



Universidad del Desarrollo

Facultad de Psicología

Escuela de Postgrado e Investigación

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO EN DÍADAS PRIVADAS DE
LIBERTAD EN LAS RESIDENCIAS TRANSITORIAS DE SENAME AL INTERIOR
DE LOS RECINTOS PENITENCIARIOS FEMENINOS DE GENDARMERÍA

POR: JAVIERA PAZ BANDERAS CASTRO

Tesis presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo para optar
al grado académico de Magister en Salud Mental Infantil.

PROFESOR GUÍA:

Sr. Felipe Lecannelier A.

Mayo, 2016

Santiago

A las madres y lactantes del CPF San Joaquín

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación sólo fue posible gracias a la colaboración de las siguientes personas e instituciones:

A Felipe Lecannelier, quien me dio la oportunidad de participar de este interesante proyecto.

Al Ministerio de Desarrollo social por su ayuda en la coordinación con Gendarmería y Sename, lo que facilitó la tarea de las evaluadoras en terreno.

A todos los encargados de las Residencias Transitorias por su disposición a resolver las dificultades que surgieron en el camino.

TABLA DE CONTENIDO

I.- RESUMEN	- 5 -
II INTRODUCCIÓN	- 6 -
III.- MARCO TEÓRICO	- 8 -
A.-FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA DEL APEGO	- 8 -
B.- LA DESORGANIZACIÓN DEL APEGO	- 10 -
C.-PREVALENCIAS DE LOS ESTILOS DE APEGO	- 12 -
D.-APEGO Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD	- 12 -
E.- LA REALIDAD CHILENA	- 15 -
F.-LA ESCALA ADS	- 17 -
G.-ESTUDIOS DE VALIDACIÓN DEL ADS	- 18 -
H.- ANTECEDENTES DE LA PAUTA CDA	- 20 -
IV OBJETIVOS E HIPÓTESIS	- 22 -
V METODOLOGÍA	- 23 -
A.-POBLACIÓN	- 23 -
B.-MUESTRA	- 23 -
C.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	- 26 -

D.-INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	- 26 -
E.-PROCEDIMIENTO	- 27 -
F.-ASPECTOS ÉTICOS	- 27 -
VI RESULTADOS	- 29 -
VII CONCLUSIONES	- 35 -
VIII BIBLIOGRAFÍA	- 37 -
IX ANEXOS	- 43 -

I.- RESUMEN

El objetivo de esta investigación es obtener los perfiles de apego de las díadas privadas de libertad en las RT(Residencias Transitorias) administradas por Sename al interior de Gendarmería y detectar la presencia de conductas desorganizadas del apego.

Este estudio se desarrolló en el marco de una investigación más amplia solicitada por el Ministerio de Desarrollo Social a la Universidad del Desarrollo (“Diseño Metodológico de un Programa de Fomento del apego en lactantes institucionalizados en Gendarmería y en Conin”), cuyo objetivo fue comprobar la efectividad de una intervención de fomento del apego en lactantes institucionalizados en Gendarmería y Conin.

Se evaluaron todas las díadas presentes en las 16 RT existentes a lo largo del país, independientemente de si la madre que conforma la díada se encontraba en condición de imputada o de condenada.

Para la evaluación del apego se utilizó la Escala ADS-III (Evaluación de Apego Durante Estrés) junto con la Pauta de Conductas Desorganizadas del Apego (anexo de la Escala ADS).

Los resultados arrojaron un 75% de apego inseguro y sólo un 25% de apego seguro, encontrándose en la mitad de las díadas al menos una conducta indicadora de riesgo en el desarrollo del apego.

Los resultados son alarmantes y vuelven indispensable la implementación de intervenciones específicas dirigidas a promover mayor seguridad en el apego durante el tiempo de permanencia de los lactantes al interior de los recintos penitenciarios.

II INTRODUCCIÓN

Las primeras relaciones de apego tienen un rol crucial en la organización de la experiencia con el entorno y por ende en el desarrollo neuronal. En sus etapas tempranas, el cerebro experimenta un fuerte crecimiento y sienta las bases de funciones mentales claves para el futuro logro de la regulación emocional. (Siegel, 1999; Schore, 2001).

La exposición a un ambiente adecuado y sensible permitirá el desarrollo de funciones intelectuales, emocionales, físicas, inmunológicas y sociales, que serán muy significativas en su vida posterior (Raczynski, 2006).

Existe evidencia suficiente de que la institucionalización, aunque no condena, deja a los menores en un estado de mayor vulnerabilidad al desarrollo de psicopatología posterior (Lecannelier, 2006). Sin embargo, poco se ha estudiado respecto a los efectos de la institucionalización cuando es la diada la que se somete a un régimen institucional particular.

Los estudios respecto a Apego y privación de libertad han apuntado más bien a pesquisar los efectos que tiene en el desarrollo emocional de los niños la privación de libertad de uno de los padres o cuidador principal (Cassidy, 2009; Murray, 2009) o a evaluar la efectividad de programas de intervención dirigidos a compensar los efectos de la separación en los menores producto del encarcelamiento de uno de sus padres (Weller y Shaver, 2008).

Frente a la creciente población femenina gestante o con hijos menores de un año en los recintos penitenciarios ([www.gendarmeria .cl](http://www.gendarmeria.cl)) resulta relevante conocer cómo se desarrolla el apego en este contexto particular. A futuro, estos resultados podrían ser considerados en la elaboración de las Orientaciones Técnicas (programas de intervención que Sename diseña para las diadas durante su privación de libertad),

potenciando de esta forma la efectividad de las intervenciones durante el período de encierro.

III.- MARCO TEÓRICO

A continuación, se describen los elementos centrales de la teoría del Apego, y se resumen los resultados de investigaciones respecto al fenómeno de la institucionalización en general y de la privación de libertad en particular.

A.-Fundamentos de la teoría del apego

La teoría del Apego se ha ido consolidando como una de las teorías más coherentes y sólidas pues permite integrar el desarrollo infantil temprano con el desarrollo posterior, específicamente con la emergencia de psicopatología futura (Target y Fonagy, 2002).

Antes de Bowlby, ninguna teoría había logrado explicar el intenso vínculo que un bebé establece con su madre ni la intensa reacción que manifiesta frente a su pérdida. Observando la reacción de los bebés y los diferentes sentimientos por los que atraviesan al ser separados de sus madres, Bowlby constató que la necesidad de apego era más fuerte y primaria que la necesidad de satisfacción de los instintos, tal como lo veía en esa época el psicoanálisis freudiano. Bowlby encontró en la etología y sus fundamentos en la observación naturalística y la biología evolutiva un nuevo paradigma para entender la conducta de apego (Kobak y Madsen, en Cassidy y Shaver 2008). El llanto, el succionar o seguir a la figura significativa fueron vistas entonces como al servicio de reforzar este vínculo primario y de mantener la proximidad (Bretherton, 1992).

En 1964 Mary Ainsworth, estrecha colaboradora de Bowlby, elaboró un método llamado "*Procedimiento de la Situación Extraña*" para evaluar las diversas reacciones a la separación en niños entre los 12 y 24 meses de edad, a través de la observación del infante en una situación que lo expone artificialmente a una serie de eventos estresantes que permiten observar el balance y activación tanto de las conductas de apego como de las de exploración. (Lecannelier, 2009).

En sus primeros estudios con este procedimiento Ainsworth encontró los siguientes patrones:

Seguro: niños que parecen relajados y felices con sus madres.

Inseguros: lloraban más, se aferraban a la madre y no parecían relajados.

No apegados: no mostraban un interés especial por la madre (Ainsworth en Lecannelier, 2009).

A partir de estos estudios, Mary Ainsworth propuso el concepto de sensibilidad materna, entendida como la capacidad de percibir e interpretar las señales del bebé y responder apropiada y prontamente a ellas, como la clave para comprender el desarrollo de los diferentes patrones de apego(Lecannelier, 2006).

La baja sensibilidad materna está asociada a los estilos de apego inseguros, y se caracterizan por no lograr regular adecuadamente el estrés del bebé.

Estos patrones de apego tendrían a la base estrategias organizadas y coherentes que permiten al niño reducir el estrés provocado por la separación. Es decir, incluso cuando la figura de apego no es suficientemente sensible a las necesidades fisiológicas y emocionales del niño, éste logra desarrollar una estrategia organizada que optimiza la disponibilidad y proximidad de ésta (Lecannelier, 2009).

