vincular temprano materno Control sin afecto, en madres constituye un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos en sus hijas escolarizadas de entre 10 y 12 años.

Del mismo modo, desde la perspectiva dimensional del PBI, en términos de niveles de cuidado y sobreprotección, es posible concluir que las madres que tienen experiencias tempranas con sus figuras parentales, donde predomina una forma de vincularse con altos niveles de sobreprotección por parte de ambas figuras parentales, y un bajo cuidado por parte de la figura materna, podría constituir un factor de vulnerabilidad para la depresión en sus hijas en el rango etario antes mencionado.

Desde otra perspectiva, al convertir los vínculos del PBI a los estilos clásicos de apego (seguro, evitativo y ambivalente), tal como propone Parker (1989, ver p. 33), es posible determinar que en las madres evaluadas predomina el estilo de apego ambivalente, con un 70% respecto de la figura materna y un 64% para la figura paterna. De manera que es posible establecer que un vínculo ambivalente en las madres podría incidir en el desarrollo de síntomas depresivos en sus hijas de entre 10 y 12 años.

Considerando un punto de vista más amplio, en términos de apego seguro/inseguro, es importante subrayar que en la muestra de estudio los vínculos óptimos del PBI, equivalentes a un apego seguro (Ainsworth), no se presentaron en ninguna de las madres evaluadas. En ese sentido, es posible sugerir que la presencia de un apego inseguro en la madre, puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos en sus hijas de entre 10 y 12 años.

Con respecto a investigaciones similares no ha sido posible encontrar resultados que puedan ser contrastados con los del presente estudio, debido a que en general

los estudios sobre vínculo y psicopatología evalúan dichas variables en el mismo sujeto. En cambio, en el presente estudio se abordan las variables en la interrelación de la díada madre-hija.

Pese a lo anterior, es posible referir los estudios realizados por Egeland & Carlson, (2004), que confirman que el déficit en el apoyo emocional de la madre hacia el niño, es predictor de síntomas depresivos en sus hijos en la infancia y adolescencia; además, afirman que el apego inseguro predice significativamente la sintomatología depresiva en adolescentes. Este estudio concuerda de cierto modo con los hallazgos obtenidos, por cuanto el déficit de apoyo emocional estaría asociado al bajo cuidado (frialdad emotiva, negligencia e indiferencia).

En relación a la sobreprotección en los padres y la depresión en sus hijos, se pueden señalar algunas investigaciones. La tristeza en niños se ha asociado con el fomento de la dependencia observada en madres y otras conductas de control maternal (Inoff-Germain et al., 1988).

Un estudio de 186 niños que eran pacientes ambulatorios deprimidos se encontró que sus padres eran más sobreprotectores, que los padres de niños no deprimidos (Magnussen, 1991). Por otra parte, Burt, Cohen & Bjorck (1988) encontraron una asociación entre las percepciones de los adolescentes de un mayor control de los padres y los síntomas depresivos.

Otro estudio desarrollado en adultos, abordó la predicción de síntomas depresivos a partir de reportes de la relación vincular temprana. Al igual que en el presente estudio encuentran que la sobreimplicación materna, resulta ser un importante factor de riesgo psicológico en la etiología de la depresión (Kerver, Van Son & de Groot, 1992). La sobreimplicación materna, podría asimilarse a la intrusión y el control psicológico, dos aspectos de la dimensión Sobreprotección.

Por otra parte, existe evidencia de que la percepción de las madres como intrusivas, controladoras o sobreprotectoras se asocia con síntomas depresivos en estudiantes universitarios (López et al., 1989; Zemore & Rinholm, 1989).

Otros estudios que se pueden referir, también en adultos, abordaron el cuidado parental y las relaciones íntimas en mujeres deprimidas, encontrando que el desarrollo de la depresión en la adultez, correlaciona con experiencias tempranas de privación en las relaciones parentales tempranas. Las mujeres con depresión evaluaron a sus madres como bajas en cuidado y a uno o ambos padres como afectivamente fríos (Rodríguez et al., 1993). Esto se puede comparar a los resultados obtenidos, pues el vínculo Control sin afecto se caracteriza por bajos niveles de cuidado, y por lo tanto frialdad emotiva.

Por último, Wilhelm et., al (2005) con respecto al PBI señalan que bajos puntajes en la dimensión Cuidado y altos puntajes en la dimensión Sobreprotección son considerados factores de riesgo para la depresión. Los resultados del presente estudio coinciden, pero desde una perspectiva relacional al considerar el bajo Cuidado y la alta Sobreprotección presente en las madres evaluadas a través del PBI, como factor de riesgo para la depresión en sus hijas de entre 10 y 12 años.

Las líneas de investigación que se pueden sugerir dentro del tema en cuestión podrían focalizarse en abordar otros tipos de psicopatologías que constituyen un riesgo en la infancia y la adolescencia, como por ejemplo trastornos por comportamiento disruptivo, trastornos ansiosos, trastornos por abuso de sustancias, entre otros. Las hipótesis pueden ser similares a las de este estudio al considerar si existe un estilo vincular temprano en las madres de niños y/o adolescentes que presenten dichos trastornos. Por otra parte, sería de gran interés poder integrar a los padres. En ese sentido se pueden plantear hipótesis cómo “Existen estilos vinculares predominantes en las madres y padres de hijos que presentan síntomas depresivos”.

