

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesis de Licenciatura en Psicología

***“Desarrollo Psicomotor
en las Infancias
Tempranas”***

ALUMNA: María Jimena Lechuga

DIRECTORA: Dra. Torrecilla, Norma Mariana

CO-DIRECTORA: Lic. María Paula Moretti

Mendoza, Noviembre de 2019

Contacto: jlechuga@hotmail.com.ar

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal Examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado:

Nota:

Quiero agradecer....

A las mamás y los bebés participantes de esta investigación, quienes son los protagonistas de esta tesis ya que sin ellos no se hubiera podido realizar.

A mi directora, Dra. Mariana Torrecilla, por brindarme sus saberes, por compartir su tiempo y por confiar en mi capacidad para lograr esta tarea.

Especialmente a la Lic. Paula Moretti ya que sin su guía nada de esto hubiera sido posible. Gracias por creer en mí y por acompañarme de manera paciente y amorosa en cada paso de este proceso, dedicando no solo su tiempo sino también sus conocimientos.

A mis amigos y amigas que supieron acompañar con amor, risas y mates todo este tiempo.

A mis compañeros de la facultad y sus familias, especialmente a mi compañera de estudio Laura, sin quienes mi paso por la facultad definitivamente no hubiera sido tan feliz.

A mi familia, mi mamá, mi papá y mi hermano, ya que son los responsables de la persona que hoy soy, quienes siempre me han alentado a cumplir mis sueños, haciendo todos los esfuerzos a su alcance para ayudarme a realizarlos.

A Bruno por ser un gran compañero, por su apoyo incondicional, su sabiduría y templanza en los momentos que más los necesitaba.

A la vida que me dio la posibilidad de nacer en una familia que me ama y me apoya, en la que nunca faltó nada, siempre hubo comida, techo, salud y educación de calidad, elementos cruciales para poder ser hoy licenciada.

Soy una afortunada de vivir rodeada de tanta abundancia. Gracias, gracias, gracias!

RESUMEN

Introducción: Se analizó el desarrollo psicomotor de niños y niñas mendocinos entre 12 a 27 meses de edad y su relación con variables del sistema familiar. En primer lugar, se investigaron las representaciones de apego y la percepción de la funcionalidad familiar del cuidador principal del niño/a. Luego, se indagó si existían relaciones y diferencias significativas entre estas variables con el desarrollo psicomotor de los infantes. Por último, se evaluó si existían relaciones y diferencias significativas entre el desarrollo psicomotor y sus antecedentes perinatales y características psicosociales maternas.

Método: Se trató de un estudio no experimental de tipo transversal, correlacional. La muestra fue intencional de 32 diadas madre e hijo, con niños/as de entre 12 y 27 meses de edad. Para la recolección de datos se utilizó la Escala FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (adaptación argentina de Schmidt Barreyro & Maglio, 2010), el cuestionario CaMiR: *Cartes des Modeles Individuels de Relation*, (adaptación argentina de Labín, Martínez y Taborda, 2018); el Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) del 2017, la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) del 2006, ambos del Ministerio de Salud de la Nación y un cuestionario Ad Hoc sobre antecedentes perinatales y características psicosociales familiares. Para analizar los datos se utilizó el programa SPSS 24.0.

Resultados: En cuanto al primer objetivo, se encontró una asociación significativa entre tipo de funcionalidad familiar balanceada y apego seguro, $X^2(4) = 10.07$, $p < .05$. El 52,63% presenta representación de apego seguro y funcionalidad balanceada. En el segundo objetivo, se encontraron diversas correlaciones significativas positivas y negativas entre apego seguro y preocupado y distintas áreas del desarrollo tanto desde la PRUNPE ($p < .05$), como desde el IODI ($p < .01$). En el tercer objetivo también se encontraron diferencias significativas entre tipo de cohesión y de adaptabilidad y áreas de la PRUNAPE, lenguaje y personal-social ($p < .05$), como con el área socioemocional del IODI ($p < .05$). Por último, en el cuarto objetivo se hallaron diferencias significativas entre nivel de escolaridad y áreas de comunicación y lenguaje del IODI y la PRUNAPE.

Palabras clave: Apego, desarrollo psicomotor infantil temprano y funcionalidad familiar.

ABSTRACT

Introduction; the psychomotor development of boys and girls between 12 and 27 months old from Mendoza and their relationship with family system variables were analyzed. Firstly, the attachment representations and perception of family functionality of the child's primary caregiver were investigated. Secondly, it was investigated if significant relationships and differences between these variables and the infant's psychomotor development existed. Thirdly, it was evaluated whether there were significant relationships and differences between psychomotor development and its perinatal history and maternal psychosocial characteristics.

Method: A non-experimental, cross-sectional, correctional study was carried out. The deliberately selected sample was comprised of 32 mothers with children between 12 and 27 months old. Data was collected regarding the scale FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*) (Argentinian adaptation of Schmidt, Barreyro & Maglio, 2010), the questionnaire CaMiR: *Cartes des Modeles Individuels de Relation*, (argentine adaptation of Labín, Martínez & Tabora, 2018), the Child Development Observarion Instrument (IODI) of 2017, the National Reserch Test (PRUNAPE) of 2006, both from the Ministry of Health of the Nation; and an ad hoc survey conducted to obtain perinatal history, family psychosocial characteristics and sociodemographic data. The data was analyzed by means of the SPSS 24.0.

Results: Regarding the first objective, a significant asociation between balance family functionality and secure attachment was found, $X^2(4) = 10.07$, $p < .05$. The 53.63% presents secure attachment representations and balanced functionality. Regarding the second objective, several significant positive and negative correlations between secure and worried attachment and different areas of development both from PRUNAPE ($p < .05$) and from IODI ($p < .01$) were found. In the third objective, significant differences between cohesion and adaptability types and lenguaje and personal-social areas ($p < .05$) of PRUNAPE, as with the socio-emotional of IODI area ($p < .05$) were also found. Finally, regarding the fourth objective, significant differences between the education level and areas of communication and language of IODI and PRUNAPE were found.

Key words: attachment, early childhood psychomotor development, family functionality.

ÍNDICE

Portada.....	1
<i>Título</i>	2
Hoja de evaluación.....	3
<i>Agradecimientos</i>	¡Error! Marcador no definido.
Resumen	5
Abstract	6
Índice	¡Error! Marcador no definido.
Introducción	10
Primera parte:	12
<i>Marco teórico</i>	12
Capítulo I: Apego	13
I. Apego	14
1.1. La teoría del apego	14
1.2. situación extraña y tipos de apego según mary ainsworth.....	17
1.3. el apego en el adulto.....	19
1.3.1. <i>Respuesta sensible y modelo operativo interno</i>	19
1.3.2. <i>Diferencias con el apego del niño</i>	22
1.3.3. <i>Evaluación del apego en el adulto</i>	22
1.3.4. <i>El apego y su evaluación según pierrhumbert</i>	23
1.3.5. <i>El apego en la adultez y su relación con otras variables psicológicas</i>	26
1.3.5.1 <i>apego y psicopatología</i>	27
1.3.5.2. <i>Representaciones del apego del adulto y su relación con maternidad y desarrollo infantil</i>	28
Capítulo II: Funcionalidad Familiar	31
2. Funcionalidad familiar.....	32
2.1. Breve recorrido histórico y jurídico sobre el rol de la familia:	32
2.2. ¿qué entendemos por familia?	34
2.2.1 <i>definición y etapas</i>	34
2.2.2. <i>Familia funcional y familia disfuncional</i>	35
2.3. El modelo circuplejo de sistemas familiares y maritales:	37
2.3.1. <i>Definición del modelo</i>	37

2.3.2.	<i>Cohesión familiar</i>	38
2.3.3.	<i>Adaptabilidad familiar</i>	40
2.3.4.	<i>Comunicación familiar</i> :.....	41
2.3.5.	<i>Tipos de familia</i>	42
2.3.6.	<i>Modelo circumplejo: un mapa de pareja y familia</i>	43
2.3.7.	<i>Hipótesis del modelo circumplejo</i>	44
2.4.	Evaluación de la funcionalidad familiar.....	45
2.5.	Funcionalidad familiar y variables psicosociales en la infancia	45
2.5.1.	<i>Funcionalidad familiar y alimentación infantil</i>	46
2.5.2.	<i>Funcionalidad familiar, enfermedades físicas y psicopatología infantil</i>	48
2.5.3.	<i>Funcionalidad familiar y habilidades sociales en la infancia</i>	49
2.5.4.	<i>Funcionalidad familiar y desempeño escolar</i>	50
2.5.5.	<i>Funcionalidad familiar y desarrollo infantil temprano</i>	50
	Capítulo III: Desarrollo Infantil Temprano	52
3.	Desarrollo infantil temprano	53
3.1.	Desarrollo infantil:	53
3.2.	Desarrollo infantil temprano.....	53
3.3.	Aportes teóricos.....	55
3.4.	¿desarrollo lineal?.....	56
3.5.	Características y áreas del desarrollo infantil.....	58
3.6.	Factores que inciden en el desarrollo.....	60
3.7.	Investigaciones recientes.	61
3.7.1.	<i>Desarrollo infantil y salud mental materna</i> :.....	61
3.7.2.	<i>Desarrollo infantil y lactancia materna exclusiva</i>	63
3.7.3.	<i>Desarrollo infantil y prematurez</i>	64
3.7.4.	<i>Desarrollo infantil y variables socioeconómicas</i>	65
3.7.5.	<i>Desarrollo infantil y estimulación en el hogar</i>	66
3.7.6.	<i>Desarrollo infantil y funcionalidad familiar</i>	68
	Segunda parte: Marco Metodológico.....	69
	Capítulo IV; Métodos, Materiales y Procedimientos	70
4.	Métodos, materiales y procedimientos.....	71
4.1.	Objetivos	71

4.2. Metodología.....	71
4.2.1. <i>Diseño y tipo de estudio:</i>	71
4.2.2. <i>Muestra</i>	71
4.2.3. <i>Instrumentos:</i>	73
4.3. Procedimientos	76
Capítulo V: Resultados	78
5. Resultados	79
<i>Capítulo IV: Discusión de resultados</i>	91
6. Discusión de resultados.....	92
Capítulo VII; Conclusiones.....	104
7. Conclusiones	105
Bibliografía.....	110
Apéndice	131

INTRODUCCIÓN

Entendemos por desarrollo infantil el proceso de cambio por el cual el niño, a partir de sus posibilidades de origen biológico, de su accionar en el mundo y de la interacción con los otros, aprende progresivamente a organizar de manera cada vez más compleja sus movimientos, su pensamiento, su lenguaje, sus sentimientos y su relación con los demás (Ministerio de salud, 2009).

El desarrollo alcanza desde su inicio un carácter social, ya que el niño necesariamente se vincula con un otro, cuidador primario, que desde su posicionamiento social y cultural, interpreta sus necesidades, introduciéndolo en la cultura. Esta interpretación así como las respuestas que le proporcione, estarán atravesadas por su propia historia de vida y contexto social. Será entonces a través de ese otro, capaz de traducir sus demandas y dar las respuestas, que el niño irá construyendo su subjetividad. De este encuentro, con el otro y con la cultura va a depender el desarrollo de las capacidades psíquicas y emocionales del infante humano (Morici y Agranatti, 2010).

Es en base a la importancia del otro en el proceso de desarrollo del niño/a, que se abre la posibilidad de pensar en múltiples variables psicológicas de este cuidador principal. Se han realizado investigaciones que estudian diversas variables respecto de los cuidadores principales, sin embargo no se encontraron en el rastreo bibliográfico investigaciones que estudien la relación entre desarrollo psicomotor temprano, funcionalidad familiar y apego. A su vez, los estudios que evalúan por separado estas variables, no lo hacen administrando los instrumentos que en esta investigación se proponen (CAMIR, FACES III, IODI). En nuestro país, esto puede deberse a la reciente adaptación y confección de los mismos (Alchouron, et al. (2017); Labin, Martínez & Taborda (2018); Schmidt, Barreyro & Maglio (2010).

A raíz de ello el presente trabajo de investigación se realiza con el objetivo general de analizar el desarrollo psicomotor de niños y niñas mendocinos de entre 12 a 27 meses de edad y su relación con variables del sistema familiar. Más específicamente, en primer lugar analizar si existen relaciones entre las representaciones de apego y percepción de la funcionalidad familiar (nivel de cohesión y flexibilidad) del cuidador principal del niño o niña. En segundo lugar, evaluar si existen relaciones significativas entre las representaciones de apego del cuidador principal con el desarrollo psicomotor de niños y

niñas de 12 a 27 meses de edad. En tercer lugar, evaluar si existen diferencias significativas entre los tipos de cohesión y adaptabilidad familiar con las áreas de desarrollo psicomotor de estos niños y niñas. Por último, evaluar si existen relaciones significativas entre el desarrollo psicomotor de estos infantes y sus antecedentes perinatales (pre y post natales) y características psicosociales familiares. A partir de estos objetivos, el presente estudio busca generar un aporte a distintas áreas de la psicología tales como la psicología de la niñez, la psicología familiar, la psicología clínica y la psicología del desarrollo.

Buscando abarcar las temáticas que rodean e incumben a esta tesina, la primera parte del trabajo, su marco teórico, comprende un primer capítulo en el que se describe el concepto de “Apego” desde la teoría de Bowlby (1969, 1984, 1988, 1998). A su vez, se desarrolla el apego en el adulto, planteando diferencias con el apego en el niño, sus características principales. Dentro de esta sección se expone el apego según Pierrehumbert (1996) y sus modos de evaluación. En el segundo capítulo, se realiza una revisión histórica y jurídica del concepto de familia, luego se desarrolla el Modelo Circumplejo sobre funcionamiento de los Sistemas Familiares de Olson, Russell y Sprenkle, se describen las dimensiones que lo componen y los tipos de familias que dicho modelo plantea. Por último, en el tercer capítulo se define el desarrollo infantil temprano, luego se abordan sus características y áreas, así como los factores que lo facilitan, lo obstaculizan, lo ponen en riesgo o lo perturban.

En la segunda parte del trabajo, el marco metodológico, se describen los objetivos propuestos y la metodología de la investigación utilizada incluyendo en ella diseño, tipo de estudio, muestra, instrumentos y procedimiento llevado a cabo. Tras ello, se exponen los resultados obtenidos con su pertinente discusión y, por último, las conclusiones finales.

PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

APEGO

I. APEGO

1.1. La teoría del Apego

La teoría del apego fue desarrollada durante la segunda mitad del S. XIX, entre los años 50 y 80, por John Bolwby en colaboración con diversos investigadores, entre los que se destaca Mary Ainsworth. Constituye una de las construcciones teóricas fundamentales dentro del desarrollo socioemocional, sosteniendo la importancia de los primeros vínculos para este desarrollo. Es el resultado de una integración entre diferentes postulados teóricos, como la teoría psicoanalítica, la teoría de los sistemas de control y de la etología. Desde sus inicios, la teoría ha experimentado diversas modificaciones de la mano de distintos investigadores, brindándole mayor vigor y solidez, construyendo una importante base empírica (Bretherton, 1992).

John Bolwby (1907-1991), médico psiquiatra psicoanalista británico, inicia sus estudios cerca del inicio de la década del 50 del siglo pasado observando a niños institucionalizados que habían sido separados de sus padres biológicos, privados de un cuidador principal constante. Es a partir de esta privación maternal y separación del infante de su entorno habitual que puede construir su teoría sobre la importancia de un vínculo de apego, seguro y estable (Bretherton, 1992).

La teoría del apego plantea que existe una tendencia en los seres humanos, una predisposición biológica, que implica un sistema conductual y motivacional que promueve la proximidad con los cuidadores a fines de establecer un vínculo afectivo con ellos y por ende proteger a recién nacido y a la especie, manteniendo un fin de supervivencia. Es un fenómeno natural que existe para preservar la continuidad de la especie (Bowlby, 1986).

Para su autor, el apego es un vínculo afectivo que se establece entre el bebé y sus cuidadores a través de un proceso relacional que comienza desde el nacimiento, en el que el otro es importante como un individuo único y no intercambiable con el que se busca tener cierta cercanía (Bowlby, 1989). Se trata de un lazo irremplazable, específico y discriminativo, que une a padres e hijos en el tiempo y que cuya expresión vivencial o subjetiva (cuando el apego es sano) es la sensación de seguridad y confianza, al sentir protección ante los peligros del mundo circundante (Bowlby, 1986).

En cuanto a esta conducta de apego mencionada, Bowlby (1989) la define como: “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio” (p.292)(1973). Bowlby (1973) especifica que esta conducta de apego constituye un sistema conductual organizado, es decir, un conjunto de conductas variadas que tienen una única función (mantener la proximidad de un cuidador).

Dado que inicialmente el único medio de comunicación entre el infante y la madre, o cuidador principal, es la expresión emocional, el infante en un primer momento se vale de llantos, sollozos, saludos, locomoción, contacto, sonrisas y entre otras conductas que sólo posteriormente se complementarán con la palabra (Bowlby, 1986, 1998). Este sistema conductual requiere de estas conductas y algunos otros componentes básicos, tales como:

- El buscador de cuidados, en este caso el niño, quien se mantiene dentro del alcance de la persona dadora de cuidados.
- El dador de cuidados. El acto de proporcionar cuidados es el rol más importante de los padres, complementario de la conducta de apego. También es entendido como un comportamiento básico de la naturaleza humana.
- La exploración del entorno. Cuando un individuo se siente seguro es probable que explore lejos de su figura de apego, en cambio cuando está alarmado o ansioso, siente la necesidad de la proximidad.

A partir de ello, surge la hipótesis de que la conducta de apego es regulada de un modo análogo a la homeostasis fisiológica. El sujeto presentaría un sistema interno de control del apego, activando diferentes modos de comunicación y patrones de comportamiento a fin de mantener la conexión con su figura de apego dentro de ciertos límites de distancia y accesibilidad. Los sistemas conductuales funcionan como sistemas homeostáticos de control que mantienen relativamente estable la relación entre el individuo y su entorno, manteniendo un equilibrio entre conductas exploratorias y de proximidad, en relación de la disponibilidad de la figura de apego y peligros del entorno físico. Las conductas de apego se incrementan y evidencian de manera más intensa en situaciones extrañas o amenazantes en donde se sienta peligro (Bowlby, 1973).

Resulta importante destacar que, si bien la tendencia a apegarse es innata, la pauta de apego no se encuentra presente desde el nacimiento. En los primeros meses de vida el niño muestra y desarrolla, en interacción con su cuidador principal, muchas de las respuestas que luego constituirán la conducta de apego; pero la pauta organizada como tal no se desarrollará hasta la segunda mitad del primer año, ya que la misma requiere de que el niño haya desarrollado la capacidad cognitiva de la conservación, para mantener a su madre en su mente cuando ella no está, y dicha capacidad se desarrolla a partir del sexto mes de vida (Bowlby, 1998).

A su vez, esta primera experiencia vincular, entre el niño y su/s cuidador/es tiene un rol fundamental en la capacidad posterior de establecer vínculos afectivos y significativos en su vida adulta. Esto es lo que Bowlby (1969,1986,1989) identificó como modelo operativo interno, que se describe en el apartado del apego en el adulto.

Entre los componentes del sistema conductual, se menciona al dador de cuidados, a su acto de proporcionar cuidados, como acto complementario al de la conducta de apego. Bowlby lo describe como una respuesta sensible de los cuidadores. Es aquella conducta que realiza el adulto con el fin de responder a las demandas del infante, logrando captar las señales, interpretarlas y satisfacerlas adecuadamente. Ello posibilita seguridad del apego en el primer año de vida. A su vez, las madres seguras tienen mayor nivel de sensibilidad, respondiendo satisfactoriamente a las señales del niño (1969, 1980). Winnicott (1975) plantea la importancia de dicha respuesta para la integración del self.

Winnicott (1975) plantea la importancia de dicha respuesta para la integración del self. En su teoría propone que la integración del self es a partir de las tres funciones maternas: sostén (holding) que es el sostenimiento del bebé emocionalmente de manera apropiada; la manipulación (handling) que permite que el niño perciba su cuerpo y empiece a unirlo con su self, contribuyendo a la personalización del niño; y la presentación objetal (object-presenting) que es la función mediante la cual la madre le presenta objetos al bebé, de modo que este lentamente comience a relacionarse con ellos y con la realidad. Son entonces estas tres funciones las que constituyen, realizadas de modo adecuado, a una madre "suficientemente buena". Es tanta la diferencia que existe entre un bebé cuya madre puede cumplir adecuadamente con estas funciones y otro bebé cuya madre no está en condiciones de hacerlo que "resulta totalmente inútil describir bebés si no es en relación con el funcionamiento de la madre. Cuando no hay un quehacer materno

suficientemente bueno, el infante es incapaz de iniciar la maduración del yo, o bien, el desarrollo del yo queda necesariamente distorsionado en ciertos aspectos vitalmente importantes” (Winnicott, 1996, p. 9).

1.2 Situación Extraña y Tipos de Apego según Mary Ainsworth

Mary Ainsworth fue la primera en proponer la hipótesis de que las diadas madre-hijo difieren en la calidad de sus relaciones de apego y que es posible medir y clasificar esas diferencias. Para ello, creó una prueba de laboratorio junto a sus colaboradores (1979) llamada “La situación extraña”. La misma buscaba examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de estrés, en niños de entre 12 a 24 meses de edad.

La Situación Extraña es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración compuesta por diversos momentos. Consiste en observar las reacciones de un bebé en presencia de su madre o cuidador principal, cuando esta figura se ausenta y, por último, cuando regresa. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que luego se incorpora también una persona desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña.

Como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir de estos datos, se concluyó que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias (Ainsworth, 1967).

A partir de este estudio sistematizado de los bebés y sus mamás, Ainsworth (1979) definió claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños. Por lo que propuso una primera clasificación del apego infantil, describiendo tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego:

- Apego seguro: Es aquel en que el niño confía en que sus padres serán sensibles, accesibles y colaboradores con sus requerimientos frente a una situación estresante. Esta confianza le permite tener más iniciativa para explorar el mundo

externo y adquieren con mayor facilidad sus oportunidades de aprendizaje. Busca mantener proximidad y contacto con la figura de apego. El comportamiento de la madre o cuidador principal es de atender las necesidades del niño en forma constante, sensible y amorosa cuando este busca protección o consuelo, aumentando su autoconfianza. En la situación extraña, después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía. Su regreso les alegraba y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. La responsividad diaria de sus madres les había dado confianza en ellas como protección, por lo que su simple presencia en la Situación Extraña les permitía explorar los alrededores.

- Apego inseguro ambivalente: Son niños inseguros de la disponibilidad de su cuidador, no saben si este adulto será accesible o sensible o si los ayudará cuando lo necesiten. A causa de esta incertidumbre, siempre tienen tendencias a la separación ansiosa, se angustian frente a ella, son propensos al aferramiento y se muestran ansiosos ante la exploración del mundo. Esta pauta se ve favorecida porque el cuidador procede de forma inconsistente, se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones pero en otras no, también por las separaciones y las amenazas de abandono utilizadas como medio de control. En la situación extraña, estos niños se mostraban preocupados por el paradero de sus madres, apenas exploraban en su ausencia. Pasaban un mal rato cuando esta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes, vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto.
- Apego inseguro evitativo o evasivo: son niños con dificultades emocionales; desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Los cuidadores de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles y rechazantes a las demandas de cuidado y protección del niño. Los

niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre. Cuando regresaba comprendían que no podían contar con su apoyo y reaccionaban de forma defensiva, mostrándose independientes y adoptando una postura de indiferencia. Habiendo sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones.

Posteriormente Main y sus colaboradores introdujeron un cuarto tipo de apego (Main y Salomón, 1990; Main y Weston, 1981):

- Apego inseguro desorganizado: son niños que demuestran conductas desorganizadas y/o desorientadas en presencia de la madre. Muestran conductas de apego ambivalente y evitativo, mayor inseguridad, lloran y se resisten a ser consolados. Tienen mayor irritabilidad evitan el contacto físico y visual con una actitud deprimida y de apatía. Es la respuesta de niños con padres y madres inconsistentes, a menudo violentos, con problemas de adicción a las drogas o alcohol, o enfermos mentales. Son padres que presentan una incompetencia parental crónica, severa e irreversible (Barudy y Dantagnan, 2005).

1.3 El apego en el adulto

1.3.1. Respuesta Sensible y Modelo Operativo Interno

La investigación en apego ha seguido caminos diversos y además, ha ido variando a través del tiempo. En un principio se centró en la niñez como etapa de desarrollo y posteriormente comenzó a extenderse a la adultez, dando señales de la importancia del apego también en el adulto (Garrido et al., 2013).

Como se dijo anteriormente, el bebé tiene una capacidad innata de apegarse, es una necesidad biológica que le permitirá la supervivencia; del mismo modo, los adultos poseen en su repertorio conductas de cuidado y protección. Pero estas acciones no se encuentran determinadas solo biológicamente sino que la capacidad del adulto de responder a sus hijos y vincularse con ellos, es decir, la forma en que los adultos participan en la construcción de la relación de apego, depende también de cómo estas habilidades innatas han sido modeladas por sus propias emociones y sensaciones, sus experiencia de apego infantil, que constituirán luego su modelo de apego adulto, su historia de vida, los factores ambientales que han facilitado u obstaculizado, y por ultimo

por representaciones determinadas por la cultura, y las condiciones de vida actuales (Barudy & Dantagnan, 2010).

El apego, entonces, será el resultado de un proceso relacional que comienza desde el nacimiento en donde las características y comportamientos de los hijos influyen las reacciones y conductas de los padres y viceversa. No obstante, son a los padres a quienes les cabe la responsabilidad de animar este proceso, de asegurar un apego seguro y sano a sus hijos. Cabe resaltar que, a pesar de los progresos operados en la cultura, siguen siendo principalmente las madres las garantes de este proceso. Es por este motivo que el apego adulto resulta un factor fundamental ya que será el que sentará las bases del tipo de apego que se establezca con el niño (Barudy & Dantagnan, 2010).

Esto se relaciona con lo que Bowlby (1969, 1980) llamó respuesta sensible de los cuidadores, previamente descripta. El adulto con su propio estilo de apego determina, en cierta forma, el estilo de apego del niño.

A su vez, el tipo de apego que ese niño establece en su primera infancia con ese adulto cuidador principal, persistirá en forma relativamente estable guiando su modo relacional a lo largo de su vida adulta. La experiencia temprana entre el niño y sus cuidadores establece las bases para la posterior capacidad de establecer vínculos afectivos en la edad adulta. Esto es lo que Bowlby (1969, 1986, 1989) identificó como modelo operativo interno (MOI) o mapas representacionales de las relaciones. Se trata de una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros construida a partir de las relaciones tempranas con las figuras de apego. Se organizan como patrones de pensamientos, memoria y sentimientos que funcionan como guía para relaciones interpersonales en la vida adulta. Son la base que permite iniciar y mantener relaciones a lo largo de la vida de determinada manera, siendo esta relativamente estable a lo largo del ciclo vital. Vale mencionar pueden ser modificadas a lo largo del ciclo vital a partir de diversas experiencias de vida (Benoit & Parker, 1994; Bretherton, 1999; Canton & Cortés, 2003; Fonagy, Steele & Steele, 1991; Fonagy et al., 1995; Pietromonaco & Feldman, 2000).

En relación a estos modelos internos, para Berman y Sperling (1994) el apego adulto es una tendencia estable de un sujeto de hacer esfuerzos sustanciales para buscar y mantener proximidad y contacto con uno o unos pocos individuos específicos quienes

proveen el potencial subjetivo para la seguridad y protección física y/o psicológica. Esta tendencia estable es regulada por los modelos operantes internos de apego, es decir por esquemas cognitivos- afectivos- motivacionales contruidos desde la experiencia del individuo en su mundo interpersonal. De este modo, los modelos operantes internos establecidos en la infancia se constituyen en la base del apego adulto. Diversas investigaciones longitudinales dan cuenta de esta correspondencia entre el modelo de apego en la infancia y el de la vida adulta (Main, 1997; Waters, Merrick, Albersheim, Treboux y Crowell (1995) citados en Fonagy, 1999).

Pinedo Palacios y Santelices Álvarez (2006), realizan una revisión por separado de cada uno de los componentes de este concepto de modelos operantes internos en vistas a comprenderlo desde una metapsicología explicativa. El MOI, como modelo, significa mapa, representaciones, esquemas o guiones cognitivos que un individuo tiene de sí mismo, de sus figuras de apego y de su entorno. Funcionan como guía y como filtrado de información. Permiten saber quiénes son las figuras de apego, dónde encontrarlas y cómo esperar que respondan cuando sean necesitadas. El MOI, como operante es el aspecto dinámico y cambiante de esta representación psíquica, es decir que, el modelo no es un mapa estático que no puede modificarse sino que puede hacerlo a lo largo del tiempo y en relación a distintas experiencias de vida. A su vez, como operante, pulsa desde dentro del individuo y lo lleva a relacionarse con su entorno; el modelo opera activamente sobre el sujeto para que este actúe en el entorno en busca de proximidad de sus figuras de apego. El modelo, como operante, puede activarse y desactivarse, dependiendo del momento particular en el que se encuentre el sujeto, siguiendo mecanismos homeostáticos de retroalimentación que permiten mantener relación con figura de apego entre ciertos límites de distancia o accesibilidad. Es decir que los modelos operan para regular, interpretar y predecir la conducta, pensamientos y sentimientos (Fonagy, 1991, 1999 en Pinedo Palacios y Santelices Álvarez, 2006). Por último, el MOI como interno, significa representaciones, ideas conscientes e inconscientes, acerca de uno como persona y del otro como figura significativa. La construcción del MOI es a partir de un proceso de internalización, un proceso activo que ocurre desde la infancia. Bowlby (1969, 1986) describe al proceso de construcción de modelos operativos internos como un proceso de internalización, de construcción de imagen interna a partir de las experiencias tempranas con los cuidadores, que incluye la internalización de las conductas de apego por parte del

niño y de las conductas sensibles por parte del adulto; lo que le va a permitir al sujeto percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás y para dirigir su conducta, además de construir una base para la propia identidad y autoestima.

