

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TRABAJO FINAL DE GRADO LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Modalidad pre-proyecto de tesis**

**Pre-proyecto de investigación: ¿Qué riesgos se pueden  
generar en el desarrollo del niño cuya madre presente  
esquizofrenia?**

**Tutora:  
Mercedes Couso**

**Autora:  
Mary Dávila  
C.I:4.562.410-8**

**25 de Enero de 2015  
Montevideo-Uruguay**

## Índice

Resumen.....	2
Palabras claves.....	2
Fundamentación y Antecedentes.....	2
Referentes teóricos.....	3
Problema.....	11
Preguntas de investigación.....	11
Objetivos.....	11
Metodología.....	12
Consideraciones éticas.....	15
Cronograma de ejecución.....	16
Resultados esperados.....	16
Referencias bibliográficas.....	17
Anexo.....	19

## **Resumen**

El presente proyecto tiene como objetivo investigar los riesgos en el desarrollo psicosocial del niño cuya madre presenta el trastorno de esquizofrenia. En el trabajo se hace un recorrido por diferentes autores que plantean los conceptos de psicosis, esquizofrenia, vínculo madre-bebé y los posibles riesgos que se pueden generar en el desarrollo del niño. El diseño metodológico es de tipo cualitativo y de corte transversal y la investigación se llevará a cabo en el Hospital Pereira Rossell durante dos años, se utilizará técnicas de observación y de hará un seguimiento en el domicilio al niño y su madre con esquizofrenia. También se realizarán entrevistas a informantes calificados del Centro Asistencial. Se espera que los resultados aporten información sobre el vínculo de la madre esquizofrénica con su bebé y además que genere insumos sobre la temática en los Centros de Salud.

**Palabras clave:** Esquizofrenia- Vínculo madre-bebé- Riesgos en el desarrollo.

## **Fundamentos y antecedentes:**

El presente trabajo tiene como finalidad profundizar en los efectos que tiene la esquizofrenia de la madre sobre la construcción del psiquismo del niño en sus primeros años de vida, partiendo de investigaciones que se han realizado sobre esta temática.

Se tomarán aportes de varios autores que han planteado sus concepciones sobre esquizofrenia, el vínculo madre-bebé y respecto a la incidencia de la madre esquizofrénica en el proceso de desarrollo del niño.

La ausencia de registros y estudios de madres con esquizofrenia en Uruguay, conlleva a la inexistencia de datos socio-demográficos y epidemiológicos de MSP, impidiendo tener cifras claras de la cantidad de mujeres que presentan esta enfermedad. La magnitud de la problemática es de considerable importancia, por lo tanto la realización de este proyecto de investigación contribuirá y aportará insumos a técnicos e Instituciones de Salud.

## Referentes teóricos

### Psicosis

Para abordar el presente trabajo considero pertinente comenzar por los conceptos de psicosis planteado por diferentes autores.

Según Laplanche (1968) el concepto de psicosis desde el punto de vista de la psiquiatría abarca varias patologías mentales ya sea desde manifestaciones organogénicas hasta patologías con causas más problemáticas. Es así que el psicoanálisis se enfocó en estudiar las distinciones más importantes como las perversiones, las neurosis y psicosis. De esta manera, Laplanche (1968) define a la psicosis como “una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de la psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos tentativas secundarias de restauración del lazo objetal” (1968:334).

Freud (1914-1963) desde sus inicios ha teorizado sobre el concepto y plantea que el conflicto central en la psicosis se produce entre el Yo y el mundo exterior, una desmentida de la realidad y una posterior remodelación de esta. Al trabajar con pacientes con esquizofrenia sostuvo que no podían establecer la transferencia y de esta manera creó la noción de catexis que hacía alusión a la energía ligada a la representación de un objeto. Planteaba que la esquizofrenia se basaba en la decatectización de los objetos y definía a esta enfermedad como una regresión a un estadio autoerótico del desarrollo debido a grandes frustraciones y conflictos con los demás. Por lo tanto, el retiro de la investidura libidinal de las representaciones de objetos esclarece el retraimiento autístico que presentaba el esquizofrénico y la catexis del sujeto era por ende reinvestida en el self o en el yo (Gabbard, 2002).

Asimismo, Freud (1924) sostuvo que la psicosis se caracteriza fundamentalmente por la imposibilidad de la persona de tener interés emocional respecto de otros sujetos y objetos. También mencionó que al retirar la libido del mundo externo genera en el psicótico un interés desmesurado por las funciones físicas y cualidades psíquicas del yo, es así que el paciente pone su interés emocional más en la palabra que en lo que representa la misma. De esta manera sostuvo que los síntomas que más se destacan de esta patología son secundarios a la incapacidad de amar a otros. Freud concluyó

que las alucinaciones, los delirios y el comportamiento desordenado del psicótico representan esfuerzos primitivos para reparar su desinterés al mundo externo (Kaplan, 1992).

## **Esquizofrenia**

Para realizar un estudio más específico sobre el tema he desarrollado conceptos de esquizofrenia planteados por diversos autores.

La definición más clásica es la propuesta por Ey (1980) quien describe a la esquizofrenia como una psicosis crónica que modifica profundamente la personalidad y se caracteriza por un proceso de disgregación mental, donde la persona deja de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en su pensamiento autístico. Es un proceso lento, progresivo y profundo y se define por un síndrome deficitario (negativo) disociativo-discordante y un síndrome positivo de ideas delirantes. En la esquizofrenia predomina la discordancia, incoherencia ideoverbal, el autismo, perturbaciones afectivas, sistematización de las ideas delirantes y las alucinaciones. Por lo tanto, es una enfermedad mental crónica con un potencial evolutivo desfavorable y la tendencia cada vez mayor de la ruptura del sujeto con la realidad.

Para Tizón (2008:29) la esquizofrenia es un síndrome que “conlleva un grave deterioro de la personalidad, de las capacidades cognitivas y sociales del individuo y de toda su vida social, afectaciones difícilmente recuperables una vez que el trastorno ha desarrollado su efecto desorganizador a través de varios episodios o recaídas”.

Gabbard (2002:184) describe a la esquizofrenia como una “enfermedad heterogénea con manifestaciones clínicas proteiformes”. Para describir a los síntomas de la enfermedad realiza tres agrupaciones, primero son los síntomas positivos: alteración en el contenido del pensamiento (delirios), alteraciones en la percepción (alucinaciones) y manifestaciones conductuales que se producen en un tiempo acotado y se presentan junto a un episodio psicótico agudo. El segundo grupo son los síntomas negativos que se refieren a las dificultades en el pensamiento, el afecto limitado, apatía, anhedonia. El último grupo son las perturbaciones en las relaciones personales que se producen durante un período prolongado, las manifestaciones más importantes de este grupo son: aislamiento, falta de empatía, uso inadecuado de la sexualidad, demandante y dificultad para relacionarse con el otro.

Freud (1914) plantea a la esquizofrenia como una regresión en respuesta a graves frustraciones de la infancia y conflictos con el mundo exterior. Esta regresión estaba asociada al retiro de la investidura libidinal a las personas y los objetos externos, explicando el retraimiento de las personas con esta patología. Es así que plantea que la persona con esquizofrenia reinvierte la libido sobre el yo, denominándola como retracción de la libido, diferente a la neurosis que es la introversión, donde el neurótico carga la libido de objetos fantaseados.

### **Vínculo madre-bebé**

El vínculo madre-bebé ha sido uno de los ejes del pensamiento psicoanalítico y varios autores han desarrollado sus concepciones sobre los factores determinantes de la construcción del psiquismo infantil partiendo de los planteamientos de Freud hasta las actuales teorías de apego.

Con respecto al tema, Freud afirmó que “la madre aparece como objeto de las pulsiones de autoconservación, como madre nutricia y como objeto de las pulsiones sexuales, estimuladora de la libido” (Freud 1895, citado en Altmann 2000). Dicho autor sostiene que el bebé se encuentra en una situación de desamparo, en la cual no logra realizar una acción ordenada y que necesita de otra persona para que atienda sus necesidades y de lugar a la acción específica, permitiendo de esta manera que lo invista narcisísticamente. Por lo tanto, la madre tiene una fuerte influencia en el desarrollo del psiquismo del infante ya que el mismo depende totalmente de ella.

Bion (1966) plantea el concepto reverie aludiendo a la capacidad de la madre de estar en sintonía con las necesidades del bebé y de poder metabolizar las ansiedades y emociones del mismo. Es así que la madre con dicha capacidad organiza el caos de emociones y sentimientos que le generan ansiedad al niño y se los devuelve reorganizados. Si la madre falla en la metabolización de las emociones del niño puede llegar a producir una perturbación en el desarrollo del pensamiento del infante.

Winnicott (1958) es otro referente en cuanto al tema y hace hincapié en la influencia del ambiente sobre el desarrollo psíquico del niño. Plantea que el entorno, representado en los primeros años por la madre, le posibilita o entorpece la realización

de los procesos madurativos. Postula que al principio del proceso de desarrollo el bebé necesita de una “madre suficientemente buena”, escribiéndola como la persona que posee la capacidad de identificarse con sus necesidades, permitiendo que pueda desarrollar una vida psíquica y física apoyada en sus tendencias innatas. En los primeros meses de vida el bebé depende absolutamente de la madre, ella es quien compone el ambiente facilitador apoyada de otros miembros del ambiente social más cercano como el padre y los abuelos. Otro concepto importante de Winnicott es la “preocupación maternal primaria” que alude a las primeras interacciones que se dan entre la madre y el bebé en el último período del embarazo hasta los primeros meses del nacimiento del bebé. En este período la madre se adapta a las necesidades del bebé por medio de tres funciones importantes, las cuales son sostén (holding), manipulación (handling) y presentación del objeto. De esta manera, la madre trabaja sosteniendo, manipulando y presentando los objetos para ayudar al desarrollo psíquico del bebé.

