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

¿Qué rol cumple la sensibilidad materna y la función reflexiva en la relación entre el trauma infantil materno y el desarrollo socioemocional temprano en diadas madre-bebé con sintomatología depresiva?

JAVIERA PAZ BARRERA SILVA

Directora de Tesis: Marcia Olhaberry Huber
Comité de tesis: Fanny Leyton & Catalina Sieverson

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

Diciembre, 2022
Santiago, Chile

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

¿Qué rol cumple la sensibilidad materna y la función reflexiva en la relación entre el trauma infantil materno y el desarrollo socioemocional temprano en diadas madre-bebé con sintomatología depresiva?

JAVIERA PAZ BARRERA SILVA

Directora de tesis: Marcia Olhaberry Huber
Comité de tesis: Fanny Leyton & Catalina Sieverson

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

A mis abuelitas y a Hugo,
quiénes sabían de este proyecto personal
y ahora me acompañan desde otro plano.

AGRADECIMIENTOS

A mi Juaco, mi compañero de ruta, por acompañarme en este proceso, apoyarme, consolarme, por sacarme una sonrisa cuando la cuesta se ponía difícil y por el impulso constante.

A mi familia, por impulsarme a ir más allá y por el apoyo incondicional.

A mis compañeros de Magíster, por tener una sonrisa, una palabra de aliento siempre disponible y por hacer que este camino fuese más agradable. Cariños especiales a Javi, Pau & Trini.

A profe Marcia, por su generosidad y humildad a la hora de compartir sus conocimientos, por permitirme insertarme en espacios de crecimiento profesional y por ser un referente en el quehacer clínico.

A mis queridas profes Mónica Guzmán y Karla Tay, por apoyarme y motivarme desde el pregrado, por creer y confiar en mí, y por siempre mostrarme oportunidades de crecimiento personal y profesional.

A Javier Morán, por su generosidad y apoyo metodológico.

Y en especial, a todas esas madres y sus bebés que participaron en este proyecto, abriendo sus corazones a pesar de lo doloroso que puede resultar.

Este trabajo fue posible gracias al financiamiento y apoyo de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, Subdirección de Capital Humano, debido a la Beca de Magíster Nacional folio N°22220639

ÍNDICE

I. RESUMEN **9**

II. INTRODUCCIÓN **10**

III. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS **14**

Maternidad, primeros vínculos y desarrollo socioemocional **14**

Experiencias adversas tempranas y salud mental materna **17**

Mentalización, función reflexiva en madres con depresión **19**

IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO **23**

Preguntas de investigación **24**

Objetivo general **24**

Objetivos específicos **24**

V. HIPÓTESIS **24**

Hipótesis general **24**

Hipótesis específicas **25**

VI. MÉTODOLOGÍA **25**

Diseño **26**

Participantes **26**

Procedimiento **26**

Instrumentos **27**

Análisis de datos **29**

VII. RESULTADOS **29**

VIII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN **35**

IX. REFERENCIAS **41**

X. ANEXO **56**

Anexo 1: Consentimiento Informado

Anexo 2: Encuesta sociodemográfica

Anexo 3: Ages and Stages Questionnaire-Socioemotional (ASQ-SE)

Anexo 4: MINI-Parental Reflective Functioning Inventory (MINI- PRFI)

Anexo 5: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF)

Anexo 6: Tabla de codificación Emotional Availability Scale (EAS)

XI. TABLAS **95**

Tabla a1: Regresión múltiple para predecir desarrollo socioemocional del bebé (modelo moderado por clinical screening madre)

Tabla a2: Regresión múltiple para predecir desarrollo socioemocional del bebé (modelo moderado por clinical screening niño)

Tabla a3: Regresión múltiple para predecir desarrollo socioemocional del bebé (modelo moderado por valores directos de sensibilidad materna)

Tabla a4: Regresión múltiple para predecir desarrollo socioemocional del bebé (modelo moderado por estructura)

Tabla a5: Regresión múltiple para predecir desarrollo socioemocional del bebé (modelo moderado por intrusividad)

I. Resumen

En el último tiempo, la investigación sobre las variables que inciden en la conformación de los vínculos tempranos se ha centrado tanto en aquellos factores que los facilitan como en aquellos que los dificultan. En este escenario, numerosos estudios han mostrado la influencia negativa de la sintomatología depresiva materna en la calidad de las interacciones madre-bebé. Así mismo, la evidencia muestra también que las experiencias adversas/traumáticas vividas por las madres durante la infancia pueden impactar negativamente en el ejercicio de la parentalidad y en el desarrollo del bebé. Se ha descrito también que la capacidad de comprender el comportamiento infantil y el propio en términos de estados mentales como sus afectos o pensamientos (Fonagy, 1998), podría actuar como un factor protector que modularía el efecto de la depresión y las experiencias adversas infantiles maternas sobre el desarrollo socioemocional del bebé. La evidencia destaca la importancia de esta competencia en la madre para el desarrollo de un vínculo seguro con el bebé, así como también para un desarrollo socioemocional infantil saludable (Fonagy & Target, 2005). Considerando estos antecedentes, el presente estudio tuvo por objetivo describir la influencia de la función reflexiva y la sensibilidad materna en la relación entre las experiencias adversas/traumáticas infantiles de la madre y el desarrollo socioemocional de su bebé. Se diseñó un estudio cuantitativo, no experimental y transversal, de carácter correlacional. Participaron 52 diadas madre-bebé con sintomatología depresiva atendidas en Centros de Atención Primaria en Salud de Santiago, Valparaíso y Puerto Varas. La evaluación de las variables se realizó mediante la aplicación de la batería de pruebas descrita a continuación. Para evaluar a las madres se utilizaron los cuestionarios de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) para evaluar depresión materna, el *Mini Parent Reflective Functioning Interview, (MINI-PRFI)* para medir la función reflexiva materna, el *Childhood Trauma Questionnaire, (CTQ-SF*) para evaluar la presencia de adversidad/trauma durante la infancia y adolescencia, y una encuesta de antecedentes sociodemográficos. Para evaluar el desarrollo socioemocional del bebé se utilizó el A*ges and Stages Questionnaires (ASQ-SE)* y finalmente, para evaluar la relación

madre-bebé se utilizó la entrevista la escala *Emotional Availability Scale (EAS)* para sensibilidad materna. El estudio desarrollado utilizó datos secundarios del proyecto FIP-MIDAP titulado *Brief internet mentalization-based video feedback intervention to improve parental sensitivity in depressed mothers being treated in public health services: randomized controlled feasibility trial* y consideró la medida inicial previa a la implementación de una intervención.

Los principales resultados del estudio muestran que el trauma/adversidad temprana en la madre aumenta la probabilidad de problemas socioemocionales en su bebé. Notablemente los resultados del análisis de moderación mostraron que este efecto se observó para aquellas madres con altos niveles de *"no hostilidad".* Los hallazgos de este estudio aportan información relevante sobre los posibles factores protectores que debiesen ser considerados en atención clínica con madres con depresión que han experimentado adversidad/trauma temprano para favorecer el desarrollo socioemocional de sus bebés. Constituyen además un aporte en la comprensión de la relación entre adversidad/trauma temprana, función reflexiva, sensibilidad materna y desarrollo socioemocional de bebés. En ese sentido, es que este estudio confirma la incidencia que tendría la adversidad/trauma temprano en el desarrollo socioemocional de los bebés, por lo que este estudio supone un aporte a la atención clínica y a la prevención de dificultades a futuro en los bebés.

II. Introducción

Vasta es la investigación que sitúa a la primera infancia como un periodo crítico del desarrollo, siendo las experiencias tempranas, la parentalidad y la formación de vínculos los ejes que más atención han recibido. La maternidad involucra múltiples cambios para las madres, a nivel físico, modificaciones corporales que implican una nueva autoimagen y a nivel psicológico, la incorporación de nuevos roles que impactan en la identidad y en la participación en actividades sociales (Kendall-Tackett, 2005; Sampson et al., 2015). Estos cambios influyen en la relación con la pareja y demandan modificaciones y un ajuste psicológico, que puede interferir negativamente en la salud mental materna, impactando en las primeras interacciones con el bebé.

El ejercicio de la parentalidad temprana requiere del desarrollo de competencias que favorezcan una vinculación positiva y un desarrollo saludable en el bebé, a través de interacciones positivas. Dentro de estas prácticas, destaca el despliegue de la sensibilidad parental entendida como la capacidad del adulto para leer e interpretar señales de su bebe y responder adecuadamente a ellas (Ainsworth et al., 1978) y la capacidad para comprender el comportamiento propio y del bebé en términos de estados mentales como emociones, intenciones, deseos, entre otros, es decir mentalizar (Fonagy & Target, 1997), competencias que en conjunto favorecerían la formación de un vínculo de apego fundamentado en una base segura, sensible y disponible (Bowlby, 1980). Por su parte, la definición de la función reflexiva parental, entendida como la capacidad para comprender y otorgar significado a las propias experiencias vinculares y reflejarlas en el infante (Fonagy, 2000; Fonagy & Target, 1997; Walker, Wheatcroft & Camic, 2012) surge con el objetivo de intentar explicar el componente transgeneracional de los vínculos de apego (Fonagy & Target, 2005). Es así como el apego seguro, que implica experiencias tempranas gratificantes con los cuidadores primarios, se posicionaría como una arista que favorecería el desarrollo de la capacidad para explorar su propia mente y la de los otros (Fonagy & Luyten, 2009). Asimismo, actuaría como un buen predictor de sensibilidad parental y apego seguro infantil (Ensink et al., 2018), que facilitarían las interacciones tempranas entre la madre y su bebé, actuando como mediador entre el apego y el desarrollo socioemocional (Nijssens, Vliegen & Luyten, 2020). En consecuencia, una adecuada función reflexiva materna favorecería un mejor desarrollo socioemocional infantil (León y Olhaberry, 2020).

Influirá también en el ejercicio de la parentalidad, la relación que los nuevos padres mantuvieron con sus propios padres y/o cuidadores durante la infancia (Florsheim et al., 2003). En esa línea, varios son los reportes que señalan que la exposición a condiciones de adversidad en la infancia temprana tiene una incidencia en la salud mental durante la adultez, pudiendo establecerse incluso, como eventos traumáticos (Vega & Nuñez, 2017). La evidencia señala que es muy probable que mujeres en edad fértil hayan experimentado algún evento traumático (Benjet et al., 2016; Gelaye et al., 2017), aumentando los riesgos

para que desarrollen algún tipo de problemática en la esfera de la salud mental. En nuestro país, y siguiendo el reporte de la primera Encuesta Nacional de Abuso Sexual y Adversidades en la niñez (Valenzuela et al., 2022), el 76% de los adultos refiere haber vivenciado algún tipo de adversidad/trauma temprano, y el 62,5% de los niños/as reporta recibir alguna manifestación de violencia como método de disciplina ejercida por parte de sus padres y/o cuidadores (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017). Ambas situaciones, se asocian al desarrollo de psicopatología en la vida adulta como la depresión (Olhaberry et al, 2015), la que actuaría como un obstaculizador en el ejercicio de la parentalidad (Berthelot et al., 2015) dando cuenta, además, del componente transgeneracional del trauma, siendo muy probable que padres/madres que han sido víctimas de algún evento traumático en la infancia, incurran en las mismas prácticas con sus hijos. Sin embargo, se ha descrito que una adecuada función reflexiva actuaría como un factor protector incluso en contextos adversos (Allen, 2013; Fonagy et al., 2003).

La presencia de sintomatología depresiva se posiciona como un factor de riesgo que intercede en el ejercicio de la parentalidad, y durante el periodo de periparto se vuelve prevalente y merece atención clínica, considerando las repercusiones que tiene tanto para la madre, el bebé y la calidad de la interacción entre ambos. Específicamente, la depresión durante este periodo se ha asociado con el desarrollo de sintomatología ansiosa y estrés parental, las que influyen negativamente en las interacciones tempranas y, por ende, en la vinculación de la diada (Rollè et al., 2017; Vismara et al., 2016). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 2018), el 6,2% del total de la población chilena sufre de depresión. Además, se estima que una de cada cinco madres padecerá depresión postparto, es decir el 20.5% de ellas. A nivel nacional, se detectó sintomatología depresiva en el 89% de madres gestantes (Rojas, 2013). En efecto, un estudio realizado por Binda et al, (2019) demostraron en población chilena, que las interacciones de las madres con sus bebés, que presentaban diagnóstico de depresión post parto eran de menor calidad, pues manifestaron menores habilidades para responder sensiblemente a las señales de sus bebés. Los antecedentes sociodemográficos como bajo nivel socioeconómico de la madre y apoyo social percibido disminuido también entorpecerían

el establecimiento de vínculos y el desarrollo de sintomatología depresiva, donde la prevalencia se vuelve mayor. En nuestro país el 85,6% de los cuidadores principales pertenecientes al primer quintil declara no contar con ayuda en el cuidado de sus hijos (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017), factores que favorecerían el desarrollo de sintomatología depresiva como emociones negativas y ensimismamiento, interfiriendo en la sensibilidad frente a las necesidades del bebé (Stein et a., 1991). Santelices y colaboradores (2015) demostraron la relación positiva entre nivel socioeconómico y sensibilidad materna en población local. Igualmente, se ha reportado vastamente que madres con depresión manifestarían un desbalance en las capacidades para leer e interpretar las señales de sus hijos (Lemma, Target & Fonagy 2011; Luyten, Fonagy, Lemma, et al, 2012). Por lo tanto, la sensibilidad y función reflexiva disminuida repercutirían en la interacción de la madre con su bebé y, por ende, en la forma en que se vinculan, incidiendo negativamente en el desarrollo de sus hijos (DeCandia, Volk, & Unick; 2022; Martucci et al., 2021, Pearson et al, 2012), así como en su salud mental futura. Hijos de madres con depresión tendrían aumentado los afectos negativos por sobre los positivos, predisponiéndolos al desarrollo de depresión (Klein et al., 2009). A su vez, en cuanto al desarrollo socioemocional, reportarían mayormente presencia de trastornos internalizantes (Murray et al., 2011; O'Connor, Langer & Tompson, 2017) y externalizantes que el resto de la población (Kim-Cohen et al., 2005; O'Connor, Langer & Tompson, 2017). Dicho lo anterior, en Chile se prevé que, a los 6 meses de edad, el 10% de los lactantes manifieste alguna problemática en la esfera socioemocional, cifra que aumenta al 24% en bebés de 18 meses de nacidos (Behrman et al, 2010). Además, la presencia de depresión en la madre supondría un riesgo elevado en el desarrollo del bebé, afectando en otras esferas como la cognitiva y conductual (Grace, Evindar, & Stewart, 2003; Pearson et al., 2012). De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud (2017) en nuestro país, el 9.9% de niños/as menores de 5 años manifiesta retraso en el desarrollo funcional, incluso algunos autores han situado a Chile como uno de los países con mayor prevalencia de dificultades socioemocionales y conductuales en niños en edad preescolar (Rescorla et al., 2011). Cifras y antecedentes que son relevantes a tener presente,

considerando el carácter crítico que las etapas tempranas tendrían para el desarrollo a mediano y corto plazo.

Cada vez existen más reportes que evidencian la importancia de considerar cómo la presencia de psicopatología como la depresión y el trauma temprano en la madre, impactan en el ejercicio de la parentalidad y, por ende, en la vinculación con su hijo/a. Aristas que podrían agravarse en contextos sociodemográficos que supongan un riesgo psicosocial, las que finalmente interferirían en el desarrollo socioemocional de niños/as. Sin embargo, el estudio de la sensibilidad y función reflexiva materna como factores esenciales que interviene en el desarrollo de la parentalidad ha tomado cada vez más fuerza y sitúa a ambas competencias como un agente que minimizaría o moderaría los efectos del trauma temprano y la depresión materna, en el desarrollo socioemocional del bebé, actuando incluso como factor protector en determinadas situaciones. Dicho esto, es que merece la pena profundizar e indagar en población local, el rol que ejercería alguna de estas competencias para futuras intervenciones considerando las altas prevalencias descritas y, además, al comprender que, si bien la primera infancia es un periodo crítico, también puede ser un periodo de oportunidad.

III. Antecedentes teóricos y empíricos

Maternidad, primeros vínculos y desarrollo socioemocional

Como ya se mencionó la infancia temprana es una etapa crucial para el desarrollo de todos los seres humanos, sobre todo por las consecuencias que cualquier interferencia en el curso esperado puede causar a mediano o largo plazo. Las interacciones tempranas entre los padres y/o cuidadores y sus hijos han demostrado ser capaces de moldear el desarrollo de sus hijos, las que se iniciarían incluso durante el embarazo. La teoría del apego propuesta por John Bowlby (1980) ha sentado las bases para comprender la manera en que los seres humanos establecemos vínculos socioemocionales con figuras que resultan significativas. Para el autor, estos vínculos serían un determinante importante que permitiría la sobrevivencia del bebé, de modo que frente a situaciones que resultan

estresantes o amenazantes, se desplegarían conductas que generarían una reacción en la madre y/o cuidador. En ese mismo sentido, una respuesta oportuna (Belsky et al., 2015) y atingente de las figuras significativas sería considerada como un aspecto protector en el desarrollo del niño/a (Bosmans et al, 2020). Por lo tanto, la calidad y características que adquieren estos vínculos son predictoras del desarrollo psicosocial y socioemocional (Tay-Karapas et al., 2016). Por su parte, Fonagy (2015) refuerza estos postulados señalando que los vínculos de apego permitirían a los individuos relacionarse con otros.

Con anterioridad, Ainsworth (1978) había hipotetizado respecto al rol que la sensibilidad materna tendría en el desarrollo de los vínculos de apego, siendo luego considerada como uno de los precursores del desarrollo de un apego seguro en lo/as niños/as. La sensibilidad materna es definida como la capacidad de la madre para responder a las demandas de su hijo de manera contingente, pronta y hacerlo de manera efectiva. El tipo de experiencias establecidas en la relación diádica cumplirá un rol fundamental en el desarrollo e incluso, en la salud mental del niño/a. (Schore, 2000). Asimismo, la calidad en la respuesta que los cuidadores tengan con sus hijos estará relacionada con el desarrollo socioemocional y cognitivo. Además, favorecerá el proceso de regulación de los afectos a través del desarrollo de sentimientos de seguridad (Bordoni, 2018). Distintos factores actuarían como protectores (o no) en el desarrollo de la sensibilidad materna dentro de los cuales se destacan el periodo pre natal y gestacional, características propias de la madre como su nivel socioeconómico, el apoyo social percibido (Santelices et al, 2015). Es así que la presencia de psicopatología, como la depresión materna, se asocia a una sensibilidad materna disminuida (Bernard et al., 2018), y una relación negativa con el patrón de apego que establezca con el niño (Olhaberry et al., 2015). De igual forma, el bajo nivel educacional de la madre podría actuar como un factor de riesgo en las primeras interacciones que la madre establece con su bebé (Kimelman et al., 2017). En esa misma línea, se ha reportado que la presencia de bajo nivel socioeconómico y depresión materna incidiría en la sensibilidad materna (Hwa-Froelich et al., 2008; Mesman et al., 2012, Moszkowski et al., 2009) y por ende en el desarrollo de la función reflexiva y la vinculación temprana.