La repetición de los patrones de apego a través de las generaciones ha sido constatada en diversas investigaciones (Benoit & Parker, 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991; Steele, Steele & Fonagy, 1996; Van Ijzendoorn, 1995). Estos datos ponen de relieve la transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos que tendría lugar a través de los modelos internos activos o modelos operativos internos, construidos durante la infancia y reelaborados posteriormente (Garrido et. al, 2013). Este aspecto es muy relevante ya que como señala Bretherton (1985) lo importante no es solo el tipo de relación que el adulto sostuvo durante su infancia con las figuras de apego, sino la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias.

1.3.2. Diferencias con el apego del niño

Algunos autores, al hacer referencia al apego del adulto, han planteado ciertas diferencias entre el apego del adulto y del niño.

West & Sheldon-Keller (1999) señalaron las siguientes tres características o factores que los diferencian:

- a. En los adultos generalmente se produce entre pares.
- b. En la adultez el apego no predomina sobre otros sistemas relacionales, como sucede en la infancia.
- c. En la adultez se incorpora la relación sexual.

En relación a ello, Casullo y Fernández (2005) especifican que la diferencia entre el apego adulto-adulto y niño-adulto reside en que en el sistema de conductas del adulto es recíproco, es decir que los adultos no son asignados a tomar el rol de figura de apego/cuidador o de individuo apegado/ receptor, sino que se oscila entre los dos roles.

1.3.3. Evaluación del apego en el adulto

En relación a la evaluación del apego en el adulto, en los últimos años, se ha realizado muchos estudios sobre ello en donde el concepto de modelo operativo interno tiene una importancia fundamental (Collins, Guichard, Ford & Feeney, 2004; Shaver & Mikulincer, 2002; Simpson & Rholes, 2002; West & Sheldon-Keller, 1999).

Diversos instrumentos se han ido diseñando y adaptando a lo largo del tiempo en distintos países. Entre ellos podría nombrarse la Entrevista de Apego Adulto o Adult Attachment Interview (AAI) de George, Caplan y Main (1985), que busca conocer recuerdos que un adulto tiene sobre sus primeras figuras de apego e información vinculada al ámbito familiar, intentando clasificar el apego del adulto en las cuatro categorías propuestas por Ainsworth y Main (seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado). Otros instrumentos diseñados han sido: Cuestionario sobre el Estilo del apego (Attachment Style Questionnaires) de Hazan y Shaver (1987); Cuestionario sobre Historia del Apego (Attachment History Questionnaire) de Pottharst (1990), Cuestionario de Estilos de Relaciones (Relationship Style Questionnaire) de Griffin y Bartholomew (1994); Cartes, Modèles Individuels de Relation (CAMIR) de Pierrehumbert et al. (1996).

En nuestro país se cuenta con una Escala Argentina de Estilos de Apego, realizada por Cassullo y Fernández (2005) y con una reciente adaptación de Cartes Modeles Individuels de Relation (CAMIR) de Pierrehumbert et al. (1996), realizada por Labin, Martinez y Taborda (2018), que es la versión que se utilizó en este estudio, como se describe en apartado metodológico.

1.3.4. El apego y su evaluación según Pierrhumbert

Tomando la tipología de apego creada por Ainsworth (1979) y descripta anteriormente; Martínez y Santelices, (2005) postulan que dicha tipología no permite observar el apego desde un perspectiva relacional, ya que ésta clasificación prioriza la explicación de los mecanismos mentales por sobre la percepción del entorno, por lo tanto, si se sigue exclusivamente esta categorización, se dificultaría la formulación de un constructo que necesita ser medido, tanto desde una perspectiva interna, como desde las estrategias externas que despliega el individuo para relacionarse con el medio.

Considerando esta problemática, el psicólogo Pierrehumbert, discípulo de Bowlby, focalizado en estudios desde la psicología del desarrollo siendo director de la unidad de investigación del departamento de psiquiatría del niño y del adolescente en la Universidad de Laussane, Suiza, creó el CaMir (*Cartes, Modeles individuels de relation*). El objetivo de test es la evaluación de las estrategias relacionales del adulto, suponiendo la existencia de un modelo de si mismo y del otro en las relaciones interpersonales.

Para ello, Pierrehumbert et al. (1996) establecen una nueva clasificación basada en las actitudes del sujeto, explicando al apego a partir de las estrategias perceptivas que despliega el adulto para relacionarse con los demás, creando dos categorías donde están contenidos los estilos clásicos propuestos por Ainsworth, encontrándose:

- a. Una estrategia primaria que implica que las figuras de apego aparecen frente al niño, accesibles y capaces de responder de una manera coherente a sus demandas. Es un modelo equilibrado de la activación y desactivación de emociones ya que el sujeto frente a la separación puede identificar la fuente de ansiedad y buscar consuelo en otros, pudiendo afrontar la separación y desactivar la ansiedad finalmente, corresponde a un estilo seguro.
- b. Una segunda estrategia que implica que el niño puede prever que las figuras de apego permanecerán insensibles a sus demandas o que tendrán respuestas inadecuadas de tal forma que en estado de alarma el niño tiene dos soluciones: mantener desactivadas las conductas de apego y así evitar ser confrontado a un rechazo (estilo inseguro evitativo), o sobreactivar las conductas de apego con el fin de forzar al adulto a responder (estilo inseguro ambivalente). De este modo, la estrategia secundaria correspondería entonces, en el primer caso, a la desactivación prematura de las emociones, ya que el individuo corta el acceso a las fuentes de ansiedad, desviando su atención de las emociones; y en el segundo caso, la estrategia correspondería a una hiperactivación emocional y a la irrupción incontrolable de informaciones, representaciones, recuerdos, manteniendo la ansiedad demasiado activada y la demanda de consuelo es demasiado elevada como para ser realizable.

En pos de esta separación, el autor propone que las personas pueden tanto; mantener percepciones normales del entorno, del sí mismo, y de sus formas de relacionarse con los demás, debido a que emplean positivamente las experiencias tempranas de apego (estrategia primaria), como también utilizarlas negativamente, debido a la pobre relación que hayan tenido en sus primeras etapas del desarrollo con su cuidador más cercano (estrategia secundaria).

Con esta clasificación, los autores exponen una categorización del apego (prototipos) basada en patrones perceptuales, favoreciendo la construcción de un enfoque que permita observar actitudes y capacidad para establecer vínculos con el otro,

posibilitando una mayor comprensión de las estrategias relacionales basadas en la percepción, sin desestimar al mismo tiempo el tipo de apego desarrollado por el sujeto (Garrido et al., 2009).

A continuación, se detallan algunas características específicas de estos prototipos (Mijkovitch et al., 2005):

1. Prototipo seguro: se caracteriza por presentar confianza y seguridad en sí mismo y en los demás. Los sentimientos y emociones son compartidos y expresados abiertamente. Se reportan experiencias de cercanía y las relaciones son vistas como satisfactorias. Se le otorga importancia a la estructura familiar. En este estilo, el apego provee un sentido de seguridad; la activación del sistema de apego, que implica la búsqueda de consuelo y protección, es provocada por la presencia de un estímulo alarmante. En la ausencia de tal estímulo, la persona puede explorar libremente el medio.
2. Prototipo rechazante: las respuestas en este prototipo reflejan una postura defensiva en las relaciones interpersonales. Los participantes abogan por la autosuficiencia y la independencia y se ven a sí mismos como controlando sus emociones. La comunicación en sus relaciones pasadas o presentes es descrita como restringida y las memorias de la niñez en su mayoría olvidadas. En este estilo la persona ha aprendido a inhibir las salidas de su sistema de apego, no mostrando señales de estrés o necesidad de consuelo, y, llevando su atención lejos de información relacionada con el apego, lo cual podría suscitar sentimientos de estrés y deseo de cercanía.
3. Prototipo preocupado: al contrario del anterior los participantes con un estilo preocupado reportan un involucramiento familiar enredado u carencia de autonomía. Comúnmente reportan también preocupación y contaminación del afecto con los miembros de la familia. Los padres son descritos como controladores, sobreprotectores y demandantes y los participantes reportan rabia y resentimiento hacia ellos. Además señalan que están temerosos de expresarse y de ser abandonados; consideran que presentan dificultad para sobreponerse a las experiencias de pérdida. En este estilo el sistema de apego está hiperactivado, llevando a una preocupación excesiva con respecto a las temáticas de apego y limitando el sentido de autonomía de la persona.

En este sentido, la teoría del apego se origina a partir de aportes provenientes de una perspectiva más psicoanalítica con Bowlby y Ainsworth como precursores de este marco, pero es a través de las contribuciones de Hazan y Shaver (1987) en Pierrehumbert et al. (1996) y de los recientes aportes de Garrido et al. (2009) que se redefine el apego a partir de investigaciones sustentadas en un paradigma cognitivo, permitiendo establecer un puente entre ésta teoría con las bases cimentadas en perspectivas de orientación psicoanalítica.

1.3.5. El apego en la adultez y su relación con otras variables psicológicas

Diversas investigaciones se han centrado en estudiar la variable del apego. Gran parte de las investigaciones sobre el apego lo estudian en niños/as en relación a un cuidador principal. Dentro de estos estudios, algunos analizan relación entre distintos tipos de apego y variables propias del niño/a en edad escolar. Otros, presentan un diseño longitudinal, permitiendo estudiar el apego temprano (en edad preescolar) con el primer cuidador para luego relacionarlo con otras variables propias de la niñez escolar o adolescencia. Entre estas variables mencionadas se encontraron relaciones significativas entre los tipos de apego con: variables cognitivas y rendimiento académico (Bosmans et al., 2016; West, Mathews & Kerns, 2013; Zimmermann & Iwanski, 2015), regulación emocional (Brenning et al., 2012; Brumariu, 2015; Brumariu, Kerns & Seibert, 2012; Lowell, Renk & Havill Adgate, 2014), habilidades sociales (Barone & Lionetti, 2012; Kokkinos, 2013; Rispoli et al., 2013) problemas conductuales (Boldt et al., 2014; Barone & Lionetti, 2012; Drake, Belsky & Fearon, 2014; Dubois-Comtois et al., 2013; Kochanska & Kim, 2013; Lowell, Renk & Havill Adgate, 2014; O' Connor, Collins & Supple, 2012), psicopatología (Agerup et al., 2015; Brumariu, Kerns & Seibert, 2012; Drake & Ginsburg, 2012; Lecompte et al., 2014; Thorell, Rydell & Bohlin, 2012), aspectos neurológicos (Moutsiana et al., 2014), entre otras.

En cuanto al apego del adulto, diversas investigaciones lo estudian relacionándolo con distintas variables, encontrando relaciones significativas entre determinados estilos de apego con: control de impulsos y manejo emocional y de la agresión (Ansbros, 2008; Fournier, Brassard & Shaver, 2011; Lawson & Brossart, 2009; Loinaz, Echeburúa & Ullate, 2012; Mauricio & López, 2009; Pascuzzo, Cyr & Moss, 2012), conductas delictivas (Rivera et al., 2016; Gonzalez et al., 2010; Camps-Pons & Castillo-Garayoa, 2014), psicopatología (Dozier, Stoval-McClough & Albus, 2008; Garrido et al., 2015; Harnic et al., 2014; Keating,

Tasca & Hiill, 2013; Prades Causera & Romero Peris, 2015; Riggs & Han, 2009; Santelices Álvarez, Guzmán González & Garrido Rojas, 2011; Zegarra Valdivia & Soto Añari, 2017), estrés (Hicks & Diamond, 2011), estructura y funcionamiento neural (Canterberry & Gillath, 2013), alianza terapéutica (Murphy & Maurio, 2009), autoestima y habilidades sociales (Doinita, 2015), vínculos familiares e inteligencia emocional (Páez, Fernández, Campos, Zubieta & Casullo, 2006) satisfacción de vida (Guarnieri, Smorti & Tani, 2015). Un grupo de estos estudios se refieren al apego romántico en la pareja (Carreras et al., 2008, Guarnieri, Smorti & Tani, 2015; Guzman & Contreras, 2012; Martínez Álvarez et al., 2014; Paetzold, Rholes & Kohn, 2015; Pascuzzo, Cyr & Moss, 2012; Rivera, Cruz & Muñoz, 2011).

1.3.5.1 Apego y psicopatología

Un estudio llevado a cabo con muestra de mujeres madres en las que se estudió la representación del apego y psicopatología, permitió identificar que el apego inseguro se encontraba correlacionado de manera significativa y positiva con diagnósticos del DSM IV. De manera más específica, se encontró una correlación positiva significativa entre el apego preocupado con trastornos afectivos. A su vez, los investigadores observaron que el tipo de apego seguro se encontraba asociado con un bajo nivel de riesgo de tener trastornos mentales (Ward, Lee & Polan, 2006).

En esta línea de estudio, se ha investigado la relación entre apego y trastornos del estado de ánimo. Se han encontrado relaciones significativas positivas entre apegos inseguros y depresión y trastorno distímico en mujeres adultas (Garrido et al., 2015; West & George, 2002), como así también sintomatología ansioso-depresiva (Santelices Álvarez, Guzmán González & Garrido Rojas, 2011). Otro estudio realizado por Harnic et al. (2014) permitió identificar este tipo de asociación entre estilos de apego inseguros y trastornos bipolares y temperamentos ciclotímicos. Riggs & Han (2009) concluyen que el apego inseguro se correlaciona de manera significativa y positiva con baja autoestima y creencias irracionales, lo cual se asocia, a su vez, con sintomatología depresiva y ansiógena.

Por otro lado, gran parte de las investigaciones sobre el tema han estudiado las representaciones del apego en adultos con trastornos alimentarios, encontrando relaciones significativas entre dichos trastornos y estilos de apegos inseguros (Barnes &

Caltabiano, 2017; Barone & Guiducci, 2009; Eggert, Levendosky & Klump, 2007; Keating, Tasca & Hill, 2013; Kuipers et al., 2016; Münch, Hunger y Schweitzer, 2016; Ringer & Crittenden, 2007; Suejung & Jeffrey, 2017; Troisi et al., 2006). Troisi et al. (2006) concluyen que un estilo de apego inseguro funciona como un factor de riesgo implicado en la etiología de la insatisfacción corporal que funciona, a su vez, como un factor de riesgo para los trastornos alimentarios.

Asimismo, las representaciones del apego han sido también relacionadas con trastornos de personalidad, específicamente con trastorno límite de personalidad, concluyendo que aquellos adultos con este diagnóstico obtuvieron puntuaciones considerablemente elevadas en los tipos de apego inseguros (Badoud et al., 2018; Prades Causera & Romero Peris, 2015; Zegarra Valdivia & Soto Añari, 2017).

1.3.5.2. Representaciones del apego del adulto y su relación con maternidad y desarrollo infantil

Se han realizado estudios del apego en madres adultas, estableciendo relaciones entre los tipos de apego materno y variables relacionadas a su maternidad, tales como: autoeficacia materna (Kohlhoff & Barnett, 2013), depresión materna (Lefkovic, Baii & Rigó, 2014; Quezada & Santelices, 2009), fallas en sus funciones de cuidado como maltrato infantil (Adshead & Bluglass, 2005), estado emocional materno y estilos parentales (Adam, Gunnar y Tanaka, 2004) y embarazo (Condon et al., 2013; Grimalt & Heresi, 2012; Vreeswijk et al., 2014).

. A su vez, se han establecido relaciones entre apego materno y variables del infante como prematuridad (Baldoni, 2010; González Serrano et al., 2012), problemas de conducta Madigan, Moran & Pederson (2006) y desarrollo infantil (Alhusen, Hayat & Gross, 2013).

En relación a la autoeficacia materna, Kohlhoff & Barnett (2013) observaron que aquellas madres primerizas con apegos de tipo inseguro presentaban una baja autoeficacia materna, encontrando una correlación negativa entre ambas variables.

Por otro lado, Adam, Gunnar y Tanaka (2004) estudiaron las representaciones del apego de madres de niños de dos años de edad y su relación con estado emocional materno y estilos parentales conductuales. Encontraron correlaciones significativas positivas entre el apego inseguro preocupado y afectividad negativa y ansiedad. A su vez,

a nivel conductual, estas madres con apego preocupado obtuvieron puntajes significativamente altos en estilo parental o de crianza intrusivo y enojado. Por otro lado, en relación a las madres con apego inseguro ansioso, aquellas que obtuvieron altos puntajes en sintomatología depresiva, exhibieron, a su vez, bajos puntajes en la conducta de calidez y sensibilidad materna. Se concluye que el estado de bien estar emocional en madres con apego inseguro ansioso protege el comportamiento parental. Continuando con la incidencia de las representaciones de apego de la madre, Madigan, Moran & Pederson (2006) concluyen que existen relaciones significativas entre las representaciones del apego de la madre y problemas de conducta del niño antes del año de edad. De manera más específica, al estudiar apego en madres adolescentes, observan al apego desorganizado en correlación positiva con problemas de conducta del niño.

En esta línea de estudio, diversas investigaciones sobre el maltrato infantil incluyen la variable de las representaciones del apego del adulto que ejerce el maltrato. Entre ellas, se ha estudiado las representaciones del apego maternas en madres que presentan comportamientos propios del síndrome de Munchhausen by proxy. El estudio permitió conocer que la mayor parte de ellas presentaban apegos desorganizados, siendo mayor la frecuencia de este tipo de apego que en un grupo de madres sin este diagnóstico. A partir de ello, se concluyó que el apego inseguro puede funcionar como un factor de riesgo para el maltrato infantil y, de manera más específica, para el síndrome de Munchhausen by proxy (Adshead & Bluglass, 2005).

En un estudio realizado en el año 2009 por Quezada & Santelices se encontró una relación entre indicadores de psicopatología de la madre y el apego del bebé. La presencia de síntomas depresivos en la madre, se encontró relacionada de manera significativa positiva con patrones conductuales de apego inseguro por parte de su hijo o hija al año de vida. Especifican que la variable psicopatología materna tiene una capacidad predictiva del 69.4% sobre el apego del bebé.

En relación a la prematurez, González Serrano et al. (2012) concluyen que las madres de niños nacidos de manera prematura presentan mayor estrés durante el primer año de vida de su hijo, en comparación con el nivel de estrés de madres de niños nacidos a término. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en las representaciones de apego o modelo interno de apego entre ambos grupos de madres. Esto no concuerda con lo que se concluye en un estudio realizado en el año 2010 por Baldoni, en donde se

observó que las madres de bebés prematuros presentaban mayores niveles de ansiedad y mayor nivel de apego inseguro. Este estudio también incluye a los padres, quienes presentaban mayores niveles de depresión y mayores niveles de apego inseguro, en comparación con padres de niños nacidos a término. A su vez, el estudio incluye la variable de desarrollo psicomotor, evaluado mediante la Escala Bayley, encontrando correlación significativa entre estas variables de los padres depresión, ansiedad y apego inseguro con un rendimiento negativo en la escala del desarrollo.

Esto concuerda con el estudio sobre desarrollo psicomotor en la primera infancia y apego del cuidador principal realizado por Alhusen, Hayat & Gross (2013). Concluyen que existen relaciones significativas entre el apego seguro y un desarrollo más favorable a nivel comunicativo, motor, social; y entre el apego inseguro y retrasos en las distintas áreas del desarrollo.

Se ha evaluado también el apego en el adulto con su hijo/a por nacer, en el desarrollo prenatal, concluyendo como el mismo se mantiene tras el nacimiento del mismo, identificando al embarazo como una oportunidad para el inicio del apego (Condon et al., 2013), y como dicho apego se relaciona con la capacidad de representación de ese niño/a por nacer (Grimalt & Heresi, 2012; Vreeswijk et al., 2014).

CAPÍTULO II

***FUNCIONALIDAD
FAMILIAR***

2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

2.1. Breve recorrido histórico y jurídico sobre el rol de la familia:

La familia cumple muchas y diversas funciones relacionadas con el desarrollo infantil: la satisfacción de necesidades básicas, la protección del niño, su socialización y educación, su integración social y el apoyo en la construcción de sentimientos de pertenencia e identidad personal (Gomez Bengochea & Berastegui Pedro-Viejo, 2009). Sin embargo, largo fue el camino sociocultural y jurídico transitado por la infancia y por la familia para arribar a este rol y función descripta.

Los contextos de guerras mundiales, en especial a partir de la segunda, iniciaron modificaciones muy profundas en torno a la concepción a la infancia y, específicamente, en torno a aquellos que quedaban en situación de vulnerabilidad, los menores de las sociedades occidentales. Hasta mediados del siglo XX se consideraba que, privado de familia, el menor sólo necesitaba ser atendido en sus necesidades básicas: salud (alimento, higiene y seguridad material) y educación (moral, religiosa y aprendizaje de un oficio). Las necesidades afectivas no eran consideradas básicas de modo que, en situaciones de desprotección material (pobreza, exclusión social, abandono) o moral (hijos de madres solteras, familias rechazadas) se utilizaba la internación de menores, sin atender a las necesidades afectivas.

Una de las investigaciones de la posguerra que más influyó en la toma de conciencia de esta realidad fue la realizada por René Spitz en 1945 sobre el «hospitalismo», en la que se describe el comportamiento y el desarrollo observados en noventa lactantes durante dos años en un orfanato europeo de la posguerra. En este orfanato los cuidados materiales « (...) eran perfectos: alimento, alojamiento, atenciones de higiene, etc., eran iguales o mejores que en otras instituciones» (Spitz, 1974, p. 110) y, sin embargo, el personal dedicado a los niños era muy escaso, por lo que la necesidad de contacto y afecto era prácticamente total.

Spitz describe cómo los niños que vivían en estas condiciones entraban en un estado depresivo que se seguía de un retraso significativo en la coordinación psicomotora y un grave estancamiento del desarrollo evolutivo. Esta situación generaba un descenso en la ingesta de alimentos e inmunodepresión que conducían a un deterioro progresivo

del estado físico, un aumento de infecciones y a una elevada tasa de mortalidad entre los lactantes en los dos primeros años de internación.

Otra investigación de gran relevancia fue la encargada por la Organización Mundial de la Salud a John Bowlby sobre los efectos de la privación del cuidado materno (Bowlby, 1951), previamente mencionado en el capítulo anterior sobre el apego. Este estudio, corroboró las funestas consecuencias que la privación generaba en el desarrollo del niño. En palabras de Bowlby «la privación prolongada del cuidado materno puede producir en el niño pequeño graves efectos en su carácter, y tiene tal alcance de proyección en la vida que puede afectarla por entero» (Bowlby, 1951, p. 57)

En estos contextos históricos y socioculturales, la importancia de la familia queda reflejada en instrumentos jurídicos.

En primer lugar, en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que en su preámbulo reconoce la dignidad del hombre como derivada de su pertenencia a la «familia humana». De acuerdo a la Declaración, la familia “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado; es el grupo social básico en el que la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades y en el cual los individuos construyen una identidad mediante la transmisión y actualización de los patrones de socialización” (art. 16.3) De esta manera, lentamente la familia empieza a considerarse un derecho de todo niño; ya que para ellos, la posibilidad de vincularse a un adulto que cumpla una función de cuidado es una necesidad primaria y fundamental en su desarrollo.

En segundo lugar, la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989), acentúa la necesidad del niño de crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material, y menciona, además, que salvo circunstancias excepcionales, no se debe separar al niño de corta edad de su madre.

Este nuevo enfoque de los derechos produce un cambio profundo en relación con las miradas previas a la Convención, miradas propias de una doctrina de situación irregular. Para esta nueva perspectiva es esencial considerar al niño como sujeto de derechos, lo cual cambia la relación entre los niños y los adultos; ya que ahora son los

adultos (la familia, la comunidad, el Estado) quienes tienen la obligación de promover y proteger esos derechos.

La Convención establece que:

“Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño”.

En la Sesión Especial de Naciones Unidas a favor de la Infancia se proclamó que: La familia es la unidad básica de la sociedad y, como tal, debe reforzarse. La familia tiene derecho a recibir una protección y un apoyo completos. La responsabilidad primordial de la protección, la educación y el desarrollo de los niños incumbe a la familia. Todas las instituciones de la sociedad deben respetar los derechos de los niños, asegurar su bienestar y prestar la asistencia apropiada a los padres, a las familias, a los tutores legales y a las demás personas encargadas del cuidado de los niños para que estos puedan crecer y desarrollarse en un entorno seguro y estable y en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, teniendo presente que en diferentes sistemas culturales, sociales y políticos existen diversas formas de familia (UNICEF, 2005).

Específicamente en Argentina, la Ley Nacional 26.061, Ley de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA), sancionada en el año 2005, garantizó la puesta en marcha de los principios contemplados en la CDN, adecuando la legislación interna a los postulados de esta última. La misma identifica a la familia como la principal responsable del cuidado del NNA (Artº 7) y plantea, como derecho de todo NNA, el desarrollo en su ámbito familiar de origen (Artº 11).

Es a partir de esta ley que el paradigma de protección integral comienza a instaurarse generando nuevas demandas y desafíos (UNICEF, 2012).

2.2. ¿Qué entendemos por familia?

2.2.1 Definición y etapas

Minuchin y Fishman (1993) señalan que la familia es un contexto natural para crecer y para recibir auxilio; un sistema vivo que intercambia información interna y

externamente, donde las fluctuaciones de origen interno o externo suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia, pero si la fluctuación se hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en la que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones y exigencias del medio (pp. 34-36).

Así, para Minuchin (1986) el desarrollo de la familia transcurre en cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las etapas, reconocidas como el ciclo de vida, son:

- a. Formación de la pareja.
- b. La pareja con hijos pequeños.
- c. La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes.
- d. La familia con hijos adultos.

2.2.2. Familia funcional y familia disfuncional

Tal como señala Minuchin (1986), cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Cuando las familias logran adaptarse a los cambios, modificando las reglas, y modos de funcionamiento podemos decir que es una familia “funcional”.

Usualmente una familia es definida como funcional en la medida en que realiza bien sus funciones necesarias, que son, dar apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces potenciando la separación e individuación evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose eficazmente (Montalvo, Sandler, Amarante & Del Valle, 2005).

Algunas de las características de las familias funcionales según Minuchin, son las siguientes:

1. Límites claros al exterior: los padres han logrado una autonomía respecto a su familia de origen manteniendo una relación afectiva con ellos pero preservando la autoridad y jerarquía sobre sus hijos.

2. La jerarquía recae en los padres: los cónyuges satisfacen entre sí sus necesidades afectivas, sin utilizar como sustituto conyugal a uno de sus hijos, u otros.
3. Alianza en el holón parental: cada cónyuge reconoce ante sus hijos el valor y la autoridad del otro.
4. No hay sobre involucramiento ni periferia de ninguno de los miembros: las reglas de convivencia son flexibles y se van adaptando a las necesidades de cada uno de los miembros, de la pareja como un todo y a los requerimientos del entorno social.
5. Subsistemas bien diferenciados: los miembros de la familia se van adecuando a los diferentes subsistemas (el de los hermanos, sexo o tarea que desempeñan); los padres crecen junto con sus hijos y se van adaptando a las necesidades que ellos van mostrando de acuerdo a su edad y sexo.
6. Límites claros en el sistema parental: los hijos aceptan y permiten a los padres solidificarse como pareja conyugal.
7. Límites claros en el sistema fraterno: los hijos con el apoyo de los padres, mantienen relaciones de igualdad y colaboración entre ellos.
8. Límites flexibles: los padres aceptan y permiten a sus hijos irse independizando gradualmente manteniendo una relación con su entorno social.

Sin embargo, hay familias que pueden permanecer enquistadas en una etapa, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante una nueva situación, por ejemplo, el nacimiento de un hijo y su crecimiento, el ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela o mudanzas, entre otros. Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas (Reyna, Salcido Espinosa & Pérez Arredondo, 2013).

Entre las características de las familias disfuncionales pueden mencionarse:

1. Conflicto y triangulación: la comunicación está cargada de mensajes contradictorios.
 - Paradojas: en donde una parte del lenguaje contradice a la otra, o todo el mensaje es contradictorio por el lenguaje no verbal utilizado.
 - Doble vínculo: en donde la comunicación se da en una relación complementaria (dispareja) y no hay posibilidad de aclarar las contradicciones del mensaje.

2. Centralidad negativa y/o sobre involucramiento: el problema posee una función tanto para el paciente identificado, como para el resto del sistema y hay un desconocimiento de las ventajas del síntoma. En ocasiones se crean mitos para explicar la existencia del síntoma dentro del sistema familiar.
3. El síntoma se estabiliza a través de patrones de interacción recurrentes.
4. Las jerarquías y límites generacionales son difusos: no están bien definidos o están invertidos (una persona de una generación, forma coalición con otra de otra generación en contra de un tercero.)
5. Los intentos de solución del problema lo mantienen y lo estabilizan

Umbarger (1983), Minuchin (1986) y Hoffman (1992) señalaron que una estructura disfuncional posibilitaría la presencia de un síntoma en alguno de los miembros de la familia y ésta tendría como características límites difusos y/o rígidos al interior y/o exterior del sistema, la jerarquía no sería compartida en el subsistema parental, presencia de un hijo (a) parental, centralidad negativa, coaliciones, algún miembro periférico (Montalvo, 1999 y 2000; Montalvo, Soria y González, 2004; Montalvo, Sadler, Amarante y Del Valle, 2005; Montalvo, Cedillo, Hernández y Espinosa, 2010).

2.3. El Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales:

2.3.1. Definición del Modelo

El Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales de Olson, Russell, y Sprenkle (1989) fue elaborado como intento de reducir la distancia que suele existir entre investigación, teoría y práctica en temas referidos a la dinámica familiar. Desde este modelo, se considera que hay tres dimensiones que definen y hacen al constructo de "funcionamiento familiar". Estas tres dimensiones son: la cohesión, la adaptabilidad (flexibilidad) y la comunicación. A continuación, se describirá cada una de estas dimensiones y sus posibles modalidades de expresión.

