Pontificia Universidad Católica de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Estudio de la relación entre la satisfacción de pareja, la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental.

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica.

Ana Gabriela Tapia F.

Profesora Guía: Marcia Olhaberry.

Comité de tesis: Diana Rivera y Catalina Álvarez.

Noviembre 2018, Santiago, Chile

Pontificia Universidad Católica de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Estudio de la relación entre la satisfacción de pareja, la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental.

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica.

Ana Gabriela Tapia F.

Profesora Guía: Marcia Olhaberry.

Comité de tesis: Diana Rivera y Catalina Álvarez.

Noviembre 2018, Santiago, Chile

ÍNDICE

- Resumen:..... 5
- Introducción 6
- Marco teórico 9
- *Satisfacción de pareja:*.....*9*
- *Depresión:* *12*
- *Adversidad parental infantil:* 13
- *Función reflexiva parental:*..... 15
- Objetivo del estudio:.....17
- Pregunta de investigación: 17
- Objetivo general:. 17
- Objetivos específicos:.....17
- Hipótesis: 18
- Metodología: 18
- Diseño 18
- Participantes 19
- Instrumentos 20
- Procedimiento.....23
- Análisis descriptivos y comparativos.....25
- Análisis correlacionales……..32
- *Análisis de regresión lineal* 37
- Discusiones: 40
- Referencias bibliográficas:.....46

TABLAS:

- Tabla1……20
- Tabla 2……...27
- Tabla 3……...27
- Tabla 4……...27
- Tabla 5……...28
- Tabla 6……...28
- Tabla 7……...……31
- Tabla 8……...…31
- Tabla 9……...32

- Tabla 10…….32
- Tabla 11……..…35-36
- Tabla 12…….38

ANEXOS

- Anexo N°1: Consentimiento informado……53
- Anexo N°2: Ficha de antecedentes sociodemográficos……...56
- Anexo N° 3: Relationship Assesment Scale Madre..... 62
- Anexo N° 4: Relationship Assesment Scale Padre……...63
- Anexo 5 The Parental Reflective Functioning Questionnaire Madre PRFQ-1 (M)……...64
- Anexo 6: The Parental Reflective Functioning Questionnaire PRFQ-1 (P).....67
- Anexo 7: The Childhood Trauma Questionnaire Madre……69
- Anexo 8: The Childhood Trauma Questionnaire Padre 70
- Anexo 9 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Madre……...71
- Anexo 10: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)Padre……..73

Resumen:

La infancia es una etapa crucial en la vida de un individuo, existiendo efectos inmediatos y a largo plazo de lo vivido en este período, que repercuten en el bienestar integral de la persona. Para un desarrollo saludable, se espera que padres y madres logren una relación cálida, íntima y nutricia con sus hijos(a), (Oneta, 2014) y un factor relevante para que ello ocurra, es la función reflexiva parental. Esta, permite que los cuidadores sean capaces de comprender el mundo interno del infante y darle un sentido, (Fonagy & Target, 1997). Las dificultades en esta capacidad, han sido asociadas a patologías psicológicas como la depresión, (Olhaberry, 2015) y a la presencia de experiencias adversas durante la infancia, las que en ocasiones resultan traumáticas, (Berthelot, Ensink, Bernazzani, Normandin, Luyten & Fonagy, 2015). Lo anterior genera consecuencias negativas en la salud mental (Kapelaris, 2014) y en la satisfacción experimentada a partir del vínculo amoroso de pareja, (Vega-Arce, & Nuñez-Ulloa, 2017), lo que frecuentemente afecta la dinámica familiar y las competencias parentales, (Cortés & Olhaberry, 2014). A partir de estos antecedentes, se desarrolló un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, de tipo descriptivo, comparativo, correlacional y explicativo. Sus objetivos fueron describir, comparar y analizar la relación entre la satisfacción de pareja, la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental, en madres y padres con hijos/as entre 1 y 3 años de edad, con dificultades en el desarrollo socioemocional infantil. Se utilizaron datos secundarios del Proyecto Fondecyt N°11140230 y participaron 80 triadas residentes en Santiago de Chile, pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos. Se evaluó la satisfacción de pareja con el instrumento Relationship Assessment Scale: RAS (Hendrick, 1988), la adversidad parental infantil, con el instrumento The Childhood Trauma Questionnaire: CTQ (Bernstein& Fink, 1997) y la función reflexiva parental, con el instrumento Parental Reflective Functioning Questionnaire PRFQ, (Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, 2017). Los resultados, mostraron niveles similares y altos de satisfacción de pareja en madres y padres, mayores niveles de adversidad parental infantil en madres que en padres y similares niveles de función reflexiva parental.

La satisfacción de pareja, mostró una asociación negativa con las experiencias de adversidad parental infantil y con la depresión en padres y madres. También, se encontró una asociación negativa entre la función reflexiva y la depresión en ambos progenitores. En la madre, la adversidad parental infantil y la función reflexiva, no mostraron un valor explicativo en su nivel de satisfacción de pareja. Al incorporar las variables control, sintomatología depresiva y nivel educacional, solo la depresión de la madre explicó un 23% de la varianza de la satisfacción de pareja de ésta. En cuanto al padre, su sintomatología depresiva, sus experiencias adversas infantiles y la sintomatología depresiva de la madre, explicaron juntas un 8% de la varianza en su nivel satisfacción con la relación de pareja.

Introducción

La presente investigación se centra en el estudio de la satisfacción de pareja, la adversidad parental infantil y la función reflexiva, en padres y madres, durante la primera infancia de sus hijos/as.

Los avances empíricos afirman la relevancia de los vínculos afectivos tempranos en el desarrollo neuro-cognitivo y la salud mental del individuo, siendo los padres y madres la principal fuente de experiencias relacionales durante los primeros años, (Nelson, Kendall & Shields, (2014). Por ello, la calidad de las interacciones del sistema familiar durante la primera infancia, influye significativamente en el desarrollo socioemocional y bienestar integral del niño(a), (Cortés & Olhaberry, 2014).

Dentro de las interacciones tempranas, se espera que los cuidadores desplieguen un rol nutricio con sus hijos(as), es decir, que desarrollen competencias parentales suficientes que permitan protección, educación y la satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales, (Barudy & Dantagnan, 2005; Eceiza, Ortiz & Apodaca, 2011).

En relación a ello, un factor importante en la calidad de la relación entre padres y madres e hijos/as, es el funcionamiento reflexivo parental o mentalización. Esta capacidad, tiene su origen en la teoría de apego, (Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot & Fonagy, 2016) y aporta profundidad en la comprensión de las relaciones y el intercambio emocional entre padres y madres con sus hijos/as. Se asocia con el tipo de apego del cuidador/a, ya que

a partir de la regulación y organización de sus propios pensamientos y sentimientos logran responder a las necesidades de proximidad, seguridad y confort hacia sus hijos e hijas (Fonagy, Steele & Steele, 1991).

Asimismo, se ha evidenciado que la función reflexiva parental, incide positivamente en la participación de los padres y madres con el niño(a), en la capacidad de contención, en la calidad de la comunicación, el establecimiento de límites y en la satisfacción con el rol, (Rostad & Whitaker, 2016).

Es importante mencionar, que el desarrollo de esta capacidad no se da en forma homogénea en la población, existiendo frecuentes dificultades que la interfieren, como el haber vivido experiencias adversas durante la infancia, (Berthelot, Ensink, Bernazzani, Normandin, Luyten & Fonagy, 2015) y la presencia de trastornos psicológicos como la depresión, (Olhaberry, 2015). Experiencias adversas, son sucesos perjudiciales, angustiantes, con diferentes niveles de gravedad y que traen consecuencias para la salud, (Vega- Arce, & Nuñez-Ulloa, 2017).

En Chile, tienden a ser frecuentes, reportando estudios actuales, dos tercios de la población ha sufrido al menos un tipo de experiencia adversa y más de un 10% ha vivido cinco o más, (Vega-Arce, & Nuñez-Ulloa, 2017). Estos hechos repercuten en el plano cognitivo y socioemocional, (Kapelaris, 2014) y se asocian a una mayor prevalencia de depresión y enfermedades físicas, (Vega-Arce, & Nuñez-Ulloa, 2017). Asimismo, muchas veces se observa la repetición transgeneracional del estilo afectivo con los hijos/as, en personas que recibieron malos tratos en la infancia, (Berthelot el al, 2015).

Las consecuencias de la adversidad durante la infancia, pueden además generar dificultades en la relación de pareja, lo que resulta altamente relevante para el estudio propuesto, ya que se considerará una mirada tríadica y familiar en la comprensión de los vínculos. Dado que los subsistemas de pareja y parento-filiales se influyen mutuamente, la adversidad vivida por uno o ambos progenitores podría afectar negativamente al subsistema parental, (Huber, McMahon & Sweller, 2016). La literatura muestra una mayor prevalencia de separaciones de pareja en personas que durante la infancia experimentaron abuso físico,

violación o agresión física grave, (Hodges, Godbout, Briere, Lanktree, Gilbert & Kletzka, 2013). El tipo de vínculo de pareja establecido, estaría teñido por la ansiedad ante el abandono y/o la evitación de la cercanía, lo que se asocia a menores niveles de satisfacción de pareja y a una percepción negativa del otro, (Rivera, 2006; Pedro, Ribeiro & Shelton, 2015; Guzmán & Contreras, 2012).

Además, como se señaló anteriormente, el estilo de vinculación y la satisfacción amorosa pueden permear el desarrollo de competencias parentales. En esta línea, Pedro, Ribeiro & Shelton, (2015), destacan que la dinámica de pareja va a repercutir principalmente en la flexibilidad y adaptabilidad en las distintas fases del desarrollo y la fijación adecuada de roles en relación a los hijos/as. Además, con una óptima coparentalidad, entendida como la capacidad de trabajar juntos en las tareas de crianza, se enriquecen las interacciones con los hijos/as, lo que actúa a su vez, como un elemento protector frente al posible desarrollo de psicopatología infantil, (Cortés & Olhaberry, 2014).

Es de menester señalar, la importancia de la depresión en relación a las variables del estudio. En Chile, la depresión representa uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población, existiendo una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Siendo aún mayor en ellas en etapa fértil, (Crempien, de la Parra, Grez, Valdés, López & Krause, 2017). Investigaciones muestran, que las personas que presentan sintomatología depresiva reportan mayor inseguridad en el estilo de apego, lo cual podría repercutir en el ámbito parental y amoroso, (Garrido, Guzmán, Santelices, Vitriol & Baeza, 2015). El origen de la depresión, está asociado fuertemente a la presencia de experiencias traumáticas en la infancia, (Anduaga et al , 2018).Vale decir que, un menor nivel socioeconómico y educacional se asocian también a mayor riesgo de depresión, tal como lo mostró la Encuesta Nacional de Salud, (2013).

En base a los hallazgos expuestos, profundizar en la relación entre la satisfacción de pareja, la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental, podría aportar un modelo comprensivo de lo que ocurre en el contexto clínico nacional, incorporando la dinámica de pareja como un componente influyente en la parentalidad y en la función

reflexiva. Lo que es relevante, ya que no se han realizado mayores estudios en el contexto chileno de las relaciones entre variables mencionadas, la mayoría han sido extranjeros, (Van Ijzendoorn, 1995; Fonagy & Steele, 1991; Fonagy, 2015). Asimismo, la mayoría de las publicaciones de vínculos tempranos y función reflexiva, se han abocado a díadas madre-hijo/a, no incorporando la figura del padre, (Fivaz-Depeursinge, & Corboz-Warnery, 1999; Lucassen, Tharner, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Volling, Verhulst &Tiemeier, 2011). No obstante, hay evidencia actual suficiente de los grandes aportes de intervenir con ambos cuidadores, tal como lo señalan (Sarkadi et al., 2008; Fivaz-Depeursinge & Favez, 2006), destacando los beneficios en el desarrollo psicosocial de sus hijos/as, un mejor rendimiento cognitivo y salud mental.

De acuerdo a ello, este estudio pretende describir y analizar la relación entre la satisfacción de pareja, adversidad parental infantil y función reflexiva parental, en madres y padres de niños de 1 a 3 años, controlando la variable depresión y nivel educacional.

Marco teórico

Satisfacción de pareja:

La satisfacción de pareja es un factor influyente en la dinámica familiar y la parentalidad, (Pedro et al., 2012). Se entiende como una evaluación global y subjetiva de actitudes, sentimiento**s** y valoraciones de los aspectos positivos y negativos que hace la persona sobre su pareja y la relación, (Hendrick, 1988). Cuando hay una satisfacción de pareja elevada, se habla de que hay complemento entre las partes, generalmente sienten atracción sexual, los defectos de uno son comprendidos y sobrellevados por el otro y predomina la independencia complementada con cercanía e intimidad, (Peréz & Estrada, 2006).

Es importante señalar que la literatura hace diferencias entre satisfacción de pareja entre convivientes y parejas casadas, en este estudio se ocupará indistintamente de la condición legal.

Solares, Benavides, Peña, Rangel & Ortiz, (2011), afirman que la importancia de la satisfacción de pareja, está en su influencia en la duración y mantenimiento de un vínculo amoroso y su buen funcionamiento. En esta misma línea, Hurtarte & Díaz-Loving, (2008),

hicieron una recopilación de estudios de satisfacción de pareja, estableciendo factores determinantes en esta, tales como: la intimidad, compromiso, comunicación, congruencia, reciprocidad, amor, entendimiento y responsabilidad.

Por otro lado, numerosas investigaciones relacionan la familia de origen, con la satisfacción de pareja. Martínez, Fuertes, Orgaz, Molina & González, (2014), proponen que mientras más positivo sea el ambiente familiar infantil, mayor capacidad tendrá la persona para formar y conservar relaciones íntimas satisfactorias. Este contexto, contribuiría al desarrollo de una imagen de sí mismo positiva y a una menor ansiedad frente a la posibilidad de ser abandonado (a), ya que estaría presente el sentimiento de ser digno de ser amado y cuidado por otros. Contrariamente, cuando hay desprotección y negligencia por parte de los cuidadores primarios, disminuiría la satisfacción en las relaciones amorosas, ya que habría menor intimidad, baja confianza en el otro y un intercambio emocional pobre, (Whisman, 2006).

Relacionado a ello, la satisfacción de pareja está asociada al estilo de apego de cada miembro, (Rivera, 2006). Los estilos de apego seguros, se caracterizan por tener una valoración positiva del otro, mayor intimidad, confianza, e independencia. Destacándose por presentar mayores niveles de satisfacción que los estilos inseguros, los cuales se caracterizan por tener menor intimidad, poca cercanía, alta desconfianza y mayor frecuencia de conflictos, (Guzmán & Contreras, 2012; 2006). En este sentido, la literatura evidencia que frecuentes altercados en una relación afectiva y una percepción negativa del vínculo, generan consecuencias en la salud física y emocional de las partes, repercutiendo significativamente en el sistema familiar, afectando negativamente a los hijos e hijas, (Gottman & Levenson, 1999).

Es necesario mencionar, que la satisfacción de pareja disminuye después del nacimiento de los hijos (as), debido a que el sistema familiar se complejiza, hay nuevos roles y mayor restricción de libertades, (Twenge, Campbell, & Foster, 2003). Asimismo, autores señalan que la etapa de crianza de hijos/as, es un periodo altamente demandante y estresante, ya que la pareja debe transitar desde un funcionamiento diádico a uno tríadico, lo que implica

cambios en en la identidad, así como acuerdos y ajustes para responder a las necesidades asociadas a la crianza de un hijo/a pequeño, (Widarsson et al., 2013).