La teoría de Bronfenbrenner (1987) señala que las variables distales al niño/a, como el estado afectivo de los padres, tienen una influencia en variables proximales, como las conductas de los padres, las que a su vez influencian el desarrollo del infante. Dentro de las metas esperadas durante la infancia es el desarrollo de la regulación de los afectos, la que depende en un comienzo de la interacción con las figuras significativas (Benz & Scholtes-Spang, 2015), proceso en el que el desarrollo de un apego seguro, facilitado por una adecuada sensibilidad y una función reflexiva favorable permitiría el logro de esta. Groh y colaboradores (2017) sustentan lo anterior, señalando que aquellos infantes que manifiestan un apego seguro reportan mejores habilidades sociales y menores problemas internalizantes.

El desarrollo socioemocional se entiende como las competencias sociales y emocionales que el infante desarrolla en un periodo de tiempo comprendido entre el nacimiento hasta los 5 años (Squires, Bricker & Twombly, 2002). Estas competencias son desplegadas al momento de expresarse afectivamente y relacionarse con otros, a la vez que organizan y definen las experiencias del niño/a; aspectos fundamentales en el bienestar y la salud mental en la primera infancia (Harris & Santos, 2020). En ese sentido, se ha propuesto que su desarrollo temprano dependerá de variables constitucionales y del contexto, donde las relaciones familiares tempranas tienen un impacto especialmente importante, pues intervienen en cómo se desarrolla el cerebro y las destrezas cognitivas, motoras y socioemocionales, proceso en el cual la autorregulación emocional es una de las metas principales (Benz & Scholtes-Spang, 2015). Sería entonces preciso señalar que son los padres quienes, a edades tempranas, le dan estructura al mundo afectivo de los infantes, por un lado, por la cantidad de interacciones que intercambian diariamente y, por el otro, por los contextos en los cuales se desenvuelven; siendo entonces el entorno familiar el escenario en el cual el/la niño/a aprende y pone en práctica estas competencias emocionales.

No obstante, cualquier factor que interfiera en esa relación puede resultar crítico para el desarrollo del niño/a (Tronick, 2017). Por ejemplo, un estudio de meta análisis demostró que la presencia de psicopatología en la madre puede interferir de manera negativa en las

interacciones entre la madre y su bebé, y repercutir negativamente en las distintas áreas del desarrollo (Martucci et al., 2021; Slomian et al., 2019). Se ha reportado incluso que incidiría en los procesos de ajuste y autorregulación infantil (Graham et al., 2018; Granat et al., 2017; Lux et al., 2022; Madigan et al., 2018;). Asimismo, la sintomatología de depresión post parto en la madre aumenta los riesgos de dificultades en la regulación de los afectos del bebé, quienes presentarían llantos excesivos y mayores dificultades para dormir (Mohr et al., 2019; Petzoldt et al., 2016). De igual forma, la literatura es clara en reportar la asociación entre la presencia de sintomatología depresiva y la sensibilidad materna, y su incidencia en las capacidades de la madre para regular afectivamente a su bebé, pues tenderían a otorgar interpretaciones disonantes a las reacciones emocionales (Haga et al., 2012). Por otra parte, la presencia de experiencias adversas/traumáticas en la infancia de la madre se relaciona con mayores dificultades en el funcionamiento emocional y cognitivo de los hijos (Pereira et al., 2018).

Experiencias adversas/traumáticas tempranas, salud mental materna y parentalidad

Como se planteó anteriormente, la maternidad supone una serie de desafíos que se vuelven más complejos y desafiantes cuando las madres tienen antecedentes de adversidad temprana, trauma o psicopatología, las que podrían influenciar la manera en que la madre se relaciona con su bebé y, por ende, en la relación entre ambos. Siguiendo esto, las experiencias adversas en la infancia son entendidas como cualquier experiencia vivida, potencialmente traumática, que ocurre en la infancia y que no fueron abordadas de manera favorable por la ausencia o el déficit de recursos del individuo, su familia y/o del contexto (Tapia et al., 2020). La literatura ha descrito estos acontecimientos en los cuales un niño, niña o joven está expuesto a situaciones de violencia, abuso sexual, negligencia física o afectiva, entre otras (Felitti et al, 1998), las que además no ocurren de manera aislada, puesto que la presencia de una aumenta las probabilidades de experimentar otra (Lacey et al., 2022).

Generalmente, estos episodios ocurren en el ambiente familiar directo, es así que contextos caracterizados por maltrato o violencia podrían sabotear el desarrollo de

sentimientos de seguridad, interferir en la autorregulación y contribuir en el desarrollo de una psicopatología (Cicchetti, 2016; Narayan et al., 2021) en etapas posteriores, desencadenando repercusiones significativas en la salud mental del adulto (Sameroff & Seifer, 1990; Thompson, 2000), tal como el desarrollo de sintomatología depresiva. Las experiencias de adversidad en la infancia tienen el potencial de configurarse como un trauma en la medida en que implique una percepción de amenaza o una amenaza a la vida, ya sea de manera física o psicológica, o cuando es emocionalmente intensa y dolorosa; sobrepasando la habilidad del individuo para afrontar la situación. En ese sentido, no sólo afecta la propia salud mental, sino que también el ejercicio de la parentalidad (Berthelot et al, 2015), dando cuenta del componente transgeneracional de estas experiencias (Narayan et al., 2017) las que permanecen dentro de una familia y van traspasándose entre las distintas generaciones. Se ha reportado que mujeres gestantes o en periodo post parto que cursaron algún tipo de adversidad en la infancia suelen experimentar recuerdos tormentosos y persistentes de abuso, negligencia y dinámicas disfuncionales de sus familias de origen, aumentando el riesgo de que sus hijos se enfrenten a experiencias de adversidad temprana (Fraiberg et al., 1975). Experimentar situaciones de disfunción familiar o maltrato, como violencia doméstica o consumo problemático de sustancias de alguna figura parental, generan efectos dañinos en el bienestar psicológico (Narayan et al., 2013; Thornberry, Krohn, & Freeman-Gallant, 2006; Nanni et al., 2012). En esta línea, aquellos padres que han experimentado adversidad en la infancia, presentarían mayor riesgo de ejercer practicas inadecuadas, las que van desde una disminución de la respuesta sensible, o incluso ausencia de ésta, a conductas abusivas (Pasalich et al., 2019).

Fraiberg y colaboradores (1975) acuñaron la metáfora del “fantasma en la guardería” para intentar explicar cómo las experiencias traumáticas de los padres interferían en el ejercicio de su propia parentalidad, señalando que los “fantasmas” serían la repetición del pasado en el presente. Siguiendo lo anterior, Hesse & Main (2006) hipotetizaron que cuando las experiencias traumáticas de los padres no han sido resultas, pueden reactivarse con señales no verbales intensas del bebé, como el llanto. Es así que la literatura ha relacionado vastamente las experiencias de trauma con las dificultades en el ejercicio de

la parentalidad (Burtchen et al., 2016; Madigan et al., 2015; Savage et al., 2019), a su vez que madres afectadas por trauma temprano despliegan conductas parentales con hostilidad hacia sus hijos (Savage et al., 2019) que además, las vuelve vulnerables a desarrollar problemáticas en salud mental (Kessler et al., 2017) con una amplia gama de problemas internalizantes como la depresión y sintomatología post traumática.

La literatura ha relacionado ampliamente la sintomatología post traumática, su relación con la maternidad y sus influencias en la relación diádica madre hijo. Por ejemplo, se ha asociado con dificultades para amamantar (Rados et al., 2020) lo que repercute también en dificultades de la diada para vincularse (Garthus-Niegel et al., 2018) e incluso se ha reportado un efecto negativo en el crecimiento del bebé a consecuencia de las bajas interacciones (Choi et al., 2022). Además, afectaría la relación con los miembros de la familia, generando conflictos intrafamiliares (Wang et al., 2020), lo que disminuiría la percepción respecto a la disponibilidad de redes de apoyo, contribuyendo al desarrollo de sintomatología depresiva e incluso, incurriendo en el uso de estrategias inadecuadas de parentalidad, las que afectan tanto a la madre como a su bebé.

En la misma línea, se ha definido el trauma complejo como las múltiples y recurrentes formas en que un evento traumático ocurre, el cual se iniciaría en traumas ocurridos en la primera infancia, período en el que el infante podría ser afectado por el evento de manera directa o indirecta, teniendo un efecto duradero y profundo en el desarrollo (Curtois, 2014). Lo anterior sienta las bases para la ocurrencia de otros eventos traumáticos interpersonales en el futuro, como lo son la negligencia o el abuso emocional. Así como el desarrollo de sintomatología clínicamente significativa como la depresión.

Mentalización, función reflexiva y sensibilidad en madres con depresión

La mentalización es el proceso mediante el cual percibimos que nuestra mente media nuestra experiencia con el mundo exterior y nos permite comprender el comportamiento propio y el de otros en cuanto estados mentales, cuya operacionalización está dada por el concepto de función reflexiva (Fonagy, 1998). Esta capacidad está intrínsecamente ligada al desarrollo del self y su organización (Fonagy et al., 2002), por lo tanto, involucra un

aspecto reflexivo y otro interpersonal, es decir el desarrollo del self es sólo posible en el contexto de una relación con otro. Se entiende que el proceso de mentalización no sería determinado por un aspecto biológico, genético, sino más bien dependería de la manera en que el infante se desenvuelve con un otro significativo, a través de relaciones maduras y estables. La emergencia del concepto de mentalización o función reflexiva está estrechamente ligada con las relaciones de apego (Slade et al, 2005). La evidencia sustenta que la mentalización se encuentra íntimamente ligada con la sensibilidad materna y el ejercicio de la parentalidad. Este concepto fue definido por Ainsworth y colaboradores (1978) y refiere a la capacidad que tendría la madre para responder frente a las señales de sus bebés, haciéndolo de manera oportuna, atingente y contingente. Ambas funciones están íntimamente ligadas, donde la habilidad que tendría la madre para usar la función reflexiva, por ejemplo frente a situaciones de estrés, requeriría de una buena sensibilidad materna parental (Slade et al., 2005). Ambas habilidades no refieren solo a una conducta específica de la madre, si no que dan cuenta de una danza que se da entre la madre y su bebé, es decir sería lago dinámico y relacional; y ambas constituyen una precondición para un desarrollo saludable de los seres humanos a lo largo de la vida.

Como se mencionó anteriormente, el componente transgeneracional de la función reflexiva está establecido de forma robusta en la literatura y, por ende, los patrones de apego, influidos por la sensibilidad materna, es decir, el tipo de vínculo que una madre haya establecido con sus propias figuras significativas, incidirá en la manera en que se vincula con su hijo/a. Resulta entonces apropiado señalar que, una madre que es capaz de visualizar en su mente los estados mentales de la experiencia de apego con sus propios padres, establecerá un vínculo seguro con su hijo y será más sensible a las reacciones de éste (Ainsworth et al., 1971; Fonagy et al., 1991). Lo anterior, es sustentado con resultados locales que señalan que las madres que manifestaron un apego seguro en la relación con sus figuras parentales, reportaron mayores niveles de función reflexiva (Olhaberry et al., 2015). De igual forma, otro estudio reporta que la habilidad para identificar las emociones del hijo está relacionada con la seguridad del apego, donde además ambos sistemas actúan de manera simultánea (Rosso & Airaldi, 2016). El caso contrario se observa cuando un

cuidador falla en otorgar y promover experiencias satisfactorias y gratificantes, un modo de vincularse del tipo inseguro se internalizará en el self del niño/a (Fonagy & Target, 2000), significando deficiencias en la mentalización. Es así que, madres inseguras tienden a minimizan las emociones internalizadas en sí misma y en sus hijos, al no responder a las emociones de afectos negativos de sus hijos (De Oliveira et al., 2005).

Siguiendo lo anterior, tanto la función reflexiva como la sensibilidad materna son clave en el ejercicio de la parentalidad, puesto que involucra la capacidad de los padres y/o cuidadores para otorgar un sentido y significado a sus propias experiencias vinculares tempranas y ser capaces de reflejarlas en la mente de su hijo/a (Fonagy, 2000, Fonagy & Target, 1997) y además, poder identificar y leer las señales que envía el bebé y poder responder a estas de manera coherente. Por un lado, múltiples estudios han considerado la función reflexiva parental como un factor protector en el ejercicio de la parentalidad (Borelli et al., 2017; Stacks et al., 2014), puesto que esta capacidad le permite al adulto regular su frustración en el ejercicio de la parentalidad, disminuyendo las conductas impulsivas y la desregulación de sus afectos (Fonagy & Target, 2001; Fonagy et al., 1998). Fonagy y colaboradores (1991) destacan el poder protector de la función reflexiva incluso en aquellas madres que han sufrido experiencias de adversidad temprana. Es así que una buena función reflexiva le permitiría a la madre discriminar sus propias experiencias emocionales de la de sus hijos, manejando y regulando de mejor manera los afectos negativos del bebé y controlando los propios (Besoain & Santelices, 2009). En ese sentido es que diversos autores han señalado que una buena capacidad mentalizadora en la madre le permitiría al infante incorporar sus conductas en término de estados mentales, y una mejor regulación de los afectos en sus hijos (Benbassat & Priel, 2012, Rosso, Viterbori & Scopesil, 2015) favoreciendo su desarrollo socioemocional (Taumoepeau & Ruffman, 2008). De igual manera, se ha postulado que incluso, una buena capacidad reflexiva estaría a la base de los procesos de resiliencia en el contexto de abuso y negligencia (Allen, 2013; Berthelot et al., 2013; Fonagy et al., 2003). Finalmente, la función reflexiva maternal se posicionaría como un factor protector en la etapa postnatal y predeciría una conducta sensible en las interacciones de la diada madre-bebé (Pajulo et

al., 2008; Rosenblum et al., 2008). La evidencia indica que las medidas de función reflexiva predicen la sensibilidad materna cuando interactúan con sus hijos, y por ende en el desarrollo de un apego seguro (Borelli et al., 2017).

Por su parte, la sensibilidad materna igualmente ha sido descrita en la literatura como un factor que permitiría el ejercicio de la parentalidad, pues favorecería la calidad del apego infantil (Coppola et al., 2006) y permitiría un mejor ajuste socioemocional de sus bebés (Demo & Cox, 2000). En esa línea es que Sroufe (2013) consideraría a la sensibilidad materna como una pieza clave en la adquisición de la autorregulación del bebé. A su vez, la calidez en la relación favorecida por la respuesta sensible y el apoyo materno, actuarían como un factor protector frente al desarrollo de problemas externalizantes (Skopp et al., 2007). De igual manera, actuaría como facilitador del desarrollo de habilidades socioemocionales en el bebé tales como sentido de competencia social, seguridad y desarrollo de la autoeficacia (Sroufe et al., 2005), incluso sería un predictor de ajuste psicológico de niños en contextos de violencia intrafamiliar (Manning, Davies & Ciccheti, 2014). Por otro lado, una respuesta sensible y receptiva frente a las señales del bebé por ejemplo, en el juego, favorecería la vivencia de afectos agradables los que serían compartidos por la díada (Olhaberry y Santelices, 2013) permitiendo interacciones positivas que a su vez, otorgaría una vinculación positiva. En su relación con la función reflexiva, se ha visto que buenos niveles de esta actuarían como un factor protector en el periodo post natal y que predeciría una conducta sensible en la interacción padre-hijo. (Grienenberger, Kelly, & Slade, 2005; Pajulo et al., 2008; Rosenblum et al., 2008).

En caso contrario, niveles disminuidos de sensibilidad y función reflexiva materna podría incluso actuar como un transmisor de psicopatología (Ensink et al., 2017; Esbjørn, 2013). La capacidad para identificar y responder a las necesidades del bebé estarán interferidas en aquella/os madres/padres que han sido víctimas de experiencias de trauma o adversidad temprana (Fraiberg et al., 1975). Así mismo, estas interferencias generan respuestas inadecuadas en los cuidadores frente a reacciones de estrés en los infantes (Bateman & Fonagy, 2012; Verrault et al., 2014), llegando incluso a experimentar estados

disociativos en los cuidadores (Hesse & Main, 2006), lo que a su vez entorpece la regulación de la angustia de manera oportuna (Ensink et al., 2015) e impide que los padres y/o cuidadores entreguen un cuidado positivo, constante y puedan dar una respuesta óptima a las necesidades y señales del bebé.

Por otro lado, se ha descrito la relación entre la sintomatología depresiva en madres, el ejercicio de la función reflexiva y la respuesta sensible, los que señalan los déficits en la mentalización sería un factor de riesgo para el desarrollo de depresión (Ensink et al., 2017) donde la depresión interferiría en la puesta en marcha de la mentalización (Garset-Zamani et al., 2020; Vaever et al., 2020). Siguiendo esto, madres que manifiestan sintomatología depresiva, presentan dificultades para leer los estados afectivos en sus bebés y por ende, no responderían de una manera adecuada a sus necesidades (Binda et al., 2019; Kaplan et al., 2015), además mostrarían una menor respuesta sensible a las necesidades de su bebé en el primer año de vida (Bernard et al., 2018), y disminuiría la calidad de la interacción (Klein, Kotov, & Bufferd, 2011; Leerkes et al., 2015; Musser, Ablow, & Measelle, 2012). Igualmente, la depresión interfiere en la capacidad parental para regular los estados afectivos negativos de sus hijos (Bates et al., 2020), es así que la regulación emocional está caracterizada por interacciones cargadas de afectos negativos (Field, 2010) y menos interacciones positivas que reparen la interacción (Reck et al., 2011).

Pese a la alta prevalencia de la sintomatología depresiva, problemas socioemocionales en niños/as y presencia de trauma materno, hasta la fecha no contamos con investigaciones en el contexto chileno que aborden la interacción entre las variables descritas, con particular énfasis en el rol protector de la sensibilidad y función reflexiva materna en el desarrollo del bebé. El presente estudio busca contribuir a ampliar nuestro conocimiento respecto al rol que tienen ambas competencias en el correcto desarrollo de los bebés, en contextos de adversidad y psicopatología. Lo anterior sienta bases para fortalecer las intervenciones clínicas y preventivas, haciéndolas costo efectivas y tomar decisiones oportunas respecto a los lineamientos a considerar en estas.