Previo a ello, vale aclarar que, a lo largo de la búsqueda bibliográfica se han encontrado diferentes traducciones a la palabra Circumplex propuesta por David Olson y sus colaboradores en el "Circumplex Model of Family Systems". Al traducirlo al español en ocasiones se utiliza Modelo "Circumplejo" y en otras "circunflejo" de los Sistemas Familiares, es por ello que se considera pertinente aclarar la definición del término. En el diccionario de la Real Academia Española no existe un significado de la palabra

“Circumplejo”, por el contrario si menciona a circunflejo: “m. acento que se compone de uno agudo y otro grave unidos por arriba (^), ya sin uso alguno en español” (Real Academia Española, 2019). Es claro que dicha definición no refleja la idea que Olson y sus colaboradores pretenden dar a la palabra “Circumplex”. Para comprenderla entonces es necesario tomar la raíz etimológica de la palabra procedente del latín «circumflexus» y a su vez del griego «περισπωμενη» (perispōménē) lo que significa plegado circularmente, esta traducción se aproxima a la noción que se pretende utilizar con este término, siendo esta la que se tomara para el presente trabajo.

2.3.2. *Cohesión Familiar.*

La cohesión familiar está relacionada con el apego o desapego presente entre los miembros de la familia, como lo mencionan Schmidt, Barreyro y Maglio “la cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de una familia” (2010, pág. 31). Esta definición es ampliada por Ortiz mencionando que Olson, Russell y Sprenkle para realizar el diagnóstico de este parámetro dentro de la familia tomaron en consideración: “los lazos emocionales/independencia, los límites/coaliciones, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones, y los intereses/recreación” (2008, pág. 233).

Los sistemas familiares pueden clasificarse en cuatro tipos, en función del nivel de cohesión. Así, las familias pueden ser: desligadas (muy bajo nivel de cohesión), separadas (de bajo a moderado), conectadas (de moderado a alto) y enmarañadas (muy alto nivel de cohesión). El segundo y tercer nivel (familias separadas y conectadas), se consideran niveles moderados o balanceados de cohesión. En estos dos sistemas, los individuos son capaces de ser independientes y, al mismo tiempo, pueden estar conectados con sus familias. En las familias con un bajo nivel de cohesión (familias desligadas) no existe una estructura adecuada de apoyo, los miembros “hacen su propia vida” y predomina el desinterés. En el extremo opuesto, se encuentran las que tienen un nivel muy alto de cohesión (familias enmarañadas) y no refuerzan la independencia necesaria de sus miembros (Leibovich de Figueroa et al, 2010).

Los niveles extremos de cohesión (sistemas desbalanceados) pueden ser problemáticos a largo plazo para los individuos y para el desarrollo de las relaciones

entre los miembros. Por otra parte, los sistemas moderados tienen la capacidad de balancear el estar solos versus el estar juntos de una manera más funcional. Aunque no hay un nivel que sea el mejor de modo absoluto, es posible que existan problemas si un sistema familiar o marital funciona en alguno de los extremos por largo tiempo (Leibovich de Figueroa et al, 2010).

Los autores han descrito características de los sistemas familiares balanceados (tipos separados o conectados) en la dimensión de cohesión (Olson, Russell & Sprenkle, 1989). Tienden a ser más funcionales. Más específicamente, una relación de tipo separada tiene cierta distancia emocional pero no al extremo de los sistemas desconectados. Mientras el tiempo vivido independientemente es más importante, existe asimismo tiempo compartido, decisiones conjuntas y apoyo marital. Los intereses y actividades suelen ser independientes, aunque con posibilidad de compartir alguno de ellos. Por otra parte, una relación de tipo conectada implica una mayor cercanía emocional y lealtad hacia la relación. El tiempo pasado juntos es más importante que el vivido en forma separada. Hay énfasis en la unión. Hay amigos de cada uno de los miembros, pero también amigos en común. Se comparten los intereses, aunque hay actividades individuales

Por otro lado, entre las características de los sistemas familiares desbalanceados en la dimensión de cohesión (Olson, Russell & Sprenkle, 1989), se pueden mencionar las siguientes: se trata de sistemas familiares que están ubicados en los extremos (muy alto o muy bajo). Una relación de tipo desligada tiene a menudo una separación emocional extrema. Existe una escasa implicancia entre los miembros de la familia y hay mucha separación personal e independencia. Cada uno "hace su propia vida". Predomina el tiempo, espacios e intereses individuales, y los miembros son incapaces de brindarse apoyo mutuo y de resolver problemas conjuntamente. En una relación de tipo enmarañada hay un monto extremo de unión emocional y se pretende que los miembros sean leales. Los individuos son muy dependientes unos de otros. Hay una falta general de distancia personal y se permite poco espacio privado. La mayor parte de la energía de los individuos está centrada en el sistema familiar o marital y hay pocos amigos o intereses fuera del mismo.

2.3.3. Adaptabilidad familiar.

La adaptabilidad (o flexibilidad) familiar está vinculada con la capacidad de cambio del sistema familiar. Se define como la plasticidad de la familia para adecuarse a las distintas circunstancias vitales que atraviesa. Está referida al monto de cambio en su estructura de poder, sus roles y reglas en respuesta al estrés situacional y de desarrollo (Leibovich de Figueroa et al, 2010). Según Schmidt et al., la adaptabilidad se trata de “la magnitud de cambios en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia” (2010, pág. 31). Entre las variables que se evalúan en el modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle se encuentran “la estructura del poder, los estilos de negociación, las relaciones de los roles y la retroalimentación” (Ortiz 2008, pág. 234).

Las familias pueden clasificarse también, según el nivel de adaptabilidad, en cuatro tipos: rígidas (muy bajo nivel de adaptabilidad), estructuradas (de bajo a moderado), flexibles (de moderado a alto) y caóticas (muy alto nivel de adaptabilidad). El segundo y tercer nivel (familias estructuradas y flexibles), se consideran niveles moderados o balanceados de adaptabilidad. Estos sistemas, suelen ser flexibles y logran adaptarse a distintas circunstancias. Un bajo nivel de adaptabilidad (familias rígidas) implica un estilo familiar autocrático, en donde la capacidad de cambio es limitada. Las familias que tienen un alto nivel de adaptabilidad (familias caóticas) se caracterizan por falta de estabilidad y por una variabilidad constante que vuelve al sistema desorganizado. Tal como fue explicado para la dimensión cohesión, se considera que los niveles balanceados de adaptabilidad son facilitadores del funcionamiento familiar, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital (Leibovich de Figueroa et al, 2010).

Entre las características de los sistemas familiares balanceados en la dimensión de adaptabilidad o flexibilidad (Olson, Russell & Sprenkle, 1989) se destacan que son sistemas que tienden a ser más funcionales. Más específicamente, una relación de tipo estructurada tiene un liderazgo básicamente democrático, con capacidad de negociación, incluso con los hijos. Los roles son estables con cierta participación de los otros. Las reglas pueden cambiar aunque hay algunas firmemente establecidas. Por su parte, una relación de tipo flexible tiene un liderazgo igualitario, con un estilo democrático en la toma de decisiones. Las negociaciones son amplias e

incluyen activamente a los hijos. Los roles son compartidos y hay un cambio fluido en las reglas cuando es necesario.

Por su parte, las características de los sistemas familiares desbalanceados en la dimensión de adaptabilidad o flexibilidad también son definidas por los autores (Olson, Russell & Sprenkle, 1989). Los niveles desbalanceados de adaptabilidad están ubicados en los extremos (muy alto o muy bajo). Una relación de tipo rígida se establece cuando un individuo está “a cargo” del sistema y es muy controlador, ejerciendo así un liderazgo autoritario. Las negociaciones son limitadas y la posibilidad de cambio en sus liderazgos, roles y reglas son escasas. A estos sistemas les resulta difícil adaptarse a los eventos estresantes. En una relación de tipo caótica existe un liderazgo limitado o errático. Las decisiones son impulsivas y no bien pensadas. Los roles son confusos y cambian de una persona a la otra. Las reglas varían con frecuencia. Hay escasa consistencia en el otorgamiento de premios y castigos.

El cruce de variables de cohesión y adaptabilidad (o flexibilidad) permite estructurar los 16 tipos de familia que plantean Olson, Russell y Sprenkle en su modelo Circumplejo, dependiendo estas del tipo predominante, en cada dimensión.

2.3.4. Comunicación Familiar:

La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones (Leibovich de Figueroa et al, 2010). Para Lorente, y Martínez (2003) es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones, sin embargo por ser facilitadora no se encuentra graficada en el modelo circumplejo, ya que si se cambia el estilo comunicacional de las familias, probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar. Se evalúa teniendo en cuenta: la capacidad de escucha, capacidad para expresar ideas y sentimientos, claridad, continuidad y coherencia relacional, respeto y consideración mutua. Los sistemas balanceados tienden a tener una adecuada comunicación, mientras que los sistemas que se ubican en los extremos tienden a tener una pobre comunicación (Leibovich de Figueroa et al, 2010).

2.3.5. Tipos de familia

A modo de conclusión, en el Modelo Circumplejo, Olson, Russell y Sprenkl (1989) establecen cuatro tipos posibles de familia en función a la variable adaptabilidad y cuatro para la variable cohesión desarrollados a continuación.

Tipos de familia de acuerdo a la variable adaptabilidad:

- a. Caótica: Se trata de un tipo de familia caracteriza por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente.
- b. Flexible: Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario.
- c. Estructurada: Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan.
- d. Rígida: Con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios.

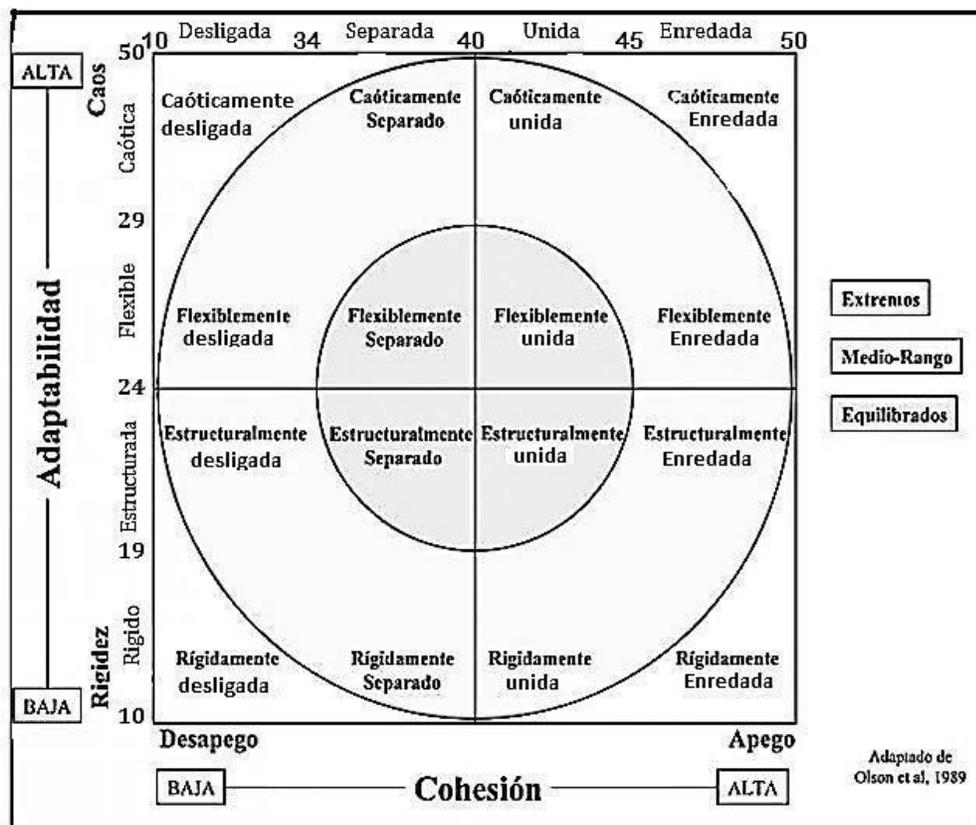
Tipos de familia de acuerdo a la variable cohesión:

- a. Desligada: Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes.
- b. Separada: Sus límites externos e internos son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares.
- c. Unidas: Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos.
- d. Enredada: Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar.

2.3.6. Modelo Circumplejo: un mapa de pareja y familia

Otra forma de considerar este modelo, es como un mapa descriptivo de 16 tipos de familias o parejas. Los distintos niveles de cohesión y los niveles de adaptabilidad forman una matriz 4 x 4 que da lugar a una clasificación de 16 tipos de sistemas familiares y maritales. Cuatro de esos 16 tipos son moderados en ambas dimensiones (tipo balanceados), ocho son extremos en una dimensión y moderados en la otra (tipo rango-medio), y cuatro son extremos en ambas dimensiones (tipo extremos) (Leibovich de Figueroa et al, 2010).

Modelo Circumplejo: 16 tipos de sistemas familiares y maritales (extraído de Olson, Russell & Sprenkle, 1989)



2.3.7. Hipótesis del Modelo Circumplejo

1. Los sistemas familiares y maritales balanceados (los niveles centrales) funcionan generalmente de modo más adecuado a través del ciclo vital que los sistemas que se ubican en los extremos. Un aspecto importante de este modelo, se refiere al concepto de equilibrio (balance). Aún cuando un sistema familiar se ubique en los niveles centrales del modelo, no debe suponerse que este sistema operará siempre de manera balanceada. Un sistema equilibrado significa que la familia puede experimentar los extremos cuando sea necesario, pero no suele funcionar en tales extremos por períodos prolongados. En síntesis, los tipos de sistemas que se ubican en los extremos pueden no ser disfuncionales sino que los comportamientos extremos podrían ser necesarios en ciertas etapas del ciclo vital o cuando la familia debe afrontar un evento vital estresante, pero puede resultar problemático si la familia permanece en los extremos (Leibovich de Figueroa et al, 2010).
2. La habilidad para una comunicación positiva, permite a los sistemas balanceados cambiar sus niveles de cohesión y adaptabilidad con mayor facilidad que sistemas ubicados en los extremos. En general, se considera que la comunicación positiva suele facilitar y mantener el equilibrio del sistema. Inversamente, la comunicación negativa impide el pasaje a los niveles centrales del modelo (tipo balanceado) y, por lo tanto, aumenta la probabilidad de que los sistemas sigan funcionando en los extremos (Leibovich de Figueroa et al, 2010).
3. Al afrontar estrés situacional y cambios del desarrollo a través del ciclo vital, las familias modifican sus niveles de cohesión y adaptabilidad para adaptarse al estrés. Esta hipótesis implica la idea de cambio en el sistema familiar para afrontar el estrés o para adaptarse a los cambios de los miembros de la familia, particularmente cuando un miembro cambia sus expectativas. El Modelo Circumplejo es dinámico ya que asume que la pareja y la familia pueden cambiar de un tipo de sistema a otro, y se hipotetiza que tal cambio puede ser benéfico para el mantenimiento y un mejor funcionamiento del sistema. Cuando un miembro desea el cambio, la familia debe de alguna manera enfrentarse a ese pedido. Las presiones ejercidas por este miembro sobre la familia, puede facilitar el cambio en el sistema (Leibovich de Figueroa et al, 2010).

2.4. Evaluación de la funcionalidad familiar

Diversos instrumentos se han ido diseñando y adaptando a lo largo del tiempo en distintos países. Entre ellos podría nombrarse: la Escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES I, II, III y IV, de Olson y su equipo, 1989, 2000, 2004); Escala de Comunicación Padre-Adolescente (de Barnes y Olson, 1982); Escala de Puntuación Clínica (CRS)(Thomas & Olson, 1993); Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD)(Epstein, Bishop, & Baldwin, 1983); Inventario Familiar de Autorreporte (SFI)(Beavers, Hampson, & Hulgus, 1985); Medida de Evaluación Familiar (FAM)(Skinner, Steinhauer, Santa-Barbara, 1983); Escala de Clima Familiar (FES)(Moos & Moos, 1981, 1984); Índice de Funcionamiento Familiar (FFI)(Pless & Satterwhite, 1973); Índice de Funcionamiento Familiar (FFI)(Linder-Pelz, Levy, Tamir, Spencer, & Epstein, 1984); APGAR Familiar (Smilkstein, 1978); Escala McMaster de valoración clínica (MCRS)(Miller, Ryan, Keitner, Bishop & Epstein, 2000); Escala de Adaptación Familiar (FAS) (Antonovsky & Sourani, 1988); Encuesta de Relación Padre-Hijo (PCRS)(Fine, Moreland & Schwebe, 1983); Escala de Funcionamiento Familiar (Palomar, 1998) y la Escala de Funcionamiento Familiar (García-Méndez, RiveraAragón, Reyes-Lagunes, Díaz-Loving, 2006).

La gran mayoría de los instrumentos psicométricos mencionados no están adaptados a nuestro contexto sociocultural; recién en 1999 ha comenzado en Argentina una línea de investigación que se ha centrado en la adaptación cultural de modelos e instrumentos de funcionamiento familiar (Schmidt, 2000; Schmidt, 2002; Schmidt, Barreyro & Maglio, 2010; Schmidt, Messoulam, Molina, & Abal, 2006; Schmidt, Messoulam, Molina, & Abal, 2008) tomando como punto de partida el Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales (Olson, 1986, 1994, Olson, et al., 1985) y la escala de Comunicación Padre-Adolescente (Barnes y Olson, 1985). Será la adaptación de Schmidt, Barreyro & Maglio (2010) de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III); la que se utilizara en el presente trabajo.

2.5. Funcionalidad familiar y variables psicosociales en la infancia

En cuanto a la funcionalidad familiar, gran cantidad de estudios se han centrado en muestras de adolescentes, estableciendo correlaciones significativas negativas con diversas variables, tales como: ideación suicida (Forero, Siabato & Salamanca, 2017), adicción a internet (Aponte Rueda, Castillo Chavez & Gonzalez Estrella, 2017), riesgo de

consumo problemático de sustancias (Cruz Salmerón et al., 2011; Matejevis, Jovanovic & Lazarevic, 2014), exposición a violencia familiar y escolar (Gallegos Guijarro et al., 2016), riesgos de trastornos alimentarios (Fernández Ruiz et al., 2015), depresión (Ninoska, 2015), entre otros. A su vez, se han observado correlaciones significativas positivas entre funcionamiento familiar y rendimiento académico (Serrano Manzano & Rodriguez Figueroa, 2016), así como entre funcionalidad familiar y calidad de vida (Ajeli Lahiji & Besharat, 2018) Por otro lado, se estudió la correlación entre funcionalidad familiar y afrontamiento, no encontrando correlaciones significativas entre ambas (Ruiz Balvin, 2015). En dos de las investigaciones mencionadas se utilizó la Escala FACES III (Ninoska, 2015; Ruiz Balvin, 2015) y en otras dos FACES IV (Gallegos Guijarro et al., 2016; Fernández Ruiz et al., 2015).

Con respecto al área de la infancia, la funcionalidad familiar ha sido también estudiada en relación a diversas variables, tales como: alimentación infantil (lactancia materna, desnutrición y obesidad infantil), dolencias o enfermedades físicas y psicopatología infantil, habilidades sociales en la infancia, desempeño escolar y desarrollo psicomotor.

2.5.1. Funcionalidad Familiar y alimentación infantil

En la investigación llevada a cabo por Vásquez Garibay et al. (2007), la disfunción familiar se asoció a mayor riesgo de introducción precoz e inadecuada de otros alimentos antes de los cuatro meses de edad y de sustitución de la leche humana o fórmula por otros alimentos. Es decir, a mayor disfunción familiar menor mantenimiento y prolongación de la lactancia materna y mayor uso inadecuado de la alimentación complementaria. Similares resultados se encontraron en el estudio de Gorrita Perez, Ortiz Reyes & Alfonso Hernandez (2016), donde se investigó la correlación entre el tiempo de lactancia materna exclusiva y la estructura de funcionamiento familiar. Se encontró que en los niños provenientes de familias disfuncionales, el 94,4 % iniciaron su historia alimentaria con lactancia materna exclusiva, frente al 100 % en las funcionales y moderadamente funcionales. Estas cifras descendieron y al cuarto mes de vida solo el 33,3 % de los niños provenientes de familias disfuncionales conservaban la lactancia materna exclusiva; frente a un 40% en los niños provenientes de familias moderadamente funcionales, y un 56,3 % en los niños que provenían de familias funcionales. En correspondencia con estos resultados y de forma inversamente proporcional, se observa la introducción de fórmulas

alimentarias diferentes a la lactancia materna exclusiva, en relación con el grado de funcionamiento familiar; en los niños de las familias moderadamente funcionales y disfuncionales, se comenzó la introducción de otras leches o alimentos más precozmente, y a los 4 meses de vida el 60% en las familias moderadamente funcionales y 66,6 % en las disfuncionales, recibían otros alimentos, mientras esta situación solo se observaba en 43,8 % de lo provenientes de familias funcionales. Por último, a los 6 meses, esas diferencias a favor de los niños de familias funcionales se hacen más evidentes.

También se ha estudiado la desnutrición infantil y su relación con la funcionalidad Taborda-Restrepo & Perez-Cano (2011), hallaron relaciones positivas entre la desnutrición crónica y el número de integrantes del hogar, la inseguridad alimentaria, la disfunción familiar y la desnutrición aguda. Se encontró que en más del 70 % de los hogares se percibió inseguridad alimentaria y disfuncionalidad familiar en el 49 %, es decir que un niño que vive en un hogar disfuncional tiene 1,14 veces más riesgo de desarrollar desnutrición crónica que un niño que vive en un hogar funcional, a su vez se detectó que cuando se es niña dentro de un hogar disfuncional, se tiene un mayor riesgo (1,27) de desarrollar desnutrición crónica que cuando se es niño. En conclusión, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la seguridad alimentaria, la funcionalidad familiar y el estado nutricional. Semejantes resultados se encontraron en el estudio llevado a cabo por Ceballos et al. (2005), en el que se concluye que los factores de riesgo de desnutrición aguda y/o crónica en la población estudiada fueron la dinámica familiar disfuncional y otras variables (tales como inestabilidad en el empleo de la madre, cuando debe trabajar fuera del hogar, el mayor número de miembros, el ingreso económico familiar precario y la pobre escolaridad del padre). Resultados similares se encontraron en el estudio de Vásquez Garibay et al. (1995) que indagaba la disfunción de la dinámica familiar como factor asociado a la desnutrición. Se encontró una asociación directa a modo de correlación positiva entre la disfuncionalidad familiar y la desnutrición primaria grave. También se observó que el número de miembros, y el gasto en alimentación per cápita como un porcentaje mínimo del salario, tuvieron influencia significativa sobre la dinámica familiar, contrariamente a lo mencionado en el estudio anterior se encontró que la escolaridad del padre o la madre no influyeron en esta puntuación. Se concluyó en que estas dos variables actuarían como estresores independientes, que en todo caso se potenciarían, y que juntas serían factores de riesgo de disfunción de la dinámica familiar y

de desnutrición primaria grave en el niño. Del mismo modo, se ha demostrado que la disfunción de la dinámica familiar es un factor de riesgo asociado a déficit en el indicador talla para la edad como una expresión de desnutrición crónica. Este hallazgo demostraría que la disfunción familiar sería un factor de riesgo del estado nutricional del niño en el largo plazo, generando desnutrición crónica y retardo en el crecimiento lineal (Gonzalez-Rico et al., 2007).

En cuanto a la obesidad infantil, en un estudio realizado por Gonzalez-Rico et al. (2012), se concluyó la existencia de asociaciones significativas entre disfuncionalidad familiar y obesidad infantil. Se encontró que la frecuencia de niños obesos que vivían en familias disfuncionales o potencialmente disfuncionales fue mayor (51,9%) que la de niños no obesos (39,9%). Estos resultados reforzaron la impresión de que la disfunción de la dinámica familiar actuaría como un factor de riesgo de obesidad en el niño de seis a nueve años de edad. Esto coincide con otro estudio realizado en el que se observó que la frecuencia de familias disfuncionales y potencialmente disfuncionales fue el 10.5% mayor en niños con obesidad, aunque aquí esta tendencia no fue significativa. Asimismo, se observó que la puntuación total de la dinámica familiar mostró una tendencia a ser mayor (más funcional) en los padres de niños sin obesidad que en los de niños con obesidad, resaltando la mayor puntuación en el área de dinámica de pareja y en la de estructura de autoridad de la familia (Sandoval Montes et al., 2010).

2.5.2. Funcionalidad familiar, enfermedades físicas y psicopatología infantil

En el estudio de Duijster, Verrips & Van Loyeren, 2014, se abordó la funcionalidad familiar y la aparición de caries, comprobando que los niños que provenían de familias con un funcionamiento normal en las dimensiones de respuesta, comunicación, organización y redes sociales de contención, obtuvieron puntajes significativamente menores de caries en comparación con niños de familias disfuncionales. El pobre funcionamiento familiar en todas las dimensiones fue asociado con una mayor posibilidad de que los niños tuvieran comportamientos de higiene bucal desfavorables. En conclusión, se encontró una relación significativa entre la disfuncionalidad familiar y las caries dentales en niños de 5 a 6 años.

En la investigación de Berbesi Fernandez et. al. (2013), se encontró que la disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias de niños con

asma no controlada, en comparación con aquellas que no tienen este tipo de pacientes. Es decir que se encontró una correlación positiva entre la disfunción familiar y familias con niños con asma no controlada.

A nivel de la psicopatología, en el estudio de Garibay Ramirez et al. (2014), se identificó una correlación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión infantil, afectando en mayor porcentaje al género femenino y con mayor prevalencia en los niños de 8, 10 y 11 años de edad. Los resultados evidenciaron que cuando existe funcionalidad familiar deseable disminuye la vulnerabilidad para desarrollar depresión infantil.

Samaniego (2015) señala una menor cohesión familiar (propio de las familias disfuncionales) es un factor que se asocia a la presencia de psicopatología en niños.

2.5.3. Funcionalidad familiar y habilidades sociales en la infancia

Herrera Álvarez y Huairé Inacio (2015) en su investigación sobre funcionamiento familiar y práctica de valores morales afirmaron que existe una relación altamente significativa entre el funcionamiento familiar y la práctica de valores morales en las dimensiones de respeto, cooperación y amistad para la convivencia en el aula de los niños de 3 años.

Análogos resultados se han encontrado en el estudio de Valencia & Henao López (2012) en el que se observa que a mayor presencia de acciones equilibradas y mayor clima de participación familiar, los niños y niñas presentan un mayor desempeño social, y a mayor utilización de estrategias autoritarias hay un menor desarrollo de repertorios sociales. En resumen, las familias con estrategias equilibradas caracterizadas por el diálogo, las expresiones de afecto y las normas instituidas claramente favorecen en sus hijos e hijas aprendizajes de repertorios sociales más amplios; por el contrario, las familias que se relacionan con sus hijos e hijas desde acciones más punitivas, estrictas y autoritarias, o desde estrategias de poco control y exceso en afecto y permisividad, generan en sus hijos e hijas comportamientos disfuncionales y pobres en aprendizajes adecuados para su edad y contexto.

Del mismo modo la investigación de Pezua Vasquez (2012), muestra que existe relación directa entre la dimensión de relaciones del clima social familiar y la madurez social, lo que indica que ante relaciones saludables en el clima social familiar, los niños

tendrán una mayor edad y cociente social. Asimismo existe relación significativa y directa en los componentes de Cohesión y Expresividad con la madurez social, mientras que el componente de conflicto presenta una relación significativa inversa con el nivel de madurez social. Por lo tanto el Clima Social Familiar afecta de forma directa la madurez social en los niños.

2.5.4. Funcionalidad familiar y desempeño escolar

Paternina González y Pereira Peñate (2017) estudiaron la funcionalidad familiar en escolares con comportamientos de riesgo psicosocial, en el estudio el 67 % de la familias eran disfuncionales, el 20 % moderadamente funcionales, el 12 % tenía una dinámica familiar funcional y solo el 1% fue clasificado como severamente disfuncional. Encontraron que los escolares provenientes de familias disfuncionales presentaron con mayor frecuencia pertenencia a pandillas, ausentismo escolar y algún tipo de morbilidad. Además, solían presentar varias conductas de riesgo simultáneamente. La conducta más observada fue la violencia escolar, morbilidad física y psicológica. Se encontró que las principales categorías que afectaban la funcionalidad familiar fueron la cohesión y la armonía.

También se han encontrado correlaciones significativas negativas entre funcionalidad familiar y dificultades en el aprendizaje escolar (Castro, Guerrero & Cerro, 2013) y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (González, Bakker & Rubiales, 2014).

2.5.5. Funcionalidad familiar y desarrollo infantil temprano

Escasas son las investigaciones encontradas que estudien la relación entre la funcionalidad familiar y el desarrollo psicomotor temprano.

En una de las investigaciones halladas, se ha relacionado el desarrollo psicomotor en niños menores de 1 año de edad con el manejo y el funcionamiento familiar. Se encontró que del grupo de niños identificado con retraso ligero, el 75 % vivía con familias disfuncionales y el 100 % en familias con un manejo familiar inadecuado (Robaina Suarez & Rodriguez, 2000).

Así mismo en los resultados de la investigación de Vivanco Celi (2016) se ve plasmada la relación existente entre el desarrollo psicomotriz y la dinámica familiar. El

grupo de niños con dificultades en su desarrollo psicomotriz, más de la mitad, el 61%, pertenecía a familias disfuncionales.

Un estudio en relación al desarrollo prenatal, plantea una asociación significativa positiva entre funcionalidad familiar y bajo peso al nacer (Mora Anto y Rojas Martinez, 2005).

CAPÍTULO III

***DESARROLLO INFANTIL
TEMPRANO***

3. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

3.1. Desarrollo Infantil:

Etimológicamente la palabra Desarrollo deriva de “Desenrollo”, es decir, lo que se va descubriendo ininterrumpidamente en el tiempo.

De manera más específica, se denomina desarrollo infantil al “proceso de cambio por el cual el niño, a partir de sus posibilidades de origen biológico, de su accionar en el mundo y de la interacción con los otros, aprende progresivamente a organizar de manera cada vez más compleja sus movimientos, su pensamiento, su lenguaje, sus sentimientos y su relación con los demás” (Ministerio de Salud de la Nación, pag.16, 2009)

El desarrollo infantil es, entonces, un proceso de cambio en el que el infante aprende a hacer frente a niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, sentimiento y relación con otros (UNICEF, 2005).

