

Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas

Attachment and Socio-Emotional Adjustment: A Study in First Pregnant Women

Chamarrita Farkas, María Pía Santelices, Marcela Aracena y José Pinedo
Pontificia Universidad Católica de Chile

Este artículo se centra en el estudio del apego adulto y su relación con el ajuste socioemocional durante el primer embarazo. Se utiliza una investigación descriptiva correlacional de carácter transversal. La muestra se compone de 139 embarazadas primigestas de 19 a 40 años y nivel socio-económico medio, medio bajo y bajo. El estilo de apego fue evaluado con el Cuestionario de Apego en Adultos, CaMir, y el ajuste socioemocional con el Cuestionario de Salud Mental, OQ-45.2. Se realizan análisis descriptivos de la muestra y correlaciones entre estilos de apego y las dimensiones del Cuestionario de Ajuste Socioemocional con el Coeficiente Producto Momento de Pearson. Los resultados muestran una relación significativa entre los estilos de apego y los indicadores de ajuste.

Palabras Clave: *apego adulto, ajuste socioemocional, embarazadas primigestas.*

This article focuses on the study of adult attachment and its relationship with socio-emotional adjustment during the first pregnancy. A correlational descriptive study using a cross-sectional design was conducted. The sample included 139 primipara females between 19 and 40 years of age, from medium, medium-low and low socioeconomic status. The attachment style was evaluated using the Attachment Questionnaire for Adults, CaMir, and the socio-emotional adjustment with the Mental Health Questionnaire, OQ-45.2. Descriptive analyses of the sample were conducted, and the bivariate correlations between attachment styles and adjustment was estimated. The results show a significant relation between attachment styles and adjustment indexes.

Keywords: *adult attachment, socio-emotional adjustment, first pregnancy.*

En el último tiempo la teoría del apego ha cobrado gran vigencia en la Psicología. Esta constituye una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional de las personas, postulando una necesidad universal para formar vínculos afectivos estrechos (Ainsworth, 1969; Sroufe, 2000). La evidencia científica ha mostrado que el apego desarrollado en la temprana infancia repercute en la forma de establecer vínculos con las demás personas en la edad adulta, influyendo en las futuras relaciones interpersonales significativas así como en

su bienestar o ajuste socioemocional (Bowlby, 1969, 1979; Fonagy, 1999a; Sroufe, 2000). Asimismo, se ha encontrado que los patrones de apego temprano tienden a mantenerse estables a través del tiempo y que este patrón podría repetirse en el estilo de apego del futuro hijo(a), lo cual se ha denominado transmisión intergeneracional del apego (Fonagy, 1999b).

Breve Revisión del Concepto de Apego

Los primeros escritos en apego se encuentran en el trabajo desarrollado por el psicoanalista inglés John Bowlby a fines de la década de los 60. Bowlby (1995) define el apego como:

“Cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con el otro individuo claramente identificado al que se considera más capacitado para enfrentar al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados”. (p. 40)

A partir de sus escritos se formula la teoría del apego, la cual apunta a describir y conceptualizar

Chamarrita Farkas, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

María Pía Santelices, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Marcela Aracena, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

José Pinedo, Programa de Magister en Psicología, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Chamarrita Farkas, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile. E-mail: chfarkas@uc.cl

La elaboración de este artículo contó con el financiamiento otorgado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, FONDECYT N° 1040760.

la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos o vínculos, especialmente entre las madres o cuidadores, y sus niños(as) (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969, 1979, 1980, 1993, 1995). Esta búsqueda de vinculación es entendida como una necesidad universal y primaria de los seres humanos, una urgencia biológica. La calidad de estos vínculos permitirá tanto el desarrollo socioemocional como mental de los niños(as), encontrando sus raíces primordialmente en la infancia temprana (Sroufe, 2000). En momentos de ansiedad, temor o estrés, el ser humano recurre a su figura de apego para calmarse o apaciguarse. De este modo, varios autores coinciden en que el apego es una conducta surgida en el curso de la evolución de la especie, y que tiene un innegable valor de supervivencia, en términos darwinianos (Bowlby, 1969; Garelli & Montuori, 1998; Sroufe, 2000).

Los patrones de apego se desarrollan en la temprana infancia y están directamente relacionados con la historia de interacciones entre el bebé y sus cuidadores, en cuanto a la satisfacción o no de los requerimientos del bebé de cercanía, acogida y protección frente al temor, dolor y fatiga, entre otros (Bowlby, 1969, 1979, 1980). Estos patrones son categorizados en términos de apego seguro, apego inseguro ansioso-ambivalente y apego inseguro evitativo (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), añadiéndose posteriormente el apego desorganizado (Main & Solomon, 1986).

Los lazos formados en la niñez pueden persistir en forma de *modelos* en el mundo representacional del adulto. Estos modelos se comienzan a formar en los primeros meses de vida y son enriquecidos, reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital. A estos modelos Bowlby los denominó *internal working models* (Bowlby, 1995), o modelos operativos internos.

Modelos Operativos Internos en el Adulto

Los modelos operativos internos (MOI) son definidos como una representación mental del sí-mismo, así como una representación del sí-mismo interactuando con una figura de apego en un contexto o entorno con carga emocional (Bowlby, 1995).

Estas representaciones consideran creencias complementarias y expectativas sobre la disponibilidad física y psicológica del cuidador y su nivel de responsividad, así como si uno mismo es merecedor de atención o cariño. Sarason y sus colegas extendieron esta definición y agregaron el sentido de acep-

tación, la creencia de que uno es amado, valorado y aceptado por otros significativos (Sarason, Sarason & Pierce, 1990). Para estos autores la relación entre apego y apoyo social es fundamental. Las personas con MOI autónomo tienen la percepción de contar con un alto apoyo social y a la vez con una mayor habilidad de dar apoyo a otros, lo cual mejora las habilidades para desarrollar y mantener relaciones adultas satisfactorias, manejar experiencias estresantes y contar con un mejor ajuste general (Sarason, Pierce & Sarason, 1990).

Estos modelos operativos internos de los adultos se han clasificado en cuatro categorías (Main & Hesse, 1990), correspondiéndose con los patrones de apego seguro, inseguro ansioso-ambivalente, inseguro evitativo y desorganizado de la infancia: autónomo, preocupado, rechazante y no resuelto. Estas categorías se manifiestan en los siguientes estilos de maternidad y paternidad: el estilo *autónomo* corresponde a adultos que se muestran accesibles a sus hijos o hijas, sensibles a sus necesidades, que favorecen el contacto cuando éstos o éstas lo necesitan y que a la vez estimulan y permiten la autonomía. Ellos tienen una mayor probabilidad de tener hijos(as) con patrón de apego seguro.

El estilo *preocupado* corresponde a adultos que se muestran ambivalentes e imprevisibles ante las posibilidades de acceder a ellos cuando sus hijos o hijas muestran necesidad de contacto, lo cual llevaría a desarrollar con mayor probabilidad en los infantes un patrón de apego ansioso-ambivalente.

El estilo *rechazante* se aprecia en adultos que se muestran insensibles y tienden a impedirles a sus hijos o hijas el acceso al contacto cuando los necesitan. Ellos tienen una mayor probabilidad de tener niños(as) con patrón de apego evitativo.

Finalmente, el estilo *no resuelto* corresponde a adultos que se muestran desorientados y confusos en la manera en que se relacionan con sus hijos(as) y otras personas, característica del contacto que llevaría a que sus niños o niñas desarrollen un patrón de apego de tipo desorganizado.