En términos generales los tres patrones de apego organizados que este procedimiento permite clasificar son los siguientes:

1.-Patrón seguro: estos niños se caracterizaban por mayor facilidad para explorar, mayor posibilidad de reclamar frente a la separación y mayor facilidad para ser calmado.

2.-Patrón evitativo: Estos niños parecieran no reaccionar a la separación con la madre ni tampoco al reencuentro, mostrándose más bien indiferentes a su presencia y con una fuerte activación del sistema exploratorio. Tiende a mostrar más interés por los objetos inanimados.

3.-Patrón ambivalente o resistente: son niños que tiene fuertes reacciones frente a la separación pero que, al momento del reencuentro, a pesar de que buscan a la madre intensamente, no logran ser calmados por ésta y retomar la exploración, manteniendo la conducta de búsqueda de proximidad.

B.- La desorganización del apego

El concepto de apego desorganizado surge de la constatación de que, durante el procedimiento de la situación extraña (PSE), había un porcentaje de niños que parecían no dar cuenta de una estrategia organizada de enfrentamiento del estrés, por lo que no podían ser clasificados en ninguno de los patrones de apego encontrados habitualmente. Estos niños mostraban conductas contradictorias frente a la figura de apego, como de acercamiento y rechazo posterior, expresiones y conductas no dirigidas a ningún fin ni persona, conductas de congelamiento, movimientos y posturas estereotipados y anormales, estados de confusión frente a la presencia de la figura de apego o expresiones de miedo hacia la figura de apego (Main y Solomon, 1990).

Según estos autores, estas conductas parecieran no responder a un patrón organizado de enfrentamiento del estrés por lo que serían conductas desadaptativas que no cumplirían la meta del apego y por lo tanto no reducirían el estrés.

Solomon y George (2010) plantean que la falla central en el sistema de regulación del apego desorganizado estaría dada por una descoordinación de las conductas tendientes a lograr la regulación y por una tendencia de éstas a fluctuar entre polos extremos de activación, que ellos llamaron “all on” y “all off”. Las conductas de apego desorganizado se perciben como bizarras o incoherentes y son indicadores de una situación de estrés y ansiedad donde el infante no logra resolver o movilizar estrategias de protección y regulación por parte del cuidador ya que es el mismo cuidador el generador de la situación de estrés o temor (Van Ijzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999).

Main y Solomon (1990) identificaron los siguientes indicadores de conductas desorientadas desorganizadas:

- secuencia contradictoria de patrones conductuales, tales como extremo apego seguido de evitación, rechazo, “freezing” o conductas de congelamiento.
- secuencia simultánea de conductas contradictorias, tales como rechazo con intensa búsqueda de proximidad, expresiones de rabia.
- movimientos no dirigidos, incompletos o interrumpidos.
- estereotipias, movimientos asimétricos o posturas anómalas.
- congelamiento, stilling, movimientos debajo del agua
- indicadores directos de miedo hacia la figura de apego.
- indicadores directos de desorganización y desorientación, tales como expresiones de confusión o cambios bruscos y repentinos del afecto.

Por su lado Patricia Crittenden plantea que la desorganización no puede estar dada por una lista de conductas sino por los resultados que éstas tienen, es decir, si logran o no reducir el estrés del niño y en ese sentido aumentar sus posibilidades de sobrevivencia. Asimismo esta autora plantea que muchas veces la categoría de desorganización pudiera estar reflejando la incapacidad provisoria del investigador para detectar la organización o la función adaptativa de dicha conducta (Crittenden,1999).

A pesar de las controversias y discusiones sobre el origen y función del apego desorganizado, lo que está ampliamente documentado es que las conductas de apego desorganizadas y desorientadas son factores de alto riesgo para el desarrollo de psicopatología posterior, aumentando la propensión a sentir estrés durante la infancia y presentar conductas agresivas en edad escolar y adolescencia (Hertsgaard, Gunnar, Erickson, y Nachmias, 1995; Spangler y Grossmann, 1993, Lyons–Ruth, 1996 en van Ijzendoorn 1999). Otros autores han planteado que en la adultez pueden ser más

vulnerables a presentar estados mentales alterados tales como la disociación (Carlson en Van Ijzendoorn, 1999).

C.-Prevalencias de los estilos de apego

Diversos estudios internacionales muestran que los estilos de apego tienden a distribuirse en la población de la siguiente forma: entre 55% y 70% de apego seguro, 20% de apego evitante, 12 a 15% de apego ambivalente y 8 a 10% de apego desorganizado (Lecannelier y Zamora, 2013).

Los estudios hechos en Estados Unidos en poblaciones normativas de bajo riesgo muestran alrededor de un 70% de apego seguro, distribuyéndose el 30 % restante entre los dos apegos inseguros (evitativo y ambivalente) y el apego desorganizado (Sroufe, 2005).

A nivel nacional, un estudio realizado por Lecannelier, Kimelman, Gonzalez, Nuñez y Hoffman (2009) encontró un 73,1% de apego seguro, 13,8% de apego evitante y 13,1% de apego ambivalente.

En cuanto a poblaciones de alto riesgo, un estudio realizado por el Centro de Apego y Regulación Emocional (ex CEINN) de la UDD, en conjunto con el Sename, en niños menores de un año institucionalizados a la espera de ser adoptados, se encontró un 37,2% de apego seguro, 42,3% apego evitante, 1,3% de apego ambivalente y un 2,6% de apego desorganizado (Lecannelier, 2006)

D.-Apego y privación de libertad

La situación de los lactantes hijos de madres privadas de libertad es un tema en permanente discusión en los diferentes organismos vinculados a la protección de los derechos en la infancia, siendo tratado y regulado de manera muy diversa a nivel internacional.

El espectro de políticas en relación a la posibilidad de que la madre mantenga consigo a su bebé durante la privación de libertad es amplio y va desde países en los que esta

alternativa no existe, y por lo tanto el lactante es separado al momento del nacimiento de su madre (como en la mayoría de los estados de Estados Unidos), hasta países que permiten la permanencia de los niños hasta la edad de 7 años como lo es el caso de México.

Aunque está fuera de discusión que el encierro es una situación de alto riesgo para el adecuado desarrollo tanto psicomotor como socio- emocional de los menores, también se encuentra documentado que la separación temprana es traumática y puede producir efectos devastadores en el desarrollo(Spitz, Bowlby, Schore).

Frente a esta disyuntiva muchos países intentan limitar a los casos más extremos de conducta delictual las penas de privación de libertad para las madres de lactantes, optando por penas que se realicen al interior de la comunidad, de manera de no verse enfrentados a este dilema. Además, otro factor importante que han considerado algunos países para limitar las penas de privación de libertad es el alto costo que tiene para el estado mantener a las madres junto a sus hijos durante el tiempo que dure la pena, pues implica implementar infraestructura especial y personal capacitado.

A pesar de esto, la población femenina carcelaria aumenta año a año a nivel mundial, y dentro de esta las mujeres gestantes cumpliendo condena, por lo que se ha dado un paulatino incremento de unidades madre-bebé al interior de las cárceles, y por lo tanto ha surgido un progresivo interés por parte de la comunidad científica por estudiar esta población. (Byrne, Goshin y Joestl, 2010). Sin embargo, no existen muchos datos en relación al apego de las díadas privadas de libertad que hayan sido obtenidos con métodos de observación directa, como lo son la Escala ADS (Evaluación del Apego durante Estrés) o el PSE (Procedimiento de la Situación Extraña).

En Estados Unidos, debido a la enorme población carcelaria que tiene hijos (1 de cada 100 habitantes y en algunos tramos de edad 1 de cada 34) se han realizado numerosos estudios para evaluar el efecto de la encarcelación de uno de los padres en los menores de 18 años, pero muy pocos estudios se han centrado en estudiar la población de madres

que cumplen condena junto a sus hijos aún lactantes. En la mayoría de las cárceles de Estados Unidos el lactante es separado de manera inmediata de la madre que cumple condena, existiendo sólo en 9 estados la posibilidad de que las reclusas que comenzaron su condena embarazadas puedan permanecer junto a sus hijos por un período de hasta 18 meses. Entre los años 50 y 70 las cárceles con maternidad fueron más comunes en este país pero se fueron cerrando debido al alto costo de mantención y por considerar que el cuidador principal podía ser remplazado por un pariente, la abuela materna por lo general (Bretherton, 2009).