IV. OBJETIVOS

a) *Pregunta de investigación*

¿En qué medida una mayor función reflexiva y sensibilidad materna reduce el impacto negativo de las experiencias adversas tempranas de la madre en el desarrollo socioemocional infantil?

b) Objetivo general

Analizar la influencia de la función reflexiva y sensibilidad materna en la relación entre las experiencias adversas/traumáticas vividas durante su infancia y el desarrollo socioemocional de su bebé.

c) Objetivos específicos

1) Describir la función reflexiva, la sensibilidad, la sintomatología depresiva, las experiencias adversas tempranas maternas y el desarrollo socioemocional infantil en diadas madre-bebé con sintomatología depresiva materna.
2) Evaluar la relación entre la función reflexiva, la sensibilidad, la sintomatología depresiva materna, las experiencias adversas tempranas maternas y el desarrollo socioemocional infantil.
3) Evaluar el valor predictivo de las experiencias adversas tempranas maternas, la sintomatología depresiva, la función reflexiva, la sensibilidad sobre el desarrollo socioemocional infantil.
4) Evaluar el rol moderador de la función reflexiva, la sensibilidad en la relación entre sus experiencias adversas tempranas maternas y el desarrollo socioemocional infantil.

a) Hipótesis general

Se espera que la función reflexiva y sensibilidad materna moderen la relación entre sus experiencias adversas/traumáticas infantiles y el desarrollo socioemocional de su bebé, y que las variables estudiadas junto a la depresión expliquen una parte del desarrollo socioemocional infantil.

b) Hipótesis específicas

1) Se espera que a mayores experiencias adversas/tempranas maternas, se observe mayor sintomatología depresiva y un menor desarrollo socioemocional infantil.
2) Se espera que la función reflexiva y la sensibilidad se asocien negativamente con sintomatología depresiva, experiencias adversas/tempranas maternas y positivamente con desarrollo socioemocional infantil.
3) Se espera que la depresión y las experiencias adversas/tempranas maternas sean los predictores más potentes del desarrollo socioemocional infantil.
4) Se espera que la que función reflexiva y sensibilidad atenúen la relación negativa entre las experiencias adversas/tempranas maternas y el desarrollo socioemocional infantil.

V. METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, con un diseño transversal y no experimental, de carácter correlacional, en el cual se caracterizaron las variables función reflexiva, sensibilidad materna, desarrollo socioemocional infantil y experiencias adversas/ traumáticas tempranas en madres con sintomatología depresiva. Para abordar las hipótesis de estudio se estimarán modelos cuyas variables independientes son la depresión materna

y las experiencias adversas/traumáticas tempranas, la variable dependiente es el desarrollo socioemocional del bebé y las variables moderadoras son la función reflexiva y sensibilidad materna. El estudio utilizó datos secundarios del proyecto FIP-MIDAP titulado *Brief internet mentalization-based video feedback intervention to improve parental sensitivity in depressed mothers being treated in public health services: randomized controlled feasibility trial* y consideró la medida inicial previa a la implementación de una intervención, liderado por PhD. Marcia Olhaberry Huber. Este proyecto es financiado por Fondos de Investigación Prioritaria y el Instituto Mileno para la investigación en Depresión y Personalidad, MIDAP.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 52 diadas madre-bebé con sintomatología depresiva y que se atendían de manera regular en centros de atención primaria en las ciudades de Santiago, Valparaíso y Puerto Varas. La media de edad de las madres fue de 28,5 años (DS= 4,9) y de sus bebés fue de 8.03 meses (DS=2,67).

Como criterios de *inclusión,* se consideraron madres de 18 años o más, con al menos un hijo/a de entre 4 y 12 meses de nacido, con atenciones regulares en algún centro asistencial público, con sus controles de embarazo y niño/a sano/a al día y que, además, hayan puntuado con al menos 5 puntos en la Escala de Depresión Postparto Edimburgo (Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Jadresic, Araya & Jara, 1995) y finalmente, que tengan un manejo fluido del español.

En cuanto a criterios de *exclusión,* no se incluyeron madres con discapacidad intelectual severa, problemas severos de salud mental (psicosis e ideación suicida activa), abuso de sustancias, bebés con Trastornos del desarrollo y/o alto riesgo de abuso o negligencia evaluado por el Centro de Salud. Por último, se excluyeron diadas sin acceso a internet ni dispositivo móvil que les permita acceder a conexión por estos medios.

Procedimiento

Las participantes fueron invitadas a participar por un miembro del equipo de trabajo perteneciente a los distintos Centros de Salud de atención primaria, donde las madres son usuarias. Previo consentimiento, fueron contactadas para realizar una entrevista y evaluar la elegibilidad siguiendo los criterios de inclusión y firmar el consentimiento informado, además de una carta de autorización para la participación de su bebé.

Finalmente, el uso de los datos obtenidos, el resguardo de la información y confidencialidad se ajustan a las exigencias establecidas por el Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, quien aprobó el estudio mayor en que se inserta esta tesis.

Instrumentos

1) *Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS* (Cox, Holden & Sagovsky, 1987): Cuestionario de auto reporte que permite detectar la presencia de sintomatología depresiva post natal en la madre. Consta de 10 ítems los que van de la mínima puntuación con valor 0, que indica ausencia de sintomatología depresiva, a la máxima puntuación de 30 puntos. El puntaje de corte definido para población chilena es 10, por lo que puntajes iguales o mayores indican depresión post parto. De acuerdo a esto, categoriza la severidad de sus síntomas, donde puntajes entre 10 y 15 representan sintomatología leve a moderada, y puntajes mayores o iguales a 16 se consideran severos. Las propiedades psicométricas de la escala para la población chilena demuestran una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal (Jadresic, Araya & Jara, 1995).

2) *Ages and Stages Questionnaires ASQ-SE (Squires, Bricker, & Twombly, 2002):* Instrumento compuesto por una serie de 8 cuestionarios de auto reporte que debe ser

completado por la madre u otro cuidador significativo, con el objetivo de evaluar dificultades en el desarrollo socioemocional infantil, abarcando desde los 3 a 65 meses de nacido. Sin embargo, para efectos de este estudio sólo se consideraron las plantillas que contemplan los 6 y 12 meses. La escala presenta distintos puntos de cortes según la edad, por debajo del puntaje de corte indica que el desarrollo se encuentra dentro de lo esperado, y sobre éste, se encuentra en riesgo. El cuestionario considera 7 subescalas: autorregulación, conformidad, comunicación, funcionamiento adaptativo, autonomía, afecto e interacción con personas. Se utilizó la versión en español que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas.

3) *MINI Parent Reflective Functioning Interview, MINI-PRFI (Ensink et al. 2018):* Entrevista semi estructurada que mide función reflexiva en padres de niños/as entre los 3 y 12 meses de nacidos. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y luego codificadas utilizando el sistema de Steele y colaboradores (2005) para la Parent Development Interview (PDI-R). Cuyos puntajes indican seis niveles de función reflexiva parental, las que van del nivel -1 en donde no es posible evidenciar la capacidad reflexiva, al nivel 9, donde se evidencia en el relato un muy buen grado de función reflexiva referidos a acontecimientos con alta carga afectiva. Además, cuenta con niveles intermedios que dan cuenta de niveles más bien superficiales. Esta codificación fue realizada por un grupo de profesionales certificados en el instrumento, quienes transcribieron y puntuaron los datos. Lo anterior, para asegurar la confiabilidad y validez de los datos obtenidos.

4) *Emotional Availability Scale, EAS* (*Biringen, 2008):* Escala que evalúa la calidad de las interacciones entre el cuidador-bebé, en el cual se codifica la sensibilidad materna entre madres y bebé, donde se videograba 15 minutos del juego diádico entre la madre y el niño que es luego codificada por codificadores entrenados. Esta escala contiene seis dimensiones de las cuales, cuatro corresponden a la evaluación del adulto y contienen la sensibilidad, estructuración, no intrusividad y no hostilidad. Las dos

restantes, evalúan el comportamiento del niño y comprenden receptividad e intervención. De la evaluación de la sensibilidad materna derivan dos puntajes, el puntaje directo, que va desde muy sensible a poco sensible y el puntaje total, donde se puntúa cada sub escala para este dominio, los que son compromiso, afecto, claridad de las percepciones, responsividad, timing, flexibilidad. Esta escala fue aplicada por investigadores entrenados, quienes además codificaron las distintas dimensiones para asegurar la confiabilidad y validez de los datos.

5) *Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF (Bernstein et al., 2003; Behn et al., 2020*): Instrumento compuesto por 28 ítems, que evalúa los antecedentes de estrés adverso temprano, en su versión reducida. Es una escala de auto reporte, de fácil aplicación y que evalúa de manera retrospectiva experiencias de abuso emocional, físico, sexual, y de negligencia emocional y física, a través de cinco sub escalas cuyas respuestas son tipo Likert entre 0 (nunca) y 5 (casi siempre). El instrumento posee propiedades psicométricas adecuadas con un α de Cronbach = 0,89 en la escala total, permitiendo detectar y caracterizar el estrés adverso temprano en la población chilena (Behn et al., 2020).

6) *Encuesta sociodemográfica*: cuestionario semi-estructurado para recopilar antecedentes sociodemográficos de las participantes, tales como la estructura familiar, el nivel educacional, ocupación, entre otros. Se aplicó durante la primera sesión y tomó alrededor de 30 a 40 minutos.

Análisis de datos

Para el análisis de datos estadísticos se utilizó el programa estadístico R versión 4.2.1 (R Core Team, 2021). Se realizaron análisis descriptivos de las variables estudiadas (experiencias maternas adversas/traumáticas tempranas, desarrollo socioemocional infantil, función reflexiva y sensibilidad materna) con el objetivo de describir las variables

por medio de la obtención de promedios, porcentajes y frecuencias. Además, se realizaron análisis correlacionales entre las variables de interés y para evaluar las hipótesis se estimaron modelos de regresión múltiple para evaluar el valor predictivo de las variables independientes del estudio, así como también el rol moderador de la función reflexiva y sensibilidad materna.

VI. RESULTADOS

Análisis descriptivos

Para abordar el objetivo uno, se describieron los niveles de las variables principales del estudio. Específicamente para adversidad/trauma temprano, se obtuvo una media de *M* = 49,6 (DS = 16,9) para la muestra. Al evaluar las subcategorías, las medias de trauma son de *M* = 11,1 (DS = 5,01) para abuso emocional, *M* = 7,7 (DS = 4,8) para abuso físico, *M* = 8,8 (DS = 5) para abuso sexual, *M* = 11,2 (DS = 5,1) para negligencia emocional y *M* = 10,7 (DS = 2,3) para negligencia física.

En cuanto a la medición de la función reflexiva, la media fue de 3,2 (DS=1,01) y en cuanto a la sensibilidad materna la media fue de 4,18 (DS=0,99). Lo anterior da cuenta de niveles disminuidos para ambas competencias maternas. Esto es consistente con los resultados obtenidos por Ierardi et al., (2022) donde ambas funciones estaban disminuidas en madres con depresión. Finalmente, en cuanto a la evaluación del desarrollo socioemocional en bebés, se obtuvo una media de 29,6 (DS = 15,5), que corresponde al 83% de los bebés con un desarrollo socioemocional de acuerdo a lo esperado.

Tabla 1. *Puntajes promedio y dispersión de las variables de estudio.*

Variable	*M*	*DS*
Adversidad/trauma temprano	49,6	16,9
Abuso emocional	11,1	5,0
Abuso físico	7,7	4,8
Abuso sexual	8,8	5,0
Negligencia emocional	11,2	5,1

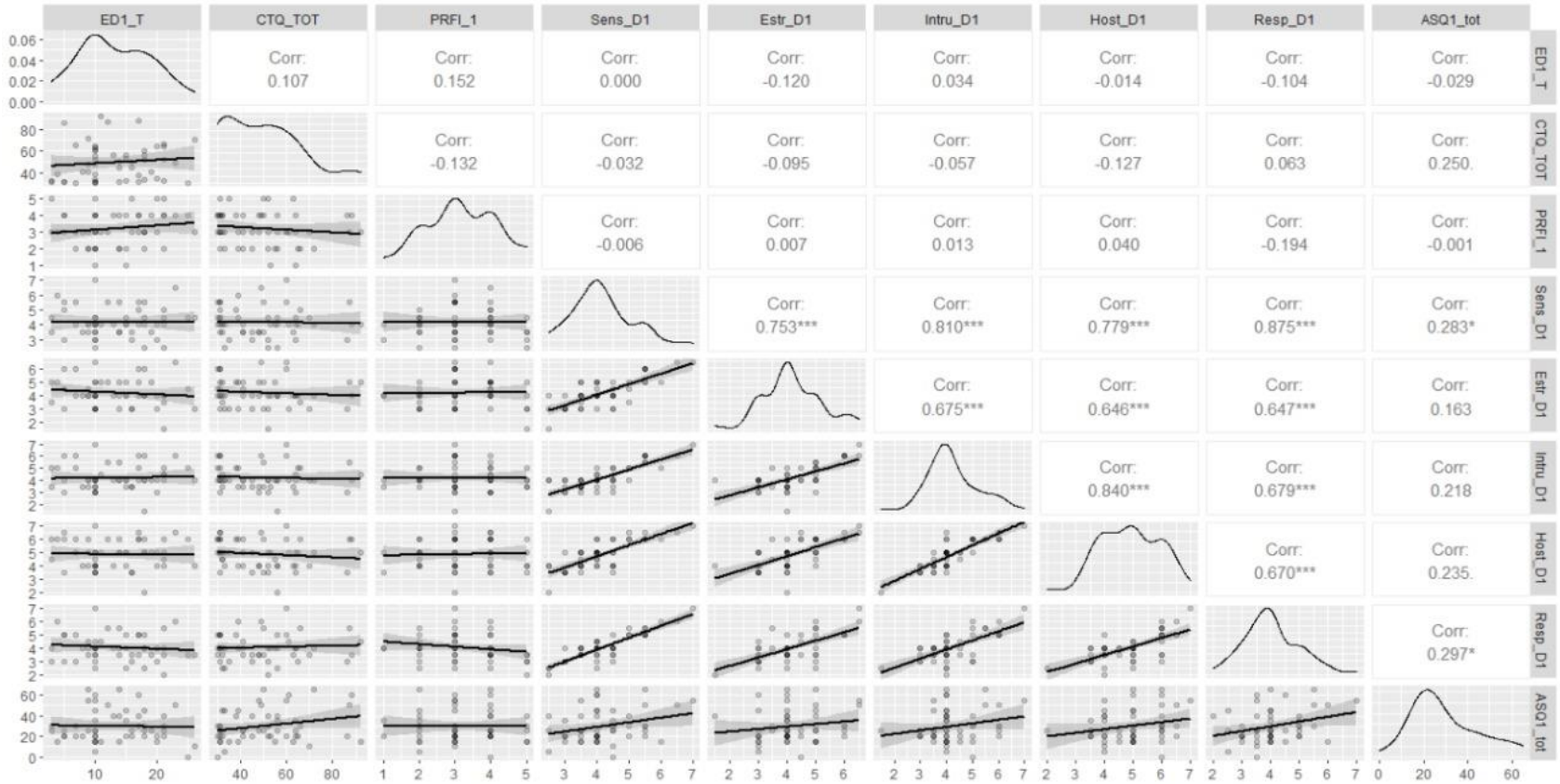
Negligencia física	10,7	2,3
Función reflexiva	3,2	1,0
Sensibilidad materna	4,2	0,9
Depresión materna	13,25	5,7
Desarrollo socioemocional	29,6	15,5

Análisis principales

Los análisis realizados en esta primera etapa consistieron en un análisis de correlaciones bivariadas entre las distintas variables del estudio (ver Figura 1). Estos muestran que las variables sensibilidad materna correlaciona de manera positiva con desarrollo socioemocional del bebé, lo que indica que a mayor sensibilidad materna, mayor riesgo de dificultades socioemocionales del bebé. Para el resto de las variables no se encontraron relaciones significativas.

Para evaluar las hipótesis, se realizó un análisis de regresión múltiple en tres pasos. El paso uno incluyó las variables control (depresión, tratamiento psicológico actual y tratamiento psicológico anterior). En el paso dos, se incluyeron las variables focal y el moderador (trauma temprano y no hostilidad materna), y en el paso tres se incluyó el efecto de interacción entre la variable focal y la moderadora (trauma × no hostilidad).

Figura 1. Tabla de correlaciones bivariadas entre las variables de estudio.



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Los resultados del paso uno mostraron una relación negativa entre depresión y desarrollo socioemocional (*B*=-0,31, 95% IC [-1,06, 0,67]), y una relación positiva con tratamiento psicológico anterior (*B*=0,39, 95%IC [-8,80, 9,72]) y tratamiento actual (B=6,85, 95% IC [-5,14, 18,03]). Sin embargo, estas asociaciones no fueron significativas para ninguna de las tres variables (ver comentarios sobre poder estadístico en discusión).