Relacionado a lo anterior, la satisfacción de pareja tendería a disminuir en las madres inmediatamente después del nacimiento del hijo/a y la insatisfacción sería más profunda que en los padres, quienes mostrarían un efecto más gradual, evidenciándose la disminución entre seis a quince meses después del nacimiento del hijo/a, (Twenge et al., 2003; Doss et al., 2009). No obstante, este efecto en la satisfacción de pareja no ocurriría en todos los casos, en algunos sería transitorio y en otras, la satisfacción de pareja podría aumentar con la parentalidad, (Leavitt et al., 2016).

En relación a la parentalidad y satisfacción de pareja, algunos estudios proponen que una baja satisfacción de pareja, tendría un impacto negativo en las competencias parentales, es decir, situaciones conflictivas reiteradas, diferencias percibidas entre padres y madres e inestabilidad de la relación, se asociaría a problemas de comportamiento infantil y dificultad en la adaptación del sistema familiar, (Huber, McMahon & Sweller, 2016). Por otra parte, una percepción positiva de la relación, actuaría como un factor protector en la crianza, ya que nutriría las interacciones con los hijos y disminuiría la probabilidad de patología infantil, (Pérez & Olhaberry, 2014).

Por otra parte, se ha visto la relevancia de la participación en la crianza del padre. Cambios culturales y económicos, han generado una nueva constitución familiar, transformando la crianza de los hijos/as en una tarea compartida entre los miembros de la pareja, (Blanco & Martínez, 2016). La participación del padre en la crianza de los hijos (as), se ha visto que promueve un mejor vínculo de pareja y potencia la relación entre la madre y los hijos (as), (Viloria & Fernández, 2016). También, impacta en la calidad del intercambio emocional entre los miembros de la familia, generando un efecto familiar tríadico nutritivo, (León, 2017), además, sería un factor protector en la salud física y mental de los hijos (as), (Betina & Contini de González, 2011).

No obstante, en Chile sigue siendo la mujer la persona que mayoritariamente se encarga de la crianza de los hijos, (Doss et al, 2009) y frecuentemente, presenta menor

satisfacción de pareja en relación al padre y mayor sintomatología depresiva, (Crempien, de la Parra, Grez, Valdés, López & Krause, 2017). En relación a ello, investigaciones han dado cuenta que las parejas con un miembro deprimido tendrían mayores dificultades en la relación, ya que la persona estaría en un estado de mayor irritabilidad, menor interés en la comunicación, en el disfrute sexual y en la cercanía con el otro, (Lamas, 2010). Asimismo, las personas deprimidas muestran en la comunicación con su pareja una mayor frecuencia de interrupciones, expresión de sentimientos negativos, crítica y actitud defensiva. Los compañeros de las personas deprimidas, por otro lado, muestran crítica y negatividad dirigidas hacia la pareja deprimida y a la relación de pareja (Benazon & Coyne, 2000).

Depresión:

Profundizando lo anterior, la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2013), estableció que la prevalencia de sintomatología depresiva de último año fue de 16% en la población chilena, llegando a un 21,7 % entre las mujeres. En ellas, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, presentándose con una mayor frecuencia de episodios y con un mayor número de síntomas.

Estudios, muestran de manera robusta la influencia de la sintomatología depresiva en la salud mental parental y en la calidad de las interacciones familiares, (Bowlby, 1969-1982; Talbot, Baker & McHale, 2009). Existiendo una asociación significativa entre progenitores deprimidos y mayor prevalencia de psicopatología en sus hijos/as, (Anduaga, Icaza, Velázquez & Gasca, 2018). También, investigaciones con muestras clínicas, han vislumbrado que las personas que presentan sintomatología depresiva reportan mayor inseguridad en el estilo de apego, (Garrido, Guzmán, Santelices, Vitriol & Baeza, 2015), lo cual permearía la forma de vincularse amorosamente y en el plano parental. Lo anterior podría explicarse por la inestabilidad anímica, la dificultad en la reciprocidad afectiva y el deterioro en su funcionamiento conductual y cognitivo, que generaría una disminución de la sincronía, la empatía y la sensibilidad con el otro, (Bilsker et al., 2005; Feldman, 2007).

El origen de la depresión, está asociado fuertemente a la presencia de experiencias traumáticas en la infancia, (Anduaga et al , 2018), aumentando la gravedad de este trastorno en personas con poli traumas infantiles, (Ballesteros, Vitriol Florenzano, Vacarezza , Andrea & Calderón, 2007).

Por otra parte, es necesario señalar que la prevalencia de la depresión tanto en hombres como en mujeres, se asocia al nivel educativo y económico, (ENS, 2013), existiendo mayor sintomatología depresiva en personas con niveles educacionales medios y bajos, demostrando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de enfermedades mentales.

Estudios chilenos muestran que las enfermedades tanto físicas como mentales, están asociadas a hábitos adquiridos tempranamente en la infancia o en la adolescencia, los cuales se encuentran asociados a factores sociales y a las posibilidades de desarrollo de las potencialidades. Las desigualdades que se observan en Chile en las condiciones de vida durante la primera infancia, como la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo parental, son factores relevantes en la salud mental, (Vidal et al, 2014).

Adversidad parental infantil:

El ser humano requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección, especialmente durante las primeras etapas de desarrollo. Cuando ello no ocurre y existen condiciones de crianza adversas, los efectos en su desarrollo pueden ser graves, impactando en el sistema nervioso central y neuroendocrino (Soler, 2008). Lo anterior, cobra una gran relevancia, ya que en Chile se estima que el 75.1% de los niños chilenos habrían sido maltratados al menos alguna vez en su vida (Ministerio del Interior, 2013). Además, hay evidencia empírica que las experiencias adversas en la infancia a menudo coexisten con múltiples otras formas de maltrato, (San Cristobal, Santelices, & Fuenzalida, 2017).

Lo anterior, tiene una alta importancia clínica, ya que las experiencias adversas infantiles impactan directamente en el desarrollo del niño/a que las vive, pero también de manera indirecta impactará en sus hijos/as, al momento de convertirse en madre o padre, (Fonagy et al, 1991).

Se consideran experiencias de adversidad en la infancia, aquellos sucesos perjudiciales, crónicos o recurrentes, angustiantes, con diferentes niveles de gravedad, con graves consecuencias para la salud, en los que hubo falta de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos en forma satisfactoria, volviéndolos potencialmente traumáticos, (Vega-Arce, & Nuñez-Ulloa, 2017). La literatura señala que las personas que

han vivido este tipo de hechos, presentan mayores sentimientos de desconfianza, rechazo o temor a vincularse con terceros**,** problemas en la regulación emocional y en la integración del autoconcepto, (Kapelaris, 2014). A partir de estas dificultades, las experiencias traumáticas se podrían transmitir de una generación a otra a través de la forma de vincularse y la afectividad desarrollada entre padres/madres y sus hijos/as, (Van IJzendoorn, 1995). Adicionalmente, las representaciones de los padres y madres sobre sus experiencias de apego pasadas, afectan el grado de sensibilidad y la respuesta frente a las demandas de cercanía y apego infantil, (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975; Fonagy, Steele & Steele, 1991; Tenorio De Aguiar, Santelices & Pérez, 2009; Guzmán, M. & Contreras, 2012).

Complementando lo anterior, se ha evidenciado, que vivencias como violación y abuso sexual, son experiencias adversas que permean considerablemente los vínculos amorosos en la edad adulta. Las personas que experimentaron estos hechos, tenderían a tener una menor satisfacción en sus relaciones y un mayor número de parejas sexuales, por ende, menor estabilidad, (Testa, VanZile-Tamsen & Livingston, 2005; Whisman, 2006; Echeburúa & Corral, 2006). Otros hallazgos sugieren que la exposición a violencia familiar, tanto psicológica como física, se asocia a graves dificultades en la construcción de vínculos y predice una baja satisfacción con la relación y la repetición de patrones relacionales poco adaptativos, (Godbout, Daspe, Lussier, Sabourin, Dutton, & Hébert, 2017).

Por otra parte, la evidencia empírica afirma robustamente una asociación significativa entre experiencias adversas en la infancia y fallas en la mentalización, (Berthelot et al, 2015). Lo anterior, puede tener injerencia en la capacidad de monitorear y regular las propias reacciones de angustia, impotencia o miedo ante la angustia del niño/a. Puede ocurrir que el niño (a) experimente su vida interior como estéril e incognoscible en los casos más graves, lo que está íntimamente relacionado con el concepto de “fantasmas” acuñado por Fraiberg, (1975). La autora plantea que, en la mayoría de los casos, él bebe reclama el amor parental de manera imperativa y los “fantasmas” de hechos traumáticos vinculares de los padres desaparecen y no ocasionan daños en los vínculos presentes con los hijos/as. Sin embargo, en algunas ocasiones estos visitantes del pasado, toman posición de la crianza, irrumpiendo

de manera inesperada y convirtiendo al bebé en actor silencioso del drama de los padres (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975).

No obstante, cuidadores con mayores recursos y una función reflexiva desarrollada, a pesar de haber sufrido adversidad temprana, lograrían filtrar los efectos negativos de dichas vivencias, y serían capaces de proteger a sus hijos de conductas inapropiadas e ineficaces, debido a que son más conscientes de su propio mundo interno, (Ensink,Normandin, Plamondon, Berthelot & Fonagy, 2016). En esta línea, la literatura muestra también que contextos menos estresantes y relaciones positivas, protegen y limitan el impacto del trauma en los hijos/as, (Hodges et al, 2013).

Vale decir, que la mayoría de estos estudios se han centrado en las madres, sin considerar el rol del padre.

Función reflexiva parental:

Este concepto fue desarrollado por Peter Fonagy en el año 1991 y contribuyó a enriquecer la comprensión de los vínculos tempranos y la teoría del apego. Definió la función reflexiva, como la capacidad de reconocer y reflexionar sobre las propias experiencias y la de los otros, en términos de estados mentales, como intenciones, sentimientos, pensamientos y deseos, (Fonagy et al., 1991). Con la finalidad de dar sentido y anticipar las acciones de cada uno, considerando que las vivencias subjetivas pueden ser dinámicas y cambiantes (Fonagy & Target, 1997; Fonagy, et. al., 2002).

Además, la relevancia de la función reflexiva radica en que permite mantener relaciones interpersonales sanas, generando un desarrollo socioafectivo satisfactorio y positivo. Personas que presentan una falla en esta capacidad, presentan una baja sensibilidad hacia los otros, (Santelices, Zapata, Fischersworring, Pérez, Mata, Barco, Olhaberry & Farkas, 2016).

Mientras que la función reflexiva parental, permite la disponibilidad emocional de los cuidadores y la capacidad de reflejar las experiencias subjetivas del infante adecuadamente, concibiéndolo como un sujeto que posee un mundo interno con emociones, deseos, intenciones y fantasías asociadas a su comportamiento, (Fonagy, Steele & Steele, 1991). A

través de esta, padres y madres son capaz de propiciar procesos regulativos y afectivos sanos, (Luyten ,Mayes, Nijssens , Fonagy, 2011). Esta capacidad, se ha descrito como uno de los principales logros del desarrollo, y se propone que alcanzarla es facilitado por relaciones de apego seguro, (Besoain & Santelices, 2009).

En este sentido, la función reflexiva parental, facilita la crianza sensible, ya que permite pensar en uno mismo y en los demás como seres psicológicos, considerando los estados mentales subyacentes y las motivaciones al interpretar los comportamientos en contextos de apego, (Bilbao, 2014).

Asimismo, la función reflexiva parental es un medio a través del cual los patrones de apego se transmiten intergeneracionalmente, (Fonagy et al., 1991). Lo cual cobra alta relevancia, por la amplia evidencia de la asociación entre los patrones de apego materno y los patrones de apego de infantiles, (Fonagy et al., 1991; Vanljzendoorn, 1995). También, es una capacidad que permite a los padres acceder flexible y coherentemente a las emociones y memorias significativas de las propias experiencias de apego tempranas, además de proveer una base segura a los propios hijos e hijas, (Besoain, & Santelices, 2009).

La literatura evidencia que la prevalencia de traumas y/o circunstancias desfavorables en la infancia genera dificultades en la función reflexiva parental. Ya que hay menor regulación emocional, empatía, dificultad para el autoconocimiento y búsqueda de intimidad, factores cruciales a la hora de entender el mundo interno propio y de los otros, (Berthelot et al, 2015). Sin embargo, no determina necesariamente el rechazo a la intimidad en las relaciones de pareja ni tampoco bajos niveles en la satisfacción en la pareja, (Wells, 2012). Dado que las interacciones con otros son potenciales moderadores y mediadores de la relación entre adversidad temprana y la angustia a largo plazo, (Runtz & Schallow, 1997; Whiffen, Judd, y Aube, 1999).

Finalmente, de acuerdo a lo expuesto, se puede apreciar la importancia del estudio de las variables: satisfacción de pareja, adversidad parental infantil y función reflexiva parental, desde una mirada tríadica, considerando los aportes en la compresión diagnóstica para el diseño de intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a ambos cuidadores, (Cortés & Olhaberry, 2014).También, incorporar la satisfacción de pareja, en contextos familiares,

como un factor influyente en la calidad de los vínculos familiares, (Guzmán & Contreras, 2012), teniendo en consideración las diferencias de sexo de los progenitores. Asimismo, incorporar la adversidad parental infantil, como un hecho que ocurre con una alta frecuencia en la población chilena.

Se controlará las variables depresión y nivel educacional, debido a la alta prevalencia de sintomatología depresiva en Chile y la relación de esta con las variables de estudio. Asimismo, estudios empíricos dan cuenta de la importancia de los determinantes sociales en la salud mental, (ENS, 2013).

Objetivo del estudio:

Pregunta de investigación: ¿cómo es la relación entre la satisfacción de pareja, la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental en padres y madres con hijos/as entre 1 y 3 años con dificultades en el desarrollo socioemocional infantil?

Objetivo general: describir y analizar la relación entre la satisfacción de pareja, la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental en padres y madres con hijos/as entre 1 y 3 años con dificultades en el desarrollo socioemocional infantil.

Objetivos específicos:

1. Describir los niveles de satisfacción de pareja, adversidad parental infantil y función reflexiva parental, en padres y madres con hijos/as entre 1 y 3 años con dificultades en el desarrollo socioemocional infantil.
2. Comparar la satisfacción de pareja, la adversidad temprana y la función reflexiva parental entre madres y padres.
3. Analizar el tipo de relación existente entre las variables mencionadas en las madres y los padres.
4. Determinar el valor explicativo de la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental en la satisfacción de pareja en las madres y padres, utilizando como variables control la sintomatología depresiva y en nivel educacional parental.

Hipótesis:

1. Se esperan niveles medios de satisfacción de pareja, niveles medios a bajos en la función reflexiva parental y presencia significativa de adversidad infantil en los padres y madres, por tratarse de una muestra clínica.
2. Se esperan diferencias según el sexo de los progenitores en los niveles de satisfacción de pareja, pero no en los niveles de funcionamiento reflexivo ni de adversidad infantil.
3. Se espera una relación negativa entre la adversidad parental infantil y la satisfacción de pareja y la función reflexiva parental. Es decir, a mayor adversidad se espera encontrar menores niveles de satisfacción de pareja y de función reflexiva en padres y madres.
4. Se espera que la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental expliquen en algún porcentaje los niveles de satisfacción de pareja en madres y padres.

Metodología:

Diseño

La presente investigación corresponde a un diseño cuantitativo, cuasi experimental, transversal y correlacional.

En primera instancia, se describió y caracterizó las variables principales del estudio: satisfacción de pareja, adversidad parental infantil y función reflexiva parental, considerando sus promedios y desviaciones estándar para padres y para madres. Posteriormente, se correlacionó las variables mencionadas para analizar la relación entre estas. Posteriormente, se realizó un análisis de regresión por pasos para evaluar el valor explicativo de la adversidad y la función reflexiva en la satisfacción de pareja, controlando las variables sintomatología depresiva y nivel educacional parental.