Byrne y cols (2009) fueron los primeros investigadores en entregar evidencia a favor de las unidades madre-bebé al interior de los recintos penitenciarios, demostrando que de esta manera los lactantes pueden desarrollar un apego seguro incluso con madres cuyas representaciones internas corresponden a patrones inseguros de apego. Para esto utilizaron el PSE al momento del término de la intervención (18 meses) para lo cual evaluaron con la SE (Situación Extraña) el apego de los lactantes, pero al momento del egreso y una vez terminada la intervención objeto de la evaluación.

Cassidy et al (2010) evaluaron con el PSE los perfiles de apego en un grupo de madres encarceladas con sus lactantes después de haber recibido la intervención del “círculo de seguridad perinatal” (Cooper, Hoffman y Powell, 2003), diseñada para mejorar los cuidados parentales y mejorar el funcionamiento social de las madres una vez egresadas. Dicho programa se inicia durante el embarazo y concluye a los 18 meses del lactante, una vez egresado del sistema penal. En ese momento se evalúa el patrón de apego con el PSE. Los resultados fueron positivos pues la proporción de seguridad en el apego fue similar a la encontrada en poblaciones normativas de bajo riesgo. Sin embargo, al no existir grupo control ni evaluación previa a la intervención no nos entrega datos respecto a la distribución “natural” de los patrones de apego en esta población.

Finalmente, otras investigaciones han buscado determinar los efectos de la separación brusca a las que se ven expuestos los menores a raíz de la privación de libertad de uno de sus padres (Makariev y Shaver, 2010) dado que en la mayoría de las cárceles de

Estados Unidos el lactante es separado de manera inmediata de la madre que cumple condena, existiendo sólo en 9 estados la posibilidad de optar por cumplir la condena junto al lactante, que además tienen muy pocos cupos.

E.- La Realidad Chilena

En Chile, alrededor de un 15% de la población carcelaria corresponde a mujeres, y de éstas un 95% son madres de un menor de edad.

Cuando un juez determina la privación de libertad para una mujer, ésta puede solicitar que su hijo menor de un año ingrese con ella al recinto penal y permanezca junto a ella hasta cumplir el año, pudiendo en casos excepcionales prolongarse hasta los 18 meses. Al momento de formalizar el ingreso ante los Tribunales de Familia el equipo a cargo del caso debe informar al juez de las condiciones del lactante y de la existencia de recursos familiares (familia nuclear y extensa) de manera de que el juez pueda resolver si se mantiene la medida o se buscan alternativas en pro de garantizar el bienestar del lactante.

Una breve descripción del funcionamiento de las RT y de los espacios de crianza al interior de éstas parece necesaria para entender el contexto en que se desenvuelven cotidianamente estas díadas.

Las RT fluctúan significativamente en cuanto a las condiciones de higiene y equipamiento a lo largo del país. Las de la zona norte tienden a estar en condiciones más precarias de higiene y seguridad (excesiva humedad, baratas, cables eléctricos pelados). Asimismo no en todas las residencias existe una sala de estimulación adecuada, y en caso de existir no cuentan con el profesional calificado para guiar a las madres en el uso del material, por lo que en muchas residencias terminan siendo un espacio desaprovechado. Incluso en algunas de las residencias de esta zona no cuentan con jardines al interior de ellas, por lo que la mayoría no asiste.

En el caso de haber sala cuna al interior del recinto, a veces los cupos no son suficientes, por lo que hay bebés que no pueden optar a este beneficio. En las Residencias de la zona

Sur y Santiago las condiciones suelen ser más favorables, existen jardines concesionados de integra al interior de las Residencias, aunque es voluntario que las madres envíen o no a sus lactantes. Los dormitorios suelen ser comunes pero con suficiente espacio para la cuna, de manera que los lactantes no están obligados a dormir en la misma cama que sus madres, lo que sí ocurre en algunas RT del Norte, donde a pesar de tener dormitorios individuales, no hay espacio para la cuna por lo que los lactantes comparten la cama con sus madres.

En cuanto a los lineamientos técnicos establecidos por Sename, muchos de éstos no se cumplen. A pesar de existir espacios de estimulación bien equipados no existe el personal calificado para que oriente a las madres en la utilización de este material, por lo que generalmente queda como un espacio subaprovechado. Asimismo, en algunas RT no cuentan con sala cuna al interior o en caso de contar con él, a veces los cupos son insuficientes para abarcar la totalidad de los lactantes.

De acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos por el Sename, pareciera que el trabajo está más orientado a garantizar los derechos del lactante, esto es que no le falte leche, que cumpla con sus controles sanos, mientras que el trabajo que podría ir más enfocado al desarrollo del apego se centra de manera prácticamente exclusiva en la preparación de la red externa que recibirá al lactante una vez que egrese del sistema penitenciario, en lugar de aprovechar a trabajar y fomentar la sensibilidad materna de manera de potenciar la seguridad en el apego antes de que se produzca la separación de la diada. Pareciera subyacer al enfoque del Sename el supuesto de que más vale potenciar los vínculos con los cuidadores que remplazarán a la madre una vez producido el egreso que estimular el apego con un cuidador del cual el lactante será prontamente separado.

F.-La Escala ADS

La escala de Apego en Situaciones de Estrés (ADS) es una escala observacional creada por Massie & Campbell 1978 para evaluar diversos aspectos de la interacción entre la madre y su hijo, entre los 0 y 18 meses de edad.

El objetivo del instrumento es obtener criterios efectivos, observacionales claros y conductuales, de la evaluación de la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé, tanto desde el punto de vista de la madre como del bebé, a través de la observación de los siguientes elementos, considerados como esenciales en la interacción entre el bebé y su cuidador:

- mirada
- vocalización
- tacto afectivo
- sostén afectivo
- proximidad y cercanía
- afecto
- necesidad de ser calmado.

Todos estos elementos están envueltos por la tonalidad afectiva de la interacción (cariñosa, rabiosa, indiferente, etc.) y pueden ser utilizados tanto para calmar o estimular al bebé, pudiendo tener un efecto muy positivo en su desarrollo integral. (Lecannelier y Zamora, 2014) .

La Escala fue originalmente creada para ser usada en un contexto de control pediátrico, es decir, en una situación que conlleva un estrés de mediana intensidad para el niño/a al ser manipulado y examinado por un extraño, pero siempre en presencia del cuidador

principal. Su uso se puede extender a otro tipo de situaciones que represente una situación de mediano estrés para el niño, como puede ser la muda o el baño.

Cada dimensión observada se puntúa de 1 a 5 dependiendo de la frecuencia e intensidad de la conducta observada. La escala posee dos pautas de observación, una para la conducta de la madre y la otra para la conducta del bebé. Los puntajes más bajos hacen referencia a una relación de tipo evitativa, aislada y carente de reciprocidad (indicadores de apego evitativo). Los puntajes más altos indican una relación intrusiva, intensa y demandante de afecto (indicadores de apego ambivalente). Puntajes intermedios son índices de un apego más equilibrado (indicadores de apego seguro).

Desde el año 2007, se aplica en Chile la escala ADS como parte del programa de protección social Chile Crece Contigo, en los controles sano a los 4 y 12 meses. Este programa surge con la finalidad de instaurar una red integrada de servicios dirigidos a optimizar las condiciones de desarrollo desde la gestación y hasta los 4 años, edad en la que se espera que los niños ingresen a la educación pre-escolar (Molina, 2008).

Dentro de este contexto es que se busca detectar las diadas que presenten más probabilidades de desarrollar un patrón de apego inseguro (tanto ambivalente como evitativo), de manera de poder hacer un seguimiento e intervención que permita fomentar la seguridad en el apego de esas diadas. En el año 2008 la escala fue aplicada a 41.032 diadas de 4 meses y a 27.454 diadas de 12 meses, y en el 2009 su aplicación tuvo un incremento del 100%, administrándose a 82.488 y 62.776 diadas de 4 y 12 meses respectivamente (Silva y Molina, citado en Acuña, 2011).

Esta Escala tiene además la ventaja de poder ser aplicada numerosas veces sin perder sus propiedades ya que no interfiere en la interacción de la diada (Acuña y cols, 2011).