### **Teoría de apego**

Bowlby (1967) plantea la teoría de apego y considera que es fundamental la relación madre-hijo para el desarrollo del niño. Define al concepto de apego como “el proceso por medio del cual los niños establecen y mantienen un sentido de seguridad que se transforma en la base para las próximas separaciones de su madre y para la exploración de su entorno”. Además sostiene que es un vínculo que se va desarrollando a través de la sincronía o la interacción recíproca entre la madre y el bebé, por ejemplo con la mirada, la vocalización, la proximidad, el tacto y el sostén durante las actividades cotidianas. Asimismo, Bowlby (1985) sostiene que el apego se caracteriza por el interés del niño de estar cerca de una o algunas personas que elige y que le brindan la seguridad que necesita para estar en lugares desconocidos y huir hacia dicha persona en situaciones de alarma. El estado de seguridad del niño se logra por la accesibilidad y la capacidad de respuesta de la figura de apego. En situaciones de abandono prolongado o reiterado, el infante pasa por tres etapas, primero protesta, luego se desespera y por último se desconecta de la figura de apego. En algunos casos donde el niño tiene un progenitor con psicosis y la principal figura de apego tiene dificultades en brindarle los cuidados y apoyos necesarios, otros familiares contribuyen a la crianza del infante, generando de esta manera un cambio en el desarrollo temprano.

## **Posibles factores de riesgo en hijos de madres con esquizofrenia**

Tizón (2006) plantea que existe un conjunto de factores de riesgo para los hijos de estas madres, ya sea desde lo biológico, lo psicológico y lo social y además sostiene que estos niños se componen como un grupo de alto riesgo a nivel social. A su vez menciona que la evolución de dichos descendientes se va ver influenciado por el núcleo familiar en el que vivan y por el sostén que le brinde la sociedad que lo rodea.

Tizón (2013) propone cómo identificar los factores de riesgo en la infancia con el fin de colaborar en la prevención del desarrollo posterior de un trastorno mental en la adultez. Una de las agrupaciones que realiza apunta a la alteración de los vínculos con las figuras paternas, sostiene que tanto la función materna como paterna están empobrecidas. Algunos de los factores de riesgo que conforman esta agrupación son: la limitada interacción entre la madre y el bebé; la madre con escasa capacidad para comprender y relacionarse con su hijo, trastorno en la relación precoz madre-bebé, retraimiento en la conducta del bebé, ser descendiente de progenitor/es con un trastorno psicótico.

En otro artículo, Tizón (2008) desarrolla los factores de riesgo para padecer la esquizofrenia, los indicadores tempranos se dividen en 3 grandes grupos: motores, cognitivos y conductuales. Los primeros hacen referencia a las capacidades motrices retardadas, coordinación motora y postural pobre, tics y estereotipias, dificultades en la manipulación fina. Las segundas son la pobre concentración en el juego, retraso en la adquisición del lenguaje, disminución del CI, dificultades en las habilidades ejecutivas y organizadas. La última se refiere al juego solitario, ansiedad en ambientes sociales, hiperreactividad en varones, hiporreactividad en niñas, dificultad en el procesamiento afectivo, falta de socialización.

Tizón (2013) hace hincapié en que el tipo de crianza que reciba el niño por parte de la familia va tener gran influencia en la constitución de un trastorno mental, de esta manera concluye con la idea de que si el niño presenta una vida alterada producto de situaciones o vivencias graves en su entorno familiar va a generar la aparición de una patología. A su vez plantea que los factores ambientales tienen una enorme influencia



en la estructuración del sistema cerebral y la transferencia genética, determinando junto con los factores de riesgo mencionados anteriormente si se desarrolla o no un trastorno mental en la vida adulta.

Por otro lado, Anthony (1980) propone el concepto de vulnerabilidad y manifiesta que los hijos de padres con psicosis pueden presentar o no ciertos trastornos durante el desarrollo. Además denomina a estos trastornos como manifestaciones prepsicóticas y dice que se pueden presentar los primeros brotes psicóticos en la etapa de la adolescencia sin tener correlación con otros trastornos que se hayan manifestado en la infancia. Dicho autor plantea las consecuencias que se pueden presentar en aquellos hijos que tengan uno de los padres con psicosis. Entiende que se puede generar una desorganización importante en la familia, el niño puede pensar la enfermedad de su madre como un comportamiento desviado ya que no cumple con las obligaciones educativas y familiares que él necesita. También puede concebir que dicho trastorno imposibilita a los padres ejercer sus roles familiares. Puede considerar la enfermedad como una crisis de adaptación, provocando que sea difícil el relacionamiento con los padres. El trastorno para el niño puede ser un desafío para reorganizar la familia, ocupando el lugar de cuidador y salvador de los padres. Asimismo Anthony sostiene que el trastorno genera tres respuestas importantes, cierto desarrollo y diferenciación siendo como un efecto estimulante en el niño. Otra respuesta es el derrumbamiento en el infante y por último el contagio que se produce cuando el niño está muy enmadrado (Lebovici, 1989).

Según Winnicott (1969) la psicosis que presentan los padres no genera este trastorno en los hijos y plantea que la enfermedad que posea el niño sólo le pertenece a él. Asimismo sostiene que no es la mejor opción separar a la madre esquizofrénica de su hijo, ya que el autor considera que los padres con psicosis perciben cuando su hijo se encuentra en una situación de peligro, que puede llegar a entender la enfermedad y aportar al tratamiento del infante (Lebovici, 1989).

Bourdier (1972) plantea el concepto de hipermaduración que se desarrolla en los niños que poseen padres que padecen enfermedades mentales. Estos niños representan cierta normalidad, comparándolos con otros niños que presentan síntomas de la neurosis familiar, más aún cuando el infante tiene conocimiento sobre la enfermedad parental, pudiendo de esta manera desvincularse del funcionamiento de la estructura

psicótica familiar. Según este autor lo importante para el desarrollo del niño es la posibilidad que le brinda la familia de acercarse o alejarse de la enfermedad de la madre y de poder identificarse con otras figuras sustitutivas, ya sea algún familiar o una Institución. A su vez, sostiene que la hipermaduración que presentan estos niños para manejarse a diferentes situaciones podría pensarse como precocidad, independencia, hipercontrol que hacen referencia a mecanismo de identificaciones masivas (Lebovici, 1989).

En cambio, Bourdier (1972) diferencia dos grupos de niños maduros, el primero se refiere a aquellos infantes que poseen un excelente rendimiento escolar, sobreinversión de la inteligencia y del lenguaje. El segundo se caracteriza por el sobreinversión de los mecanismos de control: son niños serenos, presentan la afectividad más limitados y con respecto al resultado escolar es más moderado.

De este modo, Boudier (1972) manifiesta que la madre esquizofrénica es tan idónea de percibir la preocupación maternal primaria, concepto tomado de Winnicot, como otras madres. Estas madres pueden presentar en un momento sobreinversiones narcisistas y en otro descuidar repentinamente a su hijo, delegándolo a un cuidador sustituto o alguna institución social, transformándose el niño en el cuidador de la madre enferma. Bourdier entiende que la situación de abandono que sufre el niño, puede tener consecuencias que van desde manifestaciones de fuerte angustia hasta indiferencia hacia la madre enferma. Es así, el infante no tolera la soledad y se entrega al agresor identificándose con él, generando de alguna manera perturbaciones en el desarrollo del yo, alteraciones en la personalidad o inhibición sexual. Otra de las consecuencias de la psicosis parental es la perturbación en la comunicación produciendo un desequilibrio familiar (Lebovici, 1989).

### **Técnicas de observación díada madre-bebé**

Con respecto a las técnicas de observación díada madre-bebé me basaré en las técnicas planteadas por Altmann y Bick.

Altmann (2000) plantea un método de observación de la díada madre-bebé que consiste en la realización de una serie de entrevistas, en un marco hospitalario donde aparece la madre con su bebé, el cual presenta una patología y es derivado por un

médico tratante. A su vez de dichas entrevistas se toma datos de la filmación y de la transcripción textual con el objetivo de investigar si existe una patología de la interacción entre la madre-bebé que influya de alguna manera en la construcción del psiquismo del lactante. Para esto se utilizó dos protocolos, uno es la Escala de los Indicadores del Apego, de Massie-Campell y el Modelo de los Ciclos terapéuticos de Bucci y Mergenthaler. Esta metodología de trabajo toma los aportes que han realizado las diferentes disciplinas a la práctica clínica psicoanalítica.

Por otro lado, Izzedin-Bouquet (2009) realizó un artículo sobre el método de observación de bebés de Esther Bick, en el cual ella sostiene que dicho método colabora al desarrollo personal del observador y que se aplica en la clínica para la atención de niños con patologías del desarrollo, además interviene en las relaciones disfuncionales entre la madre y el bebé. El método está constituido por tres etapas, la primera es la observación del lactante, la segunda es el registro de las observaciones y la última es la discusión grupal. Lo primero que hace el observador es ir a la casa del lactante una vez por semana, siempre a la misma hora, las observaciones son desde el nacimiento del bebé hasta cumplir los dos años. El observador debe de tomar una postura objetiva y tratar intervenir lo menos posible, más allá de que su presencia condicione al bebé observado. El observador debe de tomar en cuenta todo lo observado, sus pensamientos, sentimientos y asociaciones, y debe de estar atento a todas las situaciones tomando nota al finalizar la observación o hasta las 12 horas siguientes. Se debe registrar tanto el comportamiento del bebé como de las personas que lo rodean, a su vez no se puede realizar interpretaciones psicológicas. Después de terminar con las observaciones los registros se cambian a un lenguaje técnico.

