



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**“RELACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS PARENTALES
VINCULARES Y LAS REPRESENTACIONES MENTALES DE
APEGO CON EL AUTOCONCEPTO EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS”**

TESIS

**Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Presenta

PAMELA FERNANDA REYES RODRÍGUEZ

**DIRECTORA
MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ**

**REVISORA
MTRA. SUSANA EGUÍA MALO**

**SINODALES
MTRA. LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO
MTRA. NANCY ANGÉLICA GARCÍA BARAJAS
MTRA. XÓCHITL BERENICE PADILLA MÁRQUEZ**



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Dios. Gracias por darme un verdadero propósito en la vida y darme dones para ayudar y amar a los demás. Por tanta gracia y amor en mi vida. Este éxito solo es una muestra más de tu amor por mí. No tengo palabras para expresar mi agradecimiento por tu obra y bondad en mi vida. Todo te lo debo a Ti mi Señor.

A German. Amor gracias por siempre creer en mí incluso cuando yo no lo hacía, por motivarme y enseñarme a disfrutar mi carrera y dejar un poco atrás mis afanes. Por todo tu apoyo y consuelo cuando me llenaba de miedos, quizá muchos de ellos no se hubieran ido sin tu ayuda. Por hacerme ver lo orgulloso que estás de mí. Por acompañarme en esta aventura. Gracias por querer compartir el resto de tus días conmigo. Y porque cumplir mis sueños a tu lado es mucho mejor. Te amo esposo, fuimos hechos el uno para el otro.

A mis papás. Mamá: gracias por darme la vida, por siempre haber dado todo por mí. Porque parte de este éxito es tuyo también, sé que Dios escogió a los mejores padres para mí y sin su ayuda no sería quien soy. Gracias por todos tus consejos, por siempre estar ahí cuando lo necesité. Por guiarme y tenerme paciencia y motivarme para ser una buena estudiante. Por darme el ejemplo con tu vida de cómo ser una guerrera y no rendirme, aunque ya no pueda más. Te amo preciosa. Papito: gracias por hacerme sentir siempre la más querida y toda una princesa. Por hacerme sentir que valgo. Por cada esfuerzo que hiciste por darme lo mejor, por siempre apoyarme en todos mis estudios y en todo lo que he necesitado. Por enseñarme a nunca decir no puedo y a esforzarme para luchar por lo que quiero. Te amo más que tú jiji.

A mi hermano. Nene, gracias por ser el mejor hermano, por ser mi compañero y ejemplo. Gracias por siempre estar ahí, cuidarme, enseñarme y amarme tanto. ¡Te quieroooooo!

A Elisa. Por acompañarme durante estos últimos 15 años de mi vida, ser mi confidente, mi paño de lágrimas, mi oído, mi consejera, mi mejor amiga. Gracias por apoyarme y estar ahí siempre que lo he necesitado, te quiero hermani. A Isa. Amix fue un placer haber compartido partes importantes de la carrera contigo. Gracias por ser mi ejemplo de responsabilidad y dedicación. Ojalá podamos seguir compartiendo muchas cosas más, porque hacemos un gran equipo. Te quiero 😊

A la Mtra. Verónica. Gracias por apoyarme en todo este proceso desde mi Servicio Social, por aceptar ser mi tutora, guiar mi trabajo y por sus grandes consejos y conocimientos. Gracias por su tiempo invertido en mí. Espero poder seguir aprendiendo de usted.

A mi revisora Mtra. Susana y mis sinodales Mtra. Angélica, Mtra. Xóchitl y Mtra. Laura. Gracias por todo su gran apoyo y disposición, por nutrir mi trabajo y también por el tiempo que me regalaron.

A la UNAM. Porque me ha permitido ser parte de una de las mejores Universidades durante siete años (espero serlo por más tiempo) y por haberme permitido cursar mis estudios.

Y a todos los niños, niñas, padres, madres, cuidadores e instituciones que participaron en este estudio, me dieron la oportunidad de que este proyecto fuera posible.

Índice

Resumen	1
Introducción.....	3
Capítulo I. Competencias Parentales Vinculares	12
1.1 Definición y términos asociados.....	12
1.2 Tipología.....	18
1.3 Abordaje de Competencias Parentales Vinculares.....	19
1.4 Evidencia Empírica.....	21
1.5 Modelos de intervención psicológica basados en la parentalidad positiva y competencias parentales.....	27
Capítulo II. Representaciones mentales de Apego en niños	37
2.1 Clasificaciones de Apego.....	37
2.2 Definición de las Representaciones Mentales de Apego.....	46
2.3 Desarrollo de los Modelos Operativos Internos (MOI).....	49
2.4 Evaluación e Instrumentos.....	51
2.5 Evidencia empírica.....	54
Capítulo III. Autoconcepto	57
3.1 Generalidades.....	57
3.2 Desarrollo del autoconcepto.....	68
3.3 Evidencia empírica e instrumentos.....	71
Capítulo IV. Método	78
4.1 Pregunta de investigación.....	78
4.2 Objetivos.....	78
4.3 Hipótesis.....	78
4.4 Variables.....	79
4.5 Tipo de estudio.....	80
4.6 Tipo de muestreo.....	80
04.7 Participantes.....	80
4.8 Instrumentos.....	82
4.9 Procedimiento.....	83
Capítulo V. Resultados	87
5.1 Análisis estadístico descriptivo.....	87
5.2 Análisis estadístico inferencial.....	98
5.3 Análisis cualitativo de la Entrevista de Apego para Niños (EAN).....	100
Capítulo VI. Discusión y Conclusiones	106

Referencias	116
Anexos.....	130

Resumen

La presente investigación tuvo dos objetivos, el primero analizar las relaciones que existen entre las Competencias Parentales Vinculares (CPV), las Representaciones Mentales de Apego (RMA) y el Autoconcepto. El segundo, ver si existe diferencia entre los resultados obtenidos en los instrumentos en los diferentes subgrupos de la muestra (normativo, de riesgo psicosocial y clínica). El primero se obtuvo de una escuela primaria de la CDMX, el segundo, de un albergue de la CDMX y un albergue de la ciudad de Mazatlán, y el tercero del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” logrando una muestra total de 87 niños y niñas de 6 a 12 años junto con sus padres, madres o cuidadores. Se evaluó a los padres o cuidadores mediante la Escala de Parentalidad Positiva (e2p) de Gómez & Muñoz (2015) para analizar sus CPV, y a los menores mediante la Entrevista de Apego para niños (EAN) (Sierra, Carrasco & Moya, 2011) para las RMA y la Escala de Autoconcepto (actual) de Muñiz & Andrade (1999). Se hicieron análisis de correlación de Spearman para evaluar las relaciones entre variables. Se encontraron correlaciones positivas y significativas de las RMA con las CPV, el autoconcepto y las Competencias Parentales Totales. Sin embargo, los coeficientes de correlación fueron muy pequeños, indicando que existen otras variables que influyen en el comportamiento de éstas. En cuanto a la comparación de muestras no se encontraron diferencias significativas. No obstante, de manera cualitativa se observaron diferencias en el tipo de respuestas entre subgrupos de la muestra, y entre las clasificaciones de patrón de apego asignadas mediante la EAN, así como en el número de indicadores de apego seguro e inseguro por muestra. Se concluye que existe relación entre las variables, la cual no es lineal, ni univariada; así que, para entender mejor la interacción entre dichas variables, se sugiere realizar estudios multivariados con muestras equiparables, en cuanto a tamaño y características sociodemográficas, siendo esto una de las aportaciones del estudio. Así como también, el hecho de haber brindado información sobre la relación entre las tres variables estudiadas, ya que existe poca sobre este tema en nuestro país. Además, aportó un acercamiento a cómo se comporta el apego en los niños y niñas de la CDMX, de lo cual también se tiene poca información, y sobre las Competencias Parentales Vinculares de los padres, madres y cuidadores, de donde surge la necesidad por sugerir intervenciones que fomenten el desarrollo de dichas competencias. Dentro de las limitaciones que se tuvieron fue que, por ser parte del estudio piloto para la adaptación y validación de la EAN en México, ésta no se aplicó con todos

los estándares ya adaptados a población mexicana. Una segunda limitación fue el tipo de muestreo, el tamaño y la falta de equivalencia de la muestra. Para futuras investigaciones se sugiere realizar análisis multivariados basados en los parámetros que arrojen la EAN ya estandarizada, con una muestra más grande y equiparable seleccionada mediante un muestreo aleatorio, y que se divida y analice con base en el patrón de apego que indique la EAN, incluyendo al tipo de escenario (normativo, clínico o de riesgo psicosocial) como una variable más en el estudio y no como forma de comparar las diferencias de las muestras.

Introducción

Las Competencias Parentales han sido un concepto relativamente reciente, que ha evolucionado, se ha conceptualizado e investigado por diversos autores, quienes fundamentan la importancia de éstas en su función para asegurar la supervivencia; su calidad para promover el desarrollo físico y psicológico de los menores; estimular la capacidad de socialización; responder a las necesidades de los niños; proporcionar pautas educativas que se adapten a la sociedad y sean funcionales; construir un vínculo afectivo saludable; generar autocontrol, promover la resiliencia y el autoconcepto; y prevenir el desarrollo de psicopatología, entre otras (Acevedo, de León & Delgadillo, 2018; Mauricio, 2016; Pinto, Sangüesa & Silva, 2012; Sallés & Ger, 2011; Rodrigo, Martín, Cabrera & Máiquez, 2009).

Son un concepto integrador que tiene sus bases en el enfoque de la Parentalidad Positiva. La Parentalidad hace referencia al despliegue de las funciones de cuidado y educación de los hijos/as asignada a padres y/o madres (Consejo de Ministros de Europa, 2006, citado en Vázquez, 2015). Parentalidad Positiva por su parte, se refiere a que “el comportamiento de padres y madres se orienta al desarrollo pleno del menor a través de la no violencia, el cuidado, el reconocimiento, la orientación y el establecimiento de límites” (Consejo de Ministros de Europa, 2006, citado en Vázquez, 2015, p.50).

Como parte de los antecedentes, Vázquez (2015), propone tres perspectivas teóricas del modelo de la Parentalidad Positiva. La unidireccional, que integra las capacidades parentales, la teoría del apego, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estilos parentales; la bidireccional, donde se relaciona el comportamiento de los hijos(as) con habilidades parentales y el multifactorial que aborda el contexto, recursos parentales y las características del niño.

Asimismo, el concepto de Competencias Parentales ha evolucionado con el tiempo, destacando las siguientes definiciones. Bronfenbrenner & Evans (2000, citado en Vergara, 2016), las describen como la adquisición demostrada y el desarrollo de conocimientos y capacidades para conducir el comportamiento parental propio, a través de diversas situaciones de la vida familiar y la crianza y en las distintas dimensiones (física, cognitiva, comunicativa, socio emocional) del desarrollo del niño o niña, con la finalidad última de garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos humanos. Luego, Bayot, Hernández & De Julián, (2005 citado en Domínguez, Fortich & Rosero,

2018, p. 230), definen a las Competencias Parentales como *“las actitudes y los comportamientos positivos que realizan habitualmente las figuras parentales; considerando que este proceso ejerce su influencia en los comportamientos futuros y en la conformación de la personalidad de los infantes.”* Posteriormente, Rodrigo, et al. (2009, p. 115) describen que las CP son:

Aquel conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas y con los estándares considerados como aceptables por la sociedad, y aprovechando todas las oportunidades y apoyos que les brindan los sistemas de influencia de la familia para desplegar dichas capacidades.

Se suma también la siguiente definición propuesta por Barudy & Dantagnan (2010), quienes dicen que son: *“las capacidades prácticas que tienen las madres y padres (o personas adultas significativas), para cuidar, proteger y educar a sus hijos y asegurarles un desarrollo suficientemente sano”*. Para los autores el poseer estas competencias dependerá de factores biológicos y hereditarios que a su vez son controlados por el contexto social, la cultura y las experiencias de vida presentes y pasadas y hacen una distinción importante entre parentalidad biológica y parentalidad social, la primera se refiere exclusivamente a la capacidad para procrear y la segunda está dirigida a las competencias de los padres para orientar y criar a sus hijos.

En el 2015, Gómez y Muñoz generan la siguiente definición con la que se realizó la Escala de Parentalidad Positiva (e2p), instrumento utilizado en la presente investigación. Para ellos las competencias parentales son definidas como *“la adquisición y continua evolución de conocimientos, actitudes y destrezas para conducir el comportamiento parental propio, a través de diversas situaciones de la vida familiar y la crianza y en las distintas dimensiones y necesidades (física, cognitiva, comunicativa, socioemocional) del desarrollo del niño o niña, con la finalidad última de garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos humanos”* (Gómez & Muñoz, 2015, p. 6).

Dentro de la definición de Gómez & Muñoz (2015), se integran las Competencias Parentales Vinculares, variable que se evalúa en el presente estudio y se miden a través de la misma Escala de Parentalidad Positiva (e2p). Las conceptualizan como la capacidad de los padres o cuidadores para generar un apego seguro con sus hijos y están compuestas

por: la sensibilidad parental, es decir, la capacidad parental para leer e interpretar las señales comunicativas del niño. La mentalización, o poder interpretar el comportamiento de los hijos, atribuyendo estados mentales como creencias, sentimientos actitudes o deseos, a la conducta observada en éstos. La calidez emocional, o sea, la demostración consistente de afecto y buenos tratos al niño. Por último, el involucramiento parental: *“la capacidad parental para mantenerse interesado, atento y conectado con las experiencias y actividades cotidianas del niño/a, participando activamente en su desarrollo”* (Gómez & Muñoz, 2015, p.7).

El incluir esta variable en la investigación se fundamenta en los resultados de investigaciones recientes que han contribuido a comprender que las Competencias Parentales Vinculares de los padres o cuidadores influirán en el desarrollo de un apego seguro (Gómez & Muñoz, 2015), y a su vez el tipo de apego que perciben los menores de su interacción con sus padres o cuidadores influye en el desarrollo del autoconcepto en los niños (Martínez-Festorazzi et al., 2011; Fresno et al., 2012).

También, la relevancia de analizar las Competencias Parentales Vinculares se relaciona con que las Representaciones Mentales de Apego y el Autoconcepto, son variables intrapersonales, es decir, muestran solamente la propia percepción del menor, por tal motivo, en este estudio se pretende analizar también el nexo con una variable interpersonal, o sea, una variable que también aborde los conocimientos, actitudes y habilidades que los padres o cuidadores perciben tener para desarrollar un apego seguro (Competencias Parentales Vinculares). De ahí, que una de las contribuciones de este estudio de investigación, es que permitirá conocer la correlación entre estas tres variables (Representaciones Mentales de Apego, Competencias Parentales Vinculares y Autoconcepto), e incluye una evaluación multinformante, pues los resultados consideran tanto la percepción del niño como la de los padres o cuidadores primarios.

En cuanto a las representaciones mentales de apego, encontramos como antecedentes las bases de la teoría del apego, donde John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista formado bajo la supervisión de la psicoanalista Melanie Klein y pionero sobre este tema, se centra en la importancia de los lazos afectivos bidireccionales establecidos por el ser humano con sus primeros cuidadores, quien de pequeño activará ciertas conductas ante situaciones que le generen estrés o algún tipo de amenaza, esperando que su cuidador responda de manera adecuada para poder satisfacer sus necesidades (Landy, 2009).

Según Bleichmar (2005), su trabajo se basó en los siguientes acontecimientos: en 1944, estudia a jóvenes delincuentes con un gran déficit afectivo, quienes tenían historias de prolongadas separaciones y deprivaciones del cuidado de sus padres; el trabajo junto con Joselyn y James Robertson, de las grabaciones durante cuatro años, del impacto sufrido por niños de entre 17 y 48 meses, al ser separados de sus padres y enviados a una residencia. La observación de Harlow de monos separados de su madre, quienes fueron criados por dos especies de cilindros, uno daba alimento mediante un biberón y el otro se encontraba cubierto de felpa suave; descubriendo que los monos iban con el alambre que les brindaba alimento cuando sentían hambre, pero al sentir miedo, lo hacían con el cilindro afelpado. Por último, los estudios de Lorenz en 1958 sobre el *imprinting* en las crías de patitos que podían ser condicionados para seguir a una figura mecánica.

De modo que según Landy (2009), Bowlby define a la conducta de apego como cualquier forma de proximidad a otro, a quien se identifica como mejor preparado para afrontar la experiencia. Asimismo, propone que este apego con la madre o cuidador primario se forma a partir de sistemas o respuestas de comportamiento que son desarrollados durante el primer año de vida, asegurando la supervivencia y atrayendo la atención de los cuidadores. Dichos comportamientos incrementan hacia una figura o cuidador específico alrededor de los seis meses de edad.

Según Chamorro-Noceda (2012), Bowlby propone tres postulados básicos sobre el apego:

1. Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.

2. La confianza se va adquiriendo gradualmente con los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.

3. Las diferentes expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Mary Ainsworth, la segunda gran pionera en el estudio del apego, continuó con los trabajos de Bowlby. Sus estudios se llevaron a cabo en hogares de Uganda, Kampala en 1963 y Baltimore, E.U.A en 1978, realizó observaciones naturalistas de la interacción

entre madres e hijos y creó un procedimiento de laboratorio, conocido como la famosa “situación extraña” (Landy,2009). De este experimento surge la importante clasificación de las relaciones entre cuidadores e infantes, es decir, del apego.

Este procedimiento tenía el objetivo de evaluar la conducta observable del niño ante la separación y el reencuentro con su cuidador (Monteserín, 2012).

Según Bleichmar (2005) contaba cuatro parámetros de evaluación:

- 1) Búsqueda de proximidad
- 2) Evitación de proximidad
- 3) Mantenimiento del contacto
- 4) Resistencia al contacto

Y ocho pasos o momentos de observación (Carlson & Causadias, 2014):

- 1) Cuando el infante se encuentra solo con su cuidador.
- 2) Al estar con su cuidador y el bebé explora el espacio y si es necesario el cuidador participa.
- 3) Cuidador y bebé, seguido de la entrada de la persona extraña, que juega con el bebé por un tiempo.
- 4) La primera separación. El cuidador se va y deja al bebé solo con la persona extraña.
- 5) Primera reunión. El cuidador regresa y la persona extraña se marcha.
- 6) Segunda separación. El cuidador se va y deja solo al infante.
- 7) La persona extraña regresa a la habitación e interactúa con el bebé de ser necesario.
- 8) Segunda reunión y final del procedimiento. El cuidador regresa y la persona extraña se marcha.

Ainsworth observó que los bebés, cuyas madres eran sensibles y respondían adecuadamente a las señales del bebé en casa, presentaban una conducta exploratoria frente a ellas, cuando ésta abandonaba la habitación la seguían y se alteraban y posteriormente cuando regresaba se acercaban a ella y buscaban su contacto y regresaban a la exploración en el laboratorio, clasificando a estas díadas como seguras (Carlson & Causadias, 2014).

Un segundo grupo de bebés se veía muy afectado durante la separación con la madre, una vez que regresaban las madres, buscaban contacto con ella, pero también mostraban señales de enojo y resistencia, llorando de forma que no se podía controlar mediante el contacto, denominando a esta diada como resistente. El tercer grupo fue clasificado como evitativo, mostrándose independiente e inalterable por la separación, e indiferente ante la presencia de la madre. La observación en el laboratorio de este grupo parecía contradecir la conducta observada de llanto y aferramiento a la madre en el hogar, no obstante, eran similares a bebés que habían experimentado separaciones importantes dejando a un lado la “perturbación emocional” para disfrazar el haberse sentido heridos y enojados (Carlson & Causadias, 2014).

También aportó que la calidad de apego de un niño hacia su cuidador está en función de la forma en la que el cuidador responde a las señales del menor en el primer año (Landy, 2009) y planteó el concepto de *sensibilidad materna* para referirse a la habilidad de la madre para estar atenta a las señales del infante, interpretarlas correctamente y responder pronta y apropiadamente (Salinas-Quiroz, Morales-Carmona, Juárez-Hernández, de Castro, Posada & Carbonell, 2015).

Un aspecto crucial en la teoría del apego fue la descripción de la forma en que se va estableciendo el apego: las representaciones mentales de apego, con base en esto denominó los Modelos Operativos Internos (MOI), que basados en su definición se podría encontrar alguna relación con el autoconcepto, ya que se refieren a la representación mental de la experiencia vincular que permite el desarrollo de expectativas sobre sí mismo, pero también sobre los otros, generando una anticipación o predicción del comportamiento de los otros específicamente en las interacciones con uno mismo (Salinas, 2017), y comprenden aspectos afectivos y cognitivos que permiten evaluar las experiencias y comportamientos del individuo y representarse a sí mismo, a su cuidador y la relación entre ambos, permitiendo hacer predicciones mentales del comportamiento de su cuidador y otros, pero también de las conductas, pensamientos y emociones del self o sí mismo (Fresno, Spencer & Retamal, 2012).

Además, se menciona que dependen de las respuestas por parte del cuidador a las necesidades del niño (Fresno, Spencer & Retamal, 2012) y que son el mecanismo por el cual los niños traducen las experiencias de cuidado en un patrón de apego mediante representaciones mentales basadas en la experiencia del comportamiento probable de sus cuidadores (Bowlby, 1969; 1982; 1973; 1980, citado en Sherman, Rice & Cassidy, 2015).

Lo descrito anteriormente pone al descubierto lo fundamental de las respuestas por parte de los padres, por tal motivo, se pretende evaluar si existe alguna relación con las Competencias Parentales Vinculares, que como se mencionó son aquellas que buscan promover un apego seguro en el niño.

Por su parte, el autoconcepto en el ser humano es un elemento crucial para un buen desarrollo (Shavelson, et. al, 1976; Esnaola, et al., 2008; Cazalla-Luna & Molero, 2013), este constructo ha sido abordado por muchos teóricos y ha tenido diversas transformaciones en su concepción. En cuanto al desarrollo del autoconcepto infantil y por consiguiente su estructuración en etapas más avanzadas (adolescencia y adultez), se ha demostrado que la influencia de los padres afecta directamente a la calidad de éste (Centurión, 2018; Molina et al., 2017; Solano, 2016; Fuentes et al., 2015; Barudy & Dantagnan, 2010, Clerici & García, 2010) ya que parte de la formación del autoconcepto está dada por la experiencia y el tipo de interacción (positiva o negativa) que el menor tiene con su ambiente social, principalmente con las personas más significativas como los son los padres o cuidadores (Barudy & Dantagnan, 2010).

Asimismo, ha sido relacionado con el tipo de vínculo o apego que se desarrolla entre cuidadores principales e hijos, y se observa que el tipo de apego influye en la interacción que surge entre cuidador e hijo (Bowlby, 1982 citado en Landy, 2009). Por tanto, en este trabajo se hipotetiza que la percepción que el menor tiene de esta vinculación con sus cuidadores primarios, lo que actualmente se aborda como Representaciones Mentales de Apego, influye en el autoconcepto de los niños (Fresno et al., 2012). Dicha relación entre las Representaciones Mentales del Apego y el autoconcepto ha sido poco estudiada, se encuentra sólo el reporte de estudios en España, como sugiere Fresno et al., (2012), por lo que surge la necesidad de ampliar la investigación al respecto.

Por otra parte, la presente investigación pretende comparar tres distintos subgrupos de la muestra: normativo, de riesgo psicosocial y clínico, lo que aporta una mayor consistencia, en donde según la literatura (Sierra et al., 2011; Moya, Carrasco & Sierra, 2018) se espera que haya diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las tres variables: autoconcepto, representaciones mentales del apego y competencias parentales vinculares.

Es decir, se ha documentado que los niños institucionalizados (subgrupo de riesgo psicosocial), quienes han tenido experiencias de abandono, maltrato físico, psicológico y/o sexual, carencias socioafectivas tempranas, condiciones de pobreza extrema, entre otros, presenten un autoconcepto distorsionado y/o devaluado (Arce et al., 2010; Morelato et al, 2011), apego inseguro (Cobos, Loaiza & Chang, 2009; Jimeno, 2017; Mansilla, Olaya & Picazo, 2018; Toledo, 2018) y sus padres/cuidadores pobres competencias parentales vinculares (Rodrigo, et al., 2009; Barudy & Dantagnan, 2010; Mesías, 2014; Morelato, Giménez, Vitaliti, Casari y Soria, 2015) . Asimismo, se han asociado niveles deficientes en estas variables con mayor probabilidad de psicopatología (Arratíbel, 2012; Jimeno, 2017, Padilla, 2017).

Con base en lo descrito anteriormente por la literatura, en el presente estudio se evaluó mediante tres instrumentos: Escala de Parentalidad Positiva (e2p) (Gómez & Muñoz, 2015), Entrevista de Apego para Niños (Sierra, Carrasco & Moya, 2011) y Escala de Autoconcepto (actual) (Muñiz & Andrade, 1999), la posible relación entre las Competencias Parentales Vinculares, las Representaciones Mentales del Apego y el Autoconcepto, para poder entender el comportamiento de dichas variables en la muestra evaluada, observar si como se supone bajo lo encontrado en el estado del arte, estas variables se influyen entre sí y poder comprender si el escenario en el que se sitúa cada participante influye en algo a dichas variables.

Es importante mencionar que el presente estudio, forma parte de un proyecto Iberoamericano, donde se mantiene contacto entre México y España, bajo el cual también se trabaja para la validación y adaptación a población mexicana de la Entrevista de Apego para Niños (EAN), situación que aportará información relevante para la ampliación de futuras investigaciones.

De este modo, el documento queda conformado por el marco teórico que abarca el capítulo uno que habla sobre las Competencias Parentales y se incluye un apartado específico abordando las Competencias Parentales Vinculares que son las principales como objeto de estudio. Continúa el capítulo dos, que aborda el apego y las representaciones mentales de apego. Finalmente, el capítulo tres que habla sobre el autoconcepto.

En seguida se encuentra el capítulo cuatro (Método), donde se describe todo el procedimiento que se llevó a cabo para poder realizar esta investigación. Después el

capítulo cinco, donde se plasman todos los resultados encontrados, tanto de estadística descriptiva e inferencial, así como hallazgos cualitativos importantes sobre la Entrevista de Apego para Niños. Y se concluye con el capítulo seis, sobre las discusiones y conclusiones que arrojó la presente investigación.

Capítulo I. Competencias Parentales (CP)

Las Competencias Parentales son un concepto que ha sido estudiado y abordado por diversos autores, según Cárdenas & Schnettler (2015) entre los principales se encuentran: Rodrigo, Martín, Cabrera & Máiquez (2009), White (2009), Azar & Weinzierl (2009), Barudy & Dantagnan (2005; 2010) y Azar y Cote (2012).

En su generalidad, los diferentes investigadores han enfatizado las funciones y propósitos que tienen las competencias parentales, quienes mencionan su función para asegurar la supervivencia, promover el desarrollo físico y psicológico de los menores; estimular la capacidad de socialización; brindar respuesta a las necesidades de los niños; proporcionar pautas educativas que se adapten a la sociedad y sean funcionales; permitir la construcción de un vínculo adecuado; generar autocontrol, promover la resiliencia y el autoconcepto; prevenir el desarrollo psicopatológico (Rodrigo, Martín, Cabrera & Máiquez, 2009; Sallés & Ger, 2011; Pinto, Sangüesa & Silva, 2012; Mauricio, 2016; Acevedo, de León & Delgadillo, 2018).

1.1 Definiciones

Para poder comprender lo que son las Competencias Parentales y no confundirlas con conceptos similares, es necesario hacer una revisión sobre estos, y entender cuál es la diferencia con las CP. Por tal motivo, a continuación, se describirán los conceptos relacionados.

Estilos de crianza

La definición de los Estilos de crianza es la siguiente: “Esquemas prácticos que reducen las pautas educativas a unas pocas dimensiones básicas, que, cruzadas entre sí dan como resultado diversos tipos de educación parental (Coloma, 1993, citado en Capano & Ubach, 2013).

Algunos de los sinónimos que se relacionan con este concepto dentro de la literatura son prácticas de crianza, pautas de crianza y estilos educativos (Torío, Peña & Rodríguez, 2008; Capano & Ubach, 2013; Jorge & González, 2017; Casais, Flores & Domínguez, 2017).

Según Casais, Flores & Domínguez (2017) y Jorge & González (2017) el surgimiento de los estilos de crianza aparece con Schaefer (1959), quien presenta un

modelo con dos dimensiones: amor vs hostilidad y autonomía vs control. Continuando Baumrind (1967), quien dentro de su tipología propone los estilos permisivo, autoritario y autoritativo. Posteriormente se unen Maccoby & Martin (1983), y agregan al modelo de Baumrind el estilo negligente.

Es así que surgen lo que actualmente se conoce como Estilos o Prácticas de crianza, los cuales son el resultado de la combinación que utilizan los padres de Afecto/Comunicación y Control/Exigencia (Franco, Pérez & de Dios, 2014; Casais, Flores & Domínguez, 2017; Jorge & González, 2017). Afecto/Comunicación, se refieren al amor, aprobación, aceptación, escucha y ayuda que se les brinda a los hijos y el Control/Exigencia la manera en que se establecen límites y se vela por el cumplimiento de las normas establecidas, así como la manera en que controlan o supervisan el comportamiento de sus hijos (Capano & Ubach, 2013).

Se describe a continuación una breve explicación de cada uno de los cuatro estilos:

Estilo autoritario: se caracteriza por manifestar alto nivel de control y de exigencias de madurez y bajos niveles de comunicación y afecto explícito (Ramírez, 2008; Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Estilo permisivo: caracterizados por un nivel bajo de control y exigencias de madurez, pero con un nivel alto de comunicación y afecto. Se caracterizan precisamente por el afecto y el dejar hacer (Ramírez, 2008; Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Estilo democrático o autoritativo: presentan niveles altos en comunicación, afecto, control y exigencias de madurez. En consecuencia, son afectuosos, refuerzan el comportamiento, evitan el castigo y son sensibles a las peticiones de atención del niño; no son indulgentes, sino que dirigen y controlan siendo conscientes de los sentimientos y capacidades; explican razones no rindiéndose a caprichos y plantean exigencias e independencia (Ramírez, 2008; Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Estilo negligente: los padres no son receptivos ni exigentes y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes. Al niño se le da tan poco como se le exige, pues los padres presentan unos niveles muy bajos en las cuatro dimensiones: afecto, comunicación, control y exigencias de madurez (Ramírez, 2008; Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Prácticas parentales

Fueron definidas por Darling y Steinberg (1993, citado en Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013) como mecanismos que utilizan los padres directamente hacia las metas de socialización del niño y adolescente.

Su análisis permite estudiar comportamientos específicos de los padres para establecer o influir en conductas particulares de los hijos que pueden estar relacionadas con la escuela, las tareas del hogar o las habilidades sociales por nombrar algunas (Segura, Vallejo, Osorno, Rojas & Reyes, 2011).

Maccoby & Martin (1983, citados en Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013) proponen dos dimensiones centrales en las prácticas parentales: 1) el control, exigencia parental o presión que los padres utilizan sobre sus hijos para el alcance de determinados objetivos, así como sus metas; y 2) el apoyo, responsabilidad, sensibilidad y calidez en la respuesta parental ante las necesidades de sus hijos.

Derivado de lo anterior los términos relacionados a este concepto son:

Control Conductual: conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de las actividades de estos (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

Control Psicológico: conducta, donde los padres son intrusivos y manipulan los pensamientos, emociones y cariño de sus hijos, usando estrategias como crítica excesiva, retiro del afecto, inducción de culpa, comunicación restringida e invalidación de sentimientos (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

Apoyo: es un elemento del afecto, y se refiere a la sensibilidad parental, a la calidez y al grado en el que los padres fomentan intencionalmente la individualidad, la autorregulación y la presunción (Darling, 1999, citado en Casais, Flores & Domínguez, 2017)

Otros términos que agregan posteriormente otros autores son:

Autonomía: hace referencia a la promoción por parte de los padres de la individualidad de sus hijos, lo que genera un buen ajuste por parte de éstos. Pero es importante recordar que los excesos no son buenos, por lo que el brindar un exceso de

autonomía guarda relación con experiencias familiares de evitación, rechazo y desvinculación afectiva (Oliva & Parra, 2001, citados en Meier & Oros, 2012).

Aceptación: “La aceptación implica compromiso y afecto. Los padres aceptantes se caracterizan por mantener una actitud cálida y sensible a las necesidades de sus hijos, proximidad en momentos de crisis o tensión, comunicación, compañía, atención, expresiones de afecto y protección (Richaud de Minzi, 2002, citado en Meier & Oros, 2012, p.75)”.

Además de los anteriores, de la Escala de Prácticas Parentales, desarrollada por Andrade & Betancourt (2008, citado en Betancourt & Andrade, 2011), surgen los términos de Imposición, que se refiere al grado en que los padres imponen sus creencias y conductas al hijo; y Comunicación, es decir, el nivel de comunicación que se logra establecer entre padres e hijo.

Entre las diferencias con los estilos o prácticas de crianza Darling & Steinberg (1993, citado en Casais, Flores & Domínguez, 2017), mencionan que “los estilos de crianza se visualizan como la constelación de actitudes hacia el niño que genera un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres, mientras que las prácticas parentales son aquellos comportamientos definidos por contenidos específicos y metas de socialización”

Asimismo, Hernández-Guzmán, González-Montesinos, Bermúdez-Ornelas, Freyre, & Alcázar-Olán (2013) concluyen que la diferencia principal entre los estilos educativos parentales (prácticas de crianza) y las prácticas parentales es que, mientras el estilo educativo parental es considerado como un patrón de respuestas o como un conjunto general de actitudes en el cual se enmarcan los comportamientos parentales, las prácticas parentales son las conductas específicas de los padres en cada situación.

Habilidades parentales

Este término ha sido estudiado por diversos autores, sin embargo, a pesar de que es utilizado no brindan una definición como tal para habilidades parentales, pero se encuentran las dos siguientes:

La primera describe que son las conductas de parte de los progenitores, necesarias para lograr una satisfactoria y sana crianza de sus hijos e hijas, durante el desarrollo, que parecen seguir una secuencia ordenada de interacciones en la comunicación parento-filial

(Golombok, 2000; Ramírez, 2003; Ramírez, Ibáñez & De Luis, 1994, citado en Ramírez-Acuña, 2008).

La segunda es la propuesta por Barudy & Dantagnan (2010), quienes diferencian la composición de las Competencias Parentales, entre habilidades y capacidades parentales. Definiendo a las habilidades parentales como la plasticidad de los progenitores y/o padres. Ésta les permite dar respuestas a las diferentes etapas de desarrollo, se pueden aprender, ya que no son biológicas. Dentro de este abordaje se encuentra la Función nutricional, Función socializadora y Función educativa.