Para el estudio, se utilizaron datos secundarios del proyecto FONDECYT N° 11140230 titulado “Implementación y Evaluación de una Intervención con Videofeedback focalizada en la Calidad Vincular y la Función Reflexiva Parental, dirigida a triadas Madre-Padre-Hijo/a con Dificultades en el Desarrollo Socioemocional Infantil”. Participaron 80 triadas (población clínica) madre-padre-hijo/a entre 1 y 3 años, de NSE bajo, medio y alto que residentes en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

Participantes

La muestra está constituida por un total de 80 tríadas compuesta por 80 padres, 80 madres y 80 niños/as entre 1 y 3 años de edad. Los criterios de inclusión del estudio fueron: padres y madres mayores de 18 años, en una relación de pareja heterosexual actual y con al menos un hijo/a entre 12 y 36 meses, con dificultades en su desarrollo socioemocional (evaluado con Age and Stage Questionnaire, ASQ-SE), residentes en la Región Metropolitana de Santiago, Chile y pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos. Los criterios de exclusión considerados en los padres y los niños fueron la presencia de alguna discapacidad (intelectual y de los sentidos), psicosis diagnosticadas y/o la presencia de adicciones.

En relación a las madres, la edad promedio fue de 32.26 (*SD*= 4.97*)*. En cuanto a su jornada laboral, un 48,8% de las madres de la muestra tienen una jornada de trabajo de tiempo completo, 20% trabaja media jornada, 7,5% trabaja menos que media jornada y un 23,8% no trabaja. En relación a los años de escolaridad en las madres, la media fue 14.96 años (*SD*= 2.67*)*. Respecto a su nivel educacional, se observó que un 7,6% presentaba escolaridad incompleta, un 17,5% escolaridad completa, un 16,3% de las madres poseía formación técnica o profesional y un 58,8% tenía formación universitaria. En cuanto a los padres de la muestra, la edad promedio fue 34.66 (*SD*= 6.34). En lo tocante a la jornada laboral de los padres, un 93,8% trabaja jornada completa, un 1,3% lo hace media jornada, el 3,8% trabaja menos que media jornada laboral y un 1,3% no trabaja, observándose diferencias significativas respecto a las madres en este aspecto ($\chi^2_{3=}$41.80; p<.001). En cuanto a los años de escolaridad de los padres la media fue de 15.09 años (SD= 2.52). Por otro lado, un 8,8% de los padres presentó escolaridad incompleta, un 12,5% completó escolaridad; un 22,5% poseía formación técnica o profesional y un 56,3% tenía estudios universitarios, por lo que no se parecían diferencias significativas entre padres y madres en el nivel de escolaridad ($\chi^2_{5=}$4.00).

TABLA 1

Caracterización de la muestra de padres y madres

	Frecuencia	%
Sexo del niño		
Mujer	32	40
Hombre	48	60
Lugar del niño en la fratria		
1	57	71
2	16	20
3	4	5
4	3	4
Asiste Sala Cuna/Jardín		
Sí	43	58
No	31	42
Nivel Educativo Madre		
Básica incompleta	1	1
Básica completa	3	4
Media incompleta	2	3
Media completa	14	17
Superior técnico	13	16
Superior universitario	47	59
Nivel Educativo Padre		
Básica completa	2	3
Media incompleta	5	6
Media completa	10	12
Superior técnico	18	23
Superior universitario	45	56

Instrumentos

Ficha de antecedentes: Las familias fueron derivadas por las Directoras y Educadoras de Salas Cuna y Jardines Infantiles JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles del Ministerio de Educación Gobierno de Chile), el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Padre Alberto Hurtado y también, por demanda espontánea de los padres a través de las terapeutas.

Relationship Assessment Scale (RAS); (Hendrick, 1988):

Se utilizó para evaluar la satisfacción de la pareja. Es un cuestionario de auto-reporte que evalúa la satisfacción global que tienen las personas adultas con la relación de pareja. Está compuesto de manera unifactorial por 7 ítems, (por ejemplo, "¿Cómo considera que su pareja satisface sus necesidades? En general, ¿qué tan satisfecho está con su relación?"), cada una calificada por una escala de Likert de 5 puntos, donde 1 corresponde al nivel más bajo de satisfacción y 5 a la puntuación máxima, con una puntuación total que varía de 7 a 35, donde las puntuaciones más altas indican una mayor satisfacción de la pareja. Para este estudio, se utilizó la versión adaptada por las autoras chilenas Rivera y Heresi, (2011) en población no clínica, conformada por parejas heterosexuales residentes en Santiago de Chile, donde las madres mostraron una media de 29.87 (SD=5.05) y los padres de 30.56 (SD= 4.232), puntajes considerados altos por las autoras. Se reportó una consistencia interna de 0.90, siendo el mismo valor que se obtuvo para madres y padres en la presente investigación.

The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): (Bernstein& Fink, 1997).

Es un Cuestionario de autoreporte, el cual tiene 28 ítems que miden 5 tipos de maltrato: abuso emocional, físico y sexual, y negligencia emocional y físicas, en escala Likert de 5 categorías. Cada pregunta se refiere a cualquier evento que pueda haber experimentado antes de la edad de 17 años. La confiabilidad para el CTQ es adecuada con altos puntajes de consistencia interna. Los coeficientes de alpha de cronbach para las subescalas son desde .81 hasta .95. Durante un período de 3 meses y medio, el coeficiente de prueba-reprueba fue de 0,80. Las pruebas de análisis factorial mostraron invariación estructural, lo que demuestra una buena validez. En este estudio, el valor alpha de cronbach encontrado para cada una de las subescalas varió de .69 hasta .84 en el padre, mientras que para la madre varió entre .59 hasta .90.

The Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ), (Luyten, Mayes, Nijssens & Fonagy, 2017)**.**

Este instrumento contiene 39 ítems que evalúan la comprensión de los padres en relación a los estados mentales y el comportamiento de su hijos/a. Evalúa cada ítem en una

escala Likert de siete puntos, donde “1” es completamente desacuerdo y “7” completamente de acuerdo. Cuenta con tres subescalas: (1) modos de pre-mentalización (PM), En relación a las tres escalas en que se divide el cuestionario utilizado para medir función reflexiva, se observa en la primera escala pre-mentalización (PM), está diseñada para evaluar los modos de no mentalización, por ejemplo: “en ocasiones mi hija/hijo se enferma para evitar que yo haga lo que quiero hacer". (2) certeza de los estados mentales (CM), contiene ítems que evalúan la incapacidad de reconocer que los estados mentales no son diáfanos; por ejemplo, “Cuando me enojo con mi hija/hijo siempre se la razón del porqué” y (3) el interés de los padres y la curiosidad (IC), se refiere al interés y curiosidad que rodea a los estados mentales de los padres, por ejemplo, "*Me gusta pensar sobre las razones detrás de la forma cómo mi hijo/hija se comporta y siente*. Según el puntaje obtenido en cada una de las escalas se determina el grado de mentalización del padre y madre. El PRFQ, en su versión original, es un cuestionario con 18 preguntas. Posee una adecuada consistencia interna en todas sus subescalas: pre-mentalización (α = .70), la certeza de los estados mentales (α = .82) y el interés y la curiosidad (α = .74). Esta estructura de tres sub-escalas se mantiene para las madres y los padres, y ha sido replicada en dos muestras independientes. La validez de constructo se desprende de la asociación de estas subescalas con el apego de los padres, la disponibilidad emocional y el estrés y la angustia parental, así como el patrón de apego infantil evaluado mediante el procedimiento de la situación extraña. Altos puntajes en las subescalas PM y CM indican baja función reflexiva parental, altos puntajes en la subescala IC indican alta función reflexiva parental. (Luyten et al,2011; Rutherford et al, 2013). En este estudio, los alfa de cronbach de la madre para las subescala fueron de: pre-mentalización (α=.61), en la Certeza de los estados mentales (α=.78) y en el interés y curiosidad por los estados mentales (α=.61). En el caso del padre, en la escala de pre-mentalización fue de (α= .43), en la certeza de los estados mentales (α.=69) y en el interés de los estados mentales (α= .44).

Inventario de depresión de Beck, versión BDI-II (Beck, Ward, Mendelson, Marck, & Erbaught, 1961). Se utilizó para evaluar la variable control "depresión".

Es un cuestionario de auto reporte de 21 ítems, que evalúa gravedad de la sintomatología depresiva (cognitiva, afectiva, motivacional y fisiológica) en adultos y adolescentes. Los individuos deben elegir su respuesta frente a una afirmación entre cuatro opciones, las que generan puntajes entre 0 y 3 puntos, variando el puntaje total de la escala entre 0 a 63 puntos. A mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva actual. Se definen cuatro categorías: 0-9 mínima, 10-18 leve, 19-29 moderada, 30-63 severa. La confiabilidad de la prueba es buena, en la versión española aplicada a pacientes con trastornos psicológicos se obtuvo un valor alfa = 0,90 (Vázquez & Sanz, 1999) y en población chilena, se obtuvo un valor alfa de cronbach = 0, 93 (Valdés, Morales-Reyes, Pérez & Krause, 2015). En este estudio, el instrumento tuvo un alfa de cronbach de 0,84.

Procedimiento

La muestra de este estudio está compuesta por 80 tríadas compuestas por padres, madres y sus hijos/as entre 1 y 3 años participantes en el proyecto.

Los criterios de inclusión definidos para los participantes de esta investigación fueron: integrar una familia nuclear con padre y madre presentes, con al menos un(a) hijo(a) entre 1 y 3 años de edad con dificultades en el desarrollo socioemocional (evaluado con el Age and Stage Questionnaire - SE); residir en la Región Metropolitana de Santiago de Chile y pertenecer a distintos niveles socioeconómicos. Como criterios de exclusión se estableció la presencia de alguna patología física grave y/o psiquiátrica diagnosticada (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) en alguno de los padres, y/o presencia de adicciones problemáticas en estos.

El estudio realizado contó con la certificación de los comités de ética institucionales de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica

Los padres participaron voluntariamente y ambos firmaron una carta de consentimiento informado antes de realizar la evaluación.

Las familias fueron contactadas a través de profesionales de Salas Cunas y Jardines Infantiles JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles del Ministerio de Educación del Gobierno de Chile), a través de Centros de Salud Pública Familiar (CESFAM) y por demanda espontánea de padres y madres. Para la participación de las familias en el estudio, inicialmente se puso en conocimiento a padres y madres de las características de la investigación y se evaluaron los criterios de inclusión y exclusión. Quienes cumplían los criterios y aceptaron participar, firmaron una carta de consentimiento informado en la primera sesión de evaluación. Realizado lo anterior, se procedió a la aplicación de los instrumentos en los domicilios de las familias o en salas de clases de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, según preferencia de los participantes. Las mediciones fueron realizadas durante los años 2015 y 2016 por psicólogos clínicos, quienes fueron también capacitados para el uso de los instrumentos utilizados. Es relevante mencionar que todas las tríadas participantes del estudio recibieron una intervención con posterioridad a la evaluación, y que los psicólogos codificadores firmaron un acuerdo de confidencialidad en relación al uso y manejo de los datos.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v25). Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo para obtener los promedios y desviaciones estándar en cada variable estudiada: función reflexiva parental, adversidad parental infantil y satisfacción de pareja.

Para evaluar la asociación existente entre las variables, se realizó un análisis correlacional entre la función reflexiva parental, satisfacción de pareja y adversidad parental infantil, utilizando correlación de Pearson. Para comparar los puntajes obtenidos en las variables estudiadas en los grupos de padres y madres, se utilizó prueba T de student y finalmente, se realizó una regresión lineal por pasos, para evaluar el valor explicativo de la función reflexiva, adversidad parental infantil en la satisfacción de pareja, controlando la variable de nivel educacional y sintomatología depresiva de padres y madres.

Análisis Descriptivos

Análisis descriptivos y comparativos de satisfacción de pareja, adversidad parental infantil y función reflexiva, en padres y madres.

Para analizar la satisfacción de pareja, se utilizó el *Relationship Assesment Scale* (Hendrick, 1988). *S*e encontró que, en las madres, la media observada fue de 29,08 (*DE*=5.8 rango entre 11 y 35 puntos), mientras que, en los padres, fue 29.65 (SD=4.64 rango entre 15 y 35 puntos). Ambos grupos mostraron niveles altos de satisfacción de pareja, sin diferencias estadísticamente significativas [$t_{(79)}$= -1.314; *p*=.193], (Ver tabla 2). Al comparar estos resultados con el estudio de Rivera y Heresi, (2011), que comprendió una muestra no clínica, en el que se reportaron promedios de satisfacción de pareja alta, donde las madres presentaron una media de 29.87 (*SD*= 5.05) y los padres de 30.56 (*SD*= 4.23). Se evidencia que ambas muestras tienen promedios de satisfacción de pareja similares, siendo levemente más bajos en la presente investigación, (Ver Tabla 2).

Para realizar el análisis de la depresión parental, se empleó el *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Las madres mostraron una media de 10.28 (SD= 6,53 con variaciones entre 0 y 29), correspondiente a la categoría depresión leve, mientras que los padres obtuvieron una media de 6.45 (*SD*= 5,40 con variaciones entre 0 y 23), situándose en la categoría depresión mínima, (Ver Tabla 3). Lo anterior indica que las madres mostraron mayor sintomatología depresiva que los padres, existiendo diferencias significativas [$t_{(79)}$ =4,72; *p*<,001]. En detalle, un 51.2% de las madres mostraba sintomatología depresiva mínima, 38.8% sintomatología leve y 10% sintomatología moderada (Ver Tabla 4). En los padres, un 73.8% presentó sintomatología depresiva mínima, 23.8% sintomatología leve y 2.5% sintomatología moderada (Ver Tabla 5).

Para identificar y analizar la función reflexiva parental entre padres y madres, se utilizó el instrumento de PRFQ, (Luyten, Mayes, Nijssens & Fonagy, 2017), el cual contiene tres subescalas. En la escala de p*rementalización*, las madres presentaron una media de 6,09 (*SD* = .91 rango de 3,5 y 7) y los padres una de 6,08 (*SD* = 0.88 rango de 3,7 y 7). De acuerdo a ello, ambos mostraron fallas persistentes en la función reflexiva, sin diferencias

estadísticamente significativas, [$t_{79)}$ = -,61; p = ,951]. Al comparar estos resultados, con los obtenidos en la validación del instrumento PRFQ, (Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, 2017), que comprendió una muestra no clínica, reportando promedios de una adecuada mentalización, con una media de 2,0 (SD=5,8). Se desprende lo anterior, que las madres y los padres de este estudio, presentan dificultades elevadas en la mentalización, en relación a muestras no clínicas.

En relación con la segunda escala de *certeza de los estados mentales (CM),* las madres presentan una media de 4,38 (*SD* = 1.27 rango de 2 a 7) y los padres de 4,38 (*SD* = 1,26 rango de 2 a 7), no observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, [$t_{(79)}$ =-,222; p =,825]. Se evidencia que la mayoría de los padres y madres estudiados, experimentan una alta certeza en relación a los estados mentales internos. Al comparar estos resultados, con la muestra no clínica de Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, (2017), quienes obtuvieron promedios de una adecuada función reflexiva, con una media de = 3.33(SD = 1.13). Se desprende que las madres y padres de este estudio, tienen dificultades para cuestionar las propias atribuciones de las emociones del mundo interno del infante.

Por último, en la *escala interés de los padres y la curiosidad (IC),* las madres presentan una media de 6,09 (*SD* = 0,89 rango de 3 y 7) y los padres de 5,90 (*SD* = 0,74 rango de 3 y 7). Lo cual indica que ambos padres son capaces de mostrar un adecuado interés y curiosidad por los estados mentales de sus hijos. No observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, [t_{79} = 1,61; p=,111]. Al comparar estos resultados, con la muestra no clínica de Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, (2017), quienes obtuvieron promedios elevados en el interés y curiosidad de los padres hacia el mundo interno de sus hijos, con una media de= (6.05, SD = .58). Se observa, que las madres y padres de este estudio, reportan resultados similares a esta muestra no clínica, siendo levemente más bajo en los padres.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de Satisfacción de Pareja en padres y madres

	N	Rango	Media	DE
SP Madre	80	11 – 35	29,08	5,11
SP Padre	80	15 – 35	29,65	4,64

Nota. SP=Satisfacción de Pareja.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de Depresión Parental

	N	Rango	Media	DE
DP Madre	80	0 – 29	10,28	6,53
DP Padre	80	0 – 23	6,45	5,40

Nota. DP=Depresión Parental.