Tabla 2. *Regresión múltiple en pasos para predecir Desarrollo socioemocional (infante)*

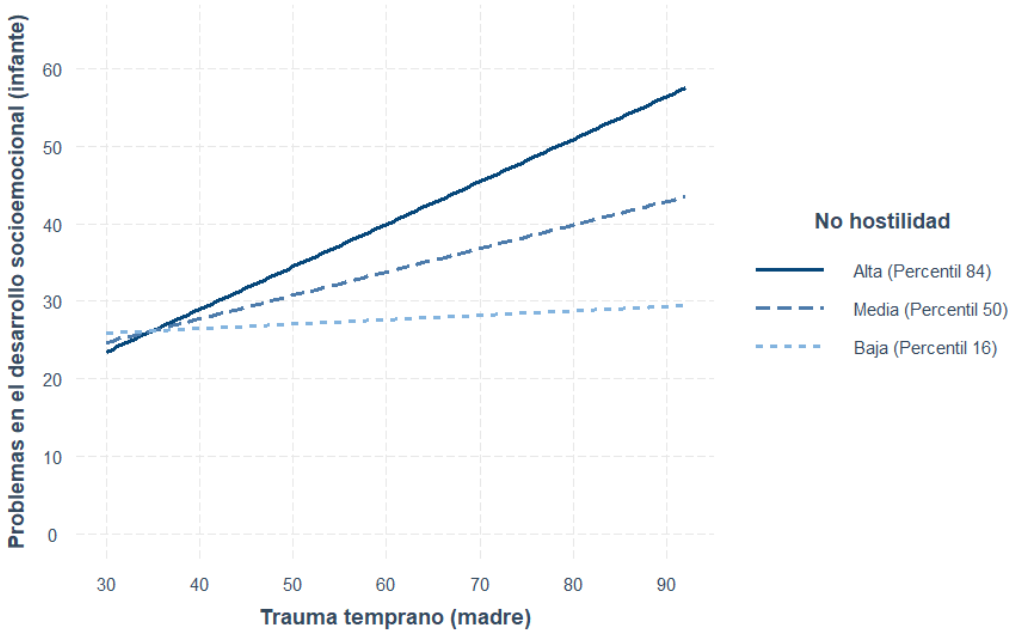
Predictor	*b*	*b* 95% IC	*β*	*β* 95% IC
Intercepto	27.75**	[22.41, 34.23]		
Depresión	–0.31	[–1.06, 0.67]	–0.12	[–0.38, 0.25]
Tratamiento anterior	0.39	[–8.80, 9.72]	0.01	[–0.28, 0.30]
Tratamiento actual	6.85	[–5.14, 18.03]	0.19	[–0.15, 0.48]
R^2		.031, 95% IC[.00,.24]		
Intercepto	30.09**	[24.01, 36.89]		
Depresión	–0.28	[–1.09, 0.75]	–0.10	[–0.39, 0.28]
Tratamiento anterior	–5.05	[–15.29, 4.95]	–0.16	[–0.48, 0.16]
Tratamiento actual	5.85	[–6.03, 16.80]	0.17	[–0.18, 0.46]
Trauma	0.33*	[0.02, 0.65]	0.36	[0.03, 0.64]
Ausencia hostilidad	3.90	[–0.03, 7.74]	0.26	[–0.00, 0.52]
R^2		.179, 95% IC[.00, .48]		
ΔR^2		.147*, 95% IC[.02, .38]		
Intercepto	30.99**	[25.20, 37.79]		
Depresión	–0.30	[–1.02, 0.67]	–0.11	[–0.37, 0.26]
Tratamiento anterior	–5.12	[–15.12, 4.45]	–0.16	[–0.48, 0.14]
Tratamiento actual	4.56	[–6.73, 15.19]	0.13	[–0.20, 0.42]
Trauma	0.27*	[–0.03, 0.62]	0.30	[–0.03, 0.62]
No hostilidad	3.57	[–0.15, 7.42]	0.24	[–0.01, 0.50]
Trauma × No hostilidad	0.25	[0.02, 0.47]	0.26	[0.02, 0.47]
R^2		.240*, 95% IC[.11,.53]		
ΔR^2		.061, 95% IC[.00, .17]		

Nota: 95% IC estimados a partir de 5000 re-muestreos con Bootstrapping.
* $p < .05$. ** $p < .01$

En los resultados del paso dos, por otra parte, se evidencia que el trauma materno se asocia positivamente y de manera estadísticamente? significativa con las dificultades en el desarrollo socioemocional del bebé (*B* = 0,33, 95% IC [0,02; 0,65]) y una relación positiva con la sub escala de sensibilidad materna, *no hostilidad* de la madre (*B* = 3,90, 95% IC [-0,03; 7,74]), por lo que a mayor sensibilidad, mayor puntaje en no hostilidad.

Finalmente, en el paso tres, se observa que el efecto de la interacción entre el moderador (*no hostilidad*) y el predictor focal (trauma) puede interpretarse como significativo (*B* = 0,25, 95% IC[0,02; 0,47]). Específicamente, los efectos condicionales muestran que a altos niveles de *no hostilidad*, el trauma materno se asocia más fuertemente con dificultades en el desarrollo socioemocional del bebé ($B_{alto\ trauma=}$ 0,55; 95% IC = [0,19; 0,90], *p* = .003) que a niveles medios ($B_{\text{trauma medio}}$ = 0,30, 95% IC [0,04; 0,57], *p* = .027) y bajos ($B_{\text{bajo trauma}}$ = 0,06 ; 95%IC [-0,34; 0,45], *p* = .772). Señalando que esta relación en la medida en que aumentan los valores de no hostilidad, es más probable que el trauma materno potencie dificultades en el desarrollo socioemocional (ver Figura 2).

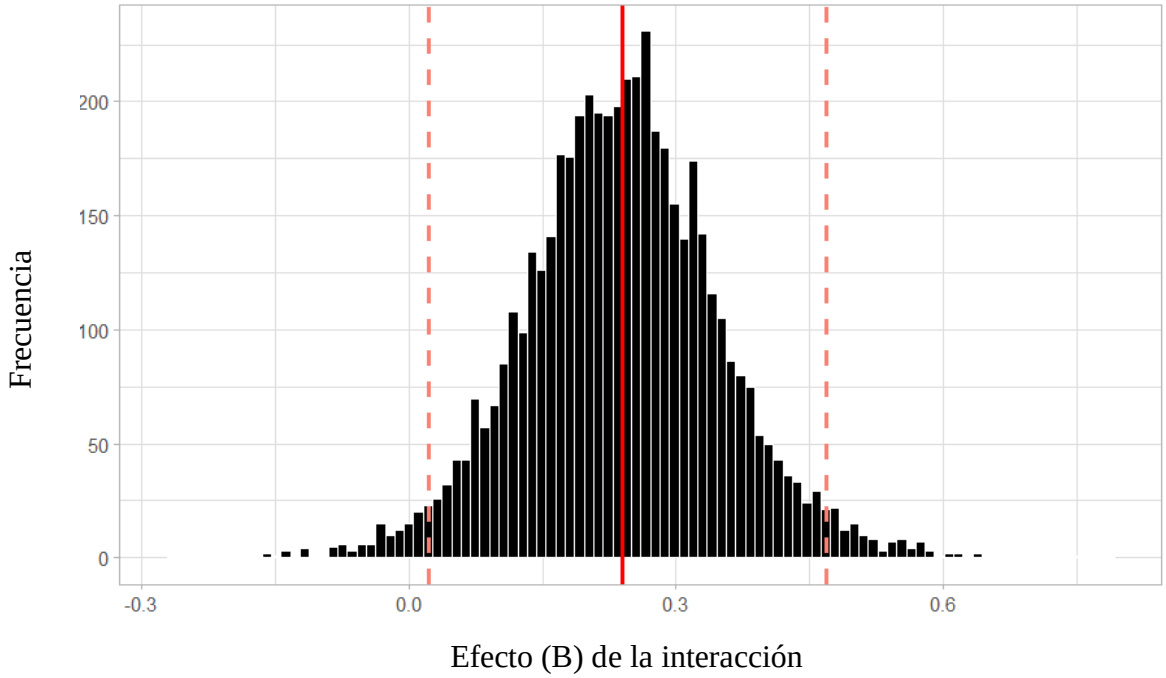
Figura 2. Efectos del trauma temprano (madre) en el desarrollo socioemocional, condicionales a la *no hostilidad*.



Si bien el valor *p* está ligeramente sobre el punto de corte $p < .05$ para el efecto de interacción, se siguieron recomendaciones técnicas para evaluar la estabilidad de dicho efecto (e.g., Hayes, 2022). Específicamente, se observó que la distribución del coeficiente de interacción (trauma × no hostilidad) luego del bootstrapping (5000 repeticiones) excluye a cero (equivalente a un efecto de interacción nulo) dentro de los efectos con 95% de probabilidad de ser observados (ver Figura 3). Lo anterior, permite saber si es que existe efectivamente un efecto que podemos llamar significativo más allá del estándar basado en la significación estadística (valor *p*). Específicamente, el bootstrapping demuestra la estabilidad de este efecto indicándonos que podemos confiar en que el coeficiente de interacción observado es el que se repite con una confianza relativamente alta.

Figura 3

Distribución de coeficientes de interacción remuestrados (Bootstrap)



Como se reportó anteriormente, se observa un rol moderador para la sub escala de *no hostilidad*, que indica sensibilidad materna. Al contrario, para la sensibilidad materna,

el resto de sus sub escalas, y la función reflexiva, no se observó un rol moderador de la asociación entre la adversidad/trauma temprano de la madre y el desarrollo socioemocional del bebé; Resultados que se reportan en el Anexo (Modelos adicionales).

VII. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar y analizar la influencia de la función reflexiva y la sensibilidad materna en la relación entre las experiencias adversas/traumáticas vividas durante su infancia y el desarrollo socioemocional de su bebé. Para la primera hipótesis, se esperaba que a mayor presencia de trauma/adversidad en la madre, se observara mayor sintomatología depresiva y mayores rezagos en el desarrollo socioemocional del bebé. Consistente con lo hipotetizado, el reporte de trauma temprano en la madre da cuenta de mayores dificultades en el desarrollo socioemocional del bebé, lo que se condice con lo reportado en la literatura (DeCandia, Volk, & Unick; 2022; Martucci et al., 2021, Pearson et al, 2012) que señala la indudable relación entre las experiencias tempranas/adversas y el impacto que tiene en el desarrollo los hijos. No obstante, contrario a lo esperado y reportado por la literatura (Graham et al., 2018; Granat et al., 2017; Lux et al., 2022; Madigan et al., 2018; Martucci et al., 2021; Slomian et al., 2019) no se observó una asociación significativa entre sintomatología depresiva y desarrollo infantil. Esto podría explicarse considerando algunas particularidades de la muestra. Por un lado, se trata de un grupo relativamente homogéneo en cuanto a síntomas depresivos, ya que su presencia fue un criterio de inclusión en el estudio. Por otro, son diadas atendidas en Centros de Atención Primaria, y por presentar sintomatología depresiva reciben atención prioritaria en el sistema Chile Crece Contigo y su programa de Apoyo al Recién Nacido. Lo anterior implica un esfuerzo focalizado en garantizar el sano desarrollo de niños y niñas a través de intervenciones psicosociales ajustadas a la etapa en la que se encuentran, por lo que podríamos hipotetizar que este tipo de intervención tendría un efecto positivo en el desarrollo socioemocional de los niños y niñas que potencialmente

podría atenuar las consecuencias negativas de la depresión materna; no así las del trauma. Por otro lado, se podría hipotetizar que la presencia de otros cuidadores que colaboren en el proceso de crianza de estos bebés, podrían amortiguar los efectos que tendría la depresión en su desarrollo socioemocional.

De igual manera y en relación con la segunda hipótesis, se esperaba que la función reflexiva estuviese negativamente asociada con la sintomatología depresiva, adversidad/trauma y positivamente con desarrollo socioemocional del bebé, es decir, que menores serían las dificultades en el desarrollo socioemocional en la medida en que las madres presentan menos depresión y menos experiencias adversas/traumáticas tempranas. Sin embargo, en la muestra evaluada no se observó relación entre las variables mencionadas, pudiendo explicarse este resultado a partir del reducido tamaño muestral que pudo impedir detectar el efecto, requiriéndose nuevos estudios en muestras similares de mayor tamaño para confirmar o descartar esta hipótesis.

Llamativamente y contrario a lo esperado, la "*no hostilidad*" en la madre, que indica mayor sensibilidad, se asoció con la presencia de experiencias adversas/traumáticas y con mayores dificultades en el desarrollo socioemocional del bebé. Podría explicarse este resultado considerando las características de los instrumentos utilizados, en ese sentido es que la sensibilidad fue evaluada por un tercero con un una escala observacional y el desarrollo socioemocional infantil fue evaluado con un cuestionario de auto reporte completado por la madre. Por lo tanto, es posible que madres más sensibles logren reconocer en mayor medida dificultades socioemocionales en sus bebés, especialmente aquellas con experiencias adversas reactivadas con la maternidad, a diferencia de madres con iguales experiencias y baja sensibilidad reflejada en comportamiento hostil hacia el niño/a. Posiblemente la evaluación del desarrollo socioemocional realizada externamente, podría asegurar una medida más exacta de esta variable y una mayor congruencia teórica en la relación entre estas variables. Por otro lado, se podría hipotetizar que algunas madres habrían elaborado de mejor manera sus experiencias adversas tempranas, esforzándose en evitar utilizar estrategias que pudiesen dañar a sus bebés, logrando identificar sus dificultades y teniendo una visión integrada de su bebé.

Por otra parte, se hipotetizó que la sensibilidad y la función reflexiva tendrían un rol moderador, en particular, un rol minimizador (o protector) del efecto negativo que ejercen las experiencias adversas/traumáticas infantiles en la madre en el desarrollo socioemocional del bebé. Contrario a nuestro planteamiento, no se encontró ningún efecto de la función reflexiva, pese a que la teoría que señala lo contrario (Borelli et al., 2017; Stacks et al., 2014). De igual forma, al evaluar el rol atenuante de la sensibilidad materna, considerando el puntaje total de la escala, no se encontró un rol moderador de la sensibilidad entre las variables propuestas. La sub escala de sensibilidad *no hostilidad*, al contrario, sí moderó la relación entre la adversidad/trauma materno temprano y las dificultades en el desarrollo socioemocional de su bebé. La dirección de la asociación, no obstante, fue inesperada puesto que los resultados muestran que el efecto positivo del trauma en las dificultades en el desarrollo socioemocional del bebé se evidencia sólo entre aquellas madres con niveles moderados y altos de *no hostilidad*. Esta dimensión se entiende como la capacidad que tendría la madre para regular sus propios afectos negativos (Kammermeier & Paulus, 2021), debe considerarse que una forma en que las experiencias traumáticas son integradas, independientes de la resolución de estas, tiene que ver con la adaptación y nueva comprensión otorgada a la experiencia (Iyengar et al., 2019). Otra posible explicación, podría tener relación con los mecanismos psíquicos de defensas disociativos que emergerían como una vía de protegerse frente al dolor o re experimentación de vivencias asociadas al trauma, tendiendo a desconectarse de su propia experiencia, y respondiendo de una manera aparentemente sensible frente a las conductas de su bebé. Esto, facilitaría la adaptación pues se compartimentarían los recuerdos asociados al trauma (Steele & Van der Hart, 2009) pero con un costo muy alto al inhibir los procesos de mentalización (Allen, 2013).

Un punto relevante a considerar es que los cuestionarios utilizados para evaluar el desarrollo socioemocional son de auto reporte, siendo la madre quién evalúa las conductas que despliega su bebé, donde además la disociación no es posible de “medir” y además, que para responder estos cuestionarios se requiere que la madre confíe en su capacidad para mentalizar y mentalice en el proceso (Fonagy, 2016). En cambio, la evaluación de la

función reflexiva y la sensibilidad requiere de un evaluador externo, imparcial, que mediante la observación de la dinámica que se da entre la madre y el bebé, evalúa ambas funciones. En ese sentido y considerando las características de la muestra, es que se puede hipotetizar que esta disonancia entre lo que se espera y lo reportado, podría deberse a que al estar disminuidas la función reflexiva y la sensibilidad, la evaluación que realizan del desarrollo de sus bebés podría estar también interferida y generar "errores" en la lectura e interpretación de sus conductas.

Contribuciones y limitaciones

La presente investigación tuvo diversas limitaciones que deben ser consideradas. La primera de ellas tiene relación con el tamaño muestral, puesto que la cantidad de participantes cuyos datos fueron analizados para este estudio resulta limitada para alcanzar un poder estadístico suficiente (β-1 = .80) que permita estimar con precisión los parámetros, tanto los relativos a los efectos observados (significativos) como los no observados (no significativos; Cohen, 1988). A su vez, el que la muestra sea pequeña no permite generalizar al total de la población los resultados obtenidos.

Segundo, así como ya se ha mencionado antes, el desarrollo socioemocional del bebé fue evaluado con un cuestionario que debía ser respondido de acuerdo a la percepción que las madres tenían de sus bebés, y no incluyó un análisis observacional externo de sus conductas que permitieran evaluar de manera observacional los principales hitos del desarrollo socioemocional según las distintas edades, como sí se hizo para evaluar función reflexiva y sensibilidad materna, siendo estos últimos heteroaplicados. En ese mismo sentido, se podría hipotetizar que la aplicación del instrumento, al ser de autoreporte que puede incluir o no la compañía de otros, podría influenciar la manera en que se responden los cuestionarios, siendo influenciadas por un sentido de deseabilidad social. Por lo tanto, sería deseable para futuras investigaciones aplicar el instrumento considerando la deseabilidad social.

Para abordar estos problemas, futuras investigaciones deberían hacer esfuerzos por recolectar datos en población con, por ejemplo, otras características sociodemográficas

para, por un lado, aumentar la muestra y por otra para establecer parámetros comparativos sobre todo si consideramos el peso que el contexto tendría en las variables descritas. Además, sería interesante para robustecer la investigación, replicar los análisis y evaluar si efectivamente es la función reflexiva o sensibilidad las que actúan como protectores en el desarrollo socioemocional de los bebés.

Asimismo, para futuras investigaciones sería importante incluir el uso del cuestionario Parental Develpoment Interview, en su versión corta (PDI-R) (Slade et al., 2012), instrumento que cuenta con buenas propiedades psicométricas para evaluar función reflexiva, en su relación con el niño, los padres de los padres y el propio self, de manera tal que se puedan generar hipótesis respecto al rol transgeneracional que cumpliría la función reflexiva. En ese sentido es que permite comprender la influencia de las experiencias pasadas y actuales de padres y/o cuidadores, en el ejercicio de la parentalidad. Además, está escala ha demostrado ser eficiente demostrar la relación entre la función reflexiva y el comportamiento de la madre (Stacks et al., 2014) y la sensibilidad materna (Ensink et al., 2017). Además, si bien como mencionamos, el ASQ-SE es un instrumento de fácil aplicación y ampliamente utilizado, sus apreciaciones detectan aspectos generales del desarrollo de los bebés. En ese sentido es que la incorporación de una medida observacional podría complementar y enriquecer la información otorgada por el cuestionario.

Pese a las limitaciones descritas, este estudio ofrece una contribución no sólo al otorgar información empírica en población local, sino al ofrecer una mirada preliminar del uso de ciertos instrumentos heteronormados y a ciertas consideraciones que no se deben perder de vista. También tiene incidencias clínicamente significativas, pues a nuestro conocimiento, este estudio es pionero en relacionar las variables descritas. Considerar la depresión materna y sus influencias a mediano y corto plazo, supone un desafío importante, teniendo en cuenta que la depresión materna no afecta solamente a la madre, lo hace también al bebé y la relación entre ambos. Se ha reportado ampliamente que para el tratamiento de la depresión post parto, resulta efectivo intervenir a nivel vincular (Huang et al., 2020) es así que se han observado mejoras significativas en el

estado de ánimo de las madres (Clark, Tluczek y Wenzel, 2003, Mulcahy et al., 2009; Onozawa et al., 2001). Es por esto que potenciar estas habilidades en la madre podría favorecer indirectamente a los bebés. Cuando referimos a la intervención vincular, resulta imprescindible potenciar la función reflexiva y la sensibilidad materna, ya que como se sabe, ambas competencias son relativamente estables en el tiempo, sin embargo pueden ser mejoradas con intervención (Steele & Steele, 2008; Suchman et al., 2010; Stacks et al., 2014). Una forma de intervenir para fortalecer ambas competencias es el video feedback, estrategia que ha demostrado efectos positivos en la mejoría de las habilidades parentales descritas (Olhaberry et al., 2021), en la calidad de la interacción (Olhaberry et al., 2017) y el desarrollo de sus hijos. (Fukkink, 2008; O'Hara et al., 2019). En ese mismo sentido, y considerando los riesgos que subyacen a la experimentación de depresión y trauma materno, resulta crucial entender y comprender aquellos factores que se posicionan como factores protectores que permitan intervenir de manera oportuna y temprana ya que tendría efectos positivos y protectores tanto para la madre como para el bebé, especialmente en nuestro país, que no cuenta con lineamientos específicos en relación al tipo de intervención psicoterapéutico que resultan más idóneos

REFERENCIAS

Allen, J.G. (2013). *Mentalizing in the development and Treatment of Attachment Trauma*. KarnacBooks.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. American Psychiatric Publishing Inc.