Por otro lado, según Ramírez-Acuña (2008), son requeridas en todas las etapas del desarrollo humano, con las particularidades de cada edad, individuo y contexto y propone las siguientes:

De cuidado básico como habilidades para: Dar, expresar y recibir afecto; Escuchar activamente; La comunicación verbal y/o no verbal; El cuidado físico y de la higiene, entre otras.

Manejo de estrés como habilidades para: Dar estabilidad emocional; El autocuidado; La relajación; La recreación, etc.

De autocontrol, habilidades para: Estabilidad emocional; Control de impulsos; Percepciones adaptativas (intuición); Juicio interpretativo positivo sobre las actividades de los hijos, entre otras.

Sociocognitivas, como habilidades para: Contextualizar o dar una perspectiva a las situaciones cotidianas; Posibilidad de análisis, reflexión y flexibilidad para ver otras opciones en la resolución de conflictos (Negociación); Expectativas apropiadas en relación con las capacidades reales del niño(a).

Interacción social, habilidades para: La resolución de problemas interpersonales; La expresión y reconocimiento de las emociones; La asertividad en los distintos contextos.

Estas habilidades son evaluadas y abordadas frecuentemente para el requerimiento jurídico o forense de evaluación a los padres para aspectos relacionados con la custodia, adopción, investigación del desarrollo familiar, entre otros (Ramírez-Acuña, 2008; Astudillo, Gálvez, Retamales, Rojas & Sarria, 2010; Pérez, 2010).

Parentalidad Positiva

Bernal & Sandoval (2013), exponen que el término de Parentalidad no aparece en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, sin embargo, es un constructo de sumo interés en las investigaciones recientes (culturales, educativas, políticas entre otras), que se utiliza para describir la relación que se espera entre padres e hijos.

Bornstein (1995, citado en Vargas & Arán, 2014) dice que la parentalidad se refiere a las actividades que realizan el padre y la madre en el proceso de cuidado, socialización, atención y educación de sus hijos e hijas; es un proceso biológico y psicosocial. Según Eraso, Bravo & Delgado (2006, p. 1), es definida como “los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social, y las oportunidades de estimulación y aprendizaje de los hijos”.

Por su parte, Rodrigo, Máiquez, Martín & Rodríguez (2015) describe que en España a partir del Convenio Marco de Colaboración firmado entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) como parte de apoyo a la familia se habla de la Parentalidad Positiva como un papel integrador en la familia y sociedad. De aquí surge la definición de tal concepto que se entiende como el “comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño” (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2006, citado en Rodrigo et al, 2015, p. 50).

De ahí surgen sus distintos componentes:

Afecto: Mostrar amor, sentimientos positivos de aceptación y gozo hacia los hijos; Estructuración: Crear un ambiente con rutinas y hábitos bien establecidos; Estimulación: Proporcionar apoyo y guía al aprendizaje formal e informal de los hijos; Reconocimiento: Mostrar interés por su mundo y tener en cuenta sus ideas en las decisiones familiares; Capacitación: Ser capaces de ir modificando la relación con los hijos a medida que éstos crecen; Libre de violencia: Excluir cualquier forma de violencia física o verbal contra los hijos (Rodrigo et al., 2015).

Rodrigo et al. (2015, p.5) mencionan que: “La parentalidad positiva plantea la necesidad de ejercer control parental basado en el afecto, el apoyo, la comunicación, la estimulación y la estructuración en rutinas, en el establecimiento de límites, normas y consecuencias, así como en el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de los hijos.”

Este último concepto, es de suma importancia, ya que es la base para la definición de las Competencias Parentales (CP). Así, al revisar estos términos relacionados se plantea que las CP son un concepto integrador, diferente a los anteriores porque no sólo se centra en aspectos conductuales de los padres, sino en una serie de capacidades prácticas de estos y focaliza la atención en el pleno desarrollo del niño y el cuidado de sus derechos humanos, temas que se abordarán con mayor profundidad en los siguientes apartados.

1.2 Tipología

Según la definición más reciente de Gómez & Muñoz (2015), se propone la evaluación de cuatro CP, que se describirán a continuación:

Competencias Parentales Vinculares: *“conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza dirigidas a promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los niños y niñas.”* Cuyos componentes son la Mentalización, la Sensibilidad Parental, Calidez Emocional e Involucramiento (Gómez & Muñoz, 2015, p. 6). Éstos serán abordados con mayor profundidad en el apartado de *Abordaje de Competencias Parentales Vinculares*.

Competencias Parentales Formativas: *“conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza dirigidas a favorecer el desarrollo, aprendizaje y socialización de los niños y niñas.”* Sus componentes son la estimulación del aprendizaje, guía, orientación y consejo, normas y hábitos mediante una disciplina positiva y la socialización (Gómez & Muñoz, 2015, p. 8).

Competencias Parentales Protectoras: *“conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza dirigidas a cuidar y proteger adecuadamente a los niños y niñas, resguardando sus necesidades de desarrollo humano, garantizando sus derechos y favoreciendo su integridad física, emocional y sexual.”* Con los componentes de: cuidados cotidianos, garantía de seguridad física, emocional y

psicosexual, organización de la vida cotidiana y búsqueda de apoyo social (Gómez & Muñoz, 2015, p. 9).

Competencias Parentales Reflexivas: “conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza que permiten pensar acerca de las influencias y trayectorias de la propia parentalidad, monitorear las prácticas parentales actuales y evaluar el curso del desarrollo del hijo/a, con la finalidad de retroalimentar las otras áreas de competencia parental”. Con los componentes siguientes: anticipar, monitorear, meta-parentalidad y autocuidado parental (Gómez & Muñoz, 2015, p. 10).

1.3. Abordaje de Competencias Parentales Vinculares

Como se describió anteriormente la definición más actual de Competencias Parentales es la brindada por Gómez & Muñoz (2015). En este apartado se profundizará en la definición de una de las competencias parentales que evalúa la Escala de Parentalidad Positiva e2p, desarrollada por estos mismos autores, las Competencias Parentales Vinculares.

Para comprender dicha definición es necesario primero hablar sobre las bases de la escala. Gómez & Muñoz (2015) describen que está formada con base en tres marcos teóricos: la teoría ecosistémica del desarrollo humano, la teoría del apego y la teoría de la resiliencia humana.

Asimismo, mencionan que el enfoque por el cual los tres anteriores pueden estar conectados es el de *Parentalidad Positiva* (Rodrigo, et al., 2009; Rodrigo, Máiquez & Martín, 2010). Es bajo este enfoque que se sitúa dicha escala y que se diferencia de las demás que están compuestas bajo un marco teórico que proviene de la psicología social o bien de modelo cognitivos-conductuales (Gómez & Muñoz, 2015).

Ahora bien, las Competencias Parentales Vinculares son la primera división de la escala y están definidas como: “*el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza dirigidas a promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los niños y niñas.*” (Gómez & Muñoz, 2015, p. 6).

Además, describen que las Competencias Parentales Vinculares son demostradas a través de las *prácticas de crianza socioemocionales* que son las que explora la escala.

Para el abordaje de las *prácticas de crianza socioemocionales* citan a Bornstein & Putnick (2012) quienes evalúan dos tipos de crianza las cognitivas y las socioemocionales, definiendo las segundas como las prácticas que incluyen actividades que involucran a los niños en las interacciones interpersonales.

También mencionan que incluyen conductas visuales, verbales, afectivas y físicas para involucrar a los niños en intercambios interpersonales utilizando recursos como besos, caricias para consolarlos, sonrisas, vocalizaciones y contactos lúdicos cara-a-cara, que a su vez implica la apertura, la escucha y la cercanía emocional, que permiten que los padres hagan que sus hijos se sientan valorados, aceptados y aprobados (Bornstein & Putnick, 2012; Gómez & Muñoz, 2015). Asimismo, fundamenta la interacción y comunicación interpersonal, apoya la regulación del afecto y las emociones y modela las relaciones sociales de los niños con los demás (Bornstein & Putnick, 2012).

Luego escriben sobre la información que ha proporcionado la investigación sobre la fuerte asociación de estos tipos de procesos de parentalidad con la constitución de un apego seguro, inseguro o desorganizado en los niños y a su posterior desarrollo socioemocional y bienestar (Gómez, Muñoz & Santelices, 2008; Lecannelier, Ascanio, Flores & Hoffman, 2011; Schore, 2001; Santelices et al., 2012; Roggman et al., 2013, citados en Gómez & Muñoz 2015).

Están formadas por cuatro componentes que se insertan en su modelo de *sensibilidad parental*, en el que se incluye el “*circuito de identificación e interpretación de las señales comunicativas del hijo/a y respuesta adecuada y contingente*” (Ainsworth et al., 1978; Santelices et al., 2012, citado en Gómez & Muñoz, 2015), que las vuelve parte esencial de parentalidad en lactantes y en los procesos de crianza de la primera infancia. No obstante, ellos proponen que también deben ser fundamentales para la parentalidad con hijos preescolares y adolescentes.

El primer componente de estas competencias es la **mentalización**, definida como: “*la capacidad parental para interpretar el comportamiento del hijo/a, o niño a su cargo, mediante la atribución de estados mentales (creencias, sentimientos, actitudes, deseos) respecto a la conducta observada en el niño/a* (Fonagy & Target, 1997, citado en Gómez & Muñoz, 2015, p. 6).

El segundo componente es la **sensibilidad parental**, que es “*entendida como la capacidad parental para leer las señales comunicativas del niño, interpretarlas (es decir,*

mentalizar) y ofrecer una respuesta parental apropiada y contingente” (Ainsworth et al., 1978; Santelices et al., 2012, citado en Gómez & Muñoz, 2015, p. 6).

El tercero es la **calidez emocional**, cuya definición es: *“la capacidad parental para demostrar en forma consistente expresiones de afecto y buenos tratos al niño o niña”* (Gómez & Muñoz, 2015, p.7). El cuarto y último es el **involucramiento parental**, que se entiende como *“la capacidad parental para mantenerse interesado, atento y conectado con las experiencias y actividades cotidianas del niño/a, participando activamente en su desarrollo”* (Gómez & Muñoz, 2015, p. 7).

1.4 Evidencia empírica

A continuación, se describe los estudios que se han realizado para analizar diversos aspectos de las competencias parentales. No se encontraron estudios que evalúen únicamente a las competencias parentales vinculares por separado, por lo que se describe la investigación encontrada de manera general.

Las competencias parentales actualmente forman parte importante para la evaluación del vínculo entre padre e hijos que desembocará en un adecuado desarrollo en sus diversas esferas, biológicas, cognitivas, emocionales, conductuales, etc. (Pinto, Sangüesa & Silva, 2012). Asimismo, surge interés del ámbito legal como forma de evaluación y decisión de la custodia de los menores, realizar un proceso de adopción, evaluación de familia extensa, malos tratos y algunas otras circunstancias o situaciones que requieran de ejercer correctamente el rol de padres (Sallés & Ger, 2011; Pinto, Sangüesa & Silva, 2012; Cárdenas & Schnettler 2015).

Las evaluaciones deben de ir orientadas principalmente hacia los factores protectores o características positivas que tienen los padres o cuidadores, recordando que las CP son comprendidas bajo una perspectiva ecológica, sistémica y contextualizada (Granada & Domínguez, 2012).

Las competencias parentales han sido estudiadas y asociadas con diversos factores con el propósito de conceptualizarlas y evaluarlas (Rodrigo et al., 2009; Pinto, Sangüesa & Silva, 2012) como: calidad de vida (Urzúa, Godoy & Ocayo, 2011), reinserción social (Mauricio, 2016), violencia de género (Rosser, Suriá & Mateo, 2017), necesidades educativas especiales (Chávez, 2017), factores de resiliencia (Domínguez, Fortich &

Rosero, 2018) e inclusive con la relación con las funciones ejecutivas (Bernal-Ruiz, Rodríguez-Vera, González-Campos, & Torres-Álvarez, 2018), entre otras.

Pinto, Sangüesa & Silva (2012), realizaron una revisión de los diferentes enfoques teóricos y metodológicos de las Competencias Parentales, con el fin de elaborar una propuesta de evaluación de éstas. Su eje de definiciones son las propuestas por Barudy & Dantagnan (2010) y Rodrigo et al. (2008).

Posteriormente, explican la necesidad de evaluar las Competencias Parentales, ya que se ha encontrado que algunos padres, por diversos factores, no cuentan con las características necesarias para brindar un desarrollo pleno al menor lo que hace indispensable contar con un método para poder evaluar dichas Competencias.

Proponen un modelo comprensivo, inclusivo y coherente con la situación de cada niño y familia, y describen que dicha evaluación puede ser solicitada por distintos escenarios como un tribunal o un contexto terapéutico, escolar, médico-social, etc., la cual debería de estar compuesta por diversos métodos como: entrevistas individuales con padres e hijos; Aplicación de escalas clínicas, instrumentos y pruebas psicológicas, entre ellas se encuentran la guía de valoración de Barudy y Dantagnan creada en el 2005, Perfil de Estilos Educativos (PEE), Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS), Escala de Competencia Parental Percibida (ECP-p), entre otras (Pinto, Sangüesa & Silva, 2012).

Posteriormente, Acevedo, de León & Delgadillo (2018), publican en su artículo que lleva por nombre “Ante la crianza con violencia: las competencias parentales”, el cual muestra los resultados de un estudio con 50 familias de la ciudad de Saltillo, Coahuila, a las que se les evaluó las Competencias Parentales dentro de su dinámica familiar, mediante la aplicación de la Escala de Parentalidad Positiva de Gómez & Muñoz (2015).

Los resultados son descritos por competencia según las divisiones de los autores. Por lo tanto, en cuanto a Competencias Vinculares, se encontró que son pocos los padres que ayudan a sus hijos a que reconozcan sus sentimientos, situación que puede influir en conductas emocionales en edades adultas. Asimismo, la mayoría de los padres logran entender a sus hijos sólo algunas veces, y lo relacionan con que no existe en su mayoría una buena totalidad. Lo anterior, sugiere que la mayoría de los padres mantienen con sus hijos un apego ambivalente (Acevedo, de León & Delgadillo, 2018).

El resultado de las Competencias Formativas, indica que los padres de la muestra proporcionan medianamente soporte a los niños para una educación social adecuada (Acevedo, de León & Delgadillo, 2018).

Para las Competencias Protectoras, los resultados sugieren que la mayoría de los padres enseña a sus hijos en qué personas confiar y cómo nadie puede tocarle sus partes íntimas; están al pendiente de que sus hijos no sufran algún tipo de violencia como lo es la sexual. Sin embargo, también se observó un número elevado de padres que no piden ayuda profesional (Acevedo, de León & Delgadillo, 2018).

Por último, en las Competencias Reflexivas revelaron en su mayoría respuestas *de a veces* en los casos relacionados a anticipar, relacionado con la frecuencia en que ejercen la tarea de ser responsables de la vida de otro ser humano, así como conocer los métodos que no funcionan. Como conclusión, se identificó incapacidades parentales, tales como estilos educativos inadecuados, falta de flexibilidad y adaptación a las necesidades evolutivas del menor, que genera un vacío de norma sin límites en el entorno familiar (Acevedo, de León & Delgadillo, 2018).

Competencias Parentales también se han asociado con funciones ejecutivas en escolares. Bernal-Ruiz et al. (2018) propusieron determinar si existe relación estadísticamente significativa entre Competencias Parentales (CP), las funciones ejecutivas y el rendimiento académico. El estudio fue realizado en Chile, con 31 padres y madres y sus hijos, utilizaron la Escala de Parentalidad Positiva e2p, y el Test de Evaluación Neuropsicológica Infantil Teni.

La evidencia de los resultados mostró que los padres y madres que tienen mayormente desarrolladas las CP protectoras, reflexivas y formativas, tienen hijos con Funciones Ejecutivas más desarrolladas. Asimismo, solamente se encontró una relación entre CP y Rendimiento Académico en matemáticas.

Un resultado importante es que las CP vinculares no muestran relación ni con las Funciones Ejecutivas ni con el Rendimiento Académico, ante esto, los autores concluyen lo siguiente: *“Esto, posiblemente porque estas Competencias Parentales están más relacionadas con prácticas orientadas a promover el desarrollo socioemocional de los hijos e hijas, las que incluyen contacto físico y visual frecuente e intercambios verbales más positivos y afectivos con sus descendientes que con las habilidades cognitivas asociadas al funcionamiento ejecutivo como tal”* (Bernal-Ruiz et al., 2018, p. 172).

Evaluación de Competencias Parentales en situaciones de riesgo psicosocial

Granada & Domínguez (2012), realizaron un análisis sobre las CP en situaciones de riesgo psicosocial, especialmente en asuntos de desplazamiento forzado, propusieron intervenciones para mejorar y promover éstas bajo un enfoque de resiliencia. Dentro de su revisión, uno de los hallazgos más importantes del comportamiento de las CP en situaciones de riesgo es que, ya que estos padres presentan carencias en distintas áreas como la afectiva, redes sociales, habilidades sociales, educación, entre otras, las habilidades parentales pueden verse alteradas o disminuidas, en muchos casos, no obstante también en algunos casos se pueden mantener y ser padres con capacidades para brindar protección y la satisfacción de necesidades de sus hijos.

Apostando aquí a la resiliencia, tras la revisión de distintos estudios, que muestran resultados de la inclinación del ser humano de dar y recibir apoyo, escriben la siguiente conclusión:

La evidencia empírica señalada deja en claro que la respuesta humana al sufrimiento y al estrés se caracteriza también por la búsqueda de relaciones de ayuda mutua entre personas que han pasado por una situación similar, y esta acción es considerada como una de las competencias que, especialmente las madres, desarrollan ante las necesidades que tienen que enfrentar cuando por los carencias de recursos materiales deben recurrir a las distintas ayudas sociales para garantizar la supervivencia de sus hijos. A lo que se pretende apuntalar es a que las competencias parentales que se despliegan en contextos de riesgo presuponen el reconocimiento de los recursos y fortalezas con los que cuentan los adultos; de las capacidades que desarrollan cuando tienen que luchar contra la adversidad y, sobre todo, cuando el interés primordial es sacar adelante a los hijos (Granada & Domínguez, 2012, p. 468).

Caballero-Peláez, Sierra & Sánchez-Reales (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar las diferencias en competencias parentales y el desajuste psicológico en el niño según el modelo de representación de apego que presente éste. Se realizó con una muestra de pacientes de un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, que fue dividida según los modelos de apego de cada una, obtenidos mediante la aplicación de la Entrevista de Apego Infantil (EAN). Posteriormente a cada grupo se le aplicó el Child Behavior Checklist (CBCL) para evaluar el desajuste psicológico de los menores y Parental Sense

of Competence (PSOC) que midió la percepción de Competencias Parentales de los cuidadores principales de dichos niños, específicamente de Eficacia y Satisfacción del rol parental.

Los resultados principales fueron un mayor desajuste psicológico en los menores del grupo de Apego Inseguro, destacando los problemas Externalizantes. En cuanto a las Competencias Parentales, la Competencias Parental Total fue mayor en los cuidadores del grupo de niños de Apego Seguro, resaltando especialmente el componente de Eficacia. En comparación con el grupo de Apego Inseguro en donde estos resultados fueron significativamente menores, y concluyen que los cuidadores principales de los niños con Apego Inseguro tienen una percepción más baja de su eficacia como padres que los del grupo de Apego Seguro (Caballero-Peláez, Sierra & Sánchez-Reales, 2015).

Por otro lado, Mauricio (2016), en su tesis de licenciatura en trabajo social, realizó una investigación sobre las Competencias Parentales (CP) que más desarrollan los padres y madres de niños y adolescentes, que por motivos como carencia de soporte familiar tuvieron que pasar una estancia dentro de un albergue en el Centro de Atención Residencial, con el objetivo de conocer las CP (vinculares, formativas, protectoras y reflectivas) que estos padres y madres desarrollan tras la reinserción social de sus hijos, una vez finalizada dicha estancia.

Fue una investigación cualitativa y cuantitativa, se utilizaron métodos deductivo-inductivos, estadísticos, técnicas de observación, entrevista profunda y la aplicación de instrumentos, entre ellos la escala de parentalidad positiva (e2p). La población constó de 12 padres y madres representantes de familias con niños y adolescentes en abandono según el mandato judicial del Tercer Juzgado de Familia de la Corte Superior de Justicia de la Libertad, en el año 2015 (Mauricio, 2016).

Con base en las entrevistas, la observación y la aplicación de la escala, los resultados obtenidos fueron que las competencias parentales desarrolladas en mayor grado son las protectoras en primer lugar, de donde también se observa el surgimiento de resiliencia familiar. Y las vinculares en segundo lugar, debido a que través de la pérdida temporal de sus hijos/as, los padres y madres recobraron la importancia de brindarles amor y protección (Mauricio, 2016).

Rosser, Suriá & Mateo (2017) evaluaron la relación entre la problemática comportamental de menores cuyas madres han sufrido violencia de género y las 12

Competencias Parentales de dichas madres. Para ello utilizaron la Child Behavior Checklist para evaluar la problemática conductual de 46 menores de entre seis y 16 años de edad y para la evaluación de las Competencias Parentales utilizaron una Escala de Competencias Parentales en la interacción materno-filial, la cual fue diseñada ad hoc para dicho estudio, bajo la definición de Rodrigo et. al. (2009). Está compuesta por ocho ítems, de los cuales, cinco se relacionan con la crianza de la madre, implicación de vida cotidiana, afecto y disciplina, y los otros tres hacen referencia al comportamiento del menor hacia la madre.

Encontraron una diferencia significativa en la problemática comportamental general de dicha población comparada con la normativa. En cuanto a la relación con las Competencias Parentales, se observó que los problemas de atención, conductas de romper normas y agresividad tuvieron puntuaciones más elevadas en los casos con puntuaciones más bajas en la escala de Competencias Parentales.

En resumen, los autores describen la aportación de su estudio en el siguiente párrafo:

En este trabajo se corrobora la presencia de una mayor problemática conductual y emocional en los/las menores expuestos/as a la violencia de género, en comparación con la población general, y se comprueba que esta se acentúa cuando las madres muestran una más baja implicación o competencia parental con sus hijos/as (Rosser, Suriá & Mateo, 2017, p. 39).

Otro estudio en Colombia (Domínguez, Fortich & Rosero, 2018) habla sobre las Competencias Parentales, el apoyo buscado por éstos en la comunidad y los factores de resiliencia en los menores. Las competencias parentales (CP) percibidas fueron medidas a través de la escala diseñada por Bayot, Hernández y De Julián elaborada en el año 2005, que comprende cinco factores: implicación escolar (IE), dedicación personal (DP), ocio compartido (OC), asesoramiento/orientación (AO) y asunción del rol de ser padre/madre (APM). Los Factores Personales de la Resiliencia (FPR) fueron evaluadas a través del inventario de Salgado (2005), que comprende cinco factores: autoestima (AE), empatía (EM), autonomía (AU), humor (HU) y creatividad (CR). Y el apoyo comunitario (AC) percibido fue evaluado a partir de la aplicación del cuestionario denominado Apoyo Social Comunitario.

Los instrumentos fueron aplicados a 230 familias, y los resultados mostraron una relación positiva entre la integración comunitaria y la capacidad de los padres para poder orientar a los infantes; también una relación positiva entre capacidad por parte de los padres para planificar tiempo libre y la habilidad de los niños para entender las ideas y sentimientos de otros.

Por último, un resultado importante encontrado en dicho estudio fue que no hallaron relaciones entre las competencias de las figuras parentales para afrontar la crianza y la resiliencia infantil, lo que sugiere que estas variables corresponden a fenómenos muy complejos difíciles de medir con instrumentos estructurados y por lo tanto, se ameritarían estudios comprensivos que den cuenta de la realidad de la parentalidad, sus circunstancias cambiantes y los contextos donde ella se desarrolla (Domínguez, Fortich & Rosero, 2018).

1.5 Modelos de Intervención Psicológica basados en la Parentalidad Positiva y las Competencias Parentales

Como se ha visto, la adquisición de las Competencias Parentales es de fundamental importancia para la satisfacción de las necesidades de los menores por parte de los padres y lograr el pleno desarrollo de éstos. Por lo que surge la necesidad de programas que promuevan la adquisición de dichas competencias y de una educación bajo la parentalidad positiva.

Pero antes de describir el procedimiento de dichos programa o modelos de intervención desde las Competencias Parentales, es importante responder a la pregunta de qué es necesario para poder adquirirlas. Barudy & Dantagnan (2010), mencionan tres factores o procesos requeridos para poder desarrollar las Competencias Parentales:

1. Posibilidades innatas personales, las cuales son heredadas.
2. Procesos de aprendizaje influenciados por contextos sociales, culturales e históricos.
3. Experiencias de buen o mal trato durante la infancia y adolescencia de los padres.

Sallés & Ger (2011) mencionan tres pasos a seguir relacionados con acciones para influir positivamente las Competencias Parentales:

- a) Promoción de la adquisición.
- b) Facilitación de la mejora de las mismas.
- c) Rehabilitación de éstas en caso de ser necesario.

Además, describen que la formación de familias en Competencias Parentales es una herramienta de mejora indispensable, ya que, a pesar de la importancia innegable de las funciones desarrolladas en la sociedad por la familia, es la única institución educativa en la que los miembros adultos, no reciben una formación específica para desarrollar y/o mejorar sus competencias y recursos (Sallés & Ger, 2011).

Sallés & Ger (2011) proponen que la intervención para la adquisición de competencias parentales puede estar dividida en tres distintas metodologías. Primero se encuentran los programas de formación para padres, los cuales tienen principalmente una finalidad preventiva. Tienen el objetivo de formar a los padres en temas relacionados con las competencias parentales y enseñarles las destrezas necesarias para desarrollar su rol materno o paterno de forma adecuada. Se suelen realizar con grupos reducidos de padres a lo largo de varias sesiones y principalmente se brinda información, asesoramiento, prevención de problemas, entre otros.

En segundo lugar, se encuentran los programas de intervención familiar, que son de acceso limitado y van dirigidos a familias con problemáticas más específicas que carecen de los elementos para poner en práctica las Competencias Parentales y se desarrollan bajo un enfoque sistémico. Los participantes en esta metodología, es más probable que puedan presentar problemas en el desarrollo integral de ellos mismo y/o de sus hijos si no se recibe la intervención (Sallés & Ger, 2011).

Por último, propone la intervención terapéutica que va dirigida a familias donde hay añadidas problemáticas que dificultan o imposibilitan desarrollar un rol materno o paterno que garantice el bienestar de los niños. El desarrollo de ésta depende de la orientación psicológica con la que se trabaje y generalmente se realiza de manera individual (Sallés & Ger, 2011).

De lo anterior que, como principal modelo de intervención proponen los programas de educación para padres y madres entendiéndose como: “...una acción educativa de sensibilización, de aprendizaje, de entrenamiento y/o de clarificación de los valores, las actitudes y las prácticas de los padres en la educación de sus hijos” (Martín, Máiquez y Rodrigo, 2009, citado en Sallés & Ger, 2011, p. 37).

Estos tienen el objetivo de *facilitar que los padres y madres, u otros adultos con responsabilidades educativas familiares, adquieran estrategias personales, emocionales y educativas que les permitan implicarse de forma eficaz en la construcción de una dinámica de convivencia familiar positiva y en el desarrollo de modelos parentales adecuados para los niños y jóvenes* (Sallés & Ger, 2011, p. 37).

Granada & Domínguez (2012) explican que estos programas están dirigidos a diferentes tipos de población, es decir, a la población en general, pero también a población con características específicas como familias monoparentales, familias en situación de riesgo o vulnerabilidad social, pobreza, etc.

Principalmente estos programas están basados en enfoques psicopedagógicos y/o de intervención comunitaria a fin de ayudar a los padres a optimizar el desarrollo, la educación familiar y al mismo tiempo potenciar las redes de apoyo formal e informal de la familia (Sallés & Ger, 2011).

Martín, Máiquez, Rodrigo, Bayme, Rodríguez-Ruiz, & Rodríguez-Suárez (2009) por su parte hablan sobre los programas de educación para padres o programas de educación parental y proponen dos principales divisiones: grupos de acceso universal que tienen como objetivo informar y preparar a los padres para sus responsabilidades, y los de acceso limitado, dirigidos a familias en circunstancias específicas como situaciones de riesgo para su estabilidad.

A su vez, Rodrigo (2008, citado en Martín, et. al., 2009) maneja una clasificación de éstos por generación, que da el surgimiento de programas de primera, segunda y tercera generación. A continuación, se explica cada uno de ellos:

- a) Primera generación: se centran en la **calidad de las pautas educativas** parentales y buscan educar a los padres para que puedan brindar un ambiente de apoyo y estimulación que beneficie el desarrollo de sus hijos, fomentándolo en las diferentes áreas como cognitiva, lingüística, social y emocional; que conozcan este desarrollo para que puedan incrementar sus competencias y desarrollen estrategias de comunicación efectivas y de resolución de problemas. Están basados en el contacto con otros padres y se realizan en sesiones de grupo o visitas domiciliarias.

- b) Segunda generación: centrados en la **calidad de la interacción padres-hijos**, a través de actividades cotidianas que permitan construir pautas positivas de apego, promover la sensibilidad parental, la empatía hacia las necesidades de los hijos y el afecto. También pretenden enseñar cómo poner límites, cómo manejar las conductas inadecuadas, cómo jugar con los hijos de manera efectiva y positiva y aprender a usar estrategias de interacción con menores agresivos.
- c) Tercera generación: se centran en **la calidad del funcionamiento familiar como sistema**, esto se busca hacer mediante intervenciones comprensivas duraderas, multidominio y multicontexto. Sus objetivos son fomentar la relación de pareja y la co-parentalidad, apoyar la transición a la maternidad de las madres adolescentes o jóvenes con bajos ingresos económicos. Un ejemplo de esto también es la participación de la escuela con las familias, con el fin de prevenir conductas tales como la agresiva.

Asimismo, los programas de formación para padres están basados en la parentalidad positiva, cuya importancia surgió de la Recomendación del Consejo de Europa sobre Políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad y de ahí surge a su vez la definición de Parentalidad Positiva, descrita anteriormente. Tienen como objetivo la promoción de relaciones positivas entre padres e hijos, las cuales deben basarse en el ejercicio de la responsabilidad parental y la garantía de los derechos de los niños y adolescentes, además de promover su desarrollo potencial y bienestar (Jiménez & Hidalgo, 2016).

Jiménez & Hidalgo (2016), menciona que el ejercicio positivo de la parentalidad debe de estar basado en el afecto, el apoyo, la comunicación, la estimulación y la estructuración en rutinas, en el establecimiento de límites, normas y consecuencias, así como en el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de los hijos e hijas, funcionando también como base de los programas para padres.

Sallés & Ger (2011), también aportan sobre el contenido de las intervenciones, proponen que deben estar basadas en acciones destinadas a:

- Ofrecer vínculos afectivos seguros, fiables y con continuidad como mínimo con un adulto significativo, preferentemente de su entorno familiar.
- Facilitar procesos relacionales que permitan dotar de significado las experiencias.
- Proporcionar apoyo social.
- Facilitar la participación de los niños, jóvenes, padres y/o profesionales en redes y dinámicas sociales destinadas a obtener una mejora en la distribución de la riqueza, a obtener más justicia y asegurar los buenos tratos y la erradicación de la violencia en las relaciones humanas, etc.
- Promover y participar de procesos educativos que potencien el respeto de los derechos de todas las personas, especialmente de la infancia, así como el respeto por la naturaleza.
- Participar en actividades con contenidos relacionados con valores, que permitan un compromiso social, etc.
- Favorecer las experiencias que promuevan la alegría y el humor
- Favorecer el desarrollo de la creatividad y el arte.

El enfoque de Parentalidad Positiva permite al trabajo con familias una concepción activa y positiva de ésta haciendo énfasis en la prevención y promoción. Una visión centrada en las fortalezas de la familia que lleva a la intervención mediante la promoción de Competencias Parentales, del desarrollo personal y social y potenciar fuentes y recursos de los padres. Pone además atención en el enfoque comunitario y la co-responsabilidad que lleva éste, necesaria para la coordinación interinstitucional, potenciar recursos naturales y activos de la comunidad (Jiménez & Hidalgo, 2016).

Algunos ejemplos de programas de intervención basados en la promoción de Competencias Parentales y Parentalidad Positiva se describen a continuación.

Educar en familia, elaborado por Rodrigo, Máiquez, Martín y Bayrne en el 2010, es un programa que consiste en “*la reconstrucción del conocimiento cotidiano de los padres y de sus ideas implícitas sobre la educación de sus hijos a través de reuniones que van dirigidas sobre todo a familias de bajo nivel socioeconómico*” (Canal, 2014, p. 24).

Además, busca minimizar la influencia de los factores de riesgo y aumentar la de los factores de protección. Promueve la reflexión de las actividades cotidianas y su influencia de éstas en su función de madres, ya que está dirigido principalmente a familias monoparentales con bajos recursos. También busca la reflexión y el cambio de creencia equivocadas para la buena adquisición y desarrollo de sus habilidades (Canal, 2014).

El programa “Viviendo en Familia”, que busca apoyar a los padres, madres y otras figuras parentales en el ejercicio de su rol, evitando que los niños y niñas sufran maltrato, negligencia o sean testigos de violencia en sus familias (Gómez, Cifuentes & Ortún, 2012).

Este programa está sustentado en el enfoque ecosistémico, la teoría de la resiliencia familiar, el apego y la parentalidad bientratante. Las intervenciones son socioeducativas, psicoeducativas y clínicas, trabajan con diversas familias y comunidades. Consta de siete componentes: *Evaluación y Retroalimentación Individual y Familiar Integral de las fortalezas; Talleres psicoeducativos; Consejerías individuales y familiares; Visitas Domiciliarias; Psicoterapias Breves; Intervención en Red y Trabajo comunitario*. Gómez, Cifuentes & Ortún (2012), reportan resultados positivos en el cambio de las diversas competencias parentales abordadas en este programa.

Torío, Peña & García-Pérez (2015) informan sobre el programa “Construir lo cotidiano” el cual es “*un programa de educación parental dirigido a favorecer la parentalidad positiva y mejorar los resultados educativos a través de un mejor reparto de las cargas familiares con un sentido solidario y fuertemente comunitario*” (p. 300), promueve la participación de ambos padres, remarcan que las tareas domésticas deben de ser compartidas, y toman como requisito de participación la asistencia de los dos padres. Asimismo, se busca fortalecer la comprensión, la igualdad y la democracia.

Por último, Franco (2016) trabaja con un programa para fortalecer las competencias parentales para desarrollar estilos de apego seguro y prevenir prácticas maltratantes en cuidadores de niños en la primera infancia. Trabaja principalmente con la sensibilidad del cuidador, su capacidad reflexiva, su capacidad de regulación emocional el ajuste de las expectativas parentales al nivel de desarrollo de los niños y la modificación de las creencias en torno a las prácticas disciplinarias inadecuadas. Se manejó con modalidad de taller, aplicando tres de seis sesiones cada uno.

