



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Estudio de la relación entre la Satisfacción de
Pareja, la Depresión Parental y las Dificultades
en el Desarrollo Socioemocional Infantil en
Triadas Madre-Padre-Hijo/a menor de 3 Años**

MICHELLE CAROLINA PAJUELO OTÁROLA

Profesora Guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité de Tesis: Claudia Cerfogli

Germán Morales

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica
de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en

Psicología Clínica

Octubre 2018

Santiago, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Estudio de la relación entre la Satisfacción de
Pareja, la Depresión Parental y las Dificultades
en el Desarrollo Socioemocional Infantil en
Triadas Madre-Padre-Hijo/a menor de 3 Años**

MICHELLE CAROLINA PAJUELO OTÁROLA

Profesora Guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité de Tesis: Claudia Cerfogli

Germán Morales

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica
de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en

Psicología Clínica

Octubre 2018

Santiago, Chile

A Dios y a la Virgen María, por guiarme y fortalecerme a lo largo de la vida.

A mis padres y mi hermano, por su esfuerzo constante que me ha permitido cumplir con esta meta.

A mi compañero de vida, por motivarme diariamente a perseverar hasta el final.

A mi familia en Chile, por abrirme las puertas de su hogar y brindarme su apoyo.

A mis amigos del magister, por su compañía y por ser mi soporte emocional en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer especialmente a mi guía de tesis Marcia Olhaberry, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo del presente trabajo.

De igual manera, a los profesores miembros del comité Claudia Cerfogli y German Morales, por guiar mi trabajo hacia la reflexión clínica.

Finalmente, quiero agradecer a mi asesor metodológico Eduardo Franco, por su constante orientación, apoyo y compromiso.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 7 |
| Introducción y Formulación del Problema..... | 9 |
| Antecedentes Teóricos y Empíricos..... | 14 |
| 1 Desarrollo Socioeconómico (DSE) en la Primera Infancia..... | 14 |
| 2 Depresión Parental y sus repercusiones en el DSE infantil..... | 16 |
| 3 Satisfacción de Pareja..... | 18 |
| 3.1. Satisfacción de pareja y depresión parental..... | 18 |
| 3.2. Satisfacción de Pareja, Parentalidad y su repercusión en el DSE infantil..... | 19 |
| Objetivos e Hipótesis..... | 23 |
| Metodología..... | 24 |
| 1 Diseño..... | 24 |
| 2 Participantes..... | 24 |
| 3 Instrumentos..... | 25 |
| 4 Procedimiento..... | 27 |
| 5 Análisis de Datos..... | 27 |
| Resultados..... | 29 |
| Discusión..... | 42 |
| Referencias..... | 53 |
| Anexos..... | 67 |
| Anexo N° 1: Carta de Consentimiento Informado..... | 67 |
| Anexo N° 2: Ficha de Antecedentes Sociodemográficos..... | 70 |
| Anexo N° 3: Relationship Assesment Scale (RAS) Madre..... | 75 |
| Anexo N° 4: Relationship Assesment Scale (RAS) Padre..... | 76 |
| Anexo N° 5: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Madre..... | 77 |
| Anexo N° 6: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Padre..... | 79 |
| Anexo N° 7: Ages & Stages Questionnaires Social Emotional (ASQ:SE)..... | 81 |
| Tablas | |
| Tabla 1: Caracterización de la Muestra..... | 29 |
| Tabla 2: Estadísticos descriptivos de Satisfacción de Pareja..... | 32 |
| Tabla 3: Estadísticos descriptivos de Depresión Parental..... | 32 |
| Tabla 4: Estadísticos descriptivos de Porcentaje de Problemas en el Desarrollo Socioemocional..... | 32 |
| Tabla 5: Comparación de los estadísticos descriptivos de Porcentaje de Problemas en el en el Desarrollo Socioemocional según el sexo del niño..... | 33 |
| Tabla 6: Matriz de correlación total..... | 36 |
| Tabla 7: Matriz de correlación para niños (diagonal inferior) y niñas (diagonal superior)..... | 37 |
| Tabla 8: Regresión Escala Total..... | 39 |
| Tabla 9: Regresión Porcentaje de Problemas de Comunicación..... | 39 |
| Tabla 10: Regresión Porcentaje de Problemas de Autonomía..... | 40 |
| Gráficos | |
| Gráfico 1: Interacción entre lugar del niño en la fratría con el sexo para la predicción de problemas de comunicación..... | 40 |
| Gráfico 2: Interacción entre nivel educativo de ambos padres con el sexo del niño para la predicción de problemas de autonomía..... | 41 |

Resumen

La primera infancia es un periodo crítico para el logro de un adecuado desarrollo cognitivo, emocional y social, en el que influyen las relaciones interpersonales que los niños/as establecen y el contexto en el que estas ocurren. En esta línea, las primeras interacciones en la tríada familiar madre-padre-infante son relevantes para el desarrollo de un apego seguro en el niño/a y para la construcción de representaciones mentales positivas de sí mismo/a, del mundo y de sus vínculos con otros. La salud mental parental influye en la calidad de las interacciones entre padres/madres e hijos/as, destacando la depresión como un trastorno prevalente, con un impacto negativo en las relaciones familiares y en el desarrollo socioemocional infantil. Adicionalmente, algunos estudios revelan que niveles bajos de satisfacción de pareja influyen en el desarrollo de sintomatología depresiva en los progenitores, así como también en la parentalidad y en la aparición de dificultades en el desarrollo socioemocional infantil. No obstante, existen investigaciones que afirman que la satisfacción de pareja podría actuar como un factor protector frente a las demandas de la parentalidad, reduciendo el impacto negativo de la depresión en el desarrollo socioemocional infantil. A partir de estos antecedentes, se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, de tipo descriptivo, comparativo, correlacional y explicativo. Tuvo como objetivos describir y analizar la asociación entre los niveles de satisfacción de pareja, depresión parental y dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, comparando padres y madres, y niños y niñas. Se buscó también determinar el valor explicativo de la satisfacción de pareja y la depresión parental para la presencia de las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil. Se estudiaron 80 tríadas madre-padre-hijo/a entre 1 y 3 años participantes en el proyecto Fondecyt de iniciación N° 11140230, consultantes para una intervención psicológica. Se evaluó la satisfacción de pareja con el instrumento Relationship Assessment Scale: RAS (Hendrick, 1988), la depresión parental con el Inventario de Depresión de Beck, versión BDI-II (Beck, Ward, Mendelson, Marck & Erbaugh, 1961) y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil con el Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional (ASQ: SE) (Squires, Bricker, & Twombly, 2006). Los resultados mostraron que ambos progenitores presentan niveles altos de satisfacción de pareja, las madres experimentan mayor sintomatología depresiva que los padres y los niños presentan mayores problemas en el área “autorregulación” que las niñas. Se encontró que padres y madres más satisfechos con su relación de pareja presentan menores niveles de depresión

y que a mayor depresión materna, menor satisfacción de pareja reportan los padres. En los niños, se encontró que mientras más altos sean los niveles de depresión del padre, presentan mayores problemas en el área “interacción con personas”. Por su parte, en los padres de las niñas se encontraron mayores niveles de depresión en aquellos con hijas de edades menores. Además, se encontró que mientras más alto es el nivel educativo del padre, menor es el riesgo de que la niña presente problemas en el área “comunicación” de su desarrollo socio emocional. La satisfacción de pareja y la depresión parental no explicaron las dificultades en el DSE infantil como se esperaba. No obstante, se encontró que la edad del niño/a explica las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil en un 12%. Al realizar un análisis por sub-escalas, se encontró que el sexo del niño/a explica en un 19% la varianza total del porcentaje de problemas en el área “comunicación”, existiendo una interacción entre el sexo y el lugar del niño en la fratría. En las niñas, a menor edad entre sus hermanos, presentan mayores problemas en el área comunicación, lo que no se observó en los niños. A su vez, la interacción entre el sexo infantil y el nivel educativo de ambos padres explicaron juntos el 37% de la varianza en el porcentaje de problemas en el área “autonomía”. En las niñas, a medida que el nivel educacional de los padres es mayor, presentan menores dificultades en su autonomía, lo que no se observó en los niños.

Introducción y Formulación del Problema

El interés por la detección temprana de sintomatología infantil ligada a la salud mental ha comenzado a incrementarse en los últimos años, enfocándose en la primera infancia debido a que es entre los 0 y 5 años de edad el periodo durante el cual se desarrolla el cerebro en un 90% (Sunderland, 2006), y con él aspectos neurobiológicos, cognitivos, emocionales y sociales de los infantes (Greenspan & Benderly, 1998).

En Chile, el interés por investigar el estado de la salud mental durante la infancia temprana ha sido creciente, destacando los resultados de la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia, que muestran que un 10,8% de los niños/as entre 6 meses y 4 años presentan dificultades clínicamente significativas en su desarrollo socioemocional y un 10,9% estaría en riesgo de presentarlas (ELPI, 2010).

Sumado a esto, estudios internacionales indican que, a mayor edad del infante, aumenta el riesgo de presencia de dificultades en el desarrollo socioemocional, donde los resultados demuestran que a los 6 meses existiría un 9,8% de riesgo, a los 12 meses un 17,1% y a los 18 meses un 24,2%, pudiendo inferirse que en etapa preescolar éste sería incluso mayor (Behrman, Bravo & Urzúa, 2010).

En los últimos años, el estudio en la primera infancia ha cobrado gran relevancia, sobre todo las primeras interacciones de los infantes con sus figuras cuidadoras en el desarrollo de aspectos neurobiológicos, cognitivos y emocionales en el bebé (Cicchetti, 2002). Es en este sentido que, una adecuada estimulación favorecería el desarrollo de los niños/as y disminuiría la vulnerabilidad a presentar problemas en dichas áreas y/o en su adaptabilidad social (Cicchetti & Curtis, 2006; Repetur & Quezada, 2005). Para ello es necesario resaltar la importancia de establecer vínculos de apego seguro, en donde el cuidador esté disponible y responda adecuadamente a las señales y necesidades del infante (Ainsworth, 1979), para que éste pueda adquirir modelos operativos internos de representación de él mismo, de los demás y del mundo, que le permitan interpretar y anticipar las conductas y actitudes de los demás, así como también auto-regularse y adaptarse a los diferentes contextos (Bowlby, 1969).

Por todo lo anterior, es relevante la comprensión y generación de modelos diagnósticos que consideren variables familiares que orienten el diseño de intervenciones en primera infancia, dirigidas a mejorar la calidad del desarrollo socioemocional durante esta etapa vital. Para ello, es necesario revisar el estado del arte que permita entender la

presencia de dificultades en el desarrollo socioemocional en infancia temprana y comprender cómo la depresión parental y la satisfacción de pareja podrían intervenir en dicho fenómeno.

Por varias décadas, las investigaciones sobre las interacciones vinculares tempranas giraron en torno al estudio de la relación diádica madre-hijo/a al ser considerada como el vínculo fundamental que permite el desarrollo y la promoción de la salud mental en el infante, dejando de lado el rol del padre y limitándolo a un rol de apoyo y contención de la madre (Flykt, Kanninen, Sinkkonen, & Punamaki, 2010; Navarro, Pérez & Arteaga, 2017). Dicha perspectiva probablemente fue reforzada debido a que culturalmente, las creencias tradicionales sobre los roles materno y paterno, dividían las responsabilidades; siendo las mujeres las encargadas de las tareas domésticas, de cuidado y de crianza y los hombres quienes se dedicaban a trabajar y proveer económicamente al hogar. Sin embargo, en Chile según los resultados de la Encuesta IMAGES, en la actualidad 9 de cada 10 hombres presentaría interés en participar junto a sus hijos/as en la interacción con el sistema de salud y educativo. Las cifras revelarían el creciente interés de los hombres por participar en la paternidad a través del juego y paseos recreativos, a pesar de las barreras culturales (Aguayo, Correa & Cristi, 2011).

Por otro lado, en países desarrollados en donde los roles de género son más equitativos con respecto a las responsabilidades en el área familiar y laboral, ya se pueden encontrar investigaciones que incluyen al padre en el estudio de las interacciones tempranas, que revelan que la presencia de dicho progenitor impacta positivamente tanto en el desarrollo cognitivo (Olhaberry & Santelices, 2013) como en el desarrollo psicosocial de sus hijos/as (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid & Bremberg, 2008) y por ende en la ausencia de problemas conductuales (Olhaberry & Santelices 2013).

Con la inclusión del padre en las investigaciones se busca pasar de una perspectiva diádica a una triádica “madre- padre- hijo/a”, en donde las relaciones del niño/a con ambos progenitores son importantes para su desarrollo y sus vínculos con otros (Pérez & Santelices, 2017; Pérez, Moessner & Santelices, 2017). Bajo esta mirada, los estudios han demostrado que, si la relación del niño/a con uno de sus padres/madres es vivida como estresante o problemática, la relación con el otro padre puede tornarse un factor protector o correctivo, mejorando la calidad de la interacción y disminuyendo el porcentaje de problemas en el desarrollo tanto emocional, social y cognitivo (Fivaz-Depeursinge & Favez, 2006; Olhaberry & Santelices, 2013).

En este sentido, se considera imprescindible la presencia de un segundo cuidador primario en la crianza, tanto en investigación como en la práctica clínica, para comprender la interacciones tempranas y su influencia en el desarrollo socioemocional infantil.

Para el presente estudio, se tomarán tanto aspectos de la salud mental parental, como la depresión, así como también aspectos vinculares en la pareja, como el nivel de satisfacción, para explicar cómo estas variables podrían afectar el desarrollo socioemocional del niño/a y generar la aparición de problemas en esta área.

Existe evidencia consistente que avala la estrecha interrelación entre los subsistemas de pareja y parental (Gordon & Feldman 2008), frente a lo cual es posible plantear la mutua influencia entre la satisfacción de pareja, variable referida al subsistema de pareja y la depresión parental, asociado al subsistema parental.

Con respecto a la sintomatología depresiva parental, diversos estudios han encontrado que los padres/madres con dificultades psicológicas muestran prácticas de socialización de la emoción menos óptimas, como la baja sensibilidad a las emociones negativas del niño/a (Dix et al., 2004). Además, se ha encontrado que la presencia de sintomatología depresiva en uno de los padres también influyen en la crianza del otro progenitor (Ponnet et al., 2013).

Producto de lo anterior, los niños/as que crecen en familias cuyos padres/madres presentan dificultades psicológicas, como sintomatología depresiva, corren mayor riesgo de desarrollar problemas en su desarrollo socioemocional (Goodman et al., 2011; Smith, Eryigit-Madzwamuse, & Barnes, 2013), incluso cuando los síntomas psicopatológicos parentales se encuentran en un rango subclínico (Cummings, Keller, & Davies, 2005; Weitzman, Rozenthal, & Liu, 2011).

En este sentido, el estado de ánimo deprimido de padres y madres, se ha asociado a síntomas internalizantes en niño/as, como conductas retraídas y también a conductas agresivas (Breaux, Harvey, & Lugo-Candelas, 2013). Se ha asociado también a falta de habilidades sociales en los niños/as, incluido el aislamiento y la falta de comportamiento prosocial (Elgar, Mills, McGrath, Waschbush, & Brownridge, 2007).

Algunos estudios que revelan que los padres intentan compensar la baja calidad de las interacciones de las madres deprimidas con sus hijos/as intensificando sus propios intercambios positivos con ellos (Beestin, Hugh-Jones, & Gough, 2014; Edhborg, Lundh,

Seimyr, & Widstrom,2003). En este sentido, el apoyo y la participación de los padres reduciría el impacto negativo de la depresión materna en los hijos/as y en algunos casos contribuiría también a reducir la sintomatología materna (Mezulis, Hyde, & Clark, 2004).

Por otra parte, a nivel del subsistema de pareja, a pesar de que existen investigaciones que señalan que el inicio de la paternidad disminuye la satisfacción de pareja, sobre todo en las madres (Dekel et al., 2014; Hollist, Miller, Falceto, & Fernandes, 2007), existen otras que indican que la satisfacción de pareja puede actuar como un factor protector para el ejercicio adecuado de la paternidad (Shapiro, Gottman, & Carrere, 2000). En este sentido, es relevante considerar que las vivencias del padre y la madre son distintas antes, durante y después del nacimiento de los hijos/as, por lo que se torna importante estudiar las diferencias de ambos progenitores en las variables de satisfacción de pareja y de depresión parental, considerando así, la variable de sexo parental.

