



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE POSTGRADO

Programa de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil

# HISTORIA DE LOS PATRONES DE APEGO EN MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO EN LA CALIDAD DEL APEGO CON SUS HIJOS RECIÉN NACIDOS.

Tesis para optar al grado del Magíster en Psicología, mención en Psicología Clínica Infanto- Juvenil

ALUMNA: MARÍA JOSEFINA ESCOBAR  
PROFESOR GUÍA: PROF. JUANA KOVALSKYS  
ASESOR METODOLÓGICO: PROF. IRIS GALLARDO

Santiago, 2008

*A mis padres y hermanos  
por apoyarme en cada emprendimiento nuevo.*

*Y a los grandes amigos que hice en Chile  
que hicieron que mi estadía aquí, sea para un gran crecimiento personal.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta Tesis fue posible gracias a la colaboración de diversas personas e instituciones.

En primer lugar, quisiera agradecer a las madres adolescentes entrevistadas en el Hospital “Barros Luco Trudeau”, por compartir su tiempo y experiencias conmigo.

Al Hospital “Barros Luco Trudeau” por abrir las puertas de la maternidad para que se desarrolle esta investigación y especialmente a la Dra. Mónica Kimelman (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile), quien hizo posible que me dieran dicho espacio. Del mismo modo mi gratitud hacia las matronas y enfermeras por su colaboración constante.

Asimismo, a la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), quienes en el marco de la Beca de Magíster para Alumnos Extranjeros financiaron mi Segundo Año de Magíster.

Además a la Profesora Iris Gallardo, por su asesoría metodológica y a la Profesora Juana Kovalskys por su dedicación y paciencia con mis tiempos. Y a Dalila por estar siempre dispuesta a resolver mis inquietudes.

Quisiera agradecer también al Dr. Agustín Ibáñez por su colaboración desde el inicio de mis estudios de Magíster y en la revisión de este trabajo. Y por último, a la Profesora Susana Martínez de Escobar, quien en cada uno de mis viajes a San Juan, Argentina, me dedicó su tiempo en aportar con comentarios y correcciones en mi Tesis Final.

## **INDICE**

<b>RESÚMEN</b>	<b>5</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
<b>I. Teoría del apego</b>	<b>8</b>
<b>I. I. Las figuras de apego y fases del desarrollo de la conducta de Apego según Bowlby (1976)</b>	<b>9</b>
<b>I. II. Organización de los patrones de apego</b>	<b>11</b>
<b>I. III. Persistencia transgeneracional de los patrones de Apego</b>	<b>13</b>
<b>I. IV. Patrones de Apego</b>	<b>16</b>
<b>II. Adolescencia y Apego</b>	<b>18</b>
<b>III. Maternidad adolescente y Apego</b>	<b>20</b>
<b>IV. Aspectos psicosociales del Embarazo Adolescente</b>	<b>23</b>
<b>IV. I. Vínculo de pareja en madres adolescentes</b>	<b>23</b>
<b>IV. II. Interacción de la madre adolescente con su familia</b>	<b>24</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>27</b>
<b>I. Fundamentos para la elección de las variables seleccionadas</b>	<b>27</b>
<b>I. I. Variable de Riesgo Relacional de la díada mamá-bebé recién nacido</b>	<b>27</b>
<b>I. II. Variable de Apego con la figura primaria</b>	<b>28</b>
<b>I. III. Variables Psicosociales</b>	<b>28</b>
<b>4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>29</b>
<b>I. Objetivo general</b>	<b>29</b>
<b>II. Objetivos específicos</b>	<b>29</b>
<b>III. Hipótesis</b>	<b>29</b>
<b>5. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>31</b>

<b>I. Definición de variables</b>	<b>31</b>
<b>I. I. Riesgo relacional</b>	<b>31</b>
<b>I. II. Patrones de Apego con la figura primaria</b>	<b>31</b>
<b>I. III. Apoyo de la pareja</b>	<b>33</b>
<b>I.IV. Apoyo de la familia</b>	<b>33</b>
<b>II. Población y muestra</b>	<b>33</b>
<b>III. Diseño de la investigación</b>	<b>34</b>
<b>III. I. Instrumentos</b>	<b>34</b>
<b>IV. Procedimiento</b>	<b>37</b>
<b>V. Análisis de datos</b>	<b>38</b>
<b>6. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>39</b>
<b>7. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS</b>	<b>40</b>
<b>I. Descripción de la muestra</b>	<b>40</b>
<b>I. I. Datos demográficos</b>	<b>40</b>
<b>I. II. Datos de la madre</b>	<b>41</b>
<b>I. III. El padre del bebé</b>	<b>46</b>
<b>I. IV. Embarazo Adolescente</b>	<b>48</b>
<b>8. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>9. DISCUSIÓN</b>	<b>65</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>76</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>79</b>
<b>12. APENDICE</b>	<b>87</b>

## RESUMEN

Este estudio tiene por objeto determinar la relación que existe entre los patrones de apego de madres adolescentes con sus figuras primarias y la presencia o ausencia de riesgo relacional con sus bebés recién nacidos, en el marco de la teoría de la persistencia transgeneracional del apego. Se considera de manera específica variables psicosociales, cuya incidencia puede ser favorable o desfavorable en la constitución del tipo de apego. Se utiliza un diseño de carácter no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, aplicado a 30 díadas (madre y bebé), rango de edad entre los 16 y 18 años. Los instrumentos utilizados son el PBI (Parental Bonding Instrument); la pauta de evaluación relacional madre-recién nacido y la entrevista semiestructurada. Los resultados encontrados son: la muestra presenta mayor porcentaje de historias de apego inseguro que en la población general. Este dato no tuvo una relación estadísticamente significativa con el riesgo relacional en las díadas, pero se encontró un alto porcentaje riesgo relacional (40%) y una relación estadísticamente significativa entre riesgo y la percepción de apoyo familiar. Ello permite considerar el apoyo familiar como factor protector importante; función que no cumple la pareja, por la presencia de bajo nivel de compromiso y proyección futura.

## INTRODUCCIÓN

El tema de la maternidad en la adolescencia se encuentra actualmente en la base de muchas discusiones a nivel de las políticas públicas (Muñoz, Berger & Arcena, 2001; Luengo & González, 2003). Existe un consenso general entre los investigadores para afirmar que la maternidad en este período del desarrollo es un problema que trae consecuencias negativas en diversos ámbitos; en la joven, en su pareja y en la familia de ambos. A nivel social, se encuentran problemas como la deserción escolar, subempleos y perpetuación de los niveles de pobreza, entre otros (Hamel, 2000; González, 2003; Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega & Díaz, 2004; Ortiz, Borré, Carrillo & Gutiérrez, 2006). El Ministerio de Salud de Chile tiene en funcionamiento el Programa Nacional del Adolescente, que contempló dentro de sus prioridades para el año 2005 reducir la tasa de embarazo adolescente no deseado.

En los últimos años las tasas de fecundidad han disminuido en todas las etapas etáreas, excepto en las adolescentes. Situación que se ve agravada porque cada vez se presentan embarazos en edades más tempranas. Según el INE (2000), en Chile la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años ha aumentado levemente de 69,7 a 70,2 nacidos vivos por mil adolescentes. Cada año nacen 40.300 niños cuyas madres tienen entre 15 y 19 años, a esta cifra se agregan 1.175 en menores de 15 años, la incidencia del embarazo en la adolescencia es de 16,16%.

Este panorama resulta de gran preocupación a nivel de políticas públicas ya que el embarazo adolescente generalmente es una situación en donde la vinculación madre-bebé se ve dificultada (Hamel, 2000; Muñoz, Berger & Arcena, 2001), por que este grupo etáreo se encuentra atravesando una doble crisis. La crisis propia de su etapa evolutiva y la crisis vital que se produce por el nacimiento de un hijo, esta doble crisis obstaculiza la buena vinculación madre adolescente-hijo (Grisolía, 2005). Mirada esta realidad desde la teoría del apego, se podría pensar que estas dificultades presentadas en la vinculación de la joven madre con su hijo estarían vinculadas también con los patrones de apego de su primera infancia, ya que tienden a mantener cierta estabilidad a lo largo de la historia del individuo. Este es un postulado sostenido por Fonagy (1999), quien mostró, a partir de diversos estudios que existiría una persistencia transgeneracional de patrones de apego. Ello implica que los patrones de apego establecidos con las figuras primarias tienden a mantenerse a través del tiempo.

La teoría del apego ha sido definida como uno de los constructos teóricos mas sólidos en el campo de los vínculos afectivos que se establecen entre el bebé y sus cuidadores, así también, este marco conceptual se ha ampliado para comprender los procesos de vinculación afectiva de los adultos (Pinedo & Santelices, 2006). Es por esto que a partir de ésta teoría se pretende dar un enfoque diferente a la comprensión del fenómeno de la maternidad adolescente; teniendo en cuenta no solo los postulados de la teoría respecto a la estabilidad de los patrones de apego, sino además, que si bien estos patrones tienden a persistir, no son estáticos, también pueden modificarse; otorgando de esta manera una gran importancia a la revisión de ellos para el trabajo en psicoterapia (Thompson, 2000; Marrone, 2001; Rozenel, 2006). De esta forma se puede reconocer que la teoría del apego no solo nos brinda un marco teórico para comprender situaciones de riesgo sino, también para puntualizar intervenciones efectivas (Figuereido, Bifulco, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006).

Por todo lo anterior se busca que el estudio de los patrones de apego ayude a comprender la realidad de la maternidad adolescente, que es un problema revelado por la Psicología Perinatal y que demanda por soluciones efectivas (Hernández, Kimelman & Montino, 2000), ya que favorecer *“el proceso de vinculación es una urgencia existencial en la medida que modula la salud mental a lo largo de la vida”* (Kimelman, 2007).



## MARCO TEÓRICO

### Teoría del Apego

La relación materno-filial es y ha sido un tema de gran importancia social, Alicia Oiberman (2001, p.9) dice al respecto: *“...el tema de la maternidad, de las relaciones madre-hijo, y sus condiciones de crianza y cuidado prevalecieron en distintos períodos desde la prehistoria hasta la actualidad. Se puede comprobar que en casi todos los períodos históricos, las formas de comunicación materno-filial, fueron descriptos en la literatura, en la pintura y en otras expresiones artísticas mucho tiempo antes de que el mismo fuera objeto de estudio de la Psicología de la primera infancia”.*

Sigmud Freud fue el primero en dirigir su atención sobre el pasado infantil de los pacientes neuróticos adultos y a la importancia de los vínculos primarios. La observación directa del niño no aparece hasta más adelante bajo el impulso de su hija Anna Freud. Más tarde grandes exponentes del Psiconálisis pusieron el énfasis de sus teorías en la importancia central que tiene el vínculo madre-hijo, cabe destacar entre ellos a al psicoanalista norteamericano René Spitz (1969), uno de los pioneros de la observación directa de la relación madre-bebé, quien describe las etapas de la evolución psicogenética dirigida por lo que él llama los “organizadores del psiquismo”; otra figura que surge posteriormente fue Margaret Malher (1973) quien estudió al niño en interacción con su madre y los progresos de su individuación. En este contexto mientras se producían grandes progresos en la ciencia respecto a la importancia de los vínculos primarios, se iba gestando en Londres la Teoría del Apego, a partir los trabajos de Bowlby (1958).

Esta teoría comienza a crearse hacia finales de los años treinta y comienzos de los cuarenta, como consecuencia de la gran cantidad de niños sin familias, resultado de la segunda guerra mundial, se comenzaron a publicar trabajos sobre la importancia de los cuidados maternos y la influencia que la privación producía en el desarrollo de estos niños. En este contexto histórico es en el que surge la teoría del *attachment* o apego, tomando forma en la segunda mitad de la década del 50 del siglo XX, John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista, en el año 1958 postuló la

Teoría del Apego la que se fue desarrollando con sus propias contribuciones y más tarde con la de múltiples investigadores y colaboradores.

La teoría del apego describe y conceptualiza los efectos de los vínculos tempranos en el desarrollo psicológico del neonato y el infante, la tendencia propia de los seres humanos a crear vínculos entre sí y la consecuencia de no contar con ellos (Casulla & Fernández, 2005; Pinedo & Santelices, 2006).

Bowlby (1976) definió el *apego* como la orientación o disposición de un individuo a buscar la proximidad y contacto con una determinada figura y en circunstancias específicas, siendo esto un atributo persistente que no se ve afectado por la situación del momento y está limitado como vínculo duradero a esa figura determinada o a unos pocos individuos. Él diferenció al apego de la denominada conducta de apego, que es aquella a través de la cual el individuo procura la proximidad de la figura de apego, dentro de ella se encontrarían las conductas señales (llanto, balbuceo, sonrisas) y las conductas de acercamiento (aferramiento, acercamiento y succión sin un fin alimenticio). La conducta paterna que se da como contraparte de la conducta de apego del hijo se denomina “conducta de atención” o también emplea el término de “conducta materna”.

Estas conductas permiten establecer relaciones significativas entre los cuidadores y los niños, así como las relaciones significativas que se producen entre los adultos, y las mismas surgen a partir de representaciones mentales internalizadas, las pautas o estilos de apego; en el caso de los adultos reciben el nombre de modelos o mapas representacionales de las relaciones (Pinedo & Santelices, 2006). Este tema será profundizado en el apartado sobre la persistencia transgeneracional de los patrones de apego.