El taller fue efectivo en incrementar: la capacidad del cuidador para apoyar la regulación emocional de los niños y en cuestionar las creencias favorables al uso del castigo físico y emocional (Franco, 2016).

A lo largo de este capítulo se pudo apreciar que las Competencias Parentales Vinculares son un concepto innovador e integrador que aborda las habilidades y capacidades de los padres para promover un apego seguro con sus hijos y los beneficios que esto trae consigo. Si bien dicho concepto se ha estudiado poco, quizá en parte a su reciente surgimiento, la literatura que se ha encontrado al respecto muestra las ventajas en el desarrollo de niñas y niños cuando sus padres poseen niveles adecuados de éstas, además pone al descubierto la importancia de estudiar la relación que esta variable pueda tener con las representaciones que hacen los niños sobre el patrón de apego que sus padres les transmiten, debido a los hallazgos encontrados de su relación con el tipo de apego que tienen los menores. Asimismo, abren camino para estudiar su interacción con otras variables, y en su conjunto resultan ser una nueva propuesta de intervención en la forma de educación parental.

Capítulo II. Representaciones mentales de Apego en niños

Los antecedentes de la teoría de apego se abordaron en la introducción, ya que este contenido representa lo que construye la conceptualización de las Representaciones Mentales de Apego. En este capítulo se especifican algunos aspectos sobre el apego, luego se habla un poco más sobre las clasificaciones de apego, para poder comprender qué clasificaciones pueden asignarse a dichas representaciones mentales de apego y posteriormente se describen lo que son éstas y cómo se van desarrollando.

Es importante recordar que el apego puede apreciarse como un sistema bidireccional que se establece hasta que ciertas capacidades cognitivas de los menores son adquiridas, ocurriendo su establecimiento alrededor de los ocho meses de edad y que uno de sus objetivos es buscar la sobrevivencia mediante la búsqueda de proximidad y contacto con el cuidador. Así como que dicho sistema se *activa* cuando el menor se encuentra asustado, molesto, cansado, enfermo o mediante alguna otra situación que le genere estrés (Landy, 2009).

Además, se puede concebir al apego como un sistema regulador de la experiencia emocional, es decir, que ante momentos o situaciones displacenteros, este sistema se activa mediante comportamientos como buscar la proximidad física, el contacto visual, la sonrisa, dar los brazos e incluso el llanto, esperando la respuesta a estos comportamientos por parte del cuidador con conductas también de apego como tocar, sostener o calmar al bebé, que refuerzan el comportamiento de apego de los niños hacia los adultos (Monteserín, 2012).

2.1 Clasificaciones de Apego

Como se describió anteriormente, los estudios del procedimiento de la *Situación Extraña* de Mary Ainsworth hicieron una gran aportación para la clasificación actual de los estilos de apego. No obstante, no fue la única autora que participó en la colaboración de los estilos de apego, Main & Solomon (1990) proporcionaron otro estilo de apego, el apego desorganizado, del cual se hablará con más detalle posteriormente.

Parte de la metodología para la clasificación de los patrones de apego mediante la *Situación Extraña* consistía en la observación y evaluación de los puntos descritos en seguida, y sirvió como base para asignar un patrón determinado (Landy, 2009).:

1. El grado de exploración que mostraba el infante con el cuidador presente.
2. Si el niño extrañaba al padre cuando se separaba de él.
3. La forma en la que el menor se relacionaba con el cuidador en comparación con el extraño.
4. El tipo de comportamiento que mostraba el niño después de reunirse con su cuidador nuevamente.

Algunos autores mencionan el porcentaje promedio de estas clasificaciones que se tienen en la sociedad y hacen énfasis en el cambio de los porcentajes dependiendo del país, cultura, creencias etc. Proponen de un 60% a un 65% para el apego seguro, de un 18% a un 20% para el apego evitativo, del 10-15% en el apego ambivalente/resistente y 5% para el apego desorganizado (Bleichmar, 2005; Landy, 2009; Chamorro-Noceda, 2012).

Apego seguro

Las observaciones de la *Situación Extraña* enseñan que los niños que fueron clasificados con este tipo de apego presentaban conductas de exploración activa, disgusto ante la separación del cuidador, pero cuando vuelve su respuesta es positiva, pues muestran calidez, confianza y seguridad frente a él, además de que suelen consolarse con facilidad (Garrido-Rojas, 2006).

Los menores que tienen un apego seguro poseen habilidades sociales más avanzadas y positivas en comparación a los niños con un apego inseguro: tienen respuestas más positivas hacia sus pares, muestran mayor preocupación por ellos, son empáticos, cooperadores, más sociales y populares y desarrollan un mayor número de amistades. Saben que su cuidador regresará y son fácilmente calmados por ellos cuando lo necesitan. Casi siempre intentan resolver sus problemas por ellos solos y cuentan con la capacidad para pedir ayuda al otro cuando notan que no pueden ellos solos. Tienden a ser resilientes ante el estrés y poseer competencias emocionales como poder identificar y nombrar las emociones propias y de los otros. Además, se ha observado un vínculo entre

el apego seguro en la infancia con seguridad en relaciones románticas durante la adultez. (Landy, 2009).

También existe una importante correlación entre el apego seguro, autoconcepto y autoestima positivo en niños (Landy, 2009; Martínez-Festorazzi, Castañeiras, & Posada, 2011; Torres & Rodrigo, 2014; Mendoza, 2015).

A continuación, se observa una figura de Chamorro-Noceda (2012) que resume adecuadamente tanto las características de niños o hijos y padres o cuidadores que se desenvuelven con apego seguro.

Figura 1

Apego Seguro.

<i>Niño</i>	<i>Madre/Cuidador</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla patrones de seguridad y confianza en sí mismo y en otros. - Conducta verbal y no verbal que denota relaciones afectuosas. - Relajado y contento con los reencuentros. - Invita a jugar o interactuar. - Muestra iniciativa para aproximarse físicamente. - Tiene mejor autorregulación. - Buena disposición ante reglas y límites. - Disminuye su llanto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se involucra más con el niño. - Responde más a sus señales. - Su respuesta es más apropiada. - Expresa más emociones positivas y menos negativas. - Sabe de los gustos del niño. - Disfruta el contacto físico. - Habla afectuosamente del niño.

Nota: Recuperado de “El apego. Su importancia para el pediatra” (p. 202), por Chamorro-Noceda, L. A., 2012, *Pediatría* (Asunción), 39 (3).

Otras características del padre que muestra un apego seguro son que le brindan confort al niño cuando atraviesa situaciones de estrés como enfermedad, soledad, tristeza, etc.; acepta los sentimientos negativos del menor; da un soporte emocional durante las actividades del niño; cuida no abrumar al niño evitando ser muy intrusivo o directivo; permite al menor ser autónomo y explorar el ambiente cuidando la seguridad de éste (Landy, 2009).

Apego inseguro: Apego evitativo y Apego ambivalente

Dentro de las investigaciones de Ainsworth, encontró una segunda categoría de apego, el inseguro, que a su vez lo componían otros dos tipos: el apego inseguro evitativo y el apego inseguro ambivalente/resistente.

El apego inseguro surge cuando ante ciertas amenazas a la seguridad del vínculo el cuidador *ignora, rechaza o castiga los intentos de aproximación*, lo que genera que los

comportamientos de apego no aseguren ni calmen al niño ante tal situación de amenaza (Bleichmar, 2005).

Bleichmar (2005), describe también una secuencia de cómo surge el apego inseguro:

1. *Si el niño por cualquier causa se siente amenazado o simplemente busca el contacto y no lo encuentra, se produce una ruptura o violación de la expectativa de seguridad.*

2. *Una respuesta inadecuada duplica la amenaza de modo que el infante refuerza aún más la búsqueda de proximidad.*

3. *Finalmente se llega a un cese de la búsqueda porque la respuesta que se va obteniendo es contraria a la expectativa inicial.*

“La interacción de esta repetición defectuosa conduce a una organización defensiva, que se describe como patrones de apego inseguro (Lyons-Ruth, 2004, citado en Bleichmar, 2005, p. 120).

De manera general, en cuanto a los efectos en el desarrollo del apego inseguro se observa que predice problemas de comportamiento y emocionales. Aunque no es una medida de psicopatología, si funge como un factor de riesgo importante para el desarrollo de psicopatologías importantes. En cuanto al área socioemocional, las personas con algún tipo de apego inseguro tienden a ser más hostiles con sus pares y tienen puntuaciones altas de problemas de comportamiento; los preescolares tienden al alejamiento de sus compañeros y a presentar ansiedad (Landy, 2009).

Apego inseguro evitativo

Durante la *Situación Extraña*, los niños con este tipo de apego presentaban conductas de distanciamiento y no lloraban ante la separación de su cuidador, sin embargo, al realizar medidas fisiológicas se observaba una activación cardiaca importante, similar a los niños que muestran angustia; se concentraban en los juguetes y evitaban el contacto además de alejar la mirada; si se les tomaba en brazos podían mantenerse rígidos e incluso alejar el cuerpo o buscar distanciarse del cuidador (Bleichmar, 2005; Garrido-Rojas, 2006; Carlson & Causadias, 2014).

Se ha propuesto que este comportamiento evitativo funge como una defensa organizada ante la angustia de separación para evitar el dolor, al desatender el momento de separación y desplazar la atención y la rabia hacia objetos inanimados como los juguetes. También, de la misma forma que el apego seguro, se describe que tienen un base interaccional, es decir, la evitación del infante surge específicamente ante el rechazo de la madre al contacto físico con el niño, manifestado indirectamente mediante comentario de fastidio y/o de manera directa mediante una aversión al contacto físico. (Bleichmar, 2005).

Como resultado del desarrollo de este tipo de apego, los menores pueden manejar, conductualmente, de manera adecuada las situaciones de separación como el estar en la escuela permitiendo una buena concentración y aprendizaje. Pero suelen no poder manejar de manera adecuada los sentimientos de las otras personas y ocultar los propios. Generalmente son niños competitivos, agresivos y rechazados. No toman interés en las amistades, se aíslan y acostumbran a ser niños no tan apreciados (Landy, 2009).

Las interacciones de los padres e hijos con apego evitativo generalmente resultan en que el padre o cuidador ignora sus emociones negativas y no responde adecuadamente cuando el menor está molesto o llora. Pueden manejar límites de manera apropiada, pero son hostiles, ignoran y/o rechazan las emociones que forman parte de la interacción. En casos extremos pueden llegar incluso a ser negligentes con las necesidades emocionales de los menores (Landy, 2009).

Además, Garrido-Rojas (2006) menciona estudios en donde se ha encontrado que niños con este apego a los 33 meses son muy temerosos, presentan los puntajes más altos de todos los niños de esta edad en emociones negativas y muestran por lo tanto bajos niveles de emociones positivas, se inclinan a la ira, pero tienden a esconderla al negar su emoción o al comportarse con una emoción positiva.

Nuevamente a continuación se presenta una figura recuperada de Chamorro-Noceda (2012), a modo de resumen de las características de niños o hijos y padres o cuidadores que se desarrollan bajo un apego evitativo.

Figura 2

Apego ansioso-evasivo.

Apego ansioso-evasivo o evitativo Niño	Madre o Cuidador
Evita física o afectivamente a la madre/cuidador o ignora su presencia y sus palabras Mantiene distancia comunicativa en los reencuentros. Se aleja. Mira hacia otro lado. Ignora su presencia o sus palabras. Desvinculado de la madre. No la implica en sus juegos. No interactúa con personas extrañas. Escasa ansiedad por separaciones.	Conductas constantes de cólera, resentimiento y rechazo. Constante oposición a los deseos del niño. Regaña continuamente a su hijo. Estado de ánimo irritable. Interferencia física en la conducta de su hijo. Controladora en las actividades del niño. Utiliza la fuerza física para hacerlo entender. Poco contacto físico con el niño.

Nota: Recuperado de “El apego. Su importancia para el pediatra” (p. 202), por Chamorro-Noceda, L. A., 2012, *Pediatría* (Asunción), 39 (3).

Apego inseguro ambivalente/resistente

La respuesta de los niños con apego ambivalente/resistente incluían ante la separación del cuidador, señales de sufrimiento e inquietud ante estímulos estresantes, aunque estos fueran mínimos. Se observaron también conductas ansiosas como protestar, llorar y aferrarse, muestra de rabia, dificultad para volverse a calmar y para retomar la exploración, llegando incluso a no retomarla. No utilizan a la madre como base segura y se muestran pasivos y molestos ante su presencia (Bleichmar, 2005; Garrido-Rojas, 2006).

Main & Hesse (1990, citado en Bleichmar, 2005), comprendieron las conductas elicítadas en el apego ambivalente como estrategias para exagerar la expresión del malestar y generar una respuesta afectiva por parte de un cuidador o figura de apego poco afectiva.

Son menores que se molestan mucho cuando experimentan ausencia del cuidador y presentan dificultad para regresar a la calma. Generalmente son niños “llorones” e infelices, buscan llamar la atención acompañada de impulsividad, necesidad, tensión y desamparo. Se les dificulta mucho poder resolver problemas difíciles o que generan frustración. La mayor parte del tiempo tienen conflictos con sus pares, pero también con los adultos mostrándose enojados en un instante y seductores al otro (Landy, 2009).

Los estudios descritos por Garrido-Rojas (2006), hacen referencia a que estos niños entre los nueve y 33 meses obtienen la mayor disminución de emociones positivas

y el mayor malestar para generar emociones positivas; son temerosos a casi todos los estímulos y la emoción que más presentan es el miedo; muestran altos niveles de ansiedad, fuerte necesidad de cercanía, preocupación en cuanto a las relaciones sociales, miedo a ser rechazados y preocupación por la separación.

Según Bleichmar (2005) los estudios de Ainsworth en Baltimore relacionan este tipo de apego con madres insensibles a las señales de sus hijos, con impredecibilidad de la respuesta, pero no rechazo como tal. Tenían dificultades para contener a los bebés en brazos y no realizaban interacciones cara a cara con ellos.

Igualmente, los cuidadores tienden a ser ansiosos sobre sus hijos y en ocasiones llegan a la sobreprotección, pero tienden a ser inconsistentes, es decir, responden en ocasiones a las necesidades de los menores, pero en otras no existe esta respuesta. El menor al esperar una respuesta de cuidado y no saber si la recibirá o no, aumenta sus demostraciones emocionales para llamar la atención (Landy,2009).

Se muestra a continuación un resumen de las características del cuidador e infante desarrolladas bajo un apego ambivalente/resistente. La figura fue obtenida de Chamorro-Noceda (2012).

Figura 3

Apego inseguro ambivalente.

Apego ansioso ambivalente Niño	Madre o Cuidador
Pasividad en la conducta exploratoria al medio y de acercamiento a la madre.	Inconsistencia en la disponibilidad.
Dependencia exagerada	Insensibilidad ante las necesidades del niño.
Falta de autonomía.	Si logra interactuar dependerá de su estado de ánimo o deseo.
Percibe a su madre como alguien no disponible y no predecible.	Muestra poco afecto positivo.
Comportamiento colérico, vigilante, indefenso y ambivalente.	Poca respuesta al llanto del niño.
Conducta de aproximación y rechazo hacia la madre.	Poca accesibilidad, cooperación y aceptación del niño.
Difícilmente se consuela y tranquiliza con su cuidador.	No muestra rechazo al contacto físico con el niño
Tiene poca o nula interacción con los otros.	No respeta al niño e inicia interacciones en los momentos más inapropiados.
Llanto e irritabilidad.	Menor comunicación verbal.
No acepta reglas y límites fácilmente.	Mayor distanciamiento físico.

Nota: Recuperado de “El apego. Su importancia para el pediatra” (p. 202), por Chamorro-Noceda, L. A., 2012, *Pediatría* (Asunción), 39 (3).

Apego desorganizado

Desde los estudios de Mary Ainsworth, se reportaban algunos casos, alrededor de un 5 a 10%, que no encajaban en los estilos de apego propuestos descritos anteriormente. Las conductas de estos niños ponían en manifiesto el hecho de no haber logrado una forma coherente de vincularse con sus padres o cuidadores, mostraban comportamientos contradictorios, atemorizados y claramente conflictivos en el intento de aproximarse al cuidador. Luego en los 80's, se confirman estas observaciones en niños maltratados, los cuales no pueden ser clasificados en alguno de los ya descritos patrones de apego (Lecanneiler, Ascanio, Flores, & Hoffmann, 2011).

Así es que: *“Main & Solomon (1990), después de reexaminar 200 videos en el PSE (Procedimiento de la Situación Extraña), propusieron un listado de conductas que llamaron “desorganizadas/desorientadas”, afirmando que el infante desorganizaba su estrategia vincular frente a la madre, expresando conductas que denotaba la pérdida del sentido o meta del apego (búsqueda de protección y regulación del estrés y el peligro)”* (Lecannelier, et. al., 2011, p. 109).

Durante la *Situación Extraña*, los menores mostraban una conducta carente de objetivo, movimientos interrumpidos y/o estereotipados, inmovilidad y evidente miedo al cuidador o figura de apego, además de confusión y desorientación (Bleichmar, 2005).

Niños con este patrón de apego muestran comportamientos inusuales. Pueden observarse como congelados, disociados y asustados, parecen querer estar cerca, pero a la vez parecer como borrados. Es probable que tengan problemas de comportamiento, y desarrollan trastornos de tristeza y ansiedad (Landy, 2009).

Los padres o cuidadores de estos menores no permiten que estos sean capaces de predecir qué es lo que puede pasar con ellos. Parecen asustados y sin capacidades para afrontar la situación, pero en ocasiones también muestran gran hostilidad y enojo. Esto genera que el menor tenga dificultades con su sistema de apego, ya que estos comportamientos le generan miedo cuando quiere acercarse a él. Estilan ser padres con un alto nivel de psicopatología como depresión, alcoholismo, abuso de drogas, traumatizados y abusivos, ansiedad, sociopatía e incluso psicosis.

Bleichmar (2005) explica que las estructuras de este tipo de apego son sumamente complejas, habla sobre las memorias procedimentales de las interacciones temprana en

estos menores, las cuales se encuentran basadas en reacciones atemorizadas y atemorizantes y agresivas de los padres cuando se acercan a él. De aquí surge la experiencia de miedo y agresividad por parte del cuidador o figura de apego. A pesar de estas representaciones, el menor sí puede lograr la proximidad, ya que de no ser así moriría.

Además, generan tres significados básicos de apego recíprocamente incompatibles:

1. *Recuerdos de experiencias de estar asustado y desamparado (sí mismo como víctima).*
2. *Recuerdos de experiencias de ser la causa del miedo y el desamparo del otro (sí mismo perseguidor)*
3. *Recuerdos de experiencias de ser reconfortante para el otro asustado (sí mismo rescatador), o de ser reconfortado (figura de apego rescatadora).* (Bleichmar, 2005, p.128).

Por ser tan fuertemente contradictorias e incompatibles, la integración del sí mismo se daña, y el modelo interno de trabajo de este tipo de apego impide la ayuda de búsqueda adecuada y aumenta la experiencia de miedo. Esto puede ser predictor de psicopatología desde el preescolar hasta la adolescencia principalmente (Bleichmar, 2005).

Ahora bien, como se describió en alguno de los párrafos anteriores, el apego es un sistema complejo que no solamente está conformado por conductas observadas, sino que también gran parte de su desarrollo depende de la conformación de las Representaciones Mentales o los Modelos Operativos Internos de apego, que se abordarán a detalle en el siguiente apartado.

Representaciones Mentales de Apego

Bowlby desarrolló y fundó las bases de la Teoría de Apego que enfatiza la importancia de los lazos afectivos y bidireccionales que establece el ser humano con sus primeros cuidadores y posteriormente con las demás personas de su alrededor. Estos lazos se forman mediante las conductas que el menor realiza ante situaciones de estrés y la manera en la que el cuidador responde a las conductas del niño. Estas conductas se forman y establecen gracias a las representaciones mentales de apego, cuya comprensión se permite mediante los Modelos Operativos Internos (MOI), propuestos por Bowlby.

Dicho concepto ha sido nutrido por algunos autores e investigaciones posteriores que permiten comprender mejor lo que implican en la formación del Apego, tema que será abordado a lo largo de los siguientes subtemas. Además, abordar este término es indispensable en esta investigación, ya que la prueba con la que se evaluó los patrones de apego de los niños y niñas de la muestra mide justamente las representaciones mentales de apego de éstos y se aborda con mayor profundidad en apartados siguientes.

2.2 Definición de las Representaciones Mentales de Apego

Los Modelos Operativos Internos (MOI), Modelos Internos Operativos (MIO), Modelos Internos de Trabajo (MIT) o Modelos Internos Dinámicos (MID), dependiendo de la traducción de los autores, es el término que Bowlby desarrolló para describir las representaciones mentales de apego que generan los seres humanos. Es decir, existe una representación mental de la experiencia vincular que permite el desarrollo de expectativas sobre sí mismo, pero también sobre los otros, generando una anticipación o predicción del comportamiento de los otros específicamente en las interacciones con uno mismo (Salinas, 2017).

Es interesante poder comprender el término Modelo Operativo Interno (MOI) con base en el análisis de las palabras que lo componen. *Modelo* hace referencia a una construcción organizada en representaciones, mapas cognitivos o esquemas que un individuo tiene de sí mismo, sus figuras de apego y su entorno, con el paso del tiempo es posible que se elaboren concepciones más complejas que pueden reemplazar a las anteriores más “simples. *Operativo u operante*, se vincula con los aspectos dinámicos (que implican movimiento, interacción) de la operación psíquica, así *operando* sobre los modelos mentales se generan interpretaciones presentes y alternativas hacia las futuras interpretaciones, por lo que la representación mental puede ser cambiante y no necesariamente estática ni inmutable. Además, el componente de operativo indica la activación y desactivación de éstos dependiendo de la situación. Por último, *interno* que involucra procesos mentales propios del individuo, incluyendo emociones y cognición los cuales han surgido de la propia experiencia (Rozenel, 2006; Pinedo & Santelices, 2006).

Los Modelos Operativos Internos, son el mecanismo por el cual los niños traducen las experiencias de cuidado en un patrón de apego mediante representaciones mentales

basadas en la experiencia del comportamiento probable de sus cuidadores (Bowlby, 1969; 1982; 1973; 1980, citado en Sherman, Rice & Cassidy, 2015).

Bowlby (1973, citado en Bardales, 2013, p. 2) los definió como: “*conocimientos y expectativas internamente organizados bajo la forma de representaciones acerca de uno mismo, la accesibilidad de las figuras de apego y las relaciones interpersonales*”.

De manera que Biedermann, Martínez, Olhaberry & Cruzat, (2007), afirman que es a través del estudio de los modelos operativos internos que se logra explorar las representaciones mentales internalizadas desarrolladas a partir de las experiencias tempranas con las figuras significativas.

Sierra, Carrasco, Moya & del Valle (2011), menciona que los MOI son parte esencial de la Teoría del Apego y se pueden comprender mejor al revisar tres de los principios fundamentales de dicha teoría:

- (a) La representación mental de la vinculación afectiva de apego se genera en la interacción temprana entre el niño y su cuidador principal y se encuentra organizada hacia los tres años;
- (b) La experiencia infantil acerca de la accesibilidad de su figura de apego, genera expectativas, atribuciones, ideas sobre sí mismo y los otros;
- y (c) se convierten en guía para interpretar las relaciones y la actuación afectivo y social del individuo en otros contextos a lo largo de la vida. (p. 40).

Un aspecto importante de los MOI es el conocer quiénes son las figuras de apego, dónde pueden ser encontradas y cómo se espera que responderán (Bowlby, 1973, citado por Salinas-Quiroz, et al., 2015). Ya que su construcción depende de las respuestas por parte del cuidador a las necesidades del niño, comprenden aspectos afectivos y cognitivos que permiten evaluar las experiencias y comportamientos del individuo y representarse a sí mismo, a su cuidador y la relación entre ambos, permitiendo hacer predicciones mentales del comportamiento de su cuidador y otros, pero también de las conductas, pensamientos y emociones del self o sí mismo (Fresno, Spencer & Retamal, 2012). Por lo tanto, conforme el menor se desarrolle, los MOI guiarán en gran parte su comportamiento y expectativas sobre las relaciones futuras que establezca (Greco, 2013).

Lo que resulta en otra concepción de los MOI como: “*esas representaciones mentales sobre uno mismo, sobre los demás y sobre las relaciones interpersonales*”

construidas en función de las experiencias de vinculación y las emociones asociadas a ellas” (Román, Hodges, Palacios, Moreno & Hillman, 2017, p. 6).

Así que, los patrones de apego descritos por Ainsworth, son resultado de las representaciones mentales de apego de cada niño, de modo que si un cuidador o figura de apego responde de manera adecuada a las señales y necesidades de los menores sobre todo en momentos estresantes para él, el niño tendrá representaciones mentales de su figura como una base segura y fuente de protección (patrón de apego seguro), además de interpretarse a sí mismo como alguien que merece ese cariño y que es eficaz para lograr ayuda. De lo contrario, si el cuidador ignora o rechaza estos comportamientos del menor, el niño tendrá representaciones inseguras de esta relación (patrón de apego inseguro) y se percibirá a sí mismo de forma negativa como quien no merece cariño ni comprensión (Rozenel, 2006; Román, 2011; Fresno, Spencer & Retamal, 2012; Salinas-Quiroz et al., 2015; Sherman, Rice & Cassidy, 2015; Román et al., 2017).

Bowlby fue el primero en acuñar el término MOI para referirse a las representaciones mentales que hacemos de las figuras de apego y de la relación que surge con éstas. Posteriormente, fue Mary Main quien decide estudiar más profundamente sobre este término. Ella define a los *Internal Working Model* como: “*el conjunto (inconsciente y consciente) de reglas para la organización relevante del apego y para obtener o limitar el acceso a esta información relacionada con experiencias de apego, sentimientos e ideas*” (Main, 1985, p. 74).

Se focaliza en reconceptualizar la investigación tradicional de la Situación Extraña de Ainsworth, enfatizando la necesidad de conocer sobre los estilos de apego no sólo en niños pequeños, como se suscitaron en dichos estudios, sino también estudiar el apego en niños más grandes e incluso adultos. Asimismo, busca referir modelos no solo sobre sentimientos y conductas, sino además modelos que integren procesos como la atención, memoria y cognición. Por lo que entiende a los MOI como construcciones activas que relacionan diferencias individuales en comportamientos no verbales, patrones de lenguaje y estructuras mentales y retoma constantemente la diferencia con la investigación tradicional de Ainsworth, la cual centraba la comprensión del apego básicamente desde los comportamientos (Main, 1985).

2.3 Desarrollo de los Modelos Operativos Internos (MOI)

Bowlby (1988, citado en Rozenel, 2006) describe que los MOI son construidos por los infantes en los primeros años de vida, que terminarán como fuertes estructuras cognitivas tanto a niveles consciente como inconscientes y alrededor del primero año, los MOI sobre la figura de apego se desarrollarán organizada y funcionalmente.

Para cualquier representación mental, es necesario que el menor cuente con ciertas capacidades cognitivas; así mismo, para la construcción de los MOI se requiere de una serie de capacidades cognitivas en el infante. Esta serie de capacidad incluyen:

- a) Discriminar y reconocer a personas individuales.
- b) Comprender la permanencia de las personas.
- c) Recordar experiencias con figuras de apego.
- d) Generar expectativas novedosas para el comportamiento de las figuras de apego basadas en experiencias anteriores con ella.
- e) Comprender el significado de las emociones y comportamientos de las figuras de apego (Sherman, Rice & Cassidy, 2015).

Sobre dichas capacidades, las investigaciones informan que la mayoría de ellas son desarrolladas desde el primer año. Por ejemplo, alrededor de los cinco meses de edad son capaces de discriminar entre adultos y reconocer a los familiares o adultos significativos. También dentro del primer año, los niños empiezan a desarrollar la permanencia de objeto, pieza clave en los MOI de la figura de objeto, sabiendo dónde pueden encontrar a su cuidador. Además, se ha encontrado que, dentro de los primeros cinco años de vida, los niños son capaces de recordar aspectos emocionales sobre sus interacciones sociales. Se ha demostrado que los niños son sensitivos ante los comportamientos de estos, incluso si dichos comportamientos no son los que esperaban. Finalmente, en el primer año los niños muestran un incremento en entender a los demás en dos áreas, la emocional y la relacionada a las intenciones de los otros (Sherman, Rice & Cassidy, 2015).

La construcción de los MOI o representaciones mentales de las figuras de apego de los niños están en función de diversas situaciones que incluyen tanto aspectos del mismo niño, por ejemplo, su genética, temperamento, irritabilidad, sexo, entre otras; de

la figura de apego, como su nivel de sensibilidad y respuesta, y del ambiente, como la cultura o el nivel socioeconómico. Por lo que cada niño interpreta de manera distinta las experiencias que influyen de modo distinto en la construcción de los MOI de las figuras de apego (Sherman, Rice & Cassidy, 2015).

Estos modelos suelen ser estables, automáticos y resistentes, sobre todo cuando el patrón de cuidado, positivo o negativo, es constante con el tiempo, y esto influye en la vinculación con las relaciones posteriores, que con base en el desarrollo de la capacidad cognitiva se transforma de estar ligados a una persona en específico para adquirir una dimensión más general (Román, 2011).

Como se mencionó, según Bowlby los sistemas de apego son activados cuando el niño se encuentra asustado, estresado o incierto sobre la disponibilidad de su figura de apego, por lo que los MOI estarán constituidos con base en los comportamientos de su cuidador en experiencias pasadas de interacciones de apego. No obstante, algunos comportamientos de no apego también estarán vinculados en la formación de estos modelos, aunque no con la misma influencia que durante los comportamientos de apego (Sherman, Rice & Cassidy, 2015).

Otro motivo por el cual los MOI tienden a ser constantes y resistentes al cambio es porque parte de su desarrollo surge de conductas predichas o esperadas por los menores y reforzadas constantemente por el comportamiento de los cuidadores y otros significativos, convirtiéndose en un ciclo vicioso (Sherman, Rice & Cassidy, 2015).

Pero es importante recordar que también son estructuras flexibles por lo que se pueden reestructurar si el contexto se modifica de manera significativa (como en caso de maltrato, o bien, de acogida ante una adopción), para así poder actualizarse y ser adaptativos y eficaces. Por lo tanto, los MOI son indicadores de un proceso y no de una estructura inamovible (Rozenel, 2006; Fresno, Spencer & Retamal, 2012; Román, Hodges, Palacios, Moreno, & Hillman, 2017).

Algunos cambios propios del niño, como su desarrollo motor, modifican las conductas de los cuidadores, como nuevas normas de disciplinas, lo que podría ser también un ejemplo de cambio de los MOI. Sin embargo, si este cambio sólo sucede durante un tiempo y se regresa al habitual, no existiría cambio en las representaciones mentales, es decir, para que exista el cambio, se requiere de un tiempo prolongado de las nuevas conductas. Otro factor por el que estas representaciones podrían verse

modificados es si se presentan ausencias muy prolongadas (no solo por horas y días, sino meses), ya que cambiarían las expectativas del menor sobre la disponibilidad de su cuidador (Sherman, Rice & Cassidy, 2015).

Asimismo, una transición importante como el nacimiento de un bebé, un casamiento o la muerte de alguien, pueden ser factores que influyen al cambio de los MOI. No obstante, para que éstos se modifiquen es necesario la reinterpretación de las experiencias pasadas, pensando en su propia forma de pensamiento y en los modelos de conductas que refuerzan su mantenimiento, hecho que puede ser utilizado como una herramienta en la psicoterapia (Rozenel, 2006).

Debido a la característica dinámica u operante de los MOI, es importante poder conocer las representaciones mentales de apego de los menores y evaluar su desarrollo mediante los MOI, este tipo de evaluación tiene que estar enfocada en una metodología distinta a la evaluación clásica de las conductas de apego. A continuación, se explica a profundidad las metodologías e instrumentos para poder evaluar dichas representaciones.

2.4 Evaluación e Instrumentos

La *Situación Extraña* diseñada y aplicada por Mary Ainsworth como manera de evaluar los patrones de apego, ha sido por mucho tiempo una de las utilizadas. No obstante, dicho método obtiene solamente información sobre el reflejo conductual de las representaciones mentales de apego, además de que su funcionalidad, debido a las capacidades cognitivas, resulta mejor en infantes pequeños, ya que, con el paso de los años la reacción por la activación del sistema de apego deja de mostrarse de manera tan explícita (conductualmente) y se va dando mayor papel a las representaciones mentales.

También las capacidades cognitivas y verbales alrededor de los 4 a 9 años es un poco rudimentaria. Así que lo anterior permite observar la necesidad de un método de evaluación para dicha etapa, de modo que:

Las historias incompletas, ilustraciones y dibujos constituyen los principales procedimientos utilizados para la exploración de las representaciones mentales del apego infantil, y, solo a partir de la infancia tardía, empezarán a utilizarse entrevistas. [...] Este procedimiento consiste en la recreación de un escenario en el que una familia de muñecos humanos, con un niño o niña del mismo sexo del

evaluado como protagonista, se enfrenta a un dilema que debe resolver (introducción de estrés). (Román, 2011, p. 32).

Las técnicas narrativas permiten “abrir una ventana” hacia el mundo interior del niño, examinan las representaciones mentales de apego sin tener que preguntar directamente. El objetivo de esta narrativa es recoger tanto el contenido verbal como el no verbal, este último tipo es el que permite al menor acceder a la memoria verbal con contenido difícil de expresar con palabras (Román, 2011; Román et. al., 2017).

Para poder evaluar las representaciones mentales de apego o los MOI, es necesario recordar que el sistema de apego se activa ante momentos estresantes, por tal motivo, las metodologías de evaluación deben de inducir a cierto nivel de estrés ya sea comportamental como en la *Situación Extraña* o bien de manera cognitiva, y esto es lo que se utiliza en las *Historias Incompletas*. (Román, 2011).

Se describen a continuación los principales instrumentos utilizados para evaluar las representaciones mentales de apego mediante historias incompletas.

Tabla1

Instrumentos de evaluación de las Representaciones Mentales de Apego

Nombre	Autores	Edades de aplicación	Descripción breve del contenido
Incomplete Doll Stories (IDS)	Cassidy (1988).	5 a 7 años	Evaluación de las representaciones mentales de apego mediante seis historias.
Attachment Story Completion Task (ASCT)	Bretherton, Ridgeway, y Cassidy (1990)	A partir de los 3 años	Examinar la seguridad e inseguridad el apego en niños y niñas a partir de 3 años a través de 5 historias incompletas.
MacArthur Story Stem Battery o MSSB	(Bretherton y Oppenheim, 2003; Bretherton,	Para niños de 3 a 6 años	Contiene 14 historias incompletas, pero carece de un protocolo detallado y formalizado para su aplicación y codificación.