Vale destacar como, en estas definiciones, se concibe al niño y a su entorno como una unidad de análisis interdependiente en la cual el desarrollo es producto de una construcción subjetiva, resultado de la interrelación que se crea entre sus propias posibilidades, su mundo físico y las vinculaciones sociales.

El proceso de desarrollo debe ser interpretado integralmente ya que significa mucho más que crecer. Si bien es cierto que son condiciones necesarias para la supervivencia cubrir las necesidades de salud y nutrición, no son suficientes para un desarrollo armónico y adecuado, ya que éste implica atender a las necesidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales del niño (Ministerio de Salud, 2003)

3.2. Desarrollo Infantil Temprano

Mirtha Chockler (2005) define al desarrollo infantil temprano (DIT) como un “Proceso complejo de organización progresiva y de complejización creciente de funciones biológicas y psicosociales. Se produce por la interrelación dialéctica de factores estructurantes que, operando como sus organizadores facilitan, ordenan u obstaculizan las interacciones del sujeto -en este caso el recién nacido y el niño pequeño- con su medio, esencialmente humano, pero también material y cultural. De la calidad con la que se imbrican y operan estos factores organizadores, a partir de la estructuración biológica originaria, depende el curso del desarrollo” (p.15)

Cuando se hace referencia a desarrollo infantil temprano, se hace alusión, por lo tanto, al protoinfante, es decir, al recién nacido y al infante hasta sus cinco años de vida. Los cinco primeros años de vida constituyen un período fundamental en la construcción de la subjetividad; en dicho lapso se llevan a cabo importantes aprendizajes que les permiten a los niños interactuar y comprender su mundo circundante. En esta etapa, la intervención activa de los adultos, tendientes no sólo a satisfacer las necesidades fisiológicas del niño, sino también a establecer vínculos de contención; es fundamental para posibilitar su desarrollo integral (Chockler, 2005).

Según UNICEF los primeros tres años de la vida del niño son fundamentales, ya que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro. Durante este período, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época. “Los recién nacidos y los niños de corta edad se desarrollan con mayor rapidez y aprenden más rápidamente cuando reciben amor y afecto, atención, aliento y estímulos mentales, así como alimentos nutritivos y una buena atención de la salud” (UNICEF, 2005).

La mente infantil y luego la adulta emergen de la actividad cerebral, cuya estructura y función están directamente modeladas por las experiencias interpersonales que las madres y los padres u otros cuidadores fueron capaces de proporcionar a los niños y niñas, sobre todo durante su gestación y los primeros tres años de vida (Barudy & Dantagnan, 2010).

Hoy en día, ha tomado mucha importancia, la etapa que abarca desde el momento de la concepción hasta los dos años de vida; periodo que ha sido denominado: “Los primeros 1000 días de la vida”. Estos mil días de vida abarcan un periodo que comprende: 270 días desde la concepción hasta el nacimiento, más 365 días del primer año de vida y más otros 365 días del segundo año de vida. Este espacio de tiempo va a representar el momento más importante en la vida de una persona, por ser una etapa crítica en el desarrollo de toda nuestra vida y que brinda una oportunidad única para que los niños obtengan los beneficios nutricionales e inmunológicos que van a necesitar el resto de sus vidas.

Estos mil días son el momento de las oportunidades; ya que en ellos se forman la mayor parte de los órganos y tejidos, el potencial físico e intelectual de cada persona y se

desarrollaran los hábitos alimenticios, definiendo la salud nutricional del niño para el resto de su vida. Los daños que se generen durante estos primeros 1000 días tendrán consecuencias irreversibles en el individuo, generando morbi-mortalidad futura y afectación en el desarrollo mental y motor; por lo que la prevención es fundamental en esta etapa (Pantoja Ludueña, 2015).

En la Sesión Especial que la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicó a los temas de infancia, en el año 2002, los dirigentes se comprometieron a: “formular y aplicar políticas y programas nacionales de desarrollo del niño en la primera infancia para promover su desarrollo integral (físico, social, emocional, espiritual y cognitivo)”. El objetivo de esas políticas y programas fue garantizar el derecho de los niños y las niñas a un “buen comienzo en la vida”, lo que significa que sean físicamente saludables, estén mentalmente alertas, sean emocionalmente seguros, socialmente competentes y capaces de aprender. El derecho de los niños al desarrollo pleno de sus potencialidades fue proclamado en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

3.3. Aportes teóricos

En el proceso de definir al desarrollo, y en particular al desarrollo infantil. Se han realizado múltiples aportes de diferentes autores (Ministerio de Salud de la Nación, 2003):

- Las contribuciones de la Psicología Genética en especial del psiquiatra Henri Wallon, quien ha aportado importantes concepciones acerca del acto motor como raíz del pensamiento, de la relación entre tono muscular, emoción, expresión y comunicación, entre tono muscular, psiquismo y desarrollo mental y entre las condiciones del desarrollo infantil y el proceso de enfermarse.
- Los descubrimientos de la Dra. Emmi Pikler acerca del desarrollo postural y motor autónomo y su incidencia en todos los aspectos de la conducta que permitieron desarrollos teóricos psicológicos y pedagógicos de gran importancia.
- El esquema conceptual referencial y operativo (ECRO) de Enrique Pichon Rivière quien, partiendo inicialmente del psicoanálisis, elaboró una concepción de la psicología social que ha permitido comprender la incidencia en el psiquismo subjetivo del escenario en que se despliegan los vínculos, a partir de las condiciones concretas de existencia (condiciones sociales e históricas) que juegan

en la configuración de las matrices de aprendizaje social, comunicacional y cognitivo.

- John Bowlby, psicoanalista inglés, junto a los etólogos aportó el análisis de la génesis de las conductas de apego, de separación y de comunicación que han permitido conocer aspectos esenciales de los procesos de adaptación activa a la realidad, de sobreadaptación y de paraadaptación con los riesgos para el desarrollo de la persona que ello implica.
- Jean Piaget y los nuevos cognitivistas ofrecen importantes confluencias con las neurociencias para la comprensión del proceso en el que se genera el pensamiento.
- Los aportes actuales del psicoanálisis infantil acerca de la estructura y dinámica de la vida fantasmática, inconsciente y preconscious, particularmente de los postkleinianos como Bion, Winnicott, Bick, entre otros. Los trabajos de Anzieu sobre el Yo-piel y las envolturas psíquicas van apoyando una concepción más profunda de la relación bebé - adulto y de su calidad proteica y protésica -como diría Piera Aulagnier (1984)-, fundante de la persona.
- Por último los recientes avances de la Psico - neuro - endocrino – inmunología (PINE) que fundamenta e integra científicamente las investigaciones actuales sobre desarrollo infantil y enfermedades psicosomáticas, alertando acerca de las condiciones de posibilidad de prevención de muchas enfermedades recurrentes de la protoinfancia.

3.4. ¿Desarrollo lineal?

Para el abordaje del presente trabajo adoptaremos la concepción dialéctica, que entiende el desarrollo del niño como un proceso complejo en el que convergen e interactúan factores biológicos, medioambientales, históricos y sociales (Ministerio de Salud de la Nación, 2009):

- Desplaza la idea del desarrollo como un proceso universal, lineal, acumulativo, con una secuencia invariable, cuyo único factor de progreso residiría en la maduración del sistema nervioso.
- Se opone al enfoque que considera al bebé como un organismo aislado, incompetente y pasivo.

- Destaca la iniciativa del bebé, su competencia para reconocer y elegir al adulto que mejor satisface sus necesidades, así como su capacidad para suscitar respuestas e influenciar a las personas que lo cuidan.

La mirada que propone esta concepción considera al niño como sujeto de derecho, sensible y competente, con capacidad para establecer vínculos desde el comienzo de su vida. Por otra parte, esta concepción entiende al niño como un integrante del espacio concreto en el que vive, crece y se desarrolla: su familia, su barrio y las instituciones por las que transita. Por eso, lo reconoce como condicionado por su ámbito geográfico, político, económico, cultural y social, con el que interactúa, al que se adapta y al que modifica activamente.

Resulta importante destacar respecto del desarrollo infantil temprano, que si bien este proceso es gradual y continuo, es decir que está en constante movimiento, no es una sucesión lineal de hitos incrementando. Es decir que este proceso presenta avances y retrocesos, continuidades, discontinuidades y anticipaciones funcionales. El pasaje de un estadio a otro implica y pone de manifiesto una organización diferente con respecto a la alcanzada en la etapa anterior (Alchouron et al., 2017)

Tal como lo plantea Janin (2011): Las adquisiciones del desarrollo que los niños presentan, no son uniformes y puede haber desfases importantes entre un área y otra. Eso implica simplemente que las cuestiones madurativas no se dan todas simultáneamente. Es por ello que la valoración que hagamos del desarrollo de cada niño tiene que ser global y no sólo por áreas, y que resulta indispensable entonces tener en cuenta la particularidad y singularidad de cada niño, así como considerar el tiempo subjetivo que cada uno tiene para incorporar nuevos logros.

De este modo será fundamental comprender que el hombre no evoluciona inevitablemente ni azarosamente hacia el estado de adultez o madurez, sino que requiere de experiencias y de un mundo que le ayude a lograr su plenitud, por lo tanto, no solo intervendrá en este proceso lo “dado” en tanto heredado desde lo biológico; sino que también lo hará lo “apropiado”, es decir lo que cada persona adquiere en la relación con el mundo, desde su singularidad en el modo de interactuar con él (Griffa & Moreno, 2012).

3.5. Características y áreas del desarrollo infantil

El desarrollo como proceso posee varias características (Ministerio de Salud, 2003):

- Es multidimensional ya que incluye los planos motor, psíquico, físico, intelectual, comunicacional, emocional y social, interactuando con su medio ambiente.
- Es integral ya que todos estos planos funcionan de manera interrelacionada y deben ser considerados como un conjunto indisoluble. Los cambios que se producen en una dimensión influyen sobre el desarrollo de las otras.
- Es continuo ya que comienza antes del nacimiento y continúa toda la vida. Esto significa que cualquier evento que suceda en un momento del desarrollo puede contribuir o dificultar los eventos posteriores.
- El desarrollo se produce en un proceso de interacción. El desarrollo de un niño se produce en interacción con su ambiente físico y social, interactuando con las personas y actuando con las cosas. A la vez el niño influye sobre su ambiente, mediante sus respuestas e iniciativas.

A partir de lo expuesto anteriormente entenderemos al desarrollo como un proceso multidimensional, es decir, que abarca diferentes dimensiones, o áreas y a su vez las integra, entre ellas encontraremos: motor, cognitivo, social, emocional, psíquico, físico, lenguaje, vincular.

La Prueba Nacional de Pesquisa del Desarrollo [PRUNAPE] (Lejarraga et al., 2006) abarca diversas pautas del desarrollo, las que se encuentran agrupadas en cuatro áreas: Motor fina, Motor Gruesa, Lenguaje y Personal Social.

Con respecto al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil [IODI] (Alchouron et al., 2017), evalúa también diversas pautas, agrupadas en cuatro áreas: Socioemocional (SE), Comunicación (C), Motriz (M) y Coordinación Visomotor y Cognitiva (CVMC).

Las áreas del desarrollo son agrupaciones de conductas que tienen un fin común. Estas conductas surgen como acciones coordinadas que se originan en el sistema nervioso para facilitar el desarrollo, cada área, interactúa con las otras para que ocurra una evolución ordenada de las habilidades (UNICEF, 2011).

- a. **Área motriz:** La motricidad del ser humano está relacionada con lo más profundo de su ser; se conquista e integra en actividades que surgen de la propia iniciativa, en el intercambio activo y permanente con su entorno y está motivada por la necesidad, el deseo y el impulso de conocimiento (Alchouron et al., 2017).

El movimiento tiene dos aspectos esenciales: en primer lugar es expresión, ese es el rol directo que cumple en el vínculo del niño su entorno humano. Luego expresa una presencia en el mundo físico, cumpliendo un papel de adaptación, al mismo tiempo que resulta un medio de conocimiento y de control del entorno en el que el bebe vivirá en adelante (Szanto Feder, 2011).

Los desplazamientos le permiten al niño vivenciar la distancia con el adulto. Para él, la posibilidad de moverse libremente representa el acceso a la fuente principal de conocimiento: su propio cuerpo y, a través de él, al mundo que lo rodea (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

-Área Motora Gruesa: habilidad para mover armoniosamente los músculos del cuerpo, cambio de posición y la capacidad de mantener el equilibrio.

- Área Motora Fina: habilidad progresiva para realizar actividades finas y precisas con las manos, con el fin de tomar los objetos, sostenerlos y manipularlos.

b. **Área Cognoscitiva:** proceso mediante el cual el niño o la niña va adquiriendo el conocimiento, es la información que le permite entender acerca de si mismo, de los demás, del mundo que le rodea mediante el pensamiento y la interpretación de las cosas

(UNICEF, Ministerio de Salud & Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2011).

- c. **Área de Lenguaje:** conductas que permiten al niño o la niña comunicarse, esto incluye los sonidos utilizados, los gestos y los símbolos gráficos que son interpretados y comprendidos, gracias a la existencia de reglas específicas para cada lengua.

- d. **Área Socio-afectiva:** proceso mediante el cual el niño/a aprende a comportarse, incluye las reglas fundamentales para su adaptación al medio social. Interacción son sigo mismo y los demás, donde interviene el afecto y las emociones (UNICEF, Ministerio de Salud & Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2011),

Resulta fundamental considerar en este área a la madre, quien en un vínculo normal contiene afectivamente al hijo, le brinda seguridad y confianza. De este

modo el niño amado posee radical seguridad, se siente justificado y confirmado en su ser. Por otra parte la madre “absorbe” la agresividad del bebe, ordenando su descontrol y poniendo limites que encausen sus afectos. Así, la agresión y el descontrol que recibe se transforman en cuidados gracias a su amor y su capacidad de elaborar, de dar y de pensar en el hijo (Griffa & Moreno, 2012). Es por ello que Winnicott asigna a la madre el rol de Yo auxiliar del bebe, compensando la inmadurez psíquica de este ultimo (Winnicott, 1996)

De este modo entendemos que el establecimiento de vínculos sólidos que provean seguridad, es el origen del deseo del niño, fuente indispensable de sus progresos en todas las áreas (Szantos Feder, 2011).

3.6. Factores que inciden en el desarrollo

El desarrollo infantil se lleva a cabo en un entorno que puede favorecer u obstaculizar el proceso, y es por ello que hay que tener en cuenta las condiciones o fenómenos del entorno, que operan como factores del desarrollo de los niños (Ministerio de Salud de la Nación, 2009). Se entiende por factores, por lo tanto, fenómenos o circunstancias de naturaleza biológica, material, relacional, ambiental o circunstancial que inciden en el proceso de desarrollo (García, 2007). Entre ellos, se pueden mencionar los siguientes: (Ministerio de Salud de la Nación, 2009):

- a. Factores facilitadores (FFD): son aquellos que promueven el despliegue de las potencialidades del niño, de su capacidad de interactuar con los sujetos, de accionar con los objetos, de desplazarse autónomamente en el espacio, adaptándose activamente a las circunstancias concretas del entorno. Por ejemplo, respetar las iniciativas del niño, valorar sus capacidades, contar con un espacio adecuado para desplegar su libertad de movimiento, disponer objetos adecuados a la edad del niño en cuanto a textura, tamaño, etc. Estos factores pueden funcionar como protección frente a la fuerza negativa de los factores de riesgo, adversos o traumáticos, promoviendo así la resiliencia. Entre ellos, se cuentan:
 - a. El establecimiento de vínculos positivos.
 - b. El fortalecimiento de los aprendizajes sobre la base de las capacidades del niño.

- c. Adultos que conviven bajo un mismo techo con ese niño, influyendo directa o indirectamente en su desarrollo.
 - d. El reconocimiento de sus competencias.
 - e. La promoción de su autonomía.
 - f. La utilización del juego como recurso de intervención.
- b. Factores obstaculizadores del desarrollo (FOD): son aquellos que desorganizan o inhiben el despliegue de las potencialidades y los procesos de organización funcional del niño, pudiendo causar alteraciones en su desarrollo. Algunos ejemplos: colocarlo en posiciones que no es capaz de alcanzar por sí mismo, el uso del andador, vestirlo ropa inadecuada para movilizarse, los juegos que pueden poner en riesgo la vida del niño, etc. Se caracterizan porque si se interviene en ellos, se modifica su efecto.
 - c. Factores perturbadores del desarrollo (FPD): son aquellos que provocan un impacto altamente traumático sobre el desarrollo del ser humano. Algunos ejemplos: trabajo infantil, violencia física o emocional, negligencia y abuso sexual.
 - d. Factores de riesgo para el desarrollo (FRD): son todas aquellas situaciones, hechos o condiciones propias del niño o de su entorno que aumentan su probabilidad de desarrollar desajustes psico-sociales o alteraciones en el proceso de desarrollo, de sufrir accidentes o de contraer enfermedades

3.7. Investigaciones Recientes.

Con respecto al desarrollo infantil este ha sido evaluado con múltiples variables tales como: salud mental materna (depresión, depresión post parto y estrés), lactancia materna exclusiva, prematurez, nivel socio económico (jornada laboral completa en contextos de pobreza, nivel socio económico alto y bajo), caries, estimulación en el hogar y funcionalidad familiar.

3.7.1. Desarrollo infantil y salud mental materna:

Con respecto a la variable de la depresión materna encontramos diversas investigaciones que dan cuenta de su correlación negativa con el desarrollo psicomotor, entre ellas encontramos el estudio de Podestá L., Alarcón, Muñoz, Legüe C., Bustos & Barría P (2013), en donde se constata que una madre con depresión post parto presenta

dos veces más riesgo a que su hijo tenga alguna alteración del desarrollo psicomotriz. Se observó además que con un vínculo de pareja inestable y depresión post parto hay casi cinco veces más posibilidades de que su hijo tenga desarrollo psicomotor alterado. Por último se observa que el efecto de la depresión postparto en el desarrollo psicomotor alterado fue casi cinco veces mayor en niños que habían tenido infecciones respiratorias graves y tres veces en niños que tenían una lactancia materna exclusiva menor a seis meses.

En la contracara de esta variable se encuentra el impacto que la misma genera en los niños, la investigación de Hay, Pawlby, Angold, Harold & Sharp, (2003) reveló que la depresión posnatal de la madre predijo la violencia del niño; incluso cuando se tuvo en cuenta su depresión durante el embarazo, su historia posterior de depresión y las características familiares. La violencia se asoció con síntomas de trastorno por déficit de atención, hiperactividad y problemas con el manejo de la ira. Los niños eran más violentos si las madres habían estado deprimidas a los 3 meses y al menos una vez después del embarazo

Podríamos asociar a estos resultados los arrojados por la investigación de Pinto-Dussán, Aguilar-Mejía & Gómez-Rojas, 2010, en donde se encontró que los niños cuyas madres sufrieron estrés durante el embarazo, presentan déficits en la atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento; con características semiológicas similares a las descritas en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con una alta disfunción a nivel escolar (problemas de aprendizaje). En este estudio, las madres indican vivencia de estrés moderado durante todo el proceso de gestación, se debe resaltar que no existe un único factor experimentado por estas mujeres, por el contrario, se observa que los estresores son múltiples y pueden aparecer de manera simultánea o secuencial a lo largo de la gestación, siendo unos, en algunos casos, resultado indirecto de los otros, como se ve, por ejemplo, cuando existen problemas en el acceso a recursos económicos, que llevan a manifestar conflictos en las relaciones maritales

Coinciden con estas investigaciones el estudio llevado a cabo por Alamo, Krause, Pérez & Aracena (2017), donde se muestra una asociación directa entre el riesgo de presentar problemas de salud mental y el potencial de maltrato y negligencia, así como entre el bienestar psicosocial y la calidad de la relación madre e hijo; a su vez, se observó una asociación inversa entre el bienestar psicosocial y el potencial de

maltrato. Se confirmó que la salud mental materna y el potencial de maltrato predicen el desarrollo socioemocional del niño/a, mientras que la calidad de la relación predice el desarrollo del lenguaje.

Contrario a estas últimas investigaciones, el estudio de Binda, Figueroa-Leigh, & Olhaberry, (2019) plantea que no se observó asociación significativa con los síntomas depresivos posparto y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor. Mas bien asociaron el retraso en el desarrollo psicomotor con una baja calidad de la interacción madre-hijo, que aumenta en 2.4 veces las posibilidades de presentar riesgo de retraso del desarrollo psicomotor. Otros factores de riesgo detectados en este estudio fueron lactancia materna menor a 6 meses y falta de participación del padre en el cuidado infantil.

3.7.2. Desarrollo infantil y lactancia materna exclusiva.

Siguiendo con la línea de la lactancia materna como factor de riesgo, en caso de ser menor a los 6 meses, o protector en caso de ser mayor a los 6 meses, nos encontramos con la investigación de Weisstaub N., Schonhaut B. & Salazar R., 2017, donde se da cuenta de que existen estudios que demuestran una asociación lineal tipo “dosis respuesta” entre la duración de la lactancia materna y el desarrollo motor y cognitivo. Algunas de las explicaciones de estas asociaciones pueden ser el contenido de ácidos grasos poli-insaturados esenciales en la leche materna y el nivel de alerta que tienen las madres para detectar los problemas motores de sus hijos y el mayor estímulo al desarrollo del lactante. Leventakou et al. (2013) en su investigación concluyeron que la mayor duración de la lactancia materna fue asociado con mayores puntajes en cognitivo, lenguaje y desarrollo motor a los 18 meses de edad. Del mismo modo en la investigación de Chiu, et al, (2011) se propusieron examinar la relación entre la duración de la lactancia y cuatro dominios del desarrollo: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y habilidades personales / sociales, desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad. La proporción de niños pequeños que habían dominado hitos específicos aumentó constantemente con una mayor duración de la lactancia materna. Independientemente de cuándo las madres regresaron al trabajo, se encontró que la duración de la lactancia materna tiene una asociación inversa con el retraso del desarrollo en los niños pequeños. La protección contra los retrasos en el desarrollo siguió siendo significativa para aquellos niños que fueron amamantados durante más de 6 meses, quienes tuvieron un menor riesgo de retraso en el desarrollo que aquellos que nunca fueron amamantados. Análogos

resultados arroja la investigación de Dee, Li, Lee & Grummer-Strawn (2007) en donde el análisis reveló que las madres de niños amamantados de 3 a 5,9 meses eran menos propensas que las madres de niños nunca amamantados a preocuparse mucho por el lenguaje expresivo y receptivo de sus hijos y las habilidades motoras finas y generales. Dichos resultados sugieren que la lactancia materna puede proteger contra retrasos en el desarrollo del lenguaje y las habilidades motoras de los niños pequeños. Menos preocupaciones sobre el desarrollo del lenguaje y las habilidades motoras fueron evidentes para los niños amamantados mayor o igual a 3 meses, y las preocupaciones generalmente disminuyeron a medida que la lactancia continuaba mayor o igual a 9 meses.

3.7.3. Desarrollo infantil y prematurez.

En relación a la variable de la prematurez Schonhaut, Pérez R, Schonstedt, Armijo, Delgado, Cordero & Álvarez, (2012) en su investigación concluyeron que, los prematuros moderados y tardíos con edad gestacional corregida presentaron un desempeño equivalente a los recién nacidos en término en las áreas de lenguaje y motriz, sin embargo, el desempeño cognitivo, a pesar de encontrarse dentro del rango esperable para la edad, fue significativamente inferior a los recién nacidos en término, asociándose el género masculino y la edad gestacional con menor desarrollo cognitivo. Idénticos resultados se encontraron en la investigación más reciente de Schonhaut, Pérez & Muñoz 2015, donde afirmaron nuevamente que las variables que afectan de forma negativa el coeficiente de desarrollo son el género masculino, y la menor edad gestacional, agregando la gemelaridad y la hipoglucemia sintomática, que fue el principal factor de riesgo de déficit del desarrollo psicomotor. Es importante resaltar que la mayor edad materna aparece como protectora frente al déficit en el desarrollo psicomotor.

Del mismo modo Cortés Moreno & Avilés Flores (2011) trabajaron en una muestra con bebés de 9 a 24 meses de edad. Concluyeron que distintos factores de orden demográfico, de crianza e historia de salud, actúan sobre el crecimiento físico y el desarrollo psicológico. El peso al nacer sería la variable con mayor poder de predicción para las puntuaciones, así como la prematurez que se manifestó como un factor importante. Una pobre condición nutricional de nacimiento señala una desnutrición gestacional y su impacto sobre el crecimiento perdura al menos hasta las edades

comprendidas en este estudio. La educación del padre se constituyó como un factor protector importante para el estado de nutrición.

3.7.4. Desarrollo infantil y variables socioeconómicas

En relación a las variables socio económicas, que han sido mencionadas en investigaciones anteriormente (Wilca & Farkas, 2019, Pinto-Dussán, Aguilar-Mejía & Gómez-Rojas, 2010,) podemos agregar estudios como el de Santelices, Besoain & Escobar, 2015, que abordó la monoparentalidad y la jornada laboral, en contextos de pobreza. Los resultados muestran que los niños que asisten a salas cuna, cuyas madres trabajan jornada completa y provienen de una familia monoparental puntúan significativamente más bajo en desarrollo psicomotor que los niños cuyas madres también trabajan jornada completa, pero provienen de una familia biparental. La monoparentalidad en contexto de pobreza ha sido asociada a dificultades en el desempeño parental, afectando negativamente en la salud mental infantil.

Del mismo modo Schonhaut, Rojas. & Kaempffer, 2005, abordan la cuestión socio económica, en su investigación dan cuenta de que en la muestra estudiada el déficit del desarrollo psicomotor fue tres veces más frecuente en varones, así como en familias de mayor pobreza, y en aquellos casos en los que la edad de captación en el centro de salud familiar fue después de los 12 meses de edad. El déficit fue 2,5 veces más frecuente en preescolares que no asistían a educación preescolar, 3,5 veces más frecuente en niños con antecedente de sospecha de déficit de desarrollo psicomotor en evaluaciones previas y en hijos de madres analfabetas. Acercándose a la significación estadística, pero sin alcanzarla, figuran las familias más numerosas, especialmente con mayor número de hijos y el hacinamiento, mostrando una tendencia como factor de riesgo.

Diferentes fueron los resultados planteados por Osorio, Cortés, Herrera & Orozco, 2017, ya que en su estudio la mayoría de niños (98%), incluso siendo de bajo estrato socioeconómico, tenían un desarrollo psicomotor en rangos normales. A pesar de la desescolarización de los niños y niñas, la mayoría presentó un nivel de desarrollo psicomotor adecuado, esto podría obedecer a que presentan una buena estimulación en casa. Se encontró que pautas como la alimentación, higiene corporal y estimulación fueron adecuadas en la totalidad de los encuestados; mientras que la higiene bucal, método de castigo, manejo de rabietas, normas, control de esfínteres y hábito de sueño

fueron adecuadas parcialmente en los sujetos. Por otro lado, las visitas al odontólogo fueron inadecuadas en la mayoría de los sujetos de investigación. Contrarios a lo planteado en la presente investigación son los resultados que encontramos en el estudio de Núñez, Sanz, & Mejía; 2015, en donde la gravedad de la caries se correlacionó negativamente con el desarrollo infantil temprano, los niños con puntuaciones más bajas de desarrollo psicomotor obtenían valores más elevados en cuanto a la presencia y gravedad de caries. La puntuación promedio en relación a la presencia y gravedad de caries para los niños con desarrollo normal fue de 1,31, y de 3,57 para los niños con desarrollo alterado.

La investigación que también abordó la variable del nivel socioeconómico, alto en este caso, fue la de Schönhaut, Schonstedt, Álvarez, Salinas, & Armijo, 2010; en la cual se investigaba el desarrollo psicomotor en lactantes de nivel socioeconómico alto, se encontró que un 30% de los bebés estudiados tenían déficits en el desarrollo psicomotriz a los 8 meses, 7,7% a los 18 y 2,7% a los 30 meses, no hubo diferencia por sexo. A los 8 meses predominó el déficit motor grueso y posteriormente el lenguaje. Todas las subescalas mostraron una tendencia al alza, siendo ésta diferencia significativa en las áreas cognitiva y motora. Se discute el efecto de la estimulación y los patrones de crianza en el desempeño de los niños, aunque la investigación no arrojó resultados concluyentes acerca de las causas del déficit.

Por último Vilca & Farkas, 2019 toman la variable del nivel socio económico y la evalúan respecto del desarrollo del lenguaje, concluyeron que las niñas tienen un mejor desarrollo de lenguaje y que los niños de nivel socio económico medio/alto alcanzan un mejor desarrollo socioemocional y del lenguaje, en comparación con los niños de nivel socio económico bajo. Además, el mayor desarrollo del lenguaje se relacionó con un mayor uso de las etiquetas emocionales. La única variable de estudio que predijo el desarrollo socioemocional fue el nivel socio económico.

3.7.5. Desarrollo infantil y estimulación en el hogar.

Diversas investigaciones han abordado la estimulación en el hogar describiendo su incidencia positiva en el desarrollo de los niños y niñas, es decir que dan cuenta de que la estimulación en el hogar resulta un factor protector cuando está presente, como se

mencionó anteriormente en la investigación de Osorio, Cortés, Herrera & Orozco, 2017. Se afirma que los estímulos afectivos recibidos tempranamente en el entorno familiar y social tendrían un rol activo en la configuración cerebral y su funcionamiento. Es decir que el contexto social y familiar ejerce influencia directa en el desarrollo socioemocional y cognitivo del niño. Específicamente, algunos componentes de la parentalidad que parecen ejercer un papel central en la emergencia de las capacidades ejecutivas. Así, procesos como la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y la inhibición, podrían verse favorecidos u obstaculizados por el clima familiar y el estilo de relación parental percibido por los hijos e hijas (Vargas-Rubilar y Aran-Filippetti, 2014).