Los modelos operativos internos son estructuras con tendencia a la estabilidad y la autopropagación, pero tienen a la vez amplias posibilidades de cambiar durante el desarrollo y la vida adulta hacia un patrón más autónomo, en la medida en que la persona va teniendo nuevas experiencias gratificantes y seguras con figuras de apego seguras, o también cuando se vive algún proceso de redefinición, tal como el establecimiento de una relación de pareja satisfactoria, una experiencia positiva del embarazo, la materni-

dad y paternidad, o una experiencia psicoterapéutica satisfactoria (Bowlby, 1995; Bretherton, 1999; Marrone, 2001; Rutter, 1995). Asimismo, estudios han demostrado que cuando la situación familiar no se mantiene estable, la estabilidad temporal del apego es baja (Feeney & Noller, 2001).

Apego y Ajuste Socioemocional

Las investigaciones empíricas en el tema plantean que las personas con un apego autónomo tienen una mayor probabilidad de ejercer interacciones más sanas con otros, enfrentar adecuadamente situaciones de estrés, prevenir trastornos de ansiedad e incluso ser menos vulnerables o más resilientes frente a situaciones de riesgo (Bowlby, 1980; Fonagy, 1999a; Fonagy et al., 1997; Hernández, Kimelman & Montino, 2000).

Esta relación entre estilos de apego y ajuste es también avalada desde una perspectiva neurofisiológica, ya que estudios realizados por algunos autores indican que la calidad de las experiencias tempranas influye en la presencia y biodisponibilidad del cortisol, una hormona que participa directamente en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, el cual participa a su vez en el enfrentamiento a situaciones estresantes como también en la regulación del sistema inmune (Heim et al., 2000; Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000; Korte, 2001).

A la vez, se cuenta actualmente con evidencia empírica de la relación entre ajuste socioemocional y estilo de apego seguro en la infancia expresado a través de una menor psicopatología, no así en cambio en la relación entre estilos de apego inseguro o no resuelto, y mayor psicopatología. Algunos autores argumentan que no es suficiente predecir psicopatología futura basándose solamente en el patrón de apego en la infancia tal como se plantea desde la teoría, sino que estos planteamientos deben fundamentarse en los resultados de observaciones e investigaciones (Goldberg, 1997; Greenberg, DeKlyen, Speltz & Endriga, 1997).

Bowlby (1980) planteaba que la teoría del apego permitía explicar las múltiples formas de trastornos emocionales y de alteraciones de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional. Al respecto, se ha observado que personas con un estilo de apego preocupado presentan más trastornos ansiosos (Fonagy, 1999a), sintomatología ansioso depresiva, trastornos de

personalidad y problemas psicosociales (Dozier, Stovall & Albus, 1999).

A la vez, investigaciones correlacionan el estilo de apego rechazante con trastornos depresivos (Pilkonis, 1988; Rosenstein & Horowitz, 1996), distimia (Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994), desórdenes esquizoafectivos y esquizofrenia (Tyrrell & Dozier, 1997), trastornos alimenticios (Cole-Detke & Kobak, 1996; Cordella, 2002), desórdenes conductuales y desorden de personalidad antisocial (Rosenstein & Horowitz, 1996).

Finalmente, estudios han encontrado que las personas con un estilo de apego no resuelto presentan con mayor probabilidad trastornos bipolares (Tyrrell & Dozier, 1997), desórdenes afectivos mixtos, trastornos alimenticios, abuso de sustancias (Fonagy et al., 1996) y personalidad borderline (Fonagy, 1999b; Fonagy et al., 1997).

Al respecto, no todos los resultados de los estudios son concluyentes. Por ejemplo, los trastornos de la alimentación en algunos estudios muestran una mayor frecuencia en el estilo de apego rechazante (Cole-Dekte & Kobak, 1996) mientras que en otros se dan en mayor frecuencia en el estilo de apego preocupado (Fonagy et al., 1996). El desorden de personalidad antisocial muestra en algunos estudios una mayor frecuencia en el estilo de apego rechazante (Rosenstein & Horowitz, 1996) mientras que en otros se da en igual frecuencia en estilos de apego autónomo y preocupado (Fonagy et al., 1996).

Estas contradicciones en los datos pueden deberse a diferencias en las metodologías de investigación utilizadas. Existen diversas aproximaciones a la medición del apego en los adultos, que difieren en la definición del constructo utilizado, el método de evaluación, el dominio de investigación y la clasificación utilizada (Martínez & Santelices, 2005). Por tanto, las relaciones entre apego y psicopatología deben tomarse con cautela.

Ajuste Socioemocional y Embarazo

Durante el embarazo y tras el nacimiento de un hijo(a), la madre atraviesa una etapa única en su vida en la que experimenta nuevas sensaciones, fantasías, temores y deseos. Esta reorganización de la vida mental, ha sido denominada "constelación maternal" (Stern, 1997).

Además, especialmente durante el embarazo hay una mayor sensibilidad de la mujer a las interacciones, se genera una movilización corporal que gatilla el despertar de la memoria corporal, acompañada

de una inestabilidad emocional. La experiencia del embarazo es una etapa en el ciclo vital que genera un proceso de redefinición, con amplias posibilidades de modificar el modelo operativo interno de la mujer (Bowlby, 1995; Bretherton, 1999).

Es un período dinámico donde se produce una mayor permeabilidad y vulnerabilidad, en el cual la mujer reedita su propia historia vincular y en el cual aumenta el riesgo de una depresión o una reactivación de patologías previas. La seguridad emocional de la mujer embarazada influirá en el concepto que desarrolle de sí misma como futura madre, y en el vínculo que desde ya está estableciendo con su hijo(a) (Gauthier, Molénat, Mangin & Dudan, 1985).

Un estudio realizado en Chile con 125 mujeres embarazadas el año 2000 muestra que un 30.4% presentaba síntomas depresivos importantes durante el embarazo. De este grupo, un 42.1% tuvo una depresión en el posparto, lo cual contrasta con el 22.4% de la muestra total (Alvarado et al., 2000). Otro estudio citado por Correa y Jadresic (2000) encontró que a los 30 días de ocurrido el parto, el riesgo de hospitalización por desórdenes psiquiátricos era 35 veces mayor que antes del embarazo. Dentro de estos desórdenes los autores detectaron disforia posparto (un 50% a 75% de prevalencia), depresión posparto no psicótica (10% a 15% de prevalencia) y psicosis posparto (0.1% a 0.2% de prevalencia).

Cabe considerar además que el primer embarazo en la vida de la mujer es de gran significancia, ya que en éste se produce la preparación para la maternidad, es decir, la mujer debe prepararse para convertirse en madre. El primer embarazo genera un importante cambio en el estilo de vida, lo cual puede conllevar sentimientos ambivalentes y negativos hacia el bebé, lo cual no ocurre de igual forma en embarazos posteriores en los cuales la mujer ya es madre (Smith, 1999; Speitzer, Santelli, Afbale-Munsuz & Kendall, 2004). En un estudio realizado en Estados Unidos con 701 mujeres embarazadas, se comprobó que en un 62% de los casos el embarazo no había sido planificado ni deseado por la mujer o su pareja cuando éste era el primero, versus el 53% de los casos cuando el embarazo era el segundo o tercero. Los autores concluyen que en las primigestas se da un mayor porcentaje de embarazos no planificados, y que ello incrementa la posibilidad de tener sentimientos fuertemente ambivalentes y negativos hacia el bebé (Speitzer et al., 2004).