### **Las figuras de apego y fases del desarrollo de la conducta de Apego según Bowlby (1976)**

La persona que ocupa el rol de figura de apego es aquella que brinda lo que se denomina la base segura y que estaría dada por el sentimiento de seguridad y tranquilidad que se deriva de

la relación con el otro brindando confianza al niño para separarse y permitirle de ese modo explorar el ambiente (Ainsworth, 1989).

Bowlby (1976) hace una distinción entre la figura central de apego y las figuras subsidiarias.

*Figura de apego central:* habitualmente e idealmente es la madre, pero va a depender de la identidad de quien brinda los cuidados o quien se percibe más capaz de hacer frente a la situación, en el sentido de brindar protección apoyo y consuelo.

*Figura de apego subsidiaria:* Son aquellas figuras a las que el niño va a recurrir cuando no sabe donde se encuentra la figura central de apego. Estas sólo podrían convertirse en centrales en el caso de ausencia prolongada o permanente de la madre.

Respecto al proceso en el que se establece el apego, Bowlby (1976) divide el desarrollo de la conducta de apego en cuatro fases y destaca que debe tenerse en cuenta que las mismas no tienen límites estrictos entre unas y otras.

Fase 1 *“Orientación y señales sin discriminación de la figura”*: El bebé se comporta de manera característica con las personas (indicaría una orientación hacia ellas; movimientos oculares de seguimiento, aprehensión, alzamiento, sonrisas y balbuceos). Sin embargo la capacidad de distinguir una persona de otra es nula o sumamente limitada. Esta fase se puede prolongar hasta las doce semanas.

Fase 2 *“Orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas”*: El bebé continúa comportándose de forma amistosa con las personas, pero es más notoria con la figura materna. Esta fase se prolonga, aproximadamente, hasta los seis meses.

Fase 3: *“Mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada por medio de la locomoción y de señales”*: El bebé no solo discrimina cada vez más en el modo de tratar a la gente (desapareciendo las conductas amistosas indiscriminadas), sino que su repertorio de respuestas se extiende hasta incluir el seguimiento de la madre. El apego del pequeño hacia la figura materna es bien visible. Esta fase puede prolongarse hasta los dos o tres años.

Fase 4 “*Formación de relaciones reciprocas*”. El niño va adquiriendo cierta comprensión de los sentimientos y motivaciones que mueven a la madre; la mamá es concebida como un objeto independiente que persiste en el tiempo y espacio, moviéndose de una manera más o menos previsible. Una vez logrado esto, se prepara el terreno para desarrollar una relación más compleja entre madre e hijo, una relación de mutualidad. El desarrollo de la misma se iniciaría alrededor de los tres años o después de esta edad.

En síntesis, se entiende que el apego en el niño con su figura primaria se lleva a cabo a partir de un proceso en el cual el niño va internalizando las experiencias tempranas con su cuidador.

### **Organización de los patrones de apego**

La noción de apego se refiere a el vínculo entre el infante y su cuidador, experiencias que al internalizarlas dan lugar a modelos o prototipos de comportamiento psicosocial; este proceso es posible a partir de la organización del sistema de apego, que requiere la conformación de representaciones mentales de la figura de apego, de sí mismo y del contexto, todas ellas fruto de experiencias concretas (Casulla y Fernández, 2005).

Las experiencias pasadas con el cuidador son organizadas así, en sistemas representacionales denominados modelos internos activos. Estos modelos internos activos del self y de los otros proveen prototipos para todas las relaciones ulteriores y son relativamente estables a lo largo del ciclo vital, dicha estabilidad ha sido demostrada en diversos estudios que muestran una correspondencia consistente entre las clasificaciones de apego en la infancia y las clasificaciones de apego en la vida adulta (Fonagy, 1999). Además, estos modelos serían guías para las relaciones interpersonales en la transición de la niñez a la adolescencia y posteriormente a la adultez (Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega & Díaz, 2004).

De éste modo, los modelos internos incorporan dos esquemas cognitivos interrelacionados, uno que hace referencia a un modelo de sí mismo, el mismo contiene percepciones básicas sobre el valor, la competencia y la capacidad de ser amado de uno mismo, y el otro, es un modelo de los otros siendo el núcleo de las expectativas relacionadas con la posibilidad de confiar y depender

de otros significativos en el mundo social; así los modelos internos sirven de patrones para las futuras relaciones íntimas que se establezcan, es decir que no solo se mantienen en el tiempo, sino que se reproducen (Carrillo, et al., 2004). Desde la teoría del apego el término original que se emplea para referirse a un sistema de representaciones sobre uno mismo en relación con los otros significativos es el de “Internal Working Models”. El mismo tuvo diferentes traducciones y puede encontrarse cómo “modelos operativos internos” (Marrone, 2001), en las traducciones de los escritos de Peter Fonagy (1999) cómo “modelos internos activos” y también podría denominarse modelos operantes internos (Pinedo & Santelices, 2006). Dichos autores sostienen que ésta traducción sería más apropiada ya que logra mostrar las sutilezas de un mapa representacional cognitivo-afectivo-dinámico que ayuda al sujeto a ingresar a una realidad compartida, donde cada uno de los integrantes tiene una mente individual con deseos, planes y necesidades distintas y particulares, y que es necesario conocer o inferir para relacionarse entre sí.

El concepto “Internal Working Models” comprende las siguientes dimensiones: **Modelo**, que hace referencia a mapas cognitivos, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo, de las figuras de apego y de su entorno; **Operante u Operativo** indica el aspecto dinámico y cambiante de la representación psíquica, esto indica que no es estático, que podría modificarse (Pinedo Palacios & Santelices Álvarez, 2006; Rozenvel, 2006). Además hace alusión a que estos mapas cognitivos operan activamente sobre el sujeto para que actúe en busca de las figuras de apego; y por último el término **Interno** se refiere a la acción de construir éste modelo interno de relación, esto sería la internalización (Pinedo Palacios & Santelices Álvarez, 2006). A este término Marrone (2001) lo considera con varias aristas que deben ser bien comprendidas, afirma así, que el término internalización utilizado por Bowlby no fue un totalmente correcto ya que este indica algo de naturaleza mecánica que consiste en hacer interno algo que ha sido externo; sin embargo, en la forma en que es utilizado desde la teoría del apego, en realidad hace referencia a representar en la mente algo que no le ha sido ni totalmente externo, ni totalmente interno; es decir que el individuo representa básicamente una relación, un “estar con”.

Dentro de la teoría del apego se le ha dado una importancia fundamental a la relación que se establece entre el infante y su figura central de apego, el modelo operativo interno de la misma

se desarrollará de manera organizada y funcional en condiciones más o menos normales alrededor del primer año de vida, de ésta manera se va construyendo en el día a día durante los primeros años de vida (Rozenvel, 2006), así es cómo éstas experiencias son internalizadas por el individuo e influyen en el modo en que el ser humano se siente respecto a cada progenitor y consigo mismo, es decir, en el modo en que espera ser tratado y que tratará a los demás (Marrone, 2001; Pinedo Palacios & Santelices Álvarez, 2006) de niño y luego como adulto; ya que estos modelos operantes internos tienden a fijarse en estructuras cognitivas estables (Pinedo Palacios & Santelices Álvarez, 2006).

### **Persistencia transgeneracional de los patrones de Apego**

Este modelo teórico de la transmisión transgeneracional del apego parte de la premisa de que la representación de apego parental provee un patrón para la relación padres-hijos que servirá para estructurar el intercambio entre las díadas a nivel conductual y afectivo, lo cual a su vez irá siendo internalizado por el niño (Rozenvel, 2006). Es decir que una vez organizados tienden a operar de forma automática y que, además, toda nueva información recibida es asimilada a estos modelos preexistentes; que llevaría a que éstos modelos operantes internos tiendan a la estabilidad (Yarnoz, Arbiol, Plazaola & Sainz de Murieta, 2001).

Entre los postulados de la teoría del apego se encuentra el de la transmisión intergeneracional del Apego de los padres a sus hijos, el que se produciría por que las representaciones del apego parental se traduce en comportamientos paternos (Ammaniti, Van Ijzendoorn, Speranza & Tambelli, 2000).

Esta propuesta se fundamenta en la premisa de que se presentaría una estabilidad de los patrones afectivos a lo largo de la vida, siendo este uno de los principales supuestos de la teoría del apego (Carrillo, et. Al. 2004). Sin embargo, un punto que ha sido crucial es cómo los padres transmiten sus representaciones mentales de apego a sus hijos; durante años se ha considerado como posible vehículo de transmisión de éstos patrones a la capacidad de la respuesta sensible (Van Ijzendoorn, 1995). Fonagy y sus colaboradores demostraron que los adultos seguros tienen tres a cuatro veces más probabilidades de tener hijos con apego seguro, esto se explicaría por que los adultos con apego seguro serían más sensibles a las

necesidades de sus hijos, brindándole posibilidad de transmitir experiencias positivas, generando así modelos operativos internos de calidad similar (Marrone, 2001).

Es así cómo puede definirse a la respuesta sensible cómo la disponibilidad del otro para responder a las demandas del niño, considerándose a esto el mejor predictor de la seguridad del apego en el primer año del niño. Implica la capacidad del adulto de lograr el adecuado acceso al estado mental del niño y a partir de esto atribuirle significado a ese estado mental, reflexionar y entender éstos estados mentales, así como notar las señales que los niños envían, interpretarlas y responder de manera rápida y apropiada; esto sería la capacidad de atribuirle significado, que implica la puesta en marcha de procesos afectivos-cognitivos que se basan en última instancia en los propios modelos internos de los padres y en su capacidad para entender los estados mentales de sus hijos (Pinedo y Santelices, 2006), esto es la mentalización.

La respuesta sensible cumple así un papel muy importante en evocar un sentimiento de integración del self y de autovaloración, tanto en la infancia como en la adolescencia. Una característica de la respuesta sensible es la capacidad parental de ver al niño como un ser humano con su propia individualidad y su propias necesidades, poder brindarse como una base segura y permitir así el desarrollo de conductas exploratorias; llevando a cabo dos operaciones, la primera es ganar acceso al estado mental del niño y la segunda atribuirle significado a ese estado mental, poniendo de ese modo en marcha procesos afectivo-cognitivos complejos que se basan en los modelos operativos internos de los padres y en la capacidad de entender los estados mentales y reflexionar sobre ellos (Marrone, 2001). De este modo el tipo de respuesta del cuidador a las señales de malestar del niño determinará la calidad de la relación de apego que forme con su hijo (Casulla, et al., 2005).

Fonagy (1999) denomina a esto, capacidad de mentalizar o función reflexiva, es decir que sería la capacidad cognitiva que permite leer o inferir estados mentales en sí mismo o en otros y que lo más importante en el desarrollo de una organización mentalizante del self, es que la exploración del estado mental del cuidador sensible capacite al niño a encontrar en su mente una imagen de sí mismo motivado por creencias, sentimientos e intenciones, en otras palabras como un ser que mentaliza; así un niño con apego seguro logra percibir en la actitud reflexiva de su cuidador una imagen de sí mismo como deseante y con creencias, ve así que su cuidador

lo representa a él como un ser intencional, y esta representación es internalizada para formar el self. Así el núcleo de nuestros “selves” estaría la representación de cómo nosotros fuimos vistos, por esto se puede afirmar que nuestra capacidad reflexiva es una adquisición transgeneracional. El modelo clave de los modelos operativos internos está vinculado, de ésta manera, con la noción de cuan aceptable o inaceptables aparecimos ante los ojos de nuestras figuras de apego, el modo del self y del otro no pueden ser entendido sin el uno del otro (Rozenvel, 2006).

Es decir que de acuerdo al modo en que los adultos fueron tratados por sus propios cuidadores desde los primeros meses de vida, se han ido desarrollado sus propios modelos operativos internos y así los lazos formados en la niñez persisten en forma de modelos en el mundo de representacional del adulto, siendo reinterpretados, enriquecidos y remodelados a lo largo de la vida, tendiendo a la estabilidad, pero con posibilidades de cambio (Pinedo & Santelices, 2006; Marrone, 2001). La importancia, entonces, de éstos primero modelos operativos internos es que posiblemente determinan la forma en que el niño experimenta después el mundo, esto quiere decir que influirá en la construcción de los nuevos modelos operativos internos (Marrone, 2001).

Son varios los factores que favorecerían la estabilidad de los modelos internos (Casulla, et al., 2005); estos tienen que ver con que los individuos tienden a seleccionar los ambientes en los cuales las creencias de sí mismo y de los demás es compartida. Así, los propios sujetos mantienen los modelos que han construido y las personas procesan la información de modo tal que sea posible sostener la existencia de sus modelos operativos internos.

Respecto a la continuidad de dichos patrones existen diversos estudios longitudinales que afirman la estabilidad de los patrones de apego, así Van Ijzendoorn (1995) registro en 18 estudios de 854 familias se encontró una concordancia del 75% en la persistencia transgeneracional del apego seguro. La magnitud de ésta muestra brinda un soporte fuerte a la hipótesis de la transmisión intergeneracional de patrones de apego (Sagi, Van Ijzendoorn, Scharf, Joels, Koren-Karie, Mayseless, & Aviezer, 1997).

Se considera que una vez conformados los modelos operativos internos se vuelven automáticos e inconscientes, siendo así, más resistentes a los cambios. En la revisión bibliográfica realizada



por Rozenvel (2006) sobre los modelos operativos internos, se menciona dentro de los posibles factores que favorecen la estabilidad de los modelos operativos internos, al proceso de asimilación. Esto es que, las representaciones de intercambios previos influirían en lo que el individuo espera, regulando de ésta forma, a la percepción de experiencias futuras con las figuras de apego, es así que las experiencias nuevas y ambiguas se interpretan de manera que sean consistentes con sus experiencias tempranas.