	Oppenheim, Buchsbaum, Emde, y The MacArthur Narrative Group, 1990)		
Story Stem Assessment Profile o SSAP	Hodges, Steele, Hillman, y Henderson (2003)	4 a 8 años	<i>Se ha utilizado para examinar las representaciones de apego de niños y niñas que han tenido trayectorias de desarrollo atípicas, marcadas por situaciones de adversidad como el maltrato y la discontinuidad en el contexto de crianza. Mediante la utilización de 13 láminas.</i>
Attachment Doll-Play Interview (ADI)	Oppenheim (1997)	Utilizada para niños preescolares	Contiene algunas historias comunes a los instrumentos ASCT y MSSB. Está compuesta por 6 láminas.
The Separation Anxiety Test (SAT)	Hansburg (1972)	Creada inicialmente para adolescentes, adaptada posteriormente para niños a partir de 4 años	<i>Se basa en las interpretaciones que los niños y niñas hacen de láminas con ilustraciones de situaciones de separación de las figuras de apego. El procedimiento habitual consiste en 6 láminas que se le muestran al menor acompañadas de una breve explicación verbal; tres representan separaciones breves y las otras tres separaciones más largas.</i>
Entrevista de Apego para niños (EAN)	Sierra, Carrasco y Moya (2017)	Niños de 3 a 12 años	Entrevista que consta de ocho historias, cada una acompañada de una lámina que representa el suceso descrito con diferentes contenidos.

Otros tipos de evaluación

Sistema de clasificación del dibujo	Kaplan y Main (1986)	A partir de los 5 años	Dibujos Clasificación basada en los detalles más frecuentes de los dibujos de los niños y niñas con estilos de apego seguro, evitativo, resistente y desorganizado.
Escala de Seguridad	Kerns, Tomich, Aspelmeier & Contreras (2000)	De 9 a 12 años	Ejemplo de Cuestionarios Evalúa el grado de apego seguro con cada figura con quien convive el niño, así como las percepciones de sí mismo, y de la relación con sus padres.
Cuestionario de autorreporte People in my life (PIML)	Cook, Greenberg, & Kusche (1995)	De 8 a 14 años	Ejemplo de Cuestionarios Evalúa las percepciones de los niños acerca de sus relaciones afectivas con sus padres, maestros y pares

Nota: Tabla creada de la información de Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica*, 8(2), 27-38. y Román, M. et. al. (2017) Evaluación de las Representaciones Mentales de Apego a través de las Historias Incompletas: Aplicación Española de Story Stem Assessment Profile (SSAP). *RIDEP*, 46 (1), 5-19.

2.5 Evidencia empírica

Existe muy poca literatura sobre estudios en los que se trabaje con los Modelos Operativos Internos, sobre todo en población infantil, sin embargo, a continuación, se describen algunos estudios importantes sobre los Modelos Operativos Internos.

En población adolescente, se ha investigado sobre la percepción de apego óptimo, es decir, las representaciones mentales positivas sobre los cuidadores (padres y madres específicamente), y la autoestima. Se miden las representaciones mentales de apego mediante el *Parental Bonding Instrument* que las clasifica en un tipo de apego óptimo,

ausente o débil, constricción cariñosa y control sin afecto y lo componen dos escalas: cuidado y sobreprotección.

Encontraron que existe una relación significativa entre la percepción de apego de tipo óptimo con la figura materna y un nivel de autoestima superior. No obstante, no se puede concluir lo mismo con la figura paterna (Leiva, 2010).

Además, se han realizado diversos trabajos que buscan entender cómo afecta el maltrato infantil en las representaciones mentales de apego de los niños, concluyendo en todos ellos que efectivamente el maltrato afecta las representaciones mentales de apego, específicamente a la calidad de éstas, y en características como los mecanismos de hiperactivación, la desorganización, las defensas, los sistemas de memoria y las estrategias de apego. Esto aumenta la probabilidad de que los menores intensifiquen sus comportamientos de apego para afrontar las inconsistencias parentales, con el objetivo de obtener una respuesta estable por parte de éstos, o bien, presentan comportamientos contradictorios, de acercamiento, fuga, miedo, congelamiento, etc., o sea, conductas de un MOI de apego inseguro (Fresno & Spencer, 2011; Fresno, Spencer & Retamal, 2012).

Otros estudios también muestran la relación entre la calidad de las representaciones mentales, evaluadas mediante el *Attachment Story Completion Task* (Bretherton, et. al. 1990, citado en Fresno et al., 2011) y el efecto que tiene el ingreso familiar económico, miden su influencia a través de la preocupación financiera, nivel de estrés y depresión de los padres. Encontraron que el ingreso predice la calidad de apego infantil a través del nivel de preocupación financiera y de depresión y estrés de la madre, es decir, que la variación en el ingreso afecta directa e indirectamente y de forma negativa a la calidad de las representaciones mentales de apego y repercute en la desorganización de éstas (Fresno et al., 2011).

Finalmente, Kristic (2014) realizó un estudio cuyo objetivo fue caracterizar los patrones de apego mediante las representaciones parentales que establecen las díadas de niños(as) preescolares entre 2 y 5 años, de ambos sexos, que presentan diagnóstico de Prader-Willi. Utilizaron el *Preeschool Assesment of Attachment* para evaluar los patrones de apego y una entrevista semi estructurada para las representaciones mentales de apego parentales. Encontraron que el patrón de apego que presentó la mayoría de los niños fue inseguro. Además, que las propias representaciones de apego de los padres son inseguras, con pobres relatos sobre su propia infancia e incluso se observa distorsión de algunos

momentos. Mostraron dificultades para mentalizar y responder de manera sensible. Concluyen que existe relación entre las representaciones mentales de apego con sus padres y la manera en que éstas influyen en los patrones de apego que desarrollan con sus hijos (representaciones mentales de apego inseguras = patrón de apego inseguro).

La información en el presente capítulo permite visualizar el valor del apego en el desarrollo humano, pero sobre todo la relevancia de que las personas adquieran una vinculación “segura” con sus padres o cuidadores desde una edad temprana, pues ésta otorgará beneficios sociales y emocionales en la infancia y el resto de la vida de quien la adquiera.

Asimismo, dentro de los apartados del capítulo, se pudo apreciar que la mejor manera para evaluar el apego en la infancia es a través de acceder a los Modelos Operativos Internos del apego y comprender las representaciones mentales que hacen los menores sobre el tipo de apego que sus padres les ofrecen, y que se puede entender mejor evaluando estas representaciones mentales, que solamente conductas de apego que a partir de los tres años no son tan claras como se solían observar en la situación extraña, mediante la completación de historias relacionadas con situaciones que generen algún tipo de estrés, debido a que se centra en el estudio de aquellos contenidos que no pueden ser expresados, incluso verbalmente, con tanta facilidad.

Por último, la literatura asociada a la evaluación solamente de los patrones de apego muestra relaciones con diversas variables entre ellas el autoconcepto, pero falta información sobre cómo se comportan específicamente las representaciones mentales del apego con variables como el autoconcepto y el nivel de competencias parentales vinculares que tengan los padres o cuidadores.

Capítulo III. Autoconcepto

El autoconcepto es un constructo sumamente importante para el desarrollo integral del ser humano, por tal motivo ha sido ampliamente estudiado y abordado por distintos autores, quienes le han dado diferentes definiciones. En este capítulo se pretende describir las diversas definiciones del autoconcepto y los modelos teóricos que lo explican, así como lo que se ha estudiado sobre éste y los instrumentos utilizados para evaluarlo principalmente en población infantil.

3.1 Generalidades

Definición

El autoconcepto es un constructo ampliamente estudiado, por lo que diversos autores han brindado su definición de autoconcepto. Además, existen autores que no hacen distinción entre la autoestima y el autoconcepto, sin embargo, es importante poder distinguir las diferencias entre ambos constructos, por lo que a continuación se realizará una breve descripción de lo que implica cada uno y posteriormente se redactan las principales definiciones y se genera una integración basada en todas las definiciones descritas.

La principal diferencia que se encuentra entre la autoestima y el autoconcepto es que el autoconcepto hace referencia al componente *cognitivo/perceptivo* de la idea que cada uno tiene de sí mismo, por otro lado, la autoestima se relaciona con el componente *afectivo/evaluativo* de sí mismo, que podría ser definida como el aprecio, estima o amor que cada uno se tiene (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Parte del autoconcepto implica una descripción (objetiva o subjetiva) de uno mismo, que contienen una lista muy larga de atributos que la persona considera como propios, pero estos atributos se organizan de manera jerárquica y se les otorga un valor o importancia distinta dependiendo del contexto o experiencia de la persona. En esta descripción de atributos influyen aspectos emocionales y evaluativos, a los cuales los autores suelen denominar como “autoestima”. De ahí surge que la autoestima es un componente del autoconcepto referente a la valoración que la persona hace de su autoconcepto (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Continuando con las definiciones del autoconcepto se encuentra la primera de Shavelson, Hubner & Stanton (1976), quienes afirman que el autoconcepto es la percepción de sí mismo de una persona, y que dichas percepciones son formadas a través de su experiencia con el ambiente e influenciadas especialmente por reforzadores ambientales y de otros significativos. Asimismo, consideran que dicho constructo es sumamente importante y útil para explicar y predecir cómo actúan las personas, ya que consideran que la forma en la que uno se autopercibe repercute en la manera en la que uno actúa, pero a su vez, la manera en la que uno actúa influye en las percepciones que tiene de sí mismo.

También González y Tourón (1992, citado en Fernández y Goñi, 2008) menciona que el autoconcepto hace referencia a las percepciones que el individuo tiene de sí mismo y es una formación cognoscitiva que se crea a partir de una mezcla de imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos a los demás.

Posteriormente García y Musitu (1999, citado en Martínez-Festorazzi, 2011) lo conceptualizan como el conjunto de percepciones relativamente estables, que reflejan una autoevaluación de atributos y comportamientos que incluyen una dimensión cognitiva y una emocional, recordando que esta última es más atribuible a la autoestima.

También se concibe como: “la valoración global que incorpora todas las formas de autoconocimiento y de sentimientos de evaluación de sí mismo, y que supone la elección de un determinado modo de comportamiento ante unas circunstancias específicas” (Santana, Feliciano & Jiménez, 2009, citado en Campo-Terner, 2013).

López-Manrique et al., (2016) realizan una conceptualización “actual” y describen que se entiende como autoconcepto al conjunto de imágenes, pensamientos y características que el individuo tiene de sí mismo y está constituido por las ideas, las creencias, la imagen corporal, la identidad social, los valores y las habilidades que la persona cree que posee.

Álvaro (2015), presenta la siguiente tabla en donde describe cada una de las conceptualizaciones del autoconcepto por los autores más destacados en el desarrollo de este constructo.

Tabla 2*Definiciones del autoconcepto según diversos autores*

AUTOR Y AÑO	DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO
Triandis (1970)	<i>“Las actitudes se definen como lo que la persona piensa de, siente respeto a, que le predispone a comportarse de una manera determinada”.</i>
Shavelson et al. (1976)	<i>“Percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él hace de su propia conducta”.</i>
Shavelson et al. (1976)	<i>“La percepción que una persona tiene de sí misma, que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos”</i>
Rosenberg (1979)	<i>“Es la totalidad de pensamientos y sentimientos que hacen referencia al sí mismo como objeto”.</i>
Wylie (1979)	<i>“Hace referencia a cogniciones y evaluaciones relacionadas con aspectos específicos del sí mismo; la concepción del sí mismo ideal y un sentido de valoración global, autoaceptación o autoestima general”.</i>
Greenwald (1980)	<i>“Es una organización cognitivo-afectiva o de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo”.</i>
Epstein (1981)	<i>“Conjunto de representaciones mentales y conceptos (juicio descriptivo) que el individuo tiene acerca de sí mismo, que engloba sus distintos aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales”.</i>
Bullock y Lutkenhaus (1988)	<i>“Modo en que la persona se define a sí misma y se asume que este conocimiento de uno mismo influye en el desarrollo social y emocional, en el desarrollo cognitivo, en la construcción del conocimiento y especialmente en la utilización de estrategias dirigidas a un objetivo”.</i>
Alexander (1989)	<i>“El autoconcepto desarrollado en los seres humanos nos hace únicos como especie y la conciencia de nuestro “yo” ha promovido, tanto la cognición como la organización social de nuestra especie”.</i>
Burns (1990)	<i>“Conjunto organizado de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo”.</i>
Arráez (1998)	<i>“Imagen que cada individuo tiene de sí mismo, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan”.</i>
Harter (1999)	<i>“Percepciones que el individuo tiene de sí mismo”.</i>
García y Musitu (1999)	<i>“Concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual”.</i>
Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2004)	<i>“Grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general”.</i>
Fariña, García y Vilariño (2010)	<i>“Conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo, en las dimensiones significativas para él, académica, social, emocional y familiar y que son críticas para la adquisición o protección frente al comportamiento antisocial y delictivo”.</i>

Rodríguez (2010)	<i>“Percepciones que cada individuo tiene sobre sí mismo y los atributos que utiliza para describirse. Se trataría de una apreciación descriptiva con un matiz cognitivo”.</i>
Salum-Fares, Marín y Reyes (2011)	<i>“Concepto que el individuo tiene sobre sí mismo como persona. Consiste en un conjunto de juicios tanto descriptivos como evaluativos a cerca de uno mismo, es decir, en él se expresa el modo en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma”.</i>
Estévez (2012)	<i>“Conocimiento y creencias que el sujeto tiene de sí mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona, esto es, en el aspecto corporal, psicológico, emocional, social, etc. Involucra una descripción objetiva y/o subjetiva de uno mismo, que tiene una multitud de elementos o atributos”.</i>
González, Leal, Segovia y Arancibia, (2012)	<i>Se relaciona con conceptos cognitivos e integra el conocimiento que cada persona tiene de sí misma como ser único. Se trata de un conocimiento que no está presente en el momento del nacimiento, sino que es resultado de un proceso a nivel activo de construcción por parte del sujeto”.</i>

Nota: Recuperado de Álvaro, J. I. (2015, p.63). Análisis del autoconcepto en relación con factores educativos, familiares, físicos y psicosociales en adolescentes de la provincia de Granada [*Tesis Doctoral*, Universidad de Granada].

Con base en todas las definiciones anteriores, para el presente estudio se integró la siguiente definición de autoconcepto: se puede entender al autoconcepto como el conjunto de percepciones y conocimientos que una persona tiene de sí misma, que es relativamente estable y se va construyendo con base en la experiencia de la persona y resulta de gran importancia para la manera en que ésta se comporta.

Como se vio, algunas de las definiciones describen de manera implícita cómo surge y se desarrolla el autoconcepto, con base en la experiencia, así como su relativa estabilidad y la influencia de éste en el comportamiento. No obstante, es importante también conocer cómo surge y evoluciona a lo largo de los años, así como conocer su representación en la infancia. Dicha información se describirá en el siguiente apartado.

Modelos teóricos

El autoconcepto ha sido un constructo ampliamente estudiado por la psicología desde antiguos autores como William James, hasta la actualidad que sigue siendo un tema emergente en la investigación. Todo esto ha llevado a un cambio en su comprensión y ha permitido su evolución hasta la comprensión actual de éste. Existen diversos modelos

importantes que han brindado aportes para la comprensión del autoconcepto y de su importancia en el desarrollo del ser humano. Bajo este argumento a continuación se realiza una breve descripción de dichos modelos o enfoques teóricos y autores que han regalado información importante sobre lo que es el autoconcepto.

En 1980 William James comienza a hablar sobre las bases teóricas que dieron paso al desarrollo del autoconcepto (Martínez-Festorazzi, 2011; Cazalla-Luna & Molero, 2013; Álvaro, 2015), el primero en describir y diferenciar la noción del autoconcepto con una naturaleza multidimensional de lo que se creía en la época, un autoconcepto unidimensional, global y general. Así en su libro *“The Principles of Psychology”* dedica un capítulo a la “consciencia de sí mismo” y describe la diferencia entre el *Yo-Self* (sujeto) y el *Mí-Self* (objeto), asignó el estudio del último por parte de la psicología, y lo definía como el conjunto total de todo lo que un individuo puede considerar suyo, o bien el “agente” que recoge la globalidad de conocimientos sobre nosotros mismos. Dichas definiciones sugieren la concepción actual de autoconcepto (Cazalla-Luna y Molero, 2013; Álvaro, 2015).

Luego el Interaccionismo Simbólico aporta que el desarrollo del autoconcepto surge de las interacciones sociales con los demás, destaca su fundamento de la imposibilidad de analizar a un individuo sin tomar en cuenta el aspecto social de éste, propone que, si el autoconcepto surge de las interacciones sociales del individuo, éste mostrará las características, evaluaciones y expectativas de los otros sobre uno mismo (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Bajo este enfoque, surge la propuesta de Cooley (1922, citado en Álvaro, 2015) sobre el self-reflejo o *looking-glass self* en inglés, que describe que los otros son una especie de espejo social, de modo que la percepción que tenemos de nosotros mismos estará construida por la percepción de las reacciones que los demás tienen sobre uno mismo, específicamente en la idea que creemos poseen los demás sobre nuestra apariencia, los juicios que hacen sobre ésta y a los sentimientos ligados. También Mead postula el hecho de un autoconcepto compuesto por diversas identidades sociales basados en los roles de cada persona, lo que se puede comprender como base de la visión de un autoconcepto multidimensional (Álvaro, 2015; Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Surge otro teórico con aportaciones importantes Albert Bandura, quien propone su teoría de la autoeficacia donde postula que el ser humano tiende a la autorregulación,

es decir, el aprendizaje de regular las reacciones propias ante los diversos acontecimientos del medio. Esta situación es el resultado de una evaluación constante que las personas realizan de sus actos y capacidades. Así que, tener una autoeficacia positiva, sería muestra de alcanzar lo propuesto, por el contrario, el sentido de ineficacia surgiría al presentarse algunos de las siguientes situaciones:

- a. Identificación con criterios de evaluación excesivamente superior.
- b. Comparación con modelos muy superiores.
- c. La pérdida de habilidades y logros previos que se poseían sin que se modifiquen los criterios de autopercepción. (Loperena, 2008, p. 310).

Otra propuesta sobre el autoconcepto como constructo multidimensional es la propuesta por Bandura que define a las expectativas de autoeficacia como autoconcepciones específicas que surgen a través de la experiencia en diferentes ámbitos de la persona (Loperena, 2008).

El enfoque teórico de dicho autor, el conductismo, introduce al estudio del autoconcepto los términos de autorrecompensa y autocastigo, componentes del autorrefuerzo, y se entiende al autoconcepto como el resultado de la frecuencia del autorrefuerzo (Cazalla-Luna y Molero, 2013; Álvaro, 2015; López-Manrique, González-González, San Pedro-Veledo & San Pedro- Veledo, 2015).

Se ha pretendido describir la evolución que ha tenido el autoconcepto desde su primera conceptualización como constructo unidimensional, global, general, hacia su transformación de una concepción multidimensional. Después de las aportaciones descritas, se presenta uno de los autores más sobresalientes en los modelos teóricos del autoconcepto, de donde surge la clasificación actual más utilizada.

Shavelson, Hubner & Stanton (1976) escriben un artículo, en el que pretendían realizar un nuevo instrumento que evaluara el autoconcepto, ya que notan la complicación que existía en la época para medir y conceptualizar dicho constructo. Ante tal necesidad, proponen una nueva conceptualización del autoconcepto que permanece vigente actualmente.

Para estos autores el autoconcepto global es el resultado de autopercepciones parciales y específicas, estructuradas en una organización jerárquica del propio yo (multidimensionalidad). Lo que da resultado a un autoconcepto global o general conformado por diferentes dimensiones y dividido en autoconcepto académico y no académico, dividido a su vez este último en social, emocional y físico (Shavelson, et al., 1976; Álvaro, 2015).

También propone siete características del autoconcepto:

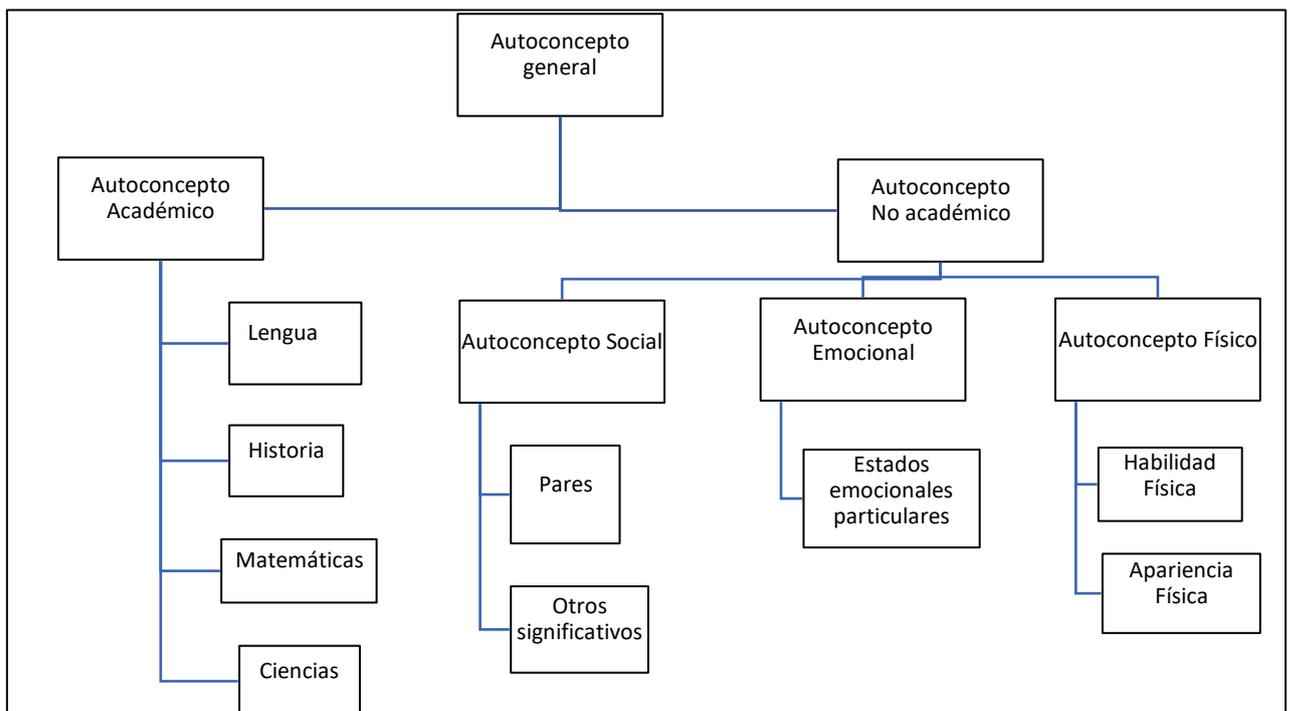
1. *Organizado o estructurado*: a lo largo de la vida, la persona experimenta una gran cantidad de situaciones que sirven como base para sus propias percepciones. Para reducir la complejidad y multiplicidad de todas éstas, la persona genera formas o categorías más simples que permiten que organice y les dé significado a las propias experiencias.
2. *Multifacético*: las investigaciones sugieren que el sistema de categorías adoptado de las personas está compuesto por diversas facetas como la escuela, aceptación social, atractivo físico y habilidad.
3. *Jerárquico*: las facetas a su vez pueden formar una jerarquía, que se compondría con las experiencias individuales en situaciones particulares en la base, hasta el autoconcepto general en la cima o al principio de la jerarquía. A su vez, en esta característica coloca la división jerárquica, del autoconcepto general: autoconcepto académico y autoconcepto no académico. El primero puede subdividirse en áreas temáticas o materias (historia, matemáticas, ciencias, etc.) y posteriormente en áreas específicas de la materia. Por su parte el autoconcepto no académico puede dividirse en autoconcepto social, autoconcepto emocional y autoconcepto físico y también a su vez dividirse en áreas más específicas de éstos.
4. *Estable*: el autoconcepto general es estable, sin embargo, conforme se va yendo hacia abajo en las áreas de la jerarquía, al depender de situaciones más específicas, el autoconcepto se va haciendo menos estable. No obstante, dichos cambios son atenuados por las conceptualizaciones de los niveles más altos, conformando parte importante de la estabilidad del autoconcepto. De modo que, para poder cambiar el autoconcepto general, se necesitarían de muchas situaciones en las instancias específicas que no coincidieran con el general para poder cambiarlo.
5. *Desarrollo*: Con el paso de los años y la experiencia el autoconcepto va cambiando en el sentido de capacidad de desarrollo, es decir, el autoconcepto de

un niño en un principio es indiferenciado de su entorno, es global y dependiente de situaciones específicas, pero conforme los años avanzan y el menor comienza a tener más experiencias, el autoconcepto se irá diferenciando cada vez más hasta poder coordinar e integrar las partes de su autoconcepto, dando como resultando también un autoconcepto multifacético y organizado.

6. *Evaluativo*: las personas no solo desarrollan descripciones de las situaciones experimentadas, sino que, además, realizan evaluaciones de ellos mismos en dichas situaciones. Estas evaluaciones pueden ser contra el estándar de lo “ideal”, o contra los pares o los otros significativos. Esta dimensión evaluativa variará dependiendo las diferencias individuales y las diferencias de las experiencias vividas dentro de su propia cultura, sociedad o contexto.
7. *Diferenciable*: se puede diferenciar de los otros constructos con los que se ha relacionado teóricamente, lo que permite establecer el estudio del autoconcepto y su relación con otras variables.

Figura 4

Representación del modelo de autoconcepto según Shavelson, et al. (1976)



La figura 4 muestra la representación gráfica del modelo de Shavelson, et al., (1976), se podrían continuar agregando ramificaciones a los niveles más bajos de la jerarquía, que significarían la evaluación del comportamiento en materias o áreas aún más específicas en dicho nivel (Shavelson, et al., 1976).

De este modelo surgen diversos instrumentos que pretenden evaluar y ahondar sobre cada área del autoconcepto, así como nuevas propuestas de subdivisiones y cambio de nombre, por ejemplo, el originalmente denominado autoconcepto emocional, también se conoce como autoconcepto personal. Esnaola, Goñi y Madariaga (2008), mencionan que dicha decisión de cambio en el nombre se da debido a que autoconcepto personal muestra más información sobre lo que aborda. Entienden que el dominio personal del autoconcepto hace referencia a la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual y consideran al menos cuatro divisiones:

El autoconcepto afectivo-emocional (cómo se ve a sí misma en cuanto a ajuste emocional o regulación de sus emociones), el autoconcepto ético/moral (hasta qué punto una persona se considera a sí misma honrada), el autoconcepto de la autonomía (la percepción de hasta qué punto decide cada cual sobre su vida en función de su propio criterio) y el autoconcepto de la autorrealización (cómo se ve una persona a sí misma con respecto al logro de sus objetivos de vida) (Esnaola, Goñi & Madariaga, 2008, p. 73).

En cuanto al autoconcepto físico mencionan las subescalas de habilidad física y deportiva y apariencia física, y mencionan otros modelos que agregan más subescalas en esta área, por ejemplo, el modelo de Bracken (1992, citado en Esnaola, et al., 2008) que agrega las subescalas de *competencia física, apariencia física, forma física y salud*. O el PSDQ (Physical Self Description Questionnaire), donde se proponen nueve subescalas: *las de fuerza, obesidad, actividad física, resistencia, competencia (habilidad) deportiva, coordinación, salud, apariencia y flexibilidad*. O bien, el modelo de Fox (1988, citado en Esnaola, et al., 2008), que incluye *habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza*.

Para el autoconcepto social se encuentran escalas que además evalúan percepción de habilidades sociales, diversas de aceptación social percibida, competencia social con énfasis en los pares, relación con los iguales, sociabilidad y agresión recibida por iguales (Esnaola, et al., 2008).

En el autoconcepto académico las aportaciones más sobresalientes son las realizadas por Marsh quien estudia la estructura jerárquica de éste. Encuentra que el autoconcepto lingüístico y matemático están fuertemente relacionados con el autoconcepto general pero no sucede esta misma relación entre sí. Propone la existencia

de dos autoconceptos académicos vinculados respectivamente al ámbito de aspectos matemáticos y al de aspectos relacionados con lenguas. De esta propuesta surge una integración por Marsh en 1990, agrega ya no sólo dos grandes subescalas, sino tres, con la siguiente formulación: autoconcepto académico/ matemático, autoconcepto académico/verbal y autoconcepto no académico (Esnaola, et al., 2008).

A modo de resumen, Loperena (2008), con base en los diversos modelos propuestos para explicar el autoconcepto, llega a concluir las siguientes características de éste: es una organización cognitiva y afectiva, tiene una estructura multidimensional y jerárquica y es una realidad dinámica y evolutiva.

En la primera característica cabe señalar la diferenciación con la autoestima, donde el autoconcepto engloba aspectos *descriptivos* o *cognoscitivos* del *self*, mientras que la autoestima engloba aspectos *evaluativos* y *afectivos*. Sin embargo, menciona que actualmente se aborda al autoconcepto como un aspecto cognoscitivo-evaluativo ya que la investigación arroja que toda valoración de sí mismo, lleva implícita una valoración afectiva.

L'Ecuyer (1985, citado en Loperena, 2008), menciona que: “el autoconcepto es una organización jerarquizada del conjunto de percepciones y valoraciones sobre diversos aspectos que se relacionan con la forma en la cual el individuo se percibe y valora las diferentes partes de su personalidad, (Loperena, 2008, pp. 310 y 311).

Así el que sea una realidad dinámica y evolutiva se refiere a un proceso que presentará cambios cualitativos y cuantitativos como resultado de la experiencia. Es cambiante a lo largo del proceso de desarrollo, y tiende a estabilizarse en la edad adulta lo que da paso a la tendencia en el adulto de invalidar información discrepante con la concepción de su autoconcepto. Sin embargo, sí pueden presentarse algunas modificaciones ante ciertas situaciones especiales cargadas de fuerte presión social (Loperena, 2008).

La estabilidad del autoconcepto no se contrapone con el hecho de que éste cambia en el proceso del desarrollo. Con el desarrollo se pasa de un estado global relativo y de poca diferenciación, a un estado de diferenciación, articulación e integración jerárquica; se producen cambios en la estructura y contenido del autoconcepto, los diversos autoconceptos o dimensiones se hacen más diferenciados, aparecen nuevas dimensiones, algunos aspectos se vuelven

más centrales y otros pasan a ser periféricos, aumenta el grado de organización, complejidad, consistencia interna y estabilidad. (Loperena, 2008, p. 314).

Autoconcepto actual, ideal y deber

En 1999, surge en México una investigación por Muñiz y Andrade, en la cual proponen un instrumento para evaluar el autoconcepto actual en niños, y los dominios o guías de su sí mismo con el objetivo de poder valorar sus diferentes autopercepciones, las inconsistencias a las que se ve expuesto y contar con elementos que permitan valorar sus consecuencias.

Por lo tanto, el instrumento mide el autoconcepto actual, el ideal y el deber ser. Esta división surge de la cognición social del sí mismo y sobre todo del modelo de discrepancias del sí mismo (Higgins, 1987, citado en Muñiz y Andrade, 1999) que sostiene que: “las interconexiones entre ciertos tipos de sí mismo producen vulnerabilidad afectiva, (...) diferencian los tipos de creencias existentes en torno al sí mismo y posteriormente los efectos de la discrepancia entre los diferentes tipos de sí mismo” (Muñiz y Andrade, 1999, p. 67).

Tal modelo propone cinco tipos de creencias sobre el sí mismo:

1. Actual: corresponde a las creencias sobre los atributos actuales.
2. Ideal: atributos de esperanzas o deseos por lograr.
3. Deber ser: los atributos del deber o responsabilidad de poseer.
4. Posible: las creencias sobre las capacidades o potencial propio.
5. Futuro: expectativas de los atributos futuros” (Muñiz y Andrade, 1999).

Los tres primeros son los dominios básicos del sí mismo y surgen entre cada uno de ellos interconexiones y discrepancias dependiendo del tipo de creencia de los diferentes sí mismos. Las discrepancias se asocian a diferentes efectos emocionales como la depresión y ansiedad, en el actual-ideal y el actual-deber ser, respectivamente (Muñiz y Andrade, 1999).

3.2 Desarrollo del autoconcepto

La necesidad de entender cómo se va desarrollando el autoconcepto, radica en conocer la importancia que tiene éste en la vida del ser humano, uno de los aspectos más relevantes con los que se relaciona el autoconcepto, es con el desarrollo de la personalidad, que a su vez influirá en la competencia social, satisfacción personal, relación e interacción con los demás, y el estado personal de cómo se siente, cómo aprende y cómo actúa. De ahí la trascendencia de poder promover un autoconcepto positivo desde etapas tempranas (Cazalla-Luna y Molero, 2013; Esnaola, et al., 2008).

Recordando la visión del autoconcepto bajo el modelo de Shavelson, et al. (1976) donde, el autoconcepto global vendría a ser el resultado de un conjunto de percepciones parciales del propio yo (multidimensionalidad), que se estructuran en una organización jerárquica, con subescalas o niveles: autoconcepto académico y no académico (incluyendo en este último el autoconcepto social como el personal (emocional) y el físico) (Esnaola, et al., 2008), el autoconcepto global tendería a la estabilidad, sin embargo, las subescalas o los niveles más bajos en la jerarquía, serían más susceptibles al cambio. Este cambio va vinculado al desarrollo cronológico y todos los cambios que éste conlleve en sus diferentes facetas, por tal motivo, es relevante comprender el desarrollo del autoconcepto en las diferentes etapas y edades del ser humano.

Relacionado con lo anterior, también se sabe que el autoconcepto no es heredado, sino más bien es el resultado de las autopercepciones acumuladas mediante la experiencia de cada persona en la interacción con el ambiente (Núñez y González, 1994, citado en Cazalla-Luna y Molero, 2013), y conforme pasan los años se va volviendo más estable y obteniendo mayor influencia en nuestra vida. Este cambio va vinculado al desarrollo cronológico y todos los cambios que éste conlleve en sus diferentes facetas, por tal motivo, es relevante comprender el desarrollo del autoconcepto en las diferentes etapas y edades del ser humano.

Como se describió, el desarrollo del autoconcepto va acompañado con el desarrollo de otras facetas de la vida del ser humano, y bajo el argumento de la comprensión de éste como un componente cognitivo, su desarrollo deberá de estar sumamente relacionado con el desarrollo cognitivo, así por ejemplo el autoconcepto de un niño preescolar estará basado en atributos concretos como nombres, apariencia física, posesiones, y conductas típicas. Entre los 8 y 10 años, surgirá un componente importante

en el autoconcepto, las descripciones irán acompañadas de rasgos de la personalidad y los adolescentes ponen mayor énfasis en las virtudes sociales (Rosenberg, 1979, citado en Fernández y Goñi, 2008).