Posteriormente, se realizan reuniones de frecuencia semanal con el equipo de observadores y un coordinador para discutir lo observado. El objetivo es poder observar todos los cambios que se den en el ambiente familiar y en la interacción entre la madre y el lactante para interpretar las conductas del bebé y sus patrones de comunicación con su entorno.

## **Problema**

- Describir los efectos en la constitución del psiquismo del niño cuya madre presenta Esquizofrenia.

### **Pregunta de investigación**

¿Qué riesgos se pueden generar en el desarrollo del niño cuya madre presenta Esquizofrenia?

### **Objetivos**

#### Objetivo general:

- Visualizar patrones de vínculos teniendo consideración de las distintas características del bebé y de la madre

#### Objetivos específicos:

- Estudiar efectos que se pueden producir en la constitución psíquica del bebé cuya madre presenta Esquizofrenia.
- Estudiar modos de vínculos que se generan entre la madre esquizofrénica y el bebé.
- Producir indicadores de riesgo para el desarrollo del niño en los modos vinculares descritos.

### **Metodología**

#### Tipo y diseño general de estudio:

Para la realización de la investigación, utilizaré el método cualitativo de corte transversal. De esta manera, Sampieri (2010) plantea que la investigación cualitativa tiene como finalidad entender y profundizar los fenómenos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural.

Por otro lado, Creswell plantea que es un “proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas- la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía, y el estudio de casos- que examina un problema humano o social” ( Creswell, 1998:15, 255, tomado de Vasilachis, 2006). A su vez sostiene que el investigador crea una imagen compleja, analiza, interpreta, plantea detalles de las entrevistas de los informantes calificados y estudia la situación natural que se le presenta.

Asimismo, Isern (2006) afirma que el estudio transversal se observa y analiza un proceso en una situación determinada.

#### Técnica:

Utilizaré la técnica de observación no participante de la díada madre-bebé, específicamente a aquellos niños pequeños que se encuentran en la sala de posparto junto a su madre quien presenta trastorno de esquizofrenia, en el Hospital Pereira Rossell.

#### Escala de Massic-Campbell:

Para el estudio del apego entre la madre y el bebé en sus primeros años de vida utilizaré la escala de Massic-Campbell (2007) denominada ADS (Escala de Apego durante Stress). Es un instrumento que consiste en observar la calidad de apego entre la madre y el bebé que posea entre 0 a 18 meses, en situaciones de stress como por ejemplo durante un examen pediátrico, un encuentro en la sala de espera del Hospital después de la separación entre madre y bebé, el baño del bebé, entre otras. Son momentos en que la interacción entre ambos es más intensa y las conductas son más visibles para la persona que observa. La escala posee dos pautas de observación una para la madre y otra para el bebé, cada pauta evalúa seis indicadores básicos para observar el apego que son el sostén, mirada, vocalización, tacto, afecto, proximidad. El primero consiste en el acomodamiento entre la madre y el bebé mientras ella lo tiene en sus brazos, la mirada se basa en el intercambio de miradas, la intensidad que se produce y la duración de la misma. La vocalización son los sonidos, cantos, balbuceos

que se generan en la interacción ya sea para jugar o comunicar algo, por ejemplo el llanto. El tacto es el contacto piel a piel iniciado ya sea por la madre o el bebé con fines afectivos o de juegos. El afecto hace referencia a los estados afectivos en que se encuentran la madre y el bebé, por ejemplo un estado donde hay tensión, felicidad, ansiedad, enojo. Por último, la proximidad es el proceso de estar cerca, lejos o al lado el uno del otro. En situaciones de stress alude a si la madre opta por estar cerca o lejos del bebé y en el caso del niño si mantiene contacto físico y visual con la madre. Dicha escala tiene como objetivo ayudar a que se produzcan intervenciones tempranas destinadas a mejorar la calidad de apego entre la madre y el bebé y de esta manera poder prevenir la instauración de comportamientos patológicos en la familia y de trastornos en el desarrollo en el infante. Bick sostiene que por medio de este método de observación se puede comprender las conductas no verbales del bebé, además ayuda a la prevención y la intervención temprana en el desarrollo del niño.

## **Diseño metodológico**

### Área de estudio:

La investigación se llevará a cabo en el Hospital Pereira Rossell, ubicado en el barrio Cordón, en Montevideo.

### Universo de estudio:

Madres entre 20-40 años con Esquizofrenia, juntas con sus hijos desde el nacimiento hasta los dos años que se asisten en el Hospital Pereira Rossell.

Además se realizará un seguimiento en su domicilio hasta que el niño cumpla los dos años y se aplicará la Escala de Massic-Campbell como mínimo 2 meses.

## **Enfoque**

### Estudio de casos:

Varios autores han propuesto definiciones sobre el estudio de casos, siendo este una estrategia de diseño de la investigación cualitativa que contribuye a seleccionar los escenarios reales donde se encuentran las fuentes de información (Rodríguez; Gil; García, 1999).

Denny (1978:370) entiende el concepto de estudio de caso “como un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que

tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo” (citado de Rodríguez; Gil; García, 1999).

Según García Jiménez (1991) el estudio de casos es un proceso de indagación que se basa por el análisis detallado, interpretativo y sistemático del objeto que se pretende investigar (tomado de Rodríguez; Gil; García, 1999).

Rodríguez (1999) propone que el objeto de estudio puede ser un sujeto, una institución, un programa educativo o una situación determinada. El requisito es que tenga un límite físico o social que le atribuya importancia al objeto de interés.

Yin (1994) plantea la tipología de los estudios de casos, el estudio de caso único y el múltiple. El primero se utiliza para “abordar una situación o problema particular poco conocido que resulta relevante en sí mismo o para probar una determinada teoría a través de un caso que resulta crítico” (tomado de Vasilachis, 2007:224).

A su vez, sostiene que tiene un carácter crítico ya que el caso posibilita comprobar, modificar o profundizar el conocimiento respecto al objeto. También posee un carácter extremo o unicidad, ya que es singular, irrepetible y propio de cada objeto. Y por último, tiene el carácter revelador, ya que el investigador puede estudiar y observar un hecho, fenómeno o sujeto que antes era inaccesible para la investigación científica. El estudio de caso múltiple se toman varios casos únicos a la vez con el fin de estudiar la realidad que busca investigar, observar, detallar o cambiar (Rodríguez; Gil; García, 1999).

Utilizaré el diseño de caso único porque pretendo realizar un seguimiento en el domicilio de la familia que seleccionaré para observar el vínculo de la madre esquizofrénica con su bebé durante el período de dos años. De esta manera, utilizaré la modalidad observacional ya que la observación participante será la principal técnica de recogida de datos del objeto de estudio.

## **Técnicas**

Instrumentos empleados en la obtención de los datos:

Para realizar la investigación utilizaré tres técnicas de investigación.

La primera es el rastreo bibliográfico, tomando las concepciones planteadas por varios autores sobre los conceptos de psicosis, esquizofrenia, el vínculo madre-bebé, teoría de apego y los posibles efectos en el desarrollo infantil. La segunda consiste en realizar entrevistas a informantes calificados a efectos de obtener información relevante sobre el impacto en la construcción del psiquismo del niño que posee una madre esquizofrénica, según sus conocimientos, percepciones y experiencia sobre el tema. De esta manera, se realizará entrevista a Psicólogos, Psiquiatras, Pediatras y Neuropediatras.

La última se refiere a la observación que realizaré durante dos años, tanto en el domicilio de la familia como en la sala de espera del Hospital Pereira Rossell, donde se asisten el bebé y la madre. Para la observación de la díada madre-bebé utilizaré un objeto de medición, la Escala de Masic-Campbell. En el domicilio de la madre y el bebé pretendo realizar un seguimiento durante dos años con el fin observar y evaluar el vínculo que se va conformando en ese período de tiempo.

### **Consideraciones éticas**

Para la realización de este proyecto de investigación tomaré los recaudos necesarios desde el punto de vista ético. El cuidado y el respeto a las personas que participen del mismo son los componentes fundamentales de la investigaciones con seres humanos. Antes de comenzar con un proyecto de investigación, se le debe de informar a las personas que participen del mismo sobre el propósito y las condiciones de la investigación que formarán parte (Leibovich de Duarte, 2000).

Se le planteará la investigación en términos claros que ayuden a la comprensión y no resulten científicos o específicos de la psicología, la importancia de la participación en el proyecto, la duración del mismo, el anonimato de los datos de los participantes y la libertad de optar por acceder o no a la misma (Calo, Hermosilla, 2000).

La información personal de los participantes se mantendrá de manera confidencial y no existirá riesgo alguno para los participantes en esta investigación. Tampoco se percibirá remuneración alguna por parte de la investigadora hacia los participantes.

Los principios éticos anteriormente mencionados, se encuentran regidos por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2001).