También resulta preciso destacar que los modelos operativos internos dependen de cómo fueron satisfechas las necesidades del infante por sus padres, sin embargo, esto no implica que se trate de una pintura objetiva de los padres sino que se forma en base a la historia de las respuestas del cuidador hacia las acciones o intenciones del infante con/hacia la figura de apego (Rozenvel, 2006).

Un punto de alta relevancia al respecto de la estabilidad de los modelos operativos internos, es que si bien, como ya se explicaría en la introducción de éste trabajo, los modelos internos tienden a la estabilidad también pueden modificarse, según las circunstancias a las que se enfrenta el sujeto (Marrone, 2001; Thompson, 2000; Rozenvel, 2006; Yarnoz, et al., 2001). Y esto es en última instancia lo que le da un valor extraordinario desde una perspectiva clínica y al estudio de las historias de patrones de apego. El monitoreo metacognitivo de las representaciones que el sujeto tiene de sí mismo y de sus figuras de apego facilita los cambios positivos y reales en los modelos operativos internos, y de esta manera también se favorece al funcionamiento sano de el adulto (Rozenvel, 2006). Esta afirmación es de gran importancia para la clínica, si la pensamos en la población de madres adolescentes, ya que nos brinda herramientas para favorecer la calidad del establecimiento de nuevas relaciones de apego.

## **Patrones de Apego**

Fue Mary Ainsworth quien a partir de la "situación extraña", diseñó un procedimiento estandarizado de laboratorio para observar los modelos internos activos de los infantes. Este consiste en separar por un tiempo breve a los infantes de su cuidador y someterlo a una situación no familiar. De éste modo le fue posible observar, que los infantes presentaban uno de cuatro patrones de conducta.

1. **Seguro:** corresponde a los infantes que exploran rápidamente en presencia del cuidador primario; están ansiosos ante la presencia del extraño y lo evitan, se muestran perturbados por las breves ausencias de su cuidador y buscan su contacto cuando retorna, para luego retomar la exploración.

2. **Ansioso-evitativos:** patrón caracterizado por una conducta menos ansiosa, sin buscar la proximidad del cuidador después de la separación y sin mostrar tampoco preferencia hacia el cuidador respecto al extraño.

3. **Ansiosos resistente:** muestra limitada exploración y juego y es altamente perturbado por la separación presentando gran dificultad para reponerse.

Posteriormente Main y Solomo postularon un cuarto grupo que denominaron **desorganizado o desorientados**, respecto a infantes que aparentemente mostraban conductas no dirigidas hacia un fin (Fonagy, 1999).

En la población general éstos tipos de apego se distribuyen de la siguiente manera; Apego Seguro en un 65%, Apego Ansioso-Evitativo en un 25% y el tipo de Apego Ansioso-Resistente en un 10% (Kimelman & González, 2003).

## **Adolescencia y Apego**

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la que la joven se encuentra en un período de transición entre la infancia hacia la adultez, donde busca consolidar su identidad, es en sí misma, un período de crisis. Se habla de ella como una etapa de crisis por los grandes cambios físicos, psicológicos y sociales que se producen. La adolescencia ha sido enfocada desde diversas escuelas y teorías psicológicas, dentro de ellas encontramos a la Teoría del Apego.

Desde la perspectiva del Apego, la adolescencia es definida como una etapa de transición, en la cual el adolescente busca lograr una mayor independencia de los cuidadores primarios con el fin de adquirir mayores niveles de autonomía y diferenciación; de éste modo los vínculos de apego se transforman y son gradualmente transferidos al grupo de pares y a la pareja (Penagos, Rodríguez, Carrillo & Castro, 2006; Casulla & Fernández, 2005). De este modo los patrones de apego se van modificando para dar paso a las nuevas relaciones que se van estableciendo en el curso de la vida. Sin embargo los modelos operativos internos continúan existiendo a lo largo de la vida y permanecen relativamente estable (Van Ijzendoorn & Zwart-Woudstra, 1995).

Dado que la adolescencia es una etapa evolutiva en la que la joven tiene diferentes tareas propias de su edad, entre las que se encuentra la de lograr la separación de sus padres buscando mayor independencia, se constituye en un período en el que los patrones de apego construidos en la infancia pueden ser revisados y reajustados; pero pueden mantenerse en condiciones de cierta estabilidad. El resultado de una investigación con 31 adolescentes tempranos mostró que luego de realizar una evaluación test- retest a los 10 años (infancia tardía) y luego a los 14 años (adolescencia temprana) se encontró una estabilidad considerable del tipo de apego (el 74% en el caso de apego seguro); considerando que en esos 4 años es un periodo en el que el joven se enfrenta a la mayor cantidad de cambios (corporales, sexuales, afectivos y cognitivos) (Ammanti, Van Ijzendoorn, Speranza & Tabelli, 2000). Esto indicaría la importancia de los patrones de apego con las figuras primarias y la estabilidad que mantienen a pesar de los cambios y reajustes que se produce en ésta etapa.

De esta forma los adolescente que sienten la necesidad de separarse de las figuras primarias de apego, comienzan a formar relaciones significativas con pares e incursionan en el mundo de las relaciones románticas (Penagos, et al., 2006; Casulla & Fernández, 2005). Este es uno de los desafíos más importantes de esta etapa, ya que se produce una transformación de relaciones asimétricas en relaciones mutuas mucho más simétricas (Casulla & Fernández, 2005).

Una de las posibilidades que brindan los vínculos con los pares es lo que diversos teóricos del apego han denominado las relaciones románticas. Este término se refiere al hecho de que "*las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo, con la existencia de un amor idealizado*" (Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz & Vallejos, 2007, p.44). Al respecto, Casulla & Fernández (2005) mencionan las siguientes características que le serían propias; es un patrón de interacciones y asociaciones entre dos personas, voluntariamente asumidas cuya duración puede ser breve o prolongada.

Estas relaciones románticas, son importantes ya que, favorecerían el autoestima y la competencia social, así también favorecen el desarrollo y el logro de la identidad sexual (Casulla & Fernández, 2005). Existirían elementos comunes entre las relaciones del niño con sus cuidadores y la relaciones románticas, estas serían: la necesidad de mantener el contacto físico, la intimidad, la búsqueda de confianza y seguridad, la familiaridad, la responsividad y la ansiedad de separación y sentimientos de depresión y tristeza ante la pérdida (Penagos, et al., 2006).

Este amor idealizado justificaría la entrega completa de la adolescente a su pareja, y la eventualidad que el posible embarazo se proyecte en forma positiva, validando en algunos casos, la presión del hombre para la actividad sexual, que les permite de alguna manera asegurar la proyección de su relación afectiva (Póo, Baeza, Capel, Llano, Tuma, & Zúñiga, 2005). Éste elemento es determinante para el inicio de las relaciones sexuales que se asocia al no uso de anticonceptivos, ya que en este contexto darían cuenta de la falta de confianza en la pareja (Baeza, Póo, Vásquez, & Muñoz, 2005) aumentando significativamente la posibilidad de un embarazo.

En un estudio llevado a cabo en Colombia con adolescentes, se encontró que las relaciones románticas eran explicadas en su mayoría por las relaciones de apego con su madre y con sus pares. La muestra reportó niveles bajos en las escalas de compromiso y conflicto, y niveles altos en las escalas de cuidado, pasión y satisfacción global (Penagos, et al., 2006). Estos niveles bajos en las escalas de conflicto y compromiso, fueron explicados por las autoras por la tendencia a percibir las relaciones románticas como pasajeras e inestables, ya que las mismas surgen por una necesidad de los adolescentes de explorar su ambiente y ampliar su círculo social constantemente; por lo que no ven la necesidad de invertir un alto nivel de compromiso en ellas y optan así por la búsqueda de satisfacción y gozo en ese corto tiempo.

El amor romántico constituiría uno de los factores de riesgo individual, que reconocen las propias adolescentes en tanto aumentarían las probabilidades de embarazo, la inestabilidad y el bajo compromiso en la relación (Baeza, et al., 2007; Baeza, et al., 2005; Póo, et al., 2005). Este tipo de relación se da en un contexto significativo para la adolescente desde lo afectivo, pero también se caracteriza por ser inestable e inmadura, por lo que con frecuencia el embarazo marca el término de la misma (González, 2003). Según esta autora se ha incrementado el número de embarazos como resultado de relaciones esporádicas, buscando a través de estas conductas impulsivas, aminorar sus culpas ante la familia y la sociedad frente a la transgresión de las normas sociales.

## **Maternidad adolescente y Apego**

El embarazo es considerado una etapa de crisis vital, debido a los cambios que se producen en la mujer que espera un hijo. Cuando esta crisis se presenta en la adolescencia se constituye en un acontecimiento que irrumpe en una etapa del desarrollo en la que la joven se encuentra atravesando una crisis propia de esa etapa evolutiva. En éstos casos la joven se enfrenta con una doble crisis, este entrecruzamiento de situaciones vitales nos anticiparía, según Grisolia (2005), que el proceso de vinculación madre-hijo será diferente en este grupo de madres que el del grupo de madres adultas.

El proceso de separación individuación es de gran relevancia en las madres adolescentes ya que puede constituirse en un potencial conflicto entre las responsabilidades propias de la maternidad y el desarrollo normal del self del adolescente (Aiello & Lancaster, 2007).

La literatura menciona una serie de tareas propias de la etapa de la adolescencia, sin incluir la maternidad como una de ellas, ya que esta requiere altos niveles de madurez, responsabilidad y estabilidad emocional, laboral y económica, que generalmente las adolescentes no han conseguido aún; por lo que asumir la maternidad en esta etapa implica diferentes riesgos tanto para los padres como para el bebé (Carrillo et al., 2004). La misma autora considera que al no encontrarse preparadas para este paso a la maternidad, se generan en ellas una serie de conflictos que obstaculizarían sus habilidades parentales y el poder proveerles de un ambiente socio emocional propicio.

Sobre la interacción que se produce entre la madre adolescente y su bebé, la literatura nos muestra que existirían dificultades en la calidad del vínculo (Hamel, 2000). Diversos trabajos muestran un alto porcentaje de apego inseguro encontrado en estas díadas, mayor al encontrado en la población general. En una muestra de 38 madres adolescentes se encontró sólo el 23,7% de las díadas con apego seguro; cuando en la población general se encuentra en el 55-65% (Broussard, 1995). Una investigación más reciente revela que en una muestra de 78 díadas, madre adolescente-bebé, donde las madres tenían un promedio de edad de 17,20 años, que pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, se encontró que el apego dentro del primer año de vida que el 45% de las díadas presentaban apego desorganizado y solo el 31% apego seguro (Lounds, Borkowski, Whitman, Maxwell & Weed, 2005). En éste estudio consideran como una posible explicación de las dificultades vinculares el hecho de la mayoría de las madres vivía con sus padres, afectando al desempeño de habilidades parentales por lo que continuarían en sus roles adolescentes. Así mismo plantean como una limitación de la investigación el no evaluar las otras figuras de apego del niño, como la abuela, ya que al convivir con ellas es difícil determinar quien es la figura primaria de apego del niño; pudiendo ser que a partir de esto se pudiera explicar el alto porcentaje de apego desorganizado encontrado.

Cabe mencionar una investigación realizada en Chile en la que se propone una estrategia de intervención desde una perspectiva integradora donde se tuvo en cuenta la instancia de apoyo psicosocial para las adolescentes embarazadas (Muñoz Cherevau, et al., 2001). En este estudio se enfatizó que la disfuncionalidad en la relación madre adolescente-hijo surge por tres elementos: falta de información sobre las necesidades y habilidades infantiles, falta de habilidades en el trato con el niño y elevado estrés unido a falta de apoyo social.

Al respecto existen estudios que muestran dificultades en estas jóvenes madres para brindarles la estimulación necesaria para el buen desarrollo de éstos niños; principalmente se ha destacado la falta de estimulación en lo que respecta a lo verbal, éstas jóvenes madres presentarían hacia el niño menor cantidad de vocalizaciones (Espinoza & Vásquez, 2006; Hamel, 2000).

En una investigación (Espinoza & Vásquez, 2006) con una muestra de 12 madres adolescentes se encontró un predominio de vínculo seguro, lo que contradice a la literatura que existe al respecto. Una de las hipótesis que plantean dichas autoras sobre la contradicción en los datos recogidos fue el modo en el que se recolectó la información, ya que al ser escogidas las díadas desde los consultorios en los controles médicos de los niños, se hipotetizó que la muestra podría ser sesgada, ya que el hecho de que los niños hayan sido llevados a control, puede indicar una preocupación manifiesta de la madre hacia su hijo.

Otro concepto de gran importancia en el tema de maternidad adolescente es el de riesgo; los factores de riesgo se refieren a *“la presencia de situaciones contextuales o personales que incrementen la probabilidad de que las personas desarrollen problemas emocionales, conductuales o de salud”* (Hein, 2004, p.2). Diversos autores afirman que en algunos casos el embarazo en adolescentes termina en un niño aceptado pero no deseado, por lo que consideran que al hablar de los hijos de madres adolescentes uno puede pensar que son niños de mayor riesgo (Molina, 2003; Hamel, 2000).