Tabla 4

Distribución de las categorías de sintomatología depresiva en madres

Categorías	Rango	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínima	0-9	41	51,2	51,2	51,2
Leve	10-18	31	38,8	38,8	90
Moderada	19-29	8	10	10	100.0
Severa	30-63	0	0	0	
Total		80	100	100.0	

Tabla 5

Distribución de las categorías de sintomatología depresiva en padres.

Categorías	Rango	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínima	0-9	59	73.8	73,8	73,8
Leve	10-18	19	23,8	23,8	97.5
Moderada	19-29	2	2.5	2,5	100.0
Severa	30-63	0	0	0	0
Total		80	100	100.0	

Tabla 6

Análisis comparativo de las sub-escalas para medir función reflexiva parental en padres y madres, se presentan los promedios por ítem en cada sub-escala..

Escalas de PRFQ		Mínimo	Máximo	Media	SD
Pre-Mentalización (PM)	Madre	3.5	7	6.09	.91
Alto puntaje es baja mentalización	Padre	3.7	7	6.08	.89
Certeza de los estados mentales (CM)	Madre	2	7	4.38	1.26
Alto puntaje es baja mentalización	Padre	2	7	4.38	1.26

Interés de los padres y la curiosidad (IC)	Madre	3	7	6.09	.89
Alto puntaje es alta mentalización	Padre	3.5	7	5.91	.73

Análisis descriptivos y comparativos de adversidad parental infantil en padres y madres.

Para identificar y analizar los niveles de adversidad parental infantil total entre padres y madres, se utilizó el instrumento The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), (Bernstein& Fink, 1997). En las madres, la media observada fue de 50.95 (SD= 13,25 rango entre 39 y 99 puntos), mientras que en los padres, fue 44.83, (SD= 9.21, rango entre 34 y 79 puntos), observándose diferencias estadísticamente significativas [$t_{(79)}$= 3,468 p<.001], las madres mostraron mayor prevalencia de experiencias traumáticas que los hombres.(Ver Tabla 7).

Análisis descriptivos y comparativos de las sub-escalas de trauma en padres y madres:

Antecedentes de abuso sexual: en las madres, la media observada fue de 6,54 (SD=3,26 con un rango 5 y 22), mientras que en los padres, la media fue de 5,46 (SD 1,68 con un rango 5 y 13).Observándose diferencias estadísticamente por sexo,[t= 2,92;p=0,04] (Ver Tabla 7), las madres presentan un número mayor de experiencias de abuso sexual. En relación al número de participantes que cumplen con el criterio de trauma en esta subescala, 15 fueron madres y 5 padres, (Ver Tabla 8).

Antecedentes de abuso físico: en las madres, la madia observada fue de 7,34 (SD=351 con un rango de 5 a 22), mientras que en los padres, la media fue de 6,25, (SD=2,02), (Ver Tabla 7), apreciándose diferencias significativas, [$t_{(79)}$=2,3 p=,024], las madres presentan mayor presencia de abuso físico que los padres. En relación al número de participantes que

cumplen en criterio de trauma en esta subescala, 27 fueron madres y 6 fueron padres, (Ver Tabla 8).

*Antecedentes de abuso emocional: e*n las madres, la media observada fue de 10,21 (SD =4,92 rango 5 y 24), mientras que en los padre, la media fue de 7,41 (SD=3,10 rango 5 y 18), apreciándose diferencias significativas entre padres y madres [$t_{(79)}$=4,33 p<,001], (Ver Tabla 7). Estas últimas, presentan mayores antecedentes de abuso emocional. En relación al número de madres y padres que cumplen en criterio de trauma en esta subescala, 37 fueron mujeres y 16 fueron hombres, (Ver Tabla 8).

Antecedentes de negligencia física: en las madres, la media observada fue de 8,31 (SD= 2,91 con un rango de 5 y 17), mientras que en los padres, la media fue de 7,45 (SD= 2,74), (Ver Tabla 7), apreciándose diferencias significativas, [$t_{(79)}$=2,16 p= ,034], las madres presentan mayores antecedentes de negligencia física. En relación al número de madres y padres que cumplen en criterio de trauma en esta subescala, en las madres fue de 43, mientras que en los padres fue de 28, (Ver Tabla 8).

Antecedentes de negligencia emocional: en las madres, la media observada fue de 10,6 (SD= 4,31 con un rango de 5 y 23), mientras los padres tuvieron una media de 8,56(SD= 3,6 rango de 5 y 21), apreciándose diferencias significativas [$t_{(79)}$=3,1 p= ,003],las madres presentan mayores antecedentes de negligencia emocional, (Ver Tabla 7). En relación al número de madres y padres que cumplen en criterio de trauma, 18 fueron madres y 6 fueron padres, (Ver Tabla 8).

En síntesis, un 31.3% de las mujeres no reportó antecedentes de experiencias traumáticas; un 36.3% refirió antecedentes en una a dos categorías y un 32.5% lo hizo en tres o más. En cambio, un 63.8% de los padres no reportó antecedentes de trauma infantil; un 26.3% reportó antecedentes en una a dos categorías y un 9,5% lo hizo en tres o más (Ver Tabla 9).

Tabla 7

E*stadísticos descriptivos adversidad parental infantil en padres y madres (CTQ)*

	N	Mínimo	Máximo	Media	SD
Adv. Total (M)	80	34	99	50,9	13,54
Adv. Total (P)	80	34	79	44,8	9,18
AFísico(M)	80	5	22	7,34	3,51
ASexual(M)	80	5	21	6,54	3,26
AEmocional(M)	80	5	24	10,2	4,92
NFísica(M)	80	5	17	8,31	2,91
NEmocional(M)	80	5	23	10,6	4,31
AFísica(P)	80	5	15	6,25	2,02
ASexual(P)	80	5	13	5,46	1,7
AEmocional(P)	80	5	18	7,41	3,1
NFísico(P)	80	5	16	7,45	2,74
NEmocional(P)	80	5	21	8,56	3,6

Nota. Adv.Total= adversidad total, M=madre, P=padre, AFísico=antecedentes de abuso físico, ASexual= antecedentes de abuso sexual, AEmocional= antecedentes de abuso emocional, NFísica= antecedentes de negligencia física y NEmocional= antecedentes de negligencia emocional.

Tabla 8

Frecuencia de experiencias adversas infantiles que cumplen el criterio de trauma, en padres y madres.

participantes	categorías de trauma	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
Madre	Abuso físico	27	33,8	33,8	100
Padre	Abuso físico	6	7,5	7,5	100
Madre	Abuso sexual	15	18,8	18,8	100
Padre	Abuso sexual	5	6,3	6,3	100
Madre	Negligencia física	43	53,8	53,8	100
Padre	Negligencia física	28	35	35	100
Madre	Negligencia emocional	18	22,5	22,5	100
Padre	Negligencia emocional	6	7,5	7,5	100

Tabla 9

Frecuencia de madres que cumplen el criterio para trauma. En 1, 2, 3,4 o 5 subescalas

Categorías de trauma	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	25	31,3	31,3	31,3
1	14	17,5	17,5	48,8
2	15	18,8	18,8	67,5
3	12	15	15	82,5
4	10	12,5	12,5	95
5	4	5	5	100
Total	80	100	100	

Tabla 10

Frecuencia de padres que cumplen el criterio para trauma. En 1, 2, 3,4 o 5 subescalas

Categorías de trauma	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	51	63,7	63,7	63,7
1	13	16,3	16,3	80
2	8	10	10	90
3	2	2,5	2,5	92,5
4	4	5	5	97,5
5	2	2,5	2,5	100
Total	80	100	100	

Análisis correlacionales:

Para determinar el tipo de relación existente entre satisfacción de pareja, adversidad parental infantil y función reflexiva, se realizó una matriz de correlaciones de Pearson (Ver Tabla 11).

Como se puede observar, existe una alta correlación positiva y estadísticamente significativa en la *satisfacción de pareja* de ambos padres (r=,682; p<,001), lo que indica

una interdependencia en el plano afectivo, es decir, a mayor satisfacción de pareja en el padre, mayor satisfacción también en la madre.

Conjuntamente, la *satisfacción de pareja* de la madre correlacionó de manera negativa con la vivencia de depresión *parental,* (*r*= -,472; *p*<,001). Igualmente, la satisfacción de pareja del padre correlacionó negativamente con la vivencia de *depresión parental,* (*r*= -,489; *p*<,001). Lo anterior, indica que cuando hay prevalencia de síntomas depresivos en los miembros de una pareja, la satisfacción con el vínculo tiende a ser más desfavorable. Mientras que madres y padres más satisfechos, presentarían menores niveles de sintomatología depresiva.

Asimismo, se evidenció que la *satisfacción de pareja* de la madre correlacionó negativamente con haber vivido experiencias adversas a nivel global, (r= **-,**23 p=0,04**),** es decir, las vivencias hostiles en la infancia, influyen negativamente en estar conforme con su vínculo amoroso. Y específicamente, la *satisfacción de pareja* de la madre correlacionó negativamente con la sub-escala de antecedentes de negligencia emocional de esta, (r=-,27; p=0,02).

En cuanto al padre, su *satisfacción de pareja*, también correlacionó de manera negativa con antecedentes de trauma infantil total, (r=-,31 p<.001) y específicamente con presentar *antecedentes de abuso sexual* (r=-,303 p<.001), con experiencias *de abuso emocional* (r=-,331 p<.001) y con haber sufrido *negligencia emocional,* aunque de forma más leve que las otras dos, (r=,23 p<.05).

Ahora bien, en la madre, se aprecia una correlación positiva y estadísticamente significativa entre presentar *depresión* y *experiencias adversas* a nivel global, (r=,262 p=0,19), Específicamente, se evidenció correlaciones positivas y significativas entre depresión y haber sufrido *abuso emocional* **(**r=,303; p=,003*) y antecedentes de negligencia emocional,* **(**r=,234 p<.05).

Respecto a la *sintomatología depresiva* del padre, esta correlacionó positivamente con el *trauma* total de este, (,244 p<.05), específicamente con las sub-escalas de antecedentes de *abuso sexual* de este (,244 p=,029)**,** con *antecedentes de abuso emocional* (,20 p<.05), con

antecedentes de *negligencia física* del padre (,254 p=,023) y con antecedentes de *negligencia emocional* del mismo, (,275 p<.05).

Otro aspecto a destacar, es que se evidenció una correlación positiva y estadísticamente significativa entre estados *pre-mentalizantes* y depresión, en ambos progenitores. En la madre, la correlación entre las variables mencionadas fue de: (r=,328 p=,003) y en el padre la correlación fue de (,275 p=,013). Lo cual alude a una baja función reflexiva en la madre y en el padre.

Correlaciones cruzadas entre padres y madres

Se apreciaron correlaciones cruzadas entre padres y madres, es decir, ciertas variables de uno (a), influían en el otro. Una de ellas fue la correlación positiva y estadísticamente significativa entre la *satisfacción de pareja* de ambos padres (*r*=,682; *p*<,001), tal como se mencionó anteriormente.

También, se evidenció que la *satisfacción de pareja* del padre, correlacionó de manera negativa con el *trauma total de la madre,* (r=-,223 p=,038). Específicamente, la satisfacción del padre correlacionó negativamente con la sub-escala de *abuso sexual* de ella, (r=-,230 p=.040) y con antecedentes de negligencia emocional de esta, (r=-,22 p=0,37). Además, la *satisfacción de pareja* del padre correlacionó negativamente la d*epresión* de la madre, (r=-,41 p<.01).

Al mismo tiempo, la depresión del padre correlacionó positivamente con antecedentes de abuso sexual de la madre (r=,43 p<.01), con antecedentes de abuso físico en la madre (,23 p=,007), con antecedentes de abuso emocional de esta (r=,25 p<.01) y antecedentes de negligencia emocional de la madre, (r=,25 p<.05).

Tabla 11

Correlaciones: (parte 1)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Satisfacción (M)									
2.Satisfacción(P)	**0,68*** **								
3.Depresión(M)	**-0,47*** **	**-0,41*** **							
4.Depresión(P)	-0,18	**-0,49*** **	0,21						
5.Adversidad Total(M)	**-0,23***	**-0,23***	**0,26***	**0,364** **					
6.Aversidad Total(P)	-0,17	**-0,31** **	0,01	**0,24***	0,04				
7.Abuso Físico(M)	-0,02	-0,17	0,09	**0,23** **	**0,77*** **	0,04			
8.Abuso Sexual(M)	-0,19	**-0,23***	0,14	**0,43*** **	**0,68*** **	0,14	**0,49*** **		
9.Abuso Emocional(M)	-0,17	-0,14	**0,30** **	**0,25** **	**0,78*** **	0,03	**0,52*** **	**0,32** **	
10.Negligencia Física(M)	-0,15	-0,12	0,17	0,19	**0,81*** **	0,10	**0,51*** **	**0,49*** **	**0,61*** **
11.Negligencia Emocional(M)	**-0,27***	**-0,22***	**0,24***	**0,25***	**0,84*** **	-0,04	**0,52*** **	**0,42*** **	**0,67*** **
12.Abuso Físico(P)	-0,07	-0,17	-0,01	0,02	-0,06	**0,71*** **	-0,10	0,04	-0,07
13.Abuso Sexual(P)	-0,13	**-0,30** **	0,14	**0,24***	0,21	**0,48*** **	0,24	**0,24***	0,15
14.Abuso Emocional(P)	-0,21	**-0,31** **	-0,04	0,20	-0,02	**0,86*** **	-0,09	0,05	0,02
15.Negligencia Física(P)	-0,18	**-0,21***	-0,08	**0,25***	0,10	**0,83*** **	0,05	0,20	0,01
16.Negligencia Emocional(P)	-0,07	**-0,23***	0,02	**0,28***	0,07	**0,84*** **	0,13	0,10	0,10
17.Est. prementalizantes(M)	-0,12	-0,11	**0,33** **	0,17	0,11	0,01	0,01	0,12	0,04
18.Certeza de estados(M)	-0,02	-0,05	-0,04	-0,18	0,03	-0,14	0,23	0,02	-0,17
19.Interés y curiosidad(M)	0,01	0,05	-0,16	-0,13	0,12	0,01	0,07	0,05	0,09
20. Est. Prementalizantes(P)	-0,07	-0,14	0,114	**0,275***	0,04	0,02	0,16	0,15	-0,06
21..Certeza de estados(P)	0,13	0,21	-0,212	-0,209	-0,08	-0,04	0,13	-0,02	-0,18
22.Interés y curiosidad(P)	0,09	0,13	-0,133	-0,179	-0,06	-0,04	-0,06	-0,03	-0,09

*** La correlación es significativa al nivel 0,01(bilateral) **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) *. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Nota. (P)= padre y (M)= madre

Tabla 11 (Parte 2)
Correlaciones

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
12.Abuso Físico(P)	-,11										
13.Abuso Sexual (P)	,13	0,13									
14.Abuso Emocional (P)	-,03	0,62	**,38****								
15.Negligencia Física (P)	0	0,52	0,22	**0,72*****							
16.Negli Emocional (P)	-,07	0,45	**,31****	**0,65*****	**0,69*****						
17.Est.prementalizantes(M)	,05	-0,05	-0,09	-0,01	0,14	0,1					
18.Certeza de estados(M)	-,03	0,04	-0,04	-0,22	-0,13	-0,22	-0,21				
19.Interéscuriosidad(M)	,16	0,09	-0,07	0,03	-0,05	-0,01	-0,08	0,02			
20. Est.prementalizantes (P)	-,04	-0,07	0,1	0	0	0,1	0,09	-0,06	-,13		
21..Certeza de estados(P)	-,1	0,06	-0,21	-0,09	0,01	-0,02	-0,17	**,34****	0,1	-0,02	
22.Interés y curiosidad (P)	-0,03	-0,08	0,12	-0,01	-0,02	-0,11	-0,12	-0,01	0,15	-0,26	-,09

Análisis de regresión lineal para evaluar el valor explicativo de la función reflexiva y adversidad parental infantil, en la satisfacción de pareja madre.