Según Gurney (1988, citado en Campo-Ternera, 2013) el autoconcepto se construye a través de las percepciones generadas con la experiencia que se complejizan conforme tres etapas. La primera es la del sí mismo primitiva que comprende hasta los dos años y va desde el reconocimiento visual de sí mismo, hasta lograr percibirse como una realidad diferente de los demás. La segunda es la del sí mismo exterior, va de los dos a los doce años aproximadamente y consiste en la adquisición de elementos cada vez más complejos de sí mismo mediante experiencias de éxitos y fracasos, donde es de suma importancia la interacción con los adultos. Por último, la tercera etapa, la del sí mismo interior que domina una visión de sí mismo más contextualizada y ajustada desde un pensamiento abstracto y crítico característico del adolescente.

Harter (1990, citado en Álvaro, 2015) describe la evolución del autoconcepto en las siguientes etapas:

Infancia temprana (3-4 años): autodescripciones de aspectos *específicos* de su conducta y competencias, éstas podrían parecer aisladas unas de otras, además de ficticias y positivas. En esta etapa aún no se podría hablar de que se posea una autoestima, aunque en sus acciones puedan observarse declaraciones de autoestima positiva o negativa.

Infancia media (5-7 años): continúan predominando las autodescripciones positivas, sobreestiman sus habilidades y sobresale el “todo o nada” en su pensamiento. Aún carecen de la capacidad cognitiva para generar un concepto global de su talento como persona y comienza la consciencia de la evaluación de los otros en la construcción del *self*.

Infancia tardía (8-11 años): el desarrollo cognitivo permite realizar etiquetas “rasgo” (*ejemplo: una persona es inteligente cuando obtiene buenas calificaciones académicas en lenguaje, ciencias sociales y arte*), y pueden realizar una valoración más completa de sí mismos. Reconoce que posee características y emociones tanto positivas como negativas. Comienza a interiorizar las evaluaciones que le hacen los demás, por lo que se da un mayor establecimiento del autoconcepto.

Adolescencia temprana: las autodescripciones se caracterizan por atributos que benefician las relaciones interpersonales y las destrezas sociales repercutiendo en la interacción con los otros. Se adquiere la capacidad de integrar diversas descripciones más complejas de sí mismo, lo que se le conoce como integración del autoconcepto, creando generalizaciones abstractas del self.

Por último, se adjunta mediante la siguiente tabla realizada por Fernández & Goñi (2008), una descripción más detallada pero que sintetiza de manera clara el desarrollo del autoconcepto.

Tabla 3

Características del autoconcepto en edad infantil, escolar y adolescencia.

Etapa	Características
Educación infantil (0-6 años)	<ul style="list-style-type: none"> ● El autoconcepto se describe de manera global, basado en atributos externos arbitrarios e inestables, dependiente de los adultos significativos. ● En los dos primeros años los adultos cercanos al niño le transmiten cierta información que le permite tomar conciencia de su propio cuerpo, desarrolla la imagen corporal. ● En torno a los dos años, con el desarrollo del lenguaje, el juego simbólico y la imitación se potencia aún más dicha diferenciación. ● Hacia los tres años el niño ya adquiere la identidad sexual, algo que le permitirá ir más allá en la construcción del autoconcepto.
Educación primaria (6-12 años)	<ul style="list-style-type: none"> ● El autoconcepto se describe más en términos de carácter psicológico y social, y gracias al desarrollo cognitivo se basa más en categorías. ● Con la entrada en el contexto escolar los factores influyentes en la construcción del autoconcepto se multiplican: conciencia de logros y/o fracasos (desarrollo capacidad cognitiva y psicomotriz), un mayor número de relaciones con personas más variadas (aumento interacciones sociales).

-
- La noción de constancia del sexo propia de los 5-6 años y la identidad sexual basada en las características anatómicas de los 7-8 años favorecerán una más adecuada percepción sobre sí mismos.
 - Al final de esta etapa, hacia los 9-12 años, la aceptación social contará con un espacio privilegiado en la escala de valores del niño.
 - En la adolescencia: el desarrollo cognitivo, ahora caracterizado por un pensamiento formal, le permite utilizar conceptos generales, diferenciados y ordenados, también en la definición de sí mismo.
 - La maduración física llamará la atención de los adolescentes poderosamente, a sabiendas de la importancia de la imagen externa en la relación con los otros, al igual que la búsqueda de autonomía e independencia con respecto a sus padres.
 - El alto número de cambios y la irregularidad propia de esta etapa no le permiten a la persona poder establecer de manera firme el autoconcepto, pero lo va reformulando hasta que pasa a ser más estable, seguro y coherente.

Nota: Recuperada de Fernández, A. & Goñi, E. (2008, p.15). El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(2): 13-22.

3.3 Evidencia empírica e instrumentos

El autoconcepto ha sido un constructo sumamente estudiado y relacionado con múltiples variables, por lo tanto, a continuación, se describirán las investigaciones más recientes del autoconcepto y se mostrará la relación que se ha encontrado con el apego y con las Competencias Parentales. Para finalizar el apartado se describen algunos de los instrumentos utilizados para medirlo.

Una de las principales áreas que se han relacionado con el autoconcepto en niños y adolescentes, es el área académica o escolar, recordando la multidimensionalidad del autoconcepto, la mayoría de los estudios están centrados en la relación existente entre el

autoconcepto académico y el rendimiento escolar, dichos estudios muestran básicamente relaciones positivas entre un alto autoconcepto académico y un buen rendimiento escolar en materias determinadas, tales como, matemáticas, lengua, ciencias, entre otras (Martín-González, 2014; Granda, Gómez & Toro, 2014; Iniesta y Mañas, 2014; Revuelta, Rodríguez, Ruiz de Azúa & Ramos-Díaz, 2015; Herrera, Al-Lal & Mohamed, 2017).

No obstante, también se han observado relaciones positivas entre un buen rendimiento académico y un alto autoconcepto global y otras dimensiones del autoconcepto como el social y familiar (Iniesta & Mañas, 2014; Marín & Restrepo, 2016; Herrera, Al-Lal & Mohamed, 2017).

Otro aspecto con el que se relaciona mucho al autoconcepto es con el ejercicio o actividad física, esto ha sido estudiado con niños, adolescentes y adultos y los estudios muestran relaciones positivas entre realizar ejercicio y mayores niveles especialmente en autoconcepto físico, pero también en el global (Goñi & Infante, 2010; Carriedo, González & López, 2013; Álvarez, Cuevas, Lara & González, 2015; Kyle, Hernández, Reigal & Morales, 2016; Navas & Soriano, 2016; Gálvez, Rodríguez, Rosa, García-Cantó, Pérez, Tárraga-López & Tárraga-Marcos, 2016; Murgui, García & García, 2016).

Estudios recientes e interesantes del autoconcepto son los que lo relacionan con algún tipo de patología o enfermedad, tal es el caso de Chávez-Lujan (2016), que describe la relación del autoconcepto con niños que presentan Trastorno del Lenguaje Primario, encontrando en ellos limitaciones en el autoconcepto, principalmente en el familiar y social. Rivera-Hernández (2016) por su parte realiza un estudio que compara el autoconcepto en dos grupos de niños y adolescentes (10 a 19 años), uno con problemas de ideación suicida y el otro con la ausencia de esta característica, se encuentra una relación alta entre la falta de autoconcepto y la ideación suicida.

Resultados similares a los anteriores se han encontrado en Chávez-Hernández, Correa-Romero, Klein-Caballero & Macías-García (2017) y Duarte, Lorenzo-Luaces & Roselló (2012), quienes describen que el bajo autoconcepto es una variable que predice la ideación suicida y la depresión. Por su parte, Bartra, Guerra y Carranza (2016), también encuentra una correlación significativa negativa entre autoconcepto y depresión en universitarios, es decir, a menor autoconcepto, mayores niveles de depresión.

También se han estudiado a niños y adolescentes con diversos trastornos genéticos, y se ha encontrado que dicha población posee bajos niveles de autoconcepto y

autoestima (Zúñiga, 2018). Así como pacientes pediátricos con diabetes, donde también se observa una disminución significativa del autoconcepto (Bilbao-Cercós, Beniel-Navarro, Pérez-Marín, Montoya-Castilla, Alcón-Sáez & Prado-Gascó, 2014).

Como se describió en el capítulo uno, las Competencias Parentales (CP) han sido poco estudiadas, por lo que no se encuentran estudios relacionados de éstas con el autoconcepto, pero si se ha abordado con conceptos similares como los estilos de crianza, y se han descrito correlaciones positivas entre percepciones positivas de las prácticas de crianza y el nivel de autoconcepto y negativas con prácticas negativas, también se ha observado que los padres que ejercen estilos de crianza autoritativos y permisivos tienen hijos con mayores puntuaciones en la medición del su autoconcepto, sucediendo lo contrario con el estilo negligente (Clerici & García, 2010; Fuentes, García, Gracia & Alarcón, 2015; Centurión, 2018; Solano, 2016; Molina, Raimundi & Bugallo, 2017).

En cuanto a las prácticas parentales, también se ha observado que la percepción de la relación con la madre influye siempre significativamente, pero no así con el padre, por ejemplo, las percepciones de autonomía y aceptación por parte de la madre influyen en que los niños presenten un autoconcepto más positivo, pero no sucede lo mismo con el padre (Molina, Raimundi & Bugallo, 2017). En adolescentes se ha observado que factores de las prácticas parentales como el apoyo, la comunicación, la autonomía y el control conductual se asocian a mayores niveles de autoconcepto (Ruvalcaba-Romero, Gallegos-Guajardo, Caballo & Villegas-Guinea, 2015).

El autoconcepto también tiene relación con el apego, específicamente, se ha estudiado su relación con los estilos de apego que establecen los padres con sus hijos, donde básicamente se describen correlaciones positivas entre un estilo de apego seguro y un buen autoconcepto en niños y adolescentes. Por ejemplo Martínez-Festorazzi, Castañeiras, & Posada (2011) encuentran esta correlación positiva en un estudio con adolescentes, pero agregan que las características de un apego seguro influyen sobre todo al autoconcepto familiar, describen correlaciones negativas entre autoconcepto y características de apego como ira y alienación, lo que significa que entre mayor percepción tiene el adolescente de sus padres como enojados o que tienden a aislarlos, las percepciones de sí mismo, resultan ser más negativas.

En población infantil se ha estudiado la relación entre las representaciones mentales de apego y el autoconcepto, así como su implicación con los problemas de

conducta, encontrando que una percepción pobre de apego se relaciona con problemas de conducta, cognitivos y sociales; cuando los menores perciben mayor autonomía de sus padres, se relaciona con un mayor autoconcepto en el área académica. Por el contrario, al identificar a los padres más coercitivos, característica de un apego inseguro, los niveles de autoconcepto eran menores principalmente en el área académica, social y en la autonomía. Además, evalúan la calidad de las narraciones en la prueba que mide las representaciones mentales de apego y encuentran que cuanto menos se relacionan las historias con el tema abordado, menor resulta el autoconcepto en sus diferentes áreas (Torres & Rodrigo, 2014).

Por su parte, Mendoza (2015), confirma la correlación positiva entre la percepción apego seguro, tanto del padre como de la madre, y el nivel de autoconcepto de niños de 9 a 13 años, concluyendo que entre más seguro es el apego de la figura paterna y materna, mayor es el nivel de autoconcepto en dichos menores.

Para conocer otro aspecto de la medición, se hablará de los instrumentos que evalúan el autoconcepto, presentando a continuación una tabla que contiene los principales instrumentos utilizados en México para evaluar el autoconcepto en niños.

Tabla 4

Instrumentos que evalúan el autoconcepto

Nombre del instrumento	Autor y año	Descripción
Escala de Percepción del autoconcepto infantil PAI	(Villa y Auzmendi,1992)	Escala que consta de 34 ítems, cada uno consiste en un dibujo de una situación determinada, donde alguna de las figuras está realizando una actividad representativa de un autoconcepto positivo y otra de uno negativo. Se puede aplicar de forma individual o colectiva.
Escala de Autoconcepto para Niños de Tipo Diferencial Semántico	(Andrade & Pick, 1986)	Contiene 48 reactivos bipolares con 5 opciones de respuesta se puntúa del

Escala de Autoconcepto de Piers-Harris	(Piers, 1984)	<p>1 al 5, obteniendo la calificación más alta el adjetivo positivo, y la menor el negativo. Está compuesta de 6 subescalas (Yo físicamente, Yo como estudiante, Yo emocionalmente, Yo moralmente, Yo como hijo, Yo como amigo)</p> <p>Evalúa la percepción que el alumno tiene de sí mismo (autoconcepto global) y cómo valora diferentes aspectos de su forma de ser y su comportamiento, según las siguientes dimensiones: Autoconcepto conductual, Autoconcepto intelectual, Autoconcepto físico, Autoconcepto social o popularidad y Felicidad-satisfacción.</p>
Escala de Autoconcepto Escolar (EDAE)	(Ramírez, 1998)	<p>Evalúa la estructura cognoscitiva-afectiva estable y generalizada que posee el niño acerca de lo que es, ha sido y pretende ser. Mide la información que el individuo ha adquirido sobre sí mismo en su ámbito escolar, social e individual (Calleja, 2011, p. 105).</p>
Escala de autoconcepto actual, autoconcepto ideal y autoconcepto que debe ser para niños	(Muñiz & Andrade, 1999)	<p>Mide la representación que tiene el niño de sí mismo, esta puede ser en el presente (autoconcepto actual) o en el futuro (autoconcepto ideal y el que debe ser), reconociendo la adquisición de posibles características propias. Evalúa aspectos tales</p>

como, social normativo,
social expresivo, físico,
trabajo intelectual y
afectivos.

Se realizó una revisión de las pruebas utilizadas en México para evaluar autoconcepto en niños escolares, de 6 a 12 años y se decidió utilizar el instrumento de Muñiz y Andrade (1999), ya que se observó que la mayoría de los instrumentos encontrados no son de fácil aplicación, es probable que los menores no comprendan exactamente lo que se les está pidiendo, evalúan áreas específicas y/o no se encuentran estandarizados en población mexicana.

Dicho instrumento como se menciona en la tabla mide la representación que tiene el niño de sí mismo, ésta puede ser en el presente (autoconcepto actual) o en el futuro (autoconcepto ideal y el que debe ser). Está basado en la teoría de la discrepancia de Higgins (1987, citado en Muñiz y Andrade, 1999) y permite hacer una comparación de discrepancias entre las características que los menores desean poseer y las que creen que deberían de tener, con la concepción actual que tienen de sí mismos (autoconcepto actual). Se conforma de cinco factores social normativo (11 reactivos, alfa=.89); físico (5 reactivos, alfa=.74); social expresivo (6 reactivos, alfa=.73); trabajo Intelectual (7 reactivos, alfa=.82) y expresivo-afectivo (3 reactivos, alfa=.65). Está validado en población mexicana en una muestra de 356 niños y niñas (Muñiz y Andrade, 1999).

Para finalizar el capítulo, se puede comprender que el autoconcepto es un constructo sumamente estudiado que ha tenido diversas modificaciones en su definición y abordaje, pasando de entenderse como algo global y estático, a un concepto multidimensional y que sí puede tener algunas modificaciones. Además, el autoconcepto se irá transformando con base en la edad de la persona y su capacidad cognitiva de ésta. Un niño de 4 años, por ejemplo, podrá hacer atribuciones más simples, de sí mismo basada más en palabras descriptivas de características aisladas y específicas de él. Sin embargo, se esperaría que un adolescente incluya en su autoconcepto descripciones de relaciones e interacción social, así como la integración de descripciones más complejas y abstractas de sí mismo.

También se puso al descubierto la importancia de la retroalimentación social en la formación del autoconcepto, es decir, que se va a construir en gran parte mediante lo que los demás cercanos digan u opinen de uno mismo. Por tanto, se hace interesante evaluar su relación con la propia percepción que se tiene de la vinculación con los padres o cuidadores, y de las capacidades que estos tengan para proporcionar una vinculación adecuada con sus hijos.

Capítulo IV. Método

4.1 Preguntas de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre las Competencias Parentales Vinculares (CPV), las Representaciones Mentales de Apego (RMA) y el Autoconcepto en una muestra de niños de 6 a 12 años?

¿Existe diferencia entre los subgrupos de la muestra: normativo, clínico y de riesgo psicosocial, en cuanto a los puntajes obtenidos por niños de 6 a 12 años en los siguientes instrumentos: Entrevista de Apego para Niños (Sierra, Carrasco y Moya, 2011) Escala de Parentalidad Positiva e2p (Gómez y Muñoz, 2015) y la Escala de autoconcepto actual ideal y que debe ser en niños (Muñiz & Andrade, 1999)?

4.2 Objetivos

Evaluar si existe relación entre las Competencias Parentales Vinculares (CPV), las Representaciones Mentales de Apego (RMA) y el Autoconcepto de una muestra de niños de 6 a 12 años.

Evaluar las diferencias de entre los subgrupos de la muestra: normativo, clínico y de riesgo psicosocial en cuanto a los puntajes obtenidos por niños de 6 a 12 años en los siguientes instrumentos: Entrevista de Apego para Niños (Sierra, Carrasco y Moya, 2011) Escala de Parentalidad Positiva e2p (Gómez y Muñoz, 2015) y la Escala de autoconcepto actual ideal y que debe ser en niños (Muñiz & Andrade, 1999).

4.3 Hipótesis

De investigación:

H1: “Existe relación positiva y estadísticamente significativa ($\alpha \leq 0.05$) entre los puntajes obtenidos en Competencias Parentales Vinculares, Representaciones Mentales de Apego y Autoconcepto en los niños y niñas participantes en el estudio 6 a 12 años”

X= Competencias Parentales Vinculares

Y=Representaciones Mentales de Apego

Z= Autoconcepto

H1: $R_{xyz} \neq 0$

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos en Competencias Parentales Vinculares, Representaciones Mentales de Apego y Autoconcepto en los niños y niñas participantes en el estudio.

Ho: $R_{xyz} = 0$

H2: “Existen diferencias significativas de los puntajes obtenidos en las tres variables entre los tres subgrupos de la muestra: normativo, clínico y de riesgo psicosocial”.

H2o: “No existen diferencias significativas de los puntajes obtenidos en las tres variables entre los tres subgrupos de la muestra: normativo, clínico y de riesgo psicosocial”.

4.4 Variables

Definición conceptual:

Competencias Parentales Vinculares: “el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza dirigidas a promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los niños y niñas.” (Gómez & Muñoz, 2015, p. 6).

Representaciones Mentales de Apego: Representaciones mentales que el niño/a construye en la primera infancia sobre la base de las experiencias de interacción con sus cuidadores (Bowlby, 1969 en Greco, 2013).

Autoconcepto (actual): Configuración particular de las representaciones activadas o subserie de creencias o auto representaciones del sí mismo que son accesibles en un momento dado (Muñiz & Andrade, 1999).

Definición operacional:

Competencias Parentales Vinculares: Puntajes obtenidos categorizados por rangos/zonas (óptimo, monitoreo y riesgo) en la subescala de Competencias Vinculares (pregunta 1 a la 14) de la Escala de Parentalidad Positiva e2p (Gómez & Muñoz, 2015).

Representaciones Mentales de Apego: Puntajes obtenidos por indicadores y factores que arrojan una clasificación en algunos de los siguientes patrones de apego:

Apego problemático o inseguro, altamente probable; Apego no problemático o inseguro, altamente probable o patrón de apego en potencial riesgo con tendencia positiva o negativa, la Entrevista de Apego para Niños (EAN) (Sierra, et al., 2011).

Autoconcepto (actual): Puntaje sumado y promediado de la subescala del autoconcepto actual de la Escala de autoconcepto actual, autoconcepto ideal y autoconcepto que debe ser para niños (Muñiz & Andrade, 1999).

4.5 Tipo de estudio

Estudio no experimental transversal de tipo correlacional, que evalúa la relación entre las variables Competencias Parentales Vinculares, Representaciones Mentales de Apego y Autoconcepto, y la diferencia entre los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados en los tres subgrupos de la muestra: normativo, clínico y de riesgo psicosocial.

4.6 Tipo de Muestreo

Se realizó un muestreo no aleatorio por conveniencia y por aceptación de participación. Es decir, en cada escenario de aplicación, se trabajó con los menores cuyos padres o cuidadores aceptaron participar en el proyecto de investigación.

4.7. Participantes

La investigación se llevó a cabo con una muestra total de 87 participantes dividida en tres subgrupos diferentes:

1. Subgrupo de muestra normativa, compuesta de 67 niños escolares de 6 a 12 años y sus 67 padres o cuidadores primarios. Dicha muestra fue obtenida de un colegio privado, ubicado en la zona centro de la Ciudad de México. Los menores que participaron fueron aquellos cuyos padres o cuidadores regresaron el consentimiento informado para la participación de la prueba.

2. Subgrupo de muestra de riesgo psicosocial, compuesta de 10 menores de 6 a 12 años y 10 cuidadores primarios, de una institución de asistencia privada de la CDMX, quien tiene en su custodia y/o cuidado en su mayoría hijos e hijas de mujeres, quienes se encuentran recluidas dentro de un centro de reinserción social del Sistema Penitenciario de la Ciudad de México. Algunas madres han cedido la custodia totalmente a la Institución o se le adjudicado dicha custodia por las instancias judiciales respectivas, también hay algunos niños y niñas, cuya custodia la mantiene alguno de los padres o familiares. Por los motivos

mencionados anteriormente, las visitas de los niños a sus madres, padres o algún otro familiar son muy reducidas, siendo el caso de mayor contacto de una vez al mes.

La mayoría de los menores presentan problemas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, o negligencia de cuidados. Algunos de ellos fueron diagnosticados dentro de la Institución con diferentes trastornos entre ellos TDA o TDAH, dificultades en el aprendizaje o en el lenguaje, depresión y ansiedad. Los cuidadores son empleados contratados por la Institución sin algún tipo de profesión especializada, y cada uno de ellos se encarga del cuidado de cinco a diez niños en promedio. La institución, que fungió como escenario para el subgrupo de riesgo psicosocial, alberga alrededor de 25 niños y niñas desde los tres a los doce años, no obstante, esta cantidad varía ya que la población va cambiando constantemente por diversos motivos.

Como parte del proyecto iberoamericano se consiguió parte de la muestra del estudio realizado en Mazatlán, Sinaloa y se obtuvieron seis menores de 6 a 12 años, de una institución gubernamental para la atención de la violencia intrafamiliar, la cual tiene como objetivo resguardar en anonimato y proteger a mujeres y sus hijos víctimas de violencia intrafamiliar y ofrece servicios como asistencia social, atención psicológica, asesoría legal, seguimiento jurídico en materia penal, atención médica de emergencia, entre otros. La muestra quedó conformada por cuatro hermanos y su madre y otro par de hermanos junto con su madre. Todos ellos habían sufrido de violencia psicológica, física e incluso algunos, violencia sexual por parte de sus padres o abuelos.

3. Subgrupo de muestra clínica, compuesta de cuatro niños de entre 6 y 12 años y cuatro padres o cuidadores primarios, que asistieron a Primer Contacto para recibir algún tipo de Atención Psicológica en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”. Dentro de los motivos de consulta por los que los menores asistieron a la atención, se encuentran, dificultades de aprendizajes, enuresis, comportamientos agresivos, berrinches y dificultad para seguir instrucciones.

4.8 Instrumentos

- Consentimiento para escuelas (Anexo B)
- Consentimiento para padres (Anexo C)
- Asentimiento para niños y niñas (Anexo D)
- Escala de Parentalidad Positiva e2P (Gómez & Muñoz, 2015): Cuestionario autoadministrado para padres que se utiliza para evaluar las competencias parentales en 4 áreas: Competencias Vinculares (14 ítems), Competencias Formativas (12 ítems), Competencias Protectoras (17 ítems) y Competencias Reflexivas (11 ítems). De donde surge un total de 54 ítems, en escala Likert con opciones de respuesta Casi nunca, A veces, Casi siempre o Siempre.

Se basa en tres marcos teóricos interconectados: la teoría ecosistémica del desarrollo humano, la teoría del apego y la teoría de la resiliencia humana. La consistencia interna muestra valores de alfa de Cronbach de .95 para la escala total, .89 para Comp. Vinculares, .86 para Comp. Formativas, .84 para Comp. Protectoras y .82 para Comp. Reflexivas y una importante validez, obtenida mediante diversos métodos (Gómez & Muñoz, 2015).

Con base en los objetivos del estudio, si bien se aplicaron todas las áreas de ésta, en el análisis de resultados se utilizó solamente el apartado de Competencias Parentales Vinculares y el puntaje de las Competencias Parentales Totales para poder tener una referencia de qué tan adecuadamente los padres y cuidadores están promoviendo un apego seguro y también la referencia de cómo se encuentran las competencias parentales en su totalidad.

- Escala de autoconcepto actual ideal y que debe ser en niños (Muñiz & Andrade, 1999): Instrumento que evalúa la colección de representaciones que el niño tiene de sí mismo, que pueden ser concepciones de estados presentes o futuros, en las que se reconoce la adquisición de posibles atributos personales. Tiene un índice de confiabilidad que oscila entre = 0.65 y 0.89. (Calleja, 2011). Fue validada en población mexicana, con 356 niños y se divide en cinco dimensiones: social normativo (11 reactivos, alfa=.89); físico (5 reactivos, alfa=.74); social expresivo (6 reactivos, alfa=.73); trabajo Intelectual (7 reactivos, alfa=.82) y expresivo-afectivo (3 reactivos, alfa=.65). Se utilizaron únicamente los 32 reactivos que conforman al componente de Autoconcepto actual.

- Entrevista de Apego para Niños (EAN) (Sierra Carrasco y Moya, 2011): Entrevista basada en la dinámica general de las Técnicas de Completamiento de Historias que evalúa las Representaciones Mentales de Apego de los niños y consta de nueve historias, cada una acompañada de una lámina con un dibujo que representa el suceso descrito con diferentes contenidos pictográficos. Cada una “tienen como objetivo general explorar el sistema representacional de la relación (emociones, cogniciones y comportamiento) del niño y su figura de apego ante diversas situaciones física y/o emocionalmente estresantes para el niño.” (Sierra, et al., 2011, p. 42). La primera historia es con contenido neutro para ejemplificar las instrucciones, la segunda evalúa los efectos de una transgresión, la tercera, la percepción de rivalidad, la cuarta, separación en un lugar hostil en el contexto de una enfermedad, la quinta, reencuentro con la figura de apego, la sexta, dolor físico, la séptima, percepción de abandono, la octava, percepción de incompetencia y la novena, amenaza difusa.

La tarea del niño consta en completar una historia inconclusa que requiere de la aparición de la figura de apego, posteriormente se le pregunta lo que está pasando en la historia y preguntas opcionales adicionales junto con la aplicación de un termómetro emocional, en el cual, el niño identifica la emoción (alegría, tristeza, miedo, enojo o tranquilidad) que le genera cada historia y la intensidad de ésta.

Está compuesta por indicadores de apego seguro e inseguro en el niño, en la interacción niño-figura de apego, y en la figura de apego. Estos se dividen en doce escalas, que a su vez contienen un total de 48 categorías. La explicación de cada escala y de las principales categorías se encuentran en la tabla del Anexo A.

4.9 Procedimiento

A continuación, se describe por pasos ordenados cronológicamente el procedimiento que se llevó a cabo durante la presente investigación:

1. Conformación del equipo de trabajo en el proyecto.

A principios del 2019 se conformó el equipo de trabajo para abordar la presente tesis y otros proyectos que surgieron con el tema central de las Representaciones Mentales de Apego y la adaptación y estandarización de la Entrevista de Apego para Niños (EAN) (Sierra, Carrasco & Moya, 2011). Este proyecto forma parte

de un equipo iberoamericano, ya que lo conforman los autores originales de la prueba EAN, quienes son originarios de España, y tesis y estudiantes de maestría y servicio social mexicanas de la Ciudad de México y Mazatlán, Sinaloa.

2. Capacitación.

Se realizaron diversas videollamadas a lo largo del año, dirigidas por Javier Moya uno de los autores de la EAN, con el objetivo de capacitarnos sobre el contenido, aplicación y calificación de la prueba, así como para compartir los avances de los trabajos relacionados.

3. Adaptación de la EAN a población mexicana.

Como parte del equipo iberoamericano que se mencionó anteriormente se tuvo la consigna de adaptar la EAN a población mexicana. Por lo que antes de la aplicación de ésta, se tuvo que llevar a cabo el proceso de conseguir expertos en la materia, para poder hacer los jueces, de las adaptaciones que se le habían hecho a la prueba para población mexicana. Esta adaptación consistió en cambio de palabras y frases, imágenes y emoticones. Hasta que se aprobaron los jueces y se hicieron las modificaciones recomendadas se pudo continuar con la aplicación.

4. Vinculación y autorización institucional.

Se realizó un primer contacto con el colegio privado para platicar sobre el proyecto y pedir su autorización para poder aplicar los instrumentos. Una vez que las autoridades de éstas manifestaron apoyo al proyecto, se prosiguió a repartir a los padres de familia circulares donde se explicaba el proyecto, se otorgaron los consentimientos informados para que fueran firmados y de ser aceptada su participación se les pidió llenar la Escala de Parentalidad e2p (Gómez & Muñoz, 2015) y la ficha sociodemográfica de la EAN (Sierra, et al., 2011).

En cuanto a la muestra de riesgo, también se tuvo un primer contacto con la institución para explicar el proyecto, y coordinar las fechas de aplicación. Por otro lado, para la muestra clínica, se mantuvo el contacto con la Mtra. Verónica Ruiz para poder acceder al Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro; el acceso se dio mediante la inscripción al programa: “Servicios Psicológicos Basados en Evidencia en Procesos de Titulación”.

5. Aplicación.

Para la muestra normativa, una vez que se recibieron los documentos firmados por los padres, autorizando la aplicación de sus hijos y regresando la E2p

contestada por el cuidador primario, se prosiguió a iniciar con las aplicaciones de la EAN y la Escala de Autoconcepto. Se visitó la escuela cuatro veces, para poder aplicar los instrumentos a toda la muestra autorizada. Durante una misma sesión se aplicaban estos dos instrumentos a los menores, cada aplicación tuvo un promedio de duración de 40 minutos y fue realizado por dos personas en los espacios otorgados por la escuela (salones, salón de cómputo y sala de lectura). La EAN se realizó con la ayuda de Tabletas con su presentación interactiva en Power Point, grabación de voz de las respuestas otorgadas por los niños en los celulares de las aplicadoras y la Escala de Autoconcepto impresa.

Para la muestra de riesgo el proceso consistió en asistir en dos ocasiones a la fundación para realizar la aplicación de los instrumentos. La dinámica fue la misma que en la primaria en cuanto a la aplicación de la EAN de los niños, la fundación acomodó a las aplicadoras en los espacios disponibles. La E2p fue aplicada directamente por ellas a los cuidadores primarios, ya que se encontraron algunas dificultades de lectura. Las sesiones de aplicación por niño aquí duraban más en promedio, ya que lo menores se solían distraer con mayor facilidad y costaba trabajo llamar su atención.

La asignación de usuarios en la muestra clínica siguió los criterios de los procesos internos del Centro Comunitario. Se contó con dos aplicadoras, a las que se les asignó un usuario para poder realizar un protocolo de evaluación psicológica. Este proceso tuvo como duración promedio cuatro sesiones. En la primera se llevó a cabo una entrevista con los padres o cuidadores, en donde se les explicó el proyecto y cómo sería la evaluación y se obtuvo el motivo de consulta y la historia clínica de los menores. Las sesiones dos y tres consistieron en la aplicación de los instrumentos del proyecto (EAN, E2p y Escala de Autoconcepto), y en algunos casos fue necesario aplicar otros más para complementar los resultados de la evaluación. Terminando con la sesión de devolución a los cuidadores.

Este paso fue de los más complicados, ya que se tuvo mucha dificultad para conseguir los permisos en las instituciones y poder llevar a cabo las aplicaciones de los instrumentos, iniciando en junio del 2019 y concluyendo en febrero del 2020.

6. Calificación y captura de resultados.

Se capturaron los resultados de la E2p en una base de datos programada para otorgar los puntajes obtenidos. La Escala de Autoconcepto se capturó de la misma manera. Para la EAN, el proceso consistió en la transcripción literal de cada una de las grabaciones, para posteriormente traspassarlo a la plantilla de registro y calificación de respuestas propia de la prueba.

7. Análisis de resultados

Una vez que se concluyó la aplicación de los instrumentos a toda la muestra y se terminó la realización de la base de datos con los resultados obtenidos de los tres instrumentos, se prosiguió a realizar los análisis estadísticos correspondientes para responder las preguntas de investigación en el programa estadístico *IBM SPSS Statistics 24*. Además de hacer un análisis cualitativo de la EAN incluyendo número de indicadores de apego seguro e inseguro, tipo de respuestas generales, por subgrupos de la muestra total y por la clasificación del patrón de apego obtenidos mediante esta misma.

Capítulo V. Resultados

En este capítulo se describirán los resultados obtenidos y se distribuirán en tres partes. La primera consiste en el análisis descriptivo y sociodemográfico de la muestra junto con sus subgrupos. La segunda, en el análisis estadístico inferencial, donde se analizan las relaciones que se encontraron entre variables y subgrupos de la muestra total. Dichos análisis se realizaron con el programa estadístico *IBM SPSS Statistics 24*. Por último, la tercera parte consiste en el análisis cualitativo de los resultados obtenidos con relación al apego.

5.1 Análisis estadístico descriptivo

La muestra total estuvo compuesta por 87 infantes de 6 a 12 años, junto con 87 padres, madres o cuidadores. Inicialmente, se consideró como criterio de inclusión de la muestra, la aplicación de los instrumentos a niños y niñas de 6 a 9 años; sin embargo, se amplió el rango de edad a 12 años, para contribuir de mejor manera al proyecto de investigación paralelo para la validación y adaptación a población mexicana de la EAN.

En cuanto a los menores, se tuvieron 46 hombres (52.9%) y 41 mujeres (47.1%). Fueron un total de 70 madres o cuidadores (80.5%) y 17 padres o cuidadores (19.5%). En las figuras cinco y seis se puede observar gráficamente cómo quedó compuesto cada grupo de la muestra total.