Uno de los riesgos que presentan éstos niños, tema que es posible encontrar en diversas investigaciones sobre los riesgos de los hijos de madres adolescentes, es la negligencia o el maltrato. Sobre este tema es representativo un estudio de seguimiento realizado por CEMERA

(Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile) en el año 1989 a un cohorte de 500 madres adolescentes cuyos partos fueron atendidos entre 1981-1985, finalmente la muestra fue de 293 madres. Como indicador de morbilidad se utilizaron las hospitalizaciones; 30,2% de los niños fueron hospitalizados una o más veces y dentro de las causas de hospitalización los accidentes y violencia ocuparon el cuarto lugar, significando el 25% de los casos. Las causas de estos accidentes fueron explicados por descuidos de los adultos encargados del cuidado del niño, pudiendo indicar negligencia en su cuidado (Luengo & González, 2003). Existen estudios que afirman que en Chile el 54% de los niños que ingresan a hogares de protección por abandono tardío, 5 a 6 años, colocados por el Servicio Nacional de Menores, son hijos de madres adolescentes que se declararon incapaces de asumir su cuidado (Hamel, 2000).

## **Aspectos psicosociales del embarazo adolescente**

Como ya se expuso anteriormente, para el desarrollo de la teoría de la mente el papel del cuidador es central y la capacidad de respuesta sensible del mismo se verá afectada por la forma en que internalizó las experiencias tempranas con sus cuidadores, se hace necesario tener en cuenta variables psicosociales que diversos estudios han demostrado afectan ya sea favoreciendo o obstaculizando una buena vinculación madre-hijo.

## **Vínculo de pareja en madres adolescentes**

Dentro de las variables psicosociales, las investigaciones revelan que son de gran importancia la presencia de la pareja, como un factor protector y facilitador de la buena vinculación de la madre con su bebé (Moltenil, Correal, Avondet, Antuña & Defey, 2005; Espinoza & Vásquez, 2006; Bernardi, Schwatzman, Canetti, Cerutti, Trenchi, & Rosenberg, 1992).

En muchos casos este factor protector no se encuentra por el estilo de relación en la que se presenta el embarazo a esta edad, que implica, fuertes emociones y sentimientos acompañado de la idealización de la pareja. Las parejas de estas jóvenes madres suelen ser otro adolescente o adultos jóvenes que presentan muchas dificultades para asumir su paternidad, provocando el embarazo y en muchos casos el término de la relación (González, 2003). Según



un estudio realizado por CEMERA, sobre las actitudes de las madres embarazadas, su pareja y familias ante el embarazo, mostró que en lo que respecta a la pareja solo el 47% tuvo una actitud positiva al inicio del embarazo, aumentando al 52% al final del embarazo, manteniendo una actitud de rechazo casi en la mitad de los casos (Luengo & González, 2003). En un estudio realizado por Carrillo, et al. (2004), anteriormente citado, la mayoría de las madres adolescentes se habían separado del padre del bebé en el embarazo y no habían mantenido ningún tipo de contacto con los niños.

### **Interacción de la madre adolescente con su familia**

La familia es otro de los factores psicosociales importantes que es ampliamente destacado en las investigaciones con madres adolescentes. Se considera al apoyo familiar como un factor protector que favorece una buena calidad del vínculo madre adolescente-bebé (Moltenil, et al., 2005; Espinoza & Vásquez, 2006; Bernardi, et al., 1992). Y entre otras situaciones desfavorables, algunos autores consideran que las madres en casos de aislamiento o marginalización por ausencia o perturbación de los lazos familiares, la formación del vínculo seguro se encontraría en riesgo, ya que la madre podría replicar esa marginalización con su hijo (Hernández et al., 2000).

En el estudio realizado en Colombia al evaluar los patrones de apego en tres generaciones (niño, madre adolescente y abuela) se encontró que la mayoría de las madres adolescentes mantenían relaciones de apego seguro con sus bebés, además de consistencia entre algunas características de la relación abuela-madre adolescente y madre adolescente-hijo (Carrillo, et al., 2004), estas conclusiones según las autoras contradicen a la literatura respecto a lo que se ha descrito en torno a la calidad del apego en las madres adolescentes. Las autoras explicaron esta contradicción con los resultados esperados en que, en este estudio el 93% de la muestra, las díadas madre adolescente-hijo, vivían con los abuelos maternos, posibilitando de esta manera que la abuela materna actuara como un elemento crítico en la disminución de los riesgos que implica la maternidad adolescente, ofreciendo un ambiente cómodo de apoyo emocional y seguro para que las madres tengan la oportunidad de aprender las tareas propias de la maternidad y formar una relación adecuada con su hijo.

Cabe señalar que en ese estudio se encontró además una clara diferenciación de roles y responsabilidades que debía cumplir cada una de ellas (madre y abuela) respecto al niño, así también se trataron de familias que brindaron a las jóvenes la posibilidad de continuar sus estudios, lo que nos estaría hablando de familias bastante óptimas y protectoras.

Es muy interesante destacar que dentro de las investigaciones que se tomaron como foco las familias de las madres adolescentes se encuentran aquellas que describen las características particulares que pueden presentar las familias como factores de riesgo para el embarazo.

Entre las dinámicas familiares que son consideradas como uno de los factores que podrían favorecer el embarazo precoz se destaca las dificultades en los límites; siendo éstos demasiado estrechos o negligentes (Póo, et al., 2005; Baeza, et al. 2005). Este tipo de dinámicas familiares propician contextos en los que la posibilidad de apoyo no se encuentra o es deficiente.

Respecto a este tema y a la posibilidad de apoyo que pueden percibir éstas madres de sus familias encontramos el estudio realizado por CEMERA, antes mencionado, sólo el 10,3% tuvo apoyo de su familia al inicio del embarazo, sin embargo éste fue en ascenso, y el 82,7% manifestó rechazo y falta de apoyo al comienzo del embarazo y el 44% lo mantuvo hasta el momento previo al nacimiento (Luengo & González, 2003). Estos datos nos hablan de la presencia de una falta de apoyo importante en estas familias.

De un estudio comparativo de madres adolescentes con adolescentes sin historia de embarazo es interesante destacar, respecto al tema de la investigación, que se encontró que las madres adolescentes percibían poca calidez del padre y menos sobreprotección de la madre, llevando esto a las jóvenes a llenar sus carencias afectivas en las relaciones románticas (Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendoza, 2005). En esta línea se encuentran varias investigaciones que describen en éstas madres la carencia afectiva ya sea por deficiencia en la comunicación con sus padres o relaciones conflictivas, buscando de esta manera llenar esta carencia afectiva con sus parejas (González, 2003; Baeza, et al. 2007). Esto podría hablar de un embarazo que se produce como consecuencia de carencias afectivas tempranas, existiendo así la posibilidad de que se repita, como se postuló anteriormente, este patrón de relación.

También aparece en los relatos de las jóvenes la idea de que su hijo llenará esa carencia afectiva que vivieron (Póo, et al. 2005), afirmación que si la vinculamos con lo que se desarrollo de la teoría del apego sería muy difícil de lograr.

Dentro de los factores que destacan las investigaciones respecto a las madres adolescentes y sus familias, es la repetición del modelo de embarazo en la adolescencia. Esto es la presencia de antecedentes de embarazos en la adolescencia en la familia, principalmente de la madre o alguna hermana u otro miembro familiar cercano (González, 2003; Hamel, 2000). Esto hablaría de una repetición de un modelo, de modo que se habla de repetición intergeneracional de la maternidad adolescente (Pereira, et al. 2005).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Considerando la revisión expuesta, respecto a la Teoría del Apego y las dificultades que se presentan en la maternidad adolescente, esta investigación se pretende ampliar el marco comprensivo teórico de la realidad de estas madres y así realizar un aporte a la discusión que actualmente se plantea a nivel de las políticas públicas.

Mediante la descripción comprensiva de la continuidad transgeneracional de patrones de apego en las madres adolescentes se intenta entregar además lineamientos que sirvan de base para detectar las situaciones de riesgo y diseñar un modelo de intervención efectivo para favorecer el vínculo madre adolescente-hijo.

Se considera también como parte importante de esta investigación contextualizar las historias de apego de las madres adolescentes teniendo en cuenta dos variables psicosociales actuales descritas en las investigaciones como factores que favorecen u obstaculizan la relación madre-bebé. Estas son: la presencia o ausencia del padre del bebé y la presencia o ausencia de apoyo de la familia de la joven; parámetros que se relacionarán con el riesgo relacional.

### **Fundamentos para la elección de las variables seleccionadas**

A continuación se realizará una breve justificación de las variables seleccionadas en la investigación.

#### **Variable de Riesgo Relacional de la díada mamá-bebé recién nacido**

Como se desarrolló anteriormente, el apego en el niño con su figura primaria se lleva a cabo a partir de un proceso en el cual el niño va internalizando las experiencias tempranas con su cuidador, por lo que no sería apropiado hablar de apego en niños recién nacidos. Por ello esta investigación se opta por evaluar el riesgo relacional que puede presentarse en la díada madre adolescente-bebé, esto es la detección de posible riesgo en el proceso relacional de la madre con su bebé durante su estadía en la maternidad.

## **Variables de Apego con la figura primaria**

Se busca profundizar en las historias de los patrones de apego de las madres adolescentes ya que estas experiencias son las que les permitieron la incorporación de los modelos operativos internos para interrelacionarse con su entorno y que, además influirá en el modo en el que se vinculen con su propio hijo. Podríamos esperar, tal como lo plantea la literatura, que se dará una persistencia de estos modelos operativos internos.

El conocimiento de los mismos tiene para la labor clínica un valor extraordinario, ya que el monitoreo meta cognitivo de las representaciones que el sujeto tiene de sí mismo y de sus figuras de apego facilita los cambios positivos y reales en los modelos operativos internos, y favorece al funcionamiento sano de la persona (Rozenvel, 2006). En el caso de las madres adolescentes estas historias, nos podrían brindar herramientas para favorecer la calidad del establecimiento de nuevas relaciones de apego.

## **Variables Psicosociales**

Desde una perspectiva psicosocial la multiplicidad de factores posibles de estudiar respecto al embarazo adolescente supera los objetivos de este trabajo, por lo que se optó por ahondar respecto a dos variables que se consideran de gran importancia, tal como se mostró respecto a la literatura y las investigaciones mencionadas. Las mismas son: la presencia o ausencia del apoyo de la pareja, con su rol protagónico en las relaciones románticas de este periodo de la vida, y la presencia o ausencia de apoyo de la familia.

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre los patrones de apego de las madres adolescentes con sus figuras primarias de apego, y la presencia o ausencia de riesgo relacional con sus bebés. Tomando en cuenta dos variables psicosociales asociadas a la calidad del vínculo madre adolescente-bebé; el apoyo familiar y presencia o ausencia del padre del bebé.

### **Objetivos específicos**

Se plantea además como objetivos específicos los siguientes:

1. Describir cómo se presentan en la muestra de madres adolescentes las variables riesgo relacional, variables psicosociales y estilo de apego con la figura primaria.
2. Determinar si la proporción de apego inseguro de las madres adolescentes es superior a la proporción de apego inseguro observado en una población de referencia.
3. Determinar si existe relación entre los patrones de apego con la figura primaria y el riesgo relacional.
4. Determinar si existe relación entre la variable de apoyo de la pareja y el riesgo relacional.
5. Determinar si existe relación entre la variable de apoyo de la familia y el riesgo relacional.
6. Determinar si en el grupo de madres adolescentes que presentan apoyo familiar existe una relación entre patrones de apego con la figura primaria y riesgo relacional. Y determinar si en el grupo de adolescentes sin apoyo familiar existe una relación entre patrones de apego con la figura primaria y riesgo relacional.

### **Hipótesis**

1. La proporción de madres adolescentes que presentan patrones de apego inseguro con las figuras primarias, será mayor que los casos que presentan apoyo inseguro en la población general de referencia ( $p=0,35$ ).

2. El tipo de apego de la madre adolescente con su figura primaria se relacionará directa y significativamente con riesgo relacional.
3. El riesgo relacional en la díada madre adolescente-bebé se relacionará directa y significativamente con apoyo de la pareja.
4. El riesgo relacional en la díada madre adolescente-bebé se relacionará directa y significativamente con apoyo de la familia.

# ASPECTOS METODOLÓGICOS

## Definición de variables

La investigación utiliza variables de estudio nominales y son las siguientes:

### Riesgo Relacional

El riesgo relacional, se entiende como un conjunto de conductas y actitudes maternas que indican un proceso de apego en riesgo. Estas conductas se observan en el período en que la madre se encuentra con su bebé en la maternidad.

Esta variable asume dos valores: **Díada de bajo riesgo** y **Díada de alto riesgo**. Las mismas son clasificadas, a partir de la “Pauta de evaluación relacional madre-recién nacido” (Kimelman, Núñez, Hernández, Castillo, Páez, Bustos & Montino, 1995) (ver Anexo N° 2) como:

- **Díada de bajo riesgo**, presentan las siguientes características: Presencia de contacto físico, verbalizaciones y contacto visual; competencia en alimentar, mudar y calmar al bebé; tolerancia aceptable de la madre frente al llanto del bebé; tiende a aceptar positivamente las características básicas de su bebé; la interacción tiende hacia lo armónico; la madre posee una tonalidad afectiva placentera.

- **Díada de alto riesgo**, presentan las siguientes características: No se observa contacto físico, verbalizaciones y contacto visual; las interacciones son no cariñosas; baja competencia en alimentar, mudar y calmar al bebé; intolerancia de la madre frente al llanto del bebé; no tiende a aceptar positivamente las características básicas de su bebé; es una interacción que tiende hacia lo disarmónico; tonalidad afectiva de la madre displacentera.