La presencia de padres y madres satisfechos con su relación de pareja, enriquece las interacciones con los hijos/as y actúa al mismo tiempo como un elemento protector frente al riesgo de psicopatología infantil, regulando y corrigiendo mutuamente interacciones disfuncionales con el niño/a y adoptando prácticas educativas menos punitivas y con mayor proximidad afectiva (Gerard, Krishnakumar, & Buehler, 2006).

Por otro lado, la insatisfacción en la pareja es un factor de riesgo importante para el desarrollo de sintomatología depresiva (Dekel et al., 2014; Hollist et al., 2007). Por tanto, en la medida en que el apoyo social entre la pareja disminuye y aumenta la hostilidad, puede precipitarse el desarrollo de la sintomatología depresiva en alguno de los miembros de la diada parental. Asimismo, se ha observado que las mujeres menos satisfechas con su relación de pareja podrían desarrollar sintomatología depresiva en mayor medida que los hombres (Hollist et al., 2007).

A partir de estos antecedentes, se puede observar que la alta prevalencia de dificultades en el desarrollo socioemocional en primera infancia, alerta sobre la necesidad de describir y analizar la asociación entre los niveles de satisfacción de pareja, depresión parental y dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, comparando padres y madres, y niños y niñas. Así como también determinar el valor explicativo de la satisfacción de pareja y la depresión parental para la presencia de las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil. Este estudio brindará información de investigación local del contexto chileno que permitirá generar insumos para el diagnóstico e

intervenciones futuras en infancia temprana destinada a triadas. Cabe resaltar la importancia de considerar a ambos padres/madres en los estudios, ya que está demostrado que tanto la madre como el padre influyen en el desarrollo del niño o niña.

Antecedentes Teóricos y Empíricos

1. Desarrollo Socioemocional (DSE) en la Primera Infancia

El DSE infantil se refiere a las habilidades emocionales y sociales que el niño/a va desarrollando desde los primeros años de vida, y que se ponen de manifiesto a través de sus conductas al momento de expresar emociones e interactuar con quienes lo rodean (Squires, Bricker, & Twombly, 2002). Para un desarrollo socioemocional saludable se requiere una relación cercana y segura con los adultos para poder experimentar, regular y expresar emociones de una forma apropiada social y culturalmente, y también para explorar el ambiente y aprender en el contexto familiar, comunitario y cultural (Palmer et al., 2013).

El entorno familiar es la primera instancia en la cual el niño/a aprende a socializar y a desarrollar ciertas estrategias de afrontamiento, competencias emocionales, estilos de comunicación e interpretación, etc. (Henaó & García, 2009). La madre y el padre son los primeros agentes que tienen la función de lograr que sus hijos/as sean competentes miembros de la sociedad (Bornstein & Putnick, 2012) y las interacciones positivas de ambos padres/madres con el niño/a serían relevantes para optimizar el resultado en el desarrollo social, emocional y cognitivo (Page, Wilhelm, & Gamble, Card, 2010). Tomando en cuenta lo anterior, algunos estudios muestran que el nivel educativo del padre podría actuar como un factor protector del desarrollo del niño (Maria-Mengel, & Linhares, 2007).

Las competencias socioemocionales en la primera infancia son variadas y consideran habilidades y conocimientos integrados a través de los dominios emocionales, cognitivos y conductuales del desarrollo (Saarni, 1999). La autorregulación, constituye una competencia socioemocional relevante y esencial para una conducta social positiva que permita la capacidad de tomar los puntos de vista de los demás para la resolución de situaciones problemáticas (Raver, Blackburn, Bancroft, & Torp, 1999). En este sentido, factores internos como el temperamento del niño/a podría afectar tanto a la intensidad de la emoción experimentada como el desarrollo de la autorregulación de los mismos/as (Lozano, Salinas, & Carnicero, 2004). Asimismo, factores externos, como las características del ambiente en el hogar (variedad de actividades diarias e interacciones sociales, la provisión de material apropiado para jugar, etc.), las prácticas parentales, el clima emocional familiar (Clark; Woodward; Horwood, & Moor, 2008) y las

características parentales y las infantiles (Morris et al., 2007) son de gran importancia en la construcción de la regulación emocional durante la infancia.

En este sentido, las competencias socioemocionales pueden jugar un papel importante en el curso de los problemas emocionales y conductuales que emergen tempranamente. Los niños/as que carecen de las competencias apropiadas para su edad, necesarias para dominar los desafíos o tareas del desarrollo, pueden estar en riesgo de desarrollar o mantener conductas problemáticas (Cicchetti, 1993). Al respecto, en investigaciones latinoamericanas se encontró que niños/as de más de 2 años evidenciaron más dificultades en el área socioemocional (11,6%) que los niños/as menores de esa edad (4,7%) (Cabella et al., 2016). En adición, los primeros problemas socio-emocionales y de conducta también estarían asociados con deficiencias en el funcionamiento del niño/a o la familia (Briggs-Gowan, Carter, Skuban, & Horwitz, 2001).

La creciente evidencia sugiere que los problemas socioemocionales y de conducta de bebés y niños/as pequeños pueden persistir durante un año o más. Por lo tanto, las primeras dificultades en el desarrollo de un niño podrían representar los primeros síntomas de una psicopatología más tardía, requiriendo ser considerada (Briggs-Gowan et al., 2001).

Por otro lado, a pesar de los pocos estudios que muestran diferencias en el DSE tanto en niños como en niñas, una investigación internacional indica que el sexo sería un factor individual que marca diferencia, ya que los niños presentarían mayor retraso en esta área que las niñas (Farkas, et al., 2016). Asimismo, en un meta-análisis sobre las diferencias de género en la expresión de emociones, se encontró que las niñas tienden a mostrar emociones más positivas e internalizar emociones como la tristeza y la ansiedad, mientras que los niños tienden a mostrar emociones externalizantes como la ira (Chaplin & Aldao, 2013), dando cuenta de dificultades para regular sus emociones (Knight, Guthrie, Page, & Fabes, 2002). En este sentido, las niñas tendrían habilidades de regulación emocional un poco más avanzadas que los niños a la edad de un año, mientras que los niños recién comenzarían a nivelarse con las niñas hacia los tres años de edad (Vallotton, & Ayoub, 2011). Otros estudios encontraron que tanto madres como padres a menudo usan un discurso más emocional y hacen más referencia a las emociones con las niñas en comparación con los niños (Fivush, Brotman, Buckner & Goodman, 2000). En adición, se encontró que las madres son más controladoras con los niños y más no responsivas con las niñas, dando cuenta que cuando las madres no logran leer e interpretar

adecuadamente las señales de sus hijos/as para acoger sus necesidades, muestran hostilidad con los niños y una conducta centrada en sí mismas con las niñas (Endendijk, Groeneveld, Bakermans-Kranenburg, & Mesman, 2016; Olhaberry, 2012).

2. Depresión Parental y sus repercusiones en el DSE infantil

La depresión es uno de los trastornos del ánimo más frecuentes en salud mental, caracterizada por la pérdida de placer en las actividades cotidianas, trastornos del sueño, del apetito, trastornos de la concentración y pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas (OMS, 2017). En Chile, la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres es de 25.7% y en hombres de 8.5% (MINSAL, 2013). A esto se suman estudios que indican que la depresión afectaría tres veces más a mujeres que se encuentran en la etapa de crianza de sus hijos/as (Castro, 2011; Pérez y Santelices, 2016).

Existen diferencias de sexo en torno a la depresión las cuales se han estudiado en diversas edades y culturas (Altemus, 2006), encontrándose que la prevalencia de los trastornos depresivos es el doble en las mujeres que en los hombres. Además, el riesgo de que la depresión evolucione a la cronicidad es mayor en la población femenina (Hankin & Abramson, 2001; Kessler et al., 2003).

La depresión comúnmente afecta a los adultos en edad de ser padres (Whiteford et al., 2013). Las demandas de la parentalidad implican un aumento de los estresores, demostrando la literatura de manera robusta que a mayor estrés, mayor riesgo tiene la pareja parental de desarrollar depresión (Kamalifard, Hasanpoor, Kheiroddin, Panahi, & Payan, 2014; Venkatesh, Phipps, Triche, & Zlotnick, 2014; Venta, Vélez, & Lau, 2016).

Al respecto, estudios recientes han reportado vínculos significativos entre los síntomas depresivos maternos y paternos y la coparentalidad negativa (McDaniel & Teti, 2012; Solmeyer & Feinberg, 2011). En este sentido, el estado de ánimo depresivo podría generar más cambios de humor y dificultades en sus relaciones interpersonales, lo que afectaría negativamente la relación con su hijo/a (Coyne et al., 2007; Olhaberry, Romero & Miranda, 2015) debido a su falta de disponibilidad emocional, es decir, conductas disminuidas de estimulación verbal, corporal y de trato cálido con sus hijos/as obstaculizando las capacidades de interacción tanto de las madres como de los padres que permiten la regulación afectiva del niño/a (Feldman, 2007; Paulson, Dauber & Leiferman, 2006; Rodrigo, Martín, Cabrera, & Máiquez, 2009), aumentando el riesgo de tener percepciones negativas del comportamiento infantil (Herrera, Reissland, & Shepherd,

2004). Por lo tanto, las madres que experimentan depresión, incluso de intensidad leve, podrían tener más dificultades para cooperar con los padres durante las interacciones triádicas (Tissot, Favez, Ghisletta, Frascarolo, & Despland, 2017). No obstante, en otros estudios se ha encontrado que el efecto negativo de la depresión materna en los hijos/as se anula cuando las interacciones con ellos son sensibles y positivas (Leckman-Westin, Cohen, & Stueve, 2009) o cuando la madre tiene buenas habilidades de regulación emocional (Kam et al., 2011).

Frente a ello, los investigadores han identificado numerosos factores de riesgo para las interacciones negativas madre-hijo/a. Se descubrió que los factores de riesgo más importantes incluyen experiencias previas de depresión y la experiencia de al menos un episodio depresivo durante el embarazo (Flykt, Kanninen, Sinkkonen, & Punamaki, 2010). En este sentido, el impacto negativo de la depresión materna en el desarrollo infantil se cristaliza en la presencia de problemas para la seguridad del apego de niños/as pequeños (Campbell et al., 2004) y para las habilidades reguladoras tempranas (Feldman et al., 2009). En decir, los hijos/as de madres deprimidas presentarían niveles más altos de expresividad emocional negativa, menos expresiones faciales positivas y dificultad para tranquilizarse (Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2009), en comparación con los hijos/as de madres no deprimidas. Al respecto en Chile, un estudio indicó que los hijos/as de madres deprimidas presentarían mayores niveles de psicopatología (Fritsch, Montt, Solfs, Pilowsky, & Rojas, 2007).

Por su parte, la salud mental paterna impacta en la calidad del apoyo social que los padres brindan a las madres con depresión, influyendo así en las interacciones entre madre e hijo/a (Don & Mickelson, 2012). Además, los estudios actuales han encontrado que la salud mental paterna actúa como un amortiguador entre la depresión materna y el desarrollo socioemocional infantil (Gere et al., 2013). Sin embargo, diversos estudios han demostrado que cuando el padre tiene depresión, tiende a manifestar hostilidad, conflicto e ira (Condon, Boyce & Corkindale, 2004), llevándolo a retirarse o participar en actividades de escape como el exceso de trabajo, los deportes, el sexo, el juego o el consumo de alcohol (Veskrna, 2013), afectándose las interacciones con su hijo. Las deficiencias en los comportamientos del padre deprimido, se ha asociado a falta de habilidades sociales en el niño, incluido el aislamiento y la falta de comportamiento prosocial (Cummings et al., 2005; Elgar, Mills, McGrath, Waschbush, & Brownridge, 2007).

3. Satisfacción de Pareja

El término de satisfacción pareja se ha empleado para describir principalmente la percepción subjetiva que cada miembro tiene con respecto a la forma en que reacciona la pareja dentro de la relación (Márquez & Rivera, 2010), implicando aspectos emocionales, la interacción con cotidiana; la promoción de la confianza, la intimidad, la unión, respeto y tolerancia (Armenta Hurtarte & Díaz-Loving, 2006); así como también aspectos estructurales tales como la manera de organización y la forma en cómo se cumplen los acuerdos en la relación (Cortés, Reyez, Díaz-Loving, Rivera & Monjaraz, 1994). Es decir, el grado de satisfacción que ellos sienten con su relación (Edalati & Redzuan, 2010).

Es importante considerar que las características individuales que cada miembro aporta a la relación y las características de interacción entre ambos miembros de la díada, están asociadas e influenciadas por el contexto físico y socio-cultural en el que se encuentran. De esta forma, las expectativas, valores y conductas en las relaciones de pareja van cambiando a través del tiempo, creándose nuevos parámetros, que están influenciados y responden a la situación social en la que se encuentra la pareja (Armenta-Hurtarte, Sánchez-Aragón y Díaz-Loving, 2012; Snyder & Stukas, 1999).

Es importante destacar que existen pocos estudios referentes a la satisfacción de pareja realizados en América Latina, ya que la mayoría de las investigaciones provienen de Estados Unidos y países de Europa Occidental.

3.1. Satisfacción de pareja y depresión parental

Aunque la depresión puede tener algún impacto en el funcionamiento de la pareja (Benazon & Coyne, 2000), la mayor parte de la evidencia empírica sugiere que niveles bajos en satisfacción de pareja predicen mayores niveles de depresión tanto en mujeres como en hombres, obteniendo en las mujeres un mayor valor predictivo que en los hombres (Vicente et al., 2016; Dekel et al., 2014; Hollist et al., 2007).

También existe evidencia de que la depresión es resistente al tratamiento en casos donde la discordia e insatisfacción en la pareja sigue siendo alta. Específicamente, el 50% de una muestra de mujeres moderadamente deprimidas que participaron en un ensayo clínico aleatorizado de medicación antidepresiva informaron que sus disputas de pareja eran una característica prominente y contribuyente de su cuadro clínico actual (Rounsaville, Weissman, Prusoff & Herceg-Baron, 1979). Aquellos que vieron mejoras

en sus problemas de pareja también vieron mejoras significativas en sus síntomas depresivos. Las mujeres, que inicialmente experimentaron una mejora en sus síntomas depresivos con medicamentos, pero no en sus problemas de pareja, experimentaron un regreso de sus síntomas depresivos a pesar del uso continuado de antidepresivos. Parece que las constantes discusiones que llevan a la insatisfacción de las parejas contribuyen al mantenimiento de los síntomas depresivos (Whisman, Weinstock, & Uebelacker, 2002) y explican por qué la baja satisfacción en la pareja precede al inicio de los síntomas depresivos. (Hollist et al., 2007).

Los problemas interpersonales y los déficits sociales, especialmente en el contexto de pareja, están fuertemente asociados con el desarrollo, la intensidad y el curso de la depresión (Beach, Jones, & Franklin, 2008). Varios estudios han identificado la falta de positividad verbal y no verbal, la asimetría en los patrones de interacción, un mayor nivel de pasividad/retirada, afirmaciones negativas (por ejemplo, quejas, declaraciones negativas) así como reciprocidad negativa en parejas con un miembro deprimido (Johnson & Jacob, 1997). Las parejas con un miembro deprimido son más negativas y menos agradables en sus interacciones de pareja en comparación con las parejas sin un miembro deprimido (Johnson & Jacob, 1997). De acuerdo con este patrón, 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 la relación de pareja (Benazon & Coyne, 2000).

Algunos estudios han encontrado un curso diferente en la conexión entre la satisfacción de pareja y la depresión en función del género. En particular, es más probable que los hombres participen en conductas que minimicen, distraigan o eviten las interacciones que potencialmente producen emociones negativas, mientras que las mujeres pueden enfrentar, rumiar e involucrarse en tales interacciones, lo que resulta en una mayor excitación y una mayor exhibición de emociones negativas para las mujeres deprimidas durante las tareas de interacción que para los hombres deprimidos (Gabriel, Beach, & Bodenmann, 2010).