Una investigación con 110 mujeres que estaban en el segundo trimestre de su embarazo que buscaba analizar la asociación entre apego inseguro y presen-

cia de síntomas psiquiátricos, encontró que las mujeres con un estilo de apego preocupado presentaban más síntomas psicopatológicos y obtenían puntajes superiores en psicopatía, paranoia y esquizofrenia, en relación a las mujeres con estilos autónomo o rechazante. A la vez, el grupo rechazante era el que presentaba menos síntomas de ansiedad y angustia (Pianta, Egeland & Adam, 1996).

Ajuste Socioemocional en la Madre y su Efecto en el Vínculo Madre-Bebé

Investigaciones han encontrado que la depresión en la madre se correlaciona con un apego inseguro en sus hijos(as) (Morton & Browne, 1998) y madres y padres depresivos utilizan a menudo prácticas de crianza disfuncionales las cuales se relacionan con mayor psicopatología futura en sus hijos(as) (Fonagy, 1999b). La depresión en la madre se ha relacionado con mayores relaciones inseguras de apego durante la primera infancia (Canton & Cortés, 2000).

Se ha observado además que madres con un estilo de apego preocupado tienen una mayor probabilidad de tener hijos o hijas con apego inseguro (Berle, Mykletun, Daltveit, Rasmussen, Holsten & Dahl, 2005; Isabella, 1993) y padres maltratadores generan vínculos inseguros con sus hijos o hijas (Crittenden, 1997).

En un estudio realizado con 125 madres primigestas, se encontró que aquellas cuyo MOI era autónomo, puntuaban más alto en escalas de disfrutar y sentir placer con la maternidad, mientras que aquellas con un modelo más inseguro, puntuaban más alto en escalas asociadas a la rabia. Las madres del primer grupo establecían a su vez interacciones con sus hijos más positivas y menos negativas, que las del segundo grupo (Slade, Belsky, Aber & Phelps, 1999). Otro estudio realizado con 45 madres mostró una correlación inversa entre la función reflexiva de las madres y su comunicación afectiva disruptiva. En otras palabras, madres que tenían una comunicación afectiva disruptiva con sus bebés, su capacidad reflexiva se encontraba disminuida, las cuales a su vez se relacionaban con una mayor posibilidad de tener bebés con un apego desorganizado o evitativo (Grienberger, Kelly & Slade, 2005).

Lo anterior muestra la importancia de contar con datos nacionales sobre la relación entre estilo de apego adulto o modelos operativos internos y ajuste socioemocional, lo cual cobra gran relevancia en mujeres primigestas ya que es el momento oportuno donde detectar posibles problemas e intervenir de manera preventiva. Contar con resultados de estu-

dios en el tema permitirá conocer las características de esta población en Chile, obtener información relevante para aportar al diseño de intervenciones preventivas orientadas a apoyar a las embarazadas en esta importante etapa vital, y contribuir a reeditar sus modelos representacionales hacia un patrón más sano, lo cual se reflejará en el vínculo que establezcan con su bebé.

El objetivo del presente artículo es describir y analizar las relaciones existentes entre el Modelo Operativo Interno y el ajuste socioemocional de embarazadas primigestas en Chile.

Método

Diseño

Esta es una investigación descriptiva correlacional de carácter transversal. Se describen las características de la muestra estudiada de acuerdo a sus patrones de apego predominantes así como los indicadores de ajuste socioemocional, y se comparan ambos aspectos para estudiar sus relaciones.

Participantes

Las participantes de este estudio fueron 139 mujeres embarazadas primigestas entre 19 y 40 años, de un nivel socioeconómico medio, medio-bajo y bajo, que asistían a su control obstétrico en la ciudad de Santiago. El nivel socioeconómico de la muestra fue establecido en base a la categorización interna de los centros de salud considerados, en relación a la población que atienden. Las instituciones en las cuales las mujeres se atendían correspondían a centros médicos de atención ambulatoria, siendo de tipo público y privado.

La participación en el estudio fue voluntaria y los criterios de inclusión en la muestra eran tener entre 19 y 40 años de edad y ser éste su primer embarazo. Como criterio de exclusión se consideró la presencia de un diagnóstico psiquiátrico grave. Dentro del grupo evaluado se encontraban mujeres que contaban con distintos niveles de apoyo de sus parejas, desde alto a inexistente, y cuyos embarazos eran tanto deseados como indeseados.

La selección de la muestra se realizó en base a una revisión exhaustiva de las fichas médicas para preseleccionar aquellas que cumplieran con los criterios de inclusión, para luego contactar telefónicamente a las embarazadas. Aproximadamente un 45% de las mujeres contactadas declinó participar de la investigación; principalmente por problemas de horario, estar con licencia médica, vivir fuera de Santiago o simplemente no estar interesadas en el estudio. Además, aproximadamente la mitad de ellas había aceptado inicialmente participar, pero luego no llegaron a la evaluación.

La evaluación de las participantes se realizó durante el segundo trimestre del embarazo, al igual que en otros estudios (ver por ejemplo, Pianta et al., 1996).

Instrumentos

Cuestionario de Apego en Adultos Cartes Modeles Individuels de Relation (CaMir) de Pierrehumbert et al. (1996). El instrumento cuenta con una adaptación chilena y está en proceso

de validación (Santelices, Ramírez, Armijo & Pérez-Salas, 2007). Este cuestionario mide los modelos operativos internos a través de la evaluación de las estrategias relacionales del adulto, identificando la apreciación que la persona tiene de sus relaciones de apego de su infancia y en la actualidad.

Es un cuestionario autoadministrado de 66 ítems y de aproximadamente 30 a 40 minutos de duración. Su aplicación es a través de cartas que deben ser ordenadas de acuerdo al grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que contiene. Entrega puntajes en 13 factores de variables relacionadas a los patrones de apego y además entrega puntajes en cada uno de los tipos de apego (autónomo, preocupado, rechazante y no resuelto), pudiendo describir un perfil de apego predominante.

Los puntajes de las 13 escalas se calculan en percentiles. Los puntos de corte corresponden a los quintiles, agrupándose en las siguientes categorías: *Muy Bajo* (percentiles iguales o menores a 20), *Bajo* (percentiles 21 a 40), *Medio* (percentiles 41 a 60), *Alto* (percentiles 61 a 80) y *Muy Alto* (percentiles sobre 80). A la vez, los puntajes en los estilos de apego se calculan en puntajes Z, de 0 a 100. Dado que los puntajes sobre 60 en cada escala definen un nivel alto en cada caso, se aplica ese criterio para definir apegos altos en los respectivos estilos.

Este instrumento se basa en la metodología Q-Sort, la cual obliga a que la elección de las cartas se asemeje a una distribución normal, lo que permite comparar los resultados con diversas poblaciones. La confiabilidad de las 13 escalas fue 0.75, 0.82, 0.73, 0.80, 0.81, 0.84, 0.74, 0.79, 0.55, 0.84, 0.81, 0.81, 0.54, 0.73 (Santelices et al., 2007).

Cuestionario para la Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia (OQ-45.2). Este cuestionario fue desarrollado por Lambert et al. (1996) y cuenta con una adaptación y validación en Chile (De la Parra, von Bergen & del Río, 2002). Consta de 45 ítems y su tiempo de aplicación es de 10 minutos.

Se utiliza habitualmente para evaluar los resultados y evolución del proceso durante psicoterapia, pero a la vez permite tener una medida de ajuste o bienestar socioemocional, habiéndose demostrado que es capaz de discriminar en forma significativa entre muestras clínicas y normativas (De la Parra et al., 2002).