Las fortalezas del presente estudio radican en que los hallazgos confirman una vez más la importancia que tienen los vínculos tempranos en la formación y desarrollo psicológico sano no sólo del individuo en particular, sino del individuo en relación con otros, en especial en las relaciones madre-hijo donde la transmisión transgeneracional de los vínculos juegan un rol primordial.

En ese sentido, el aporte principal del presente estudio radica en que ha sido posible identificar un estilo vincular temprano en las madres, que puede estar involucrado en el desarrollo de síntomas depresivos en sus hijas en transición a la adolescencia.

Asimismo, el producto de la presente investigación revela la importancia de generar estrategias de intervención, en el marco de la teoría del apego, orientadas a reforzar los factores protectores que se relacionan con las formas de vincularse que tienen las madres con sus hijas, con el fin de contribuir a la disminución de la incidencia de depresión en mujeres adolescentes y adultas.

Otro punto importante tiene que ver con las estrategias terapéuticas que actualmente se utilizan en los casos de depresión en la infancia y adolescencia, dado que muchos de los enfoques clínicos de intervención se centran en el sujeto, pasando por alto que en muchos casos los trastornos depresivos son originados o se ven agravados por la relación vincular temprana con las figuras parentales.

Las potenciales limitaciones del estudio se podrían relacionar con el tamaño de la muestra, dado que un número mayor de sujetos participantes podrían haber generado una mayor representatividad. Se logró contar con un 48,4% de participación. Además, las madres que si accedieron a ser parte de la investigación mostraron un bajo compromiso con el resto de las actividades contempladas, como la participación en las charlas y la entrega de resultados de las evaluaciones. Pese a lo anterior, el presente estudio puede ser replicado para conocer, comparar los hallazgos obtenidos con el de otras poblaciones y seguir ampliando el conocimiento

respecto a este tema tan relevante para la población chilena, en especial para sus mujeres en desarrollo.

Los hallazgos de la presente investigación reflejan la necesidad de informar y promover políticas de salud públicas en torno a la importancia que tiene la formación de vínculos tempranos en el desarrollo del individuo, no solo en la infancia sino también en la adolescencia y con respecto al desarrollo de la salud mental. Dichas medidas deberían trascender el área de la salud y establecerse en políticas tanto sociales, como educacionales con el fin de que la población chilena conozca la importancia que reviste.

En ese sentido, constituiría un gran avance la implementación de políticas educacionales que permitan transmitir a los padres, alumnos y profesores los conocimientos que actualmente se han desarrollado sobre la importancia de establecer relaciones interpersonales saludables y en cómo estos constituyen un factor de protección frente a diversos trastornos mentales como la depresión. Éstas sin duda tendrán un impacto no sólo en la familia, sino también en la comunidad escolar.

En Chile desde el año 2009 se implementó el Programa Chile Crece Contigo, el cual integra a niños, niñas y a sus familias que ingresan al sistema de salud desde su primer control de gestación, hasta el ingreso al sistema escolar. Estas medidas tendrían un efecto a largo plazo en la salud de la población chilena. Sin embargo, este sistema deja fuera un número indeterminado, pero probablemente muy amplio de padres que necesitan apoyo para proveer una vinculación sana con sus hijos en etapas de la infancia tardía y la adolescencia, las cuales son de igual manera relevantes para el desarrollo posterior y muchas veces las más complicadas de superar. La intervención en estos casos podría generar efectos a corto plazo, sobre todo en relación a la prevención de trastornos mentales como la depresión.

En generaciones anteriores, generalmente era la madre quien asumía la mayor parte de los cuidados, dedicaba más tiempo a los hijos y tenía el privilegio de la tuición en caso de separación, hoy en día es posible advertir que esta situación ha cambiado. La legislación chilena ha avanzado al establecer la igualdad de padre y madre en el cuidado de los hijos, como una respuesta a los cambios en la estructura de la familia, pues en los últimos años han aumentado los hogares monoparentales (CASEN, 2011). En ese sentido, habría que pensar en políticas que integren a madres y padres a cargo de la crianza de sus hijos con esta complejidad, en proyectos que ayuden a estas familias en contextos no tradicionales. Por otra parte, no se puede dejar de lado la homoparentalidad, una realidad poco conocida que ha salido a la luz por demandas de igualdades de derecho y cambios socioculturales, que debe ser también considerada.

Probablemente los cambios producidos en función de incluir a ambas figuras de manera más activa en el desarrollo de los hijos, va a ser más beneficioso que cuando sólo uno de los padres se encarga por completo del cuidado del niño, pues otorga al niño la posibilidad de sentir mayor seguridad, confianza al tener la certeza de que pueda recurrir a ambos padres en situaciones adversas.