Considerando las correlaciones establecidas previamente, se realizaron análisis de regresión lineal por pasos, en el que se formularon cuatro modelos, dos con la satisfacción de pareja de la madre como variable dependiente y los otros dos, con la satisfacción de pareja del padre como variable dependiente.

Para conocer el valor explicativo de la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental, de padres y madres, en la satisfacción de pareja de la madre, se ejecutaron dos modelos. En el primero, se ingresaron las variables control: sintomatología depresiva y nivel educacional, de madres y padres, por la fundamentación teórica previamente mencionada. Este, mostró que la sintomatología depresiva de la madre explica un 23% de la variación de la satisfacción de pareja total de ella, ($p < 0.05$). Observándose que por cada punto de aumento en la escala de depresión de la madre, la satisfacción de pareja total de ésta se reduce en -,347 puntos ($p < 0.05$).

En el segundo Modelo, donde se incluyeron las variables del estudio, adversidad parental infantil y la función reflexiva, de padres y madres, el efecto mencionado anteriormente siguió siendo significativo. Con respecto a las variables del estudio, no se observó ningún efecto explicativo a partir de la función reflexiva parental ni la adversidad parental infantil, en la satisfacción de pareja de la madre. Es decir, el Modelo 2 no logra generar una predicción explicativa más allá de las variables control, las cuales no aportan significativamente en la varianza de la satisfacción de pareja total de la madre. Lo anterior, se puede ver reflejado en el aumento del R2, donde el modelo 2 no incrementó significativamente la varianza explicada. Vale decir, se realizó un tercer modelo, incluyendo las subescalas de trauma de la madre y del padre, en las cuales no hubo ningún tipo de asociación explicativa entre las variables, ni tampoco influencia cruzada entre las mismas.

Tabla 11:
Modelos de regresión al puntaje de satisfacción de pareja de la madre.

	Modelo 1			**Modelo 2**		
	B	EE	B	B	EE	B
Depresión madre	-,347	,083	**-,443*** **	-,327	,098	**-,418*** **
Escolaridad de la madre	-,244	,619	-,056	-,407	,731	,093
Escolaridad del padre	,245	,68	,051	,93	,756	-,122
Total trauma madre				,038	,047	-,099
E. Pre-Mentalizantes madres				-,158	,776	-,028
Certeza E. Mentales madres				-,512	,532	-,127
Interes E. mentales madres				-,478	,683	-,079
Total trauma Padre				-,1	,063	-,18
E. Pre-Mentalizantes padres				-,216	,659	-,037
Certeza de E. Mentales padres				,306	,567	,063
Interés E. mentales padres				,158	,809	,022
R^2		0,23		,28		
Cambio R^2		0,05				

*p<,05; **p<,01; ***p<,001
Nota. E. Pre-Mentalizantes= Estados prementalizantes, Certeza E. Mentales= certeza de los estados mentales e Interés E. mentales= interés y curiosidad por los estados mentales.

Análisis de regresión lineal para evaluar el valor predictivo de función reflexiva y adversidad parental infantil en la satisfacción de pareja del padre

Para conocer el valor explicativo y la posible relación entre las variables, adversidad parental infantil y la función reflexiva parental, de padres y madres, en la satisfacción de pareja del padre, se realizó un análisis de regresión por pasos, donde en el primer modelo se ingresaron las variables control, sintomatología depresiva y nivel educacional, por la fundamentación teórica previamente mencionada.

Los análisis muestran que, en el Modelo 1, la sintomatología depresiva de la madre y la sintomatología depresiva del padre, explican parte de la variación de la satisfacción de pareja total del padre. Observándose que, por cada punto de aumento en la escala de depresión del padre, la satisfacción de pareja total de este se reduce -,36 puntos ($p < 0.05$). Mientras que, por cada punto de aumento en la escala de depresión de la madre, la satisfacción de pareja del padre se reduce -,217($p < 0.05$), (Ver tabla 12).

En el Modelo 2, donde se incluyeron las variables del estudio, adversidad parental infantil y la función reflexiva, de madres y padres, el efecto mencionado anteriormente siguió siendo significativo. Con respecto a las variables del estudio, se logra generar una predicción explicativa más allá de las variables control, en la escala del trauma total del padre, observándose que por cada punto de aumento adversidad parental infantil del padre, la satisfacción de pareja total de este se reduce -,228 puntos (p<.05), (Ver Tabla 12). En síntesis, la sintomatología depresiva del padre, la sintomatología depresiva de la madre y las experiencias de adversidad infantil que él vivió, explica un 8% de la varianza de la satisfacción en el padre.

Vale decir, se realizó un tercer modelo, incluyendo las subescalas de trauma de la madre y del padre, en las cuales no hubo ningún tipo de asociación entre las variables.

TABLA 12

Modelos de regresión al puntaje de satisfacción de pareja del padre

	Modelo 1			**Modelo 2**		
	b	B	EE	b	B	EE
Depresión padre	-,36	,082	**-,418*** **	-,318	,098	**-,37*** **
Depresión madre	-,22	,069	**-,306*** **	-,223	,079	**-,314*** **
Escolaridad del padre	-,66	,568	0,15	,423	,613	,096
Escolaridad madre	,453	,517	0,114	,565	,593	-,143
Total trauma padre				-,115	,51	**,-228***
E. Pre-Mentalizantes padre				-,031	,534	-,006
Certeza E. Mentales padre				,531	,46	,12
Interes E. mentales padre				,199	,656	,03
Total trauma Madre				,008	,038	,023
E. Pre-Mentalizantes padre				,075	,629	,015
Certeza E. Mentales madre				,693	,432	-,189
Interes E. mentales madre				-,456	,554	-,083
R2	0,35			0,43		
Cambio R2				8		

*p<,05; **p<,01; ***p<,001

Nota. E. Pre-Mentalizantes= Estados prementalizantes, Certeza E. Mentales= certeza de los estados mentales e Interés E. mentales= interés y curiosidad por los estados mentales.

Discusiones:

En el presente estudio, se analizó y comparó la asociación entre la satisfacción de pareja, la función reflexiva parental y la adversidad parental infantil, en madres y padres, variables estudiadas en población chilena clínica.

En relación a las hipótesis de la investigación, se puede observar que a diferencia de los niveles medios a bajos de satisfacción de pareja que se esperaba encontrar, las madres y padres de este estudio, presentaron un nivel alto de satisfacción de pareja, similares a muestras no clínicas, (Heresi &Rivera, 2011). Lo que supone que existiría una valoración positiva del otro y del vínculo amoroso que establecen, (Hendrick, 1988). También, este resultado puede ser explicado porque los hijos e hijas de esta investigación, tienen más de un año de edad, por lo tanto, la transición de ser pareja a padres probablemente ya ocurrió, lo que generaría un aumento en la satisfacción de pareja, (Leavitt et al., 2016).

Conjuntamente, se esperaba encontrar menores niveles de satisfacción de pareja en las madres que en los padres. En este sentido, diversas investigaciones dan cuenta que las madres tenderían a experimentar menor satisfacción de pareja que los hombres, siendo aún menor cuando hay hijos pertenecientes a la primera infancia, ya que son ellas quienes se encargan mayoritariamente de la crianza y es en este periodo, donde los infantes son altamente dependientes y demandantes del cuidado parental, (Doss et al., 2009). También, las madres del estudio presentan mayor sintomatología depresiva que los padres, siendo consistente con lo que ocurre a nivel nacional, (MINSAL, 2013). En relación a ello, investigaciones han dado cuenta que las parejas con un miembro deprimido tendrían mayores dificultades en la relación, debido a que experimentan mayores cambios de humor, presentarían dificultades en la reciprocidad del vínculo, un deterioro en su funcionamiento conductual y cognitivo, que disminuye el nivel de intercambio emocional, sincronía y coordinación, aspectos centrales en una relación de pareja, (Bilsker et al., 2005; Feldman, 2007; Lamas, 2010). Consistentemente con ello, la satisfacción de pareja relacionó negativamente con la presencia depresión, tanto en madres y como en padres.

En relación a la hipótesis de presencia significativa de adversidad parental infantil, en madres y padres, los resultados de este estudio confirman la hipótesis establecida. Hay

una alta prevalencia de traumas en la muestra, un 68,7% de las madres reportaron algún tipo de trauma, mientras que los padres un 36,2 %, correspondiente a: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional negligencia emocional, y negligencia física. En relación a ello, se aprecia significativas diferencias entre hombres y mujeres en la presencia de experiencias adversas, éstas últimas reportaron una frecuencia muy superior que los varones en todas las categorías de trauma, principalmente en experiencias de abuso emociona y abuso fìsico.

En base a lo anterior, se puede interpretar que al ser un instrumento de autoreporte el que mide las experiencias adversas, cabe la posibilidad de que no se mencionen hechos traumáticos que sí ocurrieron. Aparentemente, los padres tienden a reportar menos eventos adversos a nivel emocional, como lo es el abuso emocional. En este sentido, los padres serían más propensos a reportar eventos de adversidad "explicitos" y de mayor gravedad.

Con respecto a la hipótesis de niveles medios a bajos de la función reflexiva parental en padres y madres, los resultados de este estudio concuerdan con la misma. Ambos progenitores presentarían fallas recurrentes en la función reflexiva, lo cual se evidenció principalmente en dos de las subescalas del instrumento PRFQ,(Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, 2017). Hubo una elevada puntuación en la escala de pre-mentalización en ambos padres, la cual está diseñada para evaluar los modos de no mentalización, evidenciando pocos recursos para explorar el mundo interno de ellos y de sus hijos e hijas. También, reportaron puntajes elevados en la escala de certeza de los estados mentales, la cual contiene ítems que evalúan la incapacidad de reconocer que los estados mentales no son diáfanos, lo cual reafirma fallas en la función reflexiva parental. Estos resultados, son coherente con que los padres y madres del estudio constituyen población clínica chilena, con hijos/as con dificultades en el desarrollo socio-emocional. No obstante, ambos padres muestran un alto nivel de interés y curiosidad en los estados mentales infantiles, demostrando que existe una disposición por intentar entenderse a sí mismos y a sus hijos/as, lo que podría explicarse a partir de la motivación explícita en los participantes por recibir una intervención psicoterapéutica orientada a resolver las dificultades infantiles y relacionales.

Es importante destacar, que madres y padres cuentan con niveles similares de función reflexiva, lo cual es consistente con lo que se apreció en el estudio de León, (2017), quién analizó la misma muestra de esta investigación, utilizando el instrumento Parent Development Interview Revised, Short Version: PDI-S, (Slade et al., 2012), para medir la función reflexiva parental. Lo cual, evidencia que las parejas tienden a ser similares en cuanto a los recursos para explorar su mundo interno y la de los otros, por ende, si un progenitor tiene menos competencias en la función reflexiva, sería difícil apoyarse en el otro(a), ya que sus fortalezas y debilidades no serían complementarias.

Con respecto a la relación entre las variables del estudio, se esperaba que la satisfacción de pareja tuviera una relación negativa con la adversidad parental infantil. Los análisis confirman esta asociación en madres y padres. Lo que resulta consistente con la importancia de las interacciones ocurridas en el contexto familiar infantil como predictor de relaciones amorosas, (Guzmán & Contreras, 2012). Por lo tanto, cuando no existieron las condiciones externas de estabilidad y protección, existiría una mayor tendencia al miedo al abandono, ansiedades y dificultades en la intimidad, aspectos centrales en un vínculo de pareja, (Soler, 2008; Rivera, Cruz, & Muñoz, 2011)

A partir de estas dificultades, las experiencias traumáticas pueden ser transmitidas de una generación a otra a través de la forma de vincularse y la afectividad desarrollada entre padres/madres y sus hijos/as, (Van IJzendoorn, 1995). Adicionalmente, las representaciones de los padres y madres sobre sus experiencias de apego pasadas, afectan el grado de sensibilidad y la respuesta frente a las demandas de cercanía y apego infantil, (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Fonagy, Steele & Steele, 1991;Tenorio De Aguiar, Santelices & Pérez, 2009; Guzmán, M. & Contreras, 2012). Lo cual, puede tener relación con que los hijos e hijas de la muestra presenten dificultades en el desarrollo socioemocional, ya que las madres y padres de este estudio, podrían recurrir a patrones vinculares disfuncionales, asociados a traumas con su familia de origen.

No obstante, la asociación entre satisfacción de pareja y adversidad parental infantil, no fue totalmente determinante en esta investigación, ya que, a pesar de la alta prevalencia

de traumas en padres y madres, estos refirieron altos niveles de satisfacción, tal como se mencionó anteriormente. Lo cual, se puede explicar porque el vínculo amoroso pudiese estar moderando y limitando el impacto de los traumas infantiles, ya a través de este, se estarían re-editando vínculos que fueron negativos, en una interacción afectiva satisfactoria, tal como lo propone (Hodges et al, 2013).

Por otra parte, es importante señalar el efecto diádico en la satisfacción de pareja. Se evidenció que la satisfacción del vínculo amoroso en la madre, está fuertemente asociada con la satisfacción del padre, lo que hace considerar la influencia recíproca de las vivencias afectivas de las partes. Lo cual, tiene alta relevancia clínica, dado que los subsistemas de pareja y parento-filiales se influyen mutuamente, si uno o ambos progenitores no se sienten conformes con su relación de pareja, podría afectar negativamente al ambiente familiar y por ende a los hijos e hijas, (Huber, McMahon & Sweller, 2016).

A su vez, se vislumbraron aspectos de la madre que repercuten negativamente en la evaluación de pareja del padre, como el nivel de trauma global de esta y específicamente, la presencia de abuso sexual y sintomatología depresiva en ella. Respecto a la experiencia de abuso sexual, la literatura señala que esta experiencia genera una particular dificultad en la relación de pareja y en su intimidad. Principalmente, se vería afectada la esfera sexual, habría mayor prevalencia de disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute con el otro, (Echeburúa & Corral, 2006). También, se ha visto mayor prevalencia de conductas de riesgo sexual y mayor inestabilidad en los vínculos amorosos, (Testa, VanZile-Tamsen & Livingston, 2005). En relación a cómo afecta la depresión de la madre en la percepción del padre, tal como se explicitó anteriormente, dicha enfermedad genera mayor irritabilidad, inestabilidad anímica, menor sincronía y reciprocidad con el otro, factores de complejizan el vínculo amoroso, (Bilsker et al., 2005; Feldman, 2007; Lamas, 2010).

Continuando con la relación entre las variables del estudio, se esperaba que la satisfacción de pareja tuviera una relación positiva con la función reflexiva parental. Acorde a ello, la literatura postula que esta capacidad permite mantener relaciones amorosas sanas, generando un desarrollo socioafectivo satisfactorio y positivo, (Santelices, Zapata, Fischersworring, Pérez, Mata, Barco, Olhaberry & Farkas, 2016). Sin embargo, esta

asociación no ocurrió en el presente estudio, lo que puede deberse al pequeño tamaño muestral. Además, se evidenciaron bajos niveles del alpha de cronbach en el instrumento del PRFQ, principalmente en los padres, lo cual impide saber si la ausencia del valor explicativo de la función reflexiva en la satisfacción de pareja se debe a que la variable no influye o a que la medición requiere ajustes para ser válida.