G.-Estudios de validación del ADS

En el año 2007, López y Ramírez realizaron el primer estudio de adaptación y validación de esta escala, logrando una versión de la Escala Massie- Campbell adaptada la población chilena en apariencia, constructo y contenido y con una concordancia en 5 de

las 7 conductas entre los expertos (López y Ramírez, 2007). Entre las debilidades de este estudio está lo reducido de la muestra (10 díadas) y el escaso entrenamiento (2 horas) que obtuvieron las enfermeras, lo que puede haber influido en la concordancia inter-observadores.

Luego, en el año 2011 Acuña y Maturana se proponen un nuevo estudio de validación con una muestra más grande (70 díadas) confirmando la validez de contenido y la confiabilidad. Respecto a la concordancia entre enfermeras y jueces expertos resultó ser alta en relación al apego seguro pero baja en relación al apego evitante. Esto quiere decir que, existiría una alta probabilidad de calificar una díada como segura siendo evitante y una baja probabilidad de calificarla como evitante siendo segura. El perfil ambivalente no apareció en la muestra. Una de las sugerencias hechas por los expertos que participaron en este estudio fue el que la escala cambiara su rango de aplicación de 0 a 18 meses a de 4 a 18 meses, pues habían conductas que no podían ser evaluadas a tan temprana edad, como lo era las vocalizaciones o el tocando por parte del bebé.

Asimismo se confirmó la enorme importancia que tiene el contar con una capacitación estandarizada y suficientemente acuciosa como para obtener evaluaciones válidas y confiables de estas díadas.

Recientemente Cárcamo y Van Ijzendoorn realizaron un estudio con una muestra de 69 díadas alemanas, que estaban participando en una investigación de Klein- Velderman. Estas díadas fueron filmadas durante el Procedimiento de la Situación Extraña y esos mismos videos fueron después utilizados para codificar el ADS, encontrando una alta validez convergente con el Procedimiento de la Situación Extraña si se consideraban los estilos de apego seguro vs/ los inseguros. Asimismo se encontró que al utilizar el ADS, el estilo de apego resistente quedaba sub-representado en relación a la S. E y que el estilo de apego seguro quedaba sobrerrepresentado. Estos autores plantean, a modo de conclusión, la necesidad de introducir nuevos ítems descriptivos para que la Escala ADS logre mayor precisión y validez en relación a discriminar el patrón de apego. Asimismo, dejan planteada la necesidad de que, al ser una escala de uso clínico, es fundamental

incluir indicadores de apego desorganizado, pues éste ha demostrado ser un factor de riesgo fundamental en el desarrollo infantil (Cárcamo, van Ijzendoorn, Vermeer, y van der Deer, 2013).

H.- Antecedentes de la Pauta CDA

La creación de la Pauta Breve de Detección de Conductas Desorganizadas del Apego (CDA) surge de la constatación de que el ADS por sí sólo no permitía detectar las díadas en mayor riesgo, es decir aquellos infantes que no estuvieran logrando generar estrategias organizadas para regular el estrés aunque estas estrategias correspondieran a patrones inseguros.

Después de revisar la experiencia obtenida de la capacitación de las enfermeras que aplicaban el ADS en el control sano, se evidenció que muchas díadas de riesgo eran calificadas como seguras, a pesar de que a ojos de los expertos, existían claros indicadores de riesgo en el apego.

Para llenar este vacío, es que los Ps. Felipe Lecannelier y la Ps. Marianella Hoffman diseñaron inicialmente la Guía de Conductas Problemáticas del Apego (CPA), con la idea de que funcionara como un anexo de la Escala principal ADS y que se codificara igualmente durante el control sano. Para elaborar dicha pauta se basaron en diversos manuales de codificación de Apego Desorganizado, como el “Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation” (Main y Solomon, 1991), y el “Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE) (Bronfman, Parsons y Lyons-Ruth, 2004).

Esta pauta entregaba 3 clasificaciones de conductas problemáticas en el apego, tanto para la madre como para el bebé:

- Conductas problemáticas hacia lo evitante
- conductas problemáticas hacia lo ambivalente
- Otro tipo de conductas problemáticas en el Apego

Para construirla, los autores sintetizaron tres fuentes de conocimiento:

1.-Una exhaustiva revisión de las investigaciones sobre apego desorganizado, y de los indicadores surgidos de éstas al ser evaluados los infantes con instrumentos ya validados, como lo es el AMBIANCE (Instrumento para la Evaluación y Clasificación de Conductas Maternas Atípicas, Bronfman, Parsons y Lyons-Ruth, 1993).

2.-Observación directa de niños institucionalizados y privados de libertad junto a sus madres.

3.- Observación directa de infantes en un encuadre clínico y a través de videos.

Debido a lo extensa que resultó esta guía, es que posteriormente el Ps. Felipe Lecannelier y la Ps.Claudia Zamora sintetizaron los ítems en lo que se conoce ahora como Pauta Breve de Detección de Conductas Desorganizadas del Apego y que funciona como un anexo de la Escala ADS en su Tercera Versión.

Es importante aclarar que esta pauta no pretende detectar el patrón de apego desorganizado tal como se lleva a cabo en estudios internacionales, si no detectar conductas, tanto de la madre como del bebé, que puedan detectar que el estado de la relación de apego entre la madre y su bebé implica un riesgo para el desarrollo de éste último. Estas conductas no pueden ser codificadas a través de la pauta de observación, pero pueden ser inferidas indirectamente de ellas y de la situación de evaluación (Lecannelier y Zamora, 2013).

La premisa básica de esta pauta es que basta con encontrar una de las conductas descritas en la pauta, sin importar intensidad o frecuencia, para que la díada sea considerada de riesgo. Esto porque se trata de indicadores extremos de posibles alteraciones en el apego y por lo tanto es suficiente con un indicador para que la díada requiera apoyo y seguimiento.

IV Objetivos e Hipótesis

A. Objetivos

Objetivo General:

Describir los patrones de apego en las díadas privadas de libertad al interior de las Residencias Transitorias de Sename en los Centros Penitenciarios Femeninos a lo largo del país.

Objetivos Específicos:

Determinar el porcentaje de díadas con apego evitante y el porcentaje de díadas con apego ambivalente.

Detectar la presencia de indicadores de desorganización en dicha población de acuerdo a la Pauta de Conductas Desorganizadas en el Apego.

B.- Hipótesis

Hipótesis General:

La proporción de díadas con apego inseguro es mayor que la proporción de díadas con apego seguro en las díadas privadas de libertad.

V Metodología

El diseño de la investigación es de tipo cuantitativa, no experimental y transversal.

A.-Población

La población que se busca describir corresponde al total de diadas privadas de libertad a lo largo del país presentes en las RT al momento de la aplicación del ADS-III

B.-Muestra

En este caso la muestra equivale al total de diadas privadas de libertad cuyas madres consintieron ser evaluadas.

En la tabla siguiente se muestra el número de diadas vigentes en cada RT a lo largo del país y en la otra columna el número de diadas que consintieron la evaluación y que se logró efectivamente filmar y codificar.

Tabla 1

Número de diadas a lo largo del país

Residencia	Díadas vigentes	Díadas videadas
Arica	8	4
Iquique	7	4
Antofagasta	3	2
Calama	1	0
Copiapó	2	2
La Serena	4	2
Valparaíso	8	5
San Antonio	3	0

Rancagua	9	4
Talca	2	0
Concepción	2	0
Temuco	1	0
Valdivia	2	2
Puerto Montt	2	0
Osorno	7	0
Santiago	14	7
<hr/>		
Total	75	32

Los factores que influyeron en la pérdida muestral fueron los siguientes:

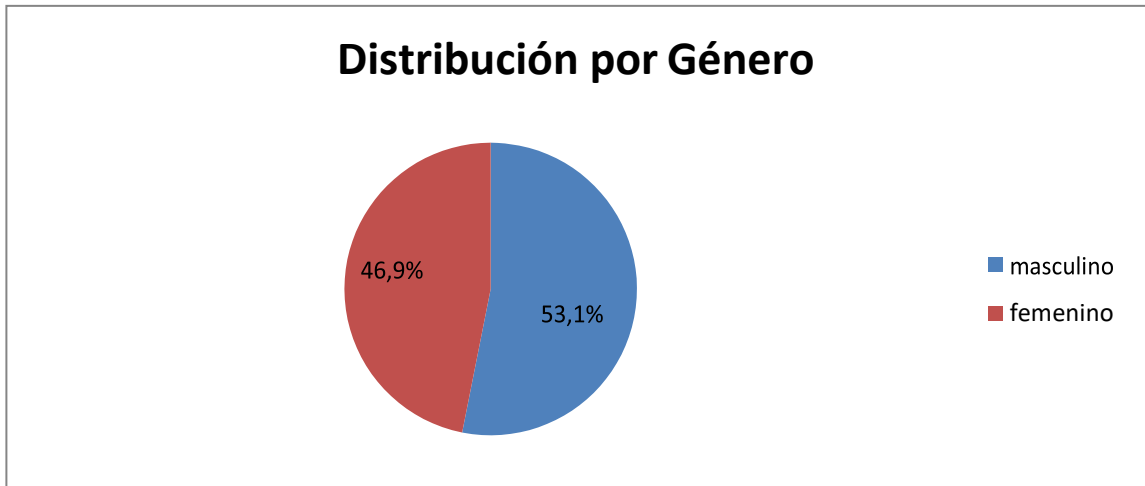
- Algunas madres no consintieron la filmación
- Algunos lactantes se encontraban hospitalizados el día acordado para la filmación.
- Algunas díadas o lactantes egresaron en el transcurso del proceso y no alcanzaron a ser filmadas.
- Algunas díadas fueron trasladadas a otras unidades durante el proceso.

En la tabla 2 se muestran las edades en meses de los lactantes que efectivamente formaron parte de la muestra.

Tabla 2. *Edades en meses de los lactantes videados*

Meses	Mujeres	Hombres	Total
0-2	3	5	8
3-4	3	1	4
5-6	4	3	7
7-8	2	2	4
9-10	0	1	1
11-12	0	2	2
13-14	0	1	1
15-16	1	1	1
17-18	1	0	1
19-20	1	0	1
21-22	1	0	1
Total	15	17	32

El gráfico 3 muestra la distribución por género en porcentaje:



C.-Criterios de Inclusión y de exclusión

Se incluyeron a todas las madres, condenadas o imputadas, que se encontraban junto a sus hijos (entre 0 y 24 meses) en alguna de las Residencias Transitorias existentes al interior de los Centros Penitenciarios Femeninos a lo largo del país y que consintieran la filmación, dejando fuera a los lactantes que presentaran alguna patología orgánica o algún tipo de impedimento físico que impidiera la aplicación de la escala ADS, tales como estar imposibilitado de movimiento autónomo o tener dificultades severas de visión y/o del habla.

D.-Instrumentos de Medición

La Escala de Apego Durante Situaciones de Estrés (ADS-III)

Esta escala posee dos pautas de codificación, una para la conducta del bebé y otra para la conducta de la madre (o cuidador). Los 7 elementos del apego que considera, se puntúan

en una escala de 1 a 5 puntos, dependiendo del tipo de frecuencia e intensidad del indicador (ver anexo).

La administración del instrumento puede ser realizada por una persona que no haya recibido el entrenamiento adecuado, pero la codificación sólo puede ser efectuada por una persona certificada. La aplicación de la escala se lleva a cabo a través de la Observación de la diada, por lo que la sesión debe ser previamente videada de manera de que sea posible la observación reiterada de la interacción.

E.-Procedimiento

El presente estudio se insertó dentro del proyecto “*Diseño metodológico para el fortalecimiento de apego seguro, desarrollo socioemocional y crianza respetuosa en la intervención de lactantes, niños y niñas en condiciones de institucionalización y sus cuidadores principales*“, solicitado por el Ministerio de Desarrollo Social y realizado por el CARE(Centro de Apego y Regulación Emocional) de la Universidad del Desarrollo. Dicho programa se implementó en todos los Centros de Gendarmería de Chile donde se encontraban mujeres recluidas con sus infantes y en todos los centros CONIN a lo largo del país.

Las madres participantes firmaron un consentimiento informado autorizando las grabaciones. Las diadas fueron filmadas por una facilitadora previamente entrenada para dicho objetivo, en una situación de estrés moderado como lo es el baño o la muda, en interacción con la madre.

Luego, los videos fueron codificados por la alumna tesista, quien cuenta con la acreditación para codificar el ADS III.

F.-Aspectos Éticos

Se utilizaron consentimientos informados para la presente investigación, los cuales serán firmados por los encargados de cada centro penitenciario donde se realizarán las evaluaciones.

Ya que esta investigación formó parte de un proyecto de investigación más amplio que buscaba probar la efectividad de un programa de fomento del apego en niños institucionalizados, todos los niños que forman parte de él recibieron una intervención especializada destinada a mejorar la sensibilidad de las madres con el objetivo final de favorecer su desarrollo socio- emocional (Programa Amar), aunque algunas de las días no pudieron realizar la totalidad de las sesiones planificadas pues muchas egresaban sin previo aviso o eran trasladadas a otras unidades. En el caso de que sólo el lactante egresara se le dio la opción a la madre de elegir si seguía participando o no del programa de intervención.

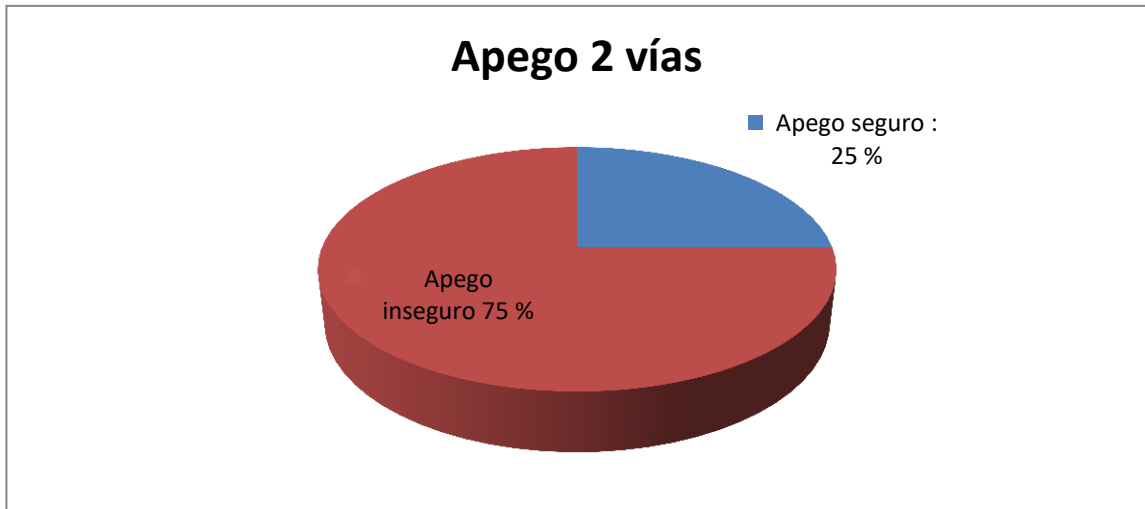
VI Resultados

Como se detalla en la tabla 4, existe un claro predominio de díadas con apego inseguro (24 díadas) por sobre las díadas que dan cuenta de un apego seguro (8 díadas).

Tabla 4. *Frecuencia de apego seguro e inseguro por Residencia Transitoria (RT)*

RT	Seguro	Inseguro	Total
Arica	3	1	4
Iquique	1	3	4
Antofagasta	0	2	2
Copiapó	0	2	2
La Serena	1	1	2
Valparaíso	1	4	5
Rancagua	0	4	4
Valdivia	2	0	2
Santiago	0	7	7
Total	8	24	32

Esta distribución expresada en porcentajes queda reflejada de la siguiente manera:



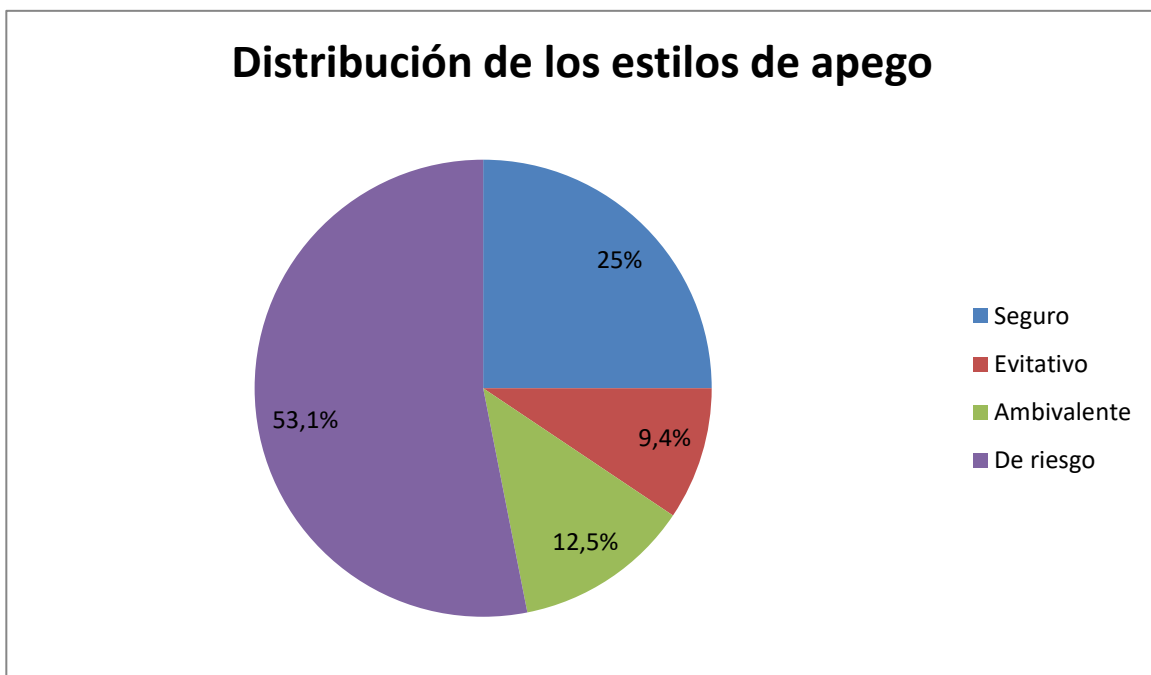
Al desglosar la categoría de apego inseguro en las subcategorías (apego seguro ambivalente, apego inseguro evitativo y apego inseguro de riesgo), 17 díadas entregan indicadores de riesgo en el apego. Esto significa que la observación de la interacción ha arrojado al menos un indicador de riesgo, ya sea en la pauta de observación del bebé o en la pauta de observación de la madre. En las otras categorías, encontramos 3 díadas con apego inseguro evitativo y 4 díadas con apego inseguro ambivalente, tal como lo muestra la tabla 4:

Tabla 4. Frecuencia de díadas en las 4 sub-categorías de apego en cada una de las Residencias Transitorias(RT)

RT	Seguro	Evitante	Ambivalente	De Riesgo	Total
Arica	3	0	1	0	4
Iquique	1	0	0	3	4

Antofagasta	0	0	0	2	2
Copiapó	0	1	0	1	2
La Serena	1	1	0	0	2
Valparaíso	1	0	2	2	5
Rancagua	0	0	1	3	4
Valdivia	2	0	0	0	2
Santiago	0	1	0	6	7
<hr/>					
Total	8	3	4	17	32

De acuerdo a esta tabla, en términos porcentuales la mayoría de las díadas codificadas con apego inseguro corresponden a un apego de riesgo, distribuyéndose el resto entre las díadas con apego inseguro ambivalente (12,5%) y díadas con apego seguro evitativo (9,4%), tal como queda reflejado en el siguiente gráfico:



Si consideramos la variable de la edad de los lactantes, y dividimos la muestra en lactantes con edad de 0 a 11 meses y lactantes con edad de 12 a 23 meses, observamos que la proporción de apego seguro v/s apego inseguro es inferior en el rango etario de 12 a 23 meses comparado con el rango etario de 0 a 12m.

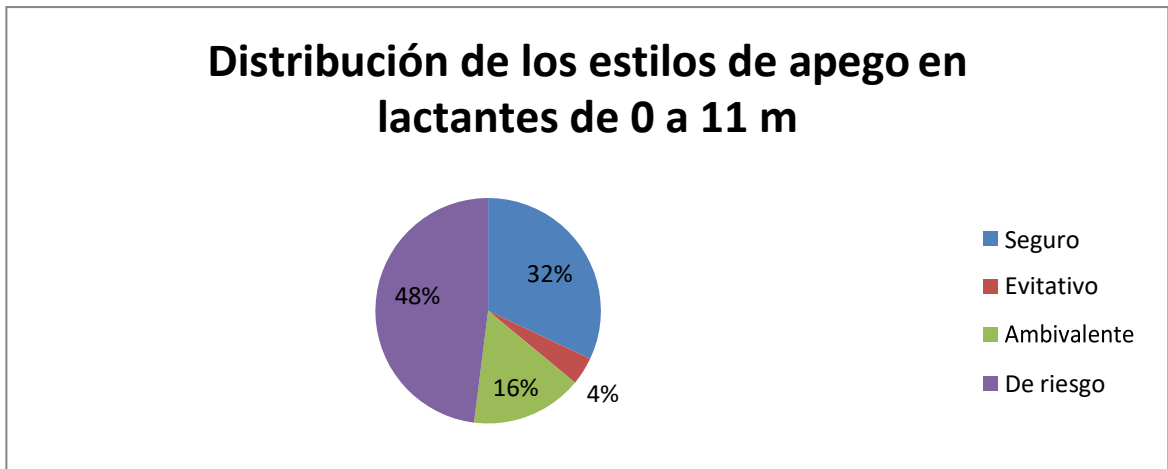
Apego seguro v/s Apego inseguro en menores de un año



Apego seguro v/s Apego inseguro en lactantes de 12 m a 23m



Si desglosamos el apego inseguro en las subcategorías evitativo, ambivalente y de riesgo, las distribuciones en ambas poblaciones quedan reflejadas en los siguientes gráficos:



En cambio, en los lactantes de 12 a 23 meses, la distribución se da de la siguiente forma:

Distribución de los estilos de apego en lactantes de 12m a 23m



En el rango correspondiente a lactantes que tienen entre 12 y 23 meses vemos que el porcentaje de díadas con apego seguro disminuye alrededor de un 4% mientras que las díadas con indicadores de apego desorganizado aumentan casi en un 10%.

El porcentaje de apego evitante se mantiene prácticamente en el mismo rango, mientras desaparece la presencia de díadas con apego ambivalente, levemente representada en el rango etario de 0 a 11m.

VII Conclusiones

Los resultados arrojados por este estudio evidencian una alarmante realidad en cuanto al riesgo que presentan las diadas institucionalizadas en las Residencias Transitorias de Sename en los recintos penitenciarios de Gendarmería.

Los niveles de inseguridad en el apego encontrados se asemejan a la evidencia internacional respecto a la inseguridad en menores post-institucionalizados (67% de apego inseguro y 30 % de desorganización, (Chisholm, 1998) y a la inseguridad en menores institucionalizados que de acuerdo a algunos estudios alcanza a un 66% de apego desorganizado (Voria et al, 2003; Zeanah et al, 2005).

Por otra parte, a pesar de que las diadas con lactantes mayores de un año que formaron parte de la muestra fueron sólo 7, al compararse con los lactantes menores de un año, vemos que aumentan tanto el apego inseguro como los indicadores de desorganización. Investigaciones que permitieran comparar a lactantes mayores de un año que permanecen en el sistema de Residencia Transitoria, con los que egresan del sistema para seguir bajo el cuidado del padre u otro miembro de la familia nuclear o extensa, serían de gran utilidad en la discusión sobre la conveniencia o no de prolongar la estadía de los menores en los recintos penitenciarios.

Las limitaciones de este estudio no permiten establecer si estos altos niveles de inseguridad son previos al ingreso del menor al recinto penitenciario o si son generados o al menos potenciados en alguna medida por las características de las instituciones en general y de la institución penitenciaria en particular, en la que lo central es que todas las actividades de la vida se llevan a cabo en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, además de estar cada actividad diaria estrictamente programada.

Asimismo queda abierta la interrogante de cómo afecta la duración de la estadía o la edad de ingreso al recinto penitenciario y si esta tendencia se modifica una vez egresados los menores del sistema penal, preguntas que debieran poder abordarse en estudios posteriores que contemplen la evaluación del patrón de apego previo al ingreso y seguimiento a los menores egresados del sistema.