Por lo anterior, resulta fundamental crear conciencia en los padres de la necesidad de generar espacios que faciliten una vinculación estable y de calidad con los hijos. Esto permitirá a los padres conocer de mejor manera a sus hijos y por ende, podrán detectar las conductas de riesgo que son propias de la etapa adolescente, así como también percibir cambios en los estados anímicos que pueden ser síntomas de depresión. Del mismo modo, entregarán a sus hijos la certeza de que ambos padres estarán ahí cuando los necesiten, brindando al mismo tiempo una base segura que garantizará un adecuado desarrollo psicológico y protección frente a los trastornos mentales.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M., Blehar, M, Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albala, J. & Sepúlveda, P. (1997). Adaptación del cuestionario Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker, Tupling y Brown, para la población consultante mayor de dieciséis años del gran Santiago. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad Central, Santiago de Chile.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Madrid: Panamericana.
- Bartholomew, K. & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? En J. Simpson & W. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 25-45). New York: Guilford Press.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Gedisa. Barcelona.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Benoit, D. & Parker, K. (1994). Stability and transmission of adult attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1457.
- Blos, P. (1981). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowlby, J. (1985). *El apego y la pérdida*. Vol. 3. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1987). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Vol. 1. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2009). *El apego y la pérdida. La separación*. Vol. 2. Barcelona: Paidós.

- Brent, D. & Weersing, V. (2008). Depressive disorders in childhood and adolescence. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5ª ed), (pp. 587-612). Oxford: Blackwell Publishing Science.
- Bretherton, I. & Munholland, K. (1999). Internal working model in attachment relationships: a constructed revisited. En J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*, (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Burt, C., Cohen, L. & Bjorck, J. (1988). Perceived family environment as a moderator of Young adolescent life stress adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 16, 101-122.
- Cáceres, C. & Collado, R. (1994). Estandarización del cuestionario de depresión infantil (CDI), versión adaptada de Coggiola y Guillon, a la población escolar de ambos sexos, de 8 a 14 años del Gran Santiago. Tesis para optar al Título de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales. Chile.
- Crittenden, P.M. (1985). Social networks, quality of parenting, and child development. *Child Development*, 56, 1299-1313.
- Crittenden, P. (1995). Attachment and psychopathology. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*. (pp.367-406). New York: The Analytic Press.
- Dávila, M., Ormeño, V. & Vera, V. (1998). Estandarización del PBI (Parental Bonding Instrument), versión adaptada, a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. Tesis para optar al Título de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales. Chile.
- Del Barrio, V. (1997). Depresión infantil. Barcelona: Ariel.
- Egeland, B. & Carlson, E. (2004). Attachment and psychopathology. En: Atkinson, L. & Goldberg, S. (Eds), *Attachment issues in psychopathology and intervention*. (pp. 27-48). Londres: Lawrence Erlbaum Associated, Publishers.

- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991b). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P, Steele, M, Moran, G, Steele, H y Higgit, A (1993). Measuring the ghost in the nursery: an empirical study of the relation between parent's mental representations of childhood experiences and their Infant's security of attachment". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(4), 957-989.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: the predictive specificity of the adult attachment. Interview and pathological emotional development. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.) *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*. (pp.233-278). New York: The Analytic Press.
- Fonagy, P. (2001) El uso de múltiples métodos para hacer al psicoanálisis relevante para el nuevo milenio. En R. Bernardi y otros (Eds.), *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*. (pp.146-176). Montevideo: Psicolibros, Librería Editorial.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). Affect regulation, mentalization and development of the self. London: Karnac.
- García R. (2012). Trastornos del estado del ánimo. En C. Almonte & M. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. (pp. 478-492). Santiago: Mediterráneo.
- Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B., Armijo, I., Guzmán, M., Fuentes, M. & Lizano, M. (2013). Cuestionario de evaluación de apego en el adulto camir (cartes, modèles individuels de relation): normas para aplicar, tabular e interpretar. Talca: Ediciones Universidad Católica del Maule.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). Adult attachment interview. Manuscrito no publicado. Universidad de California en Berkeley.

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1986). The Adult Attachment Interview. Manuscrito no publicado, University of California at Berkeley.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Hurlock, E. (1987). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Jiménez, M., (1997). Psicopatología infantil. Málaga: Aljibe.
- Lecannelier, F. (2009). Seminario Intersubjetividad. Universidad del Desarrollo.
- Lopez, F., Campbell, V. & Watkins, C. (1989). Constructions of current family functioning among depressed and nondepressed college students. *Journal of College Student Development*, 30, 221–8.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Zoll, D., & Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23, 223-232.
- Lyons- Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment desorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. (pp. 520-554). New York: Guildford Press.
- Magnussen, M. (1991). Characteristics of depressed and non-depressed children and their parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 21, 185–91.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. (pp. 66-106). Chicago: University of Chicago press.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M.

Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years: theory, research and intervention*. (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

- Main, M. (1999): "Mary D. Salter Ainsworth: Tribute and Portrait". *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4): 682- 730.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible and inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1127.
- Marrone, M. (2001). La teoría del apego: un enfoque actual. Madrid: Psimática.
- McCauley, E. & Myers, K. (1992). The longitudinal clinical course of depression in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 183–96.
- McCauley, E., Pavlidis, K., & Kendall, K. (2001). Developmental precursors of depression: the child and the social environment. En I. Goodyer (Ed.), *The Depressed Child and Adolescent*. (2ª ed.). (pp. 46-78). Cambridge: Cambridge University Press.
- Milicic, N., Mena, M., López, V., & Justiniano, B. (2008). Clínica escolar. Dificultades psicológicas escolares, prevención y atención en redes. Santiago: Ediciones UC.
- Molina, M., Tomàs, J., Sabaté, N. & Baeza, E. (2001). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. En J. Pedreira & J. Tomàs (Eds.), *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*. (pp. 167-186). Barcelona: Laertes.
- Montenegro, H. (1993). Depresión en la infancia y en la adolescencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 31, 13-23.
- National Center for Clinical Infant Programs (1998). Clasificación diagnóstica: 0-3. Buenos Aires: Paidós.

- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. (9ª ed.). Ciudad de México: McGraw – Hill Interamericana.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. (11ª ed.). Ciudad de México: McGraw - Hill Interamericana.
- Pedreira, J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. En J. Pedreira & J. Tomàs (Eds.), *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*, (pp. 11-101). Barcelona: Laertes.
- Puig-Antich, J. Kauffman, J. & Ryan, N. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 244–54.
- Sroufe, A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-119.
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and infants: evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development*. 67, 541-555.
- Tapia, C. (2016). Comunicación personal.
- Van Ijzendoor, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 177, 387-403.
- Winnicott, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.
- Zemore, R. & Rinholm, J. (1989). Vulnerability to depression as a function of parental rejection and control. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 364–76.

X. REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Aberastury, A. (1969). El adolescente y la libertad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, XI, 2. 1-15. Recuperado el 15 de agosto de 2016 de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/168872471969110202.pdf>
- Ainsworth, M. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. Recuperado el 17 de octubre de 2016 de <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Allen, J., Hauser, S., Eickholt, C., Bell, K. & O'Connor, T. (1994). Autonomy and relatedness in family interactions as predictors of expressions of negative adolescent affect. *Journal of Research on Adolescence*, 4,4, 535-552.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296–3319. Recuperado el 27 de septiembre de 2016 de http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2012_Soenensetal_JoA.pdf
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. *The International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19-43. Recuperado el 28 de septiembre de 2016 de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1945-00751-001>
- Bretherton, I. (1985). Internal working models of attachment relationships as related to resilient coping. En G. Noam & K. Fisher (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships*. (pp. 3-27). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Recuperado el 20 de agosto de 2016 de https://www.researchgate.net/profile/Inge_Bretherton/publication/245549122_Attachment_theory_Retrospect_and_prospect/links/555f325908ae9963a11743de.pdf
- Capella, C. & Mendoza, M. (2011). Regulación emocional en niños y adolescentes: artículo de revisión. Nociones evolutivas y clínica psicopatológica. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia*

- y *Adolescencia*, 22(2), 155-168. Recuperado el 26 de septiembre de 2016 de <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202011-2.pdf>
- CASEN (2011). *Mujer y familia*. Gobierno de Chile. Recuperado el 20 de octubre de 2016 de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_Mujer_y_Familia.pdf
 - Cole, P. & Kaslow, N. (1988). Interactional and cognitive strategies for affect regulation: developmental perspective on childhood depression. En L. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression*. (pp. 310-343). New York: The Guilford Press. Recuperado el 25 de septiembre de 2016 de https://www.researchgate.net/publication/232418529_Interactional_and_cognitive_strategies_for_affect_regulation_Developmental_perspective_on_childhood_depression
 - Cornejo, J., Peláez, F., Escobar, M., & Delgado, J., Montero, T., Dinamarca, S., & Hernández, C. (2006). Prevalencia de depresión en escolares de enseñanza básica de Santiago. Un estudio Comparativo. *Revista de Pediatría Electrónica*. 4(3). Recuperado el 18 de febrero de 2015 de <http://www.revistapediatria.cl/vol4num3/resumen.html>
 - Flett, G., Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*, 121, 395-416. Recuperado el 25 de agosto de <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.395>
 - Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales en el apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas*, 3. Recuperado el 04 de marzo de 2015 de <http://www.aperturas.org/>
 - Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146. Recuperado el 09 de abril de 2015 de <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/Attachment%20and%20Borderline%20Personality%20Disorder.pdf>

- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M. & Higgitt, A. (1991a). The capacity to understanding mental states: the reflective self in parent and child and the significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217. Recuperado el 20 de octubre de 2016 de <http://www.mentalizacion.com.ar/images/notas/The%20capacity%20for%20understandig%20mental%20states.pdf>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994). The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psiquiatry and Allied Disciplines*, 35, 231-257. Recuperado el 20 de octubre de 2016 de https://www.researchgate.net/profile/H_Steele/publication/288526775_The_theory_and_practice_of_resilience/links/56983cf008aea2d74375f0ad.pdf
- Garber, J., Braafladt, N., & Weiss, B. (1995). Affect regulation in depressed and nondepressed children and young adolescents. *Development and Psychopathology*, 7, 93-115. Recuperado del 15 de septiembre de 2016 de <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400006362>
- García, M. & Ibáñez, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia psicológica*. Vol. 25. Nº 2. 123-134. Recuperado el 30 de marzo de 2015 de <http://www.scielo.cl/>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). The Adult Attachment Interview. Manuscrito no publicado, University of California at Berkeley. Recuperado el 30 de marzo de 2016 de http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf
- González, R., Ysern, L., Martorell, C., Matéu, C. & Barreto, P. (2011). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *La Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. Vol 1, Nº 29. Recuperado el 30 de marzo de 2015 de <Http://mentalizacion.com.ar/>