Ahora bien, se evidenció una asociación positiva entre estados prementalizantes de la madre y del padre, con sintomatología depresiva, es decir, mayor sintomatología depresiva, hay menores recursos desplegados a la hora de comprender el mundo interno. Lo cual es concordarte con investigaciones en muestras clínicas, donde las personas depresivas reportarían mayor inseguridad en el estilo de apego, lo cual permearía la forma de vincularse amorosamente y en el plano parental, (Garrido, Guzmán, Santelices, Vitriol & Baeza, 2015). Lo anterior, tiene relevancia clínica, ya que estas dificultades repercutirían negativamente en el apego infantil, dado que no habría un cuidador sensible, que muestre emociones positivos y sincronía en la interacción, (Olhaberry et al, 2013).

Por otra parte, en el presente estudio se esperaba que la adversidad infantil tuviera una relación negativa con la función reflexiva parental, en padres y madres, no obstante, no hubo asociaciones significativas entre las variables. Esto se puede explicar por el tamaño pequeño muestral y por un posible solapamiento de los niveles de trauma por la sintomatología depresiva, ya que las experiencias adversas en la infancia podrían ser parte de la causa de la depresión, aspecto que las escalas no son capaces de captar. La literatura sustenta que el origen de la depresión está asociado fuertemente a la presencia de experiencias traumáticas en la infancia, (Anduaga et al , 2018), aumentando la gravedad de este trastorno en personas con poli traumas infantiles, (Ballesteros, Vitriol Florenzano, Vacarezza , Andrea & Calderón, 2007).

En cuanto al valor explicativo de la adversidad parental infantil y la función reflexiva parental, de padres y madres, en la satisfacción de pareja, se encontraron resultados distintos a los de la hipótesis mencionada. En las madres, no se encontró un valor explicativo entre la adversidad parental infantil y la función reflexiva, de padres y madres, en su satisfacción de pareja, sólo la depresión de la madre explicó un 23% de la varianza de su satisfacción de

pareja. Lo cual, puede ser explicado por la presencia de sintomatología depresiva leve en las madres de esta muestra, la cual permearía considerablemente su mundo afectivo y vincular, ensombreciendo las otras variables del estudio. En cuanto a los padres, la sintomatología depresiva de este, la sintomatología depresiva de la madre y experiencias adversas infantiles de él, explicaron un 8% la varianza de su satisfacción de pareja. Lo cual es coherente con lo que se mencionó anteriormente, acerca de que los padres aparentemente no reportan experiencias adversas relacionadas con el mundo emocional, sino más bien, las experiencias traumáticas "externas" graves y gravísimas, lo que hace que en los análisis se evidencien como influyentes, más que en las madres. Además, al estar las madres más deprimidas, estas tenderían a generar mayor dificultad en la relación, tal como se mencionó anteriormente.

En base a lo mencionado, el aporte del presente estudio a la psicología clínica, radica en la importancia de estudiar e intervenir en la primera infancia con una mirada tríadica y familiar, incorporando la relación de las madres y los padres como un componente influyente en la parentalidad. A lo largo de los análisis, se pudo evidenciar la interdependencia afectiva entre ambos progenitores, la similitud en los recursos para explorar el mundo interno de los infantes y la significativa influencia de la sintomatología depresiva en la dinámica de pareja. También, se vislumbró la relevancia de las experiencias adversas ocurridas en la infancia, las cuales permearían el tipo de vínculo a nivel de pareja y parental, tal como lo explicitan Garrido, Guzmán, Santelices, Vitriol & Baeza, (2015). Lo cual, cobra relevancia por la robusta evidencia de la repetición transgeneracional de los patrones de apego entre padres e hijos (a), (Fonagy et al., 1991; Vanljzendoorn, 1995). En ese sentido, es posible hipotetizar que padres y madres, poli traumadas como se evidenció en esta investigación, presenten patrones vinculares poco adaptativos, lo cual es coherente con que sus hijos e hijas presentan problemas socioemocionales.

Finalmente, dentro de las limitaciones de este estudio, se encuentra el pequeño tamaño muestral y la falta de consideración de otras variables que podrían ser relevantes, como el patrón de apego en las madres y padres del estudio. Además, incluir evaluaciones cuantitativas de hijos e hijas dentro de las mediciones, podría contribuir a generar una visión más completa e integral de la triada (madre, padre e hijo/a). En este sentido, se requieren

nuevos estudios, preferiblemente longitudinales, en muestras de mayor tamaño, y que consideren las variables antes mencionadas para profundizar en los nuevos hallazgos.

También, podría enriquecer los análisis realizar las mediciones a los padres y madres, tomando en cuenta a la diada y no como grupos separados. Dado el tipo de características de la base y la información recolectada, lo anterior no se pudo llevar a cabo en la presente investigación. Asimismo, realizar entrevistas semiestructuradas como método de análisis, podría enriquecer la comprensión de la relación de las variables del presente estudio.

Además, se evidenciaron bajos niveles del alpha de cronbach en el instrumento del PRFQ, principalmente en los padres, lo cual impide saber si la ausencia del valor explicativo de la función reflexiva en la satisfacción de pareja se debe a que la variable no influye o a que la medición requiere ajustes para ser válida.

Referencias bibliográficas:

Anduaga, J., Icaza, M., Velazquez, J. & Gasca, M. (2018). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud mental*, *5*(2).

Ballesteros, T., Vitriol G, Florenzano U., Vacarezza L., Andrea & Calderón, K. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *45*(4), 288-295. doi:10.4067/S0717-92272007000400004.

Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona, España: Gedisa.

Blanco, A. & Martínez, F. (2016). Conceptions regarding upbringing: The thoughts of parents. *Liberabit*, *22*(1), 31-41.

Betina, A. & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, *12*(23).

Besoain, C. & Santelices, M. (2009). Transmisión Intergeneracional del Apego y Función Reflexiva Materna: Una Revisión. *Terapia psicológica*, *27*(1), 113-118. doi:10.4067/S0718-48082009000100011.

Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of family Psychology*, *14*(1), 71.

Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, *36*(2), 200-212.

Bilbao, I. (2014). Capacidad de mentalización y sistemas motivacionales. Mentalización. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, (1).

Bilsker, D., Myette, L., Gilbert, M. &Stewart, C. (2005). Depression & Work Function: Bridging the Gap Between Mental Health Care & the Workplace.

Bowlby, J. (1969-1982). *Attachment and loss*: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.

Cortés, F. & Olhaberry, M. (2014). Involucramiento del padre en la crianza: Una mirada triádica de las relaciones familiares tempranas. *SUMMA psicológica*, *11*(2), 9-18.

Crempien, C., de la Parra, C., Guillermo, B., Valdés, F., López, M. & Krause, J. (2017).

Sociodemographic and clinical characteristics of patients diagnosed with depression in Community Mental Health Centres (COSAM) in Santiago, Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *55*(1), 26-35. doi:10.4067/S0717-92272017000100004.

Doss, D., Rhoades, K., Stanley, M. & Markman, J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8-year prospective study. *Journal of personality and social psychology*, *96*(3), 601.

Eceiza, A., Ortiz, j. & Apodaca, P. (2011). Apego y afiliación: la seguridad del apego y las relaciones entre iguales en la infancia, *Infancia y Aprendizaje*, 34:2,235-246, doi: 10.1174/021037011795377610.

Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Emotional consequences in victims of sexual abuse in childhood. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82.

Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N. & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science* / Revue canadienne des sciences du comportement, 48(1), 9-18.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(3-4), 329-354. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x

Fivaz, E. & Corboz, A. (1999). *The primary triangle, adevelopmental systems view of mothers, fathers and infants*. London: Basic Books.

Fivaz, E. & Favez, N. (2006). Exploring Triangulation in Infancy: Two Contrasted Cases. *Family Process*, *45*(1), 3-18.doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00077.x

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*(5), 891-905.

Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and Reflective Function: Their role in self-organization. *Development and Psychology*, 9, (1), 679-700.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., y Target, M. (2002). Affect Regulation, mentalization and the development of the self. New York: other press.

Flores, S., Roldan, W. & Flores, W. (2012). Factores de enriquecimiento, mantenimiento, comunicación y bienestar en la relación marital. Revista de psicología GEPU, 3(1), 37-62.

Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic

approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *14*(3), 387-421.

Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, M., 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

Godbout, N., Daspe, M., Lussier., Sabourin, S., Dutton, D. & Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(2), 127-137.doi: 10.1037/tra0000136.

Gottman, J. & Levenson, W. (1999). Rebound from marital conflict and divorce prediction. Family Process, 38, 287-292.

Guzmán, M. & Contreras, P. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psykhe* (Santiago), 21(1), 69-82.

Hendrick, S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. Journal of Marriage and the Family, 50(1), 93–98.

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Taylor Kletzka, N. (2013).Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. ChildAbuse & Neglect.

Huber, A., McMahon, C., & Sweller, N. (2016). Improved parental emotional functioning after Circle of Security 20-week parent–child relationship intervention. Journal of Child and Family Studies, 25(8), 2526-2540.

Kapeleris, A. (2014). Children's Socio-Emotional Development and Adjustment:Role of Maternal Trauma, Mentalization and Parenting Style. Recuperado en 13 de septiembre de 2018, de https://scholar.uwindsor.ca/etd/5195/.

Lamas, H. (2000). Satisfacción Marital: La Conducta de Pareja como Soporte Social. *Revista de Psicología Liberabit*, *6* (*1*), 34-69.

Leavitt, Ch., McDaniel, B., Maas, M. & Feinberg, M. (2016). Parenting and sexual satisfaction among first-time parents: a dyadic approach. *Sex Roles*, 76, 346-355. doi: 10.1007/s1199-016-0623-0.

León, M. (2017). A*n analysis of the parental reflective function, the quality of triadic interaction and its influence on early childhood development*. Tesis doctoral. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. PloS one, 12(5), e0176218.

Lucassen, N., Tharner, A., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J.,

Volling, B. L., Verhulst, F. C., Tiemeier, H. (2011). The association between paternal sensitivity and infant–father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. Journal of Family Psychology, 25(6), 986-992.

Martínez, L., Fuertes, A., Orgaz, B., Molina, I., & González, 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.

Ministerio de salud, (2013). Encuesta Nacional de Salud: Guía Clínica Auge. Depresión en personas de 15 años y más. Disponible en http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf

Ministerio del Interior, (2013). Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Recuperado de https://estudios.sernam. cl/documentos/?eMjM1MTAxOQ==Encuesta_Nacional_de_Victimizaci%C3%B3n _por_Violencia_Intrafamiliar_y_Delitos_Sexuales_2012

Nelson, H., Kendall, G & Shields, L. (2014). Neurological and biological foundations of children's social and emotional development: an integrated literature review. *The Journal of School Nursing*, *30*(4), 240-250.

Olhaberry, M., León, M., Iribarren, D., Morales-reyes, I. & Álvarez, K. (2017). Intervention to improve parental sensitivity and the quality of interactions in mother-father-infant triads. *Mental Health in Family Medicine*, 13 (1), 532-543.

Olhaberry, M., Romero, M., Miranda., A. (2015). Depresión maternal perinatal y vínculomadre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica UST*, *12*(1), 77 87.

Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M., Farkas, C., Rojas, G. & Martínez, V. (2013). Psychological perinatal interventions in maternal depression and mother-child bond: A systematic review. *Terapia psicológica*, *31*(2), 249-261. doi: 10.4067/S0718-48082013000200011.

Pedro, M., Ribeiro, T. & Shelton, K. (2015). Romantic attachment and family functioning: The mediating role of marital satisfaction. Journal of Child and Family Studies, *24*(11), 3482-3495.

Pérez, F. & Santelices, M. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *15*(3), 235-244.

Pérez, I. & Estrada, S. (2006). Intimidad, comunicación y satisfacción marital. Archivos Hispanoamericanos de Sexología, *12*(2).

Rivera, D. (2006). *Influencia de los estilos de apego y habilidades pro relacionales en la satisfacción y bienestar emocional en relaciones de pareja*. Tesis doctoral, Pontifica Universidad Católica de Chile, Santiago. Recuperado de: http://dspace2.conicyt.cl/handle/10533/90611.

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.

Rostad, W. & Whitaker, D. (2016). The association between reflective functioning and parent–child relationship quality. *Journal of Child and Family Studies, 25*(7), 2164 - 2177.

Rutherford, H., Goldberf, B., Luyten, P., Bridget, D. & Mayes, L. (2013). Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behavior & Development, 36*,(1), 635-641.

Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21*(2), 211-226.

San Cristobal, P., Santelices, M. & Miranda, D. (2017). Manifestation of trauma: The effect of early traumatic experiences and adult attachment on parental reflective functioning. *Frontiers in psychology, 8*, 449

Santelices, M., Zapata, J., Fischersworring, M., Pérez, F., Mata, C., Barco, B., Olhaberry, M.& Farkas, C. (2016). Mentalization based interventions for parents and educators: A systematic review. *Terapia psicológica, 34*(1), 71-80. doi:10.4067/S0718-48082016000100008.

Slade, A., Aber, L., Berger, B., Bresgi, I. & Kaplan, M. (2012). Parent development interview revised, short version. Unpublished.

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Father's involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97*(2*), 153-158.

Soler, C. L. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 13*(3), 159-174.

Solares Barbosa, S. D., Benavides Ayala, J., Peña Orozco, B., Rangel Méndez, D. y Ortiz Tallabas, A. (2011). Relación entre el tipo de apoyo y el estilo de amor en parejas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 *(1*), 41-56.

Talbot, J., Baker, J. & McHale, J. (2009). Sharing the love: Prebirth Adult Attachment Status and Co-parenting Adjustment during Early Infancy. Parenting: *Science and Practice*, 9,(*1*), 56-77.

Tenorio De Aguiar, S., Santelices, M. & Carola Pérez, J. (2009). Apego, Sensibilidad Paterna y Patrón de Interacción del padre con su Primer bebé. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, (1), 51-58.

Testa, M., VanZile-Tamsen, C., & Livingston, J. A. (2005). Childhood sexual abuse, relationship satisfaction, and sexual risk taking in a community sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(6), 1116.

Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a meta-analytic review. *Journal of marriage and family*, *65*(3), 574-583.

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(3), 387-403.

Vega-Arce, M. & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería universitaria*, *14*(2), 124-130. doi:10.1016/j.reu.2017.02.004

Vidal, D., García, I., Zavala, M., Müller, R., Rodríguez, A. & Chávez, A. (2014). social determinants of health and lifestyles in adult population concepción, chile. *ciencia y enfermería*, *20*(1), 61-74. doi:10.4067/s0717-95532014000100006.

Viloria, C., & González, A. (2017). Las prácticas de crianza de los padres: su influencia en las nuevas problemáticas en la primera infancia. Revista de Educación Inclusiva, *9*(1).

Vitriol, V., Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros, S., Potthoff, S., Cáceres, C., Ormazábal, M. & Asenjo, A. (2017). Association between adverse childhood experiences with depression in adults consulting in primary care. *Revista médica de Chile*, *145*(9), 1145-1153.doi:10.4067/s0034-98872017000901145

Wells, E. (2012). *Fear of Intimacy and Relationship Satisfaction in Survivors of Childhood Trauma*. Doctoral dissertation, California State University, Fullerton.

Whisman, A. (2006). Childhood trauma and marital outcomes in adulthood. *Personal Relationships, 13(4), 375-386.*

Whiffen, V., Judd, E. & Aube, J. A. (1999). Intimate relationships moderate the association between childhood sexual abuse and depression. *Journal of Interpersonal Violence*, *14*(9), 940 954.doi:10.1177/088626099014009002.