### **Cronograma de ejecución**

<b>Actividades</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
--------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Revisión y ajuste metodológico	■								
Revisión bibliográfica. Contacto con el Hospital Pereira Rossell.		■							
Entrevistas a informantes calificados. Inicio de seguimiento al domicilio de la flia.			■						
Inicio de observación en la sala de espera. Recolección de datos.				■					
Análisis de datos.					■				
Informe de avance.						■			
Segundo informe de avance.							■		
Finalización del seguimiento a la familia.								■	
Documento final.									■
Difusión de los resultados.									■

### Resultados esperados

- Haber generado información sobre el vínculo de la madre esquizofrénica con su bebé.
- Sensibilizar a la población respecto a la incidencia que tiene la esquizofrenia de la madre sobre la construcción del psiquismo del niño en sus primeros años de vida.
- Se espera generar impacto e insumos que contribuyan al trabajo en el Sistema de Salud sobre problemática.
- Difundir conocimientos sobre la temática en el área académica.

### Referencias Bibliográfica

- Bick, E. (1964). *Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis*. En: Revista de psicoanálisis de 1964; 24 (1): 34-9. Recuperado en: [http://www.asociacionbick.org/pdf/notas\\_observacion\\_lactantes\\_ensenanza\\_psicoanalisis.pdf](http://www.asociacionbick.org/pdf/notas_observacion_lactantes_ensenanza_psicoanalisis.pdf)
- Calo, O; Hermsilla, A.M. (eds). (2000). *Psicología y Mercosur: la dimensión ética de la integración y antecedentes del debate en Argentina*. Fundamentos en Humanidades. I(2). 46-54.  
Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400205.pdf>
- Coordinadora de psicólogos del Uruguay. (2001). *Código de ética del Psicólogo*. Montevideo, Uruguay.
- Ey, H; Bernard, P; Brrisset, Ch. (1980). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, España: Masson.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Vol XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *Neurosis y psicosis*. Vol XIX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*. Vol XIX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica: Esquizofrenia*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- -Isern, M; Gallego, C; Segura, A. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. España: Universidad de Barcelona.
- Izzedin-Bouquet, R. (2009). *El método de observación de bebés de Esther Bick*. En: Revista perinatología y Reproducción humana 2009; 23 (4): 219-222. Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip094e.pdf>
- Kaplan, H; Sadock, B. (1992). *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona, España: Salvat.
- Lebovici, S; Diatkine, R; Soulé, M. (1989). *Los hijos de familias psicóticas*. Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente. Tomo VI. España: Biblioteca Nueva.
- Leibovich de Duarte, A. (2000). *La Dimensión Ética en la Investigación Psicológica*. Investigaciones en Psicología 1(1). Argentina: Facultad de Psicología UBA.
- Manual de Administración, Codificación y Guías de Conductas Problemáticas en el Apego. (2007). *Escala Massie-Campbell de observación de indicadores*

*de apego madre-bebé en situaciones de stress*. Chile: Universidad del Desarrollo.

- Rodríguez, G; Gil, Ja, E99). *Metodología de la investigación cualitativa*.
- Sampieri, R; Collado C; Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Sanchez, P; Sanz, L. (2005). *Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: a propósito de un caso*. Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría. Vol XXV, nº 95. España. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352005000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352005000300009&script=sci_arttext)
- Tizón, J; Parra, B; Artigue, J.(2006). *Hijos de pacientes psicóticos en el proyecto SASPE: investigar para cuidar un futuro comprometido*. España. Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1987722>
- Tizón, J; Artigue, J; Parra, B.(2008). *Factores de riesgo para padecer trastorno psicótico: ¿Es posible realizar una detección preventiva?*. España. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a02.pdf>
- Tizón, J. (2010). *¿Uno por ciento, esquizofrenia?*. España. Recuperado en: <http://archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=33&path%5B%5D=34>
- Tizón J & Artigue, J. (2013). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. Recuperado en: <http://www.sep-psicoanalisi.org/wp-content/uploads/2011/04/Artigue.pdf>
- Vasilachis, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.

## Anexo

## ESCALA MASSIE-CAMPBELL DE OBSERVACIÓN DE INDICADORES DE APEGO MADRE-BEBÉ EN SITUACIONES DE STRESS (o Escala de Apego Durante Stress (ADS))

### MANUAL DE ADMINISTRACIÓN, CODIFICACIÓN Y GUÍA DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS EN EL APEGO

El presente manual corresponde a una guía práctica para la administración, codificación e identificación de conductas problemáticas en el apego, de la Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (1978). El manual constituye una reformulación y adaptación del instrumento original, para ser utilizado por profesionales que trabajen en la atención primaria, en la evaluación del control sano del sexto mes del bebé.

El manual no constituye un instrumento diagnóstico del apego, sino que sirve como una herramienta y guía de observación que todo profesional de salud puede utilizar para ayudar a los bebés y sus familias.

Este manual ha sido creado por la Unidad de Intervención Temprana (UIT) de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, en el contexto de una licitación del Ministerio de Salud. Para consultas sobre el mismo, contactar a Felipe Lecannelier Acevedo

Esta pauta no puede ser utilizada sin el entrenamiento apropiado y certificado

El presente manual está constituido de X partes. En primer lugar, se desarrolla un breve glosario de términos y conceptos básicos que permite comprender la escala de observación, su relevancia, y sus elementos. En segundo lugar, se explica la escala, de acuerdo a su modo de administración, su pauta de codificación y su modo de corrección. Posteriormente, se articulan guías prácticas utilizando los criterios de observación de la escala, para identificar modos o estilos de apego que se pueden producir entre una madre y un bebé. Finalmente, el manual aborda un listado de conductas problemáticas en el apego, tanto de parte del bebé como de la madre, para ser observadas en el contexto del control del niño sano.

## PRESENTACIÓN

Durante los últimos 20 años han surgido un sinnúmero de investigaciones provenientes de diversas disciplinas biológicas, psicológicas y sociales que han demostrado que la calidad de la relación afectiva que una madre y padre establecen con sus hijos, se constituye en un factor determinante de su salud mental, física y social, presente y futuro. Esta relación afectiva se le llama “apego” y es considerado en la actualidad como un “espacio vital de crecimiento” del niño.

Por otra parte, la carencia de instrumentos de tamizaje para evaluar aspectos del desarrollo relacional entre un cuidador significativo y un infante (de 0 a 2 años) ha sido una problemática dentro de la detección de rezago temprano en los contextos de atención primaria.

Por esta razón es que la detección y evaluación de la calidad de esta relación durante los inicios de la vida es una tarea primordial para la prevención y detección precoz de problemas presentes y futuros en el niño y su familia. Prevenir adecuadamente en los problemas de apego del niño con su familia ha sido considerado una estrategia efectiva para que los problemas, sufrimientos y dificultades del niño no se conviertan en rasgos estables, crónicos e inmodificables de su personalidad y experiencia de vida.

El presente manual se ha creado con el objetivo de que todo profesional de atención primaria pueda utilizar una pauta de observación simple sobre la calidad de la relación de apego de la madre con su hijo, entre el primer mes y los 12 meses de vida. El uso de esta pauta de evaluación permitirá generar un cambio radical (y necesario) en la atención primaria, al considerar el apego madre-bebé como un criterio que permita dar cuenta del desarrollo del niño, y sus posibles dificultades. Es muy importante remarcar que la utilización de esta pauta no viene a remplazar la experticia que los profesionales tienen sobre la atención de las madres y sus bebés, sino que permite ordenar de un modo sistemático, una experiencia ya adquirida. Del mismo modo, su uso no requiere necesariamente un esfuerzo extra de parte de aquellos profesionales ya que se utiliza en el contexto del control del niño sano.

A continuación, se explicará de un modo didáctico algunos términos esenciales para poder comprender qué es lo que uno está evaluando al utilizar esta “escala de observación del apego”.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**-APEGO:** el apego es una relación afectiva que se establece entre dos seres humanos, y que dadas sus características específicas, suele darse primariamente entre los padres y sus hijos, desde el periodo del embarazo. El apego se puede diferenciar de otros tipos de relaciones o vínculos afectivos (tales como el vínculo entre hermanos o compañeros de trabajo), en el sentido de que posee ciertos rasgos que la hacen ser especial y diferente:

- El vínculo de apego implica una motivación biológica del bebé para conectarse, relacionarse, comunicarse y protegerse con un adulto, que generalmente es la madre y el padre (pero que pueden ser otros cuidadores alternativos, en la medida que satisfaga las condiciones entregadas a continuación). Esto significa que el vínculo de apego es una necesidad biológica de todo infante, para sobrevivir y desarrollarse a través del ciclo vital.
- El vínculo de apego es el espacio que permite al niño desarrollar un sentido de seguridad y protección frente al mundo, lo que le permitirá posteriormente adaptarse a diversas condiciones vitales de stress (separaciones, demandas ambientales, cognitivas, afectivas y sociales).
- El vínculo de apego tiene que ser duradero en el tiempo: en general, el apego necesita de un tiempo considerable para formarse y desarrollarse (a lo menos 7-8 meses en el caso de los bebés durante su primer año, y a lo menos 1 año en el caso del apego entre dos adultos). La duración del apego es lo que genera su fortalecimiento a través del tiempo.
- El vínculo de apego tiene que ser relativamente estable en el tiempo: esto implica que para que el apego padres-bebé se forme no deben existir periodos de quiebre o separación prolongados. Es la estabilidad en el tiempo de la relación entre los padres y el bebé lo que empieza a generar el “hábito del apego”, y por ende, lo que fortalece su relevancia.
- Los bebés tienen la capacidad de vincularse con sus padres, desde el embarazo, pero alrededor de los 6 meses de vida es que se empieza a formar un determinado estilo mutuo de relacionarse entre ellos (llamado “estilo de apego”).
- El vínculo de apego tiene siempre que implicar la regulación, contención y protección de situaciones de stress del niño: el stress del niño se entiende como cualquier reacción que des-regula la homeostasis del niño (hambre, frío, soledad, rabia, frustración, dolor, incomodidad, etc.). Entonces, el apego se

forma en el constante proteger, calmar, contener y regular todas aquellas situaciones de stress que un bebé pueda experimentar.