3.2. Satisfacción de Pareja, Parentalidad y su repercusión en el DSE infantil

El subsistema conformado por los progenitores, constituye a su vez el subsistema parental y el subsistema de pareja, los cuales están interrelacionados (Gordon & Feldman,

2008). En este sentido, una de las mayores dificultades en la pareja es la etapa de crianza de hijos/as, ya que con la llegada del primer hijo, la pareja deben transitar desde un funcionamiento diádico a uno triádico, lo que implica un cambio en los roles y en la identidad, así como acuerdos y ajustes para responder a las demandas asociadas a la crianza de un hijo/a pequeño (Widarsson et al., 2013). En este sentido, los nuevos padres con frecuencia tienden a enfocar de forma prioritaria la energía y atención en el rol parental sobre el de pareja, desviando así la atención y dejando en un segundo lugar el fortalecimiento del vínculo de pareja, hecho que con frecuencia provoca malestar en uno o ambos miembros (Shapiro, Gottman & Carrere, 2000). Paradójicamente, este alejamiento conyugal puede traer consigo consecuencias importantes en el desarrollo de los niños/as y de la relación de pareja, tal como lo han manifestado diversas investigaciones que demuestran que los niños/as con sano crecimiento requieren estabilidad y seguridad por parte de la pareja y de la familia (Eguiluz, 2004).

A pesar de que algunas parejas perciben este período con menos dificultades probablemente porque tienen mayor capacidad para manejar el estrés prolongado que implica la crianza infantil y mantener una visión positiva de su relación de pareja en lugar de aumentar el conflicto, o que se trate de parejas con un sistema de creencias que incluya una perspectiva más favorable en torno a la crianza de los hijos/as, existen otras parejas que describen esta etapa como difícil de enfrentar (Taubman-Ben-Ari et al., 2008). Sin embargo, tomando en cuenta las múltiples demandas de la crianza infantil, no es sorprendente que conflictos en la pareja aumenten (Belsky & Kelly, 1994) y la satisfacción de la misma tienda a disminuir después de la llegada del primer hijo/a (Leavitt, McDaniel, Maas, & Feinberg, 2017; Twenge, Campbell & Foster, 2003).

En un meta análisis donde se estudió el efecto de los hijos en la satisfacción de pareja, se encontraron diferencias asociadas al sexo en torno a la satisfacción de pareja. En este sentido, al comparar a las parejas que se han convertido en padres/madres con quienes no lo han hecho aún, las mujeres que se han convertido en madres reportan la satisfacción de pareja más baja. El efecto de esta disminución es más significativo cuando la edad del niño/a es menor. En cambio, la satisfacción de pareja reportada por los hombres es casi invariable en relación a la edad del hijo/a. Así, el grupo que se mostró más insatisfecho con su relación de pareja fue el compuesto por madres con hijos/as más pequeños. Lo anterior sugiere que la satisfacción de pareja desciende con mayor fuerza en quienes asumen de manera más directa la crianza de los hijos/as, que generalmente

resulta ser la madre (Twenge et al., 2003). Al respecto, se ha encontrado que la satisfacción de pareja puede disminuir cuando las expectativas de las mujeres respecto del trabajo equitativo después de la llegada de un niño/a no se cumplen (Twenge, Campbell, & Foster, 2003). La transición a la maternidad y paternidad conduce a una perspectiva tradicional de los roles familiares, donde las mujeres se enfocan más en las tareas domésticas y se vuelven más dependientes financieramente de sus parejas; al mismo tiempo, los hombres tienden a aumentar su enfoque en el trabajo fuera del hogar (Baxter, Hewitt, & Haynes, 2008). Muchas mujeres pueden experimentar cambios restrictivos e injustos. Frente a ello, investigaciones recientes han sugerido que las mujeres están más satisfechas cuando comparten el trabajo doméstico y el cuidado infantil con sus parejas (Amato, Johnson, Booth, & Rogers, 2003).

Otros estudios han descrito que la satisfacción de pareja actuaría como factor protector para el adecuado ejercicio de la paternidad (Shapiro et al., 2000). En este sentido, la buena relación con los hijos/as y con su pareja son factores que influyen en su satisfacción con la relación, ya que genera oportunidades de interacción familiar y permite conocer al otro (Armenta-Hurtarte et al., 2012).

La calidad de la relación de pareja se ha incluido dentro de las variables de contexto que influyen en la aparición y mantenimiento de problemas de comportamiento en la infancia temprana (Linville, Chronister, Dishion, Todahl, & Miller, 2010). En este sentido, se han encontrado investigaciones que muestran un efecto indirecto de los conflictos de pareja en presencia de síntomas infantiles externalizantes como la agresividad y en síntomas internalizantes como depresión y ansiedad (Schoppe & Schermerhorn, 2007). En un estudio longitudinal se evidenció que la relación entre problemas de conducta en niños/as de 22 a 36 meses y baja satisfacción de pareja es tal que incluso controlando los diferentes tipos de parentalidad y variables individuales de los padres/madres, como la depresión, se evidencia la fuerte relación entre dificultades socioemocionales en infantes cuyos padres/madres presentan conflicto e insatisfacción de pareja (Linville, Chronister, Dishion, Todahl, & Miller, 2010). En este sentido, cuando la relación de pareja está deteriorada, el estado de ánimo presente entre los padres/madres es transferido a la relación con sus hijos/as. En esta dinámica, las necesidades de los niños/as están en peligro (Bowen, 1978) ya que la capacidad de crianza de los padres/madres se ve socavada (Davies et al., 2004). Es por ello que los adultos que no saben solucionar los problemas de pareja, tienen dificultades para adaptarse a las

necesidades de sus hijos/as, no logrando separar los aspectos de pareja de sus prácticas parentales en estas situaciones (Mosmann & Wagner, 2008). Por lo tanto, la presencia del padre y la madre satisfechos con su relación de pareja y con una adecuada coparentalidad, enriquece las interacciones con los hijos/as y actúa al mismo tiempo como un elemento protector frente al riesgo de psicopatología infantil (Mezulis, Hyde, & Clark, 2004), regulando y corrigiendo mutuamente interacciones disfuncionales con el niño/a.

Considerando los antecedentes anteriormente expuestos, el presente estudio busca describir y analizar la asociación entre los niveles de satisfacción de pareja, depresión parental y dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, comparando padres y madres, y niños y niñas. Así como también determinar el valor explicativo de la satisfacción de pareja y la depresión parental para la presencia de las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil.

Objetivos e Hipótesis

Objetivo General

Describir y analizar la relación entre la Satisfacción de Pareja (SP) la Depresión Parental (DP) y las Dificultades en el DSE (D-DSE) infantil en triadas madre-padre-hijo/a menores de 3 años.

Objetivos Específicos

- a) Describir los niveles de satisfacción de pareja, depresión parental y dificultades en el desarrollo socioemocional en las triadas estudiadas.
- b) Analizar el tipo de relación existente entre las variables mencionadas
- c) Determinar el valor explicativo de la satisfacción de pareja y la depresión parental en la presencia de las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil.
- d) Comparar los niveles de satisfacción de pareja y depresión parental entre los padres y madres estudiados, y las dificultades en el desarrollo socioemocional entre los niños y niñas.

Hipótesis

- a) Se espera niveles medios a bajos de satisfacción de pareja, niveles moderados de problemas de autorregulación como una dificultad en el desarrollo socioemocional en los niños/as y niveles más altos de depresión parental en madres que en padres.
- b) Se espera una asociación positiva entre la depresión parental y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, y una asociación negativa tanto entre la satisfacción de pareja y depresión parental como entre la satisfacción de pareja y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil.
- c) Se espera que la satisfacción de pareja y la depresión parental expliquen juntas en algún porcentaje las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil.
- d) Se esperan diferencias entre padres y madres en depresión parental y satisfacción de pareja, con niveles mayores de depresión en las madres y mayores niveles de satisfacción de pareja en los padres, así como también diferencias entre niños y niñas en las dificultades en el desarrollo socioemocional, con niveles mayores de dificultad en niños que en niñas.

Metodología

1. Diseño

El presente estudio utilizó un diseño cuantitativo, no experimental y transversal, debido a que se realizará una sola medición en el tiempo. Es de tipo descriptivo, comparativo y correlacional, al describir las variables de satisfacción de pareja, depresión parental y dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, comparar madres y padres, niños y niñas y determinar la asociación entre variables. La variable dependiente estudiada fue las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil y las variables independientes fueron la satisfacción de pareja y la depresión parental. Además, como variables control se utilizó la edad del niño/a, el sexo del niño/a, el lugar del niño/a en la fratría y el nivel educativo de madres y padres.

2. Participantes

Para el estudio, se utilizaron datos secundarios del proyecto FONDECYT N° 11140230 titulado “Implementación y Evaluación de una Intervención con Video-feedback 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 (32 niñas y 48 niños), de NSE bajo, medio y alto residentes en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

Los criterios de inclusión definidos fueron: integrar una familia con padre y madre en una relación de pareja heterosexual actual, tener 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).

Entre los criterios de exclusión, se consideró la presencia de patología física grave y/o psiquiátrica (espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) en alguno de los padres/madres o en el niño/a y/o presencia de adicciones en cualquiera de los padres/madres que pudieran explicar la presencia de dificultades en el desarrollo socioemocional infantil.

El estudio realizado cuenta con certificación de los comités de ética institucionales de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. En cuanto a las consideraciones éticas del estudio, la totalidad

de las familias participantes recibieron una intervención con video-feedback focalizada en la calidad de las interacciones, el vínculo y el desarrollo infantil, luego de la evaluación inicial.

3. Instrumentos

Ficha de Antecedentes. Es un cuestionario sociodemográfico que sirve para recopilar información de los participantes. Esta ficha considera datos como el sexo, el nivel educacional, ocupación, estado civil, número de hijos/as, historia de tratamientos psicológicos y psiquiátricos actuales y anteriores de padres y madres, entre otros.

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.

Inventario de Depresión de Beck, versión BDI-II (Beck, Ward, Mendelson, Marck & Erbaugh, 1961). Se utilizó para evaluar los síntomas de depresión materna y paterna (cognitiva, afectiva, motivacional y fisiológica). Este cuestionario es de auto-reporte y está compuesto por 21 ítems, cada uno de 0 a 3 puntos, con un puntaje total que varía de 0 y 63 puntos en el que los puntajes más altos indican mayor sintomatología depresiva. Se identifican cuatro categorías de depresión: 0-9 mínima, 10-18 leve, 19-29 moderada, 30-63 severa. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado y muestra buenos niveles de confiabilidad y validez, con un coeficiente de 0.92 (Beck et al., 1961). El análisis de confiabilidad de la versión española fue adecuado, con un valor alfa de Cronbach = 0,90 (Vásquez & Sanz, 1999) y en población chilena, se obtuvo una confiabilidad de alfa de

Cronbach= 0,93 (Valdez, Morales-Reyes, Pérez & Krause, 2015). En este estudio, el instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0,84.

Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional (ASQ: SE). Se utilizó para evaluar las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil. Es un cuestionario de auto-reporte, el cual identifica posibles problemas en el desarrollo social y afectivo. Se administra desde los 6 meses a 60 meses. En promedio, la aplicación demora 20 minutos por niño/a y evalúa siete áreas del desarrollo socioemocional:

- **Autorregulación:** Evalúa la capacidad o disposición del niño para calmarse, calmarse o adaptarse a las condiciones psicológicas o ambientales o la estimulación.
- **Cumplimiento de órdenes:** Evalúa la capacidad o disposición para cumplir con las instrucciones e instrucciones dadas por otros y obedecerlas.
- **Comunicación:** Evalúa la capacidad o disposición para responder o iniciar señales verbales o no verbales que indican sentimientos, afectos o estados internos.
- **Funcionamiento Adaptativo:** Evalúa la capacidad o la disposición para hacer frente a las necesidades psicológicas, como dormir, comer, la seguridad, etc.
- **Autonomía:** Evalúa la capacidad o disposición para comenzar por sí mismo o responder a otros sin instrucciones (movimientos de independencia).
- **Afectividad:** Evalúa la capacidad o la voluntad de demostrar tus propios sentimientos y empatía por los demás.
- **Interacción con personas:** Evalúa la capacidad o disposición para responder o iniciar respuestas sociales a padres, otros adultos o compañeros.

Los puntajes obtenidos se suman y se compara con el puntaje límite establecido para cada una de las versiones del instrumento. Los resultados muestran dos categorías: (1) cuando el niño está por debajo del punto de corte, es decir, por encima de las expectativas (indicando un desarrollo socioemocional típico) y (2) cuando el niño está por encima del punto de corte, es decir, por debajo de las expectativas (indicando dificultades en el desarrollo socioemocional). Este instrumento tiene un nivel de validez concurrente que oscila entre el 71% y el 90%, con un acuerdo general del 84%. La fiabilidad test-retest es del 89% y las correlaciones intraclase fueron de .91 (Squires, Bricker, & Twombly, 2006). Considerando la diversidad de edades de los niños/as participantes y el uso de distintas plantillas de evaluación según la edad, no es posible comparar los puntajes directos obtenidos, por esta razón, se calculó el porcentaje de

problema de cada niño/a en relación al máximo para su edad. Los puntajes de corte de las plantillas del ASQ-SE utilizadas varían entre 12,69 y 14,54. El promedio obtenido en el estudio fue de 13,66 para la muestra total de niños, puntaje que indica dificultades significativas en el desarrollo socioemocional.

4. Procedimiento

Los participantes fueron contactados a través del personal de Salas Cunas y jardines Infantiles JUNJI, a través del CESFAM Padre Hurtado y por demanda espontánea de madres y padres a través de afiches colocados en diferentes espacios públicos.

Se puso en conocimiento a madres y padres sobre las características del estudio mediante una carta de invitación y un consentimiento informado que fue firmado por las parejas participantes.

La selección y evaluación de la muestra fue realizada por el equipo de evaluadores del Proyecto Fondecyt, el cual está compuesto por psicólogos clínicos, quienes fueron capacitados previamente en los instrumentos utilizados. Las evaluaciones fueron realizadas en duplas, compuestas por un terapeuta principal y un terapeuta de apoyo, en las casas de las familias o en las salas de clases de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, de acuerdo a la preferencia de los participantes del estudio.

El uso de los datos, su resguardo y manejo de la confidencialidad se ajusta a las exigencias establecidas por los protocolos de los comités de ética de CONICYT y de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

5. Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron ingresados en una base de datos del proyecto Fondecyt mencionado y posteriormente, analizados con el programa Statistical Package for the Social Sciences 21 (SPSS). Se evaluó la normalidad de las variables de interés con la prueba de Shapiro-Wilk, donde los resultados demostraron que ninguna de las variables cumplió con dicho supuesto ($p < .05$). A pesar de esto, estudios de simulación han demostrado que la regresión lineal, T de student y anova son relativamente robustos a la violación de este supuesto (Field, Miles & Field, 2012), por lo tanto, se continuó con los análisis paramétricos. Luego, se realizó un análisis de frecuencia y de estadísticos descriptivos con el fin de caracterizar a los padres, madres e hijos/as, y obtener los

promedios y desviaciones estándar de las variables estudiadas: satisfacción de pareja, depresión parental y dificultades en el desarrollo socioemocional, así como también de las variables sociodemográficas nivel educativo de madres/padres y edad del niño/a. Posteriormente, se realizaron correlaciones lineales de Pearson entre las variables estudiadas y las variables control para determinar la existencia de una asociación entre ellas. Pruebas T para muestras dependientes fueron aplicadas para comparar las diferencias entre padres y madres en las variables satisfacción de pareja y depresión parental, mientras que Pruebas T para muestras independientes fueron aplicadas para comparar diferencias entre niños y niñas en cuanto a las dificultades en el desarrollo socioemocional. Para conocer el valor explicativo y la posible relación entre las variables satisfacción de pareja, depresión parental y dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, se consideraron las correlaciones obtenidas previamente. Se realizó un análisis de regresión por pasos, donde en el primer modelo se ingresaron las variables sociodemográficas (variables control), en el segundo modelo se incluyeron las variables psicológicas de los padres y finalmente en el tercer modelo se agregaron las interacciones que fueron sugeridas por la matriz de correlaciones. Debido a que la escolaridad del padre y de la madre, y la satisfacción del padre y de la madre tuvieron correlaciones muy altas se ingresaron a los modelos como un promedio de los puntajes para evitar problemas de multicolinealidad.

Resultados

Caracterización de la muestra

Al momento de la evaluación, la edad de los niños/as de la muestra osciló entre los 12 y 36 meses ($M=24,73$; $DE= 7,35$), el 60% fueron hombres, el 71% ocupó el primer lugar en la fratría, el 58% asistía a sala cuna o jardín infantil, y el 70% fue producto de embarazos deseados. La edad de las madres al momento de la evaluación osciló entre los 20 y 42 años ($M=32,26$; $DE= 4,97$) y la edad de los padres osciló entre los 22 y 54 años ($M= 34,66$; $DE= 6,34$). En cuanto al nivel educativo de las madres, en total el 75% tiene estudios superiores mientras que 25% tiene estudios básicos. En lo referente al nivel educativo de los padres, el 79% ha logrado obtener estudios superiores, mientras que el 21% tiene estudios básicos. Con respecto a la jornada laboral de las madres, el 49% mantiene una jornada completa y el 28% mantiene media o menos de media jornada laboral. En relación a la jornada laboral de los padres, el 94% mantiene una jornada completa y el 5% mantiene media o menos de media jornada laboral (Ver tabla 1).