Bates, R. A., Salsberry, P. J., Justice, L. M., Dynia, J. M., Logan, J. A. R., Gugiu, M. R., & Purtell, K. M. (2020). Relations of maternal depression and parenting self-efficacy to the self-regulation of infants in low-income homes. *Journal of Child and Family Studies, 29*(8), 2330–2341. https://doi. org/10.1007/s10826-020-01763-9

Behn, A., Vöhringer, P.A., Martínez, P., Domínguez, A.P., González, A., Carrasco, M.I., & Cloger, S. (2020). Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire – Short form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica. *Revista médica de Chile, 148*(3), 336-343. http://doi.org/10.4067/S0034-98872020000300336

Benz, M., & Scholtes-Spang, K. (2015). From normal development to development crisis and regulatory disorder. In M. Cierpka (Ed.), *Regulatory disorders in infants, assessment, diagnosis and treatment* (pp. 1 – 15). Springer.

Belsky, J., Newman, D., Widaman, K., Rodkin, P., Pluess, M., Fraley, R., Roisman, G. (2015). Differential susceptibility to effects of maternal sensitivity? A study of candidate plasticity genes. *Development and Psychopathology*, *27*(3), 725-746. https://doi.org/10.1017/S0954579414000844

Benbassat N. & Priel, B. (2012). Parenting and adolescent adjustment: the role of parental reflective function. *Journal of Adolescence, 35*(1), 163-74. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.03.004.

Benjet, C. (2017). Developmental psychopathology and the epidemiology and expression of psychopathology from infancy through early adulthood. In J. Matson (Ed.),

Handbook of childhood psychopathology and developmental disabilities treatment autism and child psychopathology series (pp. 11–23). Springer.

Benson, M. J., Buehler, C., & Gerard, J. M. (2008). Interparental hostility and early adolescent problem behavior: Spillover via maternal acceptance, harshness, inconsistency, and intrusiveness. *Journal of Early Adolescence, 28*(3), 428 454. https://doi.org/10.1177/0272431608316602

Bernard, K., Nissim, G., Vaccaro, S., Harris, J.L., & Lindhiem, O. (2018). Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attachment & Human Development, 20*(6), 578-599. https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1430839

Bernstein, DP., Stein, JA., Newcomb, MD., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect. 27*(2), 169-190.

Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal, 36*(2), 200-212. https://doi.org/10.1002/imhj.21499

Binda, V., Figueroa-Leigh, F., & Olhaberry, M. (2019). Antenatal and postnatal depressive symptoms: Association with quality of mother-infant interaction. *Infant Behavior and Development. 57, 101386.* https://doi:10.1016/j.infbeh.2019.101386

Biringer, Z. (2008). *Emotional Availability Scale. 4th edition*. Obtenido de: www.emotionalavailability.com

Biringen, Z., & Easterbrooks. M.A. (2012). "Emotional Availability: Concept, Research, and Window on Developmental Psychopathology." *Development and Psychopathology. 24*(1), 1-8. https://doi.org/10.1017/S0954579411000617.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3.* Basic Books.

Bordoni, M. G. (2018). El entonamiento afectivo en las interacciones tempranas adulto-bebé: Una revisión. *Revista Colombiana de* Psicología, 27(1), 13– 25. https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.61019

Borelli, J. L., Hong, K., Rasmussen, H. F., & Smiley, P. A. (2017). Reflective functioning, physiological reactivity, and overcontrol in mothers: Links with school-aged children's reflective functioning. *Developmental Psychology, 53*(9), 1680–1693. https://doi.org/10.1037/dev0000371

Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M., & van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience and biobehavioral reviews, 113*, 287–298. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.014

Bronfenbreuner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Madrid: Paidós

Brownell, C. A. & Kopp, C. B. (2007). Socioemotional development in the toddler years: Transitions and transformations. Guilford Press.

Burtchen, N., Alvarez-Segura, M., Giovanelli, C., Mendelsohn, A.L., Castellanos, F.X. (2016). Predictors of social engagement and regulation difficulties in six-month-old infants born to mothers with a history of violent trauma. *Journal of the American Academy of child and adolescent p*sychiatry, *55*(10*)*, S320. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.07.348

Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. *American journal of orthopsychiatry, 73*(4), 441-54. https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.4.441

Coppola, G., Vaughn, B., Cassiba, R. & Costantini, A. (2006). The attachment script representation procedure in an Italian simple: Associations with Adult Attachment Interview Scales and with maternal sensitivity. *Attachment & Human Development, 8*(3), 209-219. https://doi.org/10.1080/14616730600856065

Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*(06), 782-786. https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782

Crandall, A., Miller, J.R., Cheung., A., Novilla, L.K., Glade, R., Novilla, M.L.B., … Hanson, C.L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child abuse & Neglect, 96*, https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104089

DeCandia, C.J., Volk, K.T. & Unick, G.J. (2022). Evolving Our Understanding: Housing Instability as an ACE for Young Children. *Adversity and resilience sciente, 3*(4), 365–380. https://doi.org/10.1007/s42844-022-00080-y

Delker, B.C., Noll, L.K., Kim, H.K., & Fisher, P.A. (2014). Maternal abuse history and self-regulation difficulties in preadolescence. *Child Abuse and Neglect, 38*(12), 2033-2043. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.014.

Demo, D. H., & Cox, M. J. (2000). Families With Young Children: A Review of Research in the 1990s. *Journal of Marriage and Family, 62*(4), 876-895. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00876.x

DeOliveira C. A., Moran G., & Pederson D. R. (2005). Understanding the link between maternal adult attachment classifications and thoughts and feeling about emotions. *Attachment & Human Development,* 7(10), 153–170. https://doi.org/10.1080/14616730500135032

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2017). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: pathways to depression and externalizing difficulties. *European journal of psychotraumatology, 7*(1). 30611. https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30611

Ensink, K., Borelli, J., Roy, J., Normandin, L., Slade, A., & Fonagy, P. (2018). Cost of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. Infancy, 1-18. https://doi.org/10.1111/infa.12263

Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology, 33*(2), 203-217. https://doi.org/10.1111/bjdp.12074

Esbjørn, B.H., Pedersen, S.H., Daniel, S.I.F., Hald, H.H.,Holm, J.M., & Steele, H.(2013). Anxiety levels in clinically referred children and their parents: examining the unique influence of self-reported attachment styles and interview-based reflective functioning in mothers and fathers. *British Journal of Clinical Psychology, 52*(4), 394–407. https://doi.org/10.1111/bjc.12024

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant behavior and development, 33*(1), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery: A psychoanalytic approach to the roblems of impaired infant-Mother relationships. *Journal of American Academy of Child Psychiatry, 14*(3), 387-421. https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1556028

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8

Florsheim, P., Sumida, E., McCann, C., Winstanley, M., Ritsuko, F., Seefeldt, T., & Moore, D. (2003). The transition to parenthood among young African American and Latino couples: Relational predictors of risk for parental dysfunction. *Journal of Family Psychology, 17(1)*, 65–79. https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.1.65

Fonagy, P., & Target, M. (2001). Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé. In P. Fonagy & M. Target (Eds.), *Attaccamento e funzione riflessiva* (pp. 101–133). Raffaello Cortina.

Fonagy, P., Steel, M., Steel, H., & Target, M. (1998). Reflective-functioning manual version 5. University College London.

Fonagy P. & Target M. (2005). Bridging the transmission gap: an end to an important mystery of attachment research? *Attachment Human Development, 7*(3), 333–343. https://doi.org/10.1080/14616730500269278

Fonagy, P., Steele, M. Steele, H., Moran, G., & Higgitt, A. (1991). The Capacity for Understanding Mental States: The Reflective Self in Parent and Child and Its Significance for Security of Attachment. *Infant Mental Health journal, 12*(3), 201-218. https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry, 23*(3), 412–459. https://doi.org/10.1080/07351692309349042

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self (Vol. 1). New York, NY: Other Press.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*(4), 1355–1381. https://doi.org/10.1017/S0954579409990198

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *Plos one*, 1-28. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678

Frolli, A., Cavallaro, A., Oduro, S., Bosco, A., Lombardi, A., Di Caarmine, F. & Ricci, M.C. (2021). DDAA and Maternal Reflective Functions. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01818-0

Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 904–916. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.003

Garset-Zamani, S., Cordes, K., Shai, D., Spencer, R., Stuart, A.C., Køppe, S., & Væver, M.S. (2020). Does postpartum depression affect parental embodied mentalizing in mothers with 4-months old infants?. *Infant Behaviour and* Development, 61, 101486. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101486

Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K. & Eberhard-Gran, M. (2017). The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth, 45*(2), 193-201. https://doi.org/10.1111/birt.12328

Gelaye, B., Zhong, QY., Basu, A., Levey, EJ., Rondon, MB., Sanchez, S., Koenen, KC., Henderson, DC., & Williams, MA. (2017). Trauma and traumatic stress in a sample of pregnant women. *Psychiatry Research, 257,* 506-513. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.016.

Grace, S.I., Evindar, A., & Stewart, D.E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behaviour: A review and critical analysis of the literature. Archives of women's mental health, 6, 263-274. https://doi.org/10.1007/s00737-003-0024-6

Graham, K. A., Blissett, J., Antoniou, E. E., Zeegers, M. P., & McCleery, J. P. (2018). Effects of maternal depression inthe still-face paradigm: A meta-analysis. *Infant Behavior and Development, 50,* 154–164. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.12.001

Granat, A., Gadassi, R., Gilboa-Schechtman, E., & Feldman, R. (2017). Maternal depression and anxiety, social synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions. *Emotion, 17*(1), 11–27. https://doi.org/10.1037/emo0000204

Groh, A., Fearon, R., Van IJzendoorn, M., Bakermans-kranenburg, M. & Roisman, G. (2017). Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development. Child *Development Perspectives. 11*. https://doi.org/10.1111/cdep.12213

Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. B., & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: Multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of Women's Mental Health, 15*(3), 175–184. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0274-2

Harris, R. & Santos, H. Jr. (2020). Maternal depression in Latinas and child socioemotional development: A systematic review. *PLoS ONE, 15*(3), e0230256. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230256

Hayes, A. F. (2022). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-based Approach (3 ed.). The Gilford Press.

Hesse, E. & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Developmental & Psychopathology, 18*(2), 309-343.https://doi.org/10.1017/S0954579406060172

Huang, R., Yang, D., Lei, B., Yan, C., Tian, Y., Huang, X., & Lei, J. (2020). The short- and long-term effectiveness of mother–infant psychotherapy on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders, 260, 670-679. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.056

Hwa-Froelich, DA., Cook, CA., Loveland, RL., & Flick, L. H. (2008). Maternal sensitivity and communication styles: Mothers with depression. *Journal of Early Intervention, 31*(1), 44-66. https//doi.org/10.1177/1053815108324754

Ierardi, E., Dascalu, A., Shai, D, Spencer, R., & Riva Crugnola, C. (2022). Parental embodied mentalizing: Associations with maternal depression, anxiety, verbal mentalizing, and maternal styles of interaction. *Journal of Affective Disorders*, 311, 472-478. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.105.

Iyengar, U., Rajhans, P., Fonagy, P., Strathearn, L., & Kim, S. (2019). Unresolved Trauma and Reorganization in Mothers: Attachment and Neuroscience Perspectives. *Frontiers in Psychology.* https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00110.

Jadresic, E., Araya, R., & Jara, C. (1995). Validation of the Edingburg Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology, 16,* 187-191. https://doi.org/10.3109/01674829509024468

Juul, S.H., Hendrix, C., Robinson, B., Stowe, Z. N., Newport, D.J., Brennan, P.A. & Johnson, K. C. (2015). Maternal early-life trauma and affective parenting style:

the mediating role of HPA-axis function. *Archives of women's mental Health, 19*(1), 17–23. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0528-x

Kammermeier, M. & Paulus, M. (2021). Maternal sensitivity and non-intrusiveness at 12 months predict attention to emotional facial expressions at 24 months: A cross-lagged panel approach. *Social development, 31*(2), 318-338. https://doi.org/10.1111/sode.12561

Kaplan, P.S., Danko, C.M., Cejka, A.M., & Everhart, K.D. (2015). Maternal depression and the learning-promoting effects of infant-directed speech: Roles of maternal sensitivity, depression diagnosis, and speech acoustic cues. Infant Behaviour and Development, 41, 52-63. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.06.011

Kendall-Tackett, K. A. (2005). *The hidden feelings of motherhood: Coping with mothering stress, depression and burnout*. Pharmasoft Publishing

Kimelman, Zitko, Hernández y Vidal (2017). Factores de riesgo prenatales para el proceso vincular entre la madre y el recién nacido. *Acta Psiquiátrica Y Psicológica De America Latina, 63*(1), 32-40

Kim-Cohen J, Moffitt T.E., Taylor A., Pawlby, S.J. & Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior. *Archives Gen Psychiatry, 62(2)*, 173–181. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.173

Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R.V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Pennell,B.E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Stein, D.J., Ten Have, M., Torres, Y., Viana, M.C., Petukhova, M.V., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. & Koenen, K.C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(5). https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383.

Klein, D. N., Durbin, C. E., & Shankman, S. A. (2009). Personality and mood disorders. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 93–112). Guilford.

León, M.J. & Olhaberry, M. (2020). Triadic interactions, parental reflective functioning, and early socio-emotional difficulties. *Infant Mental Health Journal.*1-11. https://doi.org/10.1002/imhj.21844

Luthar S.S., Cicchetti D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543–562.

Lux, U., Müller, M., Reck, C., Liel, C., & Walper, S. (2022). Linking maternal psychopathology to children's excessive crying and sleeping problems in a large representative German sample-the mediating role of social isolation and bonding difficulties. *Infancy*, 1-19. https://doi.org/10.1111/infa.12514

Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A. & Jenkins, J. (2015). Maternal abuse history, postpartum depression, and parenting: links with preschoolers' internalizing problems. *Infant Mental Health Journal, 36(*2), 146–155. https://doi.org/10.1002/imhj.21496

Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. P., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J. E., & Tarabulsy, G. M. (2018). A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal_of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 57*(9), 645–657. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012

Manning, L.G., Davies, P.T. & Cicchetti, D. (2014). Interparental Violence and Childhood Adjustment: How and Why Maternal Sensitivity Is a Protective Factor. *Society for Research in Child Development, 85*(6), 2263-2278. https://doi.org/10.1111/cdev.12279

Martinez, C. & Santelices, P. (2005). Evaluación en el apego adulto: una revisión. *Psykhe, 14*(1).181-191. https//doi.org/10.4067/S0718-22282005000100014

Martucci, M., Aceti, F.,Giacchetti, N., & Sogos, C. (2021). The mother-baby bond: a systematic review about perinatal depression and child developmental disorders. *Rivista di Psichiatria, 56*(5), 223-236. https//doi.org/10.1708/3681.36670

Martucci, M., Fava, G., Giacchetti, N., Aceti, F., Galeoto, G., Panfili, M., & Sogos, C. Perinatal depression as a risk factor for child developmental disorders: a cross-

sectional study. *Rivista di Psichiatria, 56*(6), 321-327. https://doi.org/ 10.1708/3713.37046

Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S.L. & Rogosch, F.A. (2007). Early-ocurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemocional difficulties. *Journal of abnormal child psychology, 35*. 685-703. https://doi.org/ 10.1007/s10802-007-9129-0

Mendoza Bermúdez, C. y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile, 143*(7), 887–889.

Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2012). Unequal in opportunity,equal in process: Parental sensitivity promotes positive child development in ethnic minority families. *Child Development Perspectives, 6*(3), 239–250. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00223.x

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). Encuesta Caracterización Socioeconómica Nacional. CASEN. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). Encuesta Longitudinal de Primera Infancia. ELPI.http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi-primera-ronda

Ministerio de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2018.Primeros resultados. Departamento de Epidemiología. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ens-2016-17_primeros-resultados.pdf

Mohr, C., Gross-Hemmi, M. H., Meyer, A. H., Wilhelm, F. H., & Schneider, S. (2019). Temporal patterns of infant regulatory behaviors in relation to maternal mood and soothing strategies. *Child Psychiatry and Human Development, 50*(4), 566–579. https://doi.org/10.1007/s10578-018-00862-5

Moszkowski RJ, Stack DM, Girouard N, Field TM, Hernandez-Reif M, & Diego M. (2009). *Touching behaviors of infants of depressed mothers during normal and*

perturbed interactions. Infant Behavior and Development, 32(2), 183-194. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.12.00

Mulcahy, R., Reay, RE., Wilkinson, RB., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group Interpersonal Psychotherapy for postnatal depression. *Archives of women's mental health, 13*(2), 125-39. https://doi.org/ 10.1007/s00737-009-0101

Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I. & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(5), 460–470. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001

Narayan, A. J., Englund, M. M., & Egeland, B. (2013). Developmental timing and continuity of exposure to interparental violence and externalizing behavior as prospective predictors of dating violence. *Development and Psychopathology, 25*, 973–990. https://doi.org/10.1017/S095457941300031X

Narayan, A. J., Kalstabakken, A. W., Labella, M. H., Nerenberg, L. S., Monn, A. R., & Masten, A. S. (2017). Intergenerational continuity of adverse childhood experiences in homeless families: Unpacking exposure to maltreatment versus family dysfunction. *American Journal of Orthopsychiatry, 87*, 3–14. https://doi.org/ 10.1037/ort0000133

Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences. *Clinical Psychology Review, 85*, 101997. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997

Nijssens, L., Vliegen, N., & Luyten, P. (2020). The mediating role of parental reflective functioning in child social-emotional development. *Journal of child and family studies, 29*, 2342-2354. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01767-5

Olhaberry, M., Leyton, F., Moran, J., León, M. J., Sieverson, C., Muzard, A., & Costa-Cordella, S. (2021).Internet Mentaliza-tion Informed Video Feedback (MI-VF). Intervention to Improve Parental Sensitivity in Mother-Infant Dyads with maternal

depressive symptoms: Study Protocol for a randomized controlled feasibility trial. Pre-print. https//.do.org/:10.21203/rs.3.rs-458921/v1.

Olhaberry, M., León, M. J., Escobar, M., Iribarren, D., Morales-reyes, I., & Álvarez, K. (2017). Video-feedback intervention to improve parental sensitivity and the quality of interactions in mother-father-infant triads. *Mental health in family medicine, 13*,532-543.