Del mismo modo (Schore, 2001, Siegel, 2007) afirman que la relación afectiva segura influye positivamente en el desarrollo cerebral del sujeto infantil. Los estudios más recientes en este tema señalan que los cuidados, la estimulación y los buenos tratos parentales desempeñan un papel esencial en la organización, el desarrollo y el funcionamiento cerebral temprano (Barudy y Dantagnan, 2010, Siegel, 2007). Tanto las funciones cognitivas y motoras, como las socioemocionales, emergen de la interacción mantenida con los cuidadores y cuidadoras durante los primeros años de vida, que estimulan las sinapsis entre neuronas en las diversas regiones cerebrales (Barudy y Dantagnan, 2010)

En la misma línea, encontramos la investigación de Andraca, Pino, La Parra, Rivera, & Castillo, 1998, en la que se estudio a lactantes de ambos sexos hasta los 12 meses en términos de: alimentación, crecimiento, ambiente físico y psicosocial. Se encontró que el efecto acumulado de 7 o más factores de riesgo se asocia con una disminución significativa de los puntajes de desarrollo, entre ellos están: el sexo masculino, los niños de temperamento apagado, cuyas madres presentan coeficiente intelectual <80, bajo nivel de estimulación en el hogar y abandono paterno. Los niños que presentan exposición a estos factores muestran, en promedio, un desarrollo mental 10,3 puntos más bajo y un desarrollo motor 13,5 puntos inferior que el de los niños que no están expuestos. La estimulación en el hogar es la variable de mayor impacto sobre el desarrollo infantil, ya que representa el ambiente en que el niño se desarrolla, cuantificando el apoyo social, emocional y cognitivo. Las sub-escalas que reflejaron mayor impacto fueron: la responsividad de la madre a las necesidades del niño y la capacidad de

la madre para involucrarse con el niño, estas tienen efecto significativo sobre el rendimiento, tanto en las habilidades motoras como en las mentales

3.7.6. *Desarrollo infantil y funcionalidad familiar*

En la investigación de Isaza Valencia & Henao López (2010) se encontró que las familias que presentan una tendencia democrática caracterizada por espacios de comunicación, expresiones de afecto y un manejo de normas claras (cohesionadas), son generadoras de un repertorio amplio de habilidades sociales; mientras que las familias con una estructura disciplinada, caracterizada por acciones autoritarias de los padres, se asocian con un nivel más bajo de desempeño social en los niños y niñas. Una situación similar se pudo evidenciar en las familias con una estructura sin orientación, caracterizada por una falta de manejo de normas claras y una gran manifestación de afecto y satisfacción de los deseos de sus hijos e hijas.

En conclusión, el clima social familiar con relación a los factores de cohesión, expresividad y organización familiar guardan una relación positiva con todas las áreas sociales. El conflicto familiar es el factor que mantiene la relación negativa. Entre los factores relacionados con las familias y la acción de los padres, el que más se asocia con el clima social familiar ha sido la clase social, variable entendida como combinación de otros elementos (nivel educativo, profesión, nivel de ingresos, calidad de vivienda). Estas diferencias, permiten identificar que no sólo las actitudes de los padres hacia la crianza, se relacionan con el desarrollo y el aprendizaje de conductas adaptativas o desadaptativas en los niños, sino también, las estructuras organizativas y dinamizadoras del clima familiar, que se encuentran determinadas por las costumbres que se transfieren de generación en generación desde lo cultural.

SEGUNDA PARTE:

***MARCO
METODOLÓGICO***

CAPÍTULO IV
***MÉTODO,
MATERIALES Y
PROCEDIMIENTO***

4. MÉTODO, MATERIALES Y PROCEDIMIENTO

4.1. Objetivos

Objetivo general:

Analizar el desarrollo psicomotor de niños y niñas mendocinos de entre 12 a 27 meses de edad y su relación con variables del sistema familiar.

Objetivos específicos:

1. Analizar si existen relaciones entre las representaciones de apego y percepción de la funcionalidad familiar (nivel de cohesión y flexibilidad) del cuidador principal del niño o niña.
2. Evaluar si existen relaciones significativas entre las representaciones de apego del cuidador principal con el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 12 a 27 meses de edad.
3. Evaluar si existen diferencias significativas entre los tipos de cohesión y adaptabilidad familiar con las áreas de desarrollo psicomotor de niños y niñas de 12 a 27 meses.
4. Evaluar si existen relaciones significativas entre el desarrollo psicomotor de estos infantes y sus antecedentes perinatales (pre y post natales) y características psicosociales familiares.

4.2. Metodología

4.2.1. Diseño y tipo de estudio:

El tipo de estudio es empírico, con un enfoque cuantitativo no experimental. Implica un diseño transversal ya que se evalúa la situación de las diadas en un momento específico del desarrollo. El alcance es de tipo correlacional, en el cual, se tiene como propósito conocer la relación que existe entre las siguientes variables en un contexto y muestra particular: apego, funcionalidad familiar y desarrollo psicomotriz. En base a cuestionarios, se busca medir cada variable por separado y luego se analizan la relación entre las mismas (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2014).

4.2.2. Muestra

La muestra utilizada es de carácter no probabilística intencional (dirigida). Supone un procedimiento de selección informal y arbitraria en función de los objetivos

previamente establecidos. La elección de sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos sino de poseer características de interés para la investigación. Dichas características específicas son: el niño o niña debe tener entre 12 y 27 meses de edad; y debe encontrarse en convivencia con su familia de origen en la provincia de Mendoza. A su vez no se consideraran a niños ni niñas que hayan vivenciado procesos de adopción y se encuentren en convivencia con su familia adoptiva y niños/as con medidas de protección excepcional de derechos en sistema de cuidados alternativos de DINAF (hogares-familias temporarias), tampoco a niños y niñas judicializados, con medidas de protección de derechos y familias con intervención desde el servicio local de protección de derechos. Por este carácter de la muestra, las conclusiones que se deriven de este trabajo no se podrán generalizar a toda la población sino que sólo deben ajustarse a la muestra utilizada (Hernández Sampieri et. al., 2014).

La muestra está constituida por un total de 32 diadas de la provincia de Mendoza. Las mismas conformadas por niños y niñas de 12 a 27 meses de edad y su cuidador principal.

La edad promedio de los niños y niñas es de 18,8 meses \pm 4,2; en lo que respecta al sexo la mayoría (56,3%) fueron niños y solo el 43,8% de la muestra fueron niñas.

Respecto de las variables de parto podemos decir que el 81,3% de los niños y niñas nacieron a término, siendo solo el 18,8% los infantes que nacieron prematuros. En cuanto a la internación en neonatología se observa que solo el 21,9% de los niños y niñas acudió a este espacio, siendo superior el número de infantes que no requirieron de internación (78,1%). Por último la cantidad de niños que recibió lactancia materna de tipo exclusiva fue superior 65,5% a la de los niños y niñas que recibió alimentación mixta o artificial respectivamente (34,4%).

En lo referido a las variables del adulto cuidador, podemos decir que el 100% de los mismos han sido mujeres, la edad promedio de dichas mujeres fue de 31 años \pm 6,4. En cuanto al estado civil de las cuidadoras el 18,8% se encuentran solteras mientras que el porcentaje restante (78,1%) se encuentran casadas o en convivencia.

En relación al nivel de escolaridad de la madre, el 50% de las mujeres tiene hasta su secundario completo. El 37,5% ha concluido sus estudios universitarios, mientras que sólo el 6,6% tiene estudios terciarios y otro 6,6% sólo primario completo.

En cuanto a la ocupación de las cuidadoras podemos decir que la mayoría de ellas trabaja fuera de casa (56,3%), seguido por un 18,8% de mujeres que son amas de casa, un 9,4% de ellas estudia y trabaja, un 9,4% trabaja en casa y el 6,3% restante estudia.

A su vez, varios fueron los datos recolectados con respecto a las variables prenatales. De acuerdo a la cantidad, la mayoría de las mujeres (96,9%) se realizó todos los controles prenatales, mientras que solo el 3,1% restante se realizó solo algunos controles. En cuanto al consumo de sustancias el 90,6% de las madres refieren no haber consumido sustancias durante el embarazo, del 9,4% restante se desconoce si existió consumo o no. Por último el tipo de parto más frecuente fue la cesárea (59,4%), frente a un (40,6%) de partos vaginales.

4.2.3. Instrumentos:

Para la medición y evaluación de las variables planteadas en la presente tesina se utilizaron diferentes instrumentos:

- Cuestionario *Ad-Hoc* sobre antecedentes perinatales (prenatales y posnatales) y características psicosociales de la familia.
- Escala FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*)
- CaMiR: *Cartes des Modeles Individuels de Relation* (Autocuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego).
- Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI).
- Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)

A continuación se describen las características generales de los instrumentos a partir de Hernández Sampieri et al. (2014), tras ello se realiza una descripción específica de cada uno. En el anexo se encuentra la versión completa de los protocolos.

En lo que refiere al Cuestionario *Ad-Hoc*, el tipo de preguntas, son de tipo cerradas ya que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas. Se trata de preguntas claras, precisas y comprensibles para los participantes.

La forma de aplicación fue la administración por medio de la entrevistadora (Cuestionario *Ad-Hoc* y CaMiR) y autoadministración en el caso de la Escala FACES, debido a que se proporcionó directamente el instrumento a los participantes quienes lo contestaron marcando con cruces entre las opciones de respuesta sin intermediarios. Con

respecto a los instrumentos aplicados a niños y niñas, los mismos fueron administrados por la entrevistadora, en forma de observación y juego.

A su vez, el contexto de administración fue de forma individual (diadas madre-hijo/a) presencial. Con respecto al formato de instrumentos, los mismos fueron administrados realizando previamente una introducción. En la misma se especificó que se trata de una tesina de grado y el nombre de la misma. A su vez, se les explicó cuál era su papel y el de sus hijos e hijas como participante en el tema a investigar, se les solicitó el consentimiento informado para participar y a partir de esto, se les garantizó el resguardo de su identidad y un envío al correo electrónico de las conclusiones de la tesina para que puedan tener la oportunidad de conocer los resultados a los que ayudaron a alcanzar. A todas las participantes se les agradeció su colaboración.

Tras esta introducción se administró en un primer momento el Cuestionario *AdHoc* sobre antecedentes perinatales (prenatales y posnatales) y características psicosociales de la familia al adulto cuidador, luego se administró la escala FACES y el CaMiR, los dos instrumentos por separados, cada uno con su título e instrucciones claras y sencillas. Por último se administró el IODI y la PRUNAPE a los niños y niñas.

Escala FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale):

Es la 3° versión de la serie de escalas FACES de Olson, Portner y Lavee, desarrollada en 1985 para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo de sistemas familiares: la cohesión y la adaptabilidad (o flexibilidad) familiar. Específicamente, evalúa la percepción de un miembro de la familia sobre el funcionamiento de la misma. Es una escala psicométrica de autorreporte que consta de 40 ítems, en una escala con un formato de respuesta tipo Likert, dividida en dos partes de 20 ítems cada una. La parte I evalúa el nivel de cohesión (grado de unión emocional) y adaptabilidad (monto de cambio y flexibilidad para adecuarse a circunstancias vitales) de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real"). La parte II refleja el nivel de cohesión y adaptabilidad que el sujeto desearía ("Familia ideal"). De las diferencias entre ambas se conoce el índice de satisfacción con el funcionamiento de su familia. A su vez, permite clasificar a las familias en distintos tipos: desligadas, separadas, conectadas o enmarañadas (según grado de cohesión) y como rígidas, estructuradas, flexibles o caóticas (según adaptabilidad) (Schmidt, Barreyro & Maglio, 2010). Se

administrará sólo la subescala I a fines de evaluar la percepción del cuidador principal sobre el funcionamiento familiar. Se utilizará la adaptación argentina realizada por Schmidt et al. (2010). En cuanto a la Parte I, la subescala de Cohesión mostró una elevada fiabilidad por consistencia interna ($\alpha = .82$), mientras que, la subescala Flexibilidad, un grado de fiabilidad aceptable ($\alpha = .60$).

CaMiR: Cartes des Modeles Individuels de Relation (Autocuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego).

Es un instrumento desarrollado por Pierrehumbert, en Suiza en 1996, basado en la teoría del apego. Es un cuestionario de auto-reporte. Cuenta con 72 ítems impresos en tarjetas. Su administración conlleva 30 minutos aproximadamente. Evalúa el sistema representacional del apego en adultos, es decir, los modelos internos de relaciones de apego. Más específicamente, explora las representaciones presentes como así también las pasadas de la familia de origen (Garrido et al., 2009; Martínez & Santelices, 2005). Se administrará la adaptación argentina realizada por Labín, Martínez y Taborda (2018, en prensa), cuya consistencia interna evaluada, mediante el Coeficiente alpha de Cronbach, arrojó un índice excelente ($\alpha = .98$).

Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI):

Es un instrumento de observación y seguimiento de evolución del desarrollo del recién nacido hasta los 4 años de edad. Fue creado entre el 2012 y 2015 por la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud, junto a: Sociedad Argentina de Pediatría y de Primera Infancia, Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia, y la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. Evalúa aspectos vinculares con el cuidador y áreas del desarrollo: motriz, comunicacional, socioemocional, coordinación visomotora y cognitiva (Alchouron et al., 2017; Bottinelli et al., 2015).

Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE):

Es una escala destinada a la detección de problemas del desarrollo en niños menores de seis años, creada en Argentina por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan y por Sociedad Argentina de Pediatría. Consiste en una serie de pruebas que permiten evaluar habilidades motrices finas y gruesas, relaciones sociales, lenguaje y aspectos cognitivos. La administración tiene una duración estimada de 15-20 minutos. Los materiales son sencillos y constan de un manual técnico, una caja de

materiales y un formulario con percentiles de la edad de cumplimiento de las pautas. (Lejarraga, Kelmansky, Pascucci & Salamanco, 2006).

Cuestionario Ad-Hoc sobre antecedentes perinatales (prenatales y posnatales) y características psicosociales de la familia.

Se delimitó: la existencia o no de controles prenatales, complicaciones durante el embarazo y de qué tipo (como consumo de alcohol o drogas); duración del periodo de gestación, detallando si es prematuro o nacido a término; tipo de parto y sus condiciones, especificando si fue cesárea o vaginal, con o sin complicaciones y de qué tipo; existencia de ciertas condiciones médicas especiales y descripción de su tratamiento en caso de haber existido o de existir hasta la actualidad (enfermedades, infecciones, apneas, bajo peso al nacer). Asimismo, en cuanto a las características familiares, se especificó: nivel educativo del adulto cuidador principal, cantidad de hijos y edades de los mismos, existencia de redes de apoyo en la crianza (jardines maternos, miembros de familia conviviente o extensa, otros).

4.3. Procedimientos

En un primer momento se contactaron a los cuidadores principales de los niños y niñas que cumplían con las características necesarias para conformar la muestra por vía telefónica para comentarles sobre la investigación e invitarlas a ser parte de la misma. Tras su aceptación se acordó una fecha y horario de encuentro para llevar a cabo la administración de instrumentos y recolección de datos, vale aclarar que el lugar en donde se desarrollaron todas las entrevistas fue en los hogares de los niños y niñas, de modo de que la observación del vínculo de la diada se diera de forma fluida, en un ambiente conocido por los infantes. En primera instancia las cuidadoras principales recibieron una introducción y presentación del estudio con el objetivo de solicitar el consentimiento informado y aprobación por un medio escrito. En segundo lugar se procedió a recolectar la información que permitió identificar a la diada a partir de la encuesta sociodemográfica y de datos perinatales previamente descriptos. En tercer lugar se administraron los test FACES y CaMir para evaluar el nivel de funcionalidad familiar y el tipo de apego del cuidador principal. En cuarto lugar se administró el IODI y la PRUNAPE a los niños y niñas para evaluar el desarrollo psicomotor infantil.

Tras la recolección de datos, se llevó a cabo el análisis de los mismos con el programa Statistical Package for the Social Science (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)-SPSS 24.0-. A partir de este programa fue posible realizar la presentación de los resultados, su discusión y las conclusiones finales, tal como se exponen en el siguiente capítulo. Es importante aclarar que cada participante de la muestra recibió una devolución por escrito con una breve conclusión de los resultados obtenidos, los infantes recibieron un informe para ser adjuntado a su documentación de salud, en donde se especifica su nivel desarrollo según ambas escalas y recomendaciones en caso de ser necesarias. Vale mencionar que los resultados serán expuestos de forma descriptiva evitando rotulaciones diagnósticas.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Primer Objetivo:

- *Analizar si existen relaciones entre las representaciones de apego y percepción de la funcionalidad familiar (nivel de cohesión y flexibilidad) del cuidador principal del niño o niña.*

En cuanto a este primer objeto, se calculó el puntaje bruto de cada dimensión del apego y luego se transformó a un puntaje t. Posteriormente, se identificó el puntaje t prevalente en cada sujeto (aquel de mayor puntaje). Una vez obtenido la representación de apego de cada una de las madres, se calculó la frecuencia y porcentaje de cada dimensión: se pudo conocer que 59,4% de las cuidadoras principales presentan una representación de apego de tipo seguro, mientras que el 34,4% un apego preocupado y el 6,3% restante un apego evitativo.

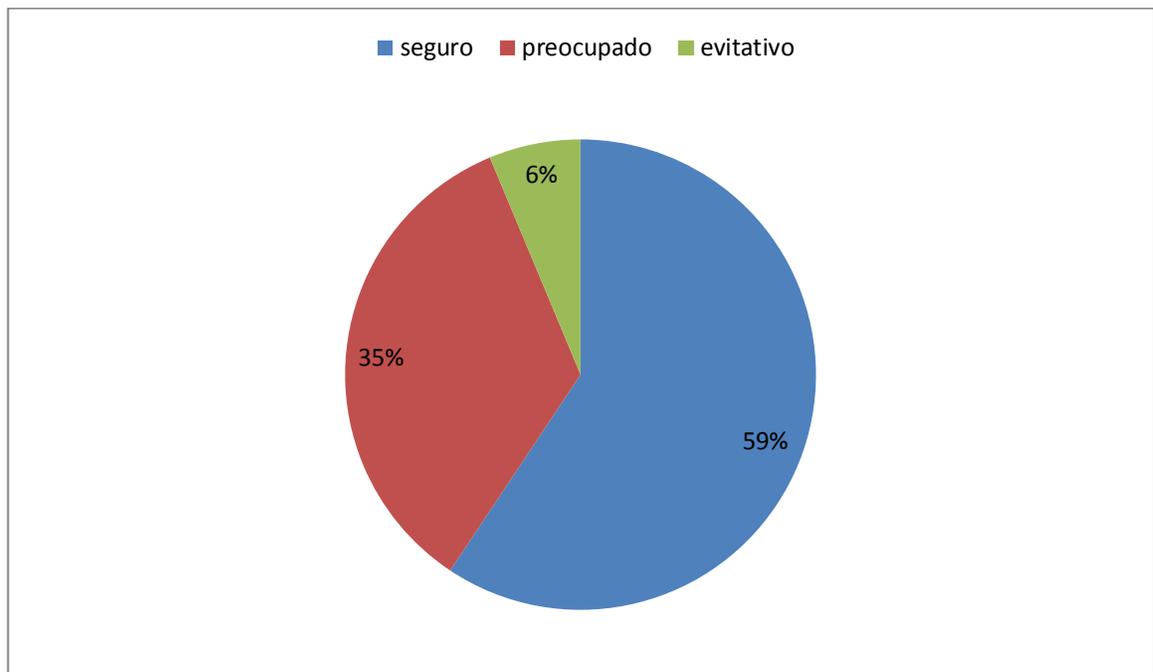


Figura N°1: representación de apego en el cuidador principal del niño/a (n=32)

Con respecto a la percepción de funcionalidad familiar, se analizaron los porcentajes en relación a los niveles de tipo de cohesión familiar (muy conectada, conectada, separada o desligada) y niveles de tipo de adaptabilidad/flexibilidad familiar (muy flexible, flexible, estructurada y rígida), dichos porcentajes se presentan en las Figuras N°1 y N°2.

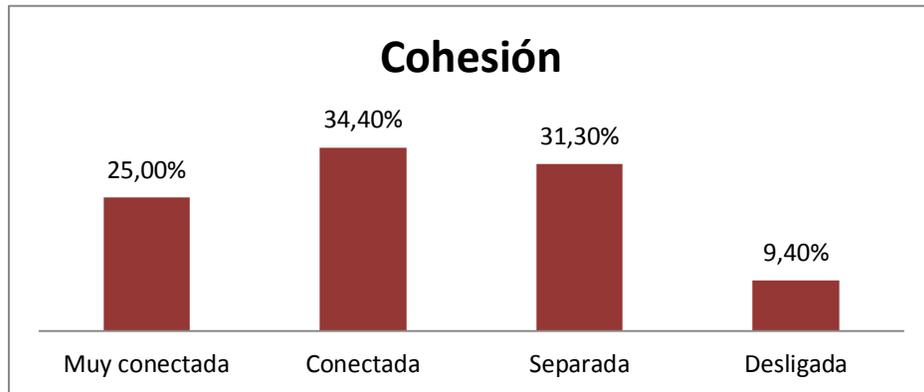


Figura N°2: Percepción del tipo de cohesión en el cuidador principal del niño/a (n=32)

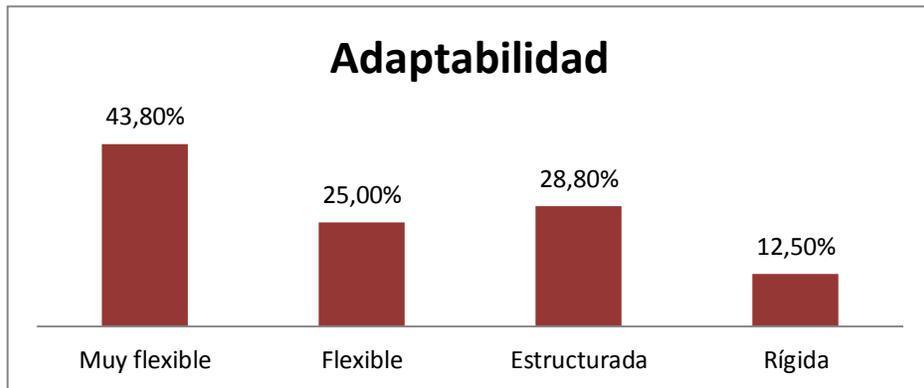


Figura N°3. Percepción del tipo de adaptabilidad el cuidador principal del niño/a (n=32)

A su vez, en relación a la percepción de la funcionalidad familiar, que implica la combinación de cohesión y adaptabilidad, se observa que el 40,6% de la muestra presenta una percepción de tipo “rango medio”, siguiendo por un 34,4% con una percepción balanceada y, en menor nivel, un 25%, desbalanceada. Esto puede visualizarse en la Figura N°3.

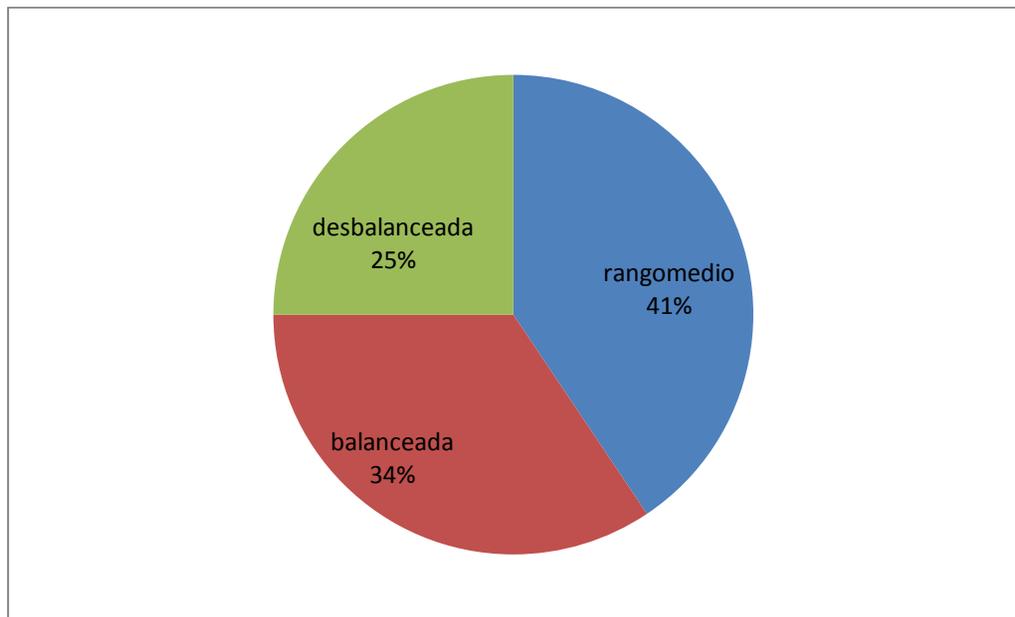


Figura N°3. Percepción de la funcionalidad familiar del cuidador principal del niño/a (n=32).

Por último, para evaluar la asociación entre tipo de funcionalidad familiar y tipos de representaciones de apego, se aplicó la prueba Chi Cuadrado de Pearson. Como resultado, se encontró una asociación significativa entre tipo de funcionalidad familiar y tipo de representación de apego: $X^2(4) = 10.07$, $p < .05$. El 52,63% presenta representación de apego seguro y una funcionalidad familiar balanceada. Esto se observa en la Tabla N°1.

Tabla N° 1: Asociación entre representaciones de apego y tipo de funcionalidad familiar (N=32).

		Tipo de Apego				Total	X ²	P	V
		SEGURO	PREOCUPADO	EVITATIVO					
Tipo de Funcionalidad	Balanceada	F	10	1	0	11	10.07	.039	.397
		%	52,63	9,09	0	34,38			
	Rango medio	F	4	7	2	13			
		%	21,05	63,64	100	40,63			
	Desbalanceada	F	5	3	0	8			
		%	26,32	27,27	0	25			
Total	F	19	11	2	32				
	%	100	100	100	100				

Segundo Objetivo:

- *Evaluar si existen relaciones significativas entre las representaciones de apego del cuidador principal con el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 12 a 27 meses de edad.*

Para dar cuenta de este segundo objetivo, en primer lugar, se analizó si existían correlaciones significativas entre las representaciones de apego (seguro, evitativo y preocupado) y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. Se encontró una correlación significativa y positiva entre apego seguro y área personal-social ($r=.396$, $p<.05$), de modo que, a mayor apego seguro, mayor cantidad de pautas del área personal-social dentro de lo esperable para la edad del niño/a. A su vez se encontró una correlación significativa y negativa entre apego preocupado y área personal-social ($r=-.369$, $p<.05$), siendo que, a mayor apego preocupado, menor cantidad de pautas del área personal-social dentro de lo esperable para la edad del niño/a. Los resultados se visualizan en la Tabla N°2.

Tabla N°2: Asociación entre representaciones de apego y áreas personal social de la PRUNAPE (N=32).

		Personal Social Normal	Personal Social Adelantada	Personal Social Alerta	Personal Social Retrasada
Apego	R	.396*	.040	-.099	-.317
Seguro	P	.025	.830	.588	.077
Apego	R	-.101	.012	-.129	-.065
Evitativo	P	.581	.948	.481	.722
Apego	R	-.369*	.091	.059	.293
Preocupado	P	.038	.620	.747	.104

También se encontraron correlaciones significativas negativas entre apego seguro con otra área de la PRUNAPE, con pautas de cuidado-alerta en el área de motricidad fina ($r=-.366$, $p<.05$), es decir, a mayor apego seguro, menor puntuación de pautas de cuidado-alerta en el área motriz fina. Los resultados se visualizan en Tabla N°3.

Tabla N°3: Asociación entre representaciones de apego y área motriz fina de la PRUNAPE (N=32).

		Motriz Fina Normal	Motriz Fina Adelantada	Motriz Fina Alerta	Motriz Fina Retrasada
Apego	R	.017	.208	-.366*	-.307
Seguro	P	.927	.252	.039	.087
Apego	R	.215	.113	-.059	-.047
Evitativo	P	.238	.538	.750	.798
Apego	R	-.134	-.114	.252	.241
Preocupado	P	.466	.536	.164	.184

En segundo lugar, se analizó si existían correlaciones significativas entre las representaciones de apego y las diversas áreas de desarrollo del IODI. Se observó una correlación significativa negativa entre el apego preocupado y área de comunicación ($r = -.493$, $p < .01$), es decir que, a mayor apego preocupado, menor cantidad de pautas logradas en el área de comunicación. Esto se describe en la Tabla N°4.

Tabla N°4: Asociación entre representaciones de apego y área de Comunicación del IODI (N=32).

		Comunicación	Comunicación	Comunicación
		Pautas No	Pautas	Pautas en
		Logradas	Logradas	Riesgo
Apego	R	.027	.246	-.116
Seguro	P	.882	.175	.526
Apego	R	-.036	.259	.006
Evitativo	P	.843	.152	.973
Apego	R	.108	-.493**	-.043
Preocupado	P	.557	.004	.814

A su vez, se encontraron dos correlaciones significativas entre representaciones de apego y área de coordinación visomotora cognitiva (CVMC). Por un lado, una correlación significativa negativa entre apego seguro y falta de logro de pautas en esta área de CVMC ($r = -.457$, $p < .01$), es decir que, a mayor apego seguro, menor cantidad de puntajes en la categoría de pautas no logradas en esta área. Por último, una correlación significativa positiva entre apego preocupado y falta de logro de pautas en esta área de CVMC ($r = .365$, $p < .05$). Esto se sintetiza en Tabla N°5.

Tabla N°5: Asociación entre representaciones de apego y área de CVMC del IODI (N=32).

		CVMC	CVMC	CVMC
		Pautas No Logradas	Pautas Logradas	Pautas en Riesgo/Alarma
Apego	R	-.457**	.103	(a)
Seguro	P	.009	.576	(a)
Apego	R	-.215	-.074	(a)
Evitativo	P	.236	.686	(a)
Apego	R	.365*	.119	(a)
Preocupado	P	.040	.517	(a)

Tercer Objetivo:

Evaluar si existen diferencias significativas entre los tipos de cohesión y adaptabilidad familiar con las áreas de desarrollo psicomotor de niños y niñas de 12 a 27 meses.

En cuanto al tercer objetivo, en primer lugar, se analizó si existían diferencias significativas entre tipo de funcionalidad familiar y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. En la Tabla N°6 y Tabla N°7 se resumen solo los datos que arrojaron niveles de diferencia significativos.