Tabla 1

Caracterización de la muestra

| | frecuencia | % |
|-------------------------------------|------------|----|
| Sexo del niño | | |
| Mujer | 32 | 40 |
| Hombre | 48 | 60 |
| Embarazo deseado | | |
| Sí | 63 | 79 |
| No | 17 | 21 |
| 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 |
| Jornada Trabajo Madre | | |
| Completa | 39 | 49 |
| Media | 16 | 20 |
| Menos que media | 6 | 8 |
| No trabaja | 1 | 1 |
| Jornada Trabajo Padre | | |
| Completa | 75 | 94 |
| Media | 1 | 1 |
| Menos que media | 3 | 4 |

Análisis descriptivo y comparativo de la satisfacción de pareja, la depresión parental en madres y padres y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil

Para analizar la satisfacción de pareja, se utilizó el *Relationship Assesment Scale (RAS)* y se 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 ($DE=4,64$ 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). En el estudio de Rivera y Heresi (2011) que comprendió una muestra no clínica, se reportaron promedios de satisfacción de pareja alta, en donde las madres presentaron una media de 29,87 ($SD = 5.05$) y los padres de 30,56 ($SD = 4,23$). Esto indica que las muestras clínicas y no clínicas tienen promedios de satisfacción de pareja similares siendo levemente más bajos en el presente estudio.

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 ($DE = 6,53$ con variaciones entre 0 y 29), correspondiente a la categoría depresión leve, mientras que los padres obtuvieron una media de 6,45 ($DE = 5,40$ 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. En los padres, un 73,8% presentó sintomatología depresiva mínima, 23,8% sintomatología leve y 2,5% sintomatología moderada.

Para analizar las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, se utilizó *Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional (ASQ: SE)*, observándose una media de 17 ($DE = 9,76$ rango entre 2,30 y 51,61 puntos), la cual indica un nivel moderado de dificultades en el desarrollo socioemocional infantil. Con respecto a las sub-escalas que evalúan las dificultades en el desarrollo socioemocional, se encontró que los problemas de autorregulación mostraron una media de 21,13 ($DE = 12,77$ puntaje entre 0 y 50) indicando niveles moderados de problemas de autorregulación (Ver tabla 4).

Al realizar una comparación de las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil y las sub-escalas según el sexo del niño, se encontró que en las niñas la media fue de 15,14 ($DE = 9,58$) y en los niños 18,24 ($DE = 9,79$), indicando que habría mayores dificultades en el desarrollo socioemocional en los niños que en las niñas. Sin embargo, esta diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa ($t_{(78)} = -1,40$; $p = ,17$). Con respecto a las sub-escalas, la única diferencia significativa según el sexo del niño se encontró entre los niveles de autorregulación, donde para los niños se observan mayores niveles de problemas de autorregulación ($M = 23,72$; $DE = 13,39$), que en las niñas ($M = 17,24$; $DE = 10,86$, $t_{(78)} = -2,28$; $p < ,05$). En las otras subescalas no se observaron diferencias significativas, aunque se observaron las siguientes tendencias: los niños tienen mayores niveles de cumplimiento de órdenes ($M = 20,83$; $DE = 25,84$), comunicación ($M = 15,79$; $DE = 19,82$) y función adaptativa ($M = 18,09$; $DE = 17,69$), mientras que en las niñas habría mayores problemas de autonomía ($M = 17,19$; $DE = 21,37$) y en el manejo de los afectos ($M = 8,33$; $DE = 12,62$). Finalmente, con respecto a los problemas de interacción con otros, se encontraron niveles similares tanto en niñas ($M = 13,05$; $DE = 14,62$) como en niños ($M = 13,22$; $DE = 12,44$) (Ver tabla 5).

Tabla 2*Estadísticos descriptivos de Satisfacción de Pareja*

| | N | Rango | Media | DE |
|--------|----|---------|-------|------|
| SP (M) | 80 | 11 - 35 | 29,08 | 5,11 |
| SP (P) | 80 | 15 - 35 | 29,65 | 4,64 |

Nota. SP=Satisfacción de Pareja, M=Madre, P=Padre

Tabla 3*Estadísticos descriptivos de Depresión Parental*

| | N | Rango | Media | DE |
|--------|----|--------|-------|------|
| DP (M) | 80 | 0 - 29 | 10,28 | 6,53 |
| DP (P) | 80 | 0 - 23 | 6,45 | 5,40 |

Nota. DP=Depresión Parental, M=Madre, P=Padre

Tabla 4*Estadísticos descriptivos de Porcentaje de Problemas en el Desarrollo Socioemocional*

| | Rango | Media | DE |
|-------------------------------------|--------------|-------|-------|
| %D-DSE Total | 2,30 – 51,61 | 17,00 | 9,76 |
| %Problemas Autorregulación | 0 - 50 | 21,13 | 12,77 |
| %Problemas Cumplimiento Órdenes | 0 - 100 | 18,75 | 23,48 |
| %Problemas Comunicación | 0 – 88,88 | 13,22 | 19,85 |
| %Problemas Función Adaptativa | 0 – 83,33 | 17,32 | 16,19 |
| %Problemas Autonomía | 0 – 83,33 | 16,04 | 20,10 |
| %Problemas Afecto | 0 – 44,44 | 7,64 | 11,12 |
| %Problemas Interacción con Personas | 0 – 72,33 | 13,16 | 13,26 |

Nota. %= Porcentaje, D-DSE=Dificultades en el Desarrollo Socioemocional Infantil

Tabla 5

Comparación de los estadísticos descriptivos de Porcentaje de Problemas en el Desarrollo Socioemocional según el Sexo del niño

| | Mujer | | Hombre | | t (78) | p |
|-------------------------------------|-------|-------|--------|-------|--------|-----|
| | Media | DE | Media | DE | | |
| %D-DSE | 15,14 | 9,58 | 18,24 | 9,79 | -1,40 | ,17 |
| %Problemas Autorregulación | 17,24 | 10,86 | 23,72 | 13,39 | -2,28 | ,03 |
| %Problemas Cumplimiento Órdenes | 15,62 | 19,37 | 20,83 | 25,84 | -,97 | ,33 |
| %Problemas Comunicación | 9,37 | 19,57 | 15,79 | 19,82 | -1,43 | ,16 |
| %Problemas Función Adaptativa | 16,16 | 13,81 | 18,09 | 17,69 | -,52 | ,61 |
| %Problemas Autonomía | 17,19 | 21,37 | 15,28 | 19,40 | ,41 | ,68 |
| %Problemas Afecto | 8,33 | 12,62 | 7,18 | 10,12 | ,45 | ,65 |
| %Problemas Interacción con Personas | 13,05 | 14,62 | 13,22 | 12,44 | -,06 | ,96 |

Nota. %= Porcentaje, D-DSE=Dificultades en el Desarrollo Socioemocional Infantil

Análisis Correlacionales

Para determinar el tipo de relación existente entre la satisfacción de pareja, la depresión parental y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, se realizó una matriz de correlaciones de Pearson (Ver tabla 6).

Con respecto a la satisfacción de pareja, existe una alta correlación positiva entre ambos padres ($r=,682$; $p<,001$), lo que indica que, a mayor satisfacción de pareja en el padre, mayor satisfacción también en la madre.

En la madre, la satisfacción de pareja correlacionó de manera negativa con la depresión parental ($r= -,472$; $p<,001$). En el padre, la satisfacción de pareja también se correlacionó negativamente con la depresión parental ($r= -,489$; $p<,001$). Lo anterior indica que madres y padres más satisfechos con su relación de pareja presentarían menores niveles de depresión.

Por otra parte, la satisfacción de pareja del padre se correlacionó de manera negativa con la depresión parental de la madre ($r = -.412$; $p < .001$). Es decir, la satisfacción de pareja de los padres se asociaría a menores niveles de depresión en las madres.

Respecto a las dificultades en el desarrollo socioemocional, no correlacionaron ni con la depresión de la madre ni del padre ($r = -.067$ $p = .555$; $r = -.002$ $p = .987$ respectivamente) ni con la satisfacción de pareja de ambos ($r = -.018$, $p = .876$; $r = .014$ $p = .904$, respectivamente), indicando que las dificultades del desarrollo socioemocional del niño serían independientes y no se verían afectadas por la satisfacción y/o la depresión de los padres en la muestra estudiada.

Frente a estos resultados, se decidió añadir las variables edad del niño y nivel educativo de madres y padres en un nuevo análisis de correlaciones. En cuanto a la edad del niño/a, correlacionó positivamente con las dificultades en el desarrollo socioemocional ($r = .318$; $p < .01$), con problemas en el cumplimiento de órdenes ($r = .276$; $p < .05$), con problemas de comunicación ($r = .280$; $p < .05$), con problemas de autonomía ($r = .498$; $p < .001$) y con problemas en la interacción con personas ($r = .254$; $p < .05$). Por lo tanto, a mayor edad del niño/a, mayor sería la presencia de problemas en el cumplimiento de órdenes, en la comunicación, en la autonomía y en la interacción con personas. Por otro lado, la edad del niño se correlacionó negativamente con problemas en el manejo del afecto en el niño ($r = -.271$; $p < .05$) y con la depresión del padre ($r = -.231$; $p < .05$); es decir a mayor edad del niño/a, menores problemas en el manejo de los afectos en el niño/a y menores niveles de depresión en el padre. En relación al nivel educativo del padre, se encontró una correlación negativa con los problemas de comunicación del niño/a ($r = -.257$; $p < .05$), indicando que mientras más alto sea nivel educativo en el padre, menos problemas de comunicación tendría el niño/a.

Al realizar el análisis de correlación según el sexo del niño, se encontró que para los niños, la edad se correlacionó positivamente con los problemas de autonomía ($r = .447$; $p < .001$), es decir que a mayor edad del niño, mayores serían los problemas de autonomía. Por el contrario, la edad se correlacionó negativamente con los problemas en el manejo de los afectos ($r = -.326$; $p < .05$), indicando que a mayor edad del niño, menores los problemas en esta área. En cuanto a la depresión parental del padre, se correlacionó positivamente con los problemas de interacción con personas del niño ($r = .285$; $p < .05$), es decir, mientras mayores sean los niveles de depresión del padre, mayores serían los problemas de interacción con personas que tendría el niño.

Para las niñas, la edad se correlacionó positivamente con las dificultades en el desarrollo socioemocional ($r = ,519$; $p < ,01$), con los problemas en el cumplimiento de órdenes ($r = ,517$; $p < ,01$), problemas de autonomía ($r = ,567$; $p < ,001$) y problemas de interacción con personas ($r = ,431$; $p < ,01$), indicando que a mayor edad de la niña, mayores dificultades en el desarrollo socioemocional, mayores problemas en el cumplimiento de órdenes, mayores problemas de autonomía y mayores problemas de interacción con personas. Respecto al lugar del niño/a en la fratría, se encontró una correlación positiva con los problemas de comunicación de la niña ($r = ,543$; $p < ,01$), por lo tanto mientras más pequeña sea la niña en el orden de hermanos, mayores los problemas de comunicación. En cuanto a la depresión del padre, se correlacionó negativamente con la edad de la niña ($r = -,452$; $p < ,01$), es decir, la depresión del padre es mayor cuando las hijas son menores. En cuanto al nivel educativo de la madre, se encontró una correlación negativa con los problemas de autonomía de la niña ($r = -,492$; $p < ,01$), es decir a mayor nivel educativo de la madre, menores serían los problemas de autonomía de la niña. Por otro lado, el nivel educativo del padre se correlacionó negativamente con los problemas de comunicación en la niña ($r = -,379$; $p < ,05$), indicando que a mayor nivel educativo del padre, menores serían los problemas de comunicación en la niña.

Tabla 6*Matriz de correlación total*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|---------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|-------|--------|--------|----------|----------|-------|-------|---------|
| 1. % Dificultades en el Desarrollo Socioemocional Total | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. % Problema Autorregulación | ,653*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. % Problemas Cumplimiento de Órdenes | ,522*** | ,233* | | | | | | | | | | | | | |
| 4. % Problemas Comunicación | ,539*** | ,166 | ,332** | | | | | | | | | | | | |
| 5. % Problemas Función Adaptativa | ,523*** | ,195 | ,194 | ,133 | | | | | | | | | | | |
| 6. % Problemas Autonomía | ,338** | ,148 | ,189 | ,146 | ,094 | | | | | | | | | | |
| 7. % Problemas Afecto | ,224* | ,187 | ,109 | ,145 | -,009 | ,064 | | | | | | | | | |
| 8. % Problemas Interacción con Personas | ,766*** | ,324** | ,417*** | ,403*** | ,422*** | ,268* | ,22* | | | | | | | | |
| 9. Edad del Niño | ,318** | ,079 | ,276* | ,280* | -,017 | ,498*** | -,271* | ,254* | | | | | | | |
| 10. Lugar en la Fratría | -,075 | ,023 | ,022 | ,184 | -,180 | -,011 | -,011 | -,069 | -,021 | | | | | | |
| 11. Satisfacción de Pareja Madre | -,018 | ,060 | -,119 | ,094 | -,051 | -,008 | -,122 | -,038 | ,047 | ,061 | | | | | |
| 12. Satisfacción de Pareja Padre | ,014 | ,028 | -,047 | ,020 | ,009 | ,108 | -,081 | -,015 | ,181 | -,070 | ,682*** | | | | |
| 13. Depresión Parental Madre | -,067 | ,005 | ,031 | -,031 | ,051 | -,084 | ,131 | -,044 | -,099 | ,020 | -,472*** | -,412*** | | | |
| 14. Depresión Parental Padre | -,002 | ,003 | -,006 | ,040 | -,039 | -,104 | ,108 | ,078 | -,231* | ,133 | -,188 | -,489*** | ,206 | | |
| 15. Nivel Educativo Madre | ,020 | ,020 | ,008 | -,126 | ,122 | -,066 | -,162 | ,053 | ,048 | -,250* | -,085 | -,059 | ,141 | ,010 | |
| 16. Nivel Educativo Padre | -,122 | -,111 | -,063 | -,257* | ,190 | -,052 | -,192 | -,002 | ,076 | -,218 | ,027 | ,097 | -,024 | -,043 | ,685*** |