Olhaberry, M., Romero, M. y Miranda, A. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica. 12*, 77-87. https://doi.org/10.18774/448x.2015.12.180.

Olhaberry, M. y Santelices, P. (2013). Presencia del padre y calidad de la interacción madre-hijo: un estudio compartivo en familias chilenas nucleares y monoparentales. *Universitas Psychologica, 12*(3), 833-843.

Onozawa, K., Glover, V., Adams, D, Modi, N., & Kumar, RC. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 63,201-207. https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00198-1

O'Connor, E.E., Langer, D.A.,& Tompson, M.C. (2017). Maternal Depression and youth internalizing and externalizing symptomatology: Severity and chronicity of past maternal depression and current maternal depressive symptoms. *Journal of abnormal child psychology, 45*(3), 557-568. https://doi.org/10.1007/s10802-016-0185-1

O'Hara, L., Smith, E. R., Barlow, J., Livingstone, N., Herath, N. I., Wei, Y., Spreckelsen, T. F., & Macdonald, G. (2019). Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*(11). https://doi.org/10.1002/14651858.CD012348

Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., & Mayes, L. C. (2008). Role of maternal reflective ability for substance abusing mothers. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health, 23*(1),13–31.

Petzoldt, J., Wittchen, H.-U., Einsle, F., & Martini, J. (2016). Maternal anxiety versus depressive disorders: Specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. Child: Care, *Health and Development, 42*(2), 231–245. https://doi.org/10.1111/cch.12292

Plant, D.T., Jones, F.W., Pariante, C.M. & Pawlby, S. (2017). Association between maternal childhood trauma and offspring childhood psychopathology: mediation analysis from the ALSPAC cohort. *Britsish Journa of Psychiatry, 211*(3). 144–150. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.198721

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL

Radoš, S.N., Matijaš, M., Andelinović, M., Čartolovni, A. & Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders, 268,* 134-140. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.006

Rollè,L., Prino, L., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., Trovato, A., Volpi, B., Molgora, S., Fenaroli, V., Ierardi, E., Ferro, V., Lucarelli, L., Agostini, F., Tambelli, R., Saita, E., Riva Crugnola, C., & Brustia, P. (2017) Parenting Stress, Mental Health, Dyadic Adjustment: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychology, (8)*. https://doi.org/0.3389/fpsyg.

Rosenblum, K. L., McDonough, S. C., Sameroff, A. J., & Muzik, M. (2008). Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind minded comments and interactive behavior. *Infant Mental Health Journal, 29*(4), 362–376. https://doi.org/10.1002/imhj.20184

Rosso, A.N., Viterbori, P., & Scopesi, AM. (2015). Are maternal reflective functioning and attachment security associated with preadolescent mentalization? *Frontiers in psychology, 6*. https://doi.org/ 10.3389/fpsyg.2015.01134

Rojas, G. (2013). Análisis de la situación de uso de servicios y acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros APS de la Región Metropolitana. Disponible en http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/5-Informe-Final

Analisis-de-lasituacion-de-uso-de-servicio-y-acceso-a-tratamiento-de-la-depresion-posparto.pdf

Reck, C., Noe, D., Stefenelli, U., Fuchs, T., Cenciotti, F., Stehle, E., Mundt, C., Downing, G. & Tronick, E.Z. (2011). Interactive coordination of currently depressed inpatient mothers and their infants during the postpartum period. *Infant Mental Health Journal, 32*(5), 542–562. https://doi.org/10.1002/imhj.20312

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., et al. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*, 456–467. https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472.

Rutherford, H. J., Goldberg, B., Luyten, P., Bridgett, D. J. & Mayes, L. C. (2013). Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behavior and Development, 36*(4), 635–641. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.06.008.

Sampson, M., Villarreal, Y. & Padilla, Y. (2015). Association between Support and Maternal Stress at One Year Postpartum: Does Type Matter? *Social Work Research (39)*1, 49–60, https://doi.org/10.1093/swr/svu031

Santelices, M.P., Farkas, C., Montoya, M.F., Galleguillos, F., Carvacho, C., Fernandez, A., Morales, L., Taboada, C., & Himmel, E. (2015). Factores predictivos de sensibilidad maternal en infancia temprana. *Psicoperspectivas, 14*(1), 66-76. https://doi.org/10.5027

Savage, L-E., Tarabulsy, G.M., Pearson, J., Collin-Vezina, D., Gagné, L-M. (2019). Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Development & Psychopathology. 31*(1), 9–21. https://doi.org/10.1017/S0954579418001542

Schore, A.N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development, 2*(1), 23-47. https://doi.org/ 10.1080/146167300361309

Skopp, N. A., McDonald, R., Jouriles, E. N., & Rosenfield, D. (2007). Partner aggression and children's externalizing problems: Maternal and partner warmth as protective factors. *Journal of Family Psychology, 21*(3), 459– 467. https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.459

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development, 7*(3), 269–281. https://doi.org/10.1080/14616730500245906

Slade, A., Bernbach, E., Grienenberger, J., Wohlgemuth, D. y Locker, A. (2003). *Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual for use with the Parent Development Interview*. The Graduate Centre

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal Reflective Functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary Study. *Attachment and Human Development, 7*(3), 283-298. https://doi.org/10.1080/14616730500245880

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal pot partum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Systematic review, 15*,1-55. https://doi.org/10.1177/1745506519844044

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *Ages & stages questionnaires: Social-emotional: A parent-completed child-monitoring system for social-emotional behaviors*. Paul H.Brookes.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person; The Minessota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* Guilford.

Stacks, A. M., Muzik, M., Wong, K., Beeghly, M., Huth-Bocks, A., Irwin, J. L., & Rosenblum, K. L. (2014). Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: Links to sensitive parenting and infant attachment security. *Attachment & Human Development, 16*, 515-533. https://doi.org/10.1080/14616734.2014.935452

Steele, K., & Van der Hart, O. (2009). “Treating dissociation,” in *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide* . Guilford Press.

Taumoepeau, M., & Ruffman, T. (2008). Stepping Stones to Others’ Minds: Maternal Talk Relates to Child Mental State Language and Emotion Understanding at 15, 24, and 33 months. *Child Development, 79*(2), 284–302.https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01126.x

Tay-Karapas, KS., Guzmán-González, MP., Barrera, J., Lovys, D., & Olmos, A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas-Estructura de Relaciones (ECR-RS) para medir apego en adolescentes chilenos. *Salud y Sociedad, 6*(1), 78-93. https://doi.org/10.22199/S07187475.2015.0001.00005

Tronick, E. (2017). The caregiver–infant dyad as a buffer or transducer of resource enhancing or depleting factors that shape psychobiological development. *Australia and New Zealand Journal of Family Therapy*. 38, 561–572. https://doi.org/10.1002/anzf.1274

Valenzuela, E., Murillo, J.A., Santelices, M.P., Hamilton, J., & Muñoz. C. (2022).Primera Encuesta Nacional de Abuso Sexual y Adversidades en la Niñez

Væver, M.S., Cordes, K., Stuart, A.C., Tharner, A., Shai, D., Spencer, R., & Smith-Nielsen, J. (2020). Associations of maternal sensitivity and embodied mentalizing with infant mother attachment security at one year in depressed and non-depressed dyads. *Attachment & Human Development*, 1–18. https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1861035

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

Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., Neri, E., Prino, L., Odorisio, F., Trovato, A., Polizzi, C., Brustia, P., Lucarelli, L., Monti, F., Saita, E., & Tambelli, R. (2016). Perinatal Parenting Stress, Anxiety, and Depression Outcomes in First-Time Mothers and Fathers: A 3- to 6-Months Postpartum

Follow-Up Study. *Frontiers in Psychology, (7).* https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00938.

Walker, T. M., Wheatcroft, R. & Camic, P. M. (2012). Mind-mindedness in parents of pre-schoolers: A comparison between clinical and community samples. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 17,* 318-335. https://doi.org/:10.1177/1359104511409142

XI. Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en evaluaciones e intervenciones psicológicas en línea que forman parte de una investigación científica dirigida por la Psicóloga Marcia Olhaberry Huber, Académica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El estudio se titula Intervención online con video-feedback basada en la mentalización para mejorar la respuesta sensible en díadas madre-infante con síntomas depresivos: Ensayo Clínico Aleatorizado Piloto.
¿De qué se trata la investigación científica a la que se le invita a participar?

El objetivo de este estudio es evaluar la aceptación de una terapia breve en línea utilizando videos y cartillas para mejorar la comprensión y la respuesta frente a las necesidades de los bebés en madres con dificultades en su ánimo. Se busca favorecer un apego seguro, un desarrollo saludable y el bienestar materno-infantil. Usted ha sido invitada ya que presenta algunas dificultades con su ánimo y podría beneficiarse de participar en este estudio.

¿Cuál es el propósito concretamente de su participación en esta investigación?

El propósito es que usted participe en las evaluaciones a realizar en el marco de este estudio y reciba cartillas psicoeducativas en línea con información sobre maternidad, vínculos tempranos, desarrollo infantil y cuidado del ánimo.
¿En qué consiste su participación?

Consiste en participar junto a su hijo(a) en 3 evaluaciones, las que serán realizadas de forma online y en recibir 4 cartillas psicoeducativas.
Para las evaluaciones usted y su hijo(a) serán contactados en línea por una psicóloga clínica del equipo de investigación en 3 ocasiones: la primera para la evaluación inicial, un mes después para la segunda evaluación y luego de 3 meses para la evaluación final.
En las evaluaciones se le solicitará:
l) Entregar información sobre usted y su familia, le tomará 15 minutos y solo se aplicará en la primera evaluación.
2) Grabar un video madre-hijo(a) interactuando de 15 minutos de duración, el que posteriormente será analizado y codificado. La psicóloga clínica que la contacte será la encargada de grabar el video a través de la plataforma ZOOM.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
COMITE ETICO CIENTIFICO
CEC - Salud
APROBADO

3) Responder a cuestionarios sobre su ánimo, sus relaciones y sobre el desarrollo de su hijo(a) que consideran 30 minutos de duración.

4) Participar en una entrevista sobre su hijo(a), sobre usted como madre, y sobre la relación entre ambos, la que será grabada y posteriormente transcrita y codificada, le tomará 15 minutos.

5) Responder un cuestionario sobre su opinión en relación a las atenciones psicológicas en línea, le tomará 10 minutos y será aplicado en la primera y segunda evaluación.

¿Cuánto durará su participación?

Su participación total durará aproximadamente 5 meses. Durante estos cinco meses usted será contactada para realizar las 3 evaluaciones. Cada evaluación tendrá una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos. En caso que le contactemos a futuro para un nuevo estudio, usted es libre de aceptar o no, y se le pedirá que firme una nueva carta de consentimiento.

¿Qué beneficios puede obtener de su participación?

Al finalizar la evaluación inicial usted recibirá durante 4 semanas cartillas psicoeducativas online con información sobre maternidad, vínculos tempranos, desarrollo infantil y cuidado del ánimo. Este material podría contribuir a enriquecer su conocimiento y potenciar su bienestar y el desarrollo de su hijo(a). Por otro lado, al finalizar la tercera evaluación se le entregará un informe sobre el desarrollo socioemocional de su hijo(a). Adicionalmente, al participar, contribuirá al conocimiento de la disciplina, Io cual favorecerá a otras madres y niños(as) pequeños(as).

¿Qué riesgos corre al participar?

No se prevé ningún tipo de riesgo fisico ni psicológico para usted o su hijo(a), al participar en este estudio, salvo eventual la incomodidad que podrían generar algunas preguntas. Si esto ocurriera, usted recibirá contención de un profesional de la salud mental y podrá ser derivada a atención especializada adicional en el Consultorio en que se controla regularmente si lo desea. La plataforma de conexión online será Zoom, su software de conexión y grabación aseguran la invulnerabilidad a filtraciones de los

videos, pero como ocurre con todo software, podrían aparecer problemas nuevos de privacidad; en caso de que esto ocurra, detendremos el estudio hasta corregir el problema.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
COMITE ETICO CIENTIFICO
CEC - Salud
APROBADO

17/12/20 0

Su participación en este estudio no le significara ningún costo para usted.
Usted será compensado por participar en este estudio recibiendo bolsas de minutos para el uso de internet durante las sesiones de evaluación.

¿Cómo se protegerá la información y datos que usted entregue?

Toda la información generada por usted y su hijo(a) será confidencial: En la base de datos sus respuestas serán identificadas solamente con un número de folio. El documento donde figure su nombre y datos de contacto para las evaluaciones posteriores será guardado con clave de acceso en el computador de la investigadora responsable. La información será discutida en privado y no será conocida por personas ajenas a la investigación. Los investigadores, evaluadores y codificadores que tengan acceso a la información (grabaciones por audio, transcripciones y videos) firmarán antes un compromiso de confidencialidad. Los videos serán almacenados en un archivo encriptado en el computador personal de la investigadora responsable, y solo se identificarán con el número de folio. Estos videos serán destruidos después de ser analizados y evaluados. Las bases de datos serán conservadas durante 5 años, una vez concluida la investigación, y luego se destruirán.

¿Qué uso se va a dar a la información que usted entregue?

Los resultados obtenidos serán publicados en revistas académicas o libros y podrían ser presentados en conferencias, sin embargo, la identidad de los participantes no será revelada. En caso de observarse alguna dificultad significativa reportada en las evaluaciones, se le comunicará directamente y se le solicitará autorización para informar a los profesionales de la salud mental del Centro de Salud en el cuál usted y su hijo(a) se controlan regularmente, para que le brinden acceso a atención especializada.

¿Se volverá a utilizar la información que usted entregue?

Los resultados y el material generado por este estudio (material transcrito sin nombres ni posibilidad de identificación) podrá ser usado por el equipo de investigación para estudios futuros similares a este. En todo momento se cuidará la confidencialidad,

utilizando sólo datos anonimizados. Otros equipos de investigación NO tendrán acceso a los datos.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse una vez iniciada su participación?

Usted NO está obligada de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, usted y su hijo(a) pueden dejar de hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y sin repercusión negativa alguna para usted o para su hijo(a).
Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable Marcia Olhaberry Huber, teléfono: 223547579 y correo electrónico: mpolhabe@uc.cl. Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por lo que si usted tiene alguna duda, pregunta o reclamo, o si considera que sus derechos no han sido respetados, puede contactar al CEC-Salud UC al mail eticadeinvestigacion@uc.cl,o al teléfono +56223542397. Co

A continuación indique su interés en participar o no en esta investigación.

SÍ, acepto participar
17/12/20 0 _____
NO, no acepto participar
_____

Nota: si usted responde que sí:

a) Se desplegarán los cuestionarios en línea y se entiende que ha consentido participar en la investigación respondiendo en el link Survey Monkey, durante la entrevista en línea con una psicóloga clínica a través del link de invitación por zoom.

Anexo 2: Encuesta Sociodemográfica

1. Datos de la madre

Nombre madre:			
Fecha de nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:	
Teléfono de contacto:			
Vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Allegada ___		Nº habitaciones:	Nº Camas:
Nº personas que viven en ese domicilio:			
Región:		Comuna:	
Trabajo remunerado SI __ NO __	Jornada: Completa ____ Media ____ Menos que media ____		
Actividad:			
Previsión: No tiene__ Fonasa A__ Fonasa B__ Fonasa C__ Fonasa D__ Isapre___			
Nº de hijos:	¿Con quién comparte crianza?:		
¿Pertenece a pueblo originario?: SI __ NO__	¿Con cuál se identifica? (si responde si):		
¿Con qué género se identifica?: Femenino__ Masculino__ Otro/No binario__			
Si tiene pareja, ¿Con qué genero se identifica pareja?: Femenino__ Masculino__ Otro/No binario__			

Rango remuneración líquida total en el hogar (suma de cada trabajador del hogar)

1		$320.500 o menos
2		$320.501 – 570.500
3		$570.501 – 820.500
4		$820.501 – 1.070.500
5		$1.070.501 – 1.320.500
6		$1.320.501 – 1.570.500
7		$1.570.501 – 1.820.500
8		$1.820.501 – 2.070.500
9		$2.070.501 – 2.320.500
10		$2.320.501 – 2.570.500
11		$2.570.501 – 2.820.500
12		$2.820.501 – 3.070.500
13		Más de $3.070.501

Situación de Pareja

1		Soltero/a
2		Conviviente
3		Con pareja sin convivencia
4		Casado/a
5		Anulado/a/Separado/a
6		Viudo/a
7		Poli-amorosa

Escolaridad

1		Básica Incompleta
2		Básica Completa
3		Media Incompleta
4		Media Completa
5		Superior Técnico-profesional
6		Superior Universitaria
7		Estudios de Postgrado

Años de educación formal aprobados:_____

MADRE:

Tratamiento psicológico actual SI ___ NO ___

Tratamiento psicológico anterior SI ___ NO ___ Motivo _____

Fecha _____ Duración _____

Cantidad de sesiones_____

Tratamiento farmacológico actual SI ___ NO ___ Tipo _____

Tratamiento farmacológico anterior SI ___ NO ___ Motivo _____

Fecha _____ Duración _____

2. Datos del segundo cuidador principal (si es que hay)

Nombre:		
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		Con pareja sin convivencia
4		Casado/a
5		Anulado/a/Separado/a
6		Viudo/a
7		Poli-amorosa

Años de educación formal aprobados:_____

Escolaridad

1		Básica Incompleta
2		Básica Completa
3		Media Incompleta
4		Media Completa
5		Superior Técnico-profesional
6		Superior Universitaria
7		Estudios de Postgrado

Segundo cuidador principal:

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

Tratamiento farmacológico actual SI ___ NO ___ Tipo _____
Tratamiento farmacológico anterior SI ___ NO ___ Motivo _____
Fecha _____ Duración _____

3. Embarazo y Parto

Embarazo planificado: SI __ NO__	Complicaciones de la madre durante el embarazo: SI __ NO__ Cuáles_____
Complicaciones del bebé durante el embarazo: SI __ NO__ Cuáles_____	Diagnóstico depresión durante el embarazo: SI __ NO__
Durante el embarazo, ¿con qué frecuencia la madre fumó cigarrillos? Nunca___ Esporádicamente___ Regularmente___	
Durante el embarazo, ¿con qué frecuencia la madre bebió bebidas alcohólicas? Nunca___ Esporádicamente___ Regularmente__	
Parto: Vaginal ___ Cesárea de emergencia___ Cesárea programada ___	
Si fue cesárea indicar motivo:	
Se utilizó anestesia: SI __ NO__	Se realizó inducción del parto: SI __ NO__
Si se realizó inducción explicar por qué y de qué tipo:	
Durante el parto, se presentaron dificultades? SI __ NO__	
En caso que si, indicar lo sucedido (forceps, cordón, etc):	

Edad gestacional (semanas):	Peso bebé (gramos):	Talla (cm):
Luego de nacer, el bebé presentó complicaciones?: SI __ NO__	Luego de nacer, bebé estuvo en incubadora u hospitalizado? SI __ NO__ Cuánto _____	
Luego de nacer, hubo separación con su bebé?: SI __ NO__		
En caso que si, indicar el motivo:		
Lactancia Materna: Lactancia exclusiva___ Lactancia Mixta___ Indicar motivo y tiempo:		
En caso que no, indique el motivo de la decisión:		

4. Datos del niño/a

Nombre del niño/a:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Lugar en la Fratría:
Asistencia a Sala Cuna: SI ___ NO ___ Desde _____ Hasta _____	
Dónde duerme:	
Enfermedades Trazadoras: SI ___ NO ___ Digestivas _____ Respiratorias _____ Cutáneas _____	
Otros antecedentes relevantes:	

5. Composición familiar (con quienes viven):

NOMBRE	EDAD	ACTIVIDAD	PARENTESCO CON EL NIÑO(A)

6. En relación al COVID-19

A) De los que viven en su hogar, ¿alguno/a ha tenido coronavirus?:

1		No
2		Si
3		No estoy segura
Si indica que sí, responder lo siguiente:		

Fecha de contagio: Gravedad: Leve___ Moderado:___ Grave:___

B) Desde el embarazo hasta ahora, ¿cuál es el porcentaje de tiempo que has estado en confinamiento?