Aunque la muestra es pequeña representa un alto porcentaje de la población que se buscaba describir, por lo que los resultados podrían ser de gran utilidad si se consideran al momento de elaborar políticas públicas orientadas a la protección de los derechos de estos lactantes y de intervenciones adaptadas específicamente a las características de esta población, de manera que el ingreso del lactante al recinto penal junto a su madre no se limite al otorgamiento de un derecho a la madre imputada o condenada, si no también la oportunidad de intervenir activamente en el desarrollo de la relación de apego, en una etapa del desarrollo en que aún la conducta del cuidador puede influir significativamente en la formación del perfil de apego, y de esta manera contribuir a la prevención de futura psicopatología en estos lactantes.

Para el logro de ese objetivo, debiera trabajarse en la integración coherente del trabajo de Sename y Gendarmería de manera de crear un espacio realmente protector del desarrollo integral del lactante en riesgo.

VIII Bibliografía

- Acuña, E., Maturana, P. & Muñoz, A.(2011) *Adaptación y validación de la escala de apego durante estrés(ADS) en díadas madre- bebé chilenas*. Tesis presentada a la Facultad de psicología de la Universidad del Desarrollo para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica. Santiago, Chile.
- Arias, P., Uribe, J., Macuer, T., Saéz, I. (2010) *Estudio Exploratorio Sobre los Programas de Cuidado de Hijos e Hijas de Mujeres Privadas de Libertad en Recintos Penitenciarios del País*”. Flacso
- Bakermans- Kranenburg, M., Van Ijzendoorn, M. & Juffer, F. (2005). Disorganized attachment and preventive interventions: a review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal, Vol 26 (3)*, 191-216.
- Bakermans- Kranenburg, M., Riksen- Walraven, J, Van Ijzendoorn, M. & Vereijken, C (2004): Assessing Attachment Security With the Attachment *Q* Sort: Meta-Analytic Evidence for the Validity of the Observer AQS. *Child Development. Vol. 75, Issue 4*, pages 1188-1213.
- Barnett, D., Butler, C., & Vondra, J. (1999). Atypical patterns of early attachment: discussion and future directions. *Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 64, No. 3*. Atypical Attachment in Infancy and Early Childhood Among Children at Developmental Risk, pp. 172-192.
- Bowlby, J.(1973) *Attachment and loss: Vol 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic books.

- Bretherton, I.& Munholland, K.A (1999).Internal working models in attachment relationships: a constructed revisited. En J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*(pp 89-111). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Byrne, M.W., Goshin, L.S. & Joestl, S.S (2010). Intergenerational transmission of attachment for infants raised in a prison nursery. *Attachment & Human Development*,12, (4): 375–393.
- Cárcamo, R. A., van IJzendoorn, M. H., Vermeer, H.J.,& van der Deer, R. (2013). The Validity of the Massie-Campbell Attachment During Stress Scale (ADS). *Journal of Child Family Studies*.
- Cassidy, J.,Poehlmann, J. & Shaver, P.R.(2010). An attachment perspective on incarcerated parents and their children. *Attachment & Human Development*,12 (4): 285–288
- Cassidy, J., Zivb, Y., Stupica, B., Sherman, L.J., Butler, H., Karfginc, A., Cooperd, G., Hoffmand, K.T.& Powell, B.(2010). Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attachment & Human Development*,12,(4), 333–353
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development* 69 (4) : 1092-1106.
- Cicchetti, D. Cohen, D. (2006): *Developmental Psychopathology, Theory and Method, Volume 1*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons.

- Crittenden, P. (1999) Danger and Development: The Organization of Self-Protective Strategies. *Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 64, No. 3*, pp. 145-171.
- Cortázar, A., Fernández, P., Iñiguez, I., Quesille, A., Villalobos, C., Vielma, C. (Enero 2015) ¿Qué pasa con los hijos de madres encarceladas? Cómo amortiguar los efectos nocivos para los niños cuyos padres están privados de libertad. *Instituto de Políticas Públicas, UDP*.
- Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48* :1097-1127.
- Kobak, R. & Madsen, S(2008). Disruptions in Attachment Bonds. Implications for theory, research, and clinical intervention. En Cassidy, J. & Shaver P.(Eds): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*(pp 23-47). New York: The Guilford Press.
- Lecannelier, F., Silva, J. R. & Hoffmann, M. (2014) Effects of an intervention to promote socioemotional development in terms of attachment security: a study in early institutionalization in Chile . *Infant Mental Health Journal, 35*(2): 151-159.
- Lecannelier, F. & Zamora, C. Escala de Apego Durante Estrés(ADS-III). Tercera Versión. (2013). Manual de Administración, codificación y guía de conductas desorganizadas en el Apego(CDA).Publicaciones Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo
- Lecannelier et al, F. (2011). Apego y Psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del Apego Desorganizado. *Terapia Psicológica, vol. 29, n° 1*, 107-116.

- Lecannelier, F. (2009). *Apego e Intersubjetividad: Segunda parte, la teoría del apego-Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago,Chile: LOM
- Lecannelier, F., Kimelman M.,González L., Nuñez C.,y Hoffmann M.(2009) Evaluación de Patrones de Apego en Infantes Durante su Segundo Año en Dos Centros de Atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XVII*, pp197-207.
- Lecannelier, F. (2006). Apego e institucionalización: Un estudio empírico. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* .
- López, C. & Ramírez, M. (2007). Validación de instrumento para evaluación de apego en lactantes chilenos. *Revista chilena de Medicina Familiar*, vol. 8(2), 74-80.
- Lyons- Ruth, K (2009). La interfaz del apego y la intersubjetividad: perspectiva longitudinal desde el apego desorganizado. *Aperturas psicoanalíticas*, vol. 29.
- Lyons- Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood. En Cassidy, J and Shaver, P. (Eds), *Handbook of Attachment* (pp 666-697). New York: The Guilford Press.
- Lyons- Ruth, K. & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless- fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, Vol .25(4), 318-335.
- Lyons- Ruth, K., Bronfman, E. & Parsons E. (1999). Maternal Frightened, Frightening, or Atypical Behavior and Disorganized Infant Attachment Patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol. 64, No. 3: 67-96.

- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En Greenberg, M., Cicchetti, D. & Cummings, E.M.(Eds), *Attachment in the preschool years. Theory, Research and Intervention* (pp121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Molina, H., Cordero, M. & Silva, V. (2008). De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. *Revista Chilena de Pediatría*, 79, (1): 11-17.
- Murray, J. & Murray, L. (2010) Parental incarceration, attachment and child psychopathology. *Attachment & Human Development*, 12(4):289–309
- Quezada, V. & Santelices, P. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 42, n° 1, pp 52-61.
- Raczinsky, D. (2006). Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños. *En Foco, Expansiva*. N°77.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2): 201-269.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford Press.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collins, W. (2005). *The development of the person: The Minnesota Study of risk and Adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- van Ijzendoorn, M., Schuengel, C. Bakermans- Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta- analyses of precursors, concomitants, and sequelae. *Development Psychopathology*, 11, 225-249.

- Zeenah, C., Berlin, L., & Boris, N. (2011). Practitioner Review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:8, pp 819-833.

- Zeenah, C., Smike, A., Koga, S., & Carlson, E.: Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development* 76(5), 1015-1028.

IX Anexos

ANEXO 1

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Se le ha invitado a participar del programa “Diseño metodológico para el fortalecimiento del apego seguro, desarrollo socioemocional y crianza respetuosa en lactantes y sus madres”, cuyo objetivo es la implementación de un programa de ayuda para cuidado emocionalmente saludable de los lactantes. También este estudio busca evaluar el impacto de este programa. Este proyecto se lleva a cabo en los recintos carcelarios a través de todo el país, requiriéndose la participación de madres con sus hijos.

Si Ud. decide aceptar esta invitación, su participación consistirá en asistir a diversas actividades de orientación, que ayudan a un cuidado que fomente un adecuado desarrollo socioemocional de su hijo/a, durante un lapso de 8 meses, en sesiones semanales. Además se le pedirá que complete unos cuestionarios destinados a saber el nivel de estrés que siente, otro para conocer su salud emocional y uno para conocer el desarrollo general de su hijo. Complementariamente, cada participante será filmada interactuando con su hijo, de tal modo de conocer sus formas de cuidado parental. Si Ud. lo desea puede conocer los resultados.

Ud. no se beneficiara en términos económicos de participar en este estudio, sin embargo la ayuda que Ud. reciba podría ser útil para su bienestar y el de su hijo/a.