Widarsson, M., Engström, G., Rosenblad, A., Kerstis, B., Edlund, B. y Lundberg, P. (2013). Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27(4), 839-47. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01088.x

ANEXOS

Anexo N° 1: Carta de Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio, titulado: ***"Implementación y Evaluación de una Intervención con Videofeedback focalizada en la Calidad Vincular y la Función Reflexiva Parental, dirigida a Tríadas Madre-Padre-Hijo/a con dificultades en el Desarrollo Socioemocional Infantil",*** forma parte del proyecto FONDECYT de Iniciación Nº11140230 y del Núcleo MILENIO: Intervención y cambio en depresión y cuenta con el patrocinio de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La presente carta tiene por objetivo ayudarle a tomar la decisión de participar o no en este estudio junto a su hija/o.

La investigación propuesta consiste en una intervención psicoterapéutica que utiliza la grabación en video de interacciones entre adultos y niños como herramienta. Se dirige a tríadas compuestas por la madre, su hijo(a) pequeño y su padre u otro adulto que desempeñe el rol de cuidador primario. Busca favorecer la comprensión del comportamiento infantil y las relaciones familiares, contribuyendo positivamente a mejorar los vínculos y la salud mental.

Los resultados de esta investigación serán utilizados sólo para este estudio y contribuirán al desarrollo de herramientas para el trabajo con familias con niños/as pequeños/as que presentan alguna dificultad en sus vínculos, su comportamiento o sus relaciones familiares. Una vez finalizado el estudio, si usted lo desea, se le entregarán los resultados cualitativos obtenidos en la evaluación final y se les invitará a una presentación de los resultados generales. En caso de identificar alguna dificultad que implique riesgo para su salud física y/o mental o la de su hijo/a, esta le será comunicada y posteriormente informada a un profesional competente del Centro de Salud en el cual ustedes se atienden.

Si decide participar en el estudio, se le solicitará a usted y al padre/madre de su hijo (u otro adulto en el rol parental) que firmen esta carta de consentimiento. La participación consistirá en ser parte de 2 evaluaciones de aproximadamente una hora y media de duración y de una intervención en apego y en la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos, deseos y necesidades en uno mismo y los otros o función reflexiva. Será realizada por 1 Psicólogo Clínico y 1 Estudiante de Psicología en su último año. Las 2 evaluaciones se realizarán al comienzo y luego de terminada la intervención. La intervención estará compuesta por al menos 5 sesiones de frecuencia semanal, de una hora y media de duración. Las 2 evaluaciones mencionadas consisten en: una grabación de juego madre-padre-niño/a de aproximadamente 10 minutos, dos grabaciones de 3 minutos de juego libre adulto niño/a (madre-niño y padre-niño), contestar preguntas sobre el comportamiento y las emociones de su hijo(a), responder preguntas sobre sus sentimientos y sobre sus vínculos significativos. Las evaluaciones y la intervención podrán ser realizadas en el Consultorio en el que ustedes se atienden o en su domicilio, pudiendo usted elegir el lugar.

Su participación no implica riesgos para usted y su hijo(a), salvo la posibilidad de sentirse incómoda/o al contestar algunas preguntas. En relación a los beneficios de participar, muchos estudios muestran el efecto positivo para la madre, el padre y sus hijos/as pequeños de ser parte de un programa de apoyo en apego y función reflexiva, especialmente cuando los niños/as muestran dificultades en su comportamiento (lloran mucho, les cuesta dormir, no comen bien, entre otros). Una vez finalizada la intervención y en caso de que usted, su hijo/a o su padre (u otro adulto en el rol parental) lo requieran, recibirán contención emocional y se les orientará para que accedan a atención profesional de mayor duración para abordar sus dificultades**.**

A pesar de lo anterior, su participación es voluntaria y usted es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte en nada la atención que su hijo(a) y su familia reciben en el Centro de Salud al que asisten.

Toda la información que usted entregue, así como la información obtenida en la observación de su hijo(a) es **confidencial**. Sólo la investigadora responsable tendrá acceso a los nombres de los participantes, el equipo de investigación y quienes analicen los videos, accederán a los datos identificando a los participantes por un número de folio, lo cual asegurará su anonimato. No obstante, es importante considerar que en el caso de los videos el anonimato no puede asegurarse. Por lo mismo, los miembros del equipo de investigación que accedan a los datos firmarán también un compromiso de confidencialidad. No se compartirá con nadie la información particular de usted o su hijo(a), sin embargo la información general que se obtenga del estudio puede ser publicada en el ámbito científico si usted lo autoriza.

Muchas gracias por su valiosa cooperación.

CONSENTIMIENTO:

Declaro que he leído el presente documento, se me ha explicado en qué consiste esta investigación y mi participación en la misma, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas y tomo libremente la decisión de participar en la Intervención en videofeedback para mejorar la calidad de mis relaciones familiares, a cargo de la Psicóloga Marcia Olhaberry Huber. Además se me ha dado entrega de un duplicado firmado de este documento.

Acepto que los videos e información obtenida sean usados con fines de investigación, resguardando nuestras identidades.

Sí __ No___

Acepto que la información obtenida en el estudio sea usada con fines de publicación científica resguardando nuestras identidades.

Sí __ No___

Acepto que los videos sean usados con fines de docencia especializada, resguardando nuestros nombres y verificando que ninguno de los presentes tenga conocimiento personal de la familia videada.

Sí __ No___

_____	_____
Nombre Participante	Firma Participante
_____	_____
RUT Participante	Relación con el niño/a
_____	_____
Firma Investigador Responsable	Fecha

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Marcia Olhaberry Huber, mpolhabe@uc.cl o al teléfono 23341262, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna 4860, Comuna de Macul, Santiago. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, E-mail comité.etica.psicologia@uc.cl, fono 2354-5883.

Anexo N° 2: Ficha de antecedentes sociodemográficos

PROYECTO FONDECYT N°11140230

N. Folio:	Grupo:
FECHA:	
Evaluador/a:	

FICHA DE ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Datos de la madre**

Nombre madre:			
Fecha de nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:	
Trabajo remunerado SI __ NO __	Jornada: Completa ____ Media ____ Menos que media ____		
Actividad:			
Vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Allegada ___	Nº habitaciones:	Nº Camas:	
Dirección Particular:			
Nº personas que viven en esa dirección:	Padres viven juntos: Si _____ No _____		
Nº de hijos:	Teléfonos de contacto:		
Embarazo deseado: SI __ NO__	Parto: Normal ___ Cesárea ___ Fórceps ___		

Estado Civil Actual

1		Soltero/a
2		Conviviente
3		Casado/a
4		Anulado/a/Separado/a
5		Viudo/a

Escolaridad

1		Analfabeto/a
2		Básica Incompleta
3		Básica Completa
4		Media Incompleta
5		Media Completa
6		Superior Técnico-profesional
7		Superior Universitaria

MADRE:

Tratamiento psicológico actual SI ___ NO ___
Motivo_____
Tratamiento psicológico anterior SI ___ NO ___
Motivo _____
Fecha _____ Duración _____
Cantidad de sesiones_____
Tratamiento farmacológico actual SI ___ NO ___
Motivo_____
Tratamiento farmacológico anterior SI ___ NO ___
Motivo _____
Fecha _____
Duración _____

2. **Datos del padre**

Nombre padre:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:
Trabajo remunerado SI __ NO __	Jornada: Completa ____ Media ____ Menos que media ____	
Actividad	Nº hijos:	

Contacto con el niño SI __ NO __	Frecuencia: Diaria ____ Semanal ____ Mensual ____ Trimestral ____ Semestral ____ Anual _____ Otro ____
Actividades que realiza con el niño: Alimentación ____ Baño y aseo _____ Juego y estimulación ____ Otra: _____	

Estado Civil Actual

1		Soltero/a
2		Conviviente
3		Casado/a
4		Anulado/a/Separado/a
5		Viudo/a

Escolaridad

1		Analfabeto/a
2		Básica Incompleta
3		Básica Completa
4		Media Incompleta
5		Media Completa
6		Superior Técnico-profesional
7		Superior Universitaria

PADRE:

Tratamiento psicológico actual SI__ NO ___

Motivo_____

Tratamiento psicológico anterior SI___ NO ___

Motivo _____ Fecha _____

Duración _____

Cantidad de sesiones_____

Tratamiento farmacológico actual

SI ___ NO ___ Motivo_____

Tratamiento farmacológico anterior

SI ___ NO ___

Motivo _____

Fecha _____

Duración _____

Datos del niño (a)

Nombre del niño (a):		Edad:
Fecha de nacimiento	Lactancia Materna: SI ___ NO ___ Edad destete _____	
Lugar en la Fratría:	Asistencia a Sala Cuna: SI ___ NO ___ Desde _____ Hasta _____	
Dónde duerme: Cama padres_____ Cuna en pieza de padres_____ Pieza solo/a o con hmnos_____		
Enfermedades Trazadoras: SI ___ NO ___ Digestivas _____ Respiratorias _____ Cutáneas _____		
Otros antecedentes relevantes:		

3. **Composición familia de la tríada (con quienes viven):**

NOMBRE	EDAD	ACTIVIDAD	PARENTESCO CON EL NIÑO(A)

Continúa atrás…

Nivel educacional de quien aporta el ingreso principal del hogar

1		Educación básica incompleta o inferior
2		Básica Completa
3		Media incompleta (incluyendo Media Técnica)
4		Media completa o técnica incompleta.
5		Universitaria incompleta. Técnica completa
6		Universitaria completa.
7		Post Grado (Magíster, Doctorado o equivalente)

¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de este hogar? Por favor describa.

1		Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, “pololos”, cuidador de autos, limosna).
2		Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.
3		Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario (kiosko, taxi, comercio menor, ambulante).

4		Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor primario o secundario.
5		Ejecutivo medio (gerente, sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).
6		Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.

ANEXO N° 3: RELATIONSHIP ASSESMENT SCALE MADRE

PROYECTO FONDECYT N°11140230
MADRE

Test de *Relationship Assesment Scale (RAS), Hendrick,* 1988 adaptado por Rivera & Heresi, 2011

Por favor indique con una X el número que mejor corresponde a su relación de pareja. Conteste lo más sinceramente posible pues no hay respuestas ni buenas ni malas, o adecuadas o inadecuadas.				
1. ¿De qué manera considera Ud. que su pareja satisface sus necesidades?				
1 Pobremente	**2**	**3** Término medio	**4**	**5** Extremadamente bien
2. ¿En general, ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su relación de pareja?				
1 Insatisfecho	**2**	**3** Término medio	**4**	**5** Muy satisfecho
3. ¿En comparación con la mayoría las parejas, ¿cómo calificaría a la suya?				
1 Pobremente	**2**	**3** Término medio	**4**	**5** Excelente
4. ¿Con qué frecuencia desea NO haberse casado con su esposa/o?				
1 Siempre	**2**	**3** Con frecuencia	**4**	**5** Nunca
5. ¿Hasta qué punto su relación de pareja satisface sus expectativas iniciales?				
1 En absoluto	**2**	**3** Término medio	**4**	**5** Absolutamente
6. ¿Cuánto ama a su pareja?				
1 Muy poco	**2**	**3** Término medio	**4**	**5** Mucho
7. ¿Cuántos problemas hay en su relación de pareja?				
1 Muchos	**2**	**3** Lo normal	**4**	**5** Pocos
Compruebe que no ha dejado ninguna frase sin contestar				

Rivera, D., & Heresi, E. (2011). Integración de la Teoría del Apego y Modelos Basados en la Evidencia en la Comprensión de la Satisfacción Marital. *Revista Argentina De Clínica Psicológica,* Vol. XX, 57-65.

ANEXO N° 4: RELATIONSHIP ASSESMENT SCALE PADRE

PROYECTO FONDECYT N°11140230
PADRE

Test de *Relationship Assesment Scale (RAS), Hendrick,* 1988 adaptado por Rivera & Heresi, 2011

Por favor indique con una X el número que mejor corresponde a su relación de pareja. Conteste lo más sinceramente posible pues no hay respuestas ni buenas ni malas, o adecuadas o inadecuadas.

1. ¿De qué manera considera Ud. que su pareja satisface sus necesidades?

1	2	3	4	5
Pobremente		Término medio		Extremadamente bien

2. ¿En general, ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su relación de pareja?

1	2	3	4	5
Insatisfecho		Término medio		Muy satisfecho

3. ¿En comparación con la mayoría las parejas, ¿cómo calificaría a la suya?

1	2	3	4	5
Pobremente		Término medio		Excelente

4. ¿Con qué frecuencia desea NO haberse casado con su esposa/o?

1	2	3	4	5
Siempre		Con frecuencia		Nunca

5. ¿Hasta qué punto su relación de pareja satisface sus expectativas iniciales?

1	2	3	4	5
En absoluto		Término medio		Absolutamente

6. ¿Cuánto ama a su pareja?

1	2	3	4	5
Muy poco		Término medio		Mucho

7. ¿Cuántos problemas hay en su relación de pareja?

1	2	3	4	5
Muchos		Lo normal		Pocos

Compruebe que no ha dejado ninguna frase sin contestar

Rivera, D., & Heresi, E. (2011). Integración de la Teoría del Apego y Modelos Basados en la Evidencia en la Comprensión de la Satisfacción Marital. *Revista Argentina De Clínica Psicológica,* Vol. XX, 57-65.

Anexo 5 The Parental Reflective Functioning Questionnaire Madre **PRFQ-1 (M)**

A continuación, se enlistan una serie de enunciados concernientes a usted y su bebé. Lea cada uno y decida qué tanto usted está de acuerdo o no con el enunciado.

Utilice las siguientes puntuaciones, **7** si usted está **completamente de acuerdo**; **1** si está **completamente en desacuerdo** y los puntajes del **medio** en caso de que su respuesta sea **neutral** o **no pueda tomar una decisión** al respecto.

COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	1	2	3	4	5	6	7	COMPLETAMENTE DE ACUERDO

1. Mi hija/hijo y yo podemos sentir diferente sobre la misma cosa.	
2. Cuando me enojo con mi hija/hijo siempre se la razón del porqué.	
3. Muchas veces tengo curiosidad por descubrir cómo se siente mi hija/hijo.	
4. Cómo me estoy sintiendo puede afectar cómo entiendo la conducta de mi hija/hijo	
5. Mi hija/hijo sabe cuando estoy teniendo un mal día y hace cosas para hacerlo todo peor.	
6. Me gusta pensar sobre las razones detrás de cómo mi bebé se comporta y se siente.	
7. Intento ver las situaciones a través de la mirada de mi hija/hijo.	
8. Siempre se el porqué mi hija/hijo se comporta como lo hace.	
9. En ocasiones mi hija/hijo se enferma para evitar que yo haga lo que quiero hacer.	
10. Creo que como pienso acerca de mi hija/hijo cambiará a través del tiempo.	

11. Mi hija/hijo puede reaccionar a una situación de una manera muy distinta a la que había pensado podría reaccionar.	
12. Me cuesta mucho trabajo interactuar/participar con imaginación y fantasía con mi hija/hijo.	

13. En ocasiones me toma varios intentos antes de que pueda comprender lo que mi hija/hijo necesita o quiere.	
14. Cuando mi hija/hijo está malhumorado lo hace sólo para molestarme.	
15. Ahora que soy madre/padre, puedo comprender cómo mis padres pudieron haber mal interpretado mis reacciones cuando era una niña/un niño.	
16. No importa qué tan enfermo esté mi hija/hijo, siempre lo puedo tolerar.	
17. Cómo visualizo a mi hija/hijo cambia conforme yo cambio.	
18. Mi conducta hacia mi hija/hijo no puede explicarse por cómo me criaron.	
19. Siempre puedo predecir qué hará mi hija/hijo.	
20. Seguido me pregunto qué estará pensando y sintiendo mi hija/hijo	
21. A veces la conducta de mi hija/hijo es tan confusa como para molestarse en entenderla.	
22. A veces puedo mal interpretar las reacciones de mi hija/hijo.	
23. Cuando mi hija/hijo se porta mal es señal de que no me quiere.	
24. Creo que la forma en que mis padres me criaron influye en cómo yo crío a mi hija/hijo.	
25. Mi hija/hijo llora en presencia de extraños para avergonzarme.	
26. Pongo atención en lo que mi hija/hijo está sintiendo.	
27. Puedo leer la mente de mi hija/hijo por completo, a la perfección.	
28. Entender el porqué mi hija/hijo actúa de cierta manera me ayuda a no molestarme con él o ella	

29. Creo que no sirve de nada tratar de adivinar lo que mi hija/hijo siente.	
30. Seguido pienso en cómo me habré sentido cuando niña/niño.	
31. Trato de entender las razones por las que mi hija/hijo se porta mal.	
32. Siempre sé qué quiere mi hija/hijo.	
33.Odiocuandomihija/hijolloraomehablacuandoestoyenelteléfonocon alguien.	