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

Tabla 7

Matriz de correlación para niños (diagonal inferior) y niñas (diagonal superior)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|----------|---------|--------|----------|---------|--------|
| 1. % D-DSE | | ,751*** | ,622*** | ,644*** | ,468** | ,564* | ,364* | ,924*** | ,519** | ,077 | ,060 | ,160 | -,217 | -,160 | -,031 | ,030 |
| 2. % P.Autorreg. | ,589*** | | ,239 | ,355* | ,409* | ,123 | ,196 | ,556*** | ,205 | ,010 | ,043 | ,060 | -,029 | -,074 | ,244 | ,091 |
| 3. % P.Cump.Órd. | ,467*** | ,204 | | ,436* | ,121 | ,629*** | ,281 | ,623*** | ,517** | ,264 | ,125 | ,160 | -,214 | -,173 | -,133 | -,055 |
| 4. % P.Comun. | ,453*** | ,016 | ,269 | | ,045 | ,445* | ,238 | ,650*** | ,274 | ,543*** | ,103 | ,077 | -,045 | ,114 | -,323 | -,379* |
| 5. % P.Func.Adapt. | ,552*** | ,094 | ,216 | ,168 | | ,158 | ,059 | ,419* | ,136 | -,296 | -,075 | ,096 | -,029 | -,117 | -,064 | ,192 |
| 6. % P.Autonom. | ,199 | ,193 | -,035 | -,052 | ,064 | | ,249 | ,577*** | ,567*** | ,242 | ,051 | ,135 | -,215 | -,156 | -,492** | -,252 |
| 7. % P.Afect. | ,134 | ,222 | ,019 | ,091 | -,047 | -,109 | | ,338 | -,212 | -,024 | -,208 | -,096 | -,091 | ,162 | -,325 | -,197 |
| 8. % P.Interac.Pers. | ,668*** | ,202 | ,317* | ,225 | ,438** | ,005 | ,106 | | ,431** | ,091 | -,055 | ,058 | -,203 | -,106 | -,098 | ,020 |
| 9. Edad N | ,157 | -,019 | ,137 | ,278 | -,118 | ,447*** | -,326* | ,045 | | ,080 | ,182 | ,316 | -,221 | -,452** | ,007 | ,176 |
| 10. Lug.Frat. | -,172 | -,009 | -,077 | ,005 | -,150 | -,131 | ,004 | -,161 | -,087 | | ,065 | -,108 | ,025 | ,267 | -,468** | -,504* |
| 11. Sat.Pareja M. | -,089 | ,024 | -,236 | ,061 | -,053 | -,032 | -,062 | -,031 | -,046 | ,041 | | ,633*** | -,373* | -,251 | ,252 | ,133 |
| 12. Sat.Pareja P. | -,127 | -,038 | -,188 | -,054 | -,053 | ,098 | -,057 | -,081 | ,048 | -,074 | ,722*** | | -,420* | -,639*** | ,061 | ,117 |
| 13. Dep.Parent.M. | ,027 | ,066 | ,133 | ,006 | ,091 | -,034 | ,255 | ,037 | -,028 | ,039 | -,495*** | -,413** | | ,351* | -,025 | -,159 |
| 14. Dep.Parent.P | ,226 | ,195 | ,163 | ,069 | ,041 | -,090 | ,025 | ,285* | ,021 | ,127 | -,106 | -,316* | ,086 | | -,153 | -,241* |
| 15. Niv.Educ.M. | ,102 | ,000 | ,101 | ,031 | ,227 | ,180 | -,077 | ,159 | ,100 | -,144 | -,198 | -,100 | ,171 | ,023 | | ,603** |
| 16. Niv.Educ.P. | -,179 | -,155 | -,039 | -,142 | ,213 | ,076 | -,214 | -,018 | ,018 | -,070 | ,009 | ,124 | -,003 | ,028 | ,715*** | |

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

Nota: %= Porcentaje, D-DSE= Dificultades en el Desarrollo Socioemocional, P.Autorreg.= Problemas de Autorregulación, P.Cump.Órd.= Problemas en el Cumplimiento de Órdenes, P.Comun.= Problemas de Comunicación, P.Func.Adapt.= Problemas Función Adaptativa, P.Autonom.= Problemas de Autonomía, P.Afect.= Problemas de Afecto, P.Interac.Pers.= Problemas de Interacción con Personas, Edad N= Edad del Niño/a, Lug.Frat.= Lugar del Niño en el Fratría, Sat. Pareja M.= Satisfacción de Pareja de la Madre, Sat. Pareja P.= Satisfacción de Pareja del Padre, Dep.Parent.M= Depresión Parental en la Madre, Dep.Parent.P.= Depresión Parental Padre, Niv.Educ.M.= Nivel Educativo de la Madre, Niv.Educ.P.= Nivel Educativo del Padre.

Análisis de Regresión Lineal

Para conocer el valor explicativo y la posible relación entre las variables satisfacción de pareja, depresión parental y dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, se consideraron las correlaciones obtenidas previamente. Se realizó un análisis de regresión por pasos, donde en el primer modelo se ingresaron las variables demográficas, en el segundo modelo se incluyeron las variables psicológicas de los padres y finalmente en el tercer modelo se agregaron las interacciones que fueron sugeridas por la matriz de correlaciones. Debido a que la escolaridad del padre y de la madre, y la satisfacción del padre y de la madre tuvieron correlaciones muy altas se ingresaron a los modelos como un promedio de los puntajes para evitar problemas de multicolinealidad.

En la escala total, solo la edad del niño/a es un factor predictor de los problemas en el desarrollo socioemocional, observándose que por cada punto de aumento en la edad, el puntaje de dificultades en el desarrollo socioemocional infantil se incrementa en 0,40 puntos ($p < ,01$). En este sentido, el modelo 1 es el único significativamente predictivo, ya que explicó un 12% de la varianza total de las dificultades en el desarrollo socioemocional, indicando que en la medida que el infante es mayor, las dificultades en el desarrollo son mayores (ver Tabla 8).

Para la subescala de comunicación, se observa que el modelo 3 es el único estadísticamente significativo, ya que explicó un 19% de la varianza total de los problemas de comunicación. En este modelo se observa una interacción entre el sexo y el lugar del niño en la fratría (ver Tabla 9). Para esto se realizó un análisis de pendiente simple a modo de determinar la naturaleza de la interacción. En este análisis se observó que para las niñas, en la medida que la infante es menor respecto a sus hermanos, tiene mayores problemas de comunicación ($b = 14,90$; $p = 0,02$). Mientras que, para los niños este efecto no es significativo, por tanto no hay diferencias en el lugar de la fratría para los niños ($b = 0,07$; $p = 0,98$) (ver Gráfico 1).

Para la subescala de autonomía, el modelo 4 para la predicción del porcentaje de problema en esta área resultó significativamente mejor que los modelos anteriores, ya que la interacción entre el sexo infantil y el nivel educativo de ambos padres explicaron el 37% de la varianza total de los problemas de autonomía. Este modelo incluye la interacción entre

sexo del niño y nivel educativo de ambos padres. Se puede observar además en este modelo que la edad del niño/a también es un predictor significativo, donde en la medida que los infantes son mayores tienden a tener más problemas de autonomía (ver Tabla 10). El análisis de pendiente simple para observar la naturaleza de la interacción mostró que para las niñas en la medida que el nivel educativo de ambos padres es mayor, menores son los problemas de autonomía ($b = -11,70$; $p < 0,001$), mientras que para los niños esto no es significativo ($b = 1,87$; $p = 0,43$) (ver Gráfico 2).

Tabla 8

Regresión Escala Total

| Variable | Modelo 1 | Modelo 2 | Modelo 3 |
|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Intercepto | 11.55 (8.44) | 13.03 (12.94) | 6.66 (13.55) |
| Edad del niño | 0.40 (0.15)** | 0.41 (0.15)** | 0.67 (0.23)** |
| Sexo del niño | 2.78 (2.20) | 3.35 (2.34) | 14.59 (8.00) |
| Lugar del niño en la fratría | -1.27 (1.44) | -1.44 (1.48) | -1.73 (1.49) |
| Nivel educativo ambos padres | -0.68 (1.09) | -0.62 (1.11) | -0.64 (1.10) |
| Satisfacción Pareja ambos padres | | -0.09 (0.29) | -0.09 (0.29) |
| Depresión Madre | | -0.09 (0.19) | -0.08 (0.19) |
| Depresión Padre | | 0.19 (0.22) | 0.27 (0.23) |
| Edad:Sexo | | | -0.44 (0.30) |
| R ² | 0.12* | 0.14 | 0.16 |
| Adj. R ² | 0.08 | 0.05 | 0.07 |
| Δ R ² | | 0.02 | 0.02 |

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Tabla 9

Regresión Porcentaje de Problemas de Comunicación

| Variable | Modelo 1 | Modelo 2 | Modelo 3 |
|----------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Intercepto | 10.93 (17.17) | -4.08 (26.35) | -22.92 (27.16) |
| Edad del niño | 0.60 (0.30)* | 0.63 (0.30)* | 0.55 (0.30) |
| Sexo del niño | 4.02 (4.48) | 5.11 (4.76) | 25.28 (10.46)* |
| Lugar del niño en la fratría | 3.62 (2.94) | 3.15 (3.02) | 14.90 (6.20)* |
| Nivel educativo ambos padres | -3.22 (2.22) | -3.19 (2.26) | -2.00 (2.27) |
| Satisfacción Pareja ambos padres | | 0.36 (0.59) | 0.32 (0.57) |
| Depresión Madre | | 0.08 (0.38) | 0.08 (0.37) |

| | | | |
|---------------------|------|-------------|----------------|
| Depresión Padre | | 0.43 (0.46) | 0.28 (0.45) |
| Lug Frat:Sexo | | | -14.83 (6.89)* |
| R ² | 0.12 | 0.13 | 0.19* |
| Adj. R ² | 0.07 | 0.05 | 0.09 |
| Δ R ² | | 0.01 | 0.06* |

***p < 0.001, **p < 0.01, *p < 0.05

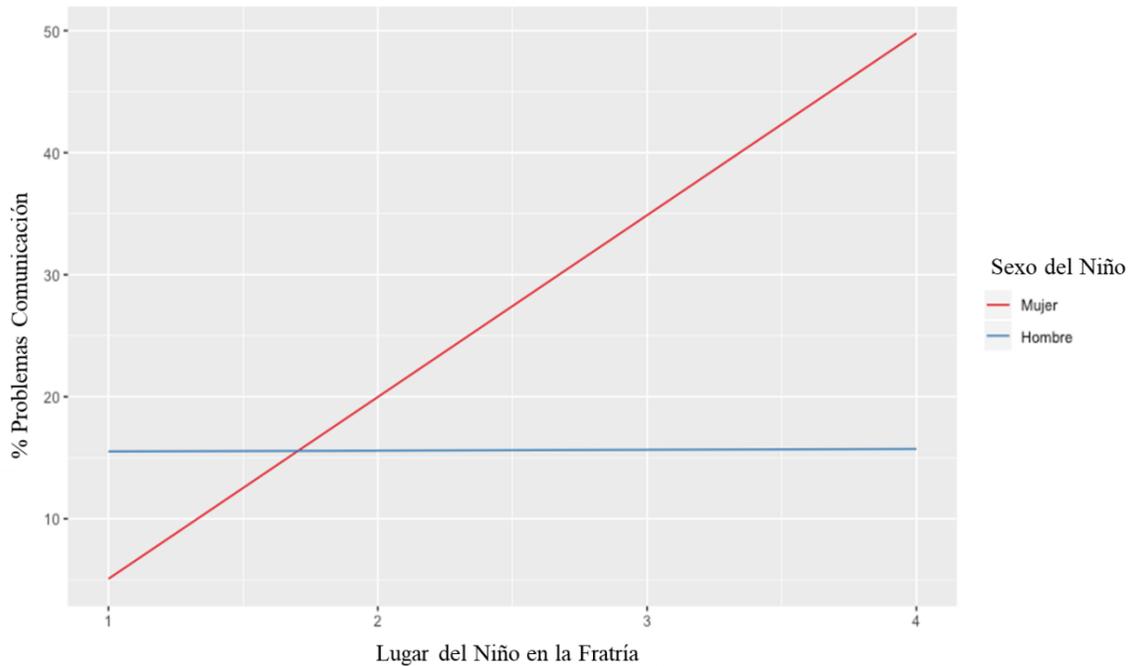


Gráfico 1. Interacción entre lugar del niño en la fratría con el sexo para la predicción de problemas de comunicación

Tabla 10

Regresión Porcentaje de Problemas de Autonomía

| Variable | Modelo 1 | Modelo 2 | Modelo 3 | Modelo 4 |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| Intercepto | 0.38 (15.90) | 7.30 (24.49) | 3.51 (25.99) | 67.44 (29.22)* |
| Edad del niño | 1.40 (0.27)*** | 1.37 (0.28)*** | 1.52 (0.43)*** | 1.36 (0.26)*** |
| Sexo del niño | -3.82 (4.15) | -4.68 (4.42) | 2.01 (15.33) | -91.07 (26.32)*** |
| Lugar del niño en la Fratría | -0.45 (2.72) | -0.15 (2.81) | -0.32 (2.85) | -1.42 (2.66) |
| Nivel educativo ambos padres | -2.56 (2.06) | -2.53 (2.10) | -2.54 (2.11) | -11.70 (3.39)*** |

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| Satisfacción Pareja ambos padres | -0.11 (0.54) | -0.11 (0.55) | -0.02 (0.51) | |
| Depresión Madre | -0.17 (0.36) | -0.17 (0.36) | -0.21 (0.33) | |
| Depresión Padre | -0.22 (0.43) | -0.17 (0.44) | -0.33 (0.40) | |
| Edad:Sexo | | -0.26 (0.58) | | |
| Sexo:Nivel Educativo | | | | 13.57 (4.08)** |
| R ² | 0.26*** | 0.27** | 0.27** | 0.37*** |
| Adj. R ² | 0.22 | 0.20 | 0.19 | 0.30 |
| Δ R ² | | 0.01 | 0.00 | 0.10** |

*** p < 0.001, ** p < 0.01, * p < 0.05

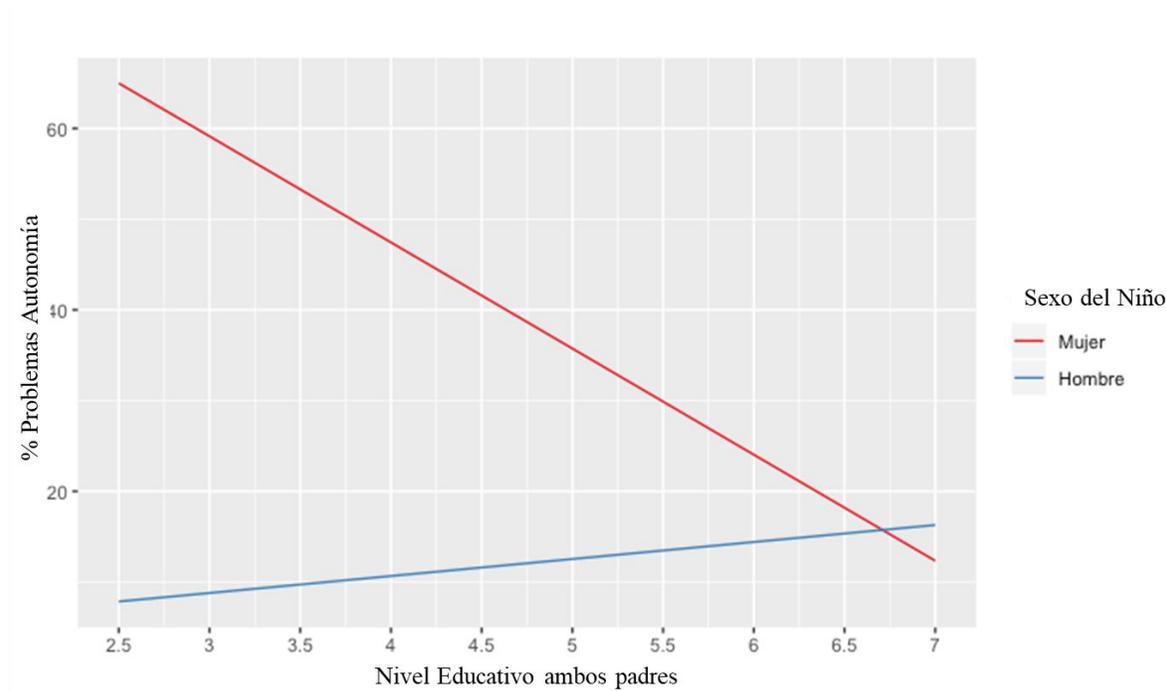


Gráfico 2. Interacción entre nivel educativo de ambos padres con el sexo del niño para la predicción de problemas de autonomía

Discusión

En el presente estudio se examinó la relación entre, la satisfacción de pareja, la depresión parental y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil en triadas conformadas por madres, padres e hijos/as menores de 3 años, tomando en cuenta el impacto de la salud mental de los padres en la salud mental y el desarrollo infantil.

En la caracterización de la muestra, se puede observar que la mayoría de los niño/as participantes (60%) son de sexo masculino, lo que puede tener relación con la mayor presencia de sintomatología externalizante que se ha descrito para este grupo y que sería más fácil de detectar para los cuidadores (Chaplin y Aldao, 2013). Asimismo, llama la atención el alto porcentaje de triadas con hijos que ocupan el primer lugar en la fratría, alcanzando un 71% de la muestra total. Este antecedente resulta relevante, dado que se trata de familias consultantes por dificultades en el desarrollo socioemocional de sus hijos/as, por lo que los síntomas podrían explicarse considerando los distintos desafíos que supone la parentalidad, en términos de recursos materiales, emocionales y psicológicos. En este sentido, con la llegada del primer hijo, los padres deben transitar desde un funcionamiento diádico a uno triádico, lo que implica un cambio en los roles y en la identidad, así como acuerdos y ajustes para responder a las demandas asociadas a la crianza de un hijo/a pequeño (Widarsson et al., 2013). Además, el 58% de los niños con dificultades en el desarrollo socioemocional asiste a salas cuna o jardín infantil. Frente a ello, se podría pensar que al ser padres primerizos, tienen menos experiencia en la crianza, viéndose enfrentados a las nuevas tareas y exigencias que conlleva la parentalidad y la reincorporación al mundo laboral, por lo tanto buscarían recurrir a una red de apoyo externo que les brinde soporte y los ayude a lidiar con las dificultades en el desarrollo de su hijo/a. Por otra parte, con respecto al nivel educativo de madres y padres, se puede observar que 75% y 79% respectivamente tiene estudios superiores ya sea técnico o universitario. Esta es una variable a tomar en cuenta ya que mientras mayor es el nivel de educación, probablemente mejor remunerado sea el trabajo de las madres/padres, lo que promovería mayores ingresos económicos y oportunidades de mejores condiciones de estímulos adecuados para el desarrollo del niño.