Su participación es totalmente confidencial, ni su nombre ni su RUT ni ningún tipo de información que pueda identificarla a Ud. o su hijo/a aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos. Asimismo los videos realizados serán observados por el equipo interno, a cargo del proyecto. El que Ud. participe de este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona, ni la de su hijo/a.

Ud. puede negarse a participar en cualquier momento, lo cual no la perjudicará ni tendrá consecuencias para Ud ni su hijo/a.

Si tiene dudas o consultas respecto de su participación en este estudio puede contactar al investigador responsable, Sr. Felipe Lecannelier, quien trabaja en la Universidad del

Desarrollo, al fono: 23779426, o contactar a (NOMBRE DE PERSONA A CARGO EN GENDARMERÍA)

Yo, _____ RUT _____ he
accedido a participar en este programa ya que se me ha informado sobre lo que se espera
de mi participación, y los beneficios y riesgos de ésta.

Firma Participante _____

Firma Investigador Responsable _____

Felipe Lecannelier

RUT 12.475.691-K

ANEXO 2- ADS III

Codificación de la conducta del bebé

ESCALA DE APEGO DURANTE STRESS (ADS-III) PARA SER USADA EN CONTROL SANO DEL BEBÉ						
CONDUCTA DEL BEBÉ DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE						
CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
MIRADA	Nunca mira la cara de la madre.	Rara vez mira la cara de la madre y/o miradas breves.	Ocasionalmente mira la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Frecuentemente mira la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Tiende a quedarse fijado mirando la cara de la madre (+ de 6 a 8 seg aprox.)	Cdta. no observada
VOCALIZACIÓN	Callado, nunca vocaliza ni llora.	Rara vez vocaliza y/o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza y/o llanto leve.	Frecuentes vocalizaciones y/o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo	Cdta. no observada
TACTO AFECTIVO	Nunca toca y/o tiende hacia la madre.	Rara vez toca y/o tiende hacia la madre.	Ocasionalmente toca y/o tiende hacia la madre.	Frecuentemente toca y/o tiende hacia la madre.	Siempre toca y/o tiende hacia la madre	Cdta. no observada
SOSTÉN AFECTIVO	Se resiste violentamente y/o se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en brazos de la madre y/o postura tiesa en sus brazos.	Descansa brevemente en brazos de la madre y/o se apoya en su hombro.	Se relaja en brazos de la madre y/o moldea su cuerpo al de ella.	Se aferra continuamente al cuerpo de la madre y/o se resiste a ser soltado.	Cdta. no observada
AFECTO	Excesivamente pasivo y/o apático.	Frecuentemente pasivo y/o apático.	Ansiedad moderada y/o expresiones ocasionales de placer.	Tensión ocasional, en general sonríe.	Excesivamente angustiado y/o irritable.	Cdta. no observada
PROXIMIDAD O CERCANÍA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada de un modo "hiper-alerta" frente a sus movimientos.	Cdta. no observada
NECESIDAD DE SER CALMADO	No muestra necesidad de ser calmado.	Rara vez muestra necesidad de ser calmado.	Ocasionalmente muestra necesidad de ser calmado y logra tranquilizarse.	Frecuentemente muestra necesidad de ser calmado, el bebé suele tranquilizarse.	Necesidad exagerada y/o permanente de ser calmado, el bebé nunca o casi nunca se tranquiliza.	Cdta. no observada

ESCALA DE APEGO DURANTE STRESS (ADS-III) PARA SER USADA EN CONTROL SANO DEL BEBÉ

RESPUESTA DE LA MADRE FRENTE AL STRESS DEL BEBÉ

CONDUCTA A OBSERVAR	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
MIRADA	Nunca mira a la cara del bebé.	Rara vez mira a la cara del bebé y/o miradas evasivas.	Ocasionalmente mira a la cara del bebé, alternando entre miradas largas y cortas.	Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del bebé.	Tiende a quedarse fijada mirando la cara del bebé.	Cdta. no observada
VOCALIZACIÓN	Callada, nunca vocaliza ni hace sonidos.	Palabras, vocalizaciones y/o sonidos escasos	Palabras, vocalizaciones y/o sonidos ocasionales.	Frecuentes palabras, vocalizaciones y/o sonidos.	Palabras, vocalizaciones y/o sonidos constantes y/o exagerados.	Cdta. no observada
TACTO AFECTIVO	Nunca toca al bebé con fines afectivos.	Rara vez toca al bebé con fines afectivos	Ocasionalmente toca al bebé con fines afectivos.	Frecuentemente toca al bebé con fines afectivos.	Toca al bebé de forma constante y/o invasiva con fines afectivos	Cdta. no observada
SOSTÉN AFECTIVO	No toma en brazos al bebé alterado y/o lo toma alejado de su cuerpo	Sostiene al niño en forma tiesa, extraña y/o poco relajada	Apoya al bebé sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al bebé y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Presiona al bebé contra su cuerpo de un modo aferrado, resistiéndose a dejarlo	Cdta. no observada
AFECTO	Permanente pasiva, apática y/o irritada	Frecuentemente pasiva, apática y/o irritada	Ansiedad moderada y/o expresiones ocasionales de placer.	Tensión ocasional, en general sonríe.	Excesivamente angustiada y/o tensa.	Cdta. no observada
PROXIMIDAD O CERCANÍA	Siempre alejada del bebé y/o fuera de su alcance.	Frecuentemente alejada del bebé y/o fuera de su alcance.	Intermitentemente alejada del bebé con acercamientos ocasionales.	Contacto físico frecuente con el bebé.	Contacto físico excesivo con el bebé resistiéndose a alejarse de él.	Cdta. no observada
NECESIDAD DE SER CALMADO	No realiza conductas que calmen al bebé.	Rara vez realiza conductas que calman al bebé	Ocasionalmente realiza conductas que calman al bebé.	Con frecuencia realiza conductas que calman al bebé.	No logra calmar al bebé a pesar de realizar constantes conductas dirigidas a ello.	Cdta. no observada

ANEXO 3

Pauta de Conductas desorganizadas del apego

CDA de la madre		
	Indicador	Presencia
1	No hacer ningún intento por calmar al bebé estresado.	
2	Comentarios negativos hacia el bebé, del tipo: <ul style="list-style-type: none"> • “No te pienso tomar”, “no es para tanto”, “no seas exagerado/a”, “¿por qué siempre lloras?”, “ya empezaste con tu show”. • “Esta guagua molesta todo el día”, “siempre llora y no me deja tranquila”, “le gusta manipularme”, “es agresiva como su padre”. • “Es una guagua difícil, pesada, agresiva, tonta”, etc.”. • “Le gusta hacerme la vida imposible”, “yo creo que me odia”, “estoy segura que no me quiere”, “pareciera que sabe lo que me molesta”. • Comentarios irónicos (“llora como una niña”, “cuando llora pone una cara muy fea”, etc.) 	
3	Expresión emocional excesivamente pasiva y/o deprimida y/o perdida y/o confundida y/o absolutamente desconectada del bebé.	
4	Cualquier conducta brusca y/o agresiva hacia el bebé, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Desvestirlo o vestirlo “tironeándolo”. • Moverlo tirando de un brazo o pie (por ejemplo, cuando está en la camilla). • Zamarreo para calmar. • Limpiar partes del cuerpo de manera brusca o con fuerza excesiva. • Conductas intrusivas que no respeten el espacio y estado del bebé. 	
5	Besar al bebé en una actitud sexualizada (por ejemplo, en la boca durante un periodo prolongado, besar zonas genitales, tocarlas sin razón).	
CDA de la madre		
	Indicador	Presencia
1	Ausencia total de reacciones afectivas (positivas o negativas) y/o interés por el medio: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia total de sonrisa, contacto visual o vocal, llanto, búsqueda de contacto físico, hipotonía extrema; o ausencia de cualquier otro indicador de expresión emocional y/o interés frente a la madre, el ambiente u otro/s adulto/s. 	
2	Conductas extremas de auto-regulación, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Mecerse o balancearse de forma estereotipada (“Rocking”). • Tirarse el pelo. • Pegarse con las manos y/o con objetos. • Rascarse la piel de manera compulsiva. • Provocarse vómitos. • Masturbarse de manera repetitiva. 	
3	Llanto continuo, y/o extremadamente intenso, imposible de calmar.	
4	Mirada hiperalerta extrema, congelamiento y/o expresión facial de miedo frente a la madre.	