Con respecto a la cohesión familiar, se encontró una única diferencia significativa entre área personal social, pautas adelantadas y tipo de cohesión familiar: $F= 3.35$, $p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de personas conectadas y muy conectadas siendo mayor el puntaje en el área personal social pautas adelantadas en el grupo con tipo de cohesión familiar conectada (Tabla N°6).

Tabla N°6: Diferencias significativas entre tipos de cohesión familiar y áreas de desarrollo de la PRUNAPE (N=32).

	Tipo de cohesión familiar	M (DE)	IC 95 %		F	p
			Límite inferior	Límite superior		
Personal Social Pautas Adelantadas	Muy Conectada (n=8) ¹	0 (.00)	0	0	3.35	.03
	Conectada (n=11) ¹	0,6 (.50)	0,29	0,97		
	Separada (n=10)	0,3 (.48)	-0,04	0,64		
	Desligada (n=3)	0,3 (.57)	-1,10	1,76		

Nota: los valores en subíndice indican entre las medias de qué puntajes se produjo la diferencia significativa en el análisis posthoc Bonferroni ($p < .05$).

Luego se analizó si existían diferencias significativas entre tipo de adaptabilidad familiar y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. Como resultado se encontró una única diferencia significativa entre el área de lenguaje, pauta adelantada, y tipo de adaptabilidad familiar: $F = 3.5$, $p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de personas muy flexibles y flexibles, siendo mayor el puntaje en el área del lenguaje pauta adelantada en el grupo con tipo de adaptabilidad familiar flexible (Tabla N°7)

Tabla N°7: Diferencias significativas entre tipos de adaptabilidad familiar y áreas de desarrollo de la PRUNAPE (N=32)

	Tipo de adaptabilidad familiar	M (DE)	IC 95 %		F	p
			Límite inferior	Límite superior		
Lenguaje Pautas Adelantadas	Muy Flexible (n=14) ¹	0 (0)	0	0	3,5	.028
	Flexible (n=8) ¹	0,5 (.75)	-0,13	1,13		
	Estructurada (n=6)	0 (.00)	0	0		
	Rígida (n=4)	0 (.00)	0	0		

Nota: los valores en subíndice indican entre las medias de qué puntajes se produjo la diferencia significativa en el análisis posthoc Bonferroni ($p < .05$).

Por último, se analizó si existían diferencias significativas entre tipos de funcionalidad familiar y las diversas áreas de desarrollo del IODI. Se encontraron tres diferencias significativas.

Una de ellas, entre área socioemocional, pautas no logradas y tipo de cohesión familiar: $F= 6.29$, $p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de familias conectadas y separadas siendo mayor el puntaje en el área socioemocional, pautas no logradas en el grupo con tipo de cohesión separada. Otra de ellas, entre familias muy conectadas y conectadas, siendo mayor el puntaje obtenido en el área socioemocional, pautas no logradas, en el grupo con tipo de cohesión muy conectada (Tabla N°8).

Tabla N°8: Diferencias significativas entre tipos de cohesión familiar y áreas de desarrollo del IODI (N=32).

	Tipo de cohesión familiar	M (DE)	IC 95 %		F	p
			Límite inferior	Límite superior		
Área Socioemocional Pautas No Logradas	Muy conectada (n=8) ²	0,7 (0,4)	0,36	1,13	6.29	.002
	Conectada (n=11) ^{1,2}	0,1 (0,4)	-0,08	0,45		
	Separada (n=10) ¹	0,9 (0,3)	0,67	1,12		
	Desligada (n=3)	0,3 (0,3)	-1,10	1,76		

Nota: los valores en subíndice indican entre las medias de qué puntajes se produjo la diferencia significativa en el análisis posthoc Bonferroni ($p < .05$).

Otra diferencia significativa encontrada es entre la misma área, socioemocional, pautas no logradas y tipo de adaptabilidad familiar: $F= 3.30$, $p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de familias muy flexibles y flexibles siendo mayor el puntaje en el área socioemocional, pautas no logradas, en el grupo con tipo de adaptabilidad muy flexibles (Tabla N°9).

Tabla N°9: Diferencias significativas entre tipos de adaptabilidad familiar y áreas de desarrollo del IODI (N=32)

Área	Tipo de adaptabilidad familiar	M (DE)	IC 95 %		F	p
			Límite inferior	Límite superior		
Socioemocional Pautas No Logradas	Muy flexible (n=14) ¹	0,71 (0,46)	0,44	0,98	3,3	.035
	Flexible (n=8) ¹	0,12 (0,35)	-0,17	0,42		
	Estructurada (n=6)	0,66(0,51)	0,12	1,20		
	Rígida (n=4)	0,75 (0,50)	-0,04	1,54		

Nota: los valores en subíndice indican entre las medias de qué puntajes se produjo la diferencia significativa en el análisis posthoc Bonferroni ($p < .05$).

Cuarto Objetivo:

- *Evaluar si existen relaciones significativas entre el desarrollo psicomotor de estos infantes y características psicosociales maternas.*

En primer lugar, se analizó si existían correlaciones significativas entre la edad de la madre y las diversas áreas de desarrollo del IODI y PRUNAPE. No se encontraron correlaciones significativas entre dichas variables.

En segundo lugar, se analizó si existían diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de la madre y las diversas áreas de desarrollo del IODI y PUNAPE.

En cuanto a la PRUNAPE, se encontró una diferencia significativa en el área del lenguaje, pautas normales $F= 4,19$, $p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de mamás con terciario completo y secundario completo, siendo mayor el puntaje obtenido en el área del lenguaje, pautas normales en los niños/as cuyas madres presentan terciario completo (Tabla N°10).

Tabla N°10: Diferencias significativas entre nivel de escolaridad materno y áreas de desarrollo de la PRUNAPE (N=32).

	Nivel de Escolaridad	M (DE)	IC 95 %		F	p
			Límite inferior	Límite superior		
Área Lenguaje Pautas Normales	Primario Completo (n=2)	5,50 (2,12)	-13,55	24,55	4,19	.014
	Secundario Completo (n=16) ¹	4,37 (1,45)	3,59	5,15		
	Terciario Completo (n=2) ¹	8 (0,0)	8	8		
	Universitario (n=12)	4,41 (1,37)	3,54	5,29		

Nota: los valores en subíndice indican entre las medias de qué puntajes se produjo la diferencia significativa en el análisis posthoc Bonferroni ($p < .05$)

Por último, continuando con el nivel de escolaridad de la madre, mediante el IODI, se observó otra diferencia significativa en el área de comunicación, pautas de riesgo $F=8,75$ $p < .05$. La diferencia significativa se manifestó entre el grupo de mamás con primario completo y los otros tres grupos de madres (secundario, terciario y universitario completo) siendo mayor la cantidad de pautas de riesgo en el área de comunicación en el grupo de niños/as cuyas madres presentaban nivel de primario completo (Tabla N°11).

Tabla N°11: Diferencias significativas entre nivel de escolaridad materno y áreas de desarrollo del IODI (N=32).

	Nivel de Escolaridad	M (DE)	IC 95 %		F	p
			Límite inferior	Límite superior		
Área Comunicación Pautas de Riesgo	Primario Completo (n=2) ¹	,50 (0,70)	-5,85	6,85	8,75	.000
	Secundario Completo (n=16) ¹	0 (0)	0	0		
	Terciario Completo (n=2) ¹	0 (0)	0	0		
	Universitario (n=12) ¹	0 (0)	0	0		

Nota: los valores en subíndice indican entre las medias de qué puntajes se produjo la diferencia significativa en el análisis posthoc Bonferroni ($p < .05$)

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- Primer objetivo:

Analizar si existen relaciones entre las representaciones de apego y percepción de la funcionalidad familiar (nivel de cohesión y flexibilidad) del cuidador principal del niño o niña

En cuanto a este primer objetivo de la investigación se pudo conocer que existe una asociación significativa entre las variables, el tipo de apego y el tipo de funcionalidad familiar; específicamente entre apego seguro y una funcionalidad familiar balanceada.

En función del tipo de apego encontrado en la mayoría de la muestra (seguro), podría decirse que más de la mitad (59,4%) de las cuidadoras principales se caracterizan por presentar confianza y seguridad en sí mismas y en los demás. En estas cuidadoras se reportan experiencias de cercanía y las relaciones son vistas como satisfactorias; ya que establecen vínculos en los que los sentimientos y las emociones son compartidos y expresados abiertamente. También se le otorga importancia a la estructura familiar. En este estilo, el apego provee un sentido de seguridad; en donde la activación del sistema de apego, la búsqueda de consuelo y protección, es provocada por la presencia de un estímulo alarmante. En la ausencia de tal estímulo, la persona puede explorar libremente el medio (Mijkovitch et al., 2005).

Con respecto a la funcionalidad familiar se puede decir que las familias balanceadas son aquellas que tienen un funcionamiento equilibrado tanto en la dimensión de cohesión como en la de flexibilidad. Se conducen de manera más saludable, tienen una adecuada comunicación y tienen una mayor probabilidad de un afrontamiento eficaz frente a las demandas ambientales y un óptimo funcionamiento a lo largo del ciclo vital. (Leibovich de Figueroa et al, 2010).

Podría pensarse, entonces, que en cuanto a la dimensión de cohesión, al tener un funcionamiento de tipo equilibrado, existe cierta distancia saludable entre los integrantes de la familia, habiendo una consonancia entre el tiempo vivido independientemente y el tiempo compartido, como así de las actividades e intereses de los miembros de la familia, que son independientes en su mayoría, aunque con la posibilidad de compartir alguna de ellas. Las decisiones en estas familias son tomadas en conjunto, existiendo una unión que

genera apoyo familiar y marital (Olson, Russell & Sprenkle, 1989). Con respecto a la adaptabilidad o flexibilidad familiar los sistemas familiares balanceados están conformados por adultos con estilos democráticos en la toma de decisiones, lo que implica la existencia de una capacidad de negociación y escucha activa de parte de los adultos a los hijos. Además los roles en estas familias son estables, del mismo modo que las reglas, que pueden cambiar cuando sea necesario, pero existen algunas firmemente establecidas (Olson, Russell & Sprenkle, 1989).

A partir de la correlación encontrada en el presente estudio entre apego seguro y funcionalidad familiar balanceada, resulta importante resaltar que similares resultados se encontraron en una investigación que menciona que un estilo de apego seguro en el adulto se asocia con una buena cohesión familiar y con la expresividad emocional en la familia (Páez et al., 2006). Estos resultados concuerdan con los encontrados en la presente investigación, lo que nos permite pensar que las personas con apego seguro establecen vínculos más saludables en los que predomina la comunicación, dimensión fundamental para el buen funcionamiento familiar, y la expresión de los sentimientos sin temor a ser rechazados, a su vez son personas que tienden a construir familias más unidas, en donde los miembros se apoyan los unos a los otros, fortaleciendo el tipo de apego seguro y promoviendo la autonomía de los integrantes y contrario es lo que sucede en el estilo de apego adulto preocupado o temeroso; concluye Paez et al., (2006), que son personas que perciben las relaciones familiares como deficitarias en cohesión, expresividad y con un alto contenido de conflictos, también perciben a sus familias como mas desorganizadas y con mayor control.

Idénticos resultados encontraron Adam, Gunnar & Tanaka (2004), quienes concluyeron que las madres con apego preocupado poseían un estilo de crianza intrusivo y enojado. Estos resultados también solventarían lo encontrado en la presente investigación, ya que los estilos de apego inseguros, el preocupado en particular, son vinculados con un modo de funcionamiento familiar desbalanceado, tanto en la dimensiones de cohesión, como de flexibilidad, apoyando la asociación encontrada entre apego seguro y funcionalidad, al asociar apego inseguro (preocupado/evitativo) y disfuncionalidad.

Por último, los resultados en la presente investigación son análogos a los encontrados en otra investigación (Ajeli Lahiji & Besharat, 2018), en donde se halló una correlación positiva entre el apego seguro y la funcionalidad familiar y una correlación negativa entre el apego ambivalente y evitativo y la funcionalidad familiar. Estos resultados nos permiten pensar que un apego de tipo seguro en los cuidadores principales ayuda a la configuración de una funcionalidad familiar de tipo balanceada, ya que son adultos que poseen una buena confianza básica, por lo que a su vez se relacionan de manera segura con sus hijos, habilitándolos a expresarse y comunicar sus emociones, esta apertura al diálogo genera estilos más democráticos de ejercer la parentalidad, posibilita establecer límites, que no serán siempre rígidos, sino que podrían cambiar de acuerdo a lo que necesite la familia en ese momento, es decir que esto les permitirá tener una flexibilidad frente a las distintas etapas del ciclo vital familiar, mencionadas anteriormente (ver marco teórico), que requieren de nuevas reglas en cada una de ellas.

Del mismo modo, esta forma afectuosa y posibilitadora de relacionarse con los hijos los proveerá a estos de una base segura, de una confianza básica y fundamental que les permitirá explorar el mundo, nuevos espacios y nuevos vínculos, teniendo la certeza de que frente al peligro podrán recurrir a su cuidador, quien lo protegerá. En la dimensión “cohesión” se ve reflejada esta capacidad de autonomía de los miembros, de tomar decisiones por sí solos, tener sus propios grupos de amigos, intereses y gustos. En concordancia con lo aquí planteado la investigación de Valencia & Henao López (2012), concluyó que a mayor presencia de acciones equilibradas en la familia y mayor clima de participación familiar, los niños y niñas presentan un mayor desempeño social. Es decir que las familias con estrategias equilibradas caracterizadas por el diálogo, las expresiones de afecto y las normas instituidas claramente favorecen en sus hijos e hijas aprendizajes de repertorios sociales más amplios, lo cual les facilitará insertarse en nuevos ámbitos, así como establecer sus propios vínculos por fuera del círculo familiar, aumentando su autonomía.

Resulta importante aclarar que son varias las investigaciones previas que centran su atención en los tipos de apego adulto en relación a diferentes variables, como así también funcionalidad. Sin embargo en escasas investigaciones se ha estudiado la funcionalidad familiar y el estilo de apego en el adulto en conjunto. Por lo tanto, en futuras

investigaciones sería de interés profundizar en ambas variables en simultáneo, con el objetivo de conocer los diversos estilos de apego en el adulto y sus correlaciones o no con la funcionalidad familiar, los tipos de cohesión y adaptabilidad o flexibilidad predominantes en las familias, de modo de generar resultados que permitan ser contrastados.

- Segundo Objetivo:

Evaluar si existen relaciones significativas entre las representaciones de apego del cuidador principal con el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 12 a 27 meses de edad.

Avanzando hacia el segundo objetivo, en primer lugar se analizaron si existen relaciones significativas entre el tipo de apego y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. Se encontró una correlación significativa y positiva entre apego seguro y área personal-social, de modo que, a mayor apego seguro, mayor cantidad de pautas del área personal-social dentro de lo esperable para la edad del niño/a. A su vez se encontró una correlación significativa y negativa entre apego preocupado y área personal-social, esto indica que a mayor apego preocupado, menor cantidad de pautas del área personal-social dentro de lo esperable para la edad del niño/a.

El área personal social implica el proceso mediante el cual el niño aprende a comportarse, incluye las reglas fundamentales para su adaptación al medio social; se observa a través de la interacción consigo mismo y con los otros, en donde interviene de manera fundamental el afecto y las emociones. Resulta fundamental considerar en esta área a la madre, quien en un vínculo seguro contiene afectivamente al hijo, le brinda seguridad y confianza. De este modo el niño posee seguridad, se siente justificado y confirmado en su ser. Por otra parte la madre “absorbe” la agresividad del bebé, ordenando su descontrol y poniendo límites que encausen sus afectos (Griffa & Moreno, 2012).

Los resultados de la presente investigación coinciden directamente con una investigación anterior en donde se concluyó que existen relaciones significativas entre el apego seguro y un desarrollo más favorable a nivel social; y entre el apego inseguro y retrasos en las distintas áreas del desarrollo (Alhusen, Hayat & Gross, 2013). En esta

línea se encuentran investigaciones que afirman que los estímulos afectivos recibidos tempranamente en el entorno familiar y social tendrían un rol activo en la configuración cerebral y su funcionamiento. Es decir que el contexto social y familiar ejerce influencia directa en el desarrollo socioemocional del niño (Vargas-Rubilar y Aran-Filippetti, 2014). Dando cuenta de que la estimulación y los buenos tratos parentales desempeñan un papel esencial en la organización, el desarrollo y el funcionamiento cerebral temprano, específicamente en las funciones socioemocionales, que emergen de la interacción mantenida con los cuidadores y cuidadoras durante los primeros años de vida (Barudy y Dantagnan, 2010).

Análogos resultados arribaron las investigaciones que confirman que la calidad de la interacción madre-hijo, la capacidad de esta para responder e involucrarse con el niño y sus necesidades, es decir el apoyo social y emocional que reciba el infante, son las variables que generan mayor impacto sobre el desarrollo infantil, tanto en las habilidades psicológicas como en las emocionales (Andraca, et al., 1998; Binda, Figueroa-Leigh, & Olhaberry, 2019). Siendo la presencia de estas variables un elemento protector y la ausencia de las mismas un factor predisponente al retraso de hasta 2.4 veces. Estos resultados nos permitirían asociar esta capacidad responsiva de la madre, de involucrarse con el niño, con un estilo de apego seguro, y la ausencia de ella con un apego de tipo inseguro (preocupado o evitativo), de modo que cuando se encuentren presentes estas capacidades de la madre generarán impactos positivos en el desarrollo psicomotor, y cuando estén ausente predispondrá al retraso, coincidiendo con las relaciones encontradas en la presente investigación.

A partir de lo expuesto anteriormente resulta primordial pensar y repensar el rol fundamental que cumple el adulto cuidador, que es quien contiene al niño afectivamente, quien a través de su función de "réverie" (Bion, 1966) realiza la metabolización de las ansiedades y emociones del niño, transformando la agresividad y el descontrol, elaborándola y devolviéndoselas de manera ordenada y procesada. De tal modo que este procesamiento le permita al niño una transición segura y tranquila al mundo social, es decir que como se expuso anteriormente en el marco teórico, la mamá tendrá un rol esencial en proveer a ese infante del sentimiento de confianza básica que le permitirá investigar el mundo desde una base de seguridad, habilitándolo a interactuar con los otros, conocer el mundo circundante de un modo tranquilo, con la seguridad de que

frente a los peligros habrá otro que lo cuide, le responda y lo ordene. Y es a través de un estilo de apego seguro en el cuidador que se realiza esta función de la manera más adecuada.

También se encontraron correlaciones significativas negativas entre apego seguro con otra área de la PRUNAPE, específicamente con pautas de cuidado-alerta en el área de motricidad fina, es decir, a mayor apego seguro, menor puntuación de pautas de cuidado-alerta en el área motriz fina. Estos resultados son similares a los encontrados en investigaciones que concluyen que existen relaciones significativas entre el apego seguro y un desarrollo más favorable a nivel motor y entre el apego inseguro y retrasos en las distintas áreas del desarrollo (Alhusen, Hayat & Gross, 2013; Dee, Li, Lee & Grummer-Strawn, 2007). También podrían compararse con las investigaciones que plantean que las funciones motoras, emergen de la interacción mantenida con los cuidadores y cuidadoras durante los primeros años de vida (Barudy y Dantagnan, 2010, Andraca, et al., 1998). Si bien en estas investigaciones no se especifica si desarrollo motor es a nivel de la motricidad fina o gruesa, nos permite pensar que un apego seguro tiene repercusiones positivas en el desarrollo en general, y específicamente en el motor.

Por otro lado, se analizó si existían correlaciones significativas entre el tipo de apego y las diversas áreas de desarrollo del IODI. Se observó una correlación significativa negativa entre el apego preocupado y área de comunicación, es decir que, a mayor apego preocupado, menor cantidad de pautas logradas en el área de comunicación. Estas correlaciones son comparables con aquellas investigaciones que concluyen que existen relaciones significativas entre el apego seguro y un desarrollo más favorable en el niño a nivel comunicativo y social; y entre el apego inseguro y retrasos en el desarrollo psicomotor (Alhusen, Hayat & Gross, 2013; Binda, Figueroa-Leigh, & Olhaberry, 2019), concretamente se encontró una investigación que relaciona de manera directa la calidad de la relación madre e hijo/a con el desarrollo del lenguaje y el área de la comunicación; específicamente da cuenta de que la buena responsividad y atención materna y la dinámica relacional de la díada, resultan ser significativas como predictores de un adecuado desarrollo del lenguaje (Alamo, Krause, Pérez & Aracena, 2017). Esta correlación nos permite pensar acerca de la capacidad del adulto para significar las necesidades que manifiesta el niño, así como los recursos que utiliza para calmar al bebé en momentos en los que se muestra inquieto o angustiado, ya que una manifestación

emocional es señal de una necesidad que debe ser satisfecha adecuadamente, siendo a partir de estos elementos básicos que se construirá el psiquismo, el vínculo de apego, la comunicación y el lenguaje del niño. Las investigaciones nos permiten corroborar que el apego inseguro, de tipo preocupado, se correlacionaría de manera negativa con el desarrollo en el área de la comunicación; al afirmar que un tipo de apego seguro propicia un desarrollo más favorable en estas áreas..

También se halló una investigación que concluyo que el nivel socio económico es el mejor predictor del desarrollo del lenguaje entre niños y niñas, relacionando un nivel socioeconómico medio o alto, con un mejor desarrollo del lenguaje y socioemocional, que los niños de niveles socioeconómicos bajos (Wilca & Farkas, 2019). Aunque estas variables no han sido abordadas en la presente investigación.

Por último, se encontraron dos correlaciones significativas entre tipos de apego y área de coordinación visomotora cognitiva (CVMC). Por un lado, una correlación significativa negativa entre apego seguro y falta de logro de pautas en esta área de CVMC, es decir que, a mayor apego seguro, menor cantidad de puntajes en la categoría de pautas no logradas en esta área. Y por otro lado, una correlación significativa positiva entre apego preocupado y falta de logro de pautas en esta área de CVMC.

Lauretta Bender (1997) habla de la función gúestáltica visomotora como aquella función del organismo integrado por la cual éste responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, una gestalt. La coordinación visomotora cognitiva comprende la percepción visual de las formas, sus relaciones en el espacio, su orientación y la expresión motora de lo percibido, implica el ejercicio de movimientos controlados y deliberados que exigen de mucha precisión, son precisados especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo y la mano. Es por ello que esta capacidad requiere de muchas funciones cognitivas, entre ellas la observación y atención son fundamentales, así como la memoria, la capacidad de anticipación y planeamiento entre otras.

Múltiples investigaciones han afirmado que los cuidados, la estimulación y los buenos tratos familiares, es decir, una relación afectiva segura influye positivamente en la organización, el desarrollo y el funcionamiento cerebral de los infantes (Barudy y Dantagnan, 2010; Schore, 2001; Siegel, 2007). De este modo los procesos como la

memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y la inhibición, podrían verse favorecidos u obstaculizados por el clima familiar y el estilo de relación parental percibido por los hijos e hijas (Vargas-Rubilar y Aran-Filippetti, 2014). En función de esto podemos decir que un apego seguro influye de manera positiva en el desarrollo de estas funciones cognitivas, en las que se incluye la coordinación visomotriz, por el contrario un apego de tipo inseguro preocupado, repercutirá de manera negativa en el desarrollo de dichas capacidades.

- *Tercer objetivo:*

Evaluar si existen diferencias significativas entre los tipos de cohesión y adaptabilidad familiar con las áreas de desarrollo psicomotor de niños y niñas de 12 a 27 meses.

Continuando con el segundo objetivo, se analizó si existían diferencias significativas entre tipo de funcionalidad familiar y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. Como resultado se encontró una única diferencia significativa entre área personal social, pautas adelantadas y tipo de cohesión familiar. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de personas conectadas y muy conectadas siendo mayor el puntaje en el área personal social pauta adelantada en el grupo con tipo de cohesión familiar conectada.

Esto coincide con lo hallado en investigaciones que han indagado acerca de la funcionalidad familiar y las habilidades sociales en los niños. En ellas puede reconocerse que las familias que presentan una tendencia democrática caracterizada por espacios de comunicación, expresiones de afecto y un manejo de normas claras (conectadas), son generadoras de un repertorio amplio de habilidades sociales, lo que implica una mayor madurez social; mientras que las familias con una estructura disciplinada, caracterizada por acciones autoritarias de los padres, se asocian con un nivel más bajo de desempeño social en los niños y niñas (Isaza Valencia & Henao López, 2010, Pezua Vasquez, 2012). La funcionalidad familiar también se ha relacionado de modo significativo con la práctica de habilidades sociales y valores morales como la cooperación, la amistad y el respeto en niños de 3 años (Herrera Álvarez & Huairé Inacio, 2015).

De este modo se puede pensar como la dimensión de la cohesión, específicamente en su tipo “conectada” permiten a los miembros tener una cercanía, una unión emocional entre ellos, a la vez que existen límites claros entre unos y otros

permitiendo tener espacios de independencia entre los miembros, en los cuales cada uno puede tener sus propios amigos e intereses, al mismo tiempo que pueden existir espacios compartidos, así como amistades y momentos de recreación. Esto estaría relacionado de manera directa con el área personal social, ya que en ella se incluyen los hábitos de autonomía e independencia, como son comer solo, vestirse solo, la comunicación, en tanto que facilitadora de la expresión de las necesidades, emociones y el establecimiento de nuevas relaciones, entre otros.

Es decir que un tipo de familia conectada propiciaría hábitos de independencia y autonomía en sus hijos, proveyéndolos de espacios de contención y cercanía, a la vez que favorecería los espacios propios; resulta fundamental resaltar la importancia de la comunicación, ya que será ella el vehículo a través del cual los niños desempeñaran las habilidades sociales que le permitirán establecer vínculos y amistades propias.

Luego se analizó si existían diferencias significativas entre tipo de adaptabilidad familiar y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. Como resultado se encontró una única diferencia significativa entre el área de lenguaje pauta adelantada, y tipo de adaptabilidad familiar. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de personas muy flexibles y flexibles, siendo mayor el puntaje en el área del lenguaje pauta adelantada en el grupo con tipo de adaptabilidad familiar flexible.

Ya que no se han encontrado investigaciones que relacionen de manera específica la funcionalidad familiar con el lenguaje, entendiendo a este último en función de la cantidad de palabras, sonidos, gestos, vocabulario del que dispone el niño, la capacidad de expresión y comprensión. Lo entenderemos de manera global como la capacidad de comunicación del niño, lo que implica a su vez la posibilidad de establecer lazos sociales.

La dimensión de la adaptabilidad familiar, en su tipo flexible, da cuenta de una familia con un estilo de liderazgo de tipo democrático, en el que las reglas y los roles si bien son claros, pueden ir variando de acuerdo a las necesidades de la familia; son familias en las cuales se incluye a los hijos, generando un clima de cooperación y participación de todos los miembros de la familia, permitiendo un funcionamiento familiar apropiado.

Diversas investigaciones han concluido que un buen funcionamiento familiar, un clima saludable, donde existan estrategias equilibradas caracterizadas por el dialogo, cooperación o participación familiar, expresiones de afecto y normas instituidas claramente, se relaciona directamente con un mayor y mejor desempeño social en niños, ya sea en las dimensiones de respeto, cooperación, dialogo, amistad, entre otras, es decir que los niños que provienen de familias con este tipo de funcionamiento flexible poseen repertorios sociales más amplios, maduros y funcionales (Alamo, Krause, Pérez & Aracena, 2017; Herrera Álvarez y Huairé Inacio, 2015; Pezúa Vasquez, 2012; Valencia & Henao López, 2012)

Por último, se analizó si existían diferencias significativas entre tipos de funcionalidad familiar y las diversas áreas de desarrollo del IODI.

Se encontraron algunas diferencias significativas. Una de ellas, entre área socioemocional, pautas no logradas y tipo de cohesión familiar. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de familias conectadas y separadas siendo mayor el puntaje en el área socioemocional, pautas no logradas en el grupo con tipo de cohesión separada.

Este resultado no coincide con los encontrados en otras investigaciones que abordan la funcionalidad familiar y el desarrollo socioemocional (Pezúa Vasquez, 2012; Valencia & Henao López, 2012). En ellas se encontró que en una familia con acciones equilibradas, y un clima de participación familiar, como el que se encuentra en las familias de tipo separadas, los niños y niñas presentan un mayor desempeño social, así como una mayor edad, madurez y cociente social, es decir que las familias caracterizadas por el dialogo, las expresiones de afecto y las normas instituidas claramente favorecerían el aprendizaje de repertorios sociales amplios contrario a lo encontrado en la presente investigación.

Otra diferencia significativa encontrada es entre familias muy conectadas y conectadas, y el área socioemocional, pauta no lograda; siendo mayor el puntaje obtenido en el grupo con tipo de cohesión muy conectada.

Este resultado si coincidiría con lo encontrado por Pezúa Vasquez (2012) y Valencia y Henao López (2012), ya que en sus investigaciones se concluyó que las familias caracterizadas por una falta de manejo de normas claras, una gran manifestación de afecto y satisfacción de los deseos de sus hijos, se asocian con un nivel más bajo en el

desempeño social en los niños y niñas, así mismo, estos modos de funcionamiento de la familia generan en sus hijos e hijas comportamientos disfuncionales, y un empobrecimiento de los aprendizajes adecuados para su edad, generando una inmadurez social.

Para finalizar, la última diferencia significativa encontrada es entre la misma área, socioemocional, pautas no logradas y tipo de adaptabilidad familiar. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de familias muy flexibles y flexibles siendo mayor el puntaje en el área socioemocional, pautas no logradas, en el grupo con tipo de adaptabilidad muy flexible.

Estos resultados si coinciden con los encontrados en investigaciones que dan cuenta de que las familias que se relacionan con sus hijos desde estrategias de poco control, exceso de afecto y permisividad generan en sus hijos e hijas comportamientos disfuncionales y pobres en aprendizajes adecuados para su edad y contexto; afectando de manera negativa el desempeño social, la adquisición de repertorios sociales y la madurez social de los mismos (Pezua Vasquez, 2012; Valencia & Henao López, 2012).