### Patrones de Apego con la figura primaria

Debido al tamaño muestral con el que se cuenta se optó por recategorizar los apegos con las figuras primarias; agrupando de modo práctico a las categorías arrojadas por el P.B.I. (ver Anexo N° 3) en dos tipos de apego: “**Apego Seguro**” y “**Apego Inseguro**”.



El criterio empleado en la agrupación de dichas categorías fue que “todo aquel apego que se caracterizara por tener Alta Sobreprotección y aquellas que presenten Bajo Cuidado serían ubicadas en la categoría de Apego Inseguro; aquellas que no cumplieran con ninguna de esas dos características se ubicarían en la categoría de Apego Seguro” (ver Anexo N° 5).

Quedando de esta manera las distintas categorías del PBI agrupadas de la siguiente manera:

#### **- Apego Seguro**

- “Vínculo óptimo”: Se caracteriza por ser afectuoso, empático y contenedor emocionalmente y a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.
- “Vínculo promedio”: Se refiere a los padres que obtienen puntajes promedio en ambas escalas.

Si bien en la estandarización del instrumento no se encuentran detalladas las siguientes categorías, dentro de las opciones posibles se encuentran aquellas que entran dentro de puntajes promedio en una escala y en el extremo de otra; así se podrían mencionar las siguientes:

- Cuidado promedio y sobreprotección baja
- Sobreprotección promedio y cuidado alto

#### **- Apego Inseguro**

- “Vínculo ausente o débil”: Se caracteriza por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.
- “Constricción cariñosa”: Se caracteriza por presentar afectuosidad, contención emocional, empatía, cercanía, por un lado, y al mismo tiempo ser controlador, intrusivo, tienen contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.
- “Control sin afecto”: Se caracteriza por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son padres controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y evitan la conducta autónoma.

Y de las categorías que resultan de un puntaje en una dimensión extremo y en la otra dimensión promedio, las siguientes se incluyen en el Apego Inseguro

- Cuidado promedio y sobreprotección alta

- Sobreprotección promedio y cuidado bajo

### **Apoyo de la pareja**

Esta variable se encuentra dentro de las Variables Psicosociales de estudio y se asocia a la calidad del vínculo madre adolescente-bebé, la misma se explora a través de la entrevista semiestructurada (ver Anexo N° 6). Asume dos valores:

- **Ausencia de apoyo de la pareja:** Cuando la mamá refiere no haber tenido apoyo del papá del bebé durante el embarazo y en la actualidad, no sea mencionado en su discurso o la percepción del apoyo que recibió según su relato sea deficiente.

- **Presencia de apoyo de la pareja:** Cuando la madre refiere haber sentido apoyo de su pareja durante el embarazo y en la actualidad.

### **Apoyo de la familia**

Esta variable se encuentra dentro de las Variables Psicosociales de estudio y se asocia a la calidad del vínculo madre adolescente-bebé, la misma se explora a través de la entrevista semiestructurada. Asume dos valores:

- **Ausencia de apoyo de la familia de origen:** Cuando la madre refiera la ausencia de apoyo de sus padres o una mala relación con ellos.

- **Apoyo de la familia de origen:** Cuando la madre refiera la presencia de apoyo de sus padres durante el embarazo y en la actualidad.

### **Población y muestra**

Chile tiene un sistema de salud perinatal regionalizado con 28 maternidades que cuentan con UTI neonatal. La investigación se realizó en el contexto del Programa de Salud Mental del hospital público “Barros Luco Trudeau”, ubicado en la Región Metropolitana Sur de Santiago de Chile. Su servicio de maternidad acoge a una población usuaria de 5.600 díadas “madre – recién nacido”. Las madres adolescentes dan cuenta de un 25% de los nacimientos (Kimelman, 2007).

Se contó con el apoyo de la Dra. Mónica Kimelman (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile) para tener acceso a la muestra tomada en dicha maternidad.

El número de díadas con madres adolescentes abarcado está establecido por un N=30 díadas; una vez concluida la primera fase de la investigación (entrenamiento y aplicación piloto de los instrumentos) se evaluaron a todas las díadas que llegaron a la maternidad. Se consideró madres adolescentes aquellas menores de 18 años; como el PBI está estandarizado para una población desde los 16 años, las madres menores de 16 no se consideraron dentro de la muestra. Este punto si bien podría considerarse una limitación del estudio, cabe señalar que según un estudio de CEMERA (Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile), con una muestra de 651 adolescentes embarazadas, la mayor frecuencia de de embarazo en adolescentes se encuentra en el grupo etario de los 16 a los 17 años, con un 52,2%, seguidos por el 22,1% de adolescentes de 18 a 19 años y en menor medida con 21,7% y 4% los grupos etarios de 14-15 años y 11-13 años, respectivamente (González, 2003); por lo que se considera que la muestra es representativa de la población de madres adolescentes.

Se excluyó de la muestra a las madres adolescentes de las que se tuvo datos que permitieran sospechar que el embarazo era producto de un abuso sexual.

## **Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación es no experimental, transversal. Descriptiva y correlacional, del tipo ex post facto.

## **Instrumentos**

### **1) Pauta de evaluación relacional madre-recién nacido (ver Anexo N° 2)**

Construido y validado en Chile por: Kimelman, et al. (1995). El objetivo de éste es poder detectar las posibles díadas en riesgo durante el período en que la díada se encuentra en la maternidad. Implicó un entrenamiento en la misma realizado por la investigadora.

Consiste en 15 ítems que evalúan una serie de conductas y actitudes maternas indicadoras de un proceso de apego sano o un apego en riesgo. Las conductas que se evalúan consisten en comportamientos que, de acuerdo a numerosos estudios sobre las interacciones madres-bebés, suelen presentar los recién nacidos y sus madres.

Así mismo, esta pauta permite evaluar si la madre es capaz de aceptar ciertas características básicas de su hijo, tales como su género, su aspecto físico y su conducta general. Se evalúa también las características de la interacción entre la madre y el bebé, y de la afectividad general de la madre. Esta observación hace susceptible al observador concebir la presencia de factores de riesgo para la calidad de la relación; permitiendo discriminar díadas de alto y de bajo riesgo relacional.

## **2) Entrevista de datos sociodemográficos**

El objetivo de la misma es obtener datos sociodemográficos que se consideran en la interpretación de los datos obtenidos.

## **3) Entrevista semi-estructurada sobre el contexto psicosociales de la madre adolescente (ver Anexo N° 6)**

El objetivo central de la misma es indagar sobre situación psicosocial en la que se produce el embarazo para poder ahondar en la comprensión de estas madres; las áreas que aborda son: situación de pareja, historia del embarazo y situación familiar. Además se indaga sobre la maternidad y proyecto vital, para obtener mayor información relevante en las variables que se consideran en este punto.

Los datos recogidos en esta entrevista también se utilizan para tener mayor información que permita enriquecer la interpretación de los resultados que se obtenidos con los otros instrumentos, principalmente busca una comprensión más dinámica de las madres adolescentes.

## **4) Parental Bonding Instrument (PBI) (ver Anexo N° 3)**

Elaborado por Parker, Tupling & Brown, en la Universidad de New South Wales, Australia, en el año 1979. Validado en Chile por Albala & Sepúlveda (1997). Estandarizado por Dávila, Ormeño & Vera (1998) en la población de entre 16 y 64 años del Gran Santiago.

Consiste en un cuestionario de auto-reporte. Evalúa las relaciones con los padres durante la infancia, que permite traducir sus dimensiones en las clásicas categorías de apego (Martínez y Santelices, 2005). La consigna consiste en solicitar al sujeto que elija aquella alternativa que mejor describa la relación con su madre (el instrumento permita hacerlo con ambos padres). Consta de 25 afirmaciones, las que componen dos escalas: Cuidado y Sobreprotección; las mismas son definidas como:

Cuidado: definido como afectuosidad, contención emocional, empatía, cercanía y en el caso de tener baja puntuación, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia.

Sobreprotección: se define como: control, sobreprotección o intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

El puntaje de ambas escalas permite elaborar cinco tipos de vínculos parentales: “*Vínculo óptimo*” (optimal bonding); “*Vínculo ausente o débil*” (absent or weak bonding); “*Constricción cariñosa*” (affectionate constraint) y “*Control sin afecto*” (affectionless control). Por último se clasifica en Vínculo Promedio, aquél que obtiene en ambas escalas un puntaje promedio.

Si uno sigue las normas que se establecen a partir de la estandarización, se debe tener en cuenta la posibilidad de que se generen cuatro posibles vínculos caracterizados por tener un puntaje promedio en una escala y un puntaje extremo en la otra; generándose así las siguientes opciones: Cuidado promedio alto o baja sobreprotección y Sobreprotección promedio y alto o bajo Cuidado.

En el presente estudio para considerar si el puntaje bruto era alto o bajo en cada una de las dimensiones se transformaron según la estandarización del instrumento con los puntajes percentiles normalizados. En el caso del cuidado, se tomaron en cuenta las “Normas Diferenciadas por Edad Escala de Cuidado Madre”, del rango de 16 a 19 años y en el caso de

la escala de sobreprotección se corrigió según las “Normas Generales Escala de Sobreprotección Madre”. Esta diferencia en el uso se apoya en la estandarización del instrumento, en el cual se encontró diferencias en la variable edad respecto a la dimensión Cuidado, los sujetos más jóvenes percibían a sus padres como más cuidadosos que los sujetos de mayor edad, dando esto lugar normas diferenciadas por edad (Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi & Gloger, 2001).

## **Procedimiento**

La aplicación de los instrumentos se realizó en dos grandes etapas.

### **Primera etapa:**

- Entrenamiento de la investigadora en la utilización de la Pauta de Evaluación Relacional Madre-Recién Nacido, por la Dra. Mónica Kimelman.
- Fase piloto de los instrumentos con madres adolescentes de la maternidad del hospital Barros Luco Trudeau. Con el fin de indagar respecto de áreas que no se tuvieron en cuenta en el primer modelo de entrevista semi-estructurada, aumentando la calidad del instrumento, además conocer los movimientos, espacios y tiempos de la maternidad.

**Segunda etapa:** Las díadas fueron observadas y entrevistadas durante su estadía en la maternidad de dicho Hospital; durante dos días consecutivos.

- Se realizó en primera instancia el encuadre de las entrevistas, donde se logró un rapport y se explicó de manera simple el objetivo de las entrevistas e instrumentos que se utilizaron, a fin de facilitar el consentimiento informado de las madres adolescentes (Anexo N° 1). Se administró la pauta de evaluación relacional madre-recién nacido (ver Anexo N° 2) y una breve primera entrevista para obtener datos sociodemográficos .
- En un segundo encuentro se realizó la entrevista semi-estructurada (ver Anexo N° 6) que fue grabada, previa autorización de la madre entrevistada, y finalmente se contestó el cuestionario de autoreporte PBI (ver Anexo N° 3) respondiendo de manera conjunta con la entrevistadora para que la misma pudiera tener la certeza que la adolescente

comprendió las frases y que en caso de hubiera sido necesario explique alguna frase del cuestionario que no haya sido del todo comprendida.

Las díadas fueron detectadas mediante informantes claves (matronas) quienes registraron en el cuaderno de Salud Mental a todas las madres que cumplían con los requerimientos establecidos para la muestra.

Una vez recogidos los datos se procede a describir los datos analizando las relaciones pertinentes entre variables e interpretando los datos obtenidos.

### **Análisis de datos**

Para realizar el análisis de los datos se emplea la estadística descriptiva, a través del cálculo de frecuencias y representaciones gráficas, como así también la estadística inferencial, empleando la prueba estadística no paramétrica de chi cuadrado, a partir del cual se busca probar hipótesis correlacionales entre las variables nominales. Se emplea la V de Cramer para evaluar si las variables incluidas en la tabla de contingencia están correlacionadas.

Además los datos recogidos en las entrevistas se utilizan para enriquecer la interpretación de los resultados cuantitativos que se obtuvieron con los otros instrumentos, así como a las conclusiones a las que se arriban con la investigación.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Antes de realizar la entrevista con las madres adolescentes, se les informa sobre la finalidad del estudio. Luego se procede a firmar un consentimiento informado (ver Anexo N° 1) donde la investigadora se compromete a resguardar los datos de la madre adolescente.

Teniendo en cuenta que la temática que se aborda en la investigación permite detectar situaciones de riesgo para el niño o su madre, así como abrir situaciones en las adolescentes que demandaron un abordaje terapéutico. Se contó con la posibilidad de realizar interconsultas psiquiátricas con el Equipo de Psiquiatría de la maternidad del Hospital “Barros Luco Trudeau”.



# ANALISIS DESCRIPTIVO

## Descripción de la muestra

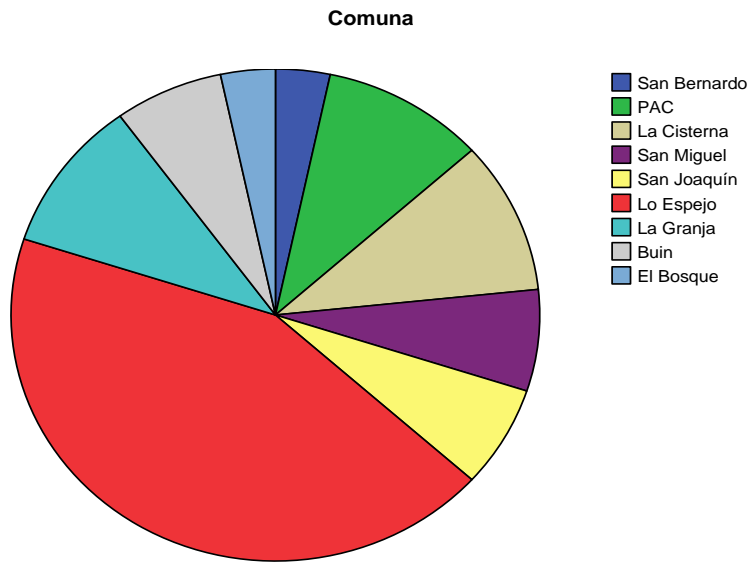
A continuación se presentan la descripción general de la muestra con la que se trabajó en el presente estudio. Abarcando en este punto los datos demográficos, los datos de la madre adolescente (edad, ocupación laboral, nivel educativo, estado civil e inserción familiar), los datos del padre del bebé (edad y ocupación) y finalmente algunos datos relevantes al embarazo. Se busca así entregar una mirada global de la realidad de las madres adolescentes con las que se trabajó.