1		0-20%
2		20-40%
3		40-60%
4		60-80%
5		80-100%

C) A propósito del COVID-19, ¿cuán preocupada te has sentido respecto de la salud de tu bebé?.
Siendo 1=Nada preocupada y 5=Muy preocupada

1 (Nada preocupada)	
2	
3	
4	
5 (Muy preocupada)	

D) A propósito del COVID-19, ¿cuánto se ha visto afectado el apoyo respecto a tu hijo/? (ejemplo: Gente que no pudo ir al hogar a ayudar). Siendo 1=Nada afectado y 5=Muy afectado

1 (Nada afectado)	
2	
3	
4	
5 (Muy afectado)	

E) A propósito del COVID-19, ¿De qué manera crees que ha impactado la pandemia en tu maternidad?.
Siendo 1= De manera muy negativa y 5= de manera muy positiva.

1 (Muy negativa)	
2	
3	
4	
5 (Muy positiva)	

Anexo 3: Ages and Stages Questionnaire – Socio 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™

APROBADO
17/12/2020

6 Meses Cuestionario

(Para bebés de 3 a 8 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

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

ASQ-SE™

1

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.

APROBADO
17/12/2020

ASQ:SE 6 Meses Cuestionario

(Para bebés de 3 a 8 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:

_____

¿Cúal 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:
Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional: A Parent-Completed, Child-Monitoring System for Social-Emotional Behaviors, 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	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE-OCUPACIÓN
1. Cuando su bebé está alterado, ¿se puede calmar dentro de media hora?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
2. ¿Se sonríe su bebé con usted y con otros miembros de la familia?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
3. ¿A su bebé le gusta que lo levanten y lo abracen?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
4. Al levantar a su bebé, ¿se pone rígida y arquea la espalda?	❑ x	❑ v	❑ c	❍
5. Cuando usted le habla a su bebé, ¿le mira a usted y parece que le está escuchando?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
6. ¿Le avisa su bebé cuando tiene hambre o está enferma?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
7. Cuando su bebé está despierto, ¿parece que le gusta ver o escuchar a las personas?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
8. ¿Se puede calmar su bebé por sí mismo (por ejemplo, chupándose la mano o el chupón)?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
9. ¿Llora su bebé durante mucho rato?	❑ x	❑ v	❑ c	❍
			TOTAL EN LA PÁGINA ___	

UNIVERSIDAD CATÓLICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
APROBADO
17/12/2020

	LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE-OCUPACIÓN
10. ¿Tiene su bebé el cuerpo relajado?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
11. ¿Tiene su bebé dificultad en chupar el biberón o el pecho?	❑ x	❑ v	❑ c	❍
12. ¿Dura usted más de 30 minutos para darle de comer a su bebé?	❑ x	❑ v	❑ c	❍
13. ¿Usted y su bebé disfrutan de la hora de comida juntos (incluyendo darle pecho o biberón)?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
14. ¿Tiene su bebé algún problema con la alimentación, como dar bascas a, vomitar o _____ ? (Usted puede anotar cualquier problema.)	❑ x	❑ v	❑ c	❍
15. Durante el día, ¿se mantiene despierto su bebé por una hora consecutiva o más tiempo?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
16. ¿Tiene su bebé dificultad para dormirse a la hora de la siesta o en la noche?	❑ x	❑ v	❑ c	❍
17. ¿Duerme su bebé por lo menos 10 horas dentro de un período de 24 horas?	❑ c	❑ v	❑ x	❍
18. ¿Se estriñe o tiene diarrea su bebé?	❑ x	❑ v	❑ c	❍

TOTAL EN LA PÁGINA ___

UNIVERSIDAD CATÓLICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
APROBADO
17/12/2020

APROBADO
17/12/2020

	LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE-OCUPACIÓN
19. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su bebé? Si usted marcó "algunas veces" o "la mayoría de las veces", por favor explique:	☐ X	☐ V	☐ C	○

20. ¿Tiene usted preocupación por las costumbres de comer o dormir de su bebé? Si así es, por favor explique:

21. ¿Hay algo que le preocupa de su bebé? Si así es, por favor explique:

22. ¿Cuáles son las cosas que disfruta más de su bebé?

TOTAL EN LA PÁGINA ___

© 2002 Paul H. Brookes Publishing Co.

Anexo 4: MINI-Parent Reflective Functioning Interview (MINI-PRFI)

Para cuidadores de infantes de 6 meses. (Después de 10 minutos de sesión de juego)

1. ¿Qué piensas o cuál es tu impresión sobre cómo estuvo la sesión de juego?
2. ¿Te parece que él/ ella jugó de la misma manera en la que juega en casa o diferente?
3. ¿Podrías contarme acerca de los juegos y actividades que comúnmente realizan en casa?
4. ¿Qué tipo de juego suele preferir o le gusta más a él/ ella?
5. ¿Cuál es su juego preferido o su forma preferida de jugar?
6. ¿Cómo te das cuenta cuando él/ ella quiere jugar?
7. ¿Cómo te das cuenta cuando quiere dejar/ parar de jugar?
8. ¿Has notado alguna diferencia en sus formas de reaccionar o de comportarse cuando el/ella juega con otras personas? (padre, abuelos) ¿Cómo comprendes o cómo te explicas esas diferencias?

Temperamento/ Personalidad

1. Podrías contarme un poco/describir brevemente a (nombre del niño/a)? ¿Cómo describirías el temperamento/personalidad de (nombre del niño/a)? ¿Hay algo más que quisieras agregar acerca de su temperamento/ personalidad?
2. ¿Ha desarrollado tu hijo algún miedo en particular? ¿O hay algo en particular que lo moleste claramente ?

3. Ahora me gustaría preguntar por el llanto: ¿qué tan seguido llora? ¿Dirías que él/ella llora muy seguido?
4. ¿Qué lo hace llorar más frecuentemente?
5. Cuando llora, ¿qué suele calmarlo?
6. ¿Cuánto tiempo le toma calmarse?
7. Cuando le expresas afecto a tu hijo/a (abrazos, besos, cosquillas, por ejemplo) ¿cómo suele reaccionar?
8. ¿Cómo reacciona (nombre del hijo/a) en los momentos que se queda solo? (por ejemplo en su cuna, en una colchoneta en el piso, sillita o corral)?
9. ¿Qué hay acerca de estar en brazos en vez de estar en una silla de bebé?
10. Ahora me gustaría preguntarte algunas cosas acerca de cómo reacciona (nombre del niño) cuando se queda al cuidado de otra persona que no seas tú ni tampoco (otro cuidador -ej. el padre-). Primero, podrías contarme algo acerca del contexto; si has vuelto al trabajo y si es así ¿quién se queda al cuidado de (nombre del niño)?
11. ¿(nombre del niño) se queda ocasionalmente al cuidado de otras personas? Si la respuesta es afirmativa, ¿podrías decirme con quién, con qué frecuencia y cómo reacciona tu bebé cuando Io cuidan? ¿Cómo reaccionas tú cuando él/ ella es cuidado por otra persona?
12. Ahora me gustaría preguntarte acerca de la alimentación de (nombre del niño), al darle pecho o mamadera ¿Podrías contarme si estás amamantando o alimentando con mamadera y cómo tomaste la decisión al respecto? ¿Has tenido alguna dificultad al respecto?
13. En general, ¿cómo decides alimentarlo o cómo te das cuenta de que tiene hambre?

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
COMITE ETICO CIENTIFICO
CEC - Salud UC
APROBADO

17/12/20

Anexo 5: Childhood Trauma Questionnaire, (CTQ-SF)

Instrucciones: Este cuestionario aborda experiencias que pudo tener durante su infancia o adolescencia. Para cada cuestión, marque la casilla que mejor le convenga. Aunque algunas preguntas se refieren a temas íntimos y personales, es importante responder honestamente.					
Cuando era pequeño y/o adolescente:	**Nunca**	**Raramente**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
1.No tenía suficiente para comer					
2.Me sentía cuidado y protegido					
3. Algunos miembros de mi familia me llamaban "tonto", "flojo" o "feo"					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o "drogados" para ocuparse de la familia					
5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial					
6. Tenía que vestirme con ropa sucia					
7. Me sentía querido					
8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido					
9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital					
10. No he querido cambiar de familia					
11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moretones					
12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente					

13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros					
14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño					
15. Creo que he sido maltratado físicamente					
16. He tenido una infancia perfecta					
17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej. un profesor, un vecino o un médico)					
18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba					
19. Los miembros de mi familia se sentían cercanos entre sí					
20. Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocaciones sexuales					
21. Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él o ella					
22. Tenía la mejor familia del mundo					
23. Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos					
24. He sido víctima de acoso sexual					
25. Creo que sufrí maltrato psicológico					
26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba					
27. Pienso que han abusado de mi sexualmente					

28. Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo					

Anexo 6: Tabla de codificación Emotional Availability Scale (EAS)

Dimensiones del adulto	Puntajes directos	Puntaje total
Sensibilidad 1 a 7		
Afecto 1 a 7 7. Balanced, genuine, congruent, relaxed, low-keyed, gente, soft spoken or animated in appropiate ways, clear enjoyment of child; connection is a healthy/secure one. 6. Bland, neutral affect most of the time. 4. Apparent/unreal quality, sudden shifts, inconsistent; conenection there but not necessarily a healthy one. Es calido pero no trata entender a su hijo en particular. 3. Little range, cool or detached; Little or no connection. 1 – 2. Non-optimal, depressed, withdrawn, traumatizaed affect, aggressiveness/hostility.		5.5 – 7. Emocionalidad sana, favorece la seguridad, buen rango de afecto. 4 – 5. Inconsistencia entre el niño y el adulto, inconsistencia en el comportamiento y el afecto, calidez pero sin sensibilidad, doble- vinculante en la comunicación, sobre- sensibilidad, dificultad en la evaluación 2.5 – 3. Desconectado, emocionalmente apagado, mecánico, no cálido. Zonas Clínicas: 7 = Secure zone 3 = Detach 1-2 = Problematic zone
Claridad percepciones 1 a 7 7. Awareness of signals and communications easily and correctly; seems willing to respond in an appropriate and prompt way. 4. Inconsistent in perception and/or responsiveness. 1. Unaware or obliivious to subtle cues ans communications; awerw of most blatant communications.		
Timing 1 a 3 3. Aware of timing 2. At times, seems off in timing 1. Lacks awareness of the importance of timing.		

Flexibilidad 1 a 3 3. Play is fun and lots of enjoyment and creativity during play 2. Some playful times but seems repetitive, not fun or adult seems less flexible 1. Very Little play or variety, enjoyment, creativity, or sufficient flexibility seen		
Aceptación 1 a 3 3. Speaks/acts in respectful ways 2. Speaks/acts in occasional disrespectful ways, perhaps in a joking manner 1. Speaks/acts in in clearly disrespectful ways or does not speak or interact		
Monto de interacción 1 a 3 3. Enough interaction, given the context and/or directions 2. Minimal interaction, given the context and/or directions 1. Very Little or no interaction		
Conflicto 1 a 3 3. Skillful in moving conflicts toward resolution or few conflicts to resolve 2. Not skillful in moving conflicts toward resolution ora n intermediate range of conflicts 1. Does not try to move conflicts toward resolution or a great deal of conflict.		

Estructura 1 a 7		
Guía 1 a 7 **7.** Uses preventive guidance and suggestions, makes subtle, and varied suggestions or comments that lead the child along the right path for the situation; such guidance is not about just frequency but also about the appropriateness and emotionally scaffolding and environment' for the child that leads the child a positive way. 4. Inconsistent in providing preventive guidance or vacillates between too much and too little guidance, and/or the guidance lacks a holding quality that can lead a child in a positive way. 1. Guidance and appropriate leading of any kinds is almost nonexistent.		7. Optimo, estructura en la zona correcta. 4. Sobre-estructurado y por lo mismo inconsistencia al interior de la díada, como cuando se sobre-estructura al niño, éste pierde interés, pero al menos el padre intenta estructurar, hay esfuerzo, pero no es efectivo. Mucha estructura 3. El padre apenas intenta estructurar, lo que significa que es poco estructurado. 2 o menos. Casi no hay interacción y por lo mismo no se puede estructurar mucho. 1. No hay límites, pasividad.
Éxito en los intentos 1 a 7 7. Attempts are successful in that they move the child to a higher level and the child seems to attend and receive the inputs. 4. Attempts are not successful, although they may be plentiful adult loses the child 1. Attempts are repetitive and do not seem to influece the child or take the child's reactions into account or there is no/minimal interaction.		
Monto de estructura 1 a 3 3. Just the right amount 2. Less structuring than ideal 1. Too Little structure tried; the adult may interact, talk, or engage in parallel play but it is not structuring per se and there may avoidance of structuring.		
Establecimiento de límites 1 a 3 3. Sets limits ans boundaries, appropiate to the task or situation (through verbal or subtle use of the gestural system) or no limits to set in the context 2. On occasion, tries to set limits and boundaries but the strategies may not be ideal (or may be using only verbal means) 1. Set no limits		

Permanecer firme frente a la presión 1 a 3 3. remains firm but continues to maintain the connection or child does not put pressure on the adult 2. Inconsistent and caves in sometimes 1. Caves in easily		
Estructura verbal versus no verbal 1 a 3 3. Both channels are used to structure 2. Only the verbal or nonverbal is used 1. Neither is used much		
Rol de adulto o de par 1 a 3 3. Adult is clearly the adult and uses the gestural system to indicate the difference in an appropriate way 2. Adult and child sometimes seem like agemates, but other times they do seem at different levels 1. Adult seem usually at the same level as child, or there is too little interaction to judge.		

<table>
<tr><th colspan="3">No-intrusividad 1 a 7</th></tr>
<tr><td>Sigue la iniciativa del niño 1 a 7
7. Lets the child lead and follows lead; a spacious quality to the interaction is the result
5-6. If too little interaction to judge whether the adult has the tendency to follow the child’s lead, the the adult is less available for this quality and should be scored lower.
4. Lets child generally lead in play but either assumes a lead role without regard for the child during some portions of play or becomes overprotective or overly suggestive in other contexts, even if benign.
1. Leads, over mentors, over parents, and expects child to follow.</td><td></td><td rowspan="3">7. Espacioso, no intrusivo.
6 – 4. Niveles aumentados de directividad psicológica, en ocasiones el padre toma un juguete del área del niño con el interés de estructurar.
4. Educacional, didáctico, profesor.
3. El padre es físico, mueve al niño, toma los juguetes y los aleja del niño, etc. El contacto afectivo del padre no está presente en estas situaciones, no anticipa, lo hace como urgencia.
1. Intrusivo, incluso físicamente, golpea, brusco.</td></tr>
<tr><td>No interrumpe 1 a 7
7. Waist for optimal breaks to enter interaction, rather than interrupting the flow and interruptions are never physical.
5-6. If too little interaction presents to judge this quality, then the adult is less available and should be scored lower.
4. Sometimes just enters interaction or clearly interrupts, although it is not
tan often, or there are a lot of “don’ts”.
1. Behaviorally enters interaction abruptly and interrupts very frequently,
with lots of “don’ts” or other physically intrudes.</td><td></td></tr>
<tr><td>Mandatos y directivas 1 a 3
3. Do’s used sparingly or there is no context to see this
2. Occasionally frames interactions with “dos”.
1. Create a situation of constant commands.</td><td></td></tr>
</table>

Conversación de adulto 1 a 3 3. Talking is used as communication and part of dialogue 2. Talking is sometimes used to overpower or lectura oro ver teach 1. Talking is just used for the adult's sake rather tan as a form of communication or there is minimal talking		
Enseñanza didáctica 1 a 3 3. Teaches a great deal but in a way that does not ignore relating 2. Teaching that does not take into account the presence of an interactive partner; occasionally does not take into account an audience. 1. teaches as if the child is an object and has a lot to cacha up or there is Little if any, teaching of any kind.		
Interferencias físicas versus verbales 1 a 3 3. Few verbal interferences and what exists may have been necessary. 2. Interferences are usully verbal, when they occur, or there are few and far between. 1. Interferences are physical or there was one clearly physical one.		
El adulto parece intrusivo 1 a 3 3. Child neves indicates that the adult is intrusive 2. Child sometimes indicates by his or her behavior that the adult is intrusive 1. Child seems to rebuff or move away or otherwise indicate that the adult is being intrusive		

No-hostilidad 1 a 7		
Ausencia de negatividad 1 a 7 7. Does not use negative words or phrases, tone of voice is not negative (and they are not subtle signs of negative emotion or negative stress), good adult emotion regulation. 4. Some subtle signs are there, in bulk. That is, the signs of stress or negative may be very Slim and covert (huffing and puffing, easily irritated, impatience, long suffering attitude, slight anger), but there are a lot of them. 1. Negativity is there in voice or face		7. No es hostil, buena regulación emocional, buen manejo de la frustración, paciencia. Pacífico. 4 – 6. Hostilidad encubierta presente, aburrimiento, descontento, desinterés. 4. Altos montos de hostilidad encubierta. 3. Comienzos de hostilidad abierta en acciones o verbalmente (“eres estúpido”). 1. Hostilidad abierta, hostilidad que no es dirigida al niño también cuenta.
Ausencia de burlas 1 a 7 7. No evidence of mocking, ridiculing statements and/or behavior 4. Begins to stay or do something like this, but stops self or seems aware. 1. Says such things in joking way “look at that messy face” as child eats spaghetti or some other statements and/or behavior that is disrespectful, mocking, or ridiculing.		
Sin amenazas de separación 1 a 3 3. Never uses threats of separation 2. Begins to use a threat, but stop self 1. Uses threats of separation.		
No pierde el atractivo 1 a 3 3. Able to maintain composure during stressful times, such as a tiring time or after a separation, or when child is providing challenge. 2. Loses cool during such times but otherwise i sable to remain stably calm or positive. This also needs to be chosen if the investigator is not using a stress context-cannot give higher than this if the context is low stress. 1. Loses cool under low challenge times and easily		

Comportamiento amenazante 1 a 3 3. Does not show evidence of physical or verbal assaultive behaviors. 2. Face or voice is frightening in some very subtle way. 1. Becomes verbally or physically abusive, pushing or pulling child or verbally attacking child, or some other clearly and overtly frightening behavior.		
Silencio 1 a 3 3. Not silent very much 2. Silent treatment when in a discipline situation or a clearly tension filled situation. 1. Talks so Little that the tone of the interaction seems deadened		
Contenidos hostiles 1 a 3 3. Play is appropiate to the materials and not necessarily malevolent, in that affects is clearly appropriate to the theme; play themes generally positive OR with positive resolution (note that lively play with malevolent themes can lead to positive outcomes, base don either child or adult facilitation of a positive outcome OR no pretended play is observed. 2. Play is violent or with malevolent themes that are clearly encapsulated within the play. 1. Play is violent or with malevolent themes that are not necessarily called for by the play materials.		