Considera 3 escalas, representativas del ajuste socioemocional: sintomatología ansiosa-depresiva, que mide la presencia o ausencia de sintomatología de tipo ansiosa y/o depresiva; relaciones interpersonales, que evalúa la presencia o ausencia de conflictos interpersonales, y el bienestar o disconfort que ello genera; y rol social, que mide la presencia o ausencia de dificultades que ajustarse al rol social. El puntaje del OQ se obtiene sumando el puntaje obtenido para cada ítem y arroja puntajes para cada escala, así como un puntaje total de ajuste socioemocional o ausencia de disconfort. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos, por lo tanto el rango del puntaje del ajuste total va de 0 a 180 puntos, indicando un mayor disconfort el puntaje mayor (punto de corte, 73). La escala de sintomatología ansiosa-depresiva (SD) comprende 25 ítems (punto de corte 43), la de relaciones interpersonales (RI) 11 ítems (punto de corte 16), y la de rol social (RS), 9 ítems (punto de corte 14).

Estudios realizados en Chile sobre su confiabilidad tanto en muestra de pacientes como en la comunidad en general, indican un coeficiente alfa de Cronbach para el OQ total y las escalas SD, RI y RS de 0.91, 0.89, 0.67 y 0.63 respectivamente para pacientes, y 0.91, 0.88, 0.71 y 0.65 respectivamente, para comunidad (De la Parra et al., 2002). Estos valores son similares a los reportados obtenidos por Lambert et al. (1996).

La validez de constructo mostró una sensibilidad de 0.90 (verdaderos positivos correctamente identificados en punto de corte) y de 0.93 (verdaderos negativos correctamente identificados en punto de corte) (De la Parra et al., 2002). La validez concurrente se midió

con el cuestionario DAS (Death Anxiety Scale, o Escala de Ansiedad ante la Muerte) que mide sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfa, encontrándose correlaciones significativas entre todas las escalas y puntaje total del OQ, con las escalas y puntaje total del DAS, lo cual permite apoyar la validez concurrente entre ambos instrumentos. En estudios realizados por Lambert et al. (1996), se ha estudiado la validez concurrente del OQ con la Symptom Checklist 90-R, Beck Depresión Inventory, Zung Self-rating Depression Scale, Zung Self-rating Anxiety Scale, Inventory of Interpersonal Problems, Social Adjustment Scale, entre otras.

Procedimiento

Se contactó a las mujeres en diversos centros de salud de la ciudad de Santiago. Se les aplicó en conjunto el Cuestionario OQ-45.2, y luego el CaMir. Se les aseguró a las participantes la confidencialidad de los resultados a través de la firma de una carta de consentimiento. La participación fue voluntaria.

Para el análisis de la información, se definió en primer lugar un estilo de apego predominante para cada persona. Dado que el CaMir es una escala que entrega puntajes para cada uno de los estilos de apego, la estrategia de categorización seguida consistió en estandarizar la escala de apego autónomo en base a un punto medio de 50 puntos y usando la desviación estándar observada de 8.2 como estimador de la varianza poblacional. Las escalas de apego rechazante y preocupado se estandarizaron en base a los datos muestrales, y se consideró puntajes sobre 60 para definir un nivel alto del estilo para cada caso y calculando los puntajes Z que corresponden a los 60 puntos en cada escala. Así, se consideró un apego rechazante alto para todo $Z \geq 2$, un apego preocupado alto para todo $Z \geq 1.2$, un apego autónomo alto para todo $Z \geq 1.2$, y un apego no resuelto cuando una persona muestra dos estilos de apego altos.

El OQ-45.2 por su parte fue corregido de acuerdo a los criterios de tabulación del instrumento, y para conocer los valores de bienestar socioemocional o discomfort de la muestra, tanto para el OQ total como para sus escalas, se aplicó el punto de corte respectivo (De la Parra et al., 2002).

Para la presentación de los resultados, primero se procedió a analizar la distribución de los estilos de apego y de la incidencia de ajuste socioemocional en la muestra estudiada. Posteriormente se procedió a realizar las correlaciones entre los estilos de apego obtenidos en el CaMir, y los puntajes de ajuste socioemocional obtenidos en el Cuestionario OQ-45.2, tanto en las 3 subescalas como en la escala total. Para ello se empleó el Coeficiente Producto Momento de Pearson.

Finalmente, se realizó un análisis en el que se comparó los puntajes de las distintas escalas de ajuste, usando como variable independiente el estilo de apego principal mostrado por las embarazadas.

Resultados

Análisis Descriptivo de la Muestra

Respecto al tipo de apego de las mujeres evaluadas, se pudo observar que un 63.3% de la muestra obtuvo un estilo de apego autónomo. A la vez, un 20.1% de la muestra fue clasificada con un apego inseguro preocupado, y un 15.1% obtuvo un estilo de apego predominantemente inseguro rechazante. Finalmente, un 1.4% se consideró como apego no resuelto (ver Figura 1).

En cuanto a los niveles de ajuste socioemocional de las mujeres evaluadas, los resultados indicaron que un 88.3% de ellas se ubicaban en un puntaje de ajuste adecuado o ausencia de discomfort, mientras que el 11.7% obtenían un puntaje que indicaba desajuste o discomfort. Un 14.6% presentaba sintomatología ansiosa-depresiva, un 13.9% presentaba desajuste en las relaciones interpersonales y un 25.5% lo hacía en cuanto al rol social (ver Figura 2).

Análisis de Correlaciones Entre Estilos de Apego y Ajuste Socioemocional

En la Tabla 1 se aprecian las correlaciones entre los estilos de apego obtenidos en el CaMir, y los puntajes en ajuste socioemocional obtenidos en el Cuestionario OQ-45.2, tanto en las 3 subescalas como en la escala total.

Se aprecia una correlación significativa e inversa entre el estilo de apego autónomo y la escala de sintomatología ansiosa-depresiva ($r^2 = -.228$; $p < 0.01$), relaciones interpersonales ($r^2 = -.318$; $p <$

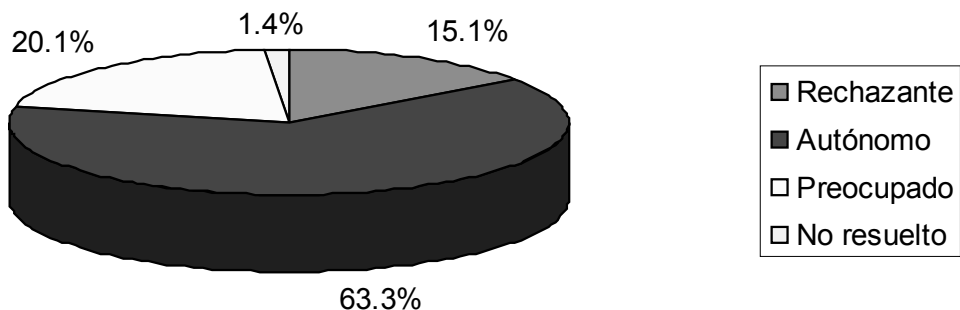


Figura 1. Distribución de los estilos de apego en la muestra del estudio. $N = 139$.

Tabla 1
Correlaciones entre estilos de apego y ajuste socioemocional (N = 137)

		Sintomatología ansiosa depresiva	Relación Interpersonal	Rol Social	ESCALA AJUSTE TOTAL
Apego autónomo	Correlación de Pearson	-.228*	-.318*	-.247*	-.282*
	Sig. (bilateral)	.007	.000	.004	.001
	N	137	137	137	137
Apego rechazante	Correlación de Pearson	.041	.135	.115	.087
	Sig. (bilateral)	.631	.115	.179	.311
	N	137	137	137	137
Apego preocupado	Correlación de Pearson	.388*	.376*	.336*	.419*
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	137	137	137	137

* $p < 0.01$ (bilateral).