## Datos demográficos

**Tabla 1**  
**Distribución demográfica de la muestra por comunas**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
San Bernardo	1	3,3
PAC	3	10
La Cisterna	3	10
San Miguel	2	6,7
San Joaquín	2	6,7
Lo Espejo	13	43,3
La Granja	3	10
Buin	2	6,7
El Bosque	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 1**  
**Distribución demográfica de la muestra por comunas**



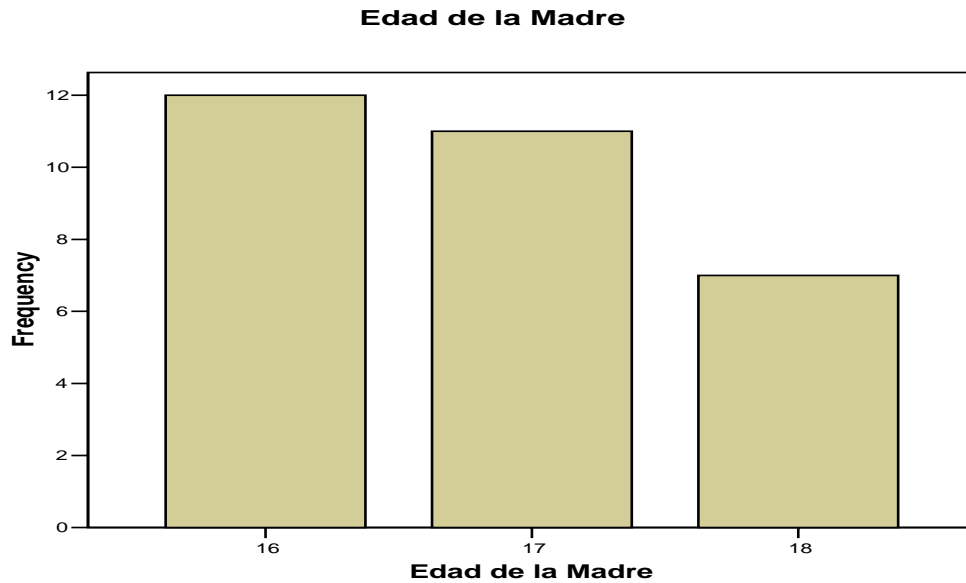
La distribución de la muestra según las comunas a las que pertenecen las madres se distribuyó en 9 comunas del gran Santiago, de los alrededores del Hospital en su mayoría. De las 30 madres, 13 pertenecían a la comuna de Lo Espejo.

### Datos de la madre adolescente

**Tabla 2**  
**Edad de la madre adolescente**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16	12	40
17	11	36,7
18	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 2**



La muestra se conformó por 30 madres adolescentes, comprendidas en un rango de edad entre los 16 a 18 años; con una distribución graficada en el gráfico 2 y una media de 16,83 años.

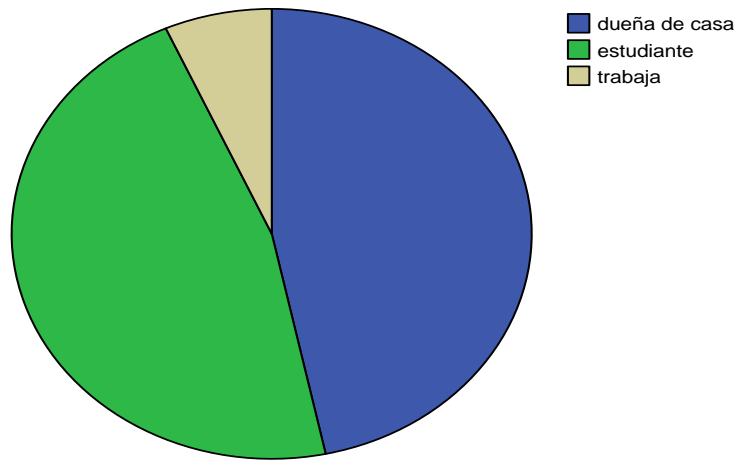
**Tabla 3**

**Ocupación laboral de la madre adolescente**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Dueña de casa	14	46,7
Estudiante	14	46,7
Trabaja	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 3**

**Ocupación de laboral de la madre adolescente**

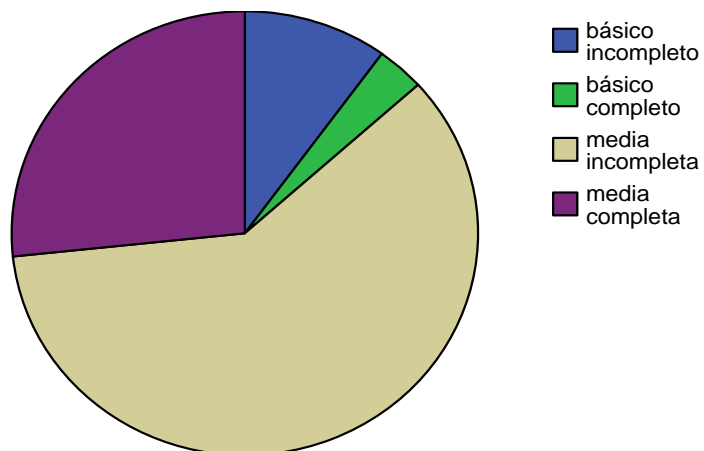


**Tabla 4**  
**Nivel de educación**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Básico incompleto	3	10,0
Básico completo	1	3,3
Media incompleta	18	60,0
Media completa	8	26,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 4**

**Nivel de educación**



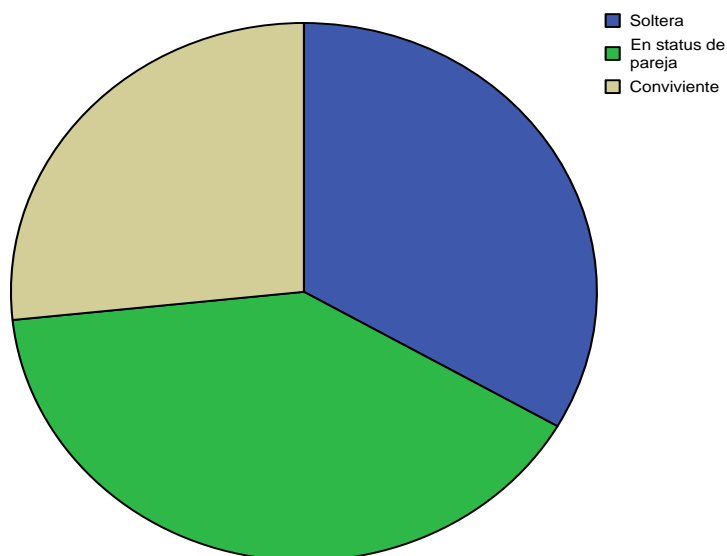
A partir de los gráficos se puede observar que, la ocupación de las madres adolescentes se distribuye de la siguiente forma: el 50% son estudiantes, seguido por un 43% dueñas de casa, se entiende a este rango a aquellas jóvenes que se encuentran al frente de una casa y aquellas que ayudan en las tareas domésticas a sus madres. Respecto al nivel de educación de las madres adolescentes el 60% tiene la escolaridad de nivel medio incompleta y solo el 26,7% cursó la escolaridad media completa. De las adolescentes que no tienen completo la enseñanza media completa, 8 de ellas habían dejado la escuela antes de quedar embarazadas (ver anexo N° 8), siendo este un dato relevante a la hora de pensar en políticas públicas.

**Tabla 5**  
**Estado Civil**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	10	33,3
En status de pareja	12	40
Conviviente	8	26,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 5**

**Estado Civil**

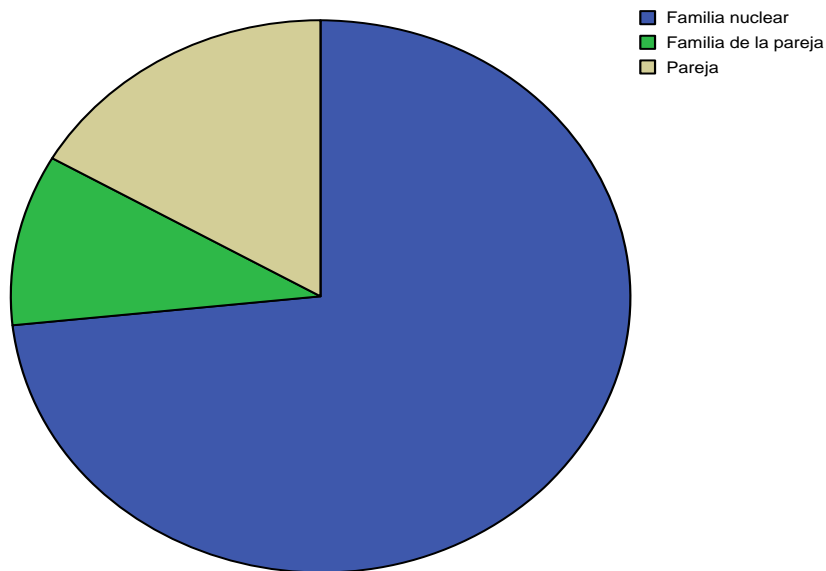


**Tabla 6**  
**Inserción familiar**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Familia nuclear	22	73,3
Familia de la pareja	3	10
Pareja	5	16,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 6**

**Inserción familiar**



Estos datos muestran que un 93% de las madres adolescentes no presenta independencia económica. El 73% de ellas vive en la casa de los padres y un 10% con los padres de la pareja. El 33,3% de las madres son solteras; mientras que 66,7% se encuentran en pareja en el momento en el que se realiza la entrevista. De esa última cifra, sólo el 26,7% convive con el padre del bebé.

## El padre del bebé

**Tabla 7**  
**Edad del Padre**

Edad del Padre	Frecuencia	Porcentaje
16	2	6,7
17	2	6,7
18	1	3,3
19	7	23,3
20	5	16,7
21	1	3,3
23	1	3,3
24	1	3,3
25	1	3,3
26	3	10,0
27	2	6,7
29	1	3,3
31	1	3,3
39	1	3,3
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>96,7</b>
Perdidos	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Nota (tabla 5): El dato perdido se debe a que la madre adolescente no quiso referirse al padre del bebé.

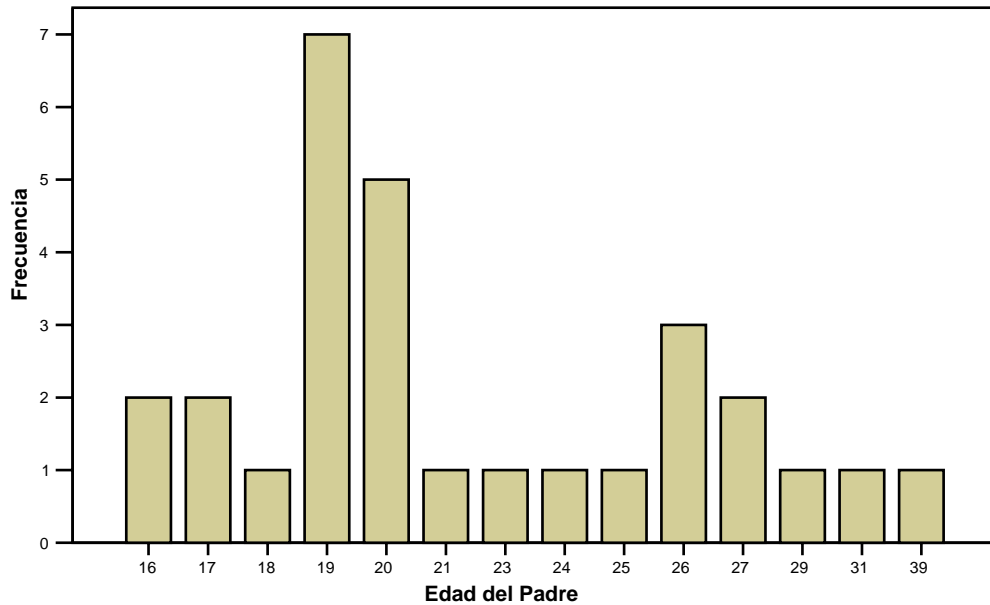
**Tabla 8**  
**Edad del Padre**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>Edad del Padre</b>	29	16	39	22,10	5,185

Nota (tabla 8): N de 29, un dato perdido.

**Gráfico 7**

**Edad del Padre**



En la muestra se encontró en un porcentaje alto (80%) que los padres de los bebés eran mayores a las madres, sólo 5 padres del total de la muestra (N 29) tienen edades en el rango entre 16 y 18 años. El promedio de edad es de 22 años con una desviación estándar de 5,185 (tabla 8).