- Gross, J. & Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164. Recuperado el 20 de septiembre de 2016 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x/full>
- Guzmán, C. &, Medina, C. (2007). Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): propiedades psicométricas de su versión en Chile. *Interamerican Journal Psychology*, 41(3). Recuperado el 15 de abril de 2015 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000300001
- Kerver, M. J., van Son, M. J. M. & Groot, P. A. d. (1992), Predicting symptoms of depression from reports of early parenting: a one-year prospective study in a community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 267–272. Recuperado el 28 de marzo de 2015 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.16000447.1992.tb03265.x/abstract>
- Kobak, R., Sudler, N. & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: a developmental pathways analysis. *Development Psychopathology*, 3, 461-474. Recuperado el 28 de enero de 2016 de <http://dx.doi.org/10.1017/S095457940000763X>
- Kobak, R. & Ferenz-Gillies, R. (1995). Emotion regulation and depressive symptoms during adolescence: a functionalist perspective. *Development and Psychopathology*, 7(1), 183-192. Recuperado el 14 de septiembre de 2016 de <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400006416>
- Lyons-Ruth, K. (2004). La disociación y el diálogo infanto-parental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre el apego. *Aperturas psicoanalíticas*, 19. Recuperado el 11 de mayo de 2015 de <http://www.aperturas.org>
- Lyons-Ruth, K. (2008). La interfaz entre el apego y la intersubjetividad: perspectiva desde el estudio longitudinal del apego desorganizado.

Aperturas Psicoanalíticas, 29. Recuperado el 26 de marzo de 2016 de <http://www.aperturas.org>

- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. (pp.161-184). Chicago: University of Chicago Press. Recuperado el 22 de octubre de 2016 de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-98514-005>
- Natera, G. & González-Forteza, C. (2012). Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Salud Mental*, 35(1), 1-2. Recuperado el 16 de octubre de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290001>
- OMS (2009). Resumen analítico. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana. Recuperado el 18 de febrero de 2015 de www.who.int/es/
- OMS (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Informe de la Secretaría. Recuperado el 18 de febrero de 2015 de www.who.int/es/
- Paolini, E. (2005). Depresión síntoma versus depresión síndrome en el niño y el adolescente. *Clínica y Análisis Grupal*, 94(27), 1, 55-63. Recuperado el 20 de mayo de 2016 de <http://eduardopaolini.com/sites/eduardopaolini.com/files/docs/depresion%20sindrome%20vs%20sintoma.doc>
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (1991). Parent's emotional neglect and overprotection according to the recollection of patients with borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*, 148(5), 648-651. Recuperado el 21 de junio de 2016 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2018169>

- Parker, G., Tuplin, H., & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10. Recuperado el 14 de abril de 2015 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x/full>
- San Miguel, M. (2008). Regulación emocional, mentalización y constitución del sí-mismo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 29. Recuperado el 04 de abril de 2016 de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000550>
- Sheeber, L., Allen, N., Davis, B. & Sorensen, E. (2000). Regulation of negative affect during mother-child problema-solving interactions: adolescent depressive status and family processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(5), 467-469. Recuperado el 13 de septiembre de 2016 de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1005135706799>
- Toth, S. & Cicchetti, D. (1996). Patterns of relatedness, depressive symptomatology, and perceived competence in maltreated children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 32-41. Recuperado el 20 de febrero de 2016 de <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.32>
- Unicef (2007). El maltrato deja huella. Manual para la detección y orientación de la violencia intrafamiliar. Recuperado el 29 de septiembre de 2016 de http://www.unicef.cl/archivos_documento/208/UNICEF%20completo.pdf
- Urizar, M. (2012). Vínculo afectivo y sus trastornos. CSMIJ Galdakao. Recuperado el 10 de octubre de 2016 de <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>
- Vicente, B., Saldivia, S., De La Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457. <http://www.scielo.cl/>
- Wilhelm, K. Niven, H. Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of parental bonding instrumento ver a 20-year period. *Psychol Med*, 35(3), 387-93. Recuperado el 28 de mayo de 2016 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15841874>

XI. ANEXOS

A. Resultados de los instrumentos aplicados: díada madre/hija; curso; edad hijas; puntajes obtenidos de la hijas en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y resultados del Parental Bonding Instrument (PBI) administrado a las madres de acuerdo al VTM y VTP.