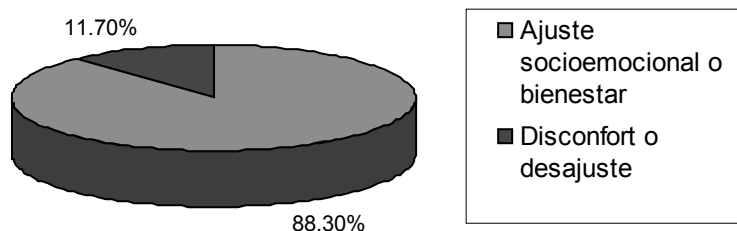


Figura 2. Ajuste socioemocional en la muestra del estudio según escalas del OQ-45.2. N = 139.

0.01), rol social ($r^2 = -.247$; $p < 0.01$) y el puntaje total de ajuste socioemocional ($r^2 = -.282$; $p < 0.01$). Estos resultados indican que mientras más seguro es el apego, menos sintomatología ansiosa-depresiva presenta la persona, menos problemas en las relaciones interpersonales y en el rol social, y un mayor ajuste socioemocional en general. En otras palabras, el estilo de apego autónomo se relaciona con un mayor ajuste socioemocional, expresado en menor sintomatología y mayor ajuste en las relaciones interpersonales y en el rol social.

Además se observa una correlación significativa y directa entre el estilo de apego preocupado y la escala de sintomatología ansiosa-depresiva ($r^2 = .388$; $p < 0.01$), relación interpersonal ($r^2 = .376$; $p < 0.01$), rol social ($r^2 = .336$; $p < 0.01$) y el puntaje total de ajuste socioemocional ($r^2 = .419$; $p < 0.01$). Estos resultados indican que mientras más ansioso es el estilo de apego, se encuentra una mayor sintomatología de tipo ansiosa depresiva, un mayor

desajuste social y problemas en el rol social, y un menor ajuste socioemocional en general.

Finalmente no se aprecian correlaciones significativas entre el estilo de apego rechazante y las escalas de ajuste socioemocional.

Análisis Comparativo de las Escalas de Ajuste Socioemocional Según Estilo de Apego

La Tabla 2 muestra la comparación de los puntajes de las distintas escalas de ajuste socioemocional, usando como variable independiente el estilo de apego principal mostrado por las embarazadas (comparación inter e intragrupos).

En la Tabla 2 se aprecia que el tipo de apego principal de cada embarazada marca diferencias en su comportamiento observado en las distintas escalas de ajuste, existiendo diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas (sintomatología ansiosa depresiva $F = 6.168$, $p < 0.01$; relación in-

Tabla 2

Análisis de varianza para las escalas de ajuste socioemocional según estilo de apego (N = 136)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Síntomatología ansiosa depresiva	Inter-grupos	1757.967	2	878.983	6.618	.003
	Intra-grupos	19095.917	134	142.507		
	Total	20853.883	136			
Relación Interpersonal	Inter-grupos	315.352	2	157.676	6.929	.001
	Intra-grupos	3049.173	134	22.755		
	Total	3364.526	136			
Rol Social	Inter-grupos	215.711	2	107.856	5.840	.004
	Intra-grupos	2474.931	134	18.470		
	Total	2690.642	136			
ESCALA DE AJUSTE TOTAL	Inter-grupos	5456.398	2	2728.199	7.918	.001
	Intra-grupos	46171.383	134	344.563		
	Total	51627.781	136			

Tabla 3

Prueba HSD de Tukey para el comportamiento de los tipos de apego en la escala de sintomatología ansiosa depresiva (N = 137)

		Subconjunto para alfa = .05	
APEGO	N	1	2
Autónomo	88	25.50	
Rechazante	21	30.33	30.33
Preocupado	28		34.25
Sig.		.244	.394

Nota. Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

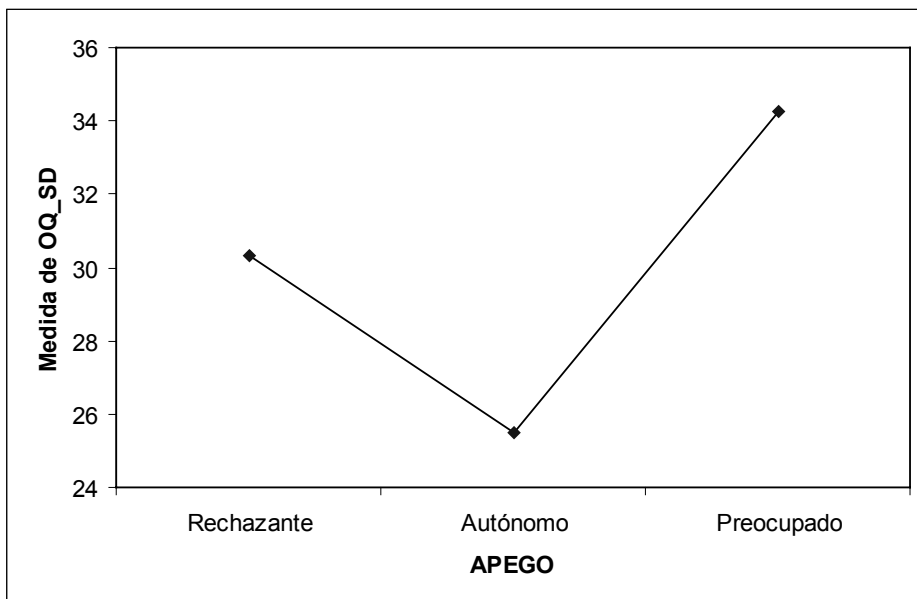


Figura 3. Comportamiento de la escala de sintomatología ansiosa depresiva según tipo de apego. N = 137.

terpersonal $F = 6.929, p < 0.01$; rol social $F = 5.840, p < 0.01$ y ajuste total $F = 7.918, p < 0.01$).

Al analizar las diferencias específicas entre los grupos de apego para cada escala de ajuste socioemocional (por medio de pruebas post hoc de Tukey) se puede decir que en la escala de sintomatología ansiosa depresiva existen diferencias significativas entre los tipos de apego autónomo y preocupado ($p < 0.05$), teniendo mayor nivel de sintomatología ansiosa depresiva el tipo preocupado (ver Tabla 3). No existen diferencias significativas entre los estilos autónomo y rechazante, ni entre el estilo rechazante y el preocupado. La Figura 3 muestra el comportamiento de la escala de sintomatología ansiosa depresiva según el tipo de apego, donde se aprecia la tendencia a mostrar una baja sintomatología ansiosa

depresiva en el apego autónomo, volviéndose más alta en el estilo preocupado.

En la escala de relación interpersonal existen diferencias significativas entre los tipos de apego autónomo y preocupado, y autónomo y rechazante ($p < 0.05$), teniendo mayor nivel de desajuste los tipos preocupado y rechazante (ver Tabla 4). No existen diferencias significativas entre los estilos rechazante y preocupado, los cuales tienen un comportamiento similar. La Figura 4 muestra el comportamiento de la escala de relación interpersonal según el tipo de apego, donde se observa que hay mayor presencia de ajuste socioemocional en las relaciones interpersonales en el apego autónomo que en los estilos de apego preocupado o rechazante.