- Cuarto Objetivo:

Evaluar si existen relaciones significativas entre el desarrollo psicomotor de estos infantes y características psicosociales maternas.

En primer lugar, se analizó si existían correlaciones significativas entre la edad de la madre y las diversas áreas de desarrollo del IODI y PRUNAPE. No se encontraron correlaciones significativas entre dichas variables. Estos resultados no coinciden con los encontrados por Schonhaut, Pérez & Muñoz (2015), en donde la mayor edad materna aparece como protectora frente al déficit en el desarrollo psicomotor.

En segundo lugar, se analizó si existían diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de la madre y las diversas áreas de desarrollo del IODI y PUNAPE. En cuanto al IODI, se observó otra diferencia significativa en el área de comunicación, pautas de riesgo. La diferencia significativa se manifestó entre el grupo de mamás con primario completo y los otros tres grupos de madres (secundario, terciario y universitario completo) siendo mayor la cantidad de pautas de riesgo en el área de comunicación en el grupo de niños/as cuyas madres presentaban nivel de primario completo. Estos resultados podrían pensarse con lo encontrado por Andraca, Pino, La Parra, Rivera, & Castillo, (1998), en

cuya investigación el coeficiente intelectual de la madre actuaba como una variable interviniente en el desarrollo psicomotriz de los niños, siendo un factor de riesgo cuando era menor a 80. Si bien estos resultados no se relacionan de manera directa con lo aquí encontrado, podría inferirse que existen diferencias en el CI de una mamá que ha alcanzado un nivel primario de una que ha alcanzado un nivel secundario, terciario o universitario; estas últimas mamás podemos suponer que tendrán un CI dentro de lo “normal/esperable” lo que repercutiría de manera positiva en el desarrollo psicomotor, específicamente en el área del lenguaje, así como solo haber alcanzado el nivel primario actuaría como un factor de riesgo respecto del desarrollo psicomotor, específicamente del lenguaje, en los niños y niñas.

Por último en relación a la PRUNAPE, se encontró una diferencia significativa en el área del lenguaje, pautas normales. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de mamás con terciario completo y secundario completo, siendo mayor el puntaje obtenido en el área del lenguaje, pautas normales en los niños/as cuyas madres presentan terciario completo. La investigación de Isaza Valencia & Henao López (2010) concluye que uno de los factores que más se asocia con el clima social familiar, es clase social, entendida como una combinación de otros elementos, entre los que se encuentran el nivel educativo de los padres, su profesión y el nivel de ingresos entre otros. Este factor nos permitiría identificar que no son solo las actitudes de los padres hacia la crianza las que se relacionan con el desarrollo y el aprendizaje de conductas adaptativas o desadaptativas en los niños, sino que estas también se encuentran determinadas por otros elementos, como sería en el presente caso un mayor nivel de estudio, que repercute de manera positiva en una mayor adquisición del lenguaje.

CAPÍTULO VII
CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

En primer lugar, es importante destacar, que los objetivos planteados en la presente tesis fueron alcanzados. Trabajando con una muestra de 32 diadas madre-hijo/a con niños de 12 a 27 meses de edad de la provincia de Mendoza, se pudo conocer que, en relación al primer objetivo: el 59,4% de las cuidadoras principales presentaron un apego de tipo seguro, mientras que el 34,4% un apego preocupado y el 6,3% restante un apego evitativo.

Con respecto a la percepción de funcionalidad familiar, se analizaron los porcentajes en relación a los tipos de cohesión familiar encontrando que el 25% de la muestra era de tipo muy conectada, un 34,40% conectada, un 31,30% separada y por ultimo un 9,40% tipo desligada.

Acerca de los niveles de adaptabilidad/flexibilidad familiar, se halló que el 43,80% de la muestra era de tipo muy flexible, un 25% flexible, un 28,80% estructurada y por ultimo un 12,50% de tipo rígida. A su vez, en relación a la percepción de la funcionalidad familiar, que implica la combinación de cohesión y adaptabilidad, se observó que el 40,6% de la muestra presenta una percepción de tipo "rango medio", siguiendo por un 34,4% con una percepción balanceada y, en menor nivel, un 25%, desbalanceada.

Por último, para evaluar la asociación entre tipo de funcionalidad familiar y tipo de apego, se encontró una asociación significativa entre tipo de funcionalidad familiar y tipo de apego: $X^2(4) = 10.07$, $p < .05$. El 52.63 % presentó un estilo de apego seguro y una funcionalidad familiar balanceada.

En lo que se refiere al segundo objetivo, en primer lugar se analizó si existían correlaciones significativas entre el tipo de apego y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. Se encontró una correlación significativa y positiva entre apego seguro y área personal-social ($p < .05$); a su vez se encontró una correlación significativa y negativa entre apego preocupado y área personal-social ($p < .05$). También se encontraron correlaciones significativas negativas entre apego seguro con pautas de cuidado-alerta en el área de motricidad fina ($p < .05$). En segundo lugar, se analizó si existían correlaciones significativas entre el tipo de apego y las diversas áreas de desarrollo del IODI. Se

observó una correlación significativa negativa entre el apego preocupado y área de comunicación ($p < .01$). También se encontraron dos correlaciones significativas entre tipos de apego y área de coordinación visomotora cognitiva (CVMC). Por un lado, una correlación significativa negativa entre apego seguro y falta de logro de pautas en esta área de CVMC ($p < .01$), y por último, una correlación significativa positiva entre apego preocupado y falta de logro de pautas en esta área de CVMC ($p < .05$).

Continuando con el tercer objetivo, se analizó si existían diferencias significativas entre tipo de funcionalidad familiar y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. Como resultado se encontró una única diferencia significativa entre área personal social, pautas adelantadas y tipo de cohesión familiar: $F = 3.35$, $p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de personas conectadas y muy conectadas siendo mayor el puntaje en el área personal social pauta adelantada en el grupo con tipo de cohesión familiar conectada.

Luego se analizó si existían diferencias significativas entre tipo de adaptabilidad familiar y las diversas áreas de desarrollo de la PRUNAPE. Como resultado se encontró una única diferencia significativa entre el área de lenguaje, pauta adelantada, y tipo de adaptabilidad familiar: $F = 3.5$, $p = .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de personas muy flexibles y flexibles, siendo mayor el puntaje en el área del lenguaje pauta adelantada en el grupo con tipo de adaptabilidad familiar flexible.

Por último, se analizó si existían diferencias significativas entre tipos de funcionalidad familiar y las diversas áreas de desarrollo del IODI. Se encontraron tres diferencias significativas.

Una de ellas, entre área socioemocional, pautas no logradas y tipo de cohesión familiar: $F = 6.29$, $p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de familias conectadas y separadas siendo mayor el puntaje en el área socioemocional, pautas no logradas en el grupo con tipo de cohesión separada.

Otra diferencia fue entre grupo de familias muy conectadas y conectadas siendo mayor el puntaje obtenido en área socioemocional, pautas no logradas en familias muy conectadas.

La otra diferencia significativa encontrada es entre la misma área, socioemocional, pautas no logradas y tipo de adaptabilidad familiar: $F= 3.30$, $p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de familias muy flexibles y flexibles siendo mayor el puntaje en el área socioemocional, pautas no logradas, en el grupo con tipo de adaptabilidad muy flexible.

En cuanto al cuarto objetivo se evaluó si existían relaciones significativas entre el desarrollo psicomotor de los infantes y características psicosociales maternas.

En primer lugar, se analizó si existían correlaciones significativas entre la edad de la madre y las diversas áreas de desarrollo del IODI y PRUNAPE. No se encontraron correlaciones significativas entre dichas variables.

En segundo lugar, se analizó si existían diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de la madre y las diversas áreas de desarrollo del IODI y PRUNAPE.

En cuanto a la PRUNAPE, se encontró una diferencia significativa en el área del lenguaje, pautas normales $F= p < .05$. Las diferencias significativas se manifestaron entre el grupo de mamás con terciario completo y secundario completo, siendo mayor el puntaje obtenido en el área del lenguaje, pautas normales en los niños/as cuyas madres presentan terciario completo.

Por último en relación al IODI se observó otra diferencia significativa en el área de comunicación, pautas de riesgo $F=8,75$ $p < .05$. La diferencia significativa se manifestó entre el grupo de mamás con primario completo y los otros tres grupos de madres (secundario, terciario y universitario completo), siendo mayor la cantidad de pautas de riesgo en el área de comunicación en el grupo de niños/as cuyas madres presentaban nivel de primario completo.

A partir de estos resultados previamente descriptos y discutidos, se podría decir que ha surgido un cuestionamiento que abre nuevos caminos a investigar.

Como se ha expuesto anteriormente, diferentes y múltiples condicionamientos de carácter biológico, ambiental o cultural, determinan el proceso de desarrollo. Debido a ellos muchos niños no responden a la norma o no alcanzan sus logros en el tiempo esperado. Los métodos tradicionales de evaluación se basan en la "normalidad estadística", utilizando con demasiada frecuencia la media aritmética como punto de

referencia. Esta perspectiva pone más atención en la falta, en el error o en la patología que en las capacidades, los logros y las potencialidades de cada sujeto. Para ello se utilizan test o escalas de desarrollo, pruebas prediseñadas que buscan mostrar si el niño hace o no hace, si sabe o no sabe aquello que se espera de él según su edad cronológica.

Comparar el rendimiento de cada sujeto en términos de producto, con su grupo de referencia (norma) hace perder de vista el proceso, su dinámica y los progresos alcanzados por cada niño, vinculados a su particular historia de vida. Esto contribuye a la formación de un criterio que identifica lo “normal” con la salud y lo que no entra dentro de la norma, con lo “anormal enfermedad”.

A partir de lo antes dicho se plantea como interrogante en la presente investigación si ¿es factible/posible/ ético, medir el desarrollo de los niños?

Resulta válido preguntarse como entran en juego los tiempos de cada niño en las evaluaciones que se realizan de su desarrollo ya que es trascendental comprender que los niños presentan diferencias en su constitución, por lo que pueden requerir de tiempos y modalidades diferentes en sus adquisiciones pero, que todos, sin excepción, tienen sus aspectos saludables.

A su vez resulta fundamental poder llevar a cabo una valoración del desarrollo infantil, no con una finalidad diagnóstica que busque identificar determinada patología o pesquisar sujetos enfermos, sino con el objetivo expreso y concreto de conocer al niño y sus condiciones reales de existencia; focalizando la atención en las potencialidades de los niños, a fin de brindarles la oportunidad que se merecen. Operando en la realidad para transformarla favorablemente, creando las condiciones necesarias para el desarrollo de sus competencias y encontrando en cada uno de ellos, no “el niño que debería ser...” sino, el niño que realmente es.

Por último, se podrían marcar algunas limitaciones en relación a la muestra de la presente investigación. Estuvo conformada por 32 diadas madre-hijo/a que residían en la provincia de Mendoza, Argentina. Por lo tanto, se trata de una muestra homogénea en cuanto al ambiente sociocultural. También se podría pensar que no se tuvieron en cuenta variables socioeconómicas que según lo observado en diversas investigaciones podría influir en cuanto al desarrollo (Lipina, 2016; Osorio, Cortés, Herrera & Orozco, 2017;

Pinto-Dussán, Aguilar-Mejía & Gómez-Rojas, 2010; Santelices, Besoain & Escobar, 2015, Schonhaut, Rojas. & Kaempffer, 2005, Schönhaut, Schonstedt, Álvarez, Salinas, & Armijo, 2010; Vilca & Farkas, 2019), así como tampoco se evaluó la variable de la monoparentalidad.

Finalmente, se trató de una muestra que incluye como cuidadoras principales sólo a mujeres, dejando de lado la posibilidad de generar comparaciones según el género en cuanto al ejercicio de la parentalidad, así como de evaluar las variables del padre que podrían incidir en el desarrollo del niño o niña en el caso de participar de su crianza tal como se ha observado en diferentes investigaciones (Baldoni, 2010; Binda, Figueroa-Leigh, & Olhaberry, 2019; Cortés Moreno & Avilés Flores, 2011; Vásquez Garibay et al., 1995).

En cuanto al cuarto objetivo del presente estudio, sólo se pudieron tener en cuenta dos variables, la edad y el nivel educativo de la madre. Con respecto a las otras variables psicosociales y antecedentes perinatales tales como: internación en neonatología al momento de nacer (si o no); tipo de lactancia (materna exclusiva o no); tipo de trabajo materno (ama de casa o fuera de casa); estado civil (soltera, casada, cónyuge) entre otras. No fue posible establecer diferencias mediante Prueba t de Student debido al tamaño reducido de la muestra, generando dos subgrupos con grandes diferencias en cuanto a la cantidad de sujetos. Para futuras investigaciones, sería conveniente aumentar el número total de sujetos a fines de poder conformar dichos grupos de manera más equitativa.

Para concluir también es necesario resaltar que el tamaño de la muestra, al ser reducido, limita la generalización de los resultados. Por ello los resultados de este estudio deben ser considerados como preliminares y necesitarían ser replicados.

BIBLIOGRAFÍA:

- Adam, E. K.; Gunnar, M. R. & Tanka, A. (2004). Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: mediator and moderator models. *Child Development*, 75 (1), 110-122. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00657.x
- Adshead, G. & Bluglass, K. (2005). Attachment Representations in Mothers with Abnormal Illness Behaviour by Proxy. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 187. 328-33. Doi: 10.1192/bjp.187.4.328.
- Agerup, T.; Lydersen, S.; Wallander, J. & Sund, A. M. (2015). Associations between parental attachment and course of depression between adolescence and young adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, 46 (4), 632-642. Doi: 10.1007/s10578-014-0506-y.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M.; Waters, E. & Wall, S. (1979). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Ajeli Lahiji, L. & Besharat, M A. (2018). Prediction of family function and life quality based on the attachment styles of couples. *Journal of Family Pathology, Counseling and Enrichment* 3 (2), 119-138. Recuperado de: <http://fpcej.ir/article-1-172-en.html>
- Alamo, N.; Krause, M.; Pérez, J. & Aracena, M. (2017) impacto de la salud psicosocial de la madre adolescente en la relación con el niño/a y su desarrollo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(3), 13-18 DOI:10.24205/03276716.2017.1022
- Alchouron, C.; Corin, M.; Di Ciencia, A.; Krupitzky, S.; Schiapira, I.; Oiberman, A.; Schlemenson, S.; Corso, N.; Orazi, V.; Manfredi, L. & Sapoznicof, L. Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación. (2017). *Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI)*. Bs. As: Argentina.
- Alhusen, J. L; Hayat, M. J. & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16 (6), 521-529. Doi: 10.1007/s00737-013-0357-8
- Andraca, I.; Pino, P.; La Parra, A.; Rivera, F. & Castillo, M. (1998). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. *Revista de Saúde Pública*, 32(2), 138-147. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000200006>
- Ansbro, M. (2008). Using attachment theory with offenders. *Probation Journal*, 55 (3), 231-244. doi: 10.1177/0264550508092812
- Antonovsky, A. & Sourani, T., (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79-92.

- Anzieu, D. (1987). *Yo-Piel*. Barcelona, España: Biblioteca Nueva.
- Aponte Rueda, D. R.; Castillo Chávez, P. & González Estrella, J. E. (2017). Prevalencia de adicción a internet y su relación con disfunción familiar en adolescentes. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10 (3), 179-186. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000300179&lng=es&tlng=es.
- Asamblea General de Organización de Naciones Unidas (ONU) (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). *Paris*.
- Asamblea general de Organización de Naciones Unidas (ONU) (1989) *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- Aulagnier, P. (1984). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Badoud, D., Prada, P., Nicastro, R., Germond, C., Luyten, P., Perroud, N. & Debbané, M. (2018). Attachment and reflective functioning in women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32 (1), 17-30. doi: 10.1521/pedi_2017_31_283
- Baldoni, F. (agosto, 2010) Attachment relationships and psychosomatic development of the child in families with a preterm baby. A study in DMM perspective. Trabajo presentado en 2nd Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA), Cambridge, UK.
- Barnes, H. L. & Olson, D. H. (1985). Parents-adolescents communication and the Circumplex Model. *Child Development*, 56, 438-447.
- Barnes, H. L., & Olson, D. H. (1982). Parent adolescent communication scale. En D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson (Eds.) (1989). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (pp. 33-48). St. Paul: Family Social Science Department, University of Minnesota.
- Barnes, M. A. & Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between ortorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obsesity*, 22 (1), 177-184. doi: 10.1007/s40519-016-0280-x
- Barone, L. & Giuducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the adult attachment interview. *Attachment & Human Development*, 11 (4), 405-417. Doi: 10.1080/14616730902814770.
- Barone, L. & Lionetti, F. (2012). Attachment and social competence: a study using MCAST in low-risk Italian preschoolers. *Attachment & Human Development*, 14 (4), 391-403. doi: 10.1080/14616734.2012.691653

- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. & Dantagnana, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Beavers, W. R.; Hampson, R. B. & Hulgus, Y. F. (1985). Commentary: The Beavers Systems approach to family assessment. *Family process*, 24, 398-405.
- Bender, L. (1997). *Test Gestáltico Visomotor. Usos y Aplicaciones Clínicas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Benoit, D. & Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1457.
- Berbesí Fernández, D. Y.; García Jaramillo, M.M.; Segura Cardona, A. M. & Posada Saldarriaga, R. (2013). Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 63-71. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000100006&lng=en&tlng=
- Berman, W. & Sperling, M. (1994). The structure and function of adult attachment. En M. Sperling & W. Berman (Eds.), *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (pp. 3-28). New York: Guilford Press,
- Binda, V., Figueroa-Leigh, F. & Olhaberry, M. (2019). Low quality of mother-child interaction in infants at psychosocial risk is associated with risk of developmental delay. *Revista chilena de pediatría*, 90 (3), 260-266. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.782>
- Bion, W. (1966). *Aprendiendo de la Experiencia*. Bs. As: Paidos.
- Boldt, L. J.; Kochanska, G.; Eun Yoon, J. & Koenig Nordling, J. (2014). Children's attachment to both parents from toddler age to middle childhood: Links to adaptive and maladaptive outcomes. *Attachment & Human Development*, 16 (3), 211-229. doi: 10.1080/14616734.2014.889181
- Bosmans, G.; Poiana, N.; Van Leuwen, K.; Dujardin, A.; De Winter, S.; Finet, C.; Heylen J. & Van de Walle, M. (2016). Attachment and depressive symptoms in middle childhood: The moderating role of skin conductance level variability. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33 (8), 1135-1148. doi: 10.1177/0265407515618278
- Bottinelli, M.; Salgado, P.; Remesar, S.; Nabergoi, M.; Díaz, F. & Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación. (2015). Proceso de validación del IODI. *Informe final del asesoramiento metodológico para la elaboración del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil*. Bs. As: Argentina.

- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3, 355-533.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Brenning, K. M.; Soenens, B.; Braet, C. & Bosmans, G. (2012). Attachment and depressive symptoms in middle childhood and early adolescence: Testing the validity of the emotion regulation model of attachment. *Personal Relationships*, 19 (3), 445-464. doi:10.1111/j.1475-6811.2011.01372.x
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory. Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1), 3-3.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. doi: 10.1037/0012-1649.28.5.759
- Bretherton, I. (1999). Internal working model in attachment relationships: A constructed revisited. En: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Brumariu, L. E. (2015). Parent-child attachment and emotion regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 148, 31-45. doi: 10.1002/cad.20098.
- Brumariu, L. E.; Kerns, K. A.; Seibert, A. (2012). Mother-child attachment, emotion regulation and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships*, 19 (3), 569-585. doi: 10.1111/j.1475-6811.2011.01379.x
- Camps-Pons, S. J. A.; Castillo-Garayoa, I. C. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25 (1), 67-74. doi: 10.1016/S1130-5274(14)70028-3.
- Canterberry, M. & Gillath, O. (2013). Neural evidence for a multifaceted model of attachment security. *International Journal of psychophysiology*, 88 (3), 232-240. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2012.08.013

- Canton, J. & Cortés, M (2003). *El apego del niño a sus cuidadores*. Alianza: España.
- Carreras, M. A.; Brizzio, A.; González, R.; Mele, S.; Casullo, M. M. (2008). Los estilos de apego en los vínculos románticos y no románticos. Estudio comparativo con adolescentes argentinos y españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1 (25), 107-124. Recuperado de: <http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=459645445006>
- Castro, D., Guerrero, J., & Cerro, S. (2013). Funcionalidad familiar en niños con dificultades en el aprendizaje escolar en dos instituciones educativas públicas del municipio de sincelejo. *Revisalud Unisucre*, 1 (1). doi:10.24188/23394072.v1.n1.2013.71
- Casullo, M. & Fernandez, M. (2005). *Los estilos de apego. Teoría y Medición*. Buenos Aires: JVE Ediciones
- Ceballos G. A.; Vásquez-Garibay E.; Nápoles R. F.; Sánchez T.E. (2005). Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al estado nutricional de preescolares en guarderías del sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Jalisco. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62, 104-16.
- Chiu, W. C.; Liao, H.F.; Chang, P.J.; Chen, P.C. & Chen, Y.C. (2011). Duration of breast feeding and risk of developmental delay in Taiwanese children: a nationwide birth cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25, 519–527.
- Chokler, M. (2005). *Los organizadores del desarrollo psicomotor*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cinco.
- Collins, N.; Guichard, A.; Ford, M. & Feeney B. (2004). Working models of attachment. New developments and emerging themes. En W. Rholes & J. Simpson (Eds.), *Adult Attachment. Theory, Research and Clinical Implications* (pp. 196-239). New York: The Guilford Press
- Condon, J.; Corkindale, C.; Boyce, P. & Gamble E. (2013). A longitudinal study of father-to-infant attachment: Antecedents and correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31 (1), 15-30. doi: 10.1080/02646838.2012.757694
- Cortés Moreno, A. & Avilés Flores, A. (2011). Factores demográficos, crianza e historia de salud: vinculación con la nutrición y el desarrollo infantil. *Universitas Psychologica*, 10. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377012>
- Cruz-Salmerón; V. H., Martínez-Martínez, M. L., Garibay-López, L. & Camacho-Carlderón, N. (2011). Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres. *Atención primaria*, 43 (2), 55-112. doi: 10.1016/j.aprim.2010.04.009

- Dee, D. L.; Li, R.; Lee, L-C. & Grummer-Strawn, L. M. (2007). Associations between breastfeeding practices and young children's language and motor skill development. *Pediatrics*, *119* (1). <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2089N>
- Doinita, N. E. (2015). Adult attachment, self-esteem and emotional intelligence. *Procedia, Social and Behavioral Sciences*, *187* (13), 570-574. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.106
- Dozier, M.; Stovall-McClough, K. C. & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 718-744). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Drake, K. L. & Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment and preventions of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15* (2), 144-162. doi: 10.1007/s10567-011-0109-0
- Drake, K.; Belsky, J. & Fearon, R. M. P. (2014). From early attachment to engagement with learning in school: The role of self-regulation and persistence. *Developmental Psychology*, *50* (5), 1350-1361. doi:10.1037/a0032779
- Dubois-Comtois, K.; Moss, E.; Cyr, C. & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41* (8), 1311-1324. doi: 10.1007/s10802-013-9764-6.
- Duijster, D., Verrips, G. H. & Van Loyeren, C. (2014). The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *42* (3), 193-205. doi: 10.1111/cdoe.12079
- Eggert, J.; Levendosky, A. A. & Klump, K. L. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, *40* (2), 149-155, doi: 10.1002/eat.20351
- Epstein N. B.; Bishop, D. S. & Baldwin, L. M. (1993). McMaster model of family functioning: a review of the normal family. En F. Walsh (Ed.). *Normal family processes*. New York: The Guilford Press.
- Fernández Ruiz, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circunplejo. *Ciencias Psicológicas*, *9*, 153-162. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000200005
- Fine, M.; Moreland, I. & Schwebel, A. (1983). Long-Term Effects of Divorce on Parent-Child Relationships. *Developmental Psychology*, *19* (5), 703-713

- Fonagy, P. (1999). Psychoanalysis and attachment theory. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 595-624). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P.; Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Leigh, T.; Kennedy, R. & Mattoon, G., (1995). Attachment, the reflective self and borderline states. En S. Goldberg, R., Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. New York: Analytic Press
- Forero, I., Siabato, E. & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (1), 431-442. doi: 10.11600/1692715x.1512729042016.
- Fournier, B., Brassard, A. & Shaver, P. R. (2011). Adult attachment and male aggression in couple relationships: The demand-withdraw communication pattern and relationship satisfaction as mediators. *Journal of Interpersonal Violence*, 26 (10), 1982- 2003. doi: 10.1177/0886260510372930
- Gallegos Guijarro, J., Ruvalcaba Romero, N. A., Castillo López, J. & Ayala Díaz, P. C. (2016). Funcionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. *Servicio de Psicología Aplicada*, 13 (2), 69-78. doi: 10.5944/ap.13.2.17810.
- García, A. (2007). Observación, seguimiento y valoración del desarrollo infantil. Análisis y reflexiones sobre la Escala de desarrollo del Instituto Pikler Lóczy. *Revista Aula de Infantil*, 53.
- García-Méndez, M.; Rivera-Aragón, S.; Reyes-Lagunes, I. & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 22 (2), 91-110
- Garibay Ramirez, J. L., Jimenez Garces, C., Vieyra Reyes, P., Hernandez Gonzalez, M. M. & Villalon Lopez, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Revista de Medicina e Investigación*, 2 (2), 73-188. doi: 10.1016/S2214-3106(15)30006-6
- Garrido, L.; Guzmán, M.; Santelices, M. P; Vitriol, V. & Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia Psicológica*, 33 (3), 285-295. doi: 10.4067/S0718-48082015000300011
- Garrido, L.; Santelices, M. P.; Pierrehumbert, B. & Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en adultos: CAMIR. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (1), 81-98. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/805/80511492006/>

- Garrido, L.; Santelices, M. P.; Pierrehumbert, B.; Armijo, I.; Guzman M.; Fuentes, M. & Lizano, M. (2013). Cuestionario de evaluación de apego en adultos: CAMIR (*Cartes, Modeles individuels de Relation*): Normas para aplicar, tabular e interpretar. Chile: Universidad Católica del Maule.
- George, C.; Caplan, N. & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Gómez Bengoechea, B. & Berástegui Pedro Viejo, A. (2009). El derecho del niño a vivir en familia. *Miscelánea comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 67 (130), 175-198. Recuperado de: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/article/view/894>
- González Rico J. L.; Vásquez Garibay E. M.; Cabrera Pivaral C.E.; González Pérez G. J. & Troyo Sanromán R. (2012). The family dysfunction as a risk factor of obesity in Mexican school children. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 50 (2):127-34. Recuperado de: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1213
- González Serrano, F.; Castro, C.; Lasa, A.; Hernanz, M.; Tapia, X.; Torres, M. & Ibañez, B. (2012). Las representaciones de apego y el estrés en las madres de niños nacidos pretérmino de muy bajo peso a los 2 años. *Anales de Pediatría*, 76 (6), 329-335. doi: 10.1016/j.anpedi.2012.01.003
- González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 141-158. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4657533>
- González, R.; Ysern, L.; Martorell, C.; Matéu, C.; Barreto, P. (2010). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645441002>
- González-Rico, J. L.; Vásquez-Garibay, E.; Sánchez-Talamantes, E.; Nápoles-Rodríguez F. (2007). Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a la UMF No. 39 del IMSS. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64, 143-52.
- Gorall, D.M., Tiesel, J., & Olson, D.H. (2004). FACES IV Development and Validation. Minneapolis: Life Innovation. En D. Gorall; J. Tiesel & D.H. Olson (Eds.). *Family inventories packaged* (pp.50-86). Minneapolis: Life Innovation
- Gorrita Pérez, R. R., Ortiz Reyes, D. & Alfonso Hernández, L. (2016). Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*, 88 (1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000100006&lng=es&tlng=pt.

- Griffa, M. C. & Moreno, E. (2012). *Claves para una Psicología del Desarrollo. Vida Prenatal. Etapas de la Niñez, 1*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Griffin, D. W. & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: fundamental dimension underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 430-445.
- Grimalt L. & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, *83* (3), 239-246. doi: 10.4067/S0370-41062012000300005
- Guarnieri, S.; Smorti, M. & Tani, F. (2015). Attachment relationships and life satisfaction during emerging adulthood. *Social Indicators Research*, *121* (3), 833-847. doi: 10.1007/s11205-014-0655-1
- Guzmán, M. & Contreras, P. (2012). Attachment styles in couples and their association with marital satisfaction. *Psykhé*, *21*, 69-82. doi: 10.4067/S0718-22282012000100005
- Harnic, D.; Pompili, M.; Innamorati, M.; Erbutto, D.; Lamis, D. A.; Bria, P.; Girardi, P. & Janiri, L. (2014). Affective temperament and attachment in adulthood in patients with bipolar disorder and cyclothymia. *Comprehensive Psychiatry*, *55* (4), 999-1006. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.006
- Hay, D.; Pawlby, S.; Angold, A.; Harold, G. & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental psychology*, *39*, 1083-94. Doi: 10.1037/0012-1649.39.6.1083
- Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511-524
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado & Lucio C. B. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° Ed.). México D.F.: Mc Graw –Hill Interamericana Editores.
- Herrera Álvarez, A. M. & Huairé Inacio, E. J. (2015). Funcionamiento familiar y práctica de valores morales para la convivencia en el aula en niños de tres años. *Horizonte de la Ciencia*, *9* (5), 134-141. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5420544>
- Hicks, A. M. & Diamons, L. M (2011). Don't go to bed angry: Attachment, conflict, and affective and physiological reactivity. *Personal Relationships*, *18* (2), 266-284. doi: 10.1111/j.1475-6811.2011.01355.x
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Isaza Valencia, L. & Henao López, G. (2010) El desempeño en habilidades sociales en niños, de dos y tres años de edad, y su relación con los estilos de interacción parental. *Electronic*

Journal of Research in Educational Psychology, 8 (3), 1051-1076. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000007>

- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico de los niños*. Argentina: Noveduc.
- Keating, L.; Tasca, G. A. & Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14 (3), 366-373. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.06.013
- Kochanska, G. & Kim, S. (2013). Early attachment organization with both parents and future behavior problems: from infancy to middle childhood. *Child Development*, 84 (1), 283-296. doi:10.1111/j.1467-8624.2012.01852.x
- Kohlhoff, J. & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Human Development*, 89 (4), 249-256. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008
- Kokkinos, C. M. (2013). Bullying and victimization in early adolescence: Associations with attachment style and perceived parenting. *Journal of School Violence*, 12 (2), 174-192. doi: 10.1080/15388220.2013.766134
- Kuipers, G. S.; Van Loenhout, Z.; Van de Ark, A. & Bekker, M. H. J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment and Human Development*, 18 (3), 250-272. doi: 10.1080/14616734.2015.1136660
- Labin, A.; Martínez, M. & Taborda, A. (2018). *Adaptación Argentina del CAMIR*. En prensa.
- Lawson, D. M. & Brossart, D. F. (2009). Attachment, interpersonal problems, and treatment outcome in group therapy for intimate partner violence. *Psychology of Men & Masculinity*, 10 (4), 288-301. doi: 10.1037/a0017043
- Lecompte, V.; Moss, E.; Cyr, C. & Pascuzzo, K. (2014). Preschool attachment, self-esteem and the development of preadolescent anxiety and depressive symptoms. *Attachment and Human Development*, 16 (3), 242-260. doi: 10.1080/14616734.2013.873816
- Lefkovics, E., Baii, I. & Rigó, J. (2014). Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35 (4), 354-365. doi: 10.1002/imhj.21450
- Leibovich de Figueroa, N.; Schmidt, V. I.; Molina, M. F.; Maglio, A. L.; Minichiello, C. & Barreyro, J. P. (2010). *Ecoevaluación psicológica del contexto familiar: aspectos teóricos y empíricos: Adaptación argentina de escala Faces III*. Buenos Aires: Guadalupe
- Lejarraga H., Kelmansky D., Pascucci M. C. & Salamanco G. (2006) *Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE*. Buenos Aires: Ediciones de la Fundación Hospital de Pediatría Garrahan.