*Más aún, la calidad del apego es en gran medida determinada por la calidad de los padres para calmar y contener todo tipo de stress del bebé!!*

**-REGULACIÓN DEL APEGO:** si el apego se desarrolla principalmente en aquellos momentos de stress del bebé, entonces las conductas que los padres realicen para calmar ese stress va a ser un aspecto determinante de la calidad del apego que se vaya a desarrollar. En general, por “regulación del apego” se entienden todas aquellas conductas que los padres hacen cuando el bebé está estresado. Una regulación adecuada del apego implica aquella que es efectiva (calma al bebé), es contenedora (lo hace sentirse querido), es protectora (lo hace sentirse protegido del peligro), es predecible y estable (lo hace sentir que es algo que los padres siempre o casi-siempre hacen). Sin embargo, existen padres que suelen realizar conductas de regulación que generan más stress y molestia en el bebé, ya sea porque los padres suelen ser más bien fríos y evitantes, o más bien ansiosos y sobre-estimuladores.

**-ELEMENTOS DEL APEGO:** en términos más concretos, el apego puede observarse a través de ciertos “elementos” que se producen en la interacción entre los padres y el bebé. Estos elementos son como las “piezas” que forman el apego.

Los principales elementos suelen ser:

- El contacto físico: es decir, el contacto piel a piel que los padres hacen con el niño, para calmarlo, estimularlo, o simplemente con un fin de juego. En general, este contacto se expresa a través de caricias y palmoteos. La evidencia científica ha mostrado que un contacto físico constante, regular y positivo (cariñoso) suele tener importantes beneficios para el desarrollo integral del niño.
- Contacto visual: es decir, el juego de miradas que se produce entre los padres y el niño. La mirada, al igual que el contacto físico, puede calmar o estimular al bebé, y una mirada cálida, afectiva y que se adapte a los estados del bebé, suele ser muy beneficiosa para su desarrollo.
- Vocalizaciones: es decir, todos aquellos cantos, palabras, balbuceos, comentarios, etc., que se emiten en la interacción con el bebé. Estas vocalizaciones suelen ser una vía muy útil para calmar o estimular al bebé, y ayuda a que éste se sienta vinculado con sus padres.
- La afectividad: todos los elementos anteriores se envuelven en un “tono afectivo” que implica el estado emocional de los padres al cuidar al niño. Es decir, que una madre puede hacer contacto físico, visual y vocalizar, pero si lo hace en un afecto de rabia, no van a tener el efecto positivo esperado.

**-ESTILOS DE APEGO:** desde los 6 meses de vida del bebé, ya es posible empezar a identificar el hecho de que las madres y sus bebés han ido aprendiendo un modo de relacionarse. Este modo o estilo de relación suele entenderse como que ya la madre y el bebé suelen aplicar los elementos del apego de un modo repetitivo en diversas situaciones. En general, donde más se suele formar estos estilos de apego es en aquellas instancias en donde el bebé se encuentra estresado y la madre o el padre contienen, regulan, calman o protegen ese stress a través del contacto físico, visual, vocalizaciones y afectividad.

Los estudios han identificado 4 tipos básicos de apego:

- **APEGO SEGURO:** es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo adecuado (calmado, positivo, y alegre), y por la misma razón es que suele tener un contacto físico, visual, y vocalizaciones frecuentes y positivas. Del mismo modo, se observa una relación en donde la madre es

capaz de calmar, contener, proteger el stress del niño de modo adecuado (el stress disminuye, no aumenta). Por último, el bebé aunque pueda estar con stress, se ve placido, tranquilo y se contacta con su madre (vocaliza, mira, balbucea, y busca el apego en ella).

- **APEGO INSEGURO EVITANTE:** es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo inadecuado que se expresa bajo la forma de la indiferencia y frialdad (puede ser apática, angustiada y/o temerosa). En general, se observa un “envoltura” afectivo en donde la madre suele evitar el contacto con el niño (y por ende, vocaliza, mira y toca poco al bebé). Esto suele ser más pronunciado en momentos de stress del bebé, en donde se infiere que la madre evita el apego, o lo hace de un modo mecánico. Por último, el bebé puede ser igualmente evitante del contacto afectivo, no mirando, ni vocalizando, ni buscando a la madre (aunque algunos pueden también mostrar conductas de enojo e irritabilidad en algunas ocasiones).
- **APEGO INSEGURO AMBIVALENTE:** es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo inadecuado que se expresa bajo la forma de sobre-estimulación (madre angustiada, tensa e intrusiva). En general se observa un “envolvimiento” afectivo muy exagerado, en donde la madre suele estar “encima” del niño, vocalizando, mirando y tocándolo constantemente (pero de un modo angustiada y/o enojado, o con un afecto positivo que se observa como falso o exagerado). Esto suele ser más pronunciado en momentos del stress del bebé, en donde se infiere que la madre trata de calmarlo a través del uso exagerado de los elementos del apego, o puede también mostrarse muy nerviosa en sus intentos de calmar al niño, alternando con actitudes de indiferencia y frialdad. Por último, algunos bebés pueden ser reacios al contacto mostrando agresividad (tratando de “salirse” de los constantes intentos de la madre de estar “encima” de él) o presentar una aferramiento hacia la madre.
- **APEGO DESORGANIZADO:** es un estilo de relación en donde la madre suele presentar conductas extremadamente frías e indiferentes (pudiendo llegar a la negligencia), o muy intrusivas y enojadas (pudiendo llegar al maltrato físico y psicológico). Este estilo de apego NO puede ser identificado a través de la pauta de observación que aquí se presenta, pero si a través de la presencia de determinadas Conductas Problemáticas en el Apego (CPA), que se explicitan al final del manual.

-Diversos estudios realizados a través de un sinnúmero de países del hemisferio norte y sur han mostrado que en general, alrededor del 55-70% de los niños y madres presentan un apego seguro, el 20% apego inseguro evitante, 12-15% de apegos ambivalentes, y el 8-10% apego desorganizados.

**-SENSIBILIDAD MATERNA:** es una habilidad de las madres y los padres para detectar las señales de stress (y positivas) de los bebés, saber qué implican esas señales, regular/calmar/protegerlas adecuadamente, y actuar de manera rápida frente a las mismas. Por ejemplo, saber detectar el llanto del bebé, conocer qué es un llanto de hambre, calmar ese llanto, y calmarlo lo más rápido posible. Diversos estudios realizados durante los últimos 25 años han demostrado que los padres que suelen desarrollar esta habilidad forman un apego seguro con sus hijos, y éstos desarrollan capacidades personales y sociales positivas en sus vidas.

**-TEMPERAMENTO:** en una relación de apego, tanto los padres como el bebé hacen su contribución (ponen de su parte). En el caso de la contribución del bebé, se llama “temperamento”. El temperamento implica que no todos los bebés son iguales al nacer,

y que cada bebé tiene una sensibilidad (reactividad) única hacia los estímulos internos y externos. Esta sensibilidad se expresa en sus afectos (bebés más contentos o bebés más rabiosos), en su sensorialidad auditiva, olfativa, visual, táctil y gustativa (por ejemplo, bebés más sensibles a determinados ruidos, u olores, o gustos, o estímulos visuales intensos), actividad (bebés más o menos activos), y regulación (bebés más capaces de calmarse)

## ¿CÓMO SE ADMINISTRA, CODIFICA Y CORRIJE LA ESCALA DE OBSERVACIÓN?

### DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ESCALA

La elaboración de escalas para evaluar la calidad del apego entre los padres y el niño durante sus primeros años de vida ha sido uno de los principales objetivos de los investigadores del apego temprano, a través del mundo (Solomon & George, 1999). Desgraciadamente, la gran mayoría de estas escalas no han sido creadas para los fines de evaluación masiva en contextos de atención primaria. Una escala de este tipo debería poseer los siguientes criterios: fácil y rápida administración; corrección práctica y operativa; fácil entrenamiento a todo profesional de salud en contextos de atención primaria; y poseer básicos estándares de confiabilidad y validez.

La Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (de ahora en adelante “Escala de Apego durante Stress (ADS)” posee todos los requisitos anteriormente mencionados, y ha sido utilizada en diversos estudios sobre su validez y confiabilidad (Lopez & Ramirez), en estudio de poblaciones normativas de NSE medio y bajo (Lecannelier, Undurraga, Olivares, Goldstein & Hoffmann, 2005; Kotliarenco et al., 2007) y poblaciones de alto riesgo (Lecannelier & Hoffmann, 2006).

Este es un instrumento que se usa para evaluar la calidad del apego entre un cuidador significativo (que generalmente son los padres) y su bebé de entre 0 y 18 meses (pero suele ser preferentemente utilizada durante el primer año). El instrumento consiste en una pauta de evaluación para situaciones de stress del bebé, y ha sido elaborado por Henry Massie & Kay Campbell (1978). El objetivo de esta pauta consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales y que suelen ser fuertes indicadores de la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé. Más específicamente, la pauta contiene 6 indicadores: 1) mirada; 2) vocalización; 3) tacto; 4) sostén; 5) afecto; 6) proximidad.