Tabla 4

Prueba HSD de Tukey para el comportamiento de los tipos de apego en la escala de relación interpersonal ($N = 137$)

APEGO	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Autónomo	88	8.64	
Rechazante	21		11.62
Preocupado	28		11.93
Sig.		1.000	.964

Nota. Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

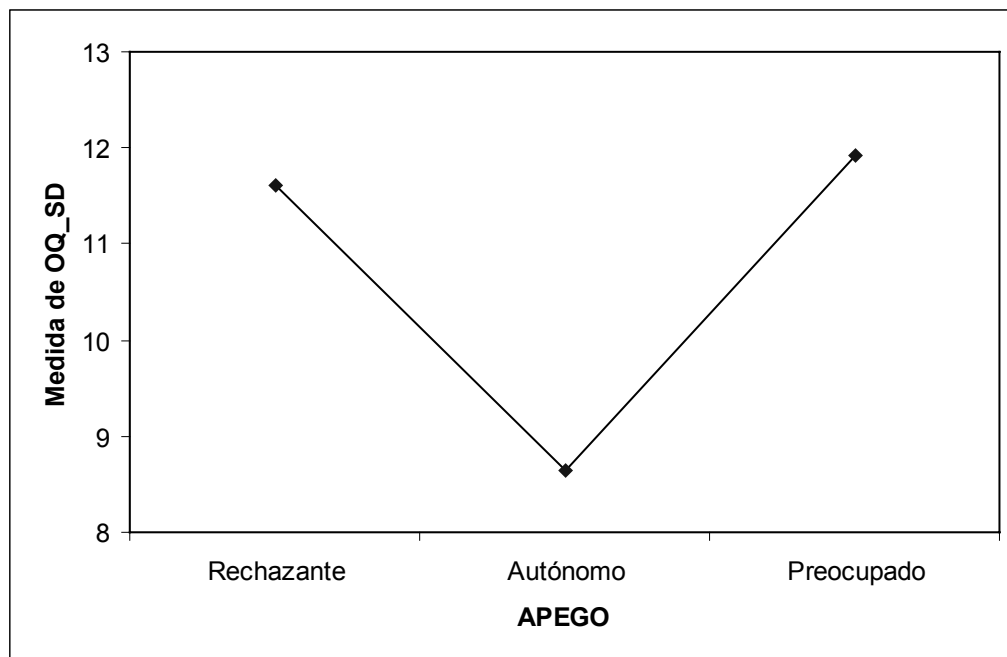


Figura 4. Comportamiento de la escala de relación interpersonal según tipo de apego. $N = 137$.

Tabla 5

Prueba HSD de Tukey para el comportamiento de los tipos de apego en la escala de rol social ($N = 137$)

APEGO	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Autónomo	88	8.17	
Rechazante	21	9.81	9.81
Preocupado	28		11.25
Sig.		.286	.379

Nota. Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

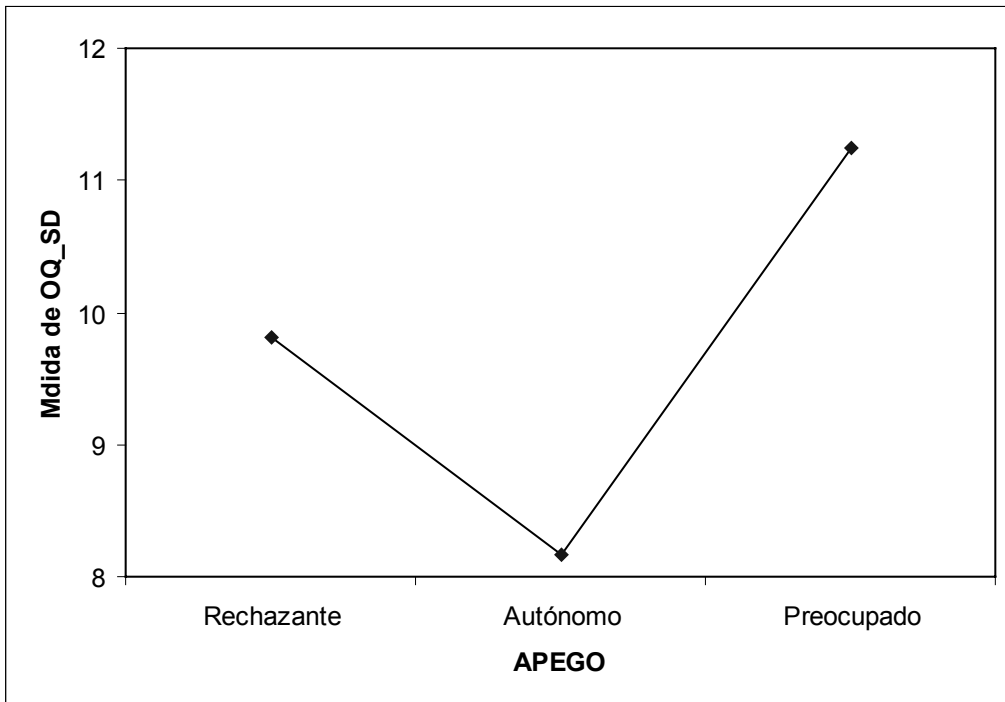


Figura 5. Comportamiento de la escala de rol social según tipo de apego. $N = 137$.

En la escala de rol social existen diferencias significativas entre los tipos de apego autónomo y preocupado ($p < 0.05$), teniendo mayor nivel de desajuste nuevamente el tipo preocupado (ver Tabla 5). No existen diferencias significativas entre los estilos autónomo y rechazante, y rechazante y preocupado. La Figura 5 muestra el comportamiento de la escala de rol social según el tipo de apego, donde se observa un comportamiento similar al encontrado en la escala de sintomatología ansiosa depresiva.

Finalmente, en la escala total de ajuste socioemocional se dan diferencias significativas entre los estilos de apego autónomo y preocupado ($p < 0.05$). Nuevamente los mayores puntajes están en el estilo

preocupado y por tanto representa niveles más altos de desajuste (ver Tabla 6). La Figura 6 muestra el comportamiento de la escala total de ajuste según el tipo de apego.

En términos generales, en todos los casos se aprecia un comportamiento coherente, donde de manera estadísticamente significativa el estilo de apego autónomo se relaciona con mayor ajuste socioemocional, mientras que el estilo de apego preocupado tiende a relacionarse con niveles más altos de sintomatología ansiosa-depresiva, mayor desajuste en cuanto a las relaciones interpersonales y rol social, y menor ajuste socioemocional. El estilo rechazante en cambio tiende a estar en un punto in-

Tabla 6

Prueba HSD de Tukey para el comportamiento de los tipos de apego en la escala total de ajuste socioemocional (N = 137)

APEGO	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Autónomo	88	42.31	
Rechazante	21	51.76	51.76
Preocupado	28		57.43
Sig.		.110	.446