Figura 5

Muestra total de niños y niñas dividida por sexo

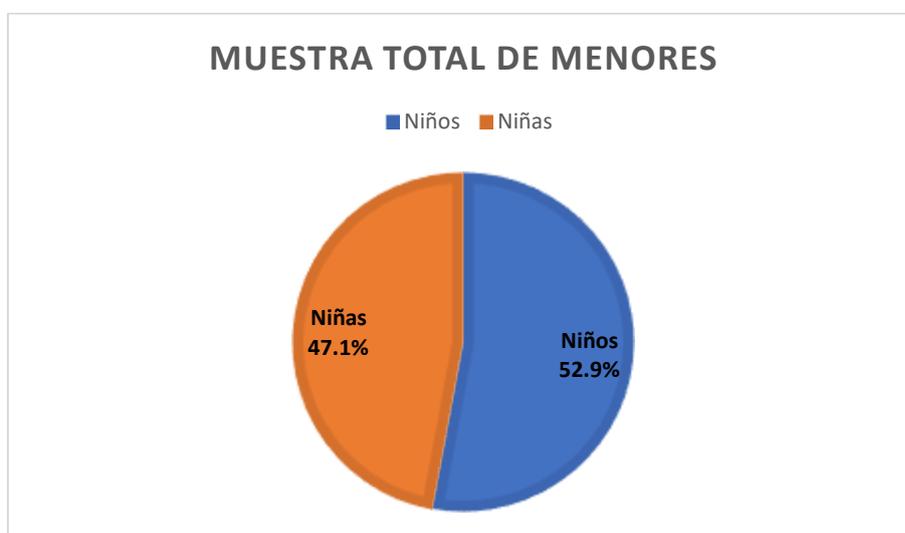


Figura 6

Muestra total de padres y cuidadores dividida por sexo



De la figura siete a la figura diez se presentan los datos sociodemográficos obtenidos de la muestra total. Posteriormente, en las tablas cinco y seis, se observan los datos sociodemográficos de la muestra total dividida por subgrupos (normativo, clínico y de riesgo psicosocial).

Figura 7

Escolaridad de los menores de la muestra total

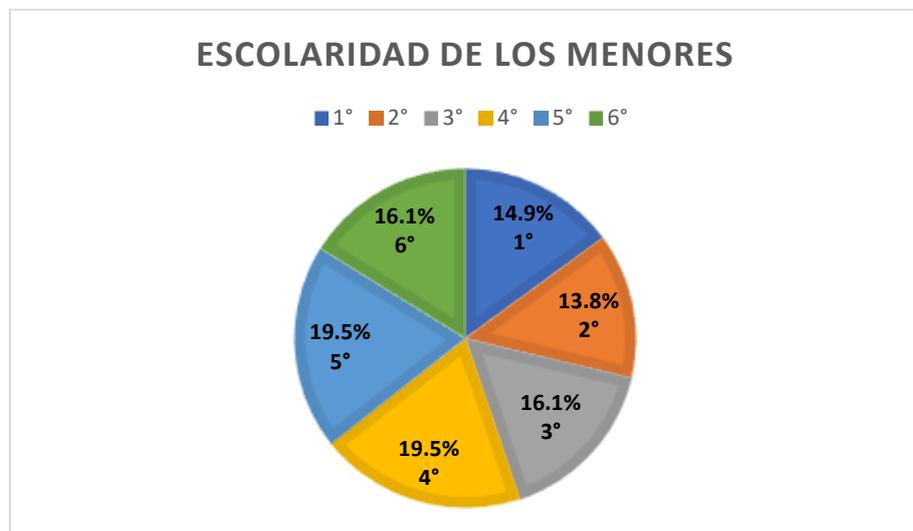


Figura 8

Escolaridad de los padres y cuidadores de la muestra total

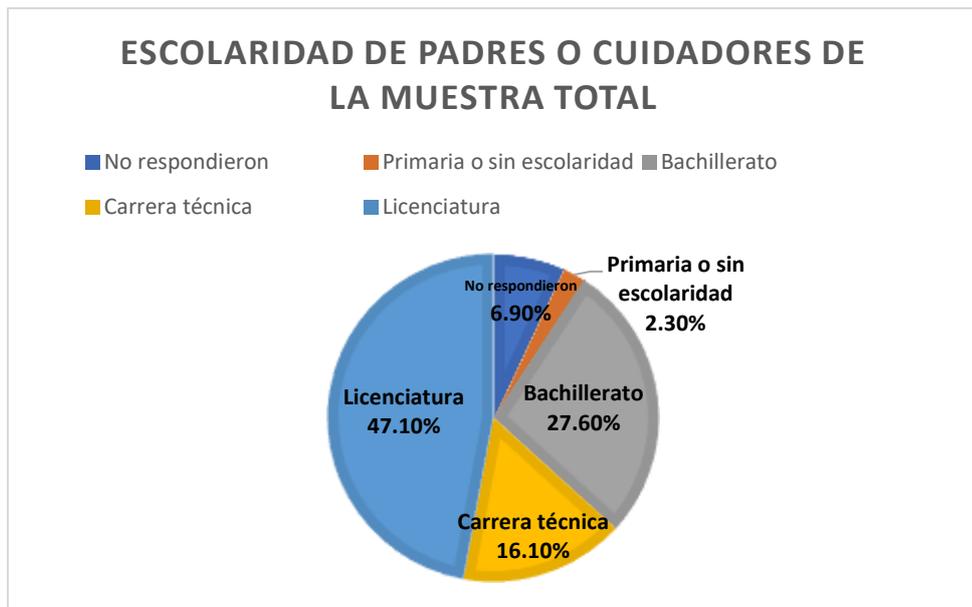


Figura 9

Estado civil de los padres y cuidadores de la muestra total

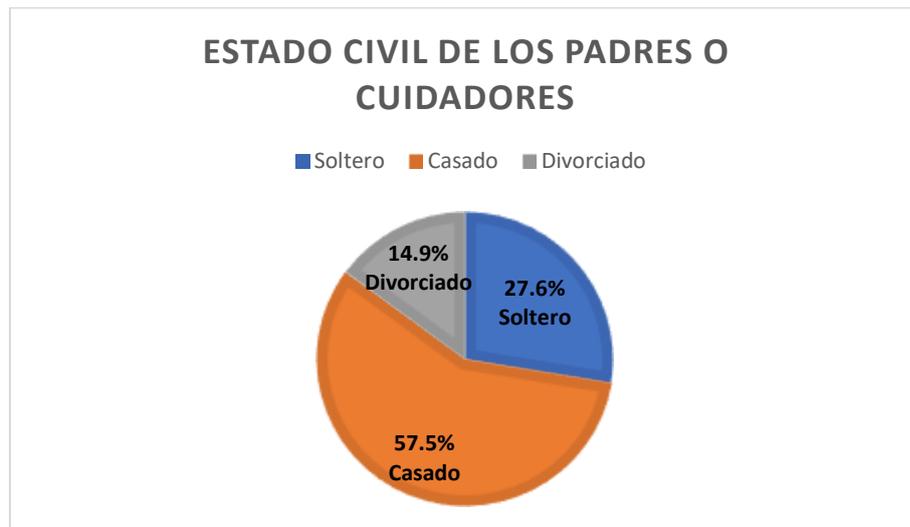


Figura 10

Número de hijos reportados por padres y cuidadores de la muestra total

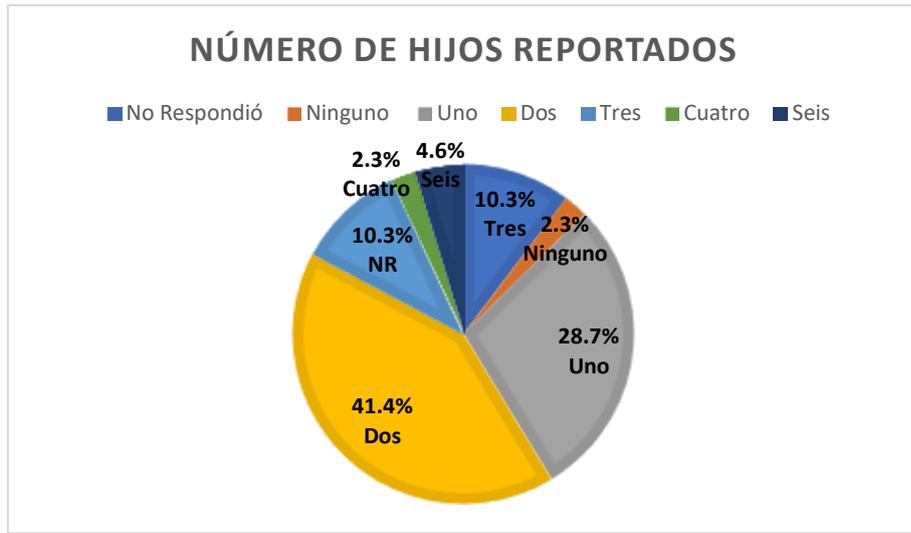


Tabla 5

Datos sociodemográficos divididos por subgrupos de la muestra total 1

	Normativo	Clínico	En riesgo psicosocial
Total de niños	29 niños	3 niños	14 niños
Total de niñas	38 niñas	1 niña	2 niñas
Media de edad niños y niñas	\bar{X} = 9 años	\bar{X} = 7.25 años	\bar{X} = 8.9 años
Padres o cuidadores Hombres	9 hombres	0 hombres	1 hombre (cuidador de los niños CDMX)
Padres o cuidadores Mujeres	58 mujeres	4 mujeres	1 mujer (cuidadora de las niñas CDMX) 2 mujeres (madres de la muestra de Mazatlán)
Media de edad padres, madres o cuidadores	\bar{X} = 39 años	\bar{X} = 33.25 años	\bar{X} = 35.5 años

Tabla 6*Datos sociodemográficos divididos por subgrupos de la muestra total 2*

	Normativo	Clínico	En riesgo psicosocial
Estado civil de los padres, madres o cuidadores	Casados: 59.7%	Casados: 50%	Casados: 25%
	Solteros: 20.9%	Solteros: 50%	Solteros: 75%
	Divorciados: 19.4%		
Escolaridad de los padres, madres o cuidadores	Licenciatura: 59.7%	Sin escolaridad: 25%	Bachillerato: 75%
	Carrera técnica: 19.4%	Bachillerato: 25%	No respondió: 25%
	Bachillerato: 16.4%	Carrera técnica: 25%	
	Primaria: 1.5%	Licenciatura: 25%	
	No respondió: 1.5%		
Número de hijos reportados	Un hijo: 35.8%	Un hijo: 25%	Ninguno: 25%
	Dos hijos: 52.2%	Dos hijos: 25%	Cuatro hijos: 25%
	Tres hijos: 10.4%	Cuatro hijos: 50%	Seis hijos: 25%
	No respondió: 1.5%		No respondió: 25%

Escala de Parentalidad Positiva (e2p)

Se analizaron los resultados de la Escala de Parentalidad Positiva (e2p) en su calificación total y en su competente de Competencias Parentales Vinculares. Se observa que la zona en la que se encuentran varía al evaluar las CPV, y la mayoría de los padres,

madres y cuidadores se ubican en Zona de Riesgo. La tabla 7 muestra los resultados obtenidos.

Tabla 7

Resultados de la e2p en la muestra general

	Competencias Parentales Totales (CPT)	Competencias Parentales Vinculares (CPV)
Zona Óptima	50.6% (44 participantes)	32.2% (28 participantes)
Zona de Monitoreo	27.6% (24 participantes)	27.6% (24 participantes)
Zona de Riesgo	21.8% (19 participantes)	40.2% (35 participantes)

El valor mínimo obtenido en las Competencias Parentales Totales fue de 108 puntos y el valor máximo de 206, con una media de 170.21 puntos (DE=24.34). En cuanto a las Competencias Parentales Vinculares el puntaje mínimo que se obtuvo fue de 22 puntos y el máximo de 55, con una media de 42 puntos (DE=8.37).

Al analizar los resultados por subgrupos, se encontró lo observado en la tabla 8.

Tabla 8

Resultados de e2p por subgrupos

	Muestra Normativa		Muestra de Riesgo		Muestra Clínica	
	(CPT)	(CPV)	(CPT)	(CPV)	(CPT)	(CPV)
Zona Óptima	44.8% (30 parts.)	32.8% (22 parts.)	75.% (12 parts.)	25% (4 parts.)	50% (2 parts.)	50% (2 parts.)
Zona de Monitoreo	34.3% (23 parts.)	25.4% (17 parts.)	0% (0 parts.)	43.8% (7 parts.)	25% (1 part.)	0% (0 parts.)
Zona de Riesgo	20.9% (14 parts.)	41.8% (28 parts.)	25% (4 parts.)	31.3% (5 parts.)	25% (1 part.)	50% (2 parts.)

En el subgrupo de muestra normativa nuevamente se presenta el mismo fenómeno de cambiar la zona en la que se encuentra el mayor porcentaje de los participantes, en comparación a si se evalúan las CPT o las CPV, y moverse de Zona Óptima a Zona de

Riesgo en estas últimas. En la muestra de riesgo también la mayor parte de los participantes reduce la zona en la que se encuentran al evaluar las CPV, en comparación de las CPT, pero la mayoría se ubica en Zona de Monitoreo. Por último, el subgrupo de muestra clínica no presenta estas características.

Entrevista de Apego para Niños (EAN)

Los resultados de la Entrevista de Apego para Niños en la muestra general indicaron que el 65.5% (57 menores) presentan un patrón de apego en potencial riesgo, *No Claramente Seguro o Inseguro (NC)*. El 29.9% (26 participantes) un patrón de apego en potencial riesgo con *Tendencia Negativa o Insegura (TN)*. Por último, tan solo un 4.6% (4 participantes), un patrón de apego en potencial riesgo con *Tendencia Positiva o Segura (TS)*. No se obtuvo ningún caso con clasificación de Apego Seguro (S), ni tampoco con clasificación de Apego Inseguro (I).

En la división por subgrupos de la muestra, los resultados se comportan de la siguiente manera como lo muestra la tabla 9.

Tabla 9

Resultados de la EAN por subgrupos de la muestra general

	Muestra Normativa	Muestra en Riesgo	Muestra Clínica
Patrón de Apego Seguro	0% (0 participantes)	0% (0 participantes)	0% (0 participantes)
Patrón de Apego en Potencial Riesgo con <i>Tendencia Positiva</i>	4.5% (3 participantes)	6.3% (1 participante)	0% (0 participantes)
Patrón de Apego en Potencial Riesgo <i>No Claramente Seguro o Inseguro</i>	61.2% (41 participantes)	81.3% (13 participantes)	75% (3 participantes)
Patrón de Apego en Potencial Riesgo con <i>Tendencia Negativa</i>	34.3% (23 participantes)	12.5% (2 participantes)	25% (1 participante)
Patrón de Apego Inseguro	0% (0 participantes)	0% (0 participantes)	0% (0 participantes)

Además, se hizo un análisis de la sumatoria de indicadores de apego seguro e inseguro que arroja la EAN y se encontró lo observado en la tabla 10.

Tabla 10

Resultado de los promedios de indicadores de apego seguro e inseguro por subgrupos de la muestra

	Muestra Normativa (67 participantes)	Muestra en Riesgo (16 participantes)	Muestra Clínica (4 participantes)
Promedio de indicadores de Apego Seguro	45.69	32.81	33.5
Promedio de indicadores de Apego Inseguro	48.69	55.87	58.75

Se puede ver que, en el subgrupo de muestra normativa, los promedios de ambos tipos de indicadores no difieren tanto entre sí (3 puntos), como el resto de los subgrupos: muestra en riesgo (23.06 puntos), muestra clínica (25.25 puntos). Asimismo, el promedio de la muestra normativa es el más elevado en indicadores de apego seguro y el menos elevado en indicadores de apego inseguro. El menor valor de indicadores de apego seguro se encuentra en el subgrupo de la muestra en riesgo y el mayor valor de indicadores de apego inseguro en la muestra clínica.

Escala de Autoconcepto

Para la Escala de Autoconcepto, se encontró que en la muestra general la media fue de 3.3 puntos (DE=0.32), indicando un Autoconcepto Alto. Un mínimo puntaje de 2.34 y un máximo de 3.94, lo que coloca al 81.6 % (71 participantes) en una categoría de Autoconcepto Alto y al 18.4% (16 participantes) en Autoconcepto Medio.

En la segmentación por grupos se obtuvo lo siguiente: la muestra normativa presenta una media de 3.3 (DE= 0.29), lo que equivale a un Autoconcepto Alto. Un mínimo puntaje de 2.34 y un máximo de 3.88, colocando así al 86.6% (58 participantes) con un Autoconcepto Alto y un 13.4% (9 participantes) en un Autoconcepto Medio.

El subgrupo de la muestra de riesgo tuvo una media de 3.25 puntos (DE=0.40), puntaje mínimo de 2.50 y un máximo de 3.94, resultando en un 68.8% (11 participantes) con Autoconcepto Alto y un 31.3% (5participantes) con un Autoconcepto Medio. Por

último, el subgrupo de muestra clínica arrojó una media de 3.24 (DE=0.51). Un puntaje mínimo de 2.72 y un máximo de 3.72. Indicando que el 50% (2 participantes) se clasifica en un Autoconcepto Alto y el otro 50% (2 participantes) en un Autoconcepto Medio.

Se analizaron los resultados de las variables, segmentando a la muestra total por los resultados obtenidos en la Escala de Autoconcepto y se obtuvo lo contenido en las tablas 11 y 12.

Tabla 11

Resultados de los menores con Autoconcepto Alto

	Resultados CP Vinculares	Resultados CP Totales	Resultados EAN
Autoconcepto Alto	31% OPTIMO (22 participantes)	54.9% OPTIMO (39 participantes)	5.6% TP (4 participantes)
	31% MONITOREO (22 participantes)	26.8% MONITOREO (19 participantes)	70.4% NC (50 participantes)
	38% RIESGO (27 participante)	18.3% RIESGO (13 participante)	23.9 % TN (17 participantes)

Nota: TP= Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Positiva*

NC = Patrón de Apego en Potencial Riesgo *No Claramente Seguro o Inseguro*

TN= Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Negativa*

Tabla 12

Resultados de los menores con Autoconcepto Medio

	Resultados CP Vinculares	Resultados CP Totales	Resultados EAN
Autoconcepto Medio	37.5% OPTIMO (6 participantes)	31.3% OPTIMO (5 participantes)	0% TP (0 participantes)
	12.5% MONITOREO (2 participantes)	31.3% MONITOREO (5 participantes)	43.8% NC (7 participantes)
	50% RIESGO (8 participantes)	37.5% RIESGO (6 participantes)	56.3% TN (9 participantes)

Nota: TP= Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Positiva*

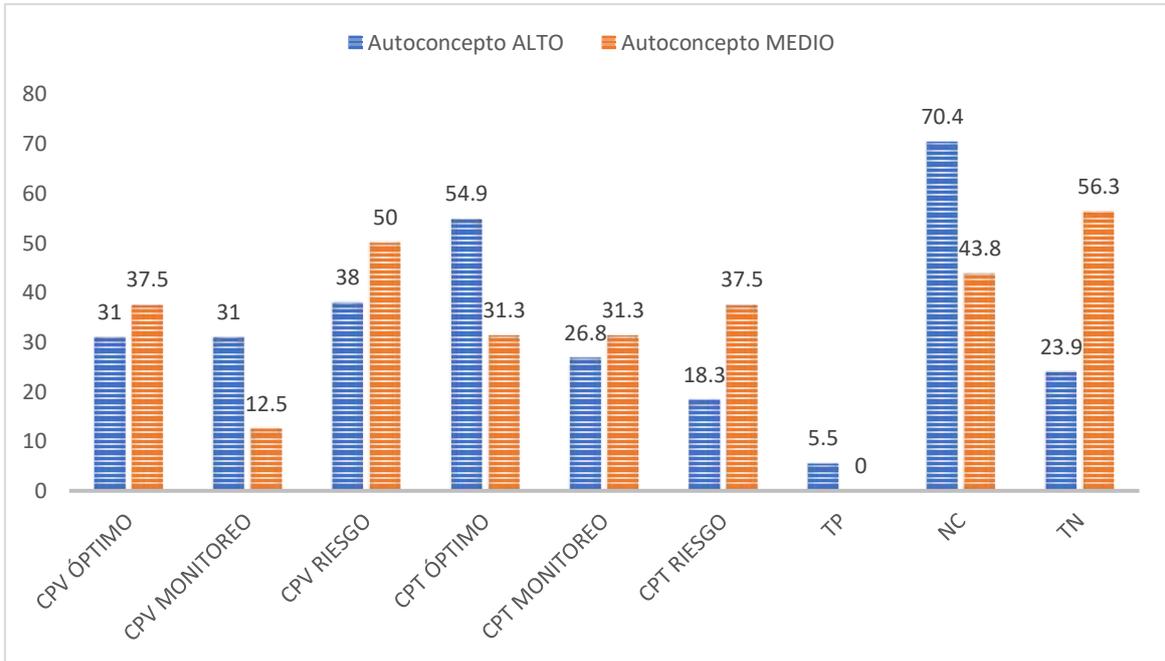
NC = Patrón de Apego en Potencial Riesgo *No Claramente Seguro o Inseguro*

TN= Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Negativa*

La figura 11, permite apreciar mejor los resultados descritos en las tablas anteriores.

Figura 11

Gráfica de resultados de la muestra seccionada por categorías de los resultados de la Escala de Autoconcepto



Nota: TP= Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Positiva*
 NC = Patrón de Apego en Potencial Riesgo *No Claramente Seguro o Inseguro*
 TN= Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Negativa*

Adicionalmente, se analizaron también los resultados obtenidos en CPV, CPT, y Autoconcepto, segmentando a la muestra total con base en la categoría de la EAN que obtuvieron y se encontró lo mostrado en las tablas 13, 14 y 15.

Tabla 13

Resultados de los menores con Patrón de Apego en Potencial Riesgo con Tendencia Positiva

Patrón de Apego en Potencial Riesgo con Tendencia Positiva	Resultados CP Vinculares	Resultados CP Totales	Resultados Autoconcepto
	75% OPTIMO (3 participantes)	75% OPTIMO (3 participantes)	100% ALTO (4 participantes)
	25% RIESGO (1 participante)	25% MONITOREO (1 participante)	

Tabla 14

Resultados de los menores con Patrón de Apego en Potencial Riesgo No Claramente Seguro o Inseguro

Patrón de Apego en Potencial Riesgo	Resultados CP Vinculares	Resultados CP Totales	Resultados Autoconcepto
<i>No Claramente Seguro o Inseguro</i>	35.1% OPTIMO (20 participantes)	57.9% OPTIMO (33 participantes)	87.7% ALTO (50 participantes)
	31.6% MONITOREO (18 participantes)	22.8% MONITOREO (13 participantes)	12.3% MEDIO (7 participantes)
	33.3% RIESGO (19 participantes)	19.3% RIESGO (11 participantes)	

Tabla 15

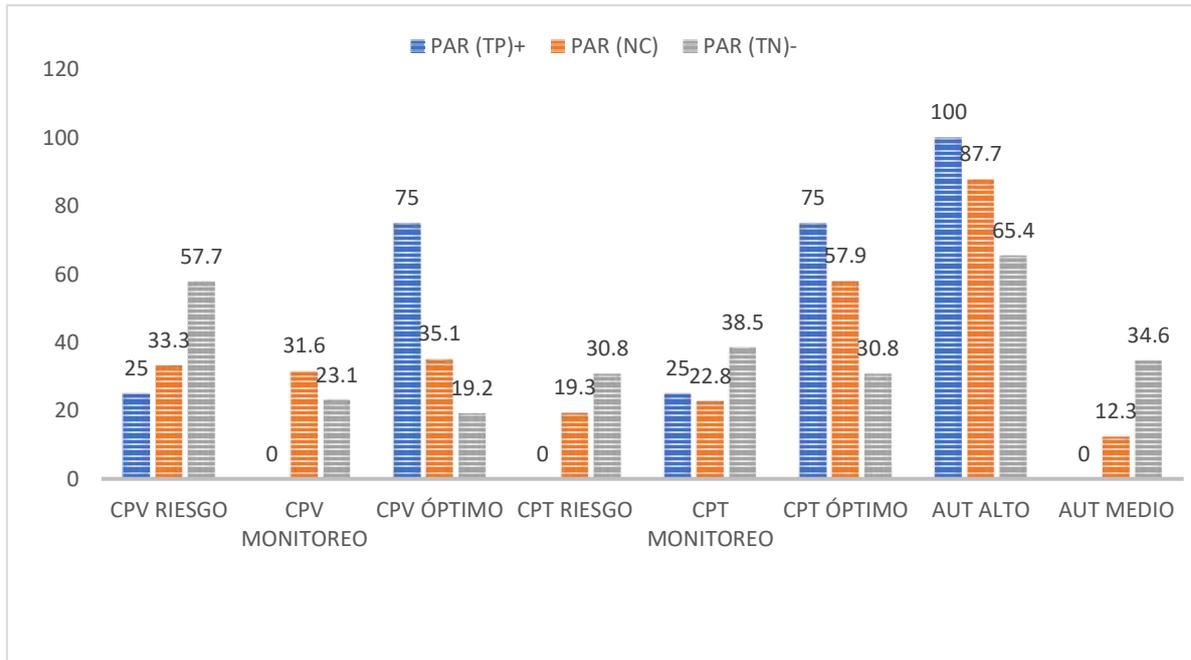
Resultados de los menores con Patrón de Apego en Potencial Riesgo con Tendencia Negativa

Patrón de Apego en Potencial Riesgo	Resultados CP Vinculares	Resultados CP Totales	Resultados Autoconcepto
<i>con Tendencia Negativa</i>	19.2% OPTIMO (5 participantes)	30.8% OPTIMO (8 participantes)	65.4% ALTO (17 participantes)
	23.1% MONITOREO (6 participantes)	38.5% MONITOREO (10 participantes)	34.6% MEDIO (9 participantes)
	57.7% RIESGO (15 participantes)	30.8% RIESGO (8 participantes)	

Además, la figura 12 permite observar de manera más clara los resultados.

Figura 12

Gráfica de resultados de la muestra seccionada por categorías de los resultados de la EAN



Nota: PAR (TP)+ = Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Positiva*.
PAR (NC)+ = Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *No Claramente Seguro o Inseguro*.
PAR (TN)- = Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Negativa*.

5.2 Análisis estadístico inferencial.

Debido a que las variables no cumplieron con los supuestos de la estadística paramétrica, para responder a la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre las Competencias Parentales Vinculares (CPV), las Representaciones Mentales de Apego (RMA) y el Autoconcepto en una muestra de niños de 6 a 12 años?, se decidió hacer una correlación con el coeficiente de correlación Rho de Spearman, encontrando lo descrito en la tabla 16.

Tabla 16*Resultados del análisis de correlación de Spearman en la muestra general*

Variables		EAN	Autoconcepto	CP Vinculares	CP Totales	
Rho de Spearman	EAN	Coeficiente de correlación		.280**	.259*	.261*
		Sig. (bilateral)		.009	.015	.015
		N		87	87	87
	Autoconcepto	Coeficiente de correlación	.280**		.030	.205
		Sig. (bilateral)	.009		.781	.057
		N	87		87	87
	CP Vinculares	Coeficiente de correlación	.259*	.030		
		Sig. (bilateral)	.010	.781		
		N	87	87		
	CP Totales	Coeficiente de correlación	.261*	.205		
		Sig. (bilateral)	.015	.057		
		N	87	87		

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede observar en la tabla anterior se encuentran las siguientes correlaciones significativas. Los resultados de la EAN se correlacionan de manera significativa con los resultados de la Escala de Autoconcepto ($\rho=0.283$, $\alpha < 0.01$), con los resultados de las Competencias Parentales Vinculares ($\rho=0.275$, $\alpha < 0.05$) y con los resultados de las Competencias Parentales Totales ($\rho=0.271$, $\alpha < 0.05$). Sin embargo, el coeficiente de correlación de Spearman, es muy bajo, lo que indica que aunque dichas correlaciones son significativas pero tienen una correlación positiva débil. Asimismo, las Competencias Parentales Vinculares, se correlacionan de manera significativa y positiva con las Competencias Parentales Totales, haciendo referencia a la validez y confiabilidad de la escala en sí misma.

Para comparar diferencias entre los subgrupos de la muestra, se tomaron en cuenta solamente la muestra normativa y la de riesgo y se descalificó a la muestra clínica debido al reducido número de participantes de ésta última. Se decidió utilizar el estadístico U de Mann-Whitney, debido a que las variables y la población no cumplen con los supuestos

de la estadística paramétrica. La tabla 17 muestra los resultados encontrados.

Tabla 17

Resultados de U de Mann-Whitney entre subgrupo de muestra normativo y de muestra de riesgo

EAN	Autoconcepto	CP Vinculares	CP Totales
$U= 425.000$	$U= 440.500$	$U= 522.500$	$U= 420.000$
Sig. (α)= .129	Sig. (α)= .089	Sig. (α)= .868	Sig. (α)= .144

Como se puede observar no se encontró diferencias significativas en ninguna de las variables al realizar la comparación entre los subgrupos de la muestra.

También se procedió a emparejar las muestras para hacer una comparación más adecuada, y se escogieron por conveniencia 16 sujetos de la muestra normativa con las mismas características de la muestra de riesgo. Sin embargo, tampoco se encontraron diferencias significativas entre grupos, teniendo los siguientes resultados. Para la EAN ($U= 105.00$, Sig. (α)= .301), para la Escala de Autoconcepto ($U= 104.00$, Sig. (α)= .207), para las Competencias Parentales Vinculares ($U= 109.500$, Sig. (α)= .455) y para las Competencias Parentales Totales ($U= 104.00$, Sig. (α)= .293).

5.3 Análisis Cualitativo de los resultados de la Entrevista de Apego para Niños (EAN)

A pesar de que el análisis estadístico no mostró ni alguna correlación significativa fuerte entre las variables, ni diferencias entre los subgrupos, de manera cualitativa, se pueden describir los siguientes hallazgos importantes.

Primero, se describirán algunas observaciones interesantes de respuestas en ciertas historias¹. Empezando por la historia nueve que evalúa la amenaza difusa y consta de un escenario en el que se va la luz mientras el niño o niña está alejado de su figura de apego, se encontraron varias referencias a que después de esto fuera a iniciar un temblor o el resultado de la ausencia de luces fuera un temblor. Algunos ejemplos:

¹ El número de las historias está considerado sin tomar en cuenta la historia uno que es de prueba. Por lo que la dos se convierte en la uno, la tres en la dos y así sucesivamente.

Entrevistadora: *¿Qué emoción sientes?*
→ Entrevistado: *Mucho miedo*
Entrevistadora: *¿Por qué?*
Entrevistado: *Porque me da mucho miedo que sea un temblor*

Entrevistadora: *¿Qué crees que pasa después?*
→ Entrevistado: *Que empezaría a temblar*
Entrevistadora: *¿Qué emoción sentiría?*
Entrevistado: *Mucho miedo, porque me dan mucho miedo los temblores*

Otro ejemplo de respuestas repetidas en esta historia, eran las relacionadas con fantasmas, seres extraños o robos: *que alguien está parado atrás de mí; hay algo que quiere asustarme; miedo porque me dan miedo los fantasmas; pienso que alguien se va a meter a robar a la casa.*

Luego, en la historia cinco que mide el dolor físico, la mayoría de los participantes de la muestra general puntuaban en la categoría de *interacción positiva*, que en este caso hacía referencia a informar a la figura de apego sobre su dolor, esperando que respondiera ante esta necesidad: *Le aviso a mi mamá que me duele el estómago; Le digo a mi mamá para que me dé una pastilla; Le digo a mi mamá que me duele el estómago para que me ayude; Pedirle a X una pastilla para que ya no me duela.*

También en todos los subgrupos de la muestra, en las historias que implican “efectos de una transgresión voluntaria” (historia dos) y “percepción de incompetencia” (historia ocho), o sea, ante una situación en la que su conducta puede resultar en un regaño por parte de su figura de apego, los evaluados califican en las categorías de *miedo* y de *expectativa de castigo*, expresando el temor por un regaño o castigo de dicha figura de apego, con respuestas tales como: *Mi mamá me regaña; Mi mamá me va a regañar; Que mi papá me castiga; Pienso que mi mamá me va a castigar; Mi mamá me pega; Mi mamá se enoja y me castiga.*

En la historia tres que aborda la “separación en un lugar hostil en el contexto de la enfermedad”, de forma que la historia expone una situación en la que los menores tienen que pasar toda una noche solos en el hospital, la mayoría de ellos responde con indicadores de apego inseguro, siendo una situación que les impacta mucho y expresan rechazo por la historia: *Le digo al doctor que por favor alguien se quede conmigo; Le dijera al doctor que deben de quedarse mis papás y si no me voy a otro hospital; Sentiría mucho miedo de estar sola; Estaría muy triste porque nunca he estado solo; No sé si pueda soportar estar sin mi familia.* Pero en la historia que sigue a ésta, que evalúa el reencuentro con la figura de apego, la mayoría de los participantes muestra indicadores

de apego seguro sobre todo *expresiones de afecto hacia la figura de apego* (*La abrazo; voy corriendo a darle un abrazo; Le doy un beso; La saludo y le cuento que ya estoy bien*) y *alegría* (*Me siento muy alegre de que ya estoy con mi mamá; Mucha alegría porque ya veo puedo estar con mi familia*).

Además, se analizaron los patrones de respuesta de los menores que obtuvieron categorías diferentes al Patrón de Apego en Potencial Riesgo *No Claramente Seguro o Inseguro*. Los menores que obtuvieron la clasificación **Patrón de Apego en Potencial Riesgo con Tendencia Positiva** fueron solo cuatro, pero en la tabla 18 se observa el siguiente patrón en las respuestas de algunas historias.

Tabla 18

Patrón de respuestas de los menores con clasificación de Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Positiva*

Historia	Categorías y ejemplos respuestas
Historia uno	Las respuestas de los menores se colocan en las categorías de <i>Tranquilidad (figura de apego)</i> : “Tranquilidad de que le dijera la verdad”; “Tranquilidad porque cuando me regaña, solo platica”, está ausente la expectativa de castigo, que se encuentra presente en la mayoría de las historias de toda la muestra. <i>Afrontamiento directo</i> : “le digo a mi mamá la verdad”; e <i>Interacción positiva</i> : “Decirle a mi mamá y no agarrarlo”.
Historia dos	Calificaron en la categoría de <i>Aceptación confiada</i> : “nada, me pondría a cenar”; “Nada, no me enojo, porque o sea son amigos, no los puedo quitar... Les digo quieren jugar a los videojuegos y ya nos turnamos”. También en la de <i>Alegría</i> : “Alegría, mucho. Porque se hicieron amigos.” “Alegría, porque al ver alegre a mi mamá yo también me alegro”. Por último, <i>Coherencia</i> : “Al final cenamos las dos y al ella (la mamá) jugó con las dos”.
Historia tres	Dieron respuestas pertenecientes a las categorías de <i>Expectativa de búsqueda</i> : “Harían lo posible por quedarse lo más tarde y llegar lo más temprano”, de <i>Soluciones/Intermediarios</i> : “Imagino que es mi cuarto, que tengo mi mueble, mis cajones, mi ropa”.
Historia cuatro	Igual que la mayor parte de la muestra, en esta historia puntúan en la categoría de <i>Alegría</i> : “Siento alegría porque sabe (su mamá) que estoy bien” y <i>Expresiones de afecto</i> : “La abrazo”.
Historia cinco	Además de puntuar en la categoría de <i>Interacción positiva</i> , como el resto de la muestra, calificaron en la categoría de <i>Sensibilidad/apoyo</i> : “Me daría una medicina o si no me lleva al doctor”.