Dimensiones del niño		
Responsividad 1 a 7		
Regulación emocional, organización del afecto y la conducta 1 a 7 7. Affect positive, even upbeat, and genuine, rather than in a people pleasing way; affect is used to decide if the child is emotionally connected to adult; child is even keeled and able to regulate emotions weel; there is an organized, predictable quality, as well as potential emotional range that is appropriate to the context; child uses self or the adult to regulate emotions during challenging times and behavior and affect remain organized and resourceful; most commonly, a secure and confident child who can use his or her resources to effectively self-regulate, express feelings in face or tone will be placed here 4. Child´s affect is generally positive, but there may be a quality of inappropriateness to it, e.g, less mature or people pleasing quality. there may be an emotional connection but not entirely healthy, child may get emotionally dysregulated occasionally or in challenging situations, show inconsistency and under regulation; she or he may need to over rely on the adult in such situations, such over-reliance may or may not lead to optimal emotion regulation, child often distressed; most commonly, a distressed, under-regulated child, but connected with the adult would be placed here 3. Child´s affect is emotionally shut down; child is not connected to adult emotionally; child is over-regulated and the self is organized through this shut down or over-regulated way ; most commonly, a shut down emotional tone is seen for these children. 1. Child´s affect is sad, irritable, depressed, threatening, aggresive, traumatized, confused, seeming threathened, and/or other negative forms of affect; child may become dysregulated and disorganized easily in a challenging situation or the child may show an overall quality of not being able to rely on others or the self to maintain equilibrium. Any of the above (problems of affect, emotional, emotional dysregulation, and/or disorganization can be placed here.		5.5 – 7. Sano emocionalmente, buen rango de afectividad, felicidad, robusto, energético, no vulnerable, no ansioso, no desconectado. 4 – 5. Ansioso, dependiente, meloso, sobre-conectado (“florido”) 2.5 – 3. Alejarse (física o verbalmente, florido), ignorar. 1 – 3. Mas extremo que lo anterior, desorganizado, desregulado, bizarro.

Responsividad 1 a 7 7. When adult initiates, child is likely to respond verbally and/or nonverbally 4. Child has over-responsive qualities or qualities that are less than optimal but nonetheless is responsive, at the very least. 1. When adult initiates, child is likely not to respond and seems oblivious or the adult does not initiate much.		
Autonomía 1 a 3 3. Child seeks out opportunities to be exploratory and seeking of autonomy. 2. Child shows some but not very clear signs of autonomy seeking for his or her own age. 1. Child seems passive and stays very close to the adult (either physically or emotionally) or shows too much autonomy seeking; either end receives this score.		
Posicionamiento físico 1 a 3 3. Child molds to adult´s body and seeks out physical contact that is appropriate for age. 2. Child seeks physical contact that may not be healthy, physical proximity seeking or proximity positioning indicates that the child may be overconnected. 1. Child rarely, if at all, seeks physical contact or may be avoidant.		

Inversión de roles 1 a 3 3. Shows no signs of role reversal (taking care of the adult, parentified behaviors). 2. Shows minimal but some signs of role reversal (perhaps a few words that suggest this, said by child or adult, taking care of the adult in an age-inappropriate way. 1. Shows clear and distinct signs of role reversal.		
Ausencia de evitación 1 a 3 3. Child is attentive to the play or activities, but not to the exclusion of the adult. 2. Child does not seem avoidant but also not connected either. 1. Child seems avoidant of adult.		
Orientado a la tarea 1 a 3 3. Focused on the object play and may not have much eye contact with adult, but this is because of the nature of the context; does not exclude. 2. Focused on the object play; may occasionally seem as if she or he is excluding the adult. 1. Focused on the object play and does exclude.		
Involucramiento con el padre 1 a 7		
Iniciativa simple 1 a 7 7. Child shows initiative in bringing adult into interaction, by looking, talking, etc. 4. Child initiates some of the time, but some of it seems positive and a good amount negatively involving, or the child´s involving behaviors may be combined with anxiety. 3. Child is quite uninvolving and may seem task oriented. 1. Child does not initiate at all.		5.5 – 7. Involucramiento adecuado, iniciativa. 4 – 5. Altos montos de involucramiento, inicio de comportamientos, pero son negativos o hay sobre-involucramiento que es negativo. 2.5 – 3. No hay involucramiento, bajo involucramiento, iniciativa menor a la

Iniciativa elaborada 1 a 7 7. Child involves in a way that creates a positive story line or brings the adult into a positively elaborated interaction, rather than simple exchages. 4. Child is moderately elaborative in initiative. 1. Child not seen elaborating and engaging after making initiatives.		óptima. 1 – 3. Más extremo, realmente no involucrado.
Uso del adulto 1 a 3 3. Seems to go to adult for emotional (e.g., hurts self) or playful Exchange. 2. Seems to use the adult both emotionally and instrumentally (e.g., for eating, for getting things) 1. Seems more like a tool the child uses to get instrumental (rather than emotional) needs met.		
Ausencia de sobre-involucramiento 1 a 3 3. No evidence of negatively involving adult or other over-involving behaviors. 2. Only rarely involving through distress, anxiety, or other negatively over-involving behaviors 1. Clearly over-involving.		
Contacto visual 1 a 3 3. Child shows involvement through multiple nonverbal channels, e.g., eye contact, etc. And very frequently 2. Child shows a few instances of involving behaviors through nonverbal channels. 1. Child shows no instances of involving behaviors through nonverbal channels.		
Posicionamiento Físico1 a 3 3. Child involves through positioning body toward adult. 2. Child involves rarely through positioning of body toward adult. 1. Child never positions body facing adult or in some physical contact way.		

Involucramiento verbal 1 a 3 3. Child involvement, through babbling or talking, and frequently. 2. Only a few and scarce instances of involvement through babbling or other verbal means. 1. No instances of involvement, either through babbling or other verbal means.		

Análisis adicionales

En este apartado del anexo, se incluyen modelos adicionales evaluando todas las dimensiones de sensibilidad como moderadores, resultados que se encuentran disponibles en las Tablas a1 a a5. Estos resultados muestran que, a diferencia de *no hostilidad* (reportada en los análisis principales del documento), ninguna subescala de sensibilidad modera la relación entre trauma y los problemas en el desarrollo de los bebés.

Tabla a1

Regresión múltiple en pasos para predecir Desarrollo socioemocional bebé (Modelo moderado por clinical screening de la madre)

Predictor	*b*	*b* 95% CI [LL, UL]	*beta*	*beta* 95% CI [LL, UL]	Ajuste	Diferencia
Intercepto	27.75**	[22.29, 34.26]				
Depresión	-0.31	[-1.09, 0.66]	-0.12	[-0.39, 0.25]		
Tratamiento anterior	0.39	[-8.62, 9.83]	0.01	[-0.28, 0.30]		
Tratamiento actual	6.85	[-5.43, 17.91]	0.19	[-0.16, 0.48]		
					R^2 = .031 95% CI[.00,.25]	
Intercepto	30.24**	[24.45, 36.43]				
Depresión	-0.30	[-1.07, 0.60]	-0.11	[-0.39, 0.23]		
Tratamiento anterior	-6.63	[-16.37, 3.27]	-0.21	[-0.52, 0.10]		
Tratamiento actual	7.69	[-3.64, 17.50]	0.22	[-0.10, 0.47]		
Trauma materno	0.33*	[0.04, 0.64]	0.36	[0.05, 0.64]		
Clinical screening M	0.45*	[0.06, 0.78]	0.31	[0.04, 0.56]		
					R^2 = .206 95% CI[.00,.49]	ΔR^2 = .174* 95% CI[.04, .39]
Intercepto	30.25**	[24.54, 36.61]				
Depresión	-0.33	[-1.13, 0.65]	-0.12	[-0.40, 0.25]		
Tratamiento anterior	-6.54	[-16.64, 3.68]	-0.21	[-0.52, 0.12]		
Tratamiento actual	7.69	[-4.01, 18.13]	0.22	[-0.12, 0.49]		
Trauma materno	0.33*	[0.02, 0.65]	0.36	[0.03, 0.65]		
Clinical screening M	0.44*	[0.02, 0.78]	0.31	[0.01, 0.56]		
Trauma×Clin. screen	0.01	[-0.02, 0.03]	0.06	[-0.19, 0.29]		
					R^2 = .209 95% CI[.00,.50]	ΔR^2 = .003 95% CI[.00, .07]

Nota: 95% IC estimados a partir de 5000 re-muestreos con Bootstrapping.
* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabla a2

Regresión múltiple en pasos para predecir Desarrollo socioemocional bebé (Modelo moderado por clinical screening niño)

Predictor	*b*	*b* 95% CI [LL, UL]	*beta*	*beta* 95% CI [LL, UL]	Ajuste	Diferencia
Intercepto	27.75**	[22.07, 34.12]				
Depresión	-0.31	[-1.07, 0.61]	-0.12	[-0.38, 0.24]		
Tratamiento anterior	0.39	[-9.00, 9.87]	0.01	[-0.29, 0.31]		
Tratamiento actual	6.85	[-5.19, 17.97]	0.19	[-0.15, 0.49]		
					R^2 = .031 95% CI[.00,.25]	
Intercepto	29.98**	[24.35, 35.82]				
Depresión	-0.24	[-1.06, 0.69]	-0.09	[-0.39, 0.26]		
Tratamiento anterior	-5.90	[-14.83, 3.68]	-0.19	[-0.46, 0.12]		
Tratamiento actual	7.62	[-3.75, 17.84]	0.22	[-0.11, 0.49]		
Trauma materno	0.31*	[0.01, 0.63]	0.34	[0.01, 0.61]		
Clinical Screening N	0.39	[-0.06, 0.74]	0.27	[-0.04, 0.52]		
					R^2 = .181 95% CI[.00,.49]	ΔR^2 = .150* 95% CI[.02, .38]
Intercepto	29.64**	[24.42, 35.81]				
Depresión	-0.35	[-1.20, 0.57]	-0.13	[-0.44, 0.21]		
Tratamiento anterior	-5.41	[-15.48, 4.04]	-0.17	[-0.48, 0.13]		
Tratamiento actual	8.14	[-3.75, 18.58]	0.23	[-0.11, 0.50]		
Trauma materno	0.30*	[-0.02, 0.65]	0.33	[-0.02, 0.64]		
Clinical Screening N	0.38	[-0.03, 0.76]	0.26	[-0.02, 0.52]		
Trauma×Clin screen	0.02	[-0.01, 0.04]	0.15	[-0.10, 0.40]		
					R^2 = .203 95% CI[.00,.51]	ΔR^2 = .022 95% CI[.00, .13]

Nota: 95% IC estimados a partir de 5000 re-muestreos con Bootstrapping. * $p < .05$. ** $p < .01$

Tabla a3

Regresión múltiple en pasos para predecir Desarrollo socioemocional bebé (Modelo moderado por valores directos para sensibilidad materna)

Predictor	*b*	*b* 95% CI [LL, UL]	*beta*	*beta* 95% CI [LL, UL]	Ajuste	Diferencia
Intercepto	27.75**	[22.18, 34.24]				
Depresión	-0.31	[-1.06, 0.66]	-0.12	[-0.38, 0.25]		
Tratamiento anterior	0.39	[-8.99, 10.04]	0.01	[-0.29, 0.31]		
Tratamiento actual	6.85	[-4.92, 17.90]	0.19	[-0.14, 0.48]		
					R^2 = .031 95% CI[.00,.24]	
Intercepto	30.20**	[24.65, 36.04]				
Depresión	-0.32	[-1.11, 0.62]	-0.12	[-0.40, 0.23]		
Tratamiento anterior	-6.49	[-16.17, 3.46]	-0.21	[-0.51, 0.11]		
Tratamiento actual	7.65	[-3.41, 17.55]	0.22	[-0.10, 0.48]		
Trauma materno	0.33*	[0.03, 0.63]	0.36	[0.04, 0.63]		
Sensibilidad directa	5.19*	[0.89, 8.53]	0.33	[0.05, 0.58]		
					R^2 = .218* 95% CI[.10,.51]	ΔR^2 = .186** 95% CI[.03, .42]
Intercepto	30.11**	[24.58, 36.57]				
Depresión	-0.39	[-1.19, 0.56]	-0.14	[-0.44, 0.22]		
Tratamiento anterior	-6.27	[-16.14, 3.73]	-0.20	[-0.51, 0.12]		
Tratamiento actual	7.87	[-3.41, 18.31]	0.22	[-0.10, 0.49]		
Trauma materno	0.33*	[0.02, 0.66]	0.36	[0.02, 0.65]		
Sensibilidad directa	5.10*	[0.28, 8.60]	0.33	[0.02, 0.57]		
Trauma×Sens__D	0.09	[-0.20, 0.35]	0.09	[-0.16, 0.31]		
					R^2 = .224 95% CI[.00,.52]	ΔR^2 = .007 95% CI[.00, .07]

Nota: 95% IC estimados a partir de 5000 re-muestreos con Bootstrapping.
* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabla a4

Regresión múltiple en pasos para predecir Desarrollo socioemocional bebé (Modelo moderado por valores directos para sub

escala estructura)

Predictor	*b*	*b* 95% CI [LL, UL]	*beta*	*beta* 95% CI [LL, UL]	Ajuste	Diferencia
Intercepto)	27.75**	[22.34, 34.41]				
Depresión	-0.31	[-1.09, 0.64]	-0.12	[-0.39, 0.24]		
Tratamiento anterior	0.39	[-8.76, 9.77]	0.01	[-0.28, 0.30]		
Tratamiento actual	6.85	[-5.26, 18.64]	0.19	[-0.16, 0.49]		
					R^2 = .031 95% CI[.00,.24]	
Intercepto	29.18**	[23.73, 35.03]				
Depresión	-0.31	[-1.16, 0.57]	-0.12	[-0.41, 0.22]		
Tratamiento anterior	-4.16	[-14.07, 5.87]	-0.13	[-0.45, 0.19]		
Tratamiento actual	8.13	[-3.38, 18.46]	0.23	[-0.09, 0.50]		
Trauma materno	0.31*	[-0.00, 0.61]	0.34	[-0.00, 0.62]		
Estructura	2.95	[-2.15, 7.41]	0.20	[-0.14, 0.50]		
					R^2 = .153 95% CI[.00,.47]	ΔR^2 = .121* 95% CI[.01, .38]
Intercepto	29.16**	[23.62, 35.03]				
Depresión	-0.31	[-1.19, 0.60]	-0.11	[-0.43, 0.24]		
Tratamiento anterior	-4.18	[-14.74, 6.25]	-0.13	[-0.46, 0.20]		
Tratamiento actual	8.09	[-3.40, 18.94]	0.23	[-0.11, 0.51]		
Trauma materno	0.31*	[0.01, 0.65]	0.34	[0.01, 0.65]		
Estructura	2.93	[-2.60, 7.66]	0.19	[-0.16, 0.51]		
Trauma×Estructura	-0.03	[-0.41, 0.27]	-0.03	[-0.38, 0.25]		
					R^2 = .154 95% CI[.00,.50]	ΔR^2 = .001 95% CI[.00, .12]

Nota: 95% IC estimados a partir de 5000 re-muestreos con Bootstrapping.

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabla a5

Regresión múltiple en pasos para predecir Desarrollo socioemocional bebé (Modelo moderado por valores directos para sub escala intrusividad)

Predictor	*b*	*b* 95% CI [LL, UL]	*beta*	*beta* 95% CI [LL, UL]	Ajuste	Diferencia
Intercepto	27.75**	[22.26, 34.30]				
Depresión	-0.31	[-1.09, 0.61]	-0.12	[-0.38, 0.25]		
Tratamiento anterior	0.39	[-9.16, 9.45]	0.01	[-0.29, 0.29]		
Tratamiento actual	6.85	[-5.04, 18.16]	0.19	[-0.16, 0.48]		
					R^2 = .031 95% CI[.00,.24]	
Intercepto	29.44**	[23.98, 35.68]				
Depresión	-0.35	[-1.16, 0.59]	-0.13	[-0.42, 0.22]		
Tratamiento anterior	-3.91	[-13.76, 5.66]	-0.12	[-0.44, 0.18]		
Tratamiento actual	6.70	[-4.72, 17.69]	0.19	[-0.14, 0.49]		
Trauma materno	0.30*	[0.00, 0.63]	0.33	[0.00, 0.62]		
Intrusividad	3.34	[-1.18, 6.91]	0.21	[-0.07, 0.46]		
					R^2 = .160 95% CI[.00,.47]	ΔR^2 = .129* 95% CI[.02, .35]
Intercepto	29.50**	[23.83, 35.76]				
Depresión	-0.36	[-1.17, 0.58]	-0.13	[-0.42, 0.23]		
Tratamiento anterior	-3.85	[-13.19, 5.65]	-0.12	[-0.42, 0.19]		
Tratamiento actual	6.86	[-4.85, 18.04]	0.19	[-0.14, 0.50]		
Trauma materno	0.29*	[-0.02, 0.64]	0.32	[-0.03, 0.63]		
Intrusividad	3.15	[-1.43, 6.90]	0.20	[-0.09, 0.45]		
Trauma×Intrus.	0.12	[-0.16, 0.32]	0.12	[-0.13, 0.32]		
					R^2 = .173 95% CI[.00,.48]	ΔR^2 = .013 95% CI[.00, .08]

Nota: 95% IC estimados a partir de 5000 re-muestreos con Bootstrapping.
* $p < .05$. ** $p < .01$