En relación a las hipótesis del estudio, se puede observar que en contraste con los niveles medios a bajos de satisfacción de pareja que se esperaba encontrar en el estudio, tanto

madres como padres presentarían un nivel alto de satisfacción de pareja, lo que supone una adecuada percepción de cada miembro con respecto a la forma de reaccionar de su pareja dentro de la relación, implicando aspectos emocionales y de interacción cotidiana (Armenta Hurtarte & Díaz-Loving, 2006). Asimismo, se esperaba encontrar menores niveles de satisfacción de pareja en madres que en padres. En esta línea, la literatura señala robustamente que con la parentalidad existiría una disminución en la satisfacción de pareja (Leavitt, McDaniel, Maas, & Feinberg, 2017) sobre todo en las madres ya que culturalmente, serían quienes asumen de manera más directa la crianza de los hijos/as (Twenge et al., 2003). Sin embargo, ambos padres mostraron una satisfacción de pareja adecuada, sin diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, los resultados encontrados no son concluyentes, frente a lo cual, es posible desarrollar dos hipótesis explicativas. La primera sugiere que, al haber transcurrido por lo menos un año desde que la pareja se convirtió en padres al momento de recolectarse los datos, ya habrían logrado ciertos ajustes respecto a los cambios en las dinámicas familiares que conlleva la parentalidad y una mayor integración del rol parental en su identidad. Lo anterior les permitiría poder combinar de manera más integrada los roles parentales y de pareja, favoreciendo un desempeño más satisfactorio de ambos. En esta línea, es relevante considerar la edad de los padres y que un 79% de los niños participantes en este estudio fue deseado. Por lo tanto, son parejas adultas que probablemente han postergado la parentalidad, teniendo la posibilidad de desarrollar otros deseos y aspiraciones antes de convertirse en padres. Lo anterior permite pensar que se trata de padres y madres con una mayor madurez en su acercamiento a la parentalidad y conciencia sobre las demandas en relación a la crianza de un hijo/a pequeño/a. La segunda hipótesis planteada para explicar este resultado es que los padres, de una manera adaptativa, podrían no estar visualizando posibles dificultades en su relación, lo que facilitaría el ajuste a los cambios en las dinámicas familiares y los desafíos de la crianza, sin experimentar el malestar vinculado a su relación de pareja. En esta línea, con el objetivo de confirmar o descartar estas hipótesis, se requieren estudios que incluyan mediciones del nivel de satisfacción de pareja previas al nacimiento del hijo para evaluar posibles cambios en esta variable asociados a la parentalidad.

Por otro lado, se confirmó la hipótesis del estudio en la cual se esperaba encontrar niveles más altos de depresión en las madres que en los padres, existiendo diferencias significativas, lo cual confirma los resultados de la literatura que da cuenta de que las madres

se deprimen más que los padres (MINSAL, 2013; Pérez y Santelices, 2016). Ello podría implicar mayores cambios de humor y dificultades en las relaciones interpersonales en las madres, lo que afectaría negativamente la relación con su hijo/a (Coyne et al., 2007; Olhaberry, Romero & Miranda, 2015). Podría pensarse que un aspecto que tiene relación con que las madres aparezcan más deprimidas, es el hecho mismo de la parentalidad, ya que en la etapa de crianza de los hijos/as, los niveles de depresión se incrementarían afectando tres veces más a las mujeres. (Castro, 2011). Además, las mujeres tienden más a informar los síntomas físicos y psicológicos de la depresión que los hombres. Por ende, podría pensarse que las madres de este estudio reportaron mayores indicadores de depresión que los padres. Otra explicación para este resultado podría ser la jornada laboral. Las madres de este estudio trabajan fuera de la casa mucho menos que los padres. Al ser mujeres con alta educación, probablemente este podría ser un elemento asociado al ánimo bajo. No obstante, considerando que el periodo postnatal en Chile dura 6 meses (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2017), se podría pensar que las madres que han vuelto parcialmente al trabajo o aún no lo hacen, sería porque habrían optado por ello y no por exigencia legal.

Con respecto al niño/a, se corroboró la hipótesis en la que se esperaba niveles moderados de problemas de autorregulación como una dificultad en el desarrollo socioemocional infantil. Al realizarse una comparación según el sexo del niño/a, resultó interesante encontrar que los niños presentarían mayores problemas de autorregulación que las niñas. Esto se condice con investigaciones que indican que los retrasos en el desarrollo socioemocional tienden a ser más comunes en niños (Farkas, et al., 2016). Los problemas de autorregulación en la infancia están relacionados con una pobre competencia social. En este sentido, numerosos estudios han asociado el desarrollo de las habilidades de autorregulación emocional con factores tanto endógenos como exógenos. Esto permitiría pensar en dos hipótesis. La primera, que factores internos como el desarrollo del cerebro, especialmente de las redes atencionales y las capacidades motoras y cognitivo-lingüísticas de los niños aún se encontrarían en proceso de maduración, ya que las niñas tendrían habilidades de regulación emocional un poco más avanzadas que los niños a la edad de un año, mientras que los niños recién comenzarían a nivelarse con las niñas hacia los tres años de edad (Vallotton, & Ayoub, 2011). A ello se podría sumar la posible presencia de un temperamento difícil y de conductas externalizantes (como gritos y pataletas) que como indica la literatura, se presentan con

mayor frecuencia en niños que en niñas (Chaplin & Aldao, 2013; Olhaberry, 2012), los cuales dificultarían la elección adecuada de estrategias de autorregulación del niño acordes a lo esperado para su edad evolutiva. La segunda hipótesis haría referencia a factores externos, como las características del ambiente en el hogar (variedad de actividades diarias e interacciones sociales, la provisión de material apropiado para jugar, etc.) y las prácticas parentales (Clark; Woodward; Horwood, & Moor, 2008) a las cuales se les ha atribuido una gran importancia en la construcción de la regulación emocional durante la infancia. Al respecto, se ha encontrado que las madres mostrarían conductas más controladoras con los niños y más no responsivas con las niñas indicando que cuando las madres no logran leer e interpretar adecuadamente las señales de sus hijos/as y actuar de manera consistente para acoger sus necesidades, muestran hostilidad con los infantes de sexo masculino y una conducta centrada en sí mismas con los de sexo femenino, fallando de manera diferencial según el sexo infantil. Los niños por su parte, interactuarían con sus madres mostrando conductas compulsivas y difíciles, mientras que las niñas mostrarían conductas pasivas (Olhaberry, 2012), dando cuenta de mayores problemas de autorregulación en niños que en niñas. También se podrían considerar el ajuste entre las características parentales y las del niño (Morris et al., 2007). En este sentido, las características parentales, como ansiedad, autoestima, salud mental, creencias, historia familiar, edad y recursos cognitivos podrían ser determinantes para el ajuste con las características de sus hijos, como temperamento y habilidades potenciales. Por lo tanto, la percepción problemática por parte de las madres y los padres con respecto a la capacidad de autorregulación de sus hijos, podría afectar el vínculo entre ambos, ya que tienden a percibir a sus hijos con menores habilidades autorregulatorias debido a sus conductas externalizantes con respecto a sus hijas.

Por otra parte, se puede observar una asociación directa entre la satisfacción de pareja de madres y padres, dando cuenta que mientras se encuentre satisfecho uno de los miembros de la pareja, el otro también lo estará. Ello permite pensar que probablemente las características individuales que cada miembro aporta a la relación y las características de interacción entre ambos miembros de la díada favorece la compatibilidad en la pareja. De esta forma, las expectativas, valores y conductas en la relación de pareja van cambiando a través del tiempo, creándose nuevos parámetros, que están influenciados y responden a la situación social en la que se encuentra la pareja, en este caso en el ejercicio de la parentalidad

temprana (Armenta-Hurtarte, Sánchez-Aragón y Díaz-Loving, 2012). También, se observa una asociación inversa, tanto en las madres como en los padres, entre satisfacción de pareja y depresión parental; es decir, las madres y los padres que están más satisfechos con su relación tendrían menos síntomas depresivos, mostrando la influencia de uno sobre el otro, ya que los problemas interpersonales y los déficits sociales en el contexto de pareja, están fuertemente asociados con el desarrollo, la intensidad y el curso de la depresión (Beach, Jones, & Franklin, 2008). A lo anterior se suma que las demandas de la parentalidad implican un aumento de los estresores, demostrando la literatura de manera robusta que a mayor estrés, mayor riesgo tiene la pareja parental de desarrollar depresión (Venkatesh, Phipps, Triche, & Zlotnick, 2014). Por esta razón, la prevalencia de la depresión aumentaría durante el período de crianza de los hijos. Además, se encontró una asociación inversa entre la satisfacción de pareja de los padres con la depresión de las madres, es decir, padres satisfechos con su relación de pareja podrían estar más disponibles para brindar apoyo y contención emocional a las madres y así reducirse los niveles de depresión parental de éstas, ya que las madres podrían comenzar a percibir que las responsabilidades domésticas, de cuidado y de crianza estarían siendo repartidas de manera equitativa permitiendo que los padres participen en la paternidad a través del juego y paseos recreativos, a pesar de las barreras culturales (Aguayo, Correa, & Cristi, 2011).

Sin embargo, no se encontró asociación entre la depresión parental y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil. Si bien la depresión comúnmente afecta a los adultos en edad de ser padres (Whiteford et al., 2013) y es uno de los principales trastornos que influyen en la relación padre/madre-hijo, otros factores podrían estar moderando y mediando los vínculos entre la depresión parental y las dificultades en el desarrollo socioemocional del niño/a. Por ejemplo, los estudios muestran que la depresión materna y paterna y el comportamiento negativo de los padres pueden deberse a un estrés parental elevado (Kamalifard, Hasanpoor, Kheiroddin, Panahi, & Payan, 2014; Venta, Vélez, & Lau, 2016). Alternativamente, el efecto negativo de la depresión de la madre se anula cuando las interacciones madre-hijo son positivas (Leckman-Westin, Cohen, & Stueve, 2009) o cuando la madre tiene buenas habilidades de regulación emocional (Kam et al., 2011).

Tampoco se encontró asociación entre la satisfacción de pareja y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil. A pesar de las investigaciones previas que afirman haber encontrado lo contrario, la asociación entre la satisfacción de pareja en madres y padres y las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil no es completamente consensual. Una explicación podría ser la forma de evaluación de las variables, como el empleo de cuestionarios de autoreporte resueltos desde la subjetividad de los padres y no contrastados por los evaluadores mediante una evaluación clínica. Otro aspecto podría ser las posibles variables intervinientes que no se estudian en esta investigación pero que afectan los resultados, como el estrés parental y algunas variables sociodemográficas. A lo anterior se suma la homogeneidad de la muestra, el rango de los resultados de las variables evaluadas, la duración del estudio, entre otros. Por lo tanto, no se encontró asociación directa de las variables satisfacción de pareja y depresión parental de los padres sobre la presencia de dificultades en el desarrollo socioemocional de los niño/as. En este sentido, se podría pensar que debido a que la mayoría de los niños de este estudio asisten a sala cuna o jardín infantil, probablemente tienen otras influencias que también podrían explicar su desarrollo socioemocional, como la interacción con cuidadores alternativos, con pares, etc.

Frente a los hallazgos mencionados, se decidió evaluar la asociación entre las variables en función del sexo del niño/a, encontrándose una asociación directa entre depresión del padre y problemas de interacción con personas en el niño, es decir que a mayores niveles de depresión del padre, el niño tendría mayores problemas de interacción con personas. Si bien el padre cumple el rol de acompañar y guiar a su hijo en la exploración del mundo, brindándole seguridad y confianza, diversos estudios han demostrado que cuando el padre tiene depresión, tiende a manifestar hostilidad, conflicto e ira, interfiriendo estas emociones de manera negativa en la función parental descrita (Condon, Boyce & Corkindale, 2004). Lo anterior, lleva al padre a retirarse o a participar en actividades de escape como el exceso de trabajo, los deportes, el sexo, el juego o el consumo de alcohol (Veskrna, 2013), afectándose negativamente las interacciones con su hijo. Las deficiencias en los comportamientos del padre deprimido, se han asociado también a la falta de habilidades sociales en el niño, incluido el aislamiento y escaso comportamiento prosocial (Cummings et al., 2005; Elgar, Mills, McGrath, Waschbush, & Brownridge, 2007). Esto permitiría pensar que cuando el padre tiene depresión, habría una disminución de las emociones positivas,

calidez, sensibilidad y capacidad de respuesta, y aumento de las emociones negativas, hostilidad, intrusión y desconexión. Lo anterior, por ende, afectaría las interacciones del padre con su hijo y el establecimiento de un apego seguro, dificultándole al niño la posibilidad de explorar el ambiente y vincularse con otros. Por su parte, en las niñas se encontró una asociación inversa entre la depresión del padre y la edad de la niña, indicando que a menor edad de la niña, mayor sería la depresión del padre. Al respecto se podría pensar que, cuando los padres tienen hijas pequeñas, probablemente aún se encuentren en el proceso de equilibrar las diversas demandas de la paternidad, incluidas las necesidades personales y laborales, las presiones sociales y económicas, las necesidades emocionales y relacionales de la familia (Genesoni & Tallandini, 2009), pudiéndose desencadenar mayor depresión en los padres. También se podría pensar que cuando las niñas son más pequeñas, estarían más cerca de la madre ya que demandan más de ella para satisfacer sus necesidades. En este sentido, el padre podría pasar a un segundo plano a nivel de vínculo con su hija, incrementándose los niveles de sintomatología depresiva en el mismo.

Asimismo, resultó interesante la asociación que se encontró entre el nivel educativo del padre y los problemas de comunicación en la niña como un aspecto importante que revela parte de las dificultades en el desarrollo socioemocional. En este sentido, se observó que mientras mayor es el nivel educativo del padre, menor es el riesgo en la niña de presentar problemas de comunicación. Una investigación local sobre las habilidades socioemocionales adquiridas en la primera infancia, encontró una asociación positiva entre el nivel educativo la sensibilidad y la mentalización en los padres (Farkas, Vallotton, Strasser, Santelices, & Himmel, 2017). Un alto nivel educativo probablemente implique un mayor nivel cognitivo en el padre, lo que se relacionarían con una mayor capacidad de responder sensiblemente a las necesidades y señales de la niña, así como también a una mayor capacidad de mentalización, permitiéndole al padre comprender el comportamiento de su hija en términos de estados mentales y reflejándole dichos estados a la niña a través del habla (Sharp & Fonagy, 2008). Lo anterior se vería afectado en los niños ya que probablemente sus dificultades en la autorregulación (Knight, Guthrie, Page, & Fabes, 2002) interferirían en la respuesta sensible de los padres. Por ende, se podría pensar que en la medida en que los padres sean capaces de entender los deseos, emociones y pensamientos de sus hijas durante la interacción con ellas y comunicárselos, las niñas aprenderían poco a poco a transmitir sus

estados mentales, favoreciendo el desarrollo de las habilidades de comunicación para una mejor adaptación al medio que los rodea. Asimismo, en un meta-análisis sobre las diferencias de género en la expresión de emociones, se encontró que las niñas tienden a mostrar emociones más positivas e internalizar emociones como la tristeza y la ansiedad, mientras que los niños tienden a mostrar emociones externalizantes como la ira (Chaplin & Aldao, 2013), dando cuenta de dificultades para regular sus emociones (Knight, Guthrie, Page, & Fabes, 2002).