**Tabla 9**

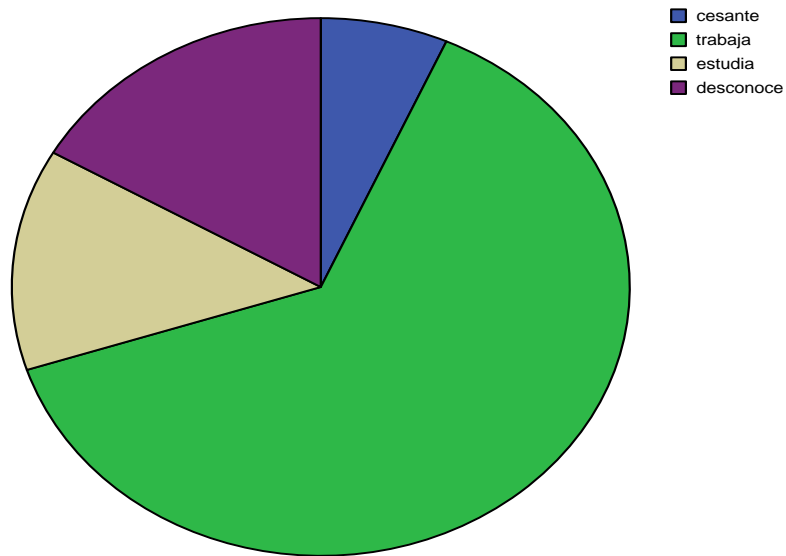
**Ocupación del padre**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cesante	2	6,7
Trabaja	19	63,3
Estudia	4	13,3
Desconoce	5	16,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>



**Gráfico 8**

**Ocupación laboral del padre**



Respecto a la ocupación de los padres de los bebés, se distribuyen entre aquellos que estudian, los cesantes, los que trabajan (entre ellos se reportan labores más relacionadas a oficios, trabajos temporales y comercio, ver Anexo N° 9) y un grupo al que las madres refiere no saber a que se dedicaban.

**Embarazo Adolescente**

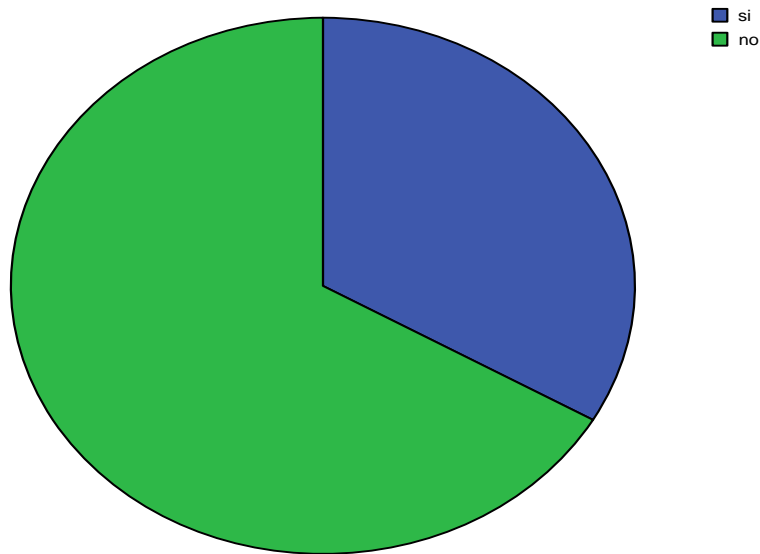
**Tabla 10**

**Antecedentes familiares de maternidad adolescente**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
si	10	33,3
no	20	66,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 9**

**Antecedentes familiares de maternidad adolescente**



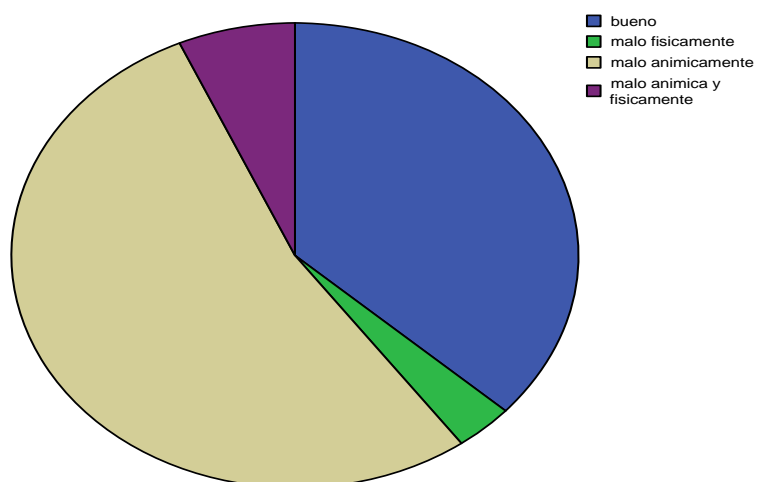
Un dato que es de gran importancia en esta muestra tiene que ver con la presencia de antecedentes de maternidad adolescente en la familia nuclear de la mamá adolescente. Este dato es relevante en tanto que su presencia en la biografía de las madres de las adolescentes es considerado en la literatura como factor de riesgo asociado al embarazo adolescente (González, 2003; Hamel, 2000). En la muestra se encuentran antecedentes de embarazo en un 33% de los casos.

**Tabla 11**  
**Percepción de la madre adolescente respecto de su embarazo**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bueno	11	36,7
Malo físicamente	1	3,3
Malo anímicamente	16	53,3
Malo anímica y físicamente	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 10**

**Percepción de la madre adolescente respecto de su embarazo**

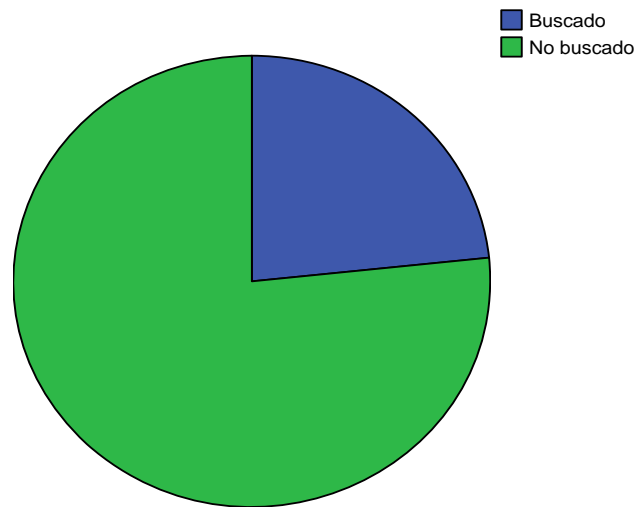


**Tabla 12**  
**Embarazo buscado**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Buscado	7	23,3
No buscado	23	76,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Gráfico 11**

**Embarazo buscado**



La percepción que las madres adolescentes tuvieron sobre su embarazo se recoge mediante la entrevista semiestructurada se obtienen los siguientes datos; el 63,3% de las madres perciben su embarazo como malo. De ellas, solo 1 madre considera malo su embarazo por cuestiones puramente físicas. Dentro de esto se pueden ver diferentes afirmaciones donde se explica la vivencia negativa del mismo, en las que relatan la dificultad al comienzo en aceptarlo, esto tiene que ver con el hecho de no haber sido un embarazo buscado (tabla 12), solo 7 mamás de 30 reportaron haber buscado un hijo.

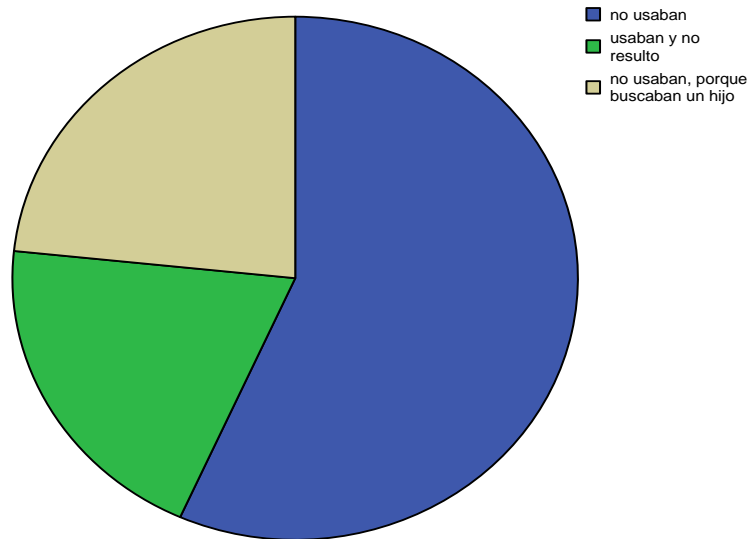
**Tabla 13**

**Uso de métodos anticonceptivos**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No usaban	17	56,7
Usaban y no resultado	6	20,0
No usaban, porque buscaban un hijo	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Gráfico 12

Uso de metodos anticonceptivos



Respecto a la búsqueda voluntaria de embarazo se indaga sobre la presencia o ausencia de cuidados para evitar el embarazo mediante el uso de métodos anticonceptivos. Frente a esto sólo el 23,3% de las madres dicen no usarlos porque se trató de un embarazo voluntario. El 56,7% de las madres dicen no emplearlo, y entre las causas relatadas al respecto se pueden citar frases frecuentes en este grupo como: “no sé”, “no me gustaba”, “los condones no me gustan y las pastillas me olvidaba”, “todos conocen formas para cuidarse”.

## ANALISIS DE RESULTADOS

Se presentan a continuación los datos sobre las variables en estudio observadas en la muestra (Ver Anexo N° 7); para así dar cuenta del objetivo N° 1 *“Describir cómo se presentan en la muestra de madres adolescentes las variables riesgo relacional, variables psicosociales y estilo de apego con la figura primaria”*.

### 1) Descripción de la muestra según la variable Riesgo Relacional

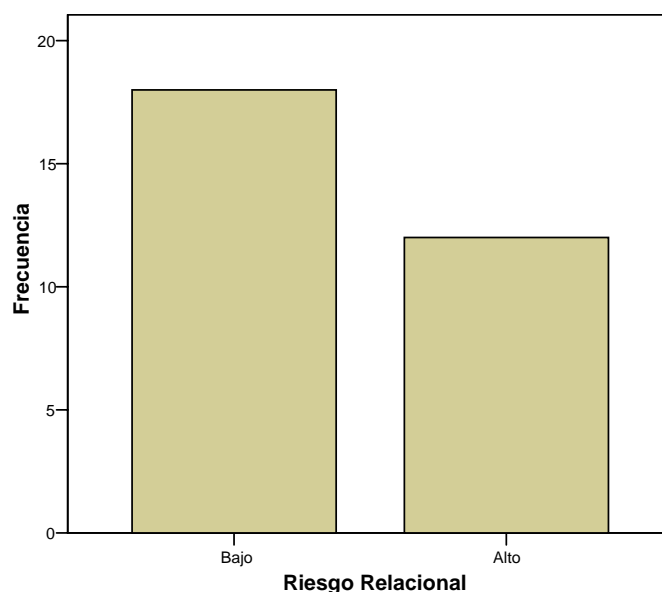
**Tabla 14**  
**Riesgo Relacional**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	18	60
Alto	12	40
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Como se observa en la tabla 14, el 60% de las madres adolescentes presentan bajo riesgo relacional y el 40% restante, presenta alto riesgo relacional. Estos resultados se expresan en el siguiente gráfico.

**Gráfico 13**

**Riesgo Relacional**



**2) Descripción de la muestra según la variable Apoyo de la Pareja**

Respecto al apoyo de la pareja que perciben estas madres adolescentes se distribuyen del siguiente modo:

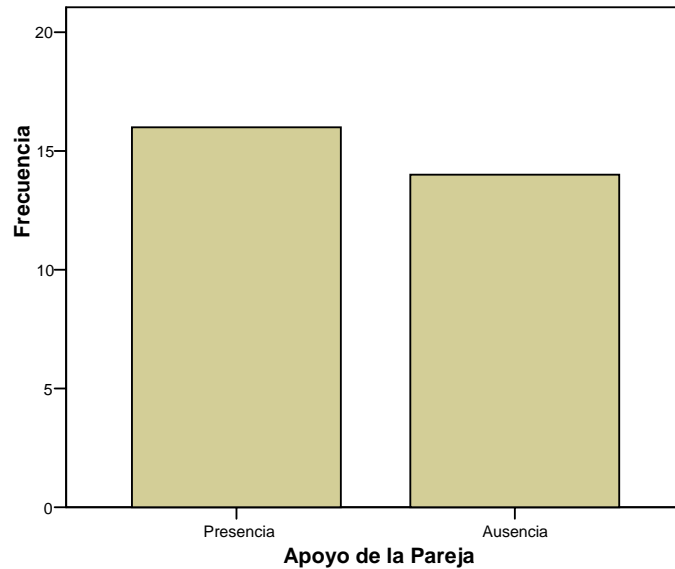
**Tabla 15**  
**Apoyo de la Pareja**

	Frecuencia	Porcentaje
Presencia	16	53,3
Ausencia	14	46,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Conforme a la información que arroja la tabla 15, el 53,3% de las madres adolescentes señalan haber tenido apoyo de su pareja. El 46,7% restante no se sintió acompañada. Como se observa en el grafico siguiente:

**Gráfico 14**

**Apoyo de la Pareja**



**3) Descripción de la muestra según la variable Apoyo de la Familia**

Sobre el apoyo que las jóvenes respecto de sus familias se encuentran las siguientes frecuencias:

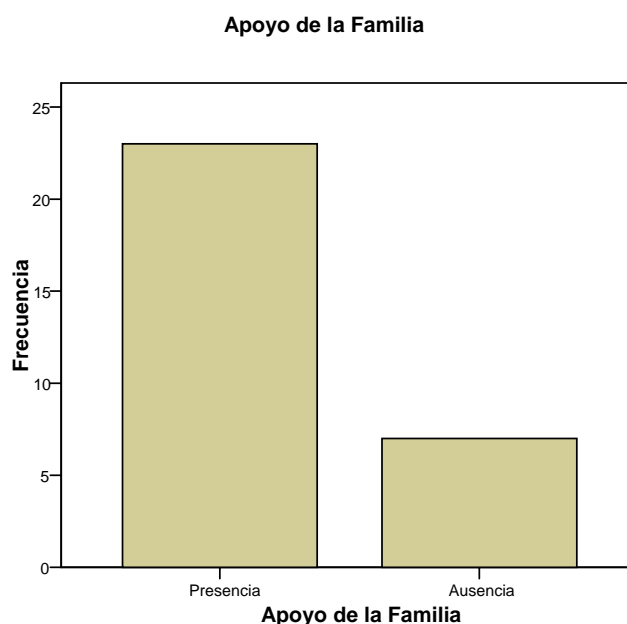
**Tabla 16**  
**Apoyo de la Familia**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Presencia	23	76,7
Ausencia	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Respecto a la tabla 16, se observa que el 76,7% de las madres adolescentes perciben apoyo de la familia; mientras que el 23,3% de ellas reporta no haber sentido el apoyo de su familia. Los datos se reflejan en el siguiente gráfico:

**Gráfico 15**





#### 4) Descripción de la muestra según la variable Patrón de Apego con la figura primaria

Dentro de la figura primaria de apego, lo que se presenta en mayor medida es que la figura central sea la madre biológica. Pero hay ocasiones en que no necesariamente es así, debido a las diferentes historias de vida de cada sujeto.