La escala posee dos pautas de observación, una para la conducta de la madre (o cuidador) y la otra para la conducta del bebé. En cada uno de los indicadores se asigna un puntaje de 1 a 5, dependiendo del tipo de la frecuencia e intensidad del indicador.

### MODO DE ADMINISTRACIÓN

La Escala de Apego durante Stress (ADS) ha sido creada para ser utilizada preferentemente en contextos de stress moderado del bebé. Más específicamente, fue creada para su uso rápido en el contexto de la consulta pediátrica, aunque también puede utilizarse en otros momentos de stress moderado del bebé (tales como la muda, el baño, la alimentación, y momentos breves de separación con algún cuidador significativo).

En general, esta escala ha sido utilizada en los siguientes contextos de aplicación:



- Para organizar y registrar posibles dificultades en el apego, en contextos de observación pediátrica.
- Para organizar y registrar la necesidad de realizar seguimientos preventivos en bebés y madres que evidencien altos niveles de riesgo y rezago relacional.
- Para evaluar la efectividad de intervenciones tempranas destinadas a fomentar la calidad del apego madre-bebé.
- Para enseñar habilidades parentales positivas.
- Para enseñar (herramienta de aprendizaje) habilidades de observación de apego y sus dificultades.

Las recomendaciones prácticas para la administración de la escala son las siguientes:

- Puede realizar la observación en el contexto del control sano, asegurándose de que haya espacio suficiente para que la madre (o el padre), el bebé y el examinador puedan estar.
- Asegúrese de tener la pauta de observación y un lápiz de mina, siempre a mano.
- La observación y codificación puede realizarla la persona que realiza el examen, u otro ayudante u observador que haya sido entrenado (solo tenga en mente llenar la pauta de observación inmediatamente después de haber realizado el examen).
- NUNCA dirija a la madre sobre lo que tiene que hacer con el bebé para la evaluación del apego con el bebé. Es decir, que si la madre decide no tomarlo en brazos, o no calmarlo si el bebé está llorando, no dirija su conducta. La importancia de la escala es captar el estilo de apego sin interferencias de terceros.
- NO se recomienda explicar en detalle a la madre el procedimiento ya que eso puede alterar su conducta habitual con el bebé.

#### MODO DE PUNTUACIÓN DE LA ESCALA:

##### 1.-Pasos generales para puntuar la escala:

- Dado que es imposible que usted se concentre en todo momento en la interacción madre-bebé (ya que tiene que hacer otros procedimientos), se le pide que observe todas las secuencias que usted pueda de stress→regulación. Es decir, que para tener una idea de la calidad del apego se le recomienda que observe momentos en donde el bebé se sienta estresado y la madre realice alguna acción para calmarlo (esa es una secuencia stress/regulación). Si usted no recuerda esos episodios puede usar como base el periodo en donde el bebé expresó su mayor stress (o el periodo que usted conoce que más estresa a los niños). NOTA IMPORTANTE: en la gran mayoría de los bebés, el llanto es la expresión de stress por excelencia, sin embargo los bebés con patrón evitante o con otras dificultades, no suelen llorar cuando están estresados, por lo que se recomienda al observador que asuma que si un bebé está recibiendo un examen pediátrico, es una situación estresante para todo bebé.
- Una vez terminado el examen, tome su pauta de observación y haga una cruz en aquellos casilleros que usted considera que corresponden a la conducta observada por usted (de la madre y el niño).
- Una vez completada la pauta, trace un perfil y observe sus codificaciones e identifique si corresponden a algún estilo de apego determinado (apego seguro, inseguro evitante, inseguro ambivalente).

- Posteriormente, anote en la segunda hoja de la pauta, si usted observó algunas conductas problemáticas, tanto de la madre como del bebé (en el manual se explicarán estas conductas).
- Finalmente, anote los datos básicos de identificación de la madre y el bebé, junto con recomendaciones de derivación (si las hubiere).

## 2.- Los elementos de la escala de observación (ver escala en anexos).

La Escala ADS consiste en:

- Dos pautas de observación: una para la madre y otra para el bebé.
- Cada pauta evalúa 6 aspectos o “elementos” del apego:
  - Mirada: intercambio de miradas, su intensidad y persistencia.
  - Vocalización: sonidos, cantos, balbuceos que se emiten en la interacción para interactuar, jugar o comunicar algo. Por ejemplo, el llanto comunica el stress del bebé.
  - Tocando: es el contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, pero que no incluye el tomar en brazos o abrazar, sino solo tocar con fines afectivo o de juego)
    - Tocando (a): es la BUSQUEDA de contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, para interactuar, jugar, estimular o calmar.
    - Tocando (b): es la EVITACIÓN del contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé.
  - Sosteniendo: es el “sostén” físico que se produce entre la madre y el bebé, cuando ella lo toma en brazos.
  - Afecto: es la “envoltura” afectiva en la que se encuentra la madre y el bebé (tensa, enojada, apática, ansiosa, feliz). En momentos de stress, es esperable que la madre se encuentre ligeramente ansiosa, alerta, y atenta.
  - Proximidad o cercanía: es el proceso de estar cerca, lejos o al lado, entre la madre y el bebé. En momentos de stress, se refiere a si la madre prefiere estar cerca o lejos del bebé, y en el caso del infante a si suele seguir a la madre con su cuerpo y mirada.
- Estos 6 elementos del apego, se puntúan en una escala de 1 a 5 puntos (ver modelo):
  - Puntajes de 1 y 2: en general estos puntajes se refieren a tendencias a evitar el contacto, o a no responder a las señales que la otra parte está entregando.
  - Puntajes de 3 y 4: en general estos puntajes implican un rango normal de conductas.
  - Puntaje de 5: en general un puntaje de este tipo implica una tendencia a sobre-reaccionar, y a presentar una actitud intrusiva, exagerada y con un apego extremo hacia el bebé. Por ejemplo, el modelo que se presenta en el caso del elemento “mirada” de la madre, un puntaje de 5 implica que la madre fija la mirada en el bebé por periodos largos de tiempo.
  - Si la persona no ha observado algún tipo de conducta, tales como por ejemplo, que la madre abraza al bebé, se pone una cruz en “Comp. no Obs.” (comportamiento no observado).

3.-Los elementos de la escala y sus puntajes: Una explicación.

A continuación, se explica cada elemento para la madre y el bebé, y lo que significa cada puntaje. De este modo, el observador tendrá una noción mas clara y acabado de todo lo que entrega la escala.

Es muy importante tener en cuenta que los puntajes solo se constituyen como “guías de ayuda” para observar e identificar estilos de apego en la relación madre-bebé. Esto implica que no existe el “puntaje correcto” en esta escala.

**-MIRADA**

**a.- Mirada del bebé**

CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la cara de la madre	Frecuentes miradas, alternando entre miradas largas y cortas a la cara de la madre	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo	Comp. no Obs.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Tendencia del bebé a evitar siempre o casi siempre la mirada de la madre. El bebé puede estar mirando el cuerpo de la madre, pero no la mira a los ojos.		Tendencia normal de mirar ocasionalmente a la madre, o mostrar un cambio entre miradas largas y cortas que dan un índice de una tendencia a estar conectado a su mirada.		Tendencia a estar siempre mirando a la madre, sin querer mirar a otro lugar. Bebé que suele quedarse mirando a la madre, sobre-focalizado en ella.		

**b.- Mirada de la madre**

CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño.	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	Comp. no Obs.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Tendencia de la madre a evitar siempre o casi siempre la mirada del bebé. La madre puede estar mirando el cuerpo del bebé, pero no lo mira a los ojos.		Tendencia normal de mirar ocasionalmente al bebé, o mostrar un cambio entre miradas largas y cortas que dan un índice de una tendencia a estar conectado a la mirada del infante.		Tendencia a estar siempre mirando al bebé, sin darle espacio para mirar a otros lugares. Madre que presenta una actitud intrusiva de buscar constantemente la mirada del niño.		

**VOCALIZACIÓN**

**a.- Vocalización del bebé.**

VOCALIZACION	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Tendencia del bebé		Tendencia normal de vocalizar		Bebé que presenta un		

a no comunicarse con la madre. Bebé muy callado en la interacción, que puede realizar algunas vocalizaciones esporádicas. Si el bebé vocaliza se observa que no lo hace hacia la madre.	ocasionalmente hacia la madre, o de estar siempre balbuceando cosas a la madre. El bebé vocaliza a la madre como en intento de responder a las comunicaciones de la madre.	llanto intenso, constante, y muy difícil de calmar. Bebé muy sensible que reacciona con llanto excesivo e incontrolable en diversas situaciones.
---	--	--

**b.- Vocalización de la madre**

VOCALIZACION	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Tendencia de la madre a no comunicarse con el bebé. Madre muy callada en la interacción, que realiza algunas vocalizaciones esporádicas. Si la madre vocaliza se observa que no lo hace hacia el bebé.		Tendencia normal de vocalizar ocasionalmente al bebé, o de estar siempre conversando y comentando cosas al niño, pero respetando de un modo pausado los silencios. La madre vocaliza al niño en un intento por comunicarse y responder a sus reacciones.		Tendencia a estar siempre vocalizando al bebé, sin darle espacio ni considerar sus reacciones. Madre que presenta una actitud intrusiva de estar constantemente vocalizando hacia el bebé.		