Nota. Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

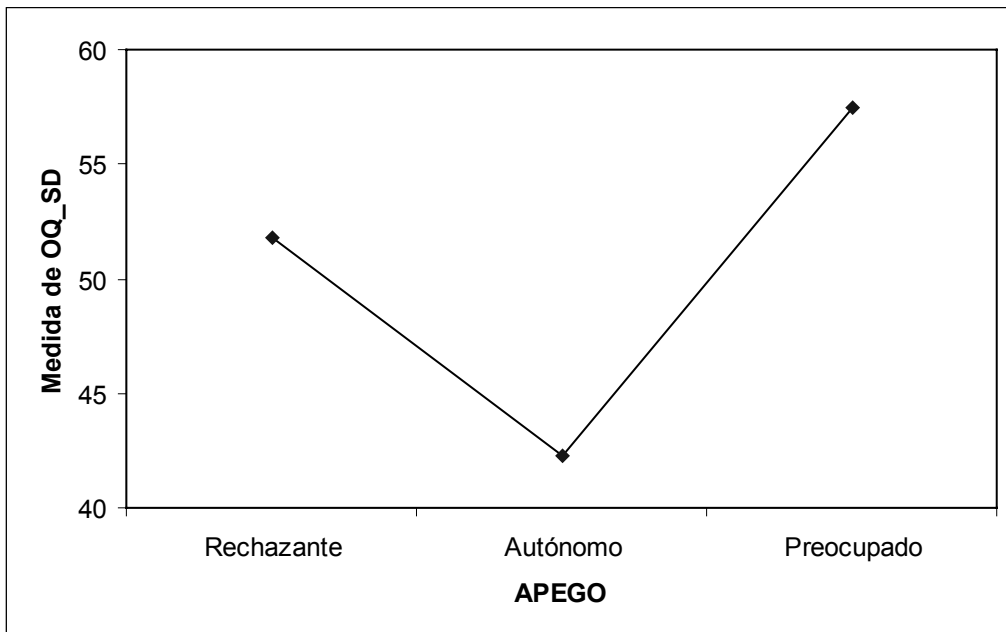


Figura 6. Comportamiento de la escala total de ajuste socioemocional según tipo de apego. N = 137.

termedio entre ambos, aunque siempre más cercano al estilo preocupado.

Discusión y Conclusiones

Este estudio se orientó a evaluar una muestra de 139 mujeres embarazadas, para conocer su estilo de apego, y la relación de éste con los niveles de ajuste socioemocional durante su primer embarazo. Un primer resultado es que la mayoría de la muestra presenta un estilo de apego autónomo (63.3%), comportamiento que se da de manera similar a resultados encontrados en otros países, en cuanto a mayor presencia de modelo de apego autónomo. Por ejemplo, en un análisis realizado por van Ijzen-

doorn y Sagi (1999) se encontró un 58% de estilo autónomo en una muestra de madres no clínicas, un 55% en muestras norteamericanas y un 60% en otros países.

Además, en las embarazadas evaluadas un 20.1% de ellas presentó un estilo de apego predominantemente preocupado y un 15.1% un estilo de apego rechazante. Este predominio de un estilo preocupado por sobre el rechazante contrasta con otros estudios donde el estilo rechazante es más frecuente que el preocupado. Así, en el análisis de van Ijzenoorn y Sagi (1999), se encontró un 24% de estilo rechazante en una muestra de madres no clínicas (versus 18% de estilo preocupado), un 25% en muestras norteamericanas (versus 20%) y un 23% en otros países

(versus 17%). Esta diferencia en el grupo estudiado en Chile puede relacionarse con factores culturales, los cuales requieren de mayor estudio a futuro.

Cabe considerarse que los estudios descritos por van Ijzendoorn y Sagi se realizaron con mujeres que ya habían sido madres, mientras que el presente estudio se realizó con mujeres embarazadas. Por tanto, debe tomarse en cuenta el hecho que los temores e inseguridades durante el embarazo puedan haber aumentado la ansiedad y preocupación de las futuras madres, mostrando una frecuencia mayor del estilo preocupado. Los estudios previos en estabilidad del apego durante el ciclo de vida aseguran que el estilo de apego tiende a mantenerse estable en el tiempo, a no ser que ocurran reorganizaciones de representaciones de apego sobre la base de experiencias positivas o por cambios vitales significativos tales como muerte de padres, guerras y desastres naturales (Canton & Cortés, 2000; Fonagy, 1999b). Ello, así como las características culturales de la población chilena femenina hace pensar que estos resultados se mantendrán en el tiempo, pero igualmente se hace necesario profundizar a futuro estas relaciones en mujeres una vez que sus bebés hayan nacido.

Al analizar el nivel de ajuste socioemocional de las mujeres evaluadas, se aprecia que un 88.3% de ellas presentaba un adecuado nivel de ajuste socioemocional mientras que un 11.7% alcanzaba un nivel de desajuste o discomfort. De la muestra, un 14.6% presentaba sintomatología ansiosa-depresiva, lo cual es bastante menor al 30.4% y 35.2% descrito por otros estudios en embarazadas en Chile (Alvarado et al., 2000; Correa & Jadresic, 2000), situación que se podría explicar por lo particular de la muestra, siendo mujeres primigestas evaluadas en el contexto de su control de embarazo y que accedieron voluntariamente a participar en la investigación, pudiéndose pensar que aquellas con mayor desajuste se podrían haber negado a participar. Además, un 13.9% de las mujeres manifestó presentar dificultades en las relaciones interpersonales y un 25.5% en cuanto al rol social.

Cabe destacar que en este estudio no fueron consideradas variables que podrían explicar la presencia o no de desajuste durante el embarazo, como si el embarazo era deseado o no, si las mujeres contaban o no con apoyo de su pareja, o la existencia de redes de apoyo. A la vez, la presencia de patología asociada al embarazo es un factor que puede modificar la correlación entre patrones de apego y ajuste socioemocional, al igual que la edad de las embarazadas, ya que podría darse una mayor sinto-

matología en adolescentes así como en primigestas tardías. Finalmente los instrumentos seleccionados pueden influir en el tipo de datos obtenidos, siendo importante cotejar entonces dicha información con otros métodos. Estos aspectos serían importantes de considerar en estudios futuros sobre el tema, logrando así una visión más comprensiva.

Posteriormente, al correlacionar estilo de apego y nivel de ajuste socioemocional se visualiza una relación estadísticamente significativa entre estos dos aspectos. Las mujeres con un estilo de apego predominantemente autónomo presentaron mayores niveles de ajuste socioemocional en general, así como una menor frecuencia de sintomatología ansiosa depresiva, menores dificultades en sus relaciones interpersonales y mayor facilidad para ajustarse a su rol social. Este resultado corrobora que la presencia de un estilo de apego autónomo se asocia con mayores índices de ajuste socioemocional durante el embarazo, relación que ha sido ampliamente documentada por la investigación a nivel mundial. Se ha constatado que un estilo de apego autónomo permite establecer relaciones más sanas con otros, enfrentar adecuadamente situaciones de estrés y ser menos vulnerable frente a situaciones de riesgo (Fonagy, 1999a; Fonagy et al., 1997; Hernández, Kimelman & Montino, 2000), lo cual incidirá en que la mujer desarrolle un mejor vínculo con su bebé.

Las mujeres con un estilo de apego predominantemente preocupado, en cambio, presentaron menores niveles de ajuste socioemocional en general, así como una mayor frecuencia de sintomatología ansiosa depresiva, mayores dificultades en sus relaciones interpersonales y mayor dificultad para ajustarse a su rol social. Ello corrobora lo ya reportado por estudios en otros países en términos de la relación entre un estilo de apego preocupado y mayores probabilidades de presentar desajuste, especialmente en la línea de la sintomatología ansiosa depresiva y problemas psicosociales (Dozier et al., 1999; Fonagy, 1999a; van Ijzendoorn & Sagi, 1999). Lo anterior afectará las relaciones que estas mujeres establecen con otros, en cómo enfrentan situaciones de estrés y en el vínculo que desarrollen por tanto con sus bebés.