- Leventakou, V.; Roumeliotaki, T.; Koutra, K.; Vassilaki, M.; Mantzouranis, E.; Bitsios, P.; Kogevinas, M. & Chatzi. (2013). Breastfeeding duration and cognitive, language and motor development at 18 months of age: Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *J Epidemiol Community Health* 69 (3), 232-9. doi: 10.1136/jech-2013-202500.
- Ley N° 26.061. Ley de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina, 21 de octubre del 2005.
- Linder-Pelz, S.; Levy, S.; Tamir, A.; Spenser, T. & Epstein, L. M. (1984). A measure of family functioning for health care practice and research in Israel. *Journal of Comparative Family Studies*, 15, 211-230.
- Lipina, S. (2016). *Pobre Cerebro*. Bs As: Siglo XXI Editores
- Loinaz, I.; Echeburúa, E. & Ullate, M. (2012). Estilo de apego, empatía y autoestima en agresor. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 61-70. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art06.pdf>
- Lorente, A., & Martínez, P. (2003). *Evaluación Psicológica y psicopatológica de la familia*. Madrid, España: Rialp S.A.
- Lowell, A.; Renk, K. & Havill Adgate, A. (2014). The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abuse & Neglect*, 38 (9), 1436-1449. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.006
- Madigan, S.; Moran, G. & Pederson, D. R. (2006). Unresolved states of mind, disorganized attachment relationships, and disrupted interactions of adolescent mothers and their infants. *Developmental Psychology*, 42 (2), 293–304. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.293
- Main, M. (1997). The organized categories of infant, child and adult attachment: flexible and inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1127.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52 (3), 932-940. doi:10.2307/1129097
- Martínez Álvarez, J. L.; Fuertes Martín, A.; Orgaz Baz, B.; Vicario Molina, I. & González Ortega, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de

- jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de psicología*, 30 (1), 211-220. doi: 10.6018/analesps.30
- Martínez, C. & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psykhé*, 14 (1), 181-191. Doi: 10.4067/S0718-2228200500010001
- Matejevis, M., Jovanovic, D. & Lazarevic V. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 128 (22), 281-287. doi:10.1016/j.sbspro.2014.03.157
- Mauricio, A. M. & Lopez, F. G. (2009). A latent classification of male batterers. *Violence and Victims*, 24 (4), 419-438. doi: 10.1891/0886-6708.24.4.419
- Mijkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Bader, M. & Halfon, O. (2005). Assessing attachment cognitions and their associations with depression in youth with eating and drug misuse disorders. *Substance Use and Misuse*, 40, 605-623.
- Miller, I. W.; Ryan, C. E.; Keitner, G. I.; Bishop, D. S. & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-190.
- Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Cuidando al bebé. Guía para el Equipo de Salud y Guía para la familia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Desarrollo Infantil. Primer año de vida. II.2*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Bs. As. Programa Materno Infantil (2003): *Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación,
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1993). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós
- Montalvo, J. (2000). *Los efectos del uso de la retroalimentación estructural familiar en varias etapas del ciclo vital*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Iberoamericana, México.
- Montalvo, J., Cedillo, N. M., Hernández, M. G. & Espinosa, M. R. (2010). Efectos de la terapia breve estructural y del equilibrio energético en niños en edad escolar con déficit de atención: reporte preliminar. *Revista Alternativas en Psicología*, 15 (23), 14-22.
- Montalvo, J., Sandler, E., Amarante, M. P. & Del Valle, G. (2005). Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente Identificado. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8 (5), 88-106. URL disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num1/art5-n1-05.pdf>

- Montalvo, J., Soria, R. & González, M. (2004), Análisis sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 6 (2), 3-12.
- Montalvo, R. J. (1999). *Efectos del uso de la Retroalimentación Estructural Familiar en varias etapas del ciclo vital*. México: ENEP Iztacala, UNAM.
- Moos, R. & Moos, B. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. H. & Moos, B. (1984). *Family Environment Scales Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Mora Antó, A. & Rojas Martínez, A. L. (2005). Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3 (1), 181-212. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2005000100008&lng=en&tlng=pt
- Morici S. & Agranatti M. (2010). El pediatra frente al vínculo temprano. En Boggiano, E. ; Andrade, M.; Marotta, C.; Mouesca, J. P.; Cominte Nacional de Pediatría General Ambulatoria, Sociedad Argentina de Pediatría (Eds.), *Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas, y adolescentes* (22). Buenos Aires: FUNDASAP
- Moutsiana, C.; Fearon, P.; Murray, L.; Cooper, P.; Goodyer, I.; Johnstone, T. & Halligan, S. (2014). Making an effort to feel positive: Insecure attachment in infancy predicts the neural underpinnings of emotion regulation in adulthood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (9), 999-1008. doi: 10.1111/jcpp.12198
- Münch, A. L.; Hunger, C. y Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 36 (4). doi: 10.1186/s40359-016-0141-4
- Murphy, C. M. & Maiuro, R. D. (2009). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence*. New York: Springer Publishing Company.
- Ninoska, M. E. (2015). *Asociación entre funcionalidad familiar y depresión en escolares adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo*. (Tesis de Posgrado inédita). Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Núñez F. L.; Sanz, B. J. & Mejía, G. (2015). Caries dental y desarrollo infantil temprano: Estudio piloto. *Revista chilena de pediatría*, 86(1), 38-42. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.007>

- O' Connor, E. E.; Collins, B. A. & Supplee, L. (2012). Behavior problems in late childhood: the roles of early maternal attachment and teacher-child relationship trajectories. *Attachment & Human Development*, 14 (3), 265-288. doi: 10.1080/14616734.2012.672280
- Olson D. H. (2000). Circumplex Model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144-167.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex model VII: validation studies and FACES III. *Family Process Journal*, 25, 337-351.
- Olson, D. H. (1994). Curvilinearity Survives: The World Is Not Flat, *Family Process Journal*, 33, 471-478.
- Olson, D. H., Russell, C. y Sprenkle, D. H. (1989). Circumplex Model of Marital and Family Systems II: Empirical studies and clinical intervention. *Advances in family intervention, assessment and theory*, 1, 129-176.
- Olson, D. H.; Portner, J. & Lavee, Y. (1985). *FACES III: Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales*, Family Social Science. Minnesota: University of Minnesota.
- Ortiz, D. (2008). *La terapia Familiar Sistémica*. Quito: Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana.
- Osorio, T. M.; Cortés, N.; Herrera, E. V & Orozco, L. A. (2017). Pautas de crianza y desarrollo psicomotor: una investigación en la primera infancia. *Infancias Imágenes*, 16 (2), 242-256.
- Paetzold, R. L.; Rholes, W. S. & Kohn, J. L. (2015). Disorganized attachment in adulthood: Theory, measurement, and implications for romantic relationships. *Review of General Psychology*, 19 (2), 146-156. doi: 10.1037/gpr0000042
- Páez, D.; Fernández, I.; Campos, M.; Zubieta, E. & Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés* 12 (2-3). 319-341.
- Palomar, J. (1998). Funcionamiento familiar y calidad de vida. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Pantoja Ludueña, M. (2015). Los primeros 1000 días de la vida. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 54 (2), 60-61.
- Páramo, M. A. (2012). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.

- Pascuzzo, K.; Cyr, C. & Moss, E. (2012). Longitudinal association between adolescent attachment, adult romantic attachment, and emotion regulation strategies. *Attachment & Human Development, 15* (1), 83-103. doi:10.1080/14616734.2013.745713
- Paternina Gonzalez, D. H. & Pereira Peñate, M. M. (2017). Funcionalidad familiar en escolares con comportamientos de riesgo psicosocial en una institución educativa de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte, 33* (3), 429-437. doi: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.33.3.10932>
- Pezúa Vásquez, M. C. S. (2012). Clima social familiar y su relación con la madurez social del niño (a) de 6 a 9 años. *Revista IIPSI Facultad De Psicología Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 16* (2), 157 – 179.
- Pierrehumbert, B.; Karmaniola, A.; Sieye, A.; Meister, A.; Miljkovitch, R. & Halfon, O. (1996). Les modeles de relations: Developpment d' un autoquestionnaire d' attachment pour adultes, CaMir. *Psyquiatrie de L'enfant, 39* (1), 161-206. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000183&pid=S1657-8961201300010000100028&lng=en.
- Pietromonaco, P. & Feldman, L. (2000). The internal working models concept: what do we really now about the self in relation to others? *Review of General Psychology, 4*, 155-175
- Pikler, E. (1985). *Moverse en libertad*. Madrid, España: Narcea.
- Pinedo Palacios, J. R. & Santelices Álvarez, M. P. (2006). Apego adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente. *Terapia Psicológica, 24* (2), 201-209. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524210>
- Pinto Dussán, M. C.; Aguilar Mejía, O. M. & Gómez Rojas, J. D. (2010). Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognoscitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana. *Universitas Psychologica, 9* (3), 749-759.
- Pless, I. B. & Satterwhite, B. B. (1973). A measure of family functioning and its applications. *Social Science and Medicine, 7*, 613-621.
- Podestá, L.; Alarcón, A. M.; Muñoz, S.; Legüe, M.; Bustos, L. & Barría, M. (2013). Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia-Chile. *Revista médica de Chile, 141* (4), 464-470. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400007>
- Pottharst, K. (1990). *Explorations in adult attachment*. New York: Peter Lang

- Prades Causera, I. & Romero Peris, M. (2015). Tras las huellas borderline: Rastreado el apego de personas con trastorno límite de personalidad. *Redes*, 32, 59-70. Recuperado de: <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/28/108>
- Quezada, V. & Santelices, M. P. (2009) Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 53-61.
- Real Academia Española (2019). Circumplejo. En *Diccionario de la lengua española* (23º ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=circunflejo>
- Reyna, J. M., Salcido Espinosa, M. R. & Pérez Arredondo, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 17 (28), 73-91. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100007&lng=pt&tlng=es.
- Riggs, S. A. & Han, G. (2009). Predictors of anxiety and depression in emerging adulthood. *Journal of adult development*, 16 (1), 39-52. doi: 10.1007/s10804-009-9051-5
- Ringer, F. & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15 (2), 119-130, doi: 10.1002/erv.761
- Rispoli, K. M.; McGoey, K. E.; Koziol, N. A. & Schreiber, J. B. (2013). The relation of parenting, child temperament, and attachment security in early childhood to social competence at school entry. *Journal of School Psychology*, 51 (5), 643-658. doi: 10.1016/j.jsp.2013.05.007
- Rivera, C.; Barón, J.; García, B.; Cogollo E.; Miranda, M.; Yáñez, M.; Martínez Bustos P. (2016) Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. *Revista Encuentros*, 14 (01), 151 – 165.
- Rivera, D.; Cruz, C.; & Muñoz, C. (2011). Satisfacción en las relaciones de pareja en la adultez emergente: El rol del apego, la intimidad y la depresión. *Terapia psicológica*, 29 (1), 77-83. doi: 10.4067/S0718-48082011000100008
- Robaina Suárez, G. & Rodríguez, V. (2000). Comportamiento del desarrollo sicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 540-544. Recuperado en 16 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600003&lng=es&tlng=pt.
- Ruiz Balvin, M. (2015). Funcionalidad familiar y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Temática Psicológica: Revista especializada de los Programas Académicos de Doctorad y Maestría en Psicología*, 11 (1), 53-63. Recuperado de: <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/tematicapsicologica/article/view/817>

- Samaniego, V.C. (2015). Factores asociados a la Salud Mental Infantil: Diferencias entre padres y madres en sus interacciones con los niños. Memorias de las XXII Jornadas de Investigación en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://jimemorias.psi.uba.ar>
- Sandoval-Montes, I.; Romero-Velarde, E.; Vasquez-Garibay, E.; González-Rico, J.; Martínez-Ramírez, H.; Sánchez-Talamantes, E. & Troyo-Sanromán, R. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48, 485-90.
- Santelices Álvarez, M. P.; Guzmán González, M. & Garrido Rojas, L. (2011). Apego y Psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (1), 49-55. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807004>
- Santelices, M.; Besoain, C. & Escobar, M. (2015). Monoparentalidad, trabajo materno y desarrollo psicomotor infantil: un estudio chileno en niños que asisten a salas cuna en contexto de pobreza. *Universitas Psychologica*, 14 (2), 675-684. doi. 10.11144/Javeriana.upsy14-1.mtmd
- Schmidt, V. I. (2000). El uso de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar, 3ª versión (FACES III) en Familias de Drogadependientes. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 8 (1), 616-627
- Schmidt, V. I. (2002). *Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3ª versión (FACES III) y su uso en nuestro medio*. Bs As: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología, U.B.A.
- Schmidt, V. I.; Messoulam, N.; Molina, M. F. & Abal, F. (2008). Hacia una versión argentina de una Escala de Comunicación Padres-Adolescente. *Revista Interamericana de Psicología*, 42 (2), 41-48.
- Schmidt, V. I.; Messoulam, N.; Molina, M. F. & Abal, F. (2006). Abuso de alcohol en adolescentes: factores familiares y disposicionales disparadores del abuso. Consideraciones acerca del género. *Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires 2006. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 1 (1), 9-29. Buenos Aires, Departamento de publicaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Schmidt, V.; Barreyro, J. P. & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3 (2), 30-36. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271019811003>
- Schonhaut, L.; Rojas, P. & Kaempffer, A. M. (2005). Risk factors associated with developmental delay in pre-school children from a low income urban/rural community of Santiago,

- Chile. *Revista chilena de pediatría*, 76 (6), 589-598. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062005000600006>
- Schönhaut, L.; Schonstedt, M.; Álvarez, J.; Salinas, P. & Armijo, I. (2010). Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. *Revista chilena de pediatría*, 81 (2), 123-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000200004>
- Schönhaut, L.; Pérez, M. & Muñoz S. (2015). Asociación entre morbilidad neonatal, edad gestacional y déficit de desarrollo psicomotor en prematuros moderados y tardíos. *Revista Chilena de Pediatría*, 86 (6), 415-425. doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.08.001..
- Schönhaut, L.; Pérez, M.; Schonstedt, M.; Armijo, I.; Delgado, I.; Cordero, M. & Álvarez, J. (2012). Prematuros moderados y tardíos, un grupo de riesgo de menor desarrollo cognitivo en los primeros años de vida. *Revista chilena de pediatría*, 83 (4), 359-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000400006>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Serrano Manzano, B. F. & Rodríguez Figueroa, M. P. (2016). Funcionalidad de la familia y su incidencia en el rendimiento académico en adolescentes. *Didáctica y Educación*, 7 (1), 235-256. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6568049>
- Shaver, P. & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4, 133-161.
- Siegel, D. J. (2007). *La mente en desarrollo*. Bilbao: Desclée de Broower
- Simpson, J. & Rholes, S. (2002). Fearful-avoidance, disorganization, and multiple working models: some directions for future theory and research. *Attachment & Human Development*, 4, 223-229
- Skinner, H. A.; Steinhauer, P. D. & Santa-Barbara, J. (1983). The family assessment measure. *The Canadian Journal of Community Mental Health*, 2, 91-105.
- Smilkstein G. (1978) The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6 (6), 1231-1239.
- Spitz, R. (1945). *Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. *Psychoanalytic Study of the Child* 1. New York: International Universities Press
- Spitz, R. (1974). *El primer año de vida del niño*. Madrid, España: Aguilar.
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and infants: Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development*, 67, 541-555.

- Suejung, H. & Jeffrey, H. K. (2017). Attachment, emotion regulation difficulties and disordered eating among college women and men. *The Counseling Psychologist*, 45 (8). doi: 10.1177/0011000017744884
- Szanto Feder, A. (2011). *Una mirada adulta sobre el niño en acción. El sentido del movimiento en la protoinfancia*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cinco.
- Taborda-Restrepo P. A.; Pérez-Cano, M. E. (2011). Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del programa departamental de complementación alimentaria de Antioquia. *Revista CES Médicos*, 25(1):6-19
- Thomas, V. & Olson, D. H. (1993). Problem families and the Circumplex Model: Observational assessment using the Clinical Rating Scale. *Journal of Marital & Family Therapy*, 19, 159-175.
- Thorell, L. B.; Rydell, A. M. & Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14 (5), 517-532. doi:10.1080/14616734.2012.706396
- Troisi, A.; Di Lorenzo, G.; Alcini, S.; Croce Nanni, R.; Di Pasquale, C. & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68 (3), 449-453, doi: 10.1097/01.psy.0000204923.09390.5b
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Argentina: Amorrortu
- UNICEF & Ministerio de Desarrollo Social y Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2012). *Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina. Relevamiento nacional y propuestas para la promoción y el fortalecimiento del derecho a la convivencia familiar y comunitaria*. Bs. As., Argentina: UNICEF. Recuperado de www.unicef.org
- UNICEF & Ministerio de Desarrollo Social y Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2014). *Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina. Relevamiento nacional – actualización 2014*. Bs. As., Argentina: UNICEF. Recuperado de www.unicef.org
- UNICEF (2002). Sesión especial de la Asamblea General de la ONU: “Un Mundo Apropiado para los Niños y las Niñas”. Nueva York, Estados Unidos: UNICEF. Recuperado de www.unicef.org
- UNICEF (2005) *Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas Practicas. Sistematización de experiencias, debate y conclusiones*. Buenos Aires: UNICEF. Recuperado de www.unicef.org

- UNICEF; Ministerio de Salud y Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición & Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (Dirección Nacional de CEN-CINAI) (2011). *Guía para la elaboración de planes de estimulación para la promoción del desarrollo infantil de niños y niñas de 1 a 6 años y 11 meses*. Costa Rica: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recuperado de www.unicef.org
- Valencia, L. I. & Henao López, G. C. (2012). Influencia del clima sociofamiliar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas. *Persona*, 15, 253-271. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147125259015>
- Van Ijzendoorn, M. (1995). Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117, 387-403. Doi:10.1037/0033-2909.117.3.387.
- Vargas-Rubilar, J. & Arán-Filippetti, V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 171-186.
- Vásquez Garibay E. M.; Ávila Alonso E.; Contreras Ramos T.; Cuellar Espinoza L.; Romero Velarde E. (2007). Factores de riesgo asociados al estado nutricional en lactantes que son atendidos en guarderías de Guadalajara. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64, 18-28.
- Vásquez Garibay E.; Vallarta C.G.; Sánchez T. E.; Nápoles R. F. & Romero, V. E. (1995) Disfunción de dinámica familiar como factor asociado a desnutrición primaria grave. *Boletín Médico del Hospital Infantil México*, 52, 698-705
- Vilca, D. & Farkas, C. (2019). Lenguaje y Uso de Etiquetas Emocionales: Su Relación con el Desarrollo Socioemocional en Niños de 30 meses que Asisten a Jardín Infantil. *Psykhé*, 28 (2), 15-25.
- Vivanco Celi S. (2016). Desarrollo psicomotriz y funcionalidad familiar en preescolares de la zona 7. *Revista Portales Médicos*. Recuperado de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica>
- Vreeswijk, C. M. J. M; Maas, A. J. B. M; Rijk, C. H. A. M. Van Bakel, H. J. A. (2014). Fathers' experiences during pregnancy: Paternal prenatal attachment and representations of the fetus. *Psychology of Men & Masculinity*, 15 (2), 129-137. doi: 10.1037/a0033070
- Ward, M. J.; Lee, S. S. & Polan, H. J. (2006). Attachment and psychopathology in a community sample. *Attachment & Human Development*, 8 (4), 327-340. doi:10.1080/14616730601048241
- Waters, E.; Merrick, S.; Albersheim, L.; Treboux, D. & Crowell, J. (1995). From the strange situation to the Adult Attachment Interview: A 20-year longitudinal study of attachment

security in infancy and early adulthood. Paper presented at the Society for Research in Child Development, Indianapolis

- Weisstaub, G.; Schonhaut, L. & Salazar, G. (2017). Lactancia materna, desarrollo motor y obesidad, ¿Existe asociación causal? *Revista chilena de pediatría*, 88 (4), 451-457. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000400002>
- West, K. K.; Mathews, B. L. & Kerns, K. A. (2013). Mother-child attachment and cognitive performance in middle childhood: An examination of mediating mechanisms. *Early childhood research quarterly*, 28 (2), 259-270. doi: 10.1016/j.ecresq.2012.07.005
- West, M. & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment & Human Development*, 4 (3), 278-293. doi: 10.1080/14616730210167258
- West, M. & Sheldon-Keller, A. (1999). *El apego adulto. Patrones relacionales y psicoterapia*. Valencia: Promolibro.
- Winnicott, D. (1996). La integración del yo en el desarrollo del niño. En D. Winnicott (Ed.). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 5-19). Buenos Aires: Paidós Iberica.
- Winnicott, D. W. (1975). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, España: Laia.
- Zegarra Valdivia, J. & Soto Añari, M. (2017). Clima familiar y apego en pacientes con trastorno límite de personalidad. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo social*, 3 (2), 67-76. Recuperado de: <http://revAistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/73>
- Zimmermann, P. & Iwanski, A. (2015). Attachment in middle childhood: associations with information processing. *New directions for child and adolescent development*, 148, 47-61. doi: 10.1002/cad.20099

APÉNDICE

Modelo de Consentimiento Informado

En la provincia de _____, a los días _____ del mes _____ del año _____, en plena posesión de mis capacidades, libre y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación cuyo objetivo es analizar el desarrollo psicomotor de niños/as de 1 a 2 años de edad, y estudiar su relación con aspectos vinculares como apego y funcionamiento familiar, a través de test psicológicos.

Esta investigación titulada “Desarrollo Psicomotor en infancias tempranas”, está siendo llevada a cabo por Jimena Lechuga, DNI: 39.377.431, en el marco de su tesis de grado en la Licenciatura en Psicología de la Universidad del Aconcagua. La misma se encuentra siendo dirigida por la Dra. Mariana Torrecilla (Universidad Católica Argentina - CONICET).

En cuanto a los test, se me especificó que mi participación consta en completar dos cuestionarios, uno con verdaderos y falsos, con duración estimada de 30 minutos aproximadamente, y otro con 20 Ítems en los que debo responder colocando una cruz en la opción que considere verdadera, con duración estimada de 15 minutos. Se me ha informado que tengo derecho a decidir no participar, como también que puedo dejar de participar cuando lo considere oportuno, en cualquier momento.

Tras ello, se me informó que se administrará escalas de desarrollo psicomotor a mi hijo/a, en una oportunidad, observando y realizando diversos juegos en mi presencia. Consta en observar al niño/a en estado vigilia, registrando sus comportamientos en relación a ciertos objetos que se le presentan o actividades que se realizan con los mismos (mamadera, tela, cintas, cubos, entre otros).

En cuanto a los resultados, se me ha garantizado la confidencialidad de los datos que se obtengan, los cuales sólo serán usados con fines científicos, respetando mi identidad, ya que no serán individualizados por mis datos personales sino por medio de un código específico. A su vez, me informaron que podré obtener una breve devolución de los resultados si así lo deseo.

Ante cualquier duda, se me ha informado que puedo comunicarme con la tesista Jimena Lechuga a su teléfono personal: 2613130003 o a su correo electrónico: jlechuga@hotmail.com.ar

Firma

Aclaración

DNI

CUESTIONARIO AD HOC SOBRE NIÑO/A

Datos de referencia:

Nombre y apellido:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Sujeto N°:

Datos del embarazo. Marcar con una cruz según corresponda:

Controles prenatales: *Si*__ *No*__ *Sólo algunos* _____

Consumo de sustancias: *Si*__ *No*__ *Se desconoce:*__

Duración del periodo de gestación: *A término*__ *Prematuro*__ *Semanas:* __

Parto: *Cesárea*__ *Vaginal*__

Datos sobre la salud al momento de nacer. Marcar con una cruz y especificar según corresponda:

Peso:_____ Talla:_____ Apgar:_____

OEA:_____

Condiciones médicas especiales: *Si*__ *No*__

*¿Cuál/es?:*_____.

Recibió tratamiento y/o intervención médica: *Si*__ *No*__

*¿Cuál/es?*_____.

Internación en Neonatología: *Si*__ *No*__. *Tiempo de*

*internación:*_____.

Otras

*observaciones:*_____

—.

Datos sobre la salud durante los meses/ años previos a la evaluación. Marcar con una cruz y especificar según corresponda:

Problemas de salud: Si__ No__
 ¿Cuál/es?_____.

Requiere tratamiento médico: Si__ No__ ¿Cuál/es?
 _____.

Otras observaciones:
 _____.

Evaluación y Seguimiento del Desarrollo Psicomotor.

Fecha de Evaluación Inicial: ___/___/___.

Asiste a Jardín Maternal: Si__ No__

Presenta enfermedad diagnosticada: Si__ No__
 ¿Cuál/es?_____.

Requiere tratamiento médico: Si__ No__ ¿Cuál/es?
 _____.

Observaciones: _____

Fecha de Seguimiento (2da evaluación): ___/___/___.

Asiste a Jardín Maternal: Si__ No__

Observaciones: _____

Fecha de Seguimiento (3ra evaluación): ___/___/___.

Asiste a Jardín Maternal: Si__ No__

Observaciones: _____

CUESTIONARIO AD HOC FAMILIA DE ORIGEN

Datos de contacto:

Domicilio:

Teléfono:

Cuidador Principal del niño/a:

Nombre:

Edad:

Nivel Educativo:

Ocupación:

Estado Civil:

Tipología familiar:

Grupo Familiar de Convivencia:

Otros hijos: Si__ No__ Edades: _____.

Apoyos en el cuidado del niño/a:

Familia conviviente: Si__ No__

Familia extensa: Si__ No__

Jardines Maternales: Si__ No__

Otros: Si__ No__ ¿Cuáles?:

_____.

Observaciones:

_____.

Otras características del ambiente de crianza:

Juega con:

✓ Pares convivientes: Si__ No__

✓ Pares no convivientes: Si__ No__ Especificar:

✓ Adultos convivientes: Si__ No__

✓ Adultos no convivientes: Si__ No__ Especificar:

Tipos de Interacción:

✓ Lectura de cuentos: Si__ No__

✓ Canto de canciones: Si__ No__

✓ Otros tipos de interacción del adulto y niño:

Observaciones al momento de la evaluación inicial:

_____.

Observaciones al momento de los seguimientos:

FACES III

Después de haber leído cada frase, coloque una **X** en el casillero que mejor describa **cómo es su familia ahora**. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SÍ, A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí.					
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de la familia.					
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina.					
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia.					
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias.					
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera.					
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos.					
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos.					

11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros.					
12. En mi familia los hijos también toman decisiones.					
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente.					
14. En mi familia, las reglas suelen cambiar.					
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones.					
18. Es difícil identificar quién tiene la autoridad en nuestra familia.					
19. La unión familiar es muy importante para nosotros.					
20. En mi familia es difícil decir quién hace cada tarea doméstica.					

CAMIR

Nombre y apellido:.....**ID:**
.....

Lugar de residencia (especificar zona urbana/ rural):
.....

Fecha de nacimiento:

Edad:

Años de educación:.....
.....

Duración del test:

Etapa 1:

CONSIGNA: *A continuación, te voy a presentar una serie de frases referidas al pasado, al presente sobre algunas situaciones familiares. Primero, tenes que ubicarlas en estas 5 pilas*

Clasificación en 5 montones:

Al final de esta etapa, anotar en qué montón se encuentra cada tarjeta en la Tabla 1

Tabla 1.

A. Muy Verdadero	B. Verdadero	C. Ni Verdadero- Ni Falso	D. Falso	E. Muy Falso

--	--	--	--	--

Etapa 2

CONSIGNA: “Por razones estadísticas, **tenes que poner un número determinado de tarjetas en cada montón**. Esta tarea supone comparar las tarjetas entre ellas y éstas no son siempre comparables, lo que puede parecer algo frustrante”. (el administrador debe sugerir que inicia de los extremos hacia el centro, no obstante, si el examinado realiza otros movimientos también son válidos)

Al final de esta etapa, anotar en qué montón se encuentra cada tarjeta en Tabla 2

Tabla 2.

	A. Muy Verdadero (12 tarjetas)	B. Verdadero (15 tarjetas)	C. Ni Verd-Ni Falso (18 tarjetas)	D. Falso (15 tarjetas)	E. Muy Falso (12 tarjetas)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					