**TOCANDO (a)**

**a.- Tocando (a) del bebé**

TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca siempre toca a la madre.	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Tendencia del bebé a no tocar a la madre en situaciones de juego, o de contención.		Tendencia normal de tocar ocasionalmente a la madre, o tender hacia el contacto físico con ella. El bebé responde a los contactos físicos de la madre, con tactos frecuentes.		Bebé que siempre toca a la madre, busca constantemente el contacto físico, y no la quiere soltar en situaciones de juego, contención, etc.		

**b.- Tocando (a) de la madre**

TOCANDO (a)	Nunca toca o tiende al niño.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca siempre lo toca.	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Tendencia de la madre a no tocar al		Tendencia normal de tocar ocasionalmente al bebé, o		Madre que siempre toca al bebé, busca		

bebé en situaciones de juego, o de contención. La madre actúa como si el bebé fuera una "papa caliente" a la que no hay que tocar.	tender hacia el contacto físico con él. A su vez, ella responde a los contactos físicos del bebé, con tactos frecuentes.	constantemente el contacto físico, y no lo quiere soltar en situaciones de juego, contención, etc. El contacto es intrusivo, constante y no respeta los estados del niño.
--	--	---

### TOCANDO (b)

#### a.- Tocando (b) del bebé

(b)	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Tendencia del bebé a evitar tocar a la madre en situaciones de juego, o de contención.		Tendencia normal de evitar tocar a la madre en algunas situaciones en donde el bebé se siente incómodo.		Bebé que nunca evita ser tocado por la madre, y en donde acepta indistintamente todo tipo de contacto físico.		

#### b.- Tocando (b) de la madre

(b)	Siempre evita ser tocada por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Tendencia de la madre a evitar ser tocado por el bebé en situaciones de juego, o de contención. La madre busca no tocar al bebé y evita el contacto.		Tendencia normal de evitar tocar al bebé en algunas situaciones en donde la madre no se sienta cómoda o esté haciendo otras cosas.		Madre que nunca evita ser tocado por el bebé, y en donde acepta indistintamente todo tipo de contacto físico.		

### SOSTENIENDO

#### a.- Sosteniendo del bebé

SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se relaja en brazos de la madre, la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, nunca la evita.	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Bebé que se pone rígido, se mueve, se resiste, se arquea cuando la madre lo toma en brazos. Existe una		Tendencia normal de un bebé a amoldarse en los brazos de la madre cuando lo toma en brazos. Puede haber una tendencia muy sutil de momentos de incomodidad,		Bebé que se pega a la madre y no quiere ser dejado, ni soltado en ningún momento cuando lo toman en brazos. En general, da la impresión de		

tendencia del bebé a sentirse muy incómodo en brazos de la madre, y se resiste. No hay amoldamiento mutuo.	pero en general el bebé descansa y se apoya placidamente en la madre.	un bebé aferrado a la madre, y que no soporta perder el contacto físico constante.
--	---	--

b.- Sosteniendo de la madre

SOSTENIENDO	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Madre que toma al bebé como que fuera un objeto, desde lejos, incómoda, rígida, y evitando cualquier contacto físico con el niño. En general, existe un sentido de que la madre no quiere en verdad tomar al niño, y se siente obligada a hacerlo.		Tendencia normal de la madre a tomar al bebé de forma cálida, contenedora, protectora, y generando seguridad en el bebé. La madre usa el contacto físico como un modo de calmar al niño, y lo hace sentirse cómodo en sus brazos. Se observa que ambos cuerpos se amoldan de un modo cómodo.		Madre toma al niño en los brazos de un modo muy intenso, no queriendo soltarlo, y empujando el cuerpo del bebé hacia el de ella. En general, se observa que la madre lo aprieta un poco, y lo toma demasiado fuerte, sin darle respiro al infante.		

AFECTO

a.- Afecto del bebé

AFECTO	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonriente	Id.
Puntajes 1 y 2		Puntajes 3 y 4		Puntaje 5		
Bebé que se observa incómodo, quejándose constantemente, irritable, con llantos y quejidos. Puede también mostrar signos de miedo y alerta hacia la madre. También puede darse un bebé extremadamente indiferente y sin		Tendencia normal de un bebé a pasar por estados de placer y displacer, dependiendo de la situación. El bebé se muestra en general cómodo y tranquilo, pero si algo le molesta va a expresar libremente su malestar, especialmente a través del llanto. En general, se observa un bebé que se siente bien con la madre, y no presenta afectos negativos muy intensos, ni de modo continuo.		Bebé que presenta una tendencia a siempre estar sonriendo, mostrando afectos positivos, incluso en situaciones que uno infiere que se encuentra estresado. La sonrisa puede parecer en ocasiones muy forzada y rígida. Llama la atención que el bebé esté siempre tratando de estar alegre para la madre.		

afectos hacia todo lo que le rodea		
------------------------------------	--	--

**b.- Afecto de la madre**

AFECTO	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitente y/o agradada o poco claro	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe.	Id.
<b>Puntajes 1 y 2</b>	<b>Puntajes 3 y 4</b>		<b>Puntaje 5</b>			
Madre que se observa angustiada, incómoda, y con claros indicios de no estar agradada con la presencia del bebé. Puede ser también una madre que se observa irritable y enojada con todo lo que hace el bebé (especialmente cuando está en stress). Por último, puede darse el caso de madres que parecen deprimidas, no mostrando ninguna afectividad hacia el bebé.	Tendencia normal de una madre a pasar por estados de placer y displacer, dependiendo de la situación. La madre se muestra en general cómoda y tranquila, pero puede ponerse mas ansiosa con el stress del bebé, En general, se observa una madre que se siente bien con el bebé, y no presenta afectos negativos muy intensos, ni de modo continuo.		Madre que presenta una tendencia a siempre estar sonriendo, mostrando afectos positivos, incluso en situaciones cuando el bebé está llorando. La sonrisa puede parecer en ocasiones muy forzada y rígida. Llama la atención que la madre esté siempre tratando de estar alegre para el bebé (pero de un modo sutilmente fingido).			

**PROXIMIDAD O CERCANÍA**

**a.- Proximidad o cercanía del bebé**

PROXIMIDAD O CERCANIA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con los ojos.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Id.
<b>Puntajes 1 y 2</b>	<b>Puntajes 3 y 4</b>		<b>Puntaje 5</b>			
Bebé que presenta una tendencia a NO buscar a su madre cuando ella se aleja. Es decir, es un bebé que parece indiferente a la lejanía de la madre, presentando poca o ninguna señal de mirarla, buscarla,	Tendencia normal de un bebé a verse afectado por el alejamiento de la madre, y por ende, mostrar conductas de buscarla con la mirada, orientar y seguir su cuerpo hacia ella. En general, se observa un bebé siente el alejamiento de la madre y hace cosas para recuperar la cercanía.		Bebé que presenta un tendencia exagerada frente al alejamiento de la madre, buscándola constantemente de modo angustioso, mostrando una mirada hiper-alerta hacia ella, y denotando una postura corporal de incomodidad y agitación.			

orientar su cuerpo hacia ella, quejarse, etc.		
---	--	--

a.- Proximidad o cercanía de la madre.

PROXIMIDAD O CERCANÍA	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	Id.
Puntajes 1 y 2	Puntajes 3 y 4		Puntaje 5			
Madre que presenta una tendencia a estar lejos físicamente del bebé, no lo toma en brazos, lo sienta lejos de ella, suele alejarse de la sala por diversos motivos. En general, se observa un sentido de que la madre busca el mayor alejamiento físico posible con el infante.	Tendencia normal de una madre a estar constante o intermitentemente en cercanía con el bebé. La madre muestra una necesidad de tomar al bebé, tocarlo y buscar tenerlo siempre o casi siempre cerca.		Madre que presenta una tendencia exagerada a no querer separarse ni dejar de estar en contacto físico con el bebé. La madre se observa aferrada al bebé, no dejando espacio para la exploración, y queriendo tenerlo siempre en brazos.			

POR ÚLTIMO, LE PEDIMOS QUE RECUERDE DOS COSAS:

1.- PUEDE SER POSIBLE QUE LAS CONDUCTAS QUE USTED OBSERVE NO CALCEN CON LAS CATEGORÍAS DE LA PAUTA. EN ESE CASO, TRATE DE MARCAR AQUELLA CONDUCTA DE LA PAUTA QUE MÁS SE ASEMEJE A LO QUE USTED OBSERVÓ.

2.- SI NO HA PODIDO OBSERVAR ALGUNA CONDUCTA, DEBIDO A DIVERSAS RAZONES, NO INVENTE UNA CONDUCTA, SOLO MARQUE UNA CRUZ EN EL CASILLERO DE "CONDUCTA NO OBSERVADA"

MODO DE CORRECCIÓN

Antes de explicar los modos de corrección que se pueden aplicar a la escala, es muy importante aclarar que las escalas de observación de apego no tienen validez matemática, en el sentido de que puntajes determinados correspondan a estilos de apego o dificultades en el apego específicas. Las escalas de observación suelen ser guías para ordenar y sistematizar categorías de observación que pueden ser normales o problemáticas (lo que no implica que un puntaje numérico se corresponda a una categoría determinada).