Identificador	Curso	Edad hijas	Ptje. CDI	Resultados Vínculos PBI	
				Vínculo Temprano Materno (VTM)	Vínculo Temprano Paterno (VTP)
A1	5ºA	10 A, 3M	20	PROMEDIO	PROMEDIO
A2	5ºA	10A, 4M	24	AUSENTE	AUSENTE
A3	5ºA	10A, 8M	19	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA	CONTROL SIN AFECTO
A4	5ºA	10A, 10M	27	CONTROL SIN AFECTO	CONTROL SIN AFECTO
A5	5ºA	11A, 3M	24	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA	PROMEDIO
A6	5ºA	11A, 4 M	30	PROMEDIO	PROMEDIO
A7	5ºA	11A, 5M	23	PROMEDIO	CONTROL SIN AFECTO
A8	5ºA	12A, 1M	27	CONTROL SIN AFECTO	CONTROL SIN AFECTO
A9	5ºB	12A, 3M	24	CONTROL SIN AFECTO	CONTROL SIN AFECTO
A10	5ºB	10A, 4M	31	CONTROL SIN AFECTO	CONTROL SIN AFECTO
A11	5ºB	10A, 8M	20	PROMEDIO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A12	5ºB	10A, 11M	25	PROMEDIO	AUSENTE
A13	5ºB	11A, 0M	18	CONTROL SIN AFECTO	CONTROL SIN AFECTO
A14	5ºB	11A, 1M	32	CONTROL SIN AFECTO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A15	5ºB	11A, 2M	29	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA	CONTROL SIN AFECTO
A16	5ºB	11A, 2M	21	CONTROL SIN AFECTO	CONTROL SIN AFECTO
A17	5ºB	11A, 2M	33	CONTROL SIN AFECTO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A18	5ºB	11A, 3M	24	PROMEDIO	PROMEDIO
A19	6ºA	11A, 3M	27	CONTROL SIN AFECTO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A20	6ºA	12A, 8M	26	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA	PROMEDIO
A21	6ºA	11A, 6M	25	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA	CONTROL SIN AFECTO
A22	6ºA	11A, 8M	27	CONTROL SIN AFECTO	AUSENTE
A23	6ºA	11A, 10M	29	CONTROL SIN AFECTO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A24	6ºB	12A, 3M	29	PROMEDIO	PROMEDIO
A25	6ºB	11A, 2M	18	CONTROL SIN AFECTO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A26	6ºB	11A, 11M	30	PROMEDIO	PROMEDIO
A27	7ºA	12A, 4M	24	AUSENTE	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A28	7ºA	12A, 6M	19	CONTROL SIN AFECTO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A29	7ºA	12A, 8M	32	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA	PROMEDIO
A30	7ºA	12A, 9M	18	CONTROL SIN AFECTO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA
A31	7ºA	12A, 11M	36	CONTROL SIN AFECTO	PROMEDIO
A32	7ºB	12A, 4M	27	CONTROL SIN AFECTO	CONTROL SIN AFECTO
A33	7ºB	12 A, 9M	30	CONTROL SIN AFECTO	CONSTRICCIÓN CARIÑOSA

B. Caracterización de la muestra de madres: Edad, ocupación, nivel educacional.

1. Frecuencia de las edades de las madres que conformaron la muestra.

Edad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
28	1	3
29	1	3
31	3	9,1
32	1	3
33	1	3
34	2	6,1
35	1	3
36	3	9,1
38	3	9,1
39	1	3
42	3	9,1
43	2	6,1
44	1	3
45	2	6,1
47	3	9,1
50	2	6,1
51	1	3
54	1	3
55	1	3
Total	33	100

2. Valores mínimo, máximo y media de las edades de las madres que conformaron la muestra.

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad de la madre	33	28	55	40

3. Nivel Educativo de la muestra de madres.

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Básica incompleta	1	3
Básica completa	4	12,1
Media incompleta	11	33,3
Media completa	9	27,3
Técnico profesional completa	7	21,2
Universitaria incompleta	1	3
Total	33	100

4. Ocupación de la muestra de madres.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajadora	19	57,6
Dueña de casa	13	39,4
Estudiante	1	3
Total	33	100

C. Parental Bonding Instrument (PBI)

PARENTAL BONDING INSTRUMENT

IDENTIFICACION PERSONAL

Nombre: _____

Madre y/o apoderado de la alumna: _____

del curso: _____ Número de teléfono y/o celular: _____

1. Edad:

2. Sexo: Femenino Masculino

A continuación le serán presentadas dos tablas acerca de la educación y ocupación del jefe de hogar. Para ambas categorías usted deberá ubicarse como jefe de hogar si es quien recibe los ingresos y tiene a cargo a su familia. Si usted no es el jefe de hogar, tendrá que ubicar a éste en la columna que corresponda y luego ubicarse a usted en la categoría que lo represente.

A continuación ponga una "X" en el casillero que corresponda.

Educación	Jefe de Hogar	Usted
Sin educación		
1° - 4° Básico		
5° - 6° Básico		
7° - 8° Básico		
Educación Media incompleta		
Educación Media Técnica profesional, comercial incompleta		
Educación Media completa		
Educación Técnica profesional, comercial completa		
Educación Universitaria incompleta		
Educación Universitaria completa		
Estudios de Postgrado		

Ocupación	Jefe de Hogar	Usted
Cesante		
Dueña de Casa		
Obrero no especializado		
Obrero especializado o Suboficial de la FF.AA.		
Trabajador independiente		
Empleado público o particular de escalafón bajo		
Pequeño empresario o comerciante		
Profesional universitario sin cargo directivo		
Oficiales de las FF.AA.		
Mediano empresario o directivo medio		
Profesional Universitario independiente		
Coroneles y Generales de las FF.AA.		
Grandes empresarios o directivos de alto nivel		

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda Usted a su **Madre** en su infancia (hasta sus 16 años).