En cuanto al valor explicativo de la satisfacción de pareja y la depresión parental en la presencia de las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, se encontraron resultados contrarios a los de la hipótesis, ya que ninguna de las variables del estudio podría explicar su influencia en el niño. Sin embargo, se encontró que la edad del niño/a explicaría en un 12% la presencia de dificultades en el desarrollo socioemocional. Esto es coherente con estudios internacionales que indicaron que niños de más de 2 años evidenciaron más dificultades en el área socioemocional (11,6%) que los que tienen hasta 24 meses (4,7%) (Cabella et al., 2016). De igual manera, en un estudio chileno, se encontró que a los 30 meses de edad, los niños experimentaron una disminución significativa en sus puntajes socioemocionales, en comparación con los puntajes a los 12 meses de edad (Farkas et al., 2017). Por lo tanto, se podría pensar que los problemas que presentan los niños/as en los primeros meses, se agravarían con el tiempo si no se detecta e interviene oportunamente. Otra posible explicación sería que a medida que los niños crecen, los padres comenzarían a percibir que sus hijos tienen mayores deficiencias en las habilidades socioemocionales, comparándolos con las crecientes demandas de los entornos sociales propias de su etapa evolutiva, como por ejemplo entrar a la sala cuna o al jardín infantil. Además, los niños estarían en una etapa de desarrollo de búsqueda de autonomía, que los llevaría a expresar sus emociones, deseos e intenciones de manera abierta. Este desarrollo podría generar conflicto con los padres o ser percibidos por estos como conductas opositoras. En este sentido, si los padres tienen expectativas más altas en el cumplimiento de órdenes, regulación afectiva y otros comportamientos socioemocionales cuando sus hijos tienen 3 años en comparación con sus expectativas a los 12 meses, entonces podrían percibir que sus hijos pequeños son menos hábiles a medida que crecen.

Al realizarse un análisis por sub-escalas, se encontró que el sexo del niño/a explica en un 19% la varianza total del porcentaje de problemas en el área “comunicación”, existiendo una interacción entre el sexo y el lugar del niño/a en la fratría. Por lo tanto, en las niñas, mientras más pequeñas en el orden de hermanos, presentan mayores problemas en el área comunicación, lo que no se observó en los niños. Con respecto a ello, la literatura explica que las madres y los padres tienden a fomentar en sus hijas la comunicación de emociones positivas como la alegría y la internalización de las emociones negativas como la tristeza, el miedo, la ansiedad, la vergüenza y la culpa a través de modelos de expresión y comunicación emocional específicos de género y/o reaccionando a expresiones emocionales de las niñas en formas que promueven la adhesión a los roles de género tradicionales (Chaplin, & Aldao, 2013). En relación a lo anterior, se podría desarrollar dos hipótesis explicativas. Mientras la hija se encuentra en el segundo, tercer o cuarto lugar de nacimiento, es decir es más pequeña que sus hermanos, probablemente las madres y los padres se encuentren lidiando con la crianza de los hijos mayores, que podrían encontrarse en la etapa escolar enfrentando desafíos como la exigencia académica y la adaptación a nuevos contextos y relaciones, viéndose en la necesidad de brindarles mayor atención y apoyo que a las hijas menores. Esto podría deberse a que las niñas, al tener mayores recursos autorregulatorios comparado con los niños, demandarían menos a sus madres y padres y por ende, obtendrían menos oportunidades de interacción con ellos, afectándose el desarrollo de sus habilidades de comunicación. Por lo tanto, estas niñas tenderían a internalizar sus emociones, tornándose retraídas y poco comunicativas. La segunda hipótesis plantearía que al estar los hermanos mayores en otra etapa del ciclo vital, probablemente sus juegos e intereses sean distintos, dejando de lado a la hermana menor y por ende disminuirían las posibilidades de interacción y de comunicación con ellas.

A su vez, la interacción entre el sexo infantil y el nivel educativo de ambos padres explicaron juntos el 37% de la varianza en el porcentaje de problemas en el área “autonomía”. En este sentido, en las niñas, a medida que el nivel educacional de los padres/madres es mayor, presentan menores dificultades en su autonomía, lo que no se observó en los niños. En este sentido, las investigaciones afirman que para que una niña satisfaga esta necesidad de autonomía, el entorno debe ser propicio para el desarrollo óptimo de esta. Las madres y los padres apoyan la autonomía de sus hijas cuando emplean estrategias enfocadas en la

calidez, la afiliación y la cercanía interpersonal, sin controlar sus pensamientos o acciones como suelen hacerlo con sus hijos (Endendijk, Groeneveld, Bakermans-Kranenburg, & Mesman, 2016). Por lo tanto, se podría pensar que las madres y los padres con mayor educación, probablemente tengan un buen nivel cognitivo lo que favorecería las interacciones con sus hijas y a respaldar la necesidad de autonomía de ellas, permitiéndoles participar en actividades interesantes, fomentando la resolución independiente de problemas, la elección y la participación en las decisiones, para que de esta manera puedan integrar valores y normas sociales importantes en su sentido del yo. A ello se podría añadir que, al ser padres con estudios superiores, probablemente se encuentren laborando y pasando mayor tiempo fuera del hogar. Por ende, se podría pensar que las niñas, al tener un mayor desarrollo de sus habilidades autorregulatorias que los niños y por ello demandar menos a sus madres y padres, comenzarían a explorar el ambiente que les rodea y a desafiar las vicisitudes diarias por sí mismas, tornándose más seguras e independientes.

Los hallazgos de este estudio son relevantes para el quehacer clínico, ya que permiten comprender la relación y mutua influencia entre la depresión parental y la satisfacción de pareja, indicando que mientras mayores sean los niveles de depresión de madres/padres, menor satisfacción de pareja. Al relacionar la depresión parental con las dificultades en las distintas áreas del desarrollo socioemocional infantil, se observa una asociación significativa entre la depresión del padre y los problemas de interacción con personas del infante masculino, recuperándose la variable de sexo tanto del progenitor como del infante. En este sentido, se destaca la importancia de las interacciones vinculares tempranas entre padres e hijos dentro de la triada y su influencia en el desarrollo socioemocional infantil. Por otro lado, a pesar de que las variables depresión parental y satisfacción de pareja no lograron explicar juntas la presencia de dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, se encontró que la edad y el sexo del niño/a serían factores relevantes que expliquen la presencia de dificultades en el desarrollo socioemocional o en alguna de sus áreas. Estos resultados alertan sobre la importancia de la detección e intervención temprana, tanto de la salud mental de los progenitores como de los infantes, tomando en cuenta que durante la primera infancia es cuando los niños/as evidencian mayores problemas de autorregulación emocional que dificultan su adaptación social. Al respecto, las salas cuna y jardines infantiles podrían constituir un espacio privilegiado para la detección temprana de déficit en el desarrollo y para

la adquisición de habilidades sociales en la primera infancia, así como también para potenciar la calidad de las interacciones entre padre/madres e hijos/as.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, el pequeño tamaño muestral y el diseño transversal, podrían de algún modo explicar la ausencia de resultados significativos en relación a las hipótesis planteadas, ya que limitan la posibilidad de realizar conclusiones causales. Por lo tanto, para futuros estudios, se sugiere un tamaño de muestra mayor y de niños/as más pequeños sin cuidados alternativos (sala cuna o jardín infantil), así como también la realización de estudios longitudinales, que probablemente podrían explicar de mejor manera o permitirían identificar predictores de las dificultades en el desarrollo socioemocional infantil (una variable que cambia en el tiempo). Además, podría incluirse dentro de las variables estudiadas la sensibilidad parental, la mentalización y el estrés parental, pues se ha descrito como variables de los padres y madres que podrían estar relacionada con las dificultades en el desarrollo socioemocional (Farkas et al., 2017), así como también el temperamento del niño/a, ya que podría afectar tanto a la intensidad de la emoción experimentada como el desarrollo de la autorregulación de los mismos/as (Lozano, Salinas, & Carnicero, 2004). Finalmente, considerando que se trata de niños con problemas en el desarrollo socioemocional y que la mayoría de los estudios existentes han sido realizados con población clínica o en riesgo psicosocial, sería interesante llevar a cabo investigaciones con población no clínica, que puedan aportar al diseño de programas preventivos en salud mental infantil. De esta forma, se plantea la necesidad de realizar más estudios que consideren estas limitaciones y que contribuyan a iluminar aspectos relevantes para el quehacer clínico, a nivel nacional e internacional.

Referencias

- Aguayo, F., Correa, P., & Cristi, P. (2011). Encuesta IMAGES Chile Resultados de la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género. *Santiago: CulturaSalud/EME*.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist, 34*, 932-937. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potencial biological determinants. *Hormones and Behavior, 50*, 534-538. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2006.06.031>
- Amato, P. R., Johnson, D. R., Booth, A., & Rogers, S. J. (2003). Continuity and change in marital quality between 1980 and 2000. *Journal of Marriage and Family, 65*, 1 – 22. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00001.x>
- American Psychiatric Association. (2014) DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Armenta, Hurtarte. C. & Díaz-Loving, R. (2006). Comunicación y satisfacción: Analizando la interacción de pareja. *La Psicología Social en México, México: AMEPSO, XII*, 173-178.
- Armenta-Hurtarte, C., Sánchez-Aragón, R., & Díaz-Loving, R. (2012). ¿De qué manera el contexto afecta la satisfacción con la pareja?. *Suma psicológica, 19(2)*, 51-62.
- Armus, M., Duhald, C., Oliver, M., Woscoboinik, N., & UNICEF. (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia.
- Baxter, J., Hewitt, B., & Haynes, M. (2008). Life course transitions and housework: Marriage, parenthood, and time on housework. *Journal of Marriage and Family, 70*, 259 – 272. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00479.x>

- Beach, S. R. H., Jones, D. J., & Franklin, K. J. (2008). Marital, family, and interpersonal therapies for depression in adults. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford.
- Beck, Ward, Mendelson, Marck, & Erbaugh. (1961) BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- Beestin, L., Hugh-Jones, S., & Gough, B. (2014). The impact of maternal postnatal depression on men and their ways of fathering: An interpretative and phenomenological analysis. *Psychology and Health*, 29, 717–735. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.885523>
- Behrman, J. Bravo, D. & Urzúa, S. (2010). Encuesta longitudinal de la primera infancia: aspectos metodológicos y primeros resultados. Santiago: Universidad de Chile. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/INforme-ELPI-2010.pdf>
- Belsky, J., & Kelly, J. (1994). The transition to parenthood: how a first child changes a marriage. *Today's Parent*, 11(8), 17.
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of family Psychology*, 14(1), 71.
- Bornstein, M. H., & Putnick, D. L. (2012). Cognitive and socioemotional caregiving in developing countries. *Child development*, 83(1), 46-61. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01673.x>
- Bowen, M. (1978). *Family treatment in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Breaux, R. P., Harvey, E. A., & Lugo-Candelas, C. I. (2013). The role of parent psychopathology in the development of preschool children with behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.836451>

- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M., & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1-and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(7), 811-819. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00016>
- Cabella, W., De Rosa, M., Failache, E., Fitermann, P., Katzkowicz, N., Medina, M., & Perazzo, I. (2016). Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay: primeros resultados de la ENDIS.
- Campbell, S.B., Brownell, C.A., Hungerford, A., Spieker, S.I., Mohan, R., & Blessing, J.S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Developmental Psychopathology, 16*(2), 231–252. <https://doi.org/10.1017/S0954579404044499>
- Castro, P. (2011). Depresión materna y desarrollo infantil. *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar, 91-95*.
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological bulletin, 139*(4), 735.
- Cicchetti, D. (1993), Developmental psychology: reactions, reflections, and projections. *Dev Rev 13*:471–502. <https://doi.org/10.1006/drev.1993.1021>
- Cicchetti, D. & Curtis, W.J. (2006). The developing brain and neural plasticity: Implications for normality, psychopathology, and resilience: Developmental neuroscience. En D. Cicchetti, y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Developmental neuroscience* (2º ed., Vol. 2, pp. 1-64). Nueva York, NY: Wiley.
- Cicchetti, D. & Hinshaw, S. (2002). Prevention and intervention, *Development and Psychopathology, 14*, 667–671.
- Clark, C.A., Woodward, L.J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child Development, 79* (5), 1444-1462. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01198.x>

- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 56-64. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01298.x>
- Connell, L. E., & Francis, L. A. (2014). Positive parenting mitigates the effects of poor self-regulation on body mass index trajectories from ages 4–15 years. *Health Psychology*, 33(8), 757. doi: 10.1037/hea0000014
- Cortés, S., Reyes, D., Díaz-Loving, R., Rivera, S. & Monjaraz, J. (1994). Elaboración y análisis psicométrico del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM). *La Psicología Social en México*. México: AMEPSO, V, 123-130.
- Coyne, L., Low, C., Miller, A., Seifer, R. y Dickstein, S. (2007). Mother's Emphatic Understanding of their Toddlers: Associations with Maternal Depression and Sensitivity. *Journal of Child and Family Studies*, 16(4), 483-497.
- Cummings, M. E., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 479–489. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x.
- Davies, P., Struge-Apple, M. y Cummings, M. (2004) Interdependencies among interparental discord and parenting practices: The role of adult vulnerability and relationship perturbations. *Development and Psychopathology*, 16, 773-797. <https://doi.org/10.1017/S0954579404004778>
- Dekel, R., Vilchinsky, N., Liberman, G., Leibowitz, M., Khaskia, A., & Mosseri, M. (2014). Marital satisfaction and depression among couples following men's acute coronary syndrome: Testing dyadic dynamics in a longitudinal design. *British Journal of Health Psychology*, 19, 347-362. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12042>
- Don, B. P., & Mickelson, K. D. (2012). Paternal postpartum depression: The role of maternal postpartum depression, spousal support, and relationship satisfaction. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(4), 323. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029148>

- Edalati, A. & Redzuan, M. (2010). A Review: Dominance, Marital Satisfaction and Female Aggression. *Journal of Social Sciences*, 6, 2, 162-166.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widstrom, A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 211–216. doi:10.1007/s00737-003-0020-x.
- Eguiluz, L. (2004). La familia según el modelo sistémico. En L. Eguiluz. *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico* (pp. 1-17). México: Pax.
- Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 943–955. doi:10.1007/s10802-007-9145-0.
- ELPI. (2010). Encuesta Longitudinal de la primera infancia: aspectos metodológicos y primeros resultados. Centro de Micro Datos de la Universidad de Chile, 4-188.
- Endendijk, J. J., Groeneveld, M. G., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Mesman, J. (2016). Gender-differentiated parenting revisited: Meta-analysis reveals very few differences in parental control of boys and girls. *PLOS One*, 11(7), e0159193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159193>
- Farkas, C., Vallotton, C. D., Strasser, K., Santelices, M. P., & Himmel, E. (2017). Socioemotional skills between 12 and 30 months of age on Chilean children: When do the competences of adults matter?. *Infant Behavior and Development*, 49, 192-203. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.09.010>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy*

of Child & Adolescent Psychiatry, 48(9), 919–927.
<https://doi.org/10.1097/Chi.0b013e3181b21651>

- Field, A., Miles, J., & Field, Z. (2012). *Discovering statistics using R*. Sage publications.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Favez, N. (2006). Exploring triangulation in infancy: two contrasted cases. *Family Process*, 45, 3-8. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00077.x>
- Fivush, R., Brotman, M., Buckner, J., & Goodman, S. (2000). Gender differences in parent–child emotion narratives. *Sex Roles*, 42, 233–253.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1007091207068>
- Flykt, M., Kanninen, K., Sinkkonen, J. & Punamaki, R-L. (2010). Maternal Depression and Dyadic Interaction: The role of Maternal Attachment Style. *Infant and Child Development*, 19, 530-550. <https://doi.org/10.1002/icd.679>
- Fritsch, R., Montt, M., Solfs, J., Pilowsky, D. y Rojas, G. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 602-612. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500008>
- Gabriel, B., Beach, S. R., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 41(3), 306-316. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.09.001>
- Genesoni, L., & Tallandini, M. (2009). Men's psychological transition to Fatherhood: An analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*, 36, 305–318.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x>.
- Gerard, J. M., Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2006). Marital conflict, parent-child relations, and youth maladjustment: A longitudinal investigation of spillover effects. *Journal of Family Issues*, 27(7), 951-975.
<https://doi.org/10.1177/0192513X05286020>
- Gere, M., Hagen, K., Villabø, M., Arnberg, K., Neumer, S. & Torgensen, S. (2013). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child

- depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 31-38.
<https://doi.org/10.1002/da.22010>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1– 27. doi:10.1007/s10567-010-0080-1.
- Gordon, I., M.A., & Feldman, R. (2008). Synchrony in the triad: A microlevel process model of coparenting and parent-child interactions. *Family Process*, 47(4), 465-479.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2008.00266.x>
- Greenspan, S. & Benderly, B. (1998). *El crecimiento de la mente*. Barcelona, España: Paidós.
- Hankin, B., & Abramson, L., (2001) Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Henao, G., & García, M. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 7(2).
- Hendrick, S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 93–98. DOI: 10.2307/352430
- Herrera, E., Reissland, N., & Shepherd, J. (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of affective disorders*, 81(1), 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.07.001>
- Hollist, C., Miller, R., Falceto, O., & Fernandes, C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a latino sample. *Family Process*, 46(4), 485-498. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00227.x>
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social (2017). En Postnatal. Recuperado de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/8647-postnatal>

- Johnson, S. L., & Jacob, T. (1997). Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 15–25. DOI: 10.1037//0022-006X.65.1.15
- Joussemet, M., Koestner, R., Lekes, N., & Landry, R. (2005). A longitudinal study of the relationship of maternal autonomy support to children's adjustment and achievement in school. *Journal of Personality, 73*(5), 1215–1235. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00347.x>
- Kam, C. M., Greenberg, M. T., Bierman, K. L., Coie, J. D., Dodge, K. A., Foster, M. E., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2011). Maternal depressive symptoms and child social preference during the early school years: Mediation by 121 maternal warmth and child emotion regulation. *Journal of abnormal child psychology, 39*, 365-377. <https://doi:10.1007/s10802-010-9468-0>
- Kamalifard, M., Hasanpoor, S., Kheiroddin, J. B., Panahi, S., & Payan, S. B. (2014). Relationship between fathers' depression and perceived social support and stress in postpartum period. *Journal of Caring Sciences, 3*, 57-66. <https://doi:10.5681/jcs.2014.007>
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, A., Walters, E., & Wang, P. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. *The Journal of the American Medical Association, Archives of General Psychiatry, 289*, 3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095
- Knight, G. P., Guthrie, I. K., Page, M. C., & Fabes, R. A. (2002). Emotional arousal and gender differences in aggression: A meta-analysis. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression, 28*(5), 366-393. <https://doi.org/10.1002/ab.80011>
- Leavitt, C. E., McDaniel, B. T., Maas, M. K., & Feinberg, M. E. (2017). Parenting stress and sexual satisfaction among first-time parents: A dyadic approach. *Sex roles, 76*(5-6), 346-355. DOI:10.1007/s11199-016-0623-0
- Leckman-Westin, E., Cohen, P. R., & Stueve, A. (2009). Maternal depression and mother–child interaction patterns: Association with toddler problems and continuity of effects

- to late childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1176-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02083.x>
- Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., & Miller, J. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 244-255. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00168.x>
- Lozano, E. A., Salinas, C. G., & Carnicero, J. A. C. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *anales de psicología*, 20(1), 69-79.
- Maria-Mengel, M. R. S., & Linhares, M. B. M. (2007). Risk factors for infant developmental problems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(SPE), 837-842. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700019>
- Márquez, D. J. & Rivera, A. S. (2010). Apego, cultura y satisfacción en la relación de pareja: que pesa más ¿Nuestros vínculos afectivos o nuestros vínculos culturales? *La Psicología Social en México*, México: AMEPSO, XIII, 81-87.
- McDaniel, B. T., & Teti, D. M. (2012). Coparenting quality during the first three months after birth: The role of infant sleep quality. *Journal of Family Psychology*, 26, 886–895. doi:10.1037/a0030707.
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S., & Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology*, 18(4), 575. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.18.4.575>
- MINSAL (2013). Guía clínica AUGE: Depresión en personas de 15 años y más. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>

- Mosmann, C. y Wagner, A. (2008) Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2) 79-103.
- Navarro, J., Pérez, F. & Arteaga, M. (2017). *Vínculos Tempranos. Transformaciones al inicio de la vida*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Olhaberry, M. (2012). Interacciones tempranas y género infantil en familias monoparentales chilenas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2).
- Olhaberry, M., Romero, M., y Miranda, A. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Suma Psicológica*, 12(1), 77-87.
- Olhaberry, M. & Santelices, M.P. (2013). Presencia del padre y la calidad de la interacción madre-hijo: un estudio comparativo en familias chilenas nucleares y monoparentales. *Universitas Psychologica*, 12(3), 833-843. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-3.ppc
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales.
- Page, M., Wilhelm, M. S., Gamble, W. C. & Card, N. A. (2010). A comparison of maternal sensitivity and verbal stimulation as unique predictors of infant social-emotional and cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 33, 101-110. doi:10.1016/j.infbeh.2009.12.001
- Paulson, J., Dauber, S. y Leiferman, J. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659-668. DOI: 10.1542/peds.2005-2948
- Pérez, F. & Santelices, M.P. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15(3), 235-244.
- Pérez, F. & Santelices, M.P. (2017). Alianza Triádica Familiar y Salud Mental Parental. *Terapia Psicológica*, 35, 23-33. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100003>

- Pérez, F., Moessner, M. & Santelices, M.P. (2017). Beyond the Dyad: The Relationship between Preschoolers' Attachment Representations and Family Triadic Interactions. *Infant Mental Health Journal*, 38(2), 198-209. doi: 10.1002/imhj.
- Ponnet, K., Wouters, E., Mortelmans, M., Pasteels, I., De Backer, C., Van Leeuwen, K., et al. (2013). The influence of mothers' and fathers' parenting stress and depressive symptoms on own and partner's parent-child communication. *Family Processes*, 52, 312–324. doi:10.1111/famp.12001.
- Raver, C. C., Blackburn, E. K., Bancroft, M., & Torp, N. (1999). Relations between effective emotional self-regulation, attentional control, and low-income preschoolers' social competence with peers. *Early Education & Development*, 10(3), 333–350. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1003_6
- Repetur, K. & Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11) 3-15.
- 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*, 20(1), 57-66.
- Rodrigo, M., Martín, J., Cabrera, E., & Máiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18(2), 113-120.
- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., & Herceg-Baron, R. L. (1979). Marital disputes and treatment outcome in depressed women. *Comprehensive Psychiatry*, 20(5), 483-490. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(79\)90035-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(79)90035-X)
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x>
- Schoppe, S & Schermerhorn, A. (2007) Marital conflict and children's adjustment: Evaluation of the parenting process model. *Journal of marriage and family*, 69(5) 11-18. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00436.x>

- Shapiro, A.F., Gottman, J.M., & Carrere, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology, 14*, 59–70. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.14.1.59>
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development, 17*, 737–754. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>.
- Smith, H. R., Eryigit-Madzwamuse, S., & Barnes, J. (2013). Paternal postnatal and subsequent mental health symptoms and child socio-emotional and behavioural problems at school entry. *Infant and Child Development, 22*, 335–348. doi:10.1002/icd.1800
- Snyder, M. & Stukas, Jr. A. A. (1999). Interpersonal processes: The interplay of cognitive, motivational and behavioral activities in social interaction. *Annual Review of Psychology, 50*, 273-303. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.273>
- Solmeyer, A. R., & Feinberg, M. E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behavior & Development, 34*, 504–514. doi:10.1016/j.infbeh.2011.07.006.
- Squires, J. Bricker, D. & Twombly, E. (with Yockelson, S. Davis, M.S. & Kim, Y.) (2002). *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE): A parent completed child-monitoring system for social-emotional behaviours*. Baltimore: Paul F. Brookes Publishing.
- Sunderland, M. (2006) *The science of parenting*. DK Publishing Inc. New York.
- Taubman-Ben-Ari, O., Findler, L., Bendet, C., Stanger, V., Ben-Shlomo, S., & Kuint, J. (2008). Mothers' marital adaptation following the birth of twins or singletons: empirical evidence and practical insights. *Health & social work, 33*(3), 189-197. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.3.189>

- Tissot, H., Favez, N., Ghisletta, P., Frascarolo, F., & Despland, J. N. (2017). A longitudinal study of parental depressive symptoms and coparenting in the first 18 months. *Family process, 56*(2), 445-458. <https://doi.org/10.1111/famp.12213>
- Twenge, J.M., Campbell, W.K., & Foster, C.A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and the Family, 65*(3), 574-583. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x>
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G., & Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista médica de Chile, 145*(8), 1005-1012. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>
- Vallotton, C., & Ayoub, C. (2011). Use your words: The role of language in the development of toddlers' self-regulation. *Early Childhood Research Quarterly, 26*(2), 169-181. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2010.09.002>
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión Española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 10*, 59-81.
- Venkatesh, K.K., Phipps, M.G., Triche, E.W., & Zlotnick, C. (2014). The Relationship Between Parental Stress and Postpartum Depression Among Adolescent Mothers Enrolled in a Randomized Controlled Prevention Trial. *Maternal and Child Health Journal, 18*(6), 1532-1539. doi:10.1007/s10995-013-1394-7
- Venta, A., Velez, L., & Lau, J. (2016). The role of parental depressive symptoms in predicting dysfunctional discipline among parents at high-risk for child maltreatment. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 3076-3082. <https://doi: 10.1007/s10826-016-0473-y>
- Veskrna, L. (2013). Peripartum depression – does it occur in fathers and does it matter? *Journal of Men's Health, 7*, 420–430. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jomh.2010.10.004>.
- Vicente, B. P., Rojas, R. P., Saldivia, S. B., Pérez, C. V., Melipillán, R. A., Hormazábal, N. P., & Pihan, R. V. (2016). Biopsychosocial depression determinants in patients

- treated in Primary Health Centers at Concepción, Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(2), 102-112.
- Verschueren, K., & Marcoen, A. (1999). Representation of self and socioemotional competence in kindergartners: Differential and combined effects of attachment to mother and to father. *Child Development*, 70(1), 183-201. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00014>
- Weitzman, M., Rozenthal, D. G., & Liu, Y. (2011). Paternal depressive symptoms and child behavioral or emotional problems in the United States. *Pediatrics*, 128, 1126–1134. doi:10.1542/peds.2010-3034.
- Whisman, M. A., Weinstock, L. M., & Uebelacker, L. A. (2002). Mood reactivity to marital conflict: The influence of marital dissatisfaction and depression. *Behavior therapy*, 33(2), 299-314. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80030-2)
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- 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 N°11140230 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 ____ | | N° habitaciones: | N° Camas: |
| Dirección Particular: | | | |
| N° personas que viven en esa dirección: | | Padres/madres viven juntos: Si ____ No ____ | |
| N° 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 |

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

Escolaridad

Fecha _____

Duración _____

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 _____

3. Datos del niño

| | | |
|--|--|-------|
| Nombre del niño: | | 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/madres _____ Cuna en pieza de padres/madres _____ Pieza solo/a o con hmnos _____ | | |
| Enfermedades Trazadoras: SI ___ NO ___ Digestivas _____ Respiratorias _____ Cutáneas _____ | | |
| Otros antecedentes relevantes: | | |

4. 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) |

| | |
|---|--|
| | 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. |

¿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, subgerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de |

Anexo N° 3: Relationship Assesment Scale (RAS) 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 (RAS) 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 Pobrememente | 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 Pobrememente | 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° 5: 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. Continualmente 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 |

PROYECTO FONDECYT N°11140230

| 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 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Subtotal Página 1</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Subtotal Página 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> </tr> </table> | Subtotal Página 1 | | Subtotal Página 2 | | Total | |
| Subtotal Página 1 | | | | | | | |
| Subtotal Página 2 | | | | | | | |
| Total | | | | | | | |

Anexo N° 6: 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. Continamente 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 |

PROYECTO FONDECYT N°11140230

| 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 | <table border="1"> <tr> <td>Subtotal Página 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Subtotal Página 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> </tr> </table> | Subtotal Página 1 | | Subtotal Página 2 | | Total | |
| Subtotal Página 1 | | | | | | | |
| Subtotal Página 2 | | | | | | | |
| Total | | | | | | | |

Anexo N° 7: Ages & Stages Questionnaires Social Emotional (ASQ:SE)

Edades y Etapas: Social-Emocional

Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar el Comportamiento Social-Emocional de los Niños*
Por Jane Squires, Diane Bricker y Elizabeth Twombly
con la ayuda de Suzanne Yockelson, Maura Schoen Davis y Younghee Kim
Copyright © 2002 por Paul H. Brookes Publishing Co.

ASQ:SE™



12 Meses/1 Año

Cuestionario

(Para niños de 9 a 14 meses de edad)

.....

Puntos Importantes de Recordar:

- Las preguntas por turno usan "niño" o "niña" como ejemplos. Por favor conteste todas las preguntas sin importar si usted tiene un niño o una niña.
- Por favor devuelva este cuestionario antes del día _____ .
- Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de su bebé o acerca de este cuestionario, por favor llame a _____ .
- Muchas gracias y por favor espere llenar otro cuestionario en _____ meses.

*Translated from the English:
Ages & Stages Questionnaire: Social-Emotional
A Parent-Completed Child-Monitoring System
for Social-Emotional Behavior, Squires, et al.
© 2002 Paul H. Brookes Publishing Co.

ASQ:SE™

Edades y Etapas: Social-Emocional

Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar el Comportamiento Social-Emocional de los Niños*

Por Jane Squires, Diane Bricker y Elizabeth Twombly

con la ayuda de Suzanne Yockelson, Maura Schoen Davis y Younghee Kim

Copyright © 2002 por Paul H. Brookes Publishing Co.

ASQ:SE 12 Meses/1 Año

Cuestionario

(Para niños de 9 a 14 meses de edad)

.....

Por favor dé la siguiente información.

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Fecha de hoy: _____

Persona llenando este cuestionario:

¿Cuál es su relación con el niño/a? _____

Su número de teléfono: _____

Su dirección (para correspondencia): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Haga una lista de cualquier otra persona que le asista en llenar este cuestionario: _____

Programa de administración/proveedor: _____

*Translated from the English:
Age & Stages Questionnaire®: Social-Emotional
A Parent-Completed, Child-Monitoring System
for Social-Emotional Behavior; Squires et al.
© 2002 Paul H. Brookes Publishing Co.

ASQ:SE™

Por favor lea cada una de las preguntas con cuidado y

1. Marque el cuadro que describa mejor el comportamiento de su niño/a y
2. Marque el círculo si este comportamiento le preocupa

LA
MAYORÍA
DE LAS
VECES

ALGUNAS
VECES

RA R A V E Z
O N U N C A

MARQUE SI
ESTO ES
UNA PRE-
OCUPACIÓN

1. ¿Se ríe o se sonríe su bebé con usted y con otros miembros de la familia?


 c

 v

 x

2. ¿Le busca su bebé a usted cuando un desconocido se acerca?

 c

 v

 x

3. ¿A su bebé le gusta jugar cerca de y estar con miembros de la familia y amigos?

 c

 v

 x

4. ¿A su bebé le gusta que lo levanten y lo abracen?

 c

 v

 x

5. Cuando su bebé está alterado, ¿se puede calmar dentro de media hora?

 c

 v

 x

6. Al levantar a su bebé, ¿se pone rígida y arquea la espalda?

 x

 v

 c

7. ¿A su bebé le gusta jugar juegos como el Peekaboo o las escondidas?


 c

 v

 x

8. ¿Tiene su bebé el cuerpo relajado?

 c

 v

 x

9. ¿Llora, grita o hace berrinche su bebé durante mucho rato?

 x

 v

 c

TOTAL EN LA PÁGINA —

| | | LA MAYORÍA DE LAS VECES | ALGUNAS VECES | PARA VEZ O NUNCA | MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN |
|--|---|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 10. ¿Se puede calmar su bebé por sí mismo (por ejemplo, chupándose la mano o el chupón)? |  | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 11. ¿A su bebé le interesan las cosas alrededor de ella, como personas, juguetes y comida? | | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 12. ¿Dura usted más de 30 minutos para darle de comer a su bebé? | | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> |
| 13. ¿Usted y su bebé disfrutan de la hora de comida juntos? | | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 14. ¿Tiene su bebé algún problema con la alimentación, como dar bascas a, vomitar o _____? (Usted puede anotar cualquier problema.) | | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> |
| 15. ¿Tiene su bebé dificultad para dormirse a la hora de la siesta o en la noche? | | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> |
| 16. ¿Hace su bebé sonidos balbuceos? Por ejemplo, ¿combina sonidos como "ba-ba-ba-ba" o "na-na-na-na"? (Si su bebé se balbucea mucho, marque "la mayoría de las veces".) | | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 17. ¿Duerme su bebé por lo menos 10 horas dentro de un período de 24 horas? |  | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |

TOTAL EN LA PÁGINA —