En general, la escala ADS puede entregar dos tipos de información:

1.- Identificación de indicadores de estilos de apego

Para utilizar este tipo de indicadores se recomienda en primer lugar, trazar una línea que junte todos los números por usted indicado, tanto para la escala del bebé



como la de la madre. Este trazado le puede ayudar a reconocer 3 posibles patrones o estilos de apego:

- **APEGO SEGURO:** Si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, esto sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).
  - Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego seguro implican una relación en donde madre y bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión.
  - Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de normalidad de 3-4 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el medio de la escala.
- **APEGO INSEGURO EVITANTE:** si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos en los puntajes 1 y 2, esto sugiere un indicador de apego inseguro evitante (trazado en la parte izquierda de la escala).
  - Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego inseguro evitante implican una relación en donde madre y bebé evitan, rechazan o no son capaces de responder al contacto visual, físico y las vocalizaciones, siempre o casi siempre. Ambos expresan una tendencia hacia la indiferencia, la apatía, o el enojo, en donde rechazan el estar juntos, y no se buscan en momentos de separación.
  - Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de evitación de 1-2 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el lado izquierdo de la escala.
- **APEGO INSEGURO AMBIVALENTE:** si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos en el puntaje 5, esto sugiere un indicador de apego inseguro ambivalente (trazado en la parte derecha de la escala).
  - Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego inseguro ambivalente implican una relación en donde madre y bebé no pueden dejar de establecer contacto visual, físico y las vocalizaciones, mostrando un aferramiento entre ellos. Ambos expresan una tendencia hacia una relación ansiosa, aferrada, intensa, o una clara dificultad de ambos para manejar las situaciones de stress.
  - Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de ambivalencia de 5 puntos, pero aún así el trazo muestra una tendencia hacia el lado izquierdo de la escala. En este caso, el trazo puede mostrar una tendencia hacia los puntajes 4 y 5, y aún mostrar indicadores de apego ambivalente.
- **INTERACCIÓN DISÁRMONICA:** puede darse el caso en donde la madre y el bebé muestren trazos en la escala muy diferentes. Por ejemplo, la madre parece mostrar un trazo hacia lo evitante (lado izquierdo de la escala), y el bebé un trazo hacia lo ambivalente (lado derecho de la escala). Esto es un indicador de una relación disfuncional y problemática.

**IMPORTANTE:** Puede ser que en el momento de la evaluación, la madre y/o el bebé se encuentren en una situación de mayor vulnerabilidad y stress, que genere identificar indicadores mas problemáticos de lo que lo son. Por ejemplo, el bebé puede

estar enfermo, o pudo haber dormido mal. En el caso de la madre, puede ocurrir que ese día recibió una mala noticia, o tuvo un altercado con alguien, etc. Si usted notifica que alguna de estas variables pudo haber interferido en la evaluación de la relación madre-bebé, anótelos en la segunda hoja.

## 2.- Identificación de Conductas Problemáticas en el Apego (CPA).

El otro tipo de información a obtener, no aparece directamente en la escala de observación, pero se puede inferir indirectamente de ella, y de la situación de evaluación. Esto se refiere a conductas que la madre y el bebé pueden mostrar, y que implican rangos extremos de riesgo y dificultad en la relación de apego.

Estas Conductas Problemáticas en el Apego (CPA) constituyen “signos de alarma y preocupación” a identificar en la madre y el bebé cuando interactúan.

En general, se pueden clasificar en 3 modalidades, tanto para la madre como para el bebé.

### a.- CPA hacia lo evitante

- Del bebé:
  - Mirada pérdida sin fijar la atención.
  - Carencia de llanto y reacciones de stress.
  - Desviación extrema de la mirada (rotación de la cabeza casi 45°).
  - Postura extremadamente rígida y congelada.
  - Postura corporal flácida con claros signos de retraso psicomotor.
  - Carencia de reacciones afectivas positivas de placer y felicidad (sonrisas, agitación motora, elevación de mirada, etc.)
  - Falta de interés en los estímulos ambientales y expresión facial triste y desganada.
  - Falta de interés en la alimentación.
  - Falta de interés en la madre y personas conocidas.
  - Reacciones de rechazo y descontrol frente al contacto con la madre.
  - Búsqueda de apego con extraños, más que con la madre.
  
- De la madre:
  - Mirada asustada en presencia del stress del bebé.
  - Reacciones de miedo y confusión al tomar y/o interactuar con el bebé.
  - Tomar al bebé de un modo dubitativo, tímido y con miedo.
  - Tomar al bebé con los brazos estirados y rígidos.
  - No hacer intentos por tomar y calmar al bebé cuando llora.
  - Expresión facial de congelamiento y falta absoluta de afectividad.
  - Expresión y postura depresiva.
  - Evitación extrema de la mirada hacia el bebé.
  - Comentarios negativos sobre el bebé que se refieran a:
    - Evitar el apego: “no te quiero tomar”, “no quiero estar contigo”, “no te necesito”.
    - Las reacciones del bebé: “esta guagua molesta todo el día”, “siempre quiere estar conmigo y no me deja tranquila”, “es demasiado dependiente y no para de molestar”.
    - La personalidad del bebé: “es una guagua difícil molesta, demandante, pesada, etc.”.
    - Minimizar el stress: “no ha pasado nada, no seas exagerado”, “siempre lloras por todo”, etc.

### b.- CPA hacia lo ambivalente.

- Del bebé:
  - Llanto excesivo y desconsolado.
  - Llanto muy difícil de calmar con diversas estrategias.
  - Mirada hiper-alerta buscando constantemente a la madre.
  - Extrema sensibilidad a los estímulos, reaccionando con llanto frente a todo.
  - Mirada excesivamente asustada frente a los extraños y al ambiente.
  - Llanto excesivo y reacciones descontroladas frente al alejamiento de la madre.
  - Reacciones de rabia y frustración extrema.
  
- De la madre:
  - Calma al bebé estimulándolo en exceso.
  - Ignora cuando el bebé necesita distancia y espacio (y por ende, responde con más intensidad e intrusividad).
  - Se preocupa más de sus propios problemas y reacciones que sobre los del bebé.
  - Hace conductas intrusivas con agresividad: tales como dar muchos besos con fuerza; presionar la cara de la madre sobre la del bebé; estar constantemente limpiándole la nariz o las orejas de un modo intenso; sostenerlo y tomarlo con mucha fuerza; mostrarle juguetes con mucha intensidad y muy cerca de la cara del bebé.
  - Reírse o retar al bebé cuando llora.
  - Mostrar o pasarle juguetes de un modo brusco y enojada.
  - Hacer juegos bruscos que molestan e irritan al bebé.
  - Comentarios negativos sobre el bebé que se refieran a:
    - Tratar al bebé como que fuera un juguete de la madre (“tu eres para mí”; “ven que te necesito para sentirme mejor”, “si tu siempre vas a estar conmigo, para toda la vida”).
    - Críticas al bebé cuando llora: “cállate, no molestes”, “si sigues llorando no te voy a tomar”, “tu no me quieres, solo me usas”, “¿tu me odias, cierto?”, “yo sé que lo haces para hacerme sentir mal”.

### c.-Otras conductas problemáticas de apego<sup>1</sup>

- Del bebé:
  - Movimientos estereotipados.
  - Sonidos extraños (tos inusual, sonidos con la nariz, llanto con tono muy agudo).
  - Expresión facial de desorientación (mirada perdida o al vacío).
  - Golpearse contra una superficie.
  - Mecerse de modo violento (rocking).
  - Tirarse el pelo o rascarse de un modo violento (hasta herirse).
  - Pegarse la cara con la mano de un modo repetitivo.
  - Meterse los dedos en la boca (como buscando provocarse vómitos).

---

<sup>1</sup> Lo que se llama en este manual como Conducta Problemática de Apego (CPA) está basado en diversos manuales de codificación de lo que se conoce como Apego Desorganizado, tales como el “Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation” (Main & Solomon, 1991), y el “Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE) (Bronfman, Parsons & Lyons-Ruth, 2004).

- De la madre:
  - Hablar al bebé usando un tono sexualizador (del modo como una persona le habla a su pareja).
  - Hacer comentarios sexualizadores hacia el bebé: “eres mi hombre”, “dame un beso rico en la boca”, etc.
  - Tocar los genitales del bebé sin razón aparente.
  - Tendencia a besar al bebé en la boca.
  - Exhibir cambios bruscos de tonos de voz, tartamudeos, voces extrañas, en presencia del bebé (especialmente en el stress del bebé).
  - Mostrar y/o expresar un miedo inusual e irracional al contexto del control sano.
  - Mostrar conductas confusas y desorientadas (por ejemplo, preguntar muchas veces qué? o porqué? Cuando se le trata de explicar algo a la madre).

### *¿QUÉ HACER CUANDO UNO HA IDENTIFICADO UN APEGO INSEGURO O PROBLEMÁTICO?*

De acuerdo a lo explicitado anteriormente, es importante remarcar que puede articularse un continuo desde el apego seguros, pasando por los estilos inseguro evitante y ambivalente hasta las CPA.

De acuerdo a esto, algunas sugerencias de derivación pueden darse:

Si usted ha identificado estilos inseguros o ambivalentes, algunas recomendaciones podrían ser:

- Intentar una segunda evaluación, sea en el contexto del consultorio en una visita domiciliaria, para confirmar la presencia o ausencia del estilo de apego.
- Derivar a algún taller sobre habilidades parentales positivas.
- Realizar evaluaciones de seguimiento vía visita domiciliaria, posterior al taller (2 años de seguimiento).

Si usted ha identificado CPA, algunas recomendaciones podrían ser:

- Derivación a algún profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra), para evaluar el nivel de psicopatología de la madre.
- Intervención tipo visita domiciliaria durante a lo menos los dos primeros años del infante.
- Consejería familiar para evaluar estresores familiares más allá de la madre.