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 en 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**

		Desacuerdo		Acuerdo	
		1	2	3	4
1.	Me hablaba con voz amistosa y cálida.				
2.	No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.				
3.	Evitaba que yo saliera solo (a).				
4.	Parecía emocionalmente fría hacia mí.				
5.	Parecía entender mis problemas y 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 conmigo.				
12.	Me sonreía frecuentemente.				
13.	Me regalaba.				
14.	No parecía entender lo que yo quería o necesitaba.				
15.	Me permitía decidir las cosas por mí mismo (a).				
16.	Me hacía sentir que no era deseado (a).				
17.	Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto (a) o perturbado (a).				
18.	No conversaba mucho conmigo.				
19.	Trataba de hacerme dependiente de ella.				
20.	Sentía que no podía cuidar de mí mismo (a), 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.				

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda Usted a su **Padre** en su infancia (hasta sus 16 años).

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 en 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 **Padre**

		Desacuerdo		Acuerdo	
		1	2	3	4
1.	Me hablaba con voz amistosa y cálida.				
2.	No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.				
3.	Evitaba que yo saliera solo (a).				
4.	Parecía emocionalmente frío hacia mí.				
5.	Parecía entender mis problemas y preocupaciones.				
6.	Era afectuoso 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 conmigo.				
12.	Me sonreía frecuentemente.				
13.	Me regalaba.				
14.	No parecía entender lo que yo quería o necesitaba.				
15.	Me permitía decidir las cosas por mí mismo (a).				
16.	Me hacía sentir que no era deseado (a).				
17.	Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto (a) o perturbado (a).				
18.	No conversaba mucho conmigo.				
19.	Trataba de hacerme dependiente de él.				
20.	Sentía que no podía cuidar de mí mismo (a), a menos que él estuviera cerca.				
21.	Me daba toda la libertad que yo quería.				
22.	Me dejaba salir lo que yo quería.				
23.	Era sobreprotector conmigo.				
24.	No me elogiaba.				
25.	Me permitía vestirme como se me antojara.				

D. Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

C.D.I.

NOMBRE:

CURSO: FECHA:

FECHA DE NACIMIENTO:

ALGUNAS VECES LOS NIÑOS TIENEN DIFERENTES SENTIMIENTOS E IDEAS.
ESTE CUESTIONARIO CONSISTE EN UNA LISTA DE SENTIMIENTOS E IDEAS.
DE CADA GRUPO ELIGE UNA FRASE QUE TE DESCRIBA MEJOR EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

DESPUES DE ELEGIR UNA FRASE DEL PRIMER GRUPO, PASA AL SIGUIENTE GRUPO.
NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS. SIMPLEMENTE ELIGE LA FRASE QUE DESCRIBA MEJOR COMO TE HAS SENTIDO LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.
PON UNA CRUZ (+) EN EL CASILLERO FRENTE A TU RESPUESTA.

AQUÍ HAY UN EJEMPLO PARA QUE APRENDAS COMO SE CONTESTA:
PON UNA CRUZ EN EL CASILLERO FRENTE A LA FRASE QUE MEJOR TE DESCRIBE.
EJEMPLO:

- LEO LIBROS TODO EL TIEMPO
- LEO LIBROS DE VEZ EN CUANDO
- NUNCA LEO LIBROS

RECUERDA, ELIGE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA TUS SENTIMIENTOS E IDEAS DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

1. ESTOY TRISTE DE VEZ EN CUANDO
- ESTOY TRISTE MUCHAS VECES
- ESTOY TRISTE SIEMPRE

2. NUNCA ME SALDRA NADA BIEN
 NO ESTOY SEGURO SI LAS COSAS ME SALDRÁN BIEN
 CREO QUE LAS COSAS ME SALDRÁN BIEN

3. HAGO BIEN LA MAYORÍA DE LAS COSAS
 HAGO MAL MUCHAS COSAS
 TODO LO HAGO MAL

4. ME DIVIERTEN MUCHAS COSAS
 ME DIVIERTEN ALGUNAS COSAS
 NADA ME DIVIERTE

5. SOY MALO SIEMPRE
 SOY MALO MUCHAS VECES
 SOY MALO ALGUNAS VECES

6. A VECES PIENSO QUE ME PUEDEN PASAR COSAS MALAS
 ME PREOCUPA QUE ME PASEN COSAS MALAS
 ESTOY SEGURA QUE ME VAN A PASAR COSAS TERRIBLES

7. ME ODIO
 NO ME GUSTA COMO SOY
 ME GUSTA COMO SOY

8. TODAS LAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
 MUCHAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
 NO TENGO LA CULPA QUE PASEN COSAS MALAS

9. NO PIENSO EN MATARME
 PIENSO EN MATARME PERO NO LO HARÍA
 QUIERO MATARME

10. TENGO GANAS DE LLORAR TODOS LOS DIAS
 TENGO GANAS DE LLORAR MUCHOS DIAS
 TENGO GANAS DE LLORAR DE VEZ EN CUANDO

11. SIEMPRE ESTOY PREOCUPADO
 MUCHAS VECES ESTOY PREOCUPADO
 RARA VEZ ESTOY PREOCUPADO
12. ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE
 MUCHAS VECES NO ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE
 NO QUIERO EN ABSOLUTO ESTAR CON LA GENTE
13. NO PUEDO DECIDIRME
 ME CUESTA DECIDIRME
 ME DECIDO FACILMENTE
14. ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA
 HAY COSAS DE MI APARIENCIA FISICA QUE NO ME GUSTAN
 ME DESAGRADA MI APARIENCIA FISICA
15. SIEMPRE ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
 MUCHAS VECES ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
 NO ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
16. TODAS LAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
 MUCHAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
 DUERMO MUY BIEN
17. DE VEZ EN CUANDO ME SIENTO CANSADO
 MUCHAS VECES ME SIENTO CANSADO
 TODO EL TIEMPO ME SIENTO CANSADO
18. NO ME SIENTO SOLO
 MUCHAS VECES ME SIENTO SOLO
 SIEMPRE ME SIENTO SOLO
19. NUNCA ME DIVIERTO EN EL COLEGIO
 ME DIVIERTO EN EL COLEGIO SOLO DE VEZ EN CUANDO
 ME DIVIERTO EN EL COLEGIO MUCHAS VECES