ANEXO 6: THE PARENTAL REFLECTIVE FUNCTIONING QUESTIONNAIRE PRFQ-1 (PADRE)

CONICYT
Ministerio de Educación
Gobierno de Chile

NÚCLEO MILENIO
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
Y CAMBIO EN DEPRESIÓN

PRFQ-1 (P)

A continuación se enlistan una serie de enunciados concernientes a usted y su bebé. Lea cada uno y decida qué tanto usted está de acuerdo o no con el enunciado.

Utilice las siguientes puntuaciones, **7** si usted está **completamente de acuerdo**; **1** si está **completamente en desacuerdo** y los puntajes del **medio** en caso de que su respuesta sea **neutral o no pueda tomar una decisión** al respecto.

COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	1	2	3	4	5	6	7	COMPLETAMENTE DE ACUERDO

1. Mi hija/hijo y yo podemos sentir diferente sobre la misma cosa.	
2. Cuando me enojo con mi hija/hijo siempre se la razón del porqué.	
3. Muchas veces tengo curiosidad por descubrir cómo se siente mi hija/hijo.	
4. Cómo me estoy sintiendo puede afectar cómo entiendo la conducta de mi hija/hijo	
5. Mi hija/hijo sabe cuando estoy teniendo un mal día y hace cosas para hacerlo todo peor.	
6. Me gusta pensar sobre las razones detrás de cómo mi bebé se comporta y se siente.	
7. Intento ver las situaciones a través de la mirada de mi hija/hijo.	
8. Siempre se el porqué mi hija/hijo se comporta como lo hace.	
9. En ocasiones mi hija/hijo se enferma para evitar que yo haga lo que quiero hacer.	
10. Creo que como pienso acerca de mi hija/hijo cambiará a través del tiempo.	
11. Mi hija/hijo puede reaccionar a una situación de una manera muy distinta a la que había pensado podría reaccionar.	
12. Me cuesta mucho trabajo interactuar/participar con imaginación y fantasía con mi hija/hijo.	

13. En ocasiones me toma varios intentos antes de que pueda comprender lo que mi hija/hijo necesita o quiere.	
14. Cuando mi hija/hijo está malhumorado lo hace sólo para molestarme.	
15. Ahora que soy madre/padre, puedo comprender cómo mis padres pudieron haber mal interpretado mis reacciones cuando era una niña/un niño.	
16. No importa qué tan enfermo esté mi hija/hijo, siempre lo puedo tolerar.	
17. Cómo visualizo a mi hija/hijo cambia conforme yo cambio.	
18. Mi conducta hacia mi hija/hijo no puede explicarse por cómo me criaron.	
19. Siempre puedo predecir qué hará mi hija/hijo.	
20. Seguido me pregunto qué estará pensando y sintiendo mi hija/hijo	
21. A veces la conducta de mi hija/hijo es tan confusa como para molestarse en entenderla.	
22. A veces puedo mal interpretar las reacciones de mi hija/hijo.	
23. Cuando mi hija/hijo se porta mal es señal de que no me quiere.	
24. Creo que la forma en que mis padres me criaron influye en cómo yo crío a mi hija/hijo.	
25. Mi hija/hijo llora en presencia de extraños para avergonzarme.	
26. Pongo atención en lo que mi hija/hijo está sintiendo.	
27. Puedo leer la mente de mi hija/hijo por completo, a la perfección.	
28. Entender el porqué mi hija/hijo actúa de cierta manera me ayuda a no molestarme con él o ella	
29. Creo que no sirve de nada tratar de adivinar lo que mi hija/hijo siente.	
30. Seguido pienso en cómo me habré sentido cuando niña/niño.	
31. Trato de entender las razones por las que mi hija/hijo se porta mal.	
32. Siempre sé qué quiere mi hija/hijo.	
33. Odio cuando mi hija/hijo llora o me habla cuando estoy en el teléfono con alguien.	

Anexo 7 The Childhood Trauma Questionnaire madre

PROYECTO FONDECYT N°11140230

CTQ[1] (M)

Mientras iba creciendo...

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente -mente	Muy frecuente-mente
1. No tenía suficiente para comer					
2. Yo sabía que había alguien para cuidarme y protegerme.					
3. Algunas personas de mi familia me decían cosas como "estúpido/a", "flojo/a" o "feo/a".					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados como para cuidar de la familia.					
5. Había alguien en mi familia que me ayudaba a sentirme importante o especial.					
6. Tenía que usar ropa sucia.					
7. Me sentía amado/a.					
8. Alguna vez pensé que mis padres desearon que yo jamás hubiese nacido.					
9. Alguna o algunas personas de mi familia me pegaron tan fuerte que tuve que ver un doctor o ir al hospital.					
10. No hubo nada que haya querido cambiar de mi familia.					
11. Algunas personas de mi familia me pegaban/golpeaban tan fuerte que me dejaban marcas o moretones.					
12. Era castigado con un cinturón, un palo, una cuerda o algún otro objeto duro.					
13. Las personas en mi familia nos cuidábamos los unos a los otros.					
14. Algunas personas de mi familia me decían cosas hirientes o insultos.					
15. Yo creo que fui maltratado físicamente.					
16. Tuve una infancia perfecta.					
17. Fui tan fuertemente golpeado/a por alguien de mi familia que otras personas, como un profesor, un vecino o un médico, se dieron cuenta.					
18. Yo sentía que alguien en mi familia me odiaba.					
19. Las personas en mi familia se sentían cercanas entre ellas.					
20. Alguien intentó tocarme en una forma sexual, o trató que yo lo/la tocara.					
21. Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras acerca de mí a menos que yo hiciera algo sexual con él o ella.					
22. Yo tenía la mejor familia del mundo.					
23. Alguien intentó que yo hiciera cosas sexuales o que viera cosas sexuales.					
24. Alguien me acosaba/incomodaba.					
25. Yo creo que fui maltratado emocionalmente.					
26. Había alguien para llevarme al doctor si lo necesitaba.					
27. Yo creo que fui sexualmente abusado/a.					
28. Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo.					

[1] Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0 Adaptado para Chile por Leighton, C.; Botto, A.; De la Cerda C.J.; Undurraga, C. (2013)

CTQ[1] (P)

ANEXO 8: THE CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE PADRE

PROYECTO FONDECYT Nº11140230

CTQ[1] (P)

Mientras iba creciendo...

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente -mente	Muy frecuente-mente
1. No tenía suficiente para comer					
2. Yo sabía que había alguien para cuidarme y protegerme.					
3. Algunas personas de mi familia me decían cosas como "estúpido/a", "flojo/a" o "feo/a".					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados como para cuidar de la familia.					
5. Había alguien en mi familia que me ayudaba a sentirme importante o especial.					
6. Tenía que usar ropa sucia.					
7. Me sentía amado/a.					
8. Alguna vez pensé que mis padres desearon que yo jamás hubiese nacido.					
9. Alguna o algunas personas de mi familia me pegaron tan fuerte que tuve que ver un doctor o ir al hospital.					
10. No hubo nada que haya querido cambiar de mi familia.					
11. Algunas personas de mi familia me pegaban/golpeaban tan fuerte que me dejaban marcas o moretones.					
12. Era castigado con un cinturón, un palo, una cuerda o algún otro objeto duro.					
13. Las personas en mi familia nos cuidábamos los unos a los otros.					
14. Algunas personas de mi familia me decían cosas hirientes o insultos.					
15. Yo creo que fui maltratado físicamente.					
16. Tuve una infancia perfecta.					
17. Fui tan fuertemente golpeado/a por alguien de mi familia que otras personas, como un profesor, un vecino o un médico, se dieron cuenta.					
18. Yo sentía que alguien en mi familia me odiaba.					
19. Las personas en mi familia se sentían cercanas entre ellas.					
20. Alguien intentó tocarme en una forma sexual, o trató que yo lo/la tocara.					
21. Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras acerca de mí a menos que yo hiciera algo sexual con él o ella.					
22. Yo tenía la mejor familia del mundo.					
23. Alguien intentó que yo hiciera cosas sexuales o que viera cosas sexuales.					
24. Alguien me acosaba/incomodaba.					
25. Yo creo que fui maltratado emocionalmente.					
26. Había alguien para llevarme al doctor si lo necesitaba.					
27. Yo creo que fui sexualmente abusado/a.					
28. Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo.					

[1] Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect,* 27(2), 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0 Adaptado para Chile por Leighton, C.; Botto, A.; De la Cerda C.J.; Undurraga, C. (2013)

Anexo N° 9: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Madre

PROYECTO FONDECYT N°11140230

BDI (M)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA HOY.** Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, puede marcarla también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

A	F
0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3. Ya no puedo soportar esta pena	0. No siento que esté siendo castigado/a 1. Me siento como si fuese a ser castigado/o 2. Siento que me están castigando o que me castigarán 3. Siento que merezco ser castigado/a
B	**G**
0. No me siento pesimista, ni creo que las cosas me vayan a salir mal 1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro 2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas 3. Ya no espero nada bueno de la vida, esto no tiene remedio	0. No estoy decepcionado de mí mismo/a. 1. Estoy decepcionado de mí mismo/a. 2. Estoy muy descontento/a conmigo mismo/a 3. Me odio, me desprecio
C	**H**
0. No me considero fracasado/a 1. Creo que he tenido más fracasos que la mayoría de la gente 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada	0. No creo ser peor que otras personas 1. Me critico mucho por mis debilidades y errores 2. Continuamente me culpo de todo lo que va mal 3. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
D	**I**
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Ya nada me llena 3. Estoy harto/a de todo	0. No tengo pensamientos de hacerme daño 1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo 2. Siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera 3. Me mataría si pudiera
E	**J**
0. No me siento culpable 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Todo el tiempo me siento una persona mala y despreciable	0. No lloro más de lo habitual 1. Ahora lloro más de lo normal 2. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo 3. Antes podía llorar, ahora no lloro aunque quisiera

K	Q
0. No estoy más irritable que normalmente 1. Me irrito o enojo con más facilidad que antes 2. Me siento irritado/a todo el tiempo 3. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	0. No me canso más de lo normal 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Cualquier cosa que hago me cansa 3. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada
L	**R**
0. No he perdido el interés por los demás 1. Me intereso por la gente menos que antes 2. He perdido casi todo mi interés por los demás 3. Los demás no me importan en absoluto	0. Tengo el mismo apetito que siempre 1. No tengo tan buen apetito como antes 2. Ahora tengo mucho menos apetito 3. He perdido totalmente el apetito
M	**S**
0. Tomo mis decisiones como siempre 1. Estoy inseguro/a de mi mismo/a y evito tomar decisiones 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	0. No he perdido peso últimamente 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 5 kilos 3. He perdido más de 8 kilos Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO
N	**T**
0. No me siento con peor aspecto que antes 1. Me preocupa que ahora parezco más viejo/a o poco atractivo/a 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a 3. Creo que tengo un aspecto horrible	0. No estoy más preocupado/a por mi estado de salud que lo habitual 1. Estoy preocupado/a por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento 2. Estoy preocupado/a por mi salud y me es difícil pensar en otra cosa 3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud que soy incapaz de pensar en otra cosa
O	**U**
0. Puedo trabajar tan bien como siempre 1. Tengo que hacer un esfuerzo especial para iniciar algo 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo 3. Soy incapaz de hacer algún trabajo	0. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo 1. Estoy menos interesado/a en el sexo que antes 2. Actualmente me siento mucho menos interesado/a en el sexo 3. He perdido todo mi interés por el sexo
P	
0. Duermo tan bien como siempre 1. Me despierto más cansado/a por la mañana 2. Me estoy despertando una o dos horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a quedarme dormido/a 3. Me despierto varias horas más temprano todas las mañanas y no logro dormir más de 5 horas	Subtotal Página 1 ____ Subtotal Página 2 ____ Total ____

Anexo N° 10: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Padre

PROYECTO FONDECYT N°11140230

BDI (P)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA HOY.** Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, puede marcarla también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

A	F
0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3. Ya no puedo soportar esta pena	0. No siento que esté siendo castigado/a 1. Me siento como si fuese a ser castigado/o 2. Siento que me están castigando o que me castigarán 3. Siento que merezco ser castigado/a
B	**G**
0. No me siento pesimista, ni creo que las cosas me vayan a salir mal 1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro 2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas 3. Ya no espero nada bueno de la vida, esto no tiene remedio	0. No estoy decepcionado de mí mismo/a. 1. Estoy decepcionado de mí mismo/a. 2. Estoy muy descontento/a conmigo mismo/a 3. Me odio, me desprecio
C	**H**
0. No me considero fracasado/a 1. Creo que he tenido más fracasos que la mayoría de la gente 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada	0. No creo ser peor que otras personas 1. Me critico mucho por mis debilidades y errores 2. Continuamente me culpo de todo lo que va mal 3. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
D	**I**
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Ya nada me llena 3. Estoy harto/a de todo	0. No tengo pensamientos de hacerme daño 1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo 2. Siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera 3. Me mataría si pudiera
E	**J**
0. No me siento culpable 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Todo el tiempo me siento una persona mala y despreciable	0. No lloro más de lo habitual 1. Ahora lloro más de lo normal 2. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo 3. Antes podía llorar, ahora no lloro aunque quisiera

K	Q
0. No estoy más irritable que normalmente 1. Me irrito o enojo con más facilidad que antes 2. Me siento irritado/a todo el tiempo 3. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	0. No me canso más de lo normal 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Cualquier cosa que hago me cansa 3. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada
L	**R**
0. No he perdido el interés por los demás 1. Me intereso por la gente menos que antes 2. He perdido casi todo mi interés por los demás 3. Los demás no me importan en absoluto	0. Tengo el mismo apetito que siempre 1. No tengo tan buen apetito como antes 2. Ahora tengo mucho menos apetito 3. He perdido totalmente el apetito
M	**S**
0. Tomo mis decisiones como siempre 1. Estoy inseguro/a de mi mismo/a y evito tomar decisiones 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	0. No he perdido peso últimamente 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 5 kilos 3. He perdido más de 8 kilos Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO
N	**T**
0. No me siento con peor aspecto que antes 1. Me preocupa que ahora parezco más viejo/a o poco atractivo/a 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a 3. Creo que tengo un aspecto horrible	0. No estoy más preocupado/a por mi estado de salud que lo habitual 1. Estoy preocupado/a por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento 2. Estoy preocupado/a por mi salud y me es difícil pensar en otra cosa 3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud que soy incapaz de pensar en otra cosa
O	**U**
0. Puedo trabajar tan bien como siempre 1. Tengo que hacer un esfuerzo especial para iniciar algo 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo 3. Soy incapaz de hacer algún trabajo	0. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo 1. Estoy menos interesado/a en el sexo que antes 2. Actualmente me siento mucho menos interesado/a en el sexo 3. He perdido todo mi interés por el sexo
P	
0. Duermo tan bien como siempre 1. Me despierto más cansado/a por la mañana 2. Me estoy despertando una o dos horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a quedarme dormido/a 3. Me despierto varias horas más temprano todas las mañanas y no logro dormir más de 5 horas	Subtotal Página 1 ____ Subtotal Página 2 ____ Total ____