Historia seis Dan respuestas pertenecientes a la categoría de *Aceptación confiada*: “Me quedaría esperando”; “Esperaría a mi mamá”. Así como a la categoría de *Expectativa de sincronía emocional*: “(su mamá) sentiría miedo, porque estoy sola y porque está preocupada por mí”. Están ausentes las categorías de *Abandono/Rechazo* y *Expectativa de no ayuda*.

Historia siete Está presente la categoría de *Respuestas inductivas de apego*: “Que mi mamá me pregunta que qué pasó”; “Hablaría conmigo para que pusiera más atención y estudiara más” y en su mayoría se encontraba ausente la categoría de *Expectativa de castigo*.

Historia ocho No se observó algún patrón específico de respuestas.

Igualmente, se analizaron los patrones de respuesta de los menores que obtuvieron categorías diferentes al **Patrón de Apego en Potencial Riesgo con Tendencia Negativa** y los resultados se muestran en la tabla 19.

Tabla 19

Patrón de respuestas de los menores con clasificación de Patrón de Apego en Potencial Riesgo con Tendencia Negativa

Historia	Categorías y ejemplos respuestas
Historia uno	Se observa la puntuación en las escalas de <i>Expectativa de castigo</i> : “Me echo a correr porque me va a pegar mi mamá”; “Llega mi mamá y me regaña”, de <i>Emociones negativas</i> : “Me asusto, no me pongo tranquilo”; “Me siento mal”. La categoría de <i>Enojo (figura de apego)</i> : “Mi mamá siente bastante enojo, porque le molesta”; “Mi mamá siente mucho enojo”; “Enojada porque lo rompí”. Se encuentra presente también en la mayoría la categoría de <i>Desenlace punitivo</i> : “Lo primero me regaña muy feo, segundo me pegaba, tercero decía que yo lo arreglara cuarto no sé qué sea”; “Que me terminan regañando”. Y en algunos casos la categoría de <i>Orientación-compensación</i> , que no se presentó con mucha frecuencia en toda la muestra en general: “Yo me escapaba y compraba un florero que fuera el mismo y lo pongo donde estaba el otro florero”; “Pido perdón e intento solucionarlo”.
Historia dos	Aparece constantemente la categoría de <i>Abandono/Rechazo</i> : “me siento mal porque casi la mayoría de las veces... casi nunca juego con mi mamá”; “Llegar a jugar con la intención de quedarse a jugar con ella (con su amiga)” “Juega con él (con su amigo)”. Además, también aparece <i>Enojo</i> en el niño: “Muy enojada, porque se me hace algo injusto que por decir cuando yo era chiquita era muy rara

la vez que mi mamá llegaba a jugar conmigo entonces se me haría injusto que jugara con alguien que no es su hijo”.

- Historia tres** Se observa como patrón repetido en la mayoría de los casos, la categoría de *Aceptación confiada*: “Acostarme y dormir”; “Me quedaría dormida”; “Me quedaría en mi teléfono o en mi Tablet”
- Historia cuatro** También se presentaron las mismas categorías del resto de la muestra: *Alegría, Expresiones de afecto y Expectativas de reencuentro*.
- Historia cinco** También se observa presente en la mayoría de los casos *Interacción positiva*, pero además se puntúa constantemente en la categoría de *Miedo*: “Miedo porque me voy a enfermar”; “Miedo porque no me gusta que me inyecten”; “Miedo porque qué tal que es de un riñón o algo así”.
- Historia seis** Se observa que en la mayoría de los casos se puntuaron las categorías de *Miedo y/o Emociones negativas*: “Bastante miedo porque se está tardando y le pudo haber pasado algo a ella”; “Me voy a la esquinita y me pongo a llorar”. Sin embargo, no se observa un patrón marcado en esta historia.
- Historia siete** Están presentes las categorías de *Miedo*: “Miedo de que me regañe mi mamá”; “Miedo porque cuando le mandan un recado a mi mamá siento miedo de que me regañe”, *Enojo (figura de apego)*: “Se enoja como el diablo porque no le gusta ni una imperfección”; “Enojo poco porque le voy explicando y ya cada vez se va poniendo más feliz de que le explique”. *Expectativa de castigo*: “Pienso que cuando se entere del recado a lo mejor sí me regaña”; “Pienso que me van a regañar porque me pusieron recado”.
- Historia ocho** Tampoco se observa un patrón específico de respuestas o diferente a la mayoría de los casos. De igual forma la mayoría puntúa en *Soluciones/Intermediarios*: “Agarro una linterna o mi celular y pongo la luz para que vea y voy con mi mamá, si es en la noche”; “Voy por la lampara de emergencias”
-

Ahora se hablará sobre el **análisis de los resultados por escalas**. Aquí se muestra que la gran mayoría de los niños y niñas obtuvieron en las escalas de *interacción empática* (respuestas empáticas por parte de la figura de apego, tales como reconciliación amistosa y pacífica ante situaciones potencialmente amenazantes), *interacción confiada* (respuestas de confianza y seguridad ante situaciones de separación-reencuentro, abandono y disciplina), *interacción positiva* (respuestas de interacción positiva ante situaciones de rivalidad y celos) e *interacción conciliadora*, resultados con tendencia a un apego inseguro, es decir que sus puntuaciones fueron menores a las de los puntos de

corte. No obstante, la mayoría de las excepciones a esto se observaron en la escala de interacción confiada, pero cabe mencionar que ningún menor en toda la muestra puntuó con indicador de apego seguro (sumatoria mayor a la del punto de corte) en la escala de interacción empática.

En cuanto al subgrupo de **riesgo psicosocial**, se observó que solían dar más respuestas pertenecientes a categorías indicadoras de apego inseguro, que el resto de la muestra total, tales como:

- **Abandono/rechazo o falta de ayuda:** *Pensaría que nadie me quiere; Me robarían; Porque me dejaron y no se acordaron de mí y que tal si se fueron a un paseo sin mí; Porque quiere hacerme sentirme mal; Luego no sé y luego X terminó feliz ;Nadie vino por mí y por los demás sí; Que X no pasó por mí porque se le olvidó; Nadie se puede quedar conmigo porque estoy enfermo; Porque mi mamá me dijo antes que me fuera a la escuela, que no me iba a recoger; Me dijeron que me iban a dejar ahí una semana.*
- **Verbalizaciones punitivas y punición agresiva:** *Mi papá me golpea; Me gritaría y me pegaría; Miedo porque me quiere pegar; Pues que me pega mi papá; Me iba a regañar y me iba a tener que dormir hincada.*
- **Incoherencia:** *Le doy un momento y ya, y pues se enferma; Colorín colorado, lo vuelvo a acomodar, Que X se enferma; Que ya estoy muerta; Me pondría gris*

Finalmente, aunque en la asignación de categorías con base en los resultados de las escalas, la mayoría puntuó para un Patrón de Apego en Potencial Riesgo *No Claramente Seguro o Inseguro*, en la sumatoria de indicadores de apego seguro e inseguro, se observa que el resultado de los indicadores de apego inseguro de casi todos los menores que integraron este subgrupo, superó por más del doble a los indicadores de apego seguro, es decir se obtuvieron resultados como los siguientes: 76 indicadores de apego seguro vs 19 de apego seguro; 82 indicadores de apego inseguro, vs 30 indicadores de apego seguro; 99 indicadores de apego inseguro vs 30 indicadores de apego seguro.

Capítulo VI. Discusiones y Conclusión

Los objetivos que dirigieron este estudio fueron dos. El primero, conocer la relación que existe entre las Competencias Parentales Vinculares (CPV), las Representaciones Mentales de Apego (RMA) y el Autoconcepto en una muestra de niños de 6 a 12 años y el segundo, saber si existe alguna diferencia significativa entre los subgrupos de la muestra: normativa, clínica y de riesgo en cuanto a los puntajes obtenidos por niños de 6 a 12 años en los siguientes instrumentos: Entrevista de Apego para Niños (Sierra, Carrasco y Moya, 2011) Escala de Parentalidad Positiva e2p (Gómez y Muñoz, 2015) y la Escala de autoconcepto actual ideal y que debe ser en niños (Muñiz & Andrade, 1999).

El análisis estadístico de correlación mostró significancia y relación positiva entre tres variables: los resultados de la EAN con los de la Escala de autoconcepto, con las Competencias Parentales Vinculares y con las Competencias Parentales Totales. No obstante, el coeficiente de correlación fue muy pequeño por lo que se tiene una correlación débil. Por tal motivo, estos resultados indican, que, si bien existe una relación entre las variables anteriormente mencionadas, esta relación no es única, es decir, en las representaciones mentales del apego, influyen otras variables además de éstas.

Bajo este argumento, el estudio informa que estas variables deben de evaluarse a través de estudios multivariados, en donde se analicen las interacciones entre éstas y otras variables. En la literatura se menciona la relación de las representaciones mentales de apego con factores tales como la autoestima y resultados diferentes si se evalúa a madres o a padres (Leiva, 2010); el patrón de apego de los propios padres (Krstic, 2014); problemas de conducta, cognitivos y sociales (Torres & Rodrigo, 2014), psicopatología (Bedoya, 2016), maltrato (Fresno, et al., 2012); factores sociodemográficos como escolaridad y estado civil (Giraldo-Montoya, Castañeda-Palacio & Mazo-Álvarez, 2017), o ingreso familiar (Fresno, et al., 2011) y rendimiento académico otras (Herrera, et al., 2017; Revuelta, et al., 2015).

Asimismo, el análisis estadístico de las diferencias entre los subgrupos normativo y de riesgo, confirmó la hipótesis nula. Lo que lleva a considerar que posiblemente el tamaño de la muestra fue un factor, y otro el tipo de muestreo. Se realizó la equivalencia de grupos, escogiendo 16 participantes por conveniencia del subgrupo normativo, cuidando que tuvieran características muy similares a la del subgrupo de riesgo

psicosocial y se buscó diferencia estadísticamente significativa. No obstante, los resultados tampoco demostraron alguna diferencia significativa.

Esto sugiere que, para la organización de las representaciones mentales de apego, la ausencia parental no influye directamente, sino que hay otra serie de características en los niños y/o en sus padres y cuidadores, que se presenta en todos los menores de la muestra. Una hipótesis que surge a partir de los resultados obtenidos y la revisión tanto teórica como empírica de las representaciones mentales de apego es que la calidad de apego de un niño hacia su cuidador dependerá en gran medida de la forma en que el cuidador responda a las señales del niño en su primer año (Landy, 2009). Los niños evaluados en el subgrupo de muestra de riesgo psicosocial sí tuvieron contacto directo con sus madres y/o cuidadores por lo menos durante su primer año de vida, situación que puede estar influyendo sobre los resultados.

Una segunda explicación es la flexibilidad de los Modelos Operantes Internos del apego con los que se evalúan las representaciones mentales de éste, de forma que pueden reestructurarse si el contexto se modifica de manera significativa, tal como en el caso de acogida por adopción, y actualizarse para ser adaptativos (Rozenel, 2006; Fresno, Spencer & Retamal, 2011; Román, et al., 2017), por lo que cabe la posibilidad de que esto haya sucedido con los menores del subgrupo de riesgo psicosocial, ya que son niños y niñas con multicuidadores tanto en la institución como a lo largo de su vida y la cualidad de esos cuidados posiblemente han sido favorables para algunos de ellos. Es decir, el “nivel de riesgo psicosocial” no fue evaluado en los tres subgrupos y se asumió que éste dependía directamente del escenario, pero se observa que no necesariamente sucede así.

De modo que, tanto los niños y las niñas participantes de los subgrupos normativo y clínico como quienes viven en la institución presentan diferentes “riesgos psicosociales”, como es de esperarse debido a la fuerte situación de violencia infantil que enfrenta nuestro país (UNICEF, 2017). Por lo descrito anteriormente, se propone que, para futuras investigaciones se pueden incluir muestras de tamaños iguales o más parecidos para los tres subgrupos y que sean más grandes. O bien, se realicen comparaciones con subgrupos basados en la clasificación del tipo de apego, más que en función al escenario de aplicación.

De manera general, tanto en la muestra total como en la división por subgrupos, el patrón de apego en el que se coloca la mayoría de los evaluados es en el Patrón de

Apego en Potencial Riesgo *No Claramente Seguro o Inseguro*, que se refiere a que las respuestas obtenidas colocan a los menores en un tipo de apego en riesgo, pero sin una tendencia marcada.

Bleichmar (2005), Landy (2009) y Chamorro-Noceda (2012) proponen que en la población general un 60% a un 65% presenta apego seguro, de un 18% a un 20% apego evitativo, de 10 a 15% apego ambivalente/resistente y 5% apego desorganizado. Además, Reyes & Reidl (2015), hacen un estudio en la CDMX sobre apego, miedo, estrategias de afrontamiento y relaciones intrafamiliares en 320 niños, donde dicha población también en su mayoría sostiene un patrón de apego seguro. Como se puede observar, lo que mostró este estudio no concuerda con lo que la literatura propone, esto se puede deber al método de evaluación que se utilizó para medir el patrón de apego, basado en las representaciones mentales de éste y a condiciones sociodemográficas y económicas. Junto con esto es importante mencionar que el punto de corte utilizado en la EAN (prueba que se utilizó para este estudio), se compara con población española, por tanto, en comparación con dicha población los niños mexicanos evaluados presentan más dificultades en la organización de este apego. Por lo descrito anteriormente, sería innovador poder realizar estudios por rangos de edad descriptivos sobre el patrón de apego que tiene la población mexicana, ya que la información es muy escasa.

No obstante, al dividir la muestra total por patrón de apego obtenido en la EAN, se encontraron resultados interesantes. Los infantes que obtuvieron la clasificación más alta en sentido de organización del apego fueron aquellos que se les clasificó con un Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Positiva*. Esto significa que, si bien no tienen un patrón de apego seguro como tal, y su tipo de apego necesita atención para mejorar ciertas áreas, el conjunto de características que poseen en relación con las representaciones mentales de apego, tiene una tendencia hacia el apego seguro. Estos menores (que solamente fueron cuatro), presentaron un autoconcepto alto, y las competencias parentales vinculares y totales del 75% de sus padres o cuidadores, se ubicaron dentro de la Zona Óptima.

Contrastando con los participantes que se les clasificó en la categoría con menos organización, sin llegar a pertenecer al patrón de apego inseguro, es decir, quienes obtuvieron la clasificación de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Negativa*. Se observa que ya no es el 100% de participantes con un autoconcepto alto, sino que disminuye al 65.4% y aumenta el porcentaje de autoconcepto medio a un 34.6%.

Asimismo, las competencias parentales vinculares de sus padres o cuidadores se presentan con un 57.7% en Zona de Riesgo, y las competencias parentales totales, obtienen su mayor porcentaje ya no en Zona Óptima, sino el 38.5% en Zona de Monitoreo.

Esto sugiere cierta relación entre las representaciones mentales que tienen los menores sobre su patrón de apego, las competencias parentales en general, las competencias que tienen los padres o cuidadores para promover un patrón de apego seguro (CPV) y el nivel de autoconcepto con el que se perciben.

Por un lado, este resultado se espera en cuanto a las Competencias Parentales Totales, ya que la literatura describe que dentro de sus funciones se encuentra el **permitir la construcción de un vínculo adecuado (apego seguro)**, generar autocontrol, **promover el autoconcepto** y la resiliencia, obstaculizar la psicopatología, entre otras (Rodrigo et al., 2009; Sallés & Ger, 2011; Pinto, Sangüesa & Silva, 2012; Mauricio, 2016; Acevedo, de León & Delgadillo, 2018). Además, esto coincide con los resultados de Caballero-Peláez, Sierra & Sánchez-Reales (2015), quienes concluyen que los cuidadores de niños con un apego seguro obtienen mejor calificación en competencias parentales que los cuidadores de niños con un apego inseguro.

Por otro lado, la relación de los resultados de los niños con un Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Negativa* y Competencias Parentales Vinculares en Zona de Riesgo de sus cuidadores, concuerda con lo encontrado por Gómez & Muñoz (2015), quienes muestran la relación de este tipo de competencias en cuidadores con la constitución del apego que poseen sus hijos. Es decir, es de esperarse que las CPV sean menores en padres cuyos hijos tienen un patrón de apego con *Tendencia Negativa*.

También el hecho de que los menores en esta clasificación hayan obtenido un autoconcepto relativamente menor que el resto de la muestra se asocia con que las conductas de apego que proporcionan los padres o cuidadores (evaluadas mediante las CPV), tales como involucrar conductas visuales, verbales, afectivas y físicas, donde se utilizan recursos que implican la apertura, la escucha y la cercanía emocional, promueven que el menor se sienta valorado, aprobado y aceptado (Bornstein & Putnick, 2012; Gómez & Muñoz, 2015), componentes relacionados con el autoconcepto que predicen que si los padres no promueven estas conductas, sus hijos tendrán un nivel menor de autoconcepto. Así los hallazgos encontrados en los menores con un patrón de apego con *Tendencia*

Positiva, se pueden comprender bajo este argumento, sucediendo lo contrario, pues cuentan con un Autoconcepto Alto.

Ahora bien, en cuanto a los resultados de las Competencias Parentales, las Competencias Parentales Totales del 50.6 % de los padres y cuidadores se colocaron en la Zona Óptima, lo que implica que la mayoría de los padres y cuidadores de la muestra presentan conocimientos, actitudes y destrezas para conducir el comportamiento parental propio, con el objetivo de satisfacer las necesidades de desarrollo de sus hijos y promover su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

No obstante, las Competencias Parentales Vinculares no se comportan de la misma forma, de modo que el mayor porcentaje de la muestra se encuentra en la Zona de Riesgo, lo que significa que los padres y cuidadores de este estudio, carecen de capacidades para promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en sus hijos. Este resultado fue similar al de Acevedo, de León & Delgadillo, (2018), quienes encuentran que, la mayor parte de los padres y cuidadores que evaluaron, presentan resultados más bajos en las Competencias Parentales Vinculares, que en el resto de las demás Competencias Parentales. Con base en lo encontrado aquí, sería interesante para futuras investigaciones, evaluar qué otras variables además de las representaciones mentales de apego, están influyendo en este resultado que parece ser común en algunos conjuntos y trabajar con la promoción de este tipo de competencias.

Por otra parte, los resultados de la Escala de Autoconcepto indicaron que el 81.6% de los evaluados, tienen un autoconcepto alto, y el resto, el 18.4%, muestra un autoconcepto medio. Esto indica que de manera general la población evaluada tiene un autoconcepto adecuado y que, en la construcción de éste, están involucradas también otras variables a parte de las competencias parentales totales y vinculares y las representaciones mentales de apego. Los estudios hablan de que estas variables podrían ser: prácticas de crianza (Clerici & García, 2010; Fuentes, et al., 2015; Solano, 2016; Molina et al., 2017; Centurión, 2018), resiliencia y apoyo social percibido (Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros y Fernández-Zabala, 2015), practicas parentales como apoyo, comunicación, autonomía y control conductual y evaluarlas por sexo (padre y madre) (Molina, Raimunid & Bugallo, 2017), algunos componentes del apego como ira y alienación (Martínez-Festorazzi, et al., 2011) o coerción y autonomía (Torres & Rodrigo, 2014) e ideación

suicida y depresión (Duarté, Lorenzo-Luaces y Roselló, 2012; Chávez-Hernández, et al., 2017), entre otras.

Estos hallazgos también pueden vincularse a dos características propias del autoconcepto. Primero, que es estable, es decir, que para que el autoconcepto general se vea modificado por variables específicas, como lo podrían ser las competencias parentales totales y vinculares y el patrón de apego de los evaluados, se necesitaría de muchas situaciones o variables, que no coincidan con el autoconcepto general para poder cambiarlo (Shavelson, et al., 1976). Suponiendo que quizá a los menores evaluados, su ambiente les brinda otras variables más que han influido positiva y mayormente en su autoconcepto general, dando como resultado un autoconcepto alto. En segundo lugar, el autoconcepto es evaluativo, o sea, que no sólo se realizan descripciones de las situaciones experimentadas, sino que éstas también se evalúan. Dichas evaluaciones pueden salirse de lo ideal y variar dependiendo de las diferencias individuales y la propia sociedad, cultura o contexto (Shavelson, et al., 1976), es decir, la evaluación que hacen sobre cómo experimentan el resultado de las variables medidas (sus representaciones mentales de apego y la capacidad de sus padres para fomentarles un apego seguro, CPV), no han sido lo suficientemente “fuertes” para provocar un cambio negativo en la percepción que tienen de sí mismos.

Al mismo tiempo, se analizaron los resultados de la muestra general, dividiéndola con base en los resultados del autoconcepto (alto y medio), y se encontró que la mayoría de los padres, madres y cuidadores de los niños y niñas que clasificaron con un autoconcepto Medio, obtuvieron una clasificación en Zona de Riesgo para sus Competencias Parentales Vinculares (50%) y también para las Competencias Parentales Totales (37.5%). Estos mismos evaluados obtuvieron en su mayoría una clasificación de Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Negativa*. Por su parte, en los menores con clasificación de autoconcepto Alto, sus padres, madres y cuidadores, tienen también sus Competencias Parentales Vinculares en la Zona de Riesgo (38%), pero el 54.9% de estos, muestran sus Competencias Parentales Totales en Zona Óptima (54.9%). Y el 70.4% se coloca en la clasificación de Apego en Potencial Riesgo *No Claramente Seguro o Inseguro*.

Lo descrito anteriormente, muestra cierta vinculación también entre el autoconcepto con las CPV, CPT y las representaciones mentales de apego, que de manera general y medida con porcentajes, a menor nivel de autoconcepto (autoconcepto medio),

pareciera haber menor puntaje en el resto de las variables evaluadas. No obstante, se considera que estos resultados no son contundentes, por lo tanto, como ya se mencionó sería importante poder realizar estudios, en donde se pueda relacionar al autoconcepto, así como el resto de las variables, con otras adicionales y entender cuáles impactan más en la formación de este constructo.

Con base en el análisis cualitativo, se encontró una diferencia notable en los indicadores de apego seguro e inseguro en la división por subgrupos de la muestra. De modo que la muestra normativa es quien más indicadores de apego seguro tiene y la que menos indicadores de apego inseguro. En contraste con el resto de los subgrupos que presentan bastante menos indicadores de apego seguro y más indicadores de apego inseguro, por lo tanto, de manera cualitativa sí se encontraron diferencias significativas entre las respuestas de los subgrupos de la muestra, especialmente entre la muestra normativa contrastada con la de riesgo psicosocial y la clínica. Conjuntamente, el resultado por indicadores se asocia al tipo de respuestas dadas por los menores en la EAN y en dichos patrones de respuesta también se observó diferencia, especialmente entre los evaluados con un apego con *Tendencia Positiva* y los de un apego con *Tendencia Negativa*.

En las respuestas de los menores con Patrón de Apego Potencialmente en Riesgo con *Tendencia Positiva*, se observa una pauta de respuestas, de modo que los menores reflejan alegría, ausencia de celos, buscan a sus padres para expresar sus necesidades, expresan afecto hacia su figura de apego, brindan soluciones a los conflictos. Y figuras de apego tranquilizadas ante las transgresiones, que proveen respuestas inductivas de apego ante una percepción de incompetencia y los perciben con sincronía emocional frente su alejamiento.

Aunque este patrón de apego no es seguro en su totalidad y tiene áreas de mejora, dichas respuestas se asocian con algunas características que describe la literatura sobre apego seguro, entre ellas, Landy (2009) menciona que los niños con apego seguro tienden a dar respuestas más positivas hacia sus pares (ausencia de emociones negativas como celos) y ser más empáticos con ellos (emociones positivas o alegría por compartir tiempo con ellos y sus padres), están conscientes de que ante un alejamiento su cuidador regresará (ausencia de indicadores de abandono/rechazo), intentan resolver sus problemas por ellos solo, pero también tienen la capacidad de pedir ayuda cuando lo necesitan (soluciones/intermediarios) y por su parte la figura de apego suele brindar confort al niño

cuando atraviesa situaciones de estrés como enfermedad, soledad, tristeza, etc. (sensibilidad/apoyo). Asimismo, Chamorro-Noceda (2012) describe que los menores con apego seguro muestran iniciativa para aproximarse físicamente (expresiones de afecto) y sus padres o cuidadores se involucra más con el niño y responden más a sus señales (Respuestas inductivas de apego).

Por su parte, de las respuestas obtenidas de los menores clasificados con un Patrón de Apego en Potencial Riesgo con *Tendencia Negativa* se puede observar un esquema de menores que esperan castigo ante transgresiones y percepción de incompetencia, buscan reparar el daño que han hecho como forma para recuperar el cariño de la figura de apego, se muestran enojados, con miedo y otras emociones desagradables, también frente una situación de separación aceptan la situación, sin embargo, en su pensamiento se encuentra la idea de abandono y rechazo de su figura de apego, además de que la suelen ver como alguien enojada y punitiva.

Igualmente, este patrón de apego no es totalmente inseguro, sin embargo, está en riesgo y necesita ayuda y orientación y tiene una tendencia hacia el apego inseguro o negativo. Así que estas respuestas son esperadas, Landy (2009) explica que los menores con apego negativo suelen ser hostiles con sus pares (respuestas de celos y rechazo cuando sus amigos están jugando con sus padres o cuidadores), menciona que por ejemplo los niños con apego inseguro de tipo evitativo pueden manejar de manera adecuada la separación (aceptación confiada), pero no son capaces de manejar los sentimientos de los demás ni de expresar adecuadamente los propios. También describe que los padres de los menores con apego inseguro de tipo desorganizado se muestran sin capacidad para resolver situaciones y además en ocasiones muestran gran hostilidad y enojo (indicador de enojo en la figura de apego), generando dificultades en el sistema de apego del niño y provocándole miedo cuando quiere acercarse a dicha figura.

Asimismo, en cuanto al indicador de miedo, según Chamorro-Noceda (2012), Bowlby proponía que cuando alguien confía en la presencia y apoyo de la figura de apego siempre que se le necesite, será menos propenso a tener miedos intensos, no obstante, en estos menores ocurre lo contrario pues no pueden tener la seguridad de que su figura de apego estará disponible cuando la necesiten y por tanto presentan estos miedos. Esto concuerda también con lo encontrado por Garrido-Rojas (2006), quien informa que los menores con apego inseguro de tipo ambivalente, la emoción que más suelen presentar es el miedo. También comenta que los menores con apego inseguro de tipo evitativo

presentan muchas emociones desagradables y tienden hacia la ira (indicador de enojo y emociones negativas). Ese miedo por ser rechazados y abandonados junto con el enojo que experimentan y cierta tendencia por ocultar las emociones desagradables y sustituirlas por supuestas emociones agradables (Garrido-Rojas, 2006), podría explicar el indicador de orientación compensación, en el que buscan reparar el daño y no perder el afecto de la figura de apego.

Finalmente, también se encontraron hallazgos interesantes de respuestas comunes en ciertas historias, dadas por igual en todos los subgrupos de la muestra total. En la historia ocho que evalúa la amenaza difusa, lo relacionado a las respuestas de temor por un terremoto, se puede explicar debido a que hasta aproximadamente los 10 años es un miedo esperado en los menores (Méndez, Inglés, García, Quiles & Hidalgo, 2003), además de la relación con la memoria social del reciente terremoto de septiembre del 2017. Por su parte, el miedo que se expresa hacia los fantasmas llama la atención, ya que es de esperarse solo hasta los 6-7 años (Méndez et al., 2003) por lo que sería importante poder analizar por caso las respuestas para ver si es algo que se espera, o bien, un indicador de apego inseguro-desorganizado (Fresno et al., 2011).

Luego, el indicador común de dar respuestas pertenecientes a la categoría de interacción positiva ante el dolor físico se puede explicar ya que según Landy (2009) uno de los objetivos de apego es buscar la supervivencia mediante la búsqueda de proximidad y contacto con el cuidador y uno de los factores que hace que este sistema se active es el estar enfermo, tal como la historia lo narra.

Para las respuestas de miedo y expectativas de castigo en las historias que evalúan “efectos de una transgresión voluntaria” y “percepción de incompetencia” respectivamente, se explican como un indicador de apego inseguro, ya que la figura de apego castiga el intento de aproximación y el resultado es que no se brinde seguridad ni calma ante esta situación de amenaza (Bleichmar, 2005), por lo que los menores responden como lo hacen. Además, estas respuestas concuerdan con lo descrito por UNICEF (2014), quienes describen que el castigo físico es aplicado por la mayoría de los padres y es visto como un acto correctivo.

En conclusión, el principal alcance de este estudio fue la información brindada sobre las Representaciones Mentales del Apego (RMA), y las Competencias Parentales Vinculares, variables que no han sido tan estudiadas en nuestro país (García-Barajas,

2019). Pero también permitió contribuir sobre la implicación de las RMA con las Competencias Parentales Vinculares y con el Autoconcepto y un acercamiento hacia cómo se están relacionando entre sí. Asimismo, esta investigación aporta que para poder comprender cómo se comportan e influyen las variables estudiadas, es necesario realizar estudios multivariados.

Del mismo modo, aportó tener una aproximación hacia cómo se está desarrollando el apego en los menores mexicanos y que con base en los resultados en esta investigación, donde ninguno de los menores evaluados pudo alcanzar una clasificación de apego seguro, es probable que se tenga que empezar a trabajar con propuestas para promover y fortalecer el apego y un medio podría ser mediante el trabajo con las Competencias Parentales Vinculares, que también mostraron dificultades en los padres y cuidadores de la muestra.

Como limitaciones se encuentra que debido a que el presente estudio formó parte del primer piloteo de la investigación paralela para la adaptación y validación de la EAN en población mexicana, no se utilizó la prueba totalmente estandarizada a la población aplicada. Asimismo, se encuentra también al tipo de muestreo, ya que este fue por conveniencia, aceptación de participación y por escenario. Por último, la investigación se vio limitada en análisis y medición de más variables, ya que aumentar la cantidad de variables ofrecería mayor exactitud en la predicción del comportamiento de las que se estudiaron.

Debido a dichas limitaciones, se sugiere que para futuros estudios se realicen análisis multivariados basados en los parámetros que arrojen la EAN ya estandarizada para población mexicana, con una muestra más grande y equiparable seleccionada mediante un muestreo aleatorio, y que se divida y analice con base en el patrón de apego que indique la EAN, incluyendo al tipo de escenario (normativo, clínico o de riesgo psicosocial) como una variable más en el estudio y no como forma de comparar las diferencias de las muestras.

Referencias

- Acevedo, J., de León, C. & Delgadillo, G. (2018). Ante la crianza con violencia: las competencias parentales. *Revistas UNAM, Trabajo Social UNAM*, 13, 111-131. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/64174>
- Álvarez, L., Cuevas, R., Lara, A. & González, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 15(2), 27-34.
- Álvaro, J. I. (2015). *Análisis del autoconcepto en relación con factores educativos, familiares, físicos y psicosociales en adolescentes de la provincia de Granada* [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio de la Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/40109>
- Arce, R., Seijo, D., Fariña, F. & Mohamed, L. (2010). Comportamiento antisocial en menores: Riesgo social y trayectoria natural de desarrollo. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 127-142.
- Arratíbel, M. L. (2012). *El temperamento y el desarrollo de las habilidades sociales en la prevención de la psicopatología infantil* [Tesis de Doctorado, Universitat autònoma de Barcelona]. Dipòsit digital de documents de la UAB. <https://ddd.uab.cat/record/106910>
- Astudillo, O., Gálvez, I., Retamales, C., Rojas, M. L. & Sarria, W. (2010). Evaluación de habilidades parentales, desde profesionales del ámbito del derecho de la familia. *Salud & Sociedad*. 1(3), 186-204
- Bardales, G. (2013). *Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres que presentan desórdenes alimenticios* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Base de datos PUCP <http://hdl.handle.net/20.500.12404/4885>
- Bartra, A. F., Guerra, E. F. & Carranza, R. F. (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Apuntes universitarios. Revista de Investigación*, 6(2), 53-68.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Editorial Gedisa.

- Bedoya, E. (2016). El apego inseguro como factor de riesgo en el continuo psicopatológico. *Universidad Cooperativa de Colombia*. Recuperado de: <https://www.ucc.edu.co/prensa/2016/Paginas/el-apego-inseguro-como-factor-de-riesgo-en-el-continuo-psicopatologico.aspx>
- Bernal, A. & Sandoval, L. (2013). "Parentalidad positiva" o ser padres y madres en la educación familiar. *Estudios sobre educación*, 25, 133-149.
- Bernal-Ruiz, F., Rodríguez-Vera, M., González-Campos, J., & Torres-Álvarez, A. (2018). Competencias parentales que favorecen el desarrollo de funciones ejecutivas en escolares. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 163-176. doi:10.11600/1692715x.161
- Betancourt, D. & Andrade, P. (2011). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41.
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M. & Cruzat, C. (2007). Aportes de la teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista argentina de clínica psicológica*, 17, 217-226.
- Bilbao-Cercós, A., Beniel-Navarro D., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Alcón-Sáez, J. J. & Prado-Gascó, V. J. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y salud*, 25, 54-65.
- Bleichmar, E. (2005). El sistema motivacional del apego y cuidados del adulto. En Bleichmar, E. (Ed.) *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos* (87-236). Barcelona, España: Paidós.
- Bornstein, M. & Putnick, D. (2012). Cognitive and Socioemotional Caregiving in Developing Countries. *Child Dev.*, 83(1), 46-61. doi:10.1111/j.1467-8624.2011.01673.x.
- Caballero-Peláez, C., Sierra, P. & Sánchez-Reales, S. (2015). Sentirse inseguro como hijo y como padre: la percepción de competencia parental y el ajuste psicológico infantil. *Libro de capítulos del X Simposio Nacional de Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos*.

- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México (1984-2005)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología: Ciudad de México, México.
- Campo-Terenera, L. (2013). El desarrollo del autoconcepto en niños y niñas y su relación con la interacción social en la infancia. *Psicogente*, 17(31), 67-79. doi: 10.17081/psico.17.31.422
- Canal, M. (2014). *La influencia de la familia en el desarrollo psicológico de los niños. Análisis de tres programas de competencia parental* [manuscrito para Tesis de maestría].
- Capano, A. & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Cárdenas & Schnettler (2015). Reflexiones en torno a las competencias parentales: Una propuesta de definición operacional. *Revista chilena de derecho y ciencia política*, 6 (1): 35-51.
- Carlson, E. & Causadias, J.M. (2014). La observación y evaluación del apego en la infancia. En Torres, B., Causadias J. M. & Posada, G. (Ed.), *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas* (pp. 131-150). Madrid, España: Editorial Prismática.
- Carriedo, A., González, C. & López, I. (2013). Relación entre la meta de logro en las clases de educación física y el autoconcepto de los adolescentes. *Revista española de educación física y deportes*, 403, 13-24.
- Casais, D., Flores, M. & Domínguez, A. (2017). Percepción de prácticas de crianza: análisis confirmatorio de una escala para adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 7, 2717-2726. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aippr.2017.06.001>
- Cazalla-Luna, N. & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 10, 43-64.
- Centurión, F. (2018). *Percepción de prácticas de crianza y autoconcepto en estudiantes de primaria* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas].

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/624255>

- Chamorro-Noceda (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría (Asunción)*, 39 (3), 199-206.
- Chávez-Hernández, A. M., Correa-Romero, F. E., Klein-Caballero, A. L. & Macías-García, L. F. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños *mexicanos*. *Avances de Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501-514.
- Chávez-Lujan, A. (2016). *Niños mexicanos con trastorno primario del lenguaje: repercusiones en la memoria de trabajo verbal y de autoconcepto en el inicio de la educación primaria* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. <http://132.248.67.119:8080/xmlui/handle/123456789/64407>
- Chávez, R. (2017). *Análisis de las competencias parentales de familias con necesidades educativas especiales* [Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. https://repositorio.unam.mx/contenidos/analisis-de-las-competencias-parentales-de-familias-con-un-hijo-con-necesidades-educativas-especiales-68621?c=&d=false&q=*&i=1&v=0&t=search_0&as=0
- Clerici, G. & García, M.J. (2010). Autoconcepto y percepción de pautas de crianza en niños escolares. Aproximaciones teóricas. *Anuario de Investigaciones*, 17, 205-212.
- Cobos, M., Loaiza, J. & Chang, L. C. (2009). *Estudio del apego en niños institucionalizados de 7 a 10 años: diagnóstico y propuesta terapéutica* [Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional, <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1199>
- Domínguez, E., Fortich, D. & Rosero, A. (2018). Competencias Parentales y resiliencia infantil en contexto de desplazamiento en Colombia. *Revista de Investigación Social, Prisma Social*, 20: 228-253.

- Duarté, Y., Lorenzo-Luaces, L. & Roselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista puertorriqueña de Psicología*, 23, 1-17.
- Eraso, J., Bravo, Y. & Delgado, M. (2006). Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán: un estudio cualitativo. *Revista de Pediatría*, 41, 23-40.
- Esnaola, I. Goñi, A. & Madariaga, J.M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69-96.
- Fernández, A. & Goñi, E. (2008). El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 13-22.
- Franco, A. M. (2016). *Fortalecimiento de las competencias parentales que favorecen el desarrollo de estilos de apego seguro y la prevención de prácticas maltratantes o negligentes, en cuidadores primarios de niños y niñas en primera infancia* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. <http://bdigital.unal.edu.co/54276/1/63531923.2016.pdf>
- Franco, N. Pérez, M. A. & de Dios, M. J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Fresno, A. & Spencer, R. (2011). Efecto del Maltrato Físico en la Calidad de las Representaciones de Apego Infantil en Chile: Resultados Preliminares. *Terapia Psicológica*, 29(2), 191-196.
- Fresno, A., Spencer, R., Leiva, M. & Gallardo, I. (2011). Ingreso familiar y variables psicológicas asociadas a la pobreza como predictores de la calidad de la representación del apego en niños preescolares en Chile. *Salud & Sociedad*, 2(2), 176-192.
- Fresno, A., Spencer, R. & Retamal, T. (2012). Maltrato infantil y representaciones de apego: defensas, memoria y estrategias, una revisión. *Universitas Psychologica*, 11(3), 829-838.

- Fuentes, M., García, F. Gracia, E. & Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 117-138. DOI: 10.1387/RevPsicodidact.10876
- Gálvez, A., Rodríguez, P. L., Rosa, A., García-Cantó, E., Pérez, J.J., Tárraga-López, P. & Tárraga-Marcos, L. (2016). Capacidad aeróbica, estado de peso y autoconcepto en escolares de primaria. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 28(1), 1-8.
- García, N. (2019). *Terapia de juego grupal con familias para promover competencias parentales y socioafectivas en niños/as* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Tesis UNAM digital. <http://132.248.9.195/ptd2019/enero/0784410/Index.html>
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Giraldo-Montoya, D., Castañeda-Palacio, H. & Mazo-Álvarez, H. (2017). Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil. *Universidad y Salud*, 9(2), 197-206.
- Gómez, E., Cifuentes, B & Ortún, C. (2012). Padres Competentes, Hijos Protegidos: Evaluación de Resultados del Programa “Viviendo en Familia”. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 259-271. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a23>
- Gómez & Muñoz (2015). *Escala de Parentalidad Positiva e2p. Manual 2da edición*. <https://ishareslide.net/document/manual-de-la-escala-de-parentalidad-positiva-2015-pdf>
- Goñi, E. & Infante, G. (2010). Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 199-208. doi: 10.1989/ejep.v3i2.60
- Granda, A., Gómez, A. & Toro, M. (2014). Relación entre autoconcepto y rendimiento escolar en estudiantes de grado quinto del Instituto Madre Caridad. *Revista UNIMAR* 32(1), 113-125.
- Granada, P. & Domínguez E. (2012). Las competencias parentales en contextos de desplazamiento forzado. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 456-482.

- Greco, C. (2013). Apego y percepción de felicidad en la mediana infancia: una aproximación a su estudio. *Revista de Psicología*, 9 (17): 105-116. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/apego-percepcion-felicidad-mediana-infancia.pdf>
- Hernández-Guzmán, L., González-Montesinos, M., Bermúdez-Ornelas, G., Freyre, M.A. & Alcázar-Olán, R. (2013). Escala de Prácticas Parentales para Niños. *Revista colombiana de psicología*, 22(1), 151-161.
- Herrera, L., Al-Lal, M. & Mohamed, L. (2017). Rendimiento escolar y autoconcepto en educación primaria. Relación y análisis por género. *INFAD Revista de Psicología* 1 (2), 315-326.
- Iniesta, A. & Mañas, C.R. (2014). Autoconcepto y rendimiento académico en adolescentes. *INDAF Revista de Psicología*, 1(2), 555-564.
- Jiménez, L. & Hidalgo, M. V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 91-100.
- Jimeno, M. V. (2017). La figura del educador social como tutor de apego en los hogares tutelados para menores en situación de protección. *Revista de Educación Social*, 25, 236-244.
- Jorge, E. & González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 36-66. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Kristic, A. (2014). *Patrones de apego y representaciones parentales en díadas con niños preescolares entre 2 y 5 años, de ambos sexos, que presentan síndrome de Prader-Willi* [Tesis de Maestría, Universidad de Chile]. Repositorio Institucional Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131048/Tesis%20M%C2%AA%20Amalia%20Kristic%20B.pdf?sequence=1>
- Kyle, T., Hernández, A., Reigal, R. & Morales, V. (2016). Efectos de la actividad física en el autoconcepto y la autoeficacia en preadolescentes. *Retos*, 29, 61-65.

- Landy, S. (2009). Developing a Secure Attachment. En Landy, S. (Ed), *Pathways to competence: encouraging healthy social and emotional development* (pp.141-210). Baltimore, U.S.A: Brookes Publishing Co., Inc.
- Lecanneiler, F., Ascanio, L., Flores, F. & Hoffmann, M. (2011). Apego y psicopatología: una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Terapia psicológica*, 29(1), 107-116.
- Leiva, C. (2010). *Percepción de apego óptimo en relación a las figuras parentales y su influencia en la autoestima de estudiantes universitarios/as de pregrado de Chillán* [Tesis de grado, Universidad del Bio-Bio]. Red de Bibliotecas Chile. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1412/1/Leiva%20Chandia%2C%20Carmen%20Gloria.pdf>
- Loperena, M.A. (2008). El autoconcepto en niños de cuatro a seis años. *Tiempo de educar*, 9(18), 307-327.
- López-Manrique, I., González-González C, San Pedro-Veledo, B. & San Pedro- Veledo, J.C. (2015). Del autoconcepto general al autoconcepto artístico. *Magister*, 28, 42-49.
- Main, M. (1985). Growing Points of Attachment Theory and Research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(12), 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention (p. 121–160). University of Chicago Press.
- Mansilla, M., Olaya C. & Picazo, A. (2018). ¿Qué papel tiene el apego en la aparición de dificultades y fortalezas en menores en acogimiento residencial? *Psychology, Society, & Education*, 10(2), 163-171.
- Marín, A. & Restrepo, S. (2016). La influencia de factores psicológicos como autoestima, autoconcepto y autoeficacia en el rendimiento académico en adolescentes. *Revista electrónica Psiconex*, 8(13), 1-11.

- Martín, J.C. Máiquez, L.M. Rodrigo, M.J. Bayme, S., Rodríguez-Ruiz, B. & Rodríguez-Suárez, G. (2009) *Programas de Educación Parental. Dossier 18(2)*, 121-133.
- Martín-González, M. M. (2014). *Relación entre autoconcepto, creatividad y rendimiento académico en matemáticas en la etapa de Educación primaria* [Tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja]. Repositorio universidad Nacional de la Rioja.
https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3034/MariaMontserrat_Martin_Gonzalez_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez-Festorazzi, V. (2011). Revisión teórica y empírica del autoconcepto. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, 8, 487-496.
- Martínez-Festorazzi, V., Castañeiras, C. & Posada, M. (2011). Estilos de apego y autoconcepto: bases para una adolescencia positiva. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 11(1), 27-42.
- Mauricio, C. (2016). *Competencias parentales desarrolladas en mayor grado por los padres y madres de los niños/as y adolescentes en situación de no abandono, según mandato judicial de la Corte Superior de Justicia- La Libertad. 2015* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional UNITRU. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7888>
- Meier, L. & Oros, L. (2012). Percepción de las prácticas parentales y experiencia de emociones positivas en adolescentes. *Revista de Psicología*, 8(16), 71-85.
- Méndez, F., Inglés, C., García, J.M., Quiles, M.J. & Hidalgo, M.D. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13).
- Méndez, M.P., Andrade, P. & Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 99-118.
- Mendoza, M. (2015). *Apego y autoconcepto en estudiantes de 5to grado de nivel primario de instituciones educativas públicas, 2014* [Tesis de Maestría, Universidad Peruana Unión] Repositorio de Tesis Universidad Peruana Unión. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/180>

- Mesías, A., (2014). *Fortalecimiento de las competencias parentales en padres, madres y/o cuidadores/as primarios de niños/as institucionalizados en Casa Hogar Guayaquil* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio Digital UCSG. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/1719>
- Molina, M.F., Raimundi, M.J., & Bugallo, L. (2017). La percepción de los estilos de crianza y su relación con las autopercepciones de los niños de Buenos Aires: Diferencias en función del género. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.pecr>
- Monteserín, M. (2012). Teoría del apego. Revisión conceptual y biológica en relación con los trastornos de la personalidad. *Aperturas psicoanalíticas*, 41. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000752>
- Morelato, G., Giménez, S., Vitaliti, J.M., Casari, L. & Soria, G. (2015). Análisis de factores protectores en el abordaje del maltrato infantil desde la mirada clínica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 88-95.
- Morelato, G., Maddio, S. & Valdéz-Medina, J.L. (2011). Autoconcepto en niños de edad escolar: el papel del maltrato infantil. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 151-159.
- Moya, J. J., Carrasco, M. A. & Sierra, P. (2018). Dimensionalidad y propiedades psicométricas de un nuevo instrumento de evaluación del apego en niños. *Acción psicológica*, 15(1), 25-38.
- Muñiz, A. & Andrade, P. (1999). *El autoconcepto actual, ideal y que debe ser en niños de primaria* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Tesis UNAM Digital. <http://132.248.9.195/pd1999/273990/Index.html>
- Murgui, S., García, C. & García, A. (2016). Efecto de la práctica deportiva en la relación entre las habilidades motoras, el autoconcepto físico y el autoconcepto multidimensional. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 19-25.
- Navas, L. & Soriano, J. A. (2016). Análisis de los motivos para practicar o no actividades físicas extracurriculares y su relación con el autoconcepto físico en estudiantes chilenos. *Revista iberoamericana de psicología de ejercicio y el deporte*, 11(1), 69-76.

- Padilla, X. (2017). *Violencia de pareja asociada a psicopatología infantil: propuesta de intervención comunitaria* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. https://repositorio.unam.mx/contenidos/violencia-de-pareja-asociada-a-psicopatologia-infantil-propuesta-de-intervencion-comunitaria-94099?c=B7jany&d=false&q=:*:*&i=1&v=1&t=search_0&as=0
- Pérez, A. (2010). Programa de habilidades parentales dirigido a familias monoparentales víctimas de violencia de género (intervención psicosocial). *Papeles Salmantinos de educación*, 14, 121-134.
- Pinedo, J. & Santelices, M. (2006). Apego adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente. *Terapia Psicológica*, 24(2): 201-209.
- Pinto, C., Sangüesa, P. & Silva, G. (2012). Competencias Parentales: Una visión integrada de enfoques teóricos y metodológicos. *Revista Electrónica de Psicología Social "Poiésis"*, 24, 1-18.
- Ramírez-Acuña, D.A. (2008). Una reflexión sobre la evaluación de las habilidades parentales, desde la Psicología Forense. *Psicología y Ciencia Social*, 10(1), 72-79.
- Ramírez, M. A. (2008). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 167-177.
- Revuelta, L., Rodríguez, A., Ruiz de Azúa, U. & Ramos-Díaz, E. (2015). Autoconcepto multidimensional: medida y relaciones con el rendimiento académico. *Revista internacional de Evaluación y Medición de la Calidad Educativa*, 2(1), 13-24.
- Reyes, V. & Reidl, L. M. (2015). Apego, miedo, estrategias de afrontamiento y relaciones intrafamiliares en niños. *Psicología y Salud*, 25(1), 91-101.
- Rivera-Hernández, I. (2016). *Problemas familiares y autoconcepto en adolescentes con y sin ideación suicida de 10 a 19 años de la U.F.M. no. 20 Vallejo* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México]. Tesis UNAM Digital <http://132.248.9.195/ptd2016/julio/0747364/Index.html>

- Rodrigo, M.J., Martín, J.C., Cabrera E. & Máiquez, M.L. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 18 (2), 113-120.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C. & Rodríguez, B. (2015). La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción. En Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C., Byrne, S. & Rodríguez, B. (Eds.) *Manual Práctico de Parentalidad Positiva* (pp. 25-43) Editorial Madrid Síntesis.
- Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros & Fernández-Zabala (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el apoyo social percibido en una muestra de adolescentes. *Acción psicológica*. 12(2), 1-14.
- Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica*, 8(2), 27-38.
- Román, M., Hodges, J., Palacios, J., Moreno, C. & Hillman, S. (2017). Evaluación de las Representaciones Mentales de Apego a través de las Historias Incompletas: Aplicación Española de Story Stem Assessment Profile (SSAP). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 46 (1), 5-19. DOI: <https://doi.org/10.21865/RIDEP46.1.01>
- Rosser, A., Suriá, R. & Mateo, M. (2017). Problemas de conducta infantil y competencias parentales en madres en contextos de violencia de género. *Gac Sanit*. 32(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.004>
- Rozenel, (2006). Teoría del apego y psicoanálisis. *Revista Internacional de Psicoanálisis en Internet*. www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000417
- Ruvalcaba-Romero, N., Gallegos-Guajardo, J., Caballo, V. & Villegas-Guinea, D. (2015). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236.
- Salinas, F. (2017). *Educación inicial: apego y desarrollo sociocognitivo*, Ciudad de México, México: Horizontes Educativos.

- Salinas-Quiroz, F., Morales-Carmona, F., Juárez-Hernández, M., de Castro, F., Posada, G. & Carbonell, O. (2015). Educación Inicial de Base Segura: Indicador de la calidad educativa para la primera infancia. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 1-18.
- Sallés, C. & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*, 49, 25-49.
- Segura, H., Vallejo, A., Osorno, J. R., Rojas, R.M. & Reyes, S. (2011). La Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 18, 67-73.
- Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46 (3), 407-441.
- Sherman, L., Rice, K. & Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, 37, 109-141. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2015.06.001>
- Sierra, P., Carrasco, M.A., Moya, J. & del Valle, C. (2011). Entrevista de Apego para Niños (EAN): estudio exploratorio de un nuevo instrumento de evaluación del apego en población infantil de 3 a 7 años. *Acción Psicológica*, 8(2), 39-53.
- Solano, G. (2016). *Estilos de crianza y desarrollo del autoconcepto en adolescentes de 14 a 16 años* [Tesis de grado, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio UMSA. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/10818>
- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J. & Montague, R. (2009). Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 34(13), 2655-2666.
- Toledo, M. (2018) *El apego en niños institucionalizados*. [Trabajo final de grado, monografía, Universidad de la República Oriental del Uruguay]. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg._mariana_toledo_.pdf

- Torío, S., Peña, J.V. & García-Pérez (2015). Parentalidad positiva y formación experiencial: análisis de los procesos de cambio familiar. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 5(3), 296-315.
- Torío, S., Peña, J.V. & Rodríguez, M. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teor. educ.*, 20, 151-178.
- Torres, A. & Rodrigo, M.J. (2014). La influencia del apego y el autoconcepto en los problemas de comportamiento de los niños y niñas de familias en desventaja socioeconómica. *Educatio Siglo XXI*, 32(2), 255-278.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2014). *Castigo físico en la niñez. Un maltrato permitido. Estudio sobre la autoridad parental*. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.unicef.org/CastigoFisico-final-9octubre-web.pdf>
- UNICEF (2017). Informe Anual 2017 UNICEF México. México. Recuperado de: <https://www.unicef.org.mx/Informe2017/Informe-Anual-2017.pdf>
- Urzúa, A., Godoy, J. & Ocayo, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista chilena de pediatría*, 82 (4), 300-310.
- Vargas, J. & Arán, V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 171-186.
- Vázquez, N. (2015). *Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud* [Tesis de doctorado, Universitat de Barcelona]. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/98629/1/NVA_TESIS.pdf
- Vergara, L. (2016). Revisión teórica del concepto de competencias parentales. *Repositorio Institucional Universidad de Manizales*. <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/2794>
- Zúñiga, S. A. (2018). *Autoconcepto y autoestima en niños y adolescentes con desorden genético: una propuesta de intervención* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Bibliotecas UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2018/abril/0772529/Index.html>

ANEXOS

Anexo A

La EAN evalúa escalas de apego seguro e inseguro, en el niño, en la interacción y en la figura de apego, las cuales se explican a continuación.

1. Escalas que constituyen los indicadores de apego seguro. **Agente: niño.**
 - a) **Reacción positiva del niño:** Se caracteriza porque el niño utiliza a la figura de apego como un elemento de seguridad. Ante situaciones que ocasionan tensión, interactúa/reacciona positivamente y comunica con facilidad aquello que le inquieta.
 - b) **Reacción confiada del niño:** Describe emociones ajustadas y apropiadas hacia la situación. Los comportamientos que describe son ajustados y afectivamente adecuados, comprendiendo la situación y sus consecuencias. Propone soluciones propias, asertivas y ajustadas con una marcada tendencia a restaurar el equilibrio de la misma.

2. Escalas que constituyen los indicadores de apego inseguro. **Agente: niño.**
 - a) **Reacción negativa del niño:** Las categorías que la conforman están relacionadas con emociones negativas del niño. Las respuestas muestran desconcierto, miedo o temor ante el reproche, el castigo o las consecuencias ante el incumplimiento de una norma. El niño parece evadirse de la situación mediante la fabulación y/o reorganización de la historia o alguno de sus elementos.
 - b) **Reacción desconfiada del niño:** Esta escala se caracteriza porque el niño frente a un contexto estresante reacciona emocionalmente de manera negativa, proyectando fundamentalmente miedo. Las respuestas del niño muestran alta emocionalidad ante la situación. Las respuestas pueden ser incoherentes y no ajustadas a la historia.

3. Escalas que constituyen los indicadores de **apego seguro de la interacción niño-figura de apego**
 - a) **Interacción positiva:** El niño es capaz de internalizar la sensación de seguridad que le facilita la figura de apego, lo que le permite desarrollar emociones positivas, reflejándolo en la interacción que tiene con ella. La interacción es conjunta, participando de la misma el niño y la figura de apego.
 - b) **Interacción empática:** Las respuestas del niño están relacionadas con interacciones empáticas y ajustadas. La interacción se caracteriza por el control y el afecto otorgado a la relación y a los aspectos de equilibrio y ajuste emocional. El control de la figura de apego se ejerce desde un estilo inductivo y razonable en el que las acciones son proporcionales y ajustadas.

- c) **Interacción confiada:** El niño y la figura de apego muestran recíprocamente esperanza y expectativas positivas y de seguridad en uno y otro. Se trata de una interacción libre, sin ocultación, sin miedo a las potenciales consecuencias negativas. Las respuestas que el niño emite al comportamiento de la figura de apego están constituidas por una interacción positiva con la figura de apego.
- d) **Interacción conciliadora:** El niño y la figura de apego muestran recíprocamente un acuerdo para evitar conflictos, deliberan, hablan, intercambian impresiones o condiciones para llegar a metas compartidas que solucionen el potencial problema o la potencial amenaza. Las respuestas del niño expresan determinados sistemas de conducta, en los cuales tanto él como la FA, interactúan reduciendo la tensión producida por el contexto.

4. Escalas que constituyen los indicadores de **apego inseguro de la interacción niño-figura de apego.**

- a) **Interacción negativa:** Esta escala incluye respuestas que muestran una relación de desconfianza en la protección y comprensión de la figura de apego. La emoción básica es la desconfianza y el miedo alrededor de lo cual giran los comportamientos infantiles. También se muestra la indiferencia y frialdad emocional esperada por parte de la figura de apego.
- b) **Interacción desconfiada:** Esta escala incluye respuestas que muestran una relación de desconfianza en la protección y comprensión de la figura de apego. La emoción básica es la desconfianza y el miedo alrededor del cual giran los comportamientos infantiles. Aparecen quejas o exigencias hacia la figura de apego. Las emociones y acciones del niño muestran un considerable grado de resignación ante una acción insensible u hostil por parte de la figura de apego.

5. Escalas que constituyen los indicadores de apego seguro. **Agente: Figura de Apego.**

- a) **Reacción positiva de la figura de apego:** El niño percibe la figura de apego como a una persona sensible a sus necesidades, muestra la expectativa de que la figura de apego estará disponible cuando la necesite y que responderá positivamente ante situaciones adversas. Las interacciones/reacciones de la figura de apego se caracterizan por ser cálidas, estables, íntimas y satisfactorias. Las expectativas que el niño tiene de la reacción de la FA suelen ser positivas, integradas al contexto y con perspectivas coherentes. El niño percibe una alta accesibilidad a su FA, que implica una visión positiva acerca de su reacción, caracterizadas por reacciones de confianza y alto grado de intimación.

6. Escalas que constituyen los indicadores de apego inseguro. **Agente: Figura de Apego.**

- a) **Reacción negativa de la figura de apego:** El niño atribuye a su figura de apego cogniciones, emociones o acciones que denotan falta de sintonía o son contrarias a su propia emoción o pensamiento. El niño expresa su convicción de la reacción de la figura de apego como hostil o de rechazo mediante castigos punitivos o verbales y ridiculizaciones. Esta escala es compatible con el apego inseguro evitativo. Aparecen respuestas en las que el niño manifiesta la indiferencia e incomprensión de la figura de apego a través de conductas o emociones frías. Estas respuestas son compatibles con el apego inseguro resistente.

Dentro de cada escala existen diversas categorías, en total 48. La siguiente tabla muestra las definiciones de las principales categorías que se encontraron en el presente estudio.

<i>Categoría</i>	Escala a la que pertenece	Definición
<i>Tranquilidad</i>	Interacción confiada Reacción positiva Figura de apego	Las respuestas del niño nos presentan a una figura de apego emocionalmente tranquila y que proyecta seguridad.
<i>Afrontamiento directo</i>	Reacción positiva del niño Reacción confiada del niño Interacción confiada	Se trata de respuestas en las que el niño expresa acciones, sentimientos o cogniciones de asunción de la situación y de sus consecuencias.
<i>Interacción positiva</i>	Reacción positiva del niño Reacción confiada del niño Interacción confiada	Conductas en las que el niño comenta o se dirige a la figura de apego con el fin de explicar la situación, transmitirle la emoción o restablecer la relación de cercanía ajustada al contexto.
<i>Aceptación confiada</i>	Reacción confiada del niño	Son respuestas en las que el niño interpreta que la acción no conlleva consecuencias negativas
<i>Alegría</i>	Reacción confiada del niño	Se corresponde a la elección del emoticono que expresa que se siente alegre.
<i>Coherencia</i>	Reacción confiada del niño	Las respuestas del niño con relación al desenlace de la historia son coherentes y están ajustadas a su contenido
<i>Expectativa de búsqueda</i>	Reacción confiada del niño	Respuestas en las que el pensamiento del niño se refiera a su figura de apego en términos de acciones relacionadas con la

<i>Soluciones/ intermediarios</i>	Interacción confiada Interacción positiva Interacción conciliadora	recuperación de la cercanía con él. El niño ejecuta una acción o busca a un intermediario para resolver la situación.
<i>Expresiones de afecto positivo</i>	Interacción empática	Acciones de demostración de afecto positivo hacia la figura de apego.
<i>Sensibilidad/Apoyo</i>	Interacción empática Interacción conciliadora	La figura de apego lleva a cabo acciones directas de cuidado físico.
<i>Expectativa de sincronía emocional</i>	Interacción confiada	Respuestas en las que el pensamiento del niño se refiere a su figura de apego en términos de emoción positiva o negativa (con contenido de preocupación) relacionada con el alejamiento del niño.
<i>Respuestas inductivas de apego</i>	Interacción confiada	Respuestas en las que la figura de apego intenta comprender la situación y las emociones del niño sin evaluarlas.
<i>Expectativas de reencuentro</i>	Interacción positiva	Respuestas en las que el pensamiento del niño se expresa respecto a su figura de apego en términos de recuperación y cercanía física.
<i>Abandono/Rechazo</i>	Interacción negativa del niño Interacción desconfiada	Respuestas que muestran la seguridad del niño de que su figura de apego no siente preocupación o sensibilidad ante sus emociones o situación.
<i>Expectativas de no ayuda</i>	Interacción negativa del niño Interacción desconfiada	Respuestas del niño que se centran en la certeza de que no recibirá atención o seguridad por parte de la figura de apego.
<i>Expectativas de castigo</i>	Reacción negativa del niño Interacción negativa del niño Interacción desconfiada	Respuestas en las que el pensamiento del niño se centra en las consecuencias (siempre negativas) ya sea de forma física o de castigo.
<i>Emociones negativas</i>	Reacción negativa del niño Reacción desconfiada del niño Interacción negativa del niño Interacción desconfiada	Se refiere a respuestas (de emociones desagradables) que no se encuentran en el rango previamente dado al niño (enojo, miedo, tristeza).

<i>Enojo (niño)</i>	Interacción negativa del niño Interacción desconfiada	Se corresponde a la elección del emoticono que expresa que se siente con enfado
<i>Enojo (figura de apego)</i>	Interacción desconfiada Reacción negativa figura de apego	Se corresponde a la elección del emoticono que expresa que su figura de apego se siente enfadada.
<i>Desenlace punitivo</i>	Reacción negativa del niño Interacción negativa del niño Interacción desconfiada	El tipo de respuestas, con relación al desenlace de la historia, se caracterizan porque tienen un contenido punitivo en forma de castigo verbal o físico.
<i>Orientación-compensación</i>	Interacción desconfiada	Las respuestas del niño hacen referencia a reparar o resarcir el daño hecho o compensar el perjuicio causado.
<i>Miedo</i>	Reacción negativa del niño Reacción desconfiada del niño Interacción negativa del niño Interacción desconfiada	Se corresponde a la del emoticono que expresa que se siente con miedo.
<i>Verbalización punitiva</i>	Interacción desconfiada Reacción negativa figura de apego	Respuestas en las que la reacción de la figura de apego es hostilidad y agresión verbal.
<i>Punición agresiva</i>	Reacción negativa niño	Respuestas en las que la reacción de la figura de apego es de abierta hostilidad y agresión física.
<i>Incoherencia</i>	Reacción negativa del niño Reacción desconfiada del niño Interacción negativa del niño Interacción desconfiada	Las respuestas son breves, no argumentadas ni pertinentes con la situación planteada.



Anexo B



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CIRCULAR

Por medio de la presente circular se les invita a los padres de familia y a sus hijos a participar en un estudio, que tiene como objetivo adaptar y validar una entrevista sobre el apego, abarcando también las emociones, autoconcepto y competencias parentales. Se llevará a cabo con niños de 3 a 12 años, por lo que se solicita la autorización de sus padres para ser parte de la investigación.

El estudio consiste en la aplicación de entrevistas, una ficha de datos sociodemográficos y consentimientos los cuales se enumeran a continuación:

1. **La Entrevista de Apego para Niños, EAN** (P. Sierra, M. A. Carrasco y J. J. Moya, 2017) la cual consta de 8 historias y tiene una duración aproximada de 30 minutos. **De tener su autorización, será aplicada a su hijo dentro del plantel por una integrante del equipo de investigación.** Esta entrevista será **GRABADA EN VOZ** para su análisis posterior.
2. **ESCALA DE AUTOCONCEPTO ACTUAL** (Muñiz & Andrade, 1999): Dicha entrevista será contestada por su hijo(a) y será aplicada por un miembro del equipo si usted acepta la participación en el estudio.
3. **ASENTIMIENTO INFORMADO** en el cual su hijo(a) (en caso de ser **mayor de 8 años**) podrá aceptar o negar su participación en el estudio. En caso de que su hijo sea menor de 8 años, se le preguntará al momento de la evaluación. Al final de ese documento, se presenta un apartado el cual usted y su hijo llenarán en caso de que acepten participar.
4. **CONSENTIMIENTO INFORMADO** el cuál usted regresará firmado si autoriza su participación y la de su hijo(a).
5. **ESCALA DE PARENTALIDAD POSITIVA e2p** (Gómez y Muñoz, 2015): Dicho documento deberá de ser contestado por usted con la mayor sinceridad posible, recordando la confidencialidad de las respuestas que otorgue en éste y todos los cuestionarios y/o instrumentos que responda.
6. **FICHA SOCIODEMOGRÁFICA** es un cuestionario de datos sociodemográficos y familiares, **también será contestado por usted**, con la finalidad de conocer el entorno donde se desenvuelve el niño/a.

LE AGRADECEMOS QUE, SI USTED Y SU HIJO/A DESEA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, LLENE LOS DOCUMENTOS ANTES MENCIONADOS Y LOS REGRESE EN EL MISMO SOBRE QUE LE FUERON ENTREGADOS, RECUERDE QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE MEDIANTE DICHOS DOCUMENTOS SERÁ TOTALMENTE CONFIDENCIAL Y SE UTILIZARÁ ÚNICAMENTE PARA FINES DE INVESTIGACIÓN.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo C



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Consentimiento informado

Este documento tiene la finalidad de que conozca la forma de trabajo para la aplicación de cuestionarios y entrevistas que se llevará a cabo en colaboración con el Colegio Asturias y el uso que se les dará a los datos que usted proporcione.

- Toda la información que se proporcione será tratada de manera **ANÓNIMA** y **CONFIDENCIAL** quedando bajo resguardo del equipo encargado de la investigación.
 - Cualquier información que pudiera identificar a usted o a su hijo(a) no podrá ser difundida sin autorización.
 - Todas las dudas con relación a la investigación serán aclaradas por las investigadoras.
 - Se encuentra en plena libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio; su decisión de no participar no tendrá ninguna consecuencia.
 - Esta investigación no representa ningún riesgo para su salud y/o la del niño/a que participa.
 - Ni los investigadores ni el Colegio proporcionarán compensación o pago alguno por participar en el estudio, ya que su participación es voluntaria. A su vez, el cuestionario y los instrumentos de aplicación no tienen ningún costo para el participante.
 - Al final de la investigación, si usted lo desea, se le podrá dar la devolución de los resultados, en una junta acordada junto con las autoridades del Colegio.
1. Comprendo que mi participación es voluntaria
 2. He podido hacer preguntas sobre el estudio
 3. Comprendo que mi información es ANÓNIMA y CONFIDENCIAL
 4. Comprendo que el análisis que se hará a la información será con fines de investigación.

Derivado de la información anterior,
YO _____ doy autorización, para que mi
hijo(a) _____ participe en la investigación
que se llevará a cabo en el Colegio Asturias.

FECHA Y FIRMA



Anexo D



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Carta de asentimiento informado

¡Hola! Somos Daniela y Pamela y junto con un equipo estamos investigando los estilos de apego y las emociones en los niños que asisten a tu escuela. El apego es la relación que tenemos con las demás personas y en esta ocasión, quiero conocer cómo crees que te llevas con las personas con las que pasas más tiempo, puede ser tu mamá, papá, abuelita o alguien más. Las emociones, son la manera en cómo nos sentimos cuando pasa algo, por ejemplo, cómo te sientes cuando haces lo que más te gusta o cuando alguien te regaña.

¡Te invitamos a participar en este estudio! Yo he hablado con la persona que es responsable de ti y tú puedes decidir si participas o no, no vas a tener ningún castigo si no lo quieres hacer.

Si tú decides participar, nos ayudas a conocer como los niños creen que se relacionan con sus papás, como se sienten y de esta manera, saber cómo ayudarlos cuando no se sienten bien. Cuando termine la investigación, les platicaré cuales fueron los resultados y si tú y tu familia necesitan la ayuda, se les atenderá. Acuérdate que no hay respuestas buenas ni malas. Todas tus respuestas las grabaré en voz para poder estudiarlas después.

Tu nombre, edad y respuestas van a ser confidenciales, es decir, nadie conocerá que es lo que me vas a contestar, solo las personas que formamos parte del equipo en este estudio. Si tienes alguna pregunta de lo que leíste, pregúntame y te contestare con mucho gusto.

Te pido que si aceptas participar, pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice "Si quiero participar", escribas tu nombre y pongas tu huella.

Si quiero participar

Nombre: _____

Huella digital/firma _____

Nombre del responsable: _____

Parentesco: _____

Firma y fecha: _____