20. TENGO MUCHOS AMIGOS
 TENGO ALGUNOS AMIGOS PERO ME GUSTARÍA TENER MÁS
 NO TENGO AMIGOS
21. ME VA BIEN EN EL COLEGIO
 NO ME VA TAN BIEN EN EL COLEGIO COMO ANTES
 ME VA MUY MAL EN RAMOS QUE ANTES ME IBA BIEN
22. NUNCA HAGO LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS NIÑOS
 SI QUIERO PUEDO HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS
 HAGO LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS NIÑOS
23. NADIE ME QUIERE
 NO SE SI ALGUIEN ME QUIERE
 ESTOY SEGURO QUE ALGUIEN ME QUIERE
24. ME LLEVO BIEN CON LA GENTE
 ME PELEO MUCHAS VECES
 ME PELEO SIEMPRE
25. CASI TODAS LAS NOCHES TENGO PESADILLAS
 A VECES TENGO PESADILLAS
 CASI NUNCA TENGO PESADILLAS
26. NO ME GUSTA JUGAR
 A VECES ME GUSTA JUGAR
 ME GUSTA JUGAR SIEMPRE
27. GENERALMENTE ME SIENTO FELIZ
 SOLO ALGUNAS VECES ME SIENTO FELIZ
 NUNCA ME SIENTO FELIZ

E. Consentimiento informado de participación

Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación “Lazos parentales en madres y síntomas depresivos en sus hijas”.

Estimada Mamá:

Mediante la presente, se solicita su autorización para su participación y la de su hija en el Proyecto de investigación llamado “**Lazos parentales en madres y síntomas depresivos sus hijas**” a cargo de la tesista Tamara Loyola de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, bajo el patrocinio de la Profesora Carmen Tapia.

Es pertinente su participación y la de su hija en el estudio, por lo que mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

Su colaboración en la presente investigación, consistirá en la aplicación del Test de Lazos Parentales, con el fin de conocer la relación que Ud. tuvo con sus padres en la infancia y adolescencia. Para la administración de dichos procedimientos NO es necesario que Ud. cuente con preparación previa. El único requisito es responder con honestidad. Este procedimiento será ejecutado en la Escuela y dura 15 minutos aproximados.

La colaboración de su hija/pupila en esta investigación, consistirá en contestar por escrito un cuestionario que evalúa la presencia de síntomas depresivos. Este se realizará en forma colectiva y tiene como duración aproximada 45 minutos. La aplicación del cuestionario no requiere que el estudiante se prepare previamente, por lo que se realizará en el establecimiento educacional durante la clase de orientación. Los resultados del cuestionario NO CONSTITUYEN UN DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN.

El acto de autorizar su participación y la de su hija/pupila en la investigación es **absolutamente libre y voluntario**. Todos los datos que se recojan, serán estrictamente **anónimos y de carácter privado**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. Las madres participantes tendrán la instancia para conocer los resultados de las pruebas realizadas, los cuales serán entregados de manera personal y confidencial por la alumna tesista Tamara Loyola en las dependencias de la Escuela en una entrevista breve.

En agradecimiento a su participación se realizará una charla dirigida a las alumnas y las madres y/o apoderados sobre el tema de la investigación con fecha a determinar en la Escuela Ramón Barros Luco.

Cabe señalar que la investigadora responsable del proyecto asegura la **total cobertura de costos** del estudio, por lo que la participación de su hija/pupila y la suya, no

significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico**.

Es importante señalar que la participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para su hija, ni para Usted.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre la participación de su hija en éste, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente puede retirarse de la investigación, sin que esto represente perjuicio.

Agradecemos su participación.

**Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación
“Lazos parentales en madres y síntomas depresivos en sus hijas”.**

Fecha _____

Yo _____,

madre de la alumna _____ del curso _____, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente mi participación y la de mi hija/pupila en el Proyecto de Investigación **“Lazos parentales en madres y síntomas depresivos sus hijas”** a cargo de la tesista Tamara Loyola de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, bajo el patrocinio de la Profesora Carmen Tapia.

He sido informada de los alcances y características de mi participación y la de mi hija/pupila. Reconozco que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima.

He sido informada de que se puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que es posible el retiro del mismo cuando así se desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Para esto, puedo contactar a la tesista responsables del proyecto Tamara Loyola al correo tesis.lazospd@gmail.com o al teléfono +56 9 52346100, o a la profesora Carmen tapia al teléfono +56 9 87676452 o al correo tapia.cs@gmail.com.

Nombre de
la madre

Firma