Las mujeres con un estilo de apego predominantemente rechazante presentaron en este estudio mayores niveles de ajuste socioemocional en comparación a las mujeres con un estilo de apego predominantemente preocupado, así como una menor frecuencia de sintomatología ansiosa depresiva y dificultades en cuanto al rol social, pero sí mani-

festaron presentar dificultades en sus relaciones interpersonales. Ello corrobora la idea que las personas con un estilo rechazante se caracterizan por no presentar sintomatología o disconfort en general, pero sí tienen dificultades en cuanto a sus relaciones interpersonales, de manera similar a las personas con estilo preocupado, lo cual incide en los vínculos que establecen con otras personas y con mayor razón en el vínculo que desarrollan con sus bebés.

Los estudios internacionales no son tan claros a la hora de demostrar una relación entre apegos preocupados o rechazantes, y desajuste socioemocional, existiendo más evidencia de esta relación para el apego autónomo (ver por ejemplo los resultados del análisis de van Ijzendoorn & Sagi, 1999). Existe más evidencia de una relación entre sintomatología y un estilo de apego preocupado, lo cual también se ve reflejado por los resultados de esta investigación, no así para el estilo de apego rechazante. Una posible interpretación frente a esto es que las personas de estilo rechazante presentan menor sintomatología, que es lo que la mayoría de los estudios evalúan, y por tanto resulta más difícil de pesquisar.

El estudio realizado presenta algunas limitaciones importantes de tomar en consideración a la hora de analizar sus resultados; el tipo de muestra, el carácter voluntario de la misma, lo cual podría haber dejado fuera al grupo con mayor desajuste. A la vez, el contar con información específica sobre la población de embarazadas primigestas en Chile es de gran relevancia.

Desde la perspectiva de la promoción y prevención de un apego sano, se ha visto que uno de los momentos de mayor sensibilidad y donde puede por tanto producirse una modificación en el estilo de apego es durante el embarazo, debido al estado de vulnerabilidad en que la mujer se encuentra y al tipo de vivencias que éste genera, las cuales influirán significativamente en el desarrollo de la constelación maternal (Stern, 1997). El primer embarazo constituye entonces el momento idóneo para intervenir, de modo de poder actuar preventivamente en los vínculos que se desarrollarán con el bebé.

A la vez, detectar tempranamente trastornos en el apego en la madre así como problemas tales como ansiedad, depresión pre-parto o depresiones posparto es relevante de modo de poder intervenir y promover un vínculo más sano entre estas mujeres y sus futuros hijos. En esta etapa del ciclo vital tanto de la madre como del bebé, cobran un rol importantísimo los equipos de salud, por su contacto y control periódico de ambos.

Así, es fundamental que los equipos de salud que se vinculan con las embarazadas en sus controles estén atentos a estos aspectos, de modo de poder detectar y prevenir trastornos en la madre, el futuro bebé y el vínculo que se construirá entre ambos, y derivar oportunamente a un especialista en caso de ser necesario. Debe recordarse que el establecimiento del vínculo comienza desde el embarazo, por tanto debe ayudarse a la madre a que la experiencia del embarazo sea positiva. Igualmente estos aspectos deben ser atendidos durante los controles que se realizan al niño durante su primer año de vida, incluyendo en estos no sólo la salud física del niño sino la salud de la madre y la relación entre ambos. Una detección oportuna apoyará una adecuada construcción del vínculo en esta importante etapa y beneficiará el bienestar socioemocional de la madre así como el de su bebé.

Referencias

- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E. & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: Construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38(2), 84-93.
- Berle, J., Mykletun, A., Daltveit, A., Rasmussen, S., Holsten, F. & Dahl, A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 181-189.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *Vínculos afectivos*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Bretherton, I. (1999). Internal working model in attachment relationships: A construct revisited. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Canton, J. & Cortés, M. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. Madrid: Alianza.
- Cole-Dekte, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 282-290.
- Cordella, P. (2002). Proposición de un modelo para comprender la configuración anoréctica. *Revista Chilena de Pediatría*, 73(6), 566-575.
- Correa, E. & Jadresic, E. (2000). *Psicopatología de la mujer*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neuropsiquiatría de Chile.
- Crittenden, P. (1997). Pattern of attachment and sexual behavior. En L. Atkinson & K. Zuckerman (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 34-84). New York: The Guilford Press.
- De la Parra, G., von Bergen, A. & del Río, M. (2002). Primeros

- hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general: Preliminary findings. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(3), 201-209.
- Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 497-519). New York: Guilford Press.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Fonagy, P. (1999a). Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 7-27.
- Fonagy, P. (1999b). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Revista de Psicoanálisis*, 3. Recuperado el 4 de Enero, 2006, desde <http://www.aperturas.org/3fonagy.html>.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Levinson, A. & Kennedy, R. (1997). Morality, disruptive behavior, borderline personality disorder, crime and their relationship to security of attachment. En L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 223-274). New York: Guilford Press.
- Garelli, J. C. & Montuori, E. (1998). Consideraciones sobre el enfoque de la teoría de attachment acerca del vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 96(2), 122-125.
- Gauthier, Y., Molenat, F., Mangin, P. & Dudan, E. (1985). Grossesse et vulnerabilité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 33(2-3), 95-102.
- Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk, and clinical samples. En L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 171-195). New York: Guilford Press.
- Grienberger, J. F., Kelly, K. & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development*, 7(3), 299-311.
- Greenberg, M., DeKlyen, M., Speltz, M. & Endriga, M. (1997). The role of attachment processes in externalizing psychopathology in young children. En L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 196-222). New York: Guilford Press.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H. & Nemeroff, Ch. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284(5), 592-597.
- Hernández, G., Kimelman, M. & Montino, O. (2000). Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. *Revista Médica de Chile*, 128(11), 1283-1289.
- Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64(2), 605-622.
- Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, Ch. B. & Charney, D. S. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical implications. *Biological Psychiatry*, 48, 778-790.
- Korte, S. M. (2001). Corticosteroids in relation to fear, anxiety and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 25, 117-142.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J. & Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2-45.2*. Brigham, USA: American Professional Credentialing Services LLC.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. En T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). New York: Norwood.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant deorganized attachment status. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martínez, C. & Santelices, P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psyche*, 14(1), 181-191.
- Morton, N. & Browne, K. (1998). Theory and observation of attachment an dits relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse and Neglect*, 22(11), 1093-1104.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R. & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375-388.
- Pianta, R. C., Egeland, B. & Adam, E. K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 273-277.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meisler, C., Miljkovitch, R. & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 39(1), 161-206.
- Pilkonis, P. A. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2(1), 44-152.
- Rosenstein, D. & Horowitz, H. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244-253.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(4), 549-571.
- Santelices, M. P., Ramírez, V., Armijo, I., Pérez-Salas, C. P. (2007). Propiedades psicométricas de la versión chilena del cuestionario de apego en adultos "CAMIR". Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. En B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 95-128). New York: Wiley.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L. & Phelps, J. L. (1999). Mothers' representations of their relationships with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, 35(3), 611-619.
- Smith, J. (1999). Towards a relational self: Social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood. *The British Journal of Social Psychology*, 38(4), 409-428.
- Spitzer, I., Santelli, J., Afbale-Munsuz, A. & Kendall, C. (2004).

- Measuring factors underlying intendedness of women's first and later pregnancies. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(5), 198-205.
- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University Press.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.
- Tyrell, C. & Dossier, M. (1997). *The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders*. Ponencia presentada en Biennial Meeting of Society for Research in Child Development, Washington, D.C.
- Van Ijzendoorn, M. H. & Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual determinants. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (pp. 713-734). New York: The Guilford Press.

Fecha de recepción: Septiembre de 2007.

Fecha de aceptación: Diciembre de 2007.