Cabe hacer mención que en la muestra, en la aplicación del PBI, se presentaron 3 casos en los que las madres adolescentes no se refirieron en el cuestionario de autorreporte a su madre biológica. En dichos casos se refieren a la figura sustituta que asumió el rol de figura de apego central y de la que tienen recuerdos (ver Anexo N° 13).

Los datos obtenidos a partir del PBI (estandarización; ver Anexo N° 12) son los siguientes:

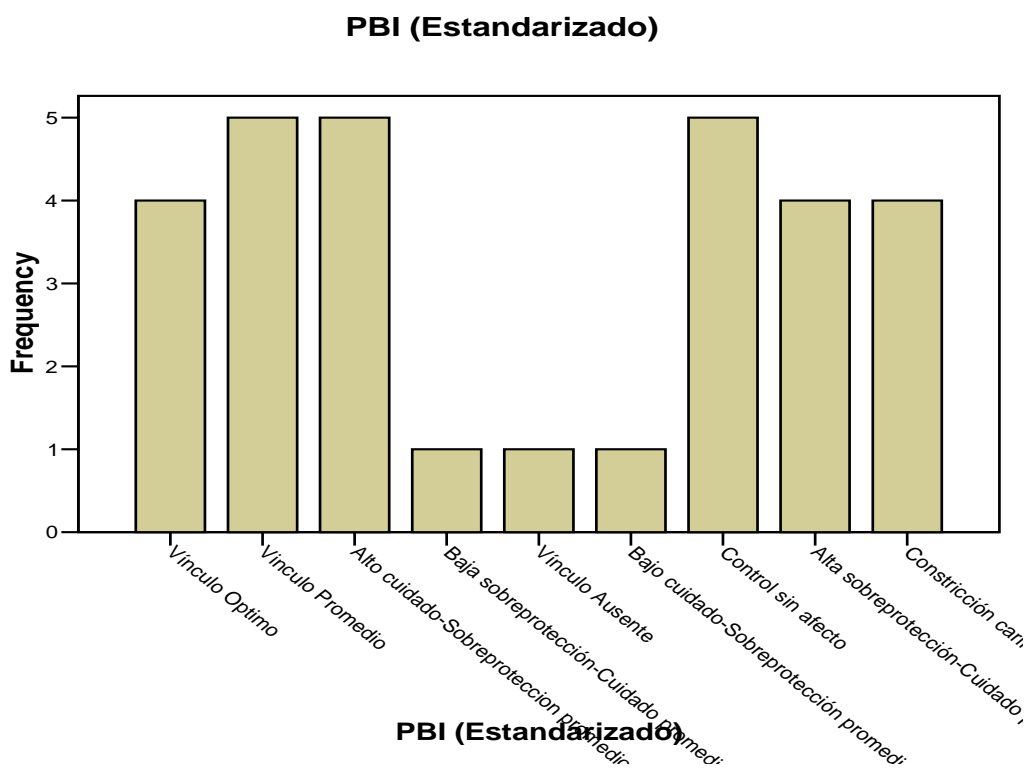
**Tabla 17**  
**PBI (Estandarizado)**

	Frecuencia	Porcentaje
Vínculo Óptimo	4	13,3
Vínculo Promedio	5	16,7
Alto cuidado-Sobreprotección promedio	5	16,7
Baja sobreprotección-Cuidado promedio	1	3,3
Vínculo Ausente	1	3,3

Bajo cuidado-Sobreprotección promedio	1	3,3
Control sin afecto	5	16,7
Alta sobreprotección-Cuidado promedio	4	13,3
Constricción cariñosa	4	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Como se observa en la tabla 17 los tipos de apego más frecuentes son: Vínculo promedio, Alto cuidado-Sobreprotección promedio, Control sin afecto. Los tres patrones presentan un 16,7% cada uno; y los patrones de apego de más baja frecuencia corresponden a: Bajo cuidado-Sobreprotección promedio, Baja sobreprotección-Cuidado promedio y el vínculo ausente, en cada una de éstos se presenta solo un caso. El gráfico que se presenta a continuación ilustra estos datos:

**Gráfico 16**



Según la recategorización por la que se opta en esta investigación, los tipos de apego con la figura primaria, quedan agrupados de la siguiente manera (ver Anexo N° 10):

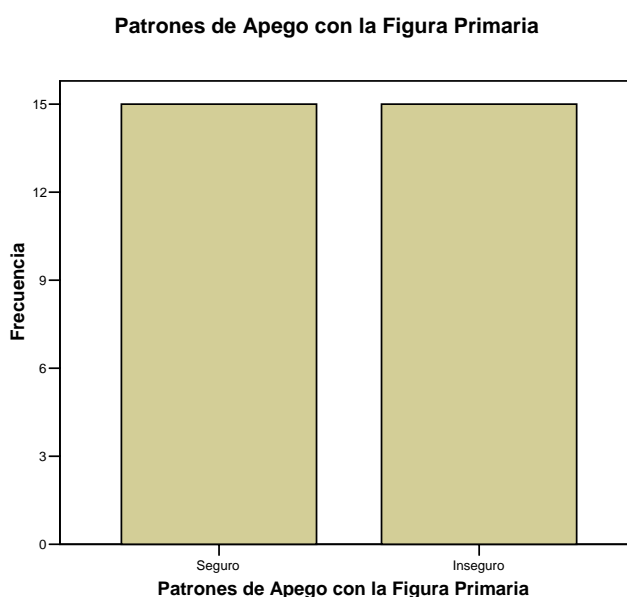
**Tabla 18**  
**Patrones de Apego con la Figura Primaria**

	Frecuencia	Porcentaje

Seguro	15	50
Inseguro	15	50
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

En la tabla 18 se puede apreciar la distribución que presenta la muestra, luego de haber sido recategorizada según los criterios previamente expuestos. Se encuentra una distribución uniforme de 50% de Apego Seguro y un 50% de Apego Inseguro.

**Gráfico 17**



Para probar la hipótesis N° 1, se procede a comparar la proporción muestral de apego inseguro ( $p=0,05$ ) con la proporción de apego inseguro en la población de general ( $p=0,35$ ). Se aplica el test de z, encontrándose un valor general a 1,64 lo que determina una probabilidad igual a 0,05. Se rechaza la hipótesis de la igualdad (Hipótesis 0) y se acepta la hipótesis de la investigación.

Conclusión: La proporción de madres adolescentes que presentan apego inseguro con su figura primaria de apego es mayor que la proporción evidenciada en una población general. Con esto se da cuenta del objetivo N° 2 que plantea: *“Determinar si la proporción de apego inseguro de las madres adolescentes es superior a la proporción de apego inseguro observado en una población de referencia”*.

### 5 ) Riesgo Relacional \* Patrones de Apego con la Figura Primaria

Respecto del objetivo N° 3 “Determinar si existe relación entre los patrones de apego con la figura primaria y el riesgo relacional”, se procede a aplicar el test de chi cuadrado, se encuentra un valor de  $x = 1,250$  con una  $p = 0,264$ .

Conclusión: Este resultado no permite rechazar la hipótesis nula, lo que indica que no existe relación entre el tipo de apego con la figura primaria y el riesgo relacional.

**Tabla 19**

**Tabla de contingencia: Riesgo Relacional \* Patrones de Apego con la Figura Primaria**

		Patrones de Apego con la Figura Primaria		Total
		Seguro	Inseguro	
Riesgo Relacional	Bajo	11	7	18
	Alto	4	8	12
Total		15	15	30

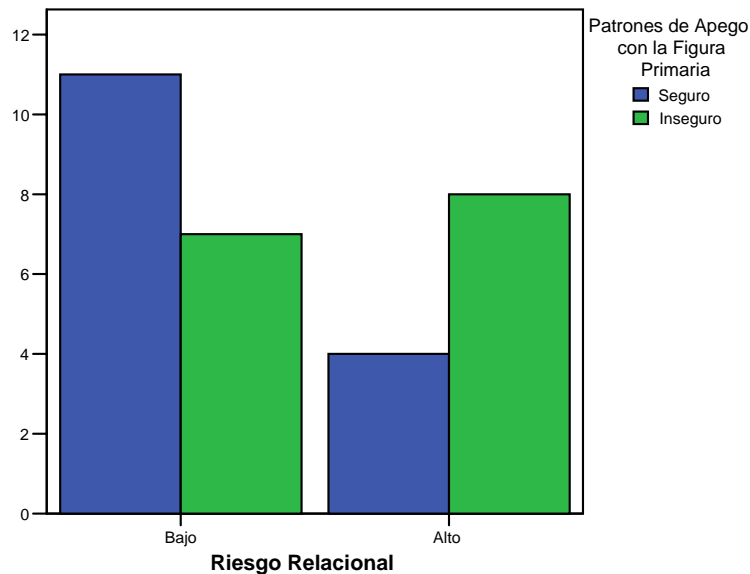
**Tabla 20**

**Test de Chi Cuadrado**

VALOR	SIGNIFICANCIA
1,250	0,264

**Gráfico 18**

**Riesgo Relacional \* Patrones de Apego con la Figura Primaria**



Comentario (Grafico 18): Se observa una tendencia a que predomine el patrón de apego seguro en la figura primaria en las díadas de bajo riesgo relacional, las diferencias observadas no alcanzan a ser significativas.

### 6) Riesgo Relacional \* Apoyo de la Pareja

Para dar cuenta del objetivo N° 4 “Determinar si existe relación entre la variable de apoyo de la pareja y el riesgo relacional”, y de la hipótesis N° 3, se procede a aplicar el test de chi cuadrado, se encuentra un valor de  $\chi^2 = 0,452$  con una  $p = 0,501$ .

**Tabla 21**

**Tabla de contingencia: Riesgo Relacional \* Apoyo de la pareja**

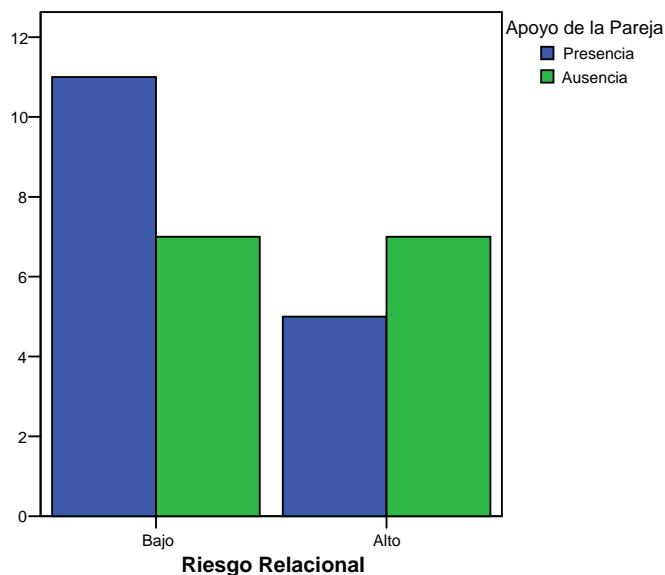
		Apoyo de la Pareja		Total
		Presencia	Ausencia	
Riesgo Relacional	Bajo	11	7	18
	Alto	5	7	12
Total		16	14	30

**Tabla 22**  
**Test de Chi Cuadrado**

VALOR	SIGNIFICANCIA
0,452	0,501

Conclusión: Se concluye que no hay relación entre las variables apoyo de pareja y riesgo relacional.

**Gráfico 19**  
**Riesgo Relacional \* Apoyo de la pareja**



Comentario (gráfico 19): Si bien se observa una tendencia a que predomine la presencia de apoyo de la pareja en las díadas de bajo riesgo relacional, las diferencias observadas no alcanzan a ser significativas.

### 7) Riesgo Relacional \* Apoyo de la Familia

Para dar cuenta del objetivo N° 5 “Determinar si existe relación entre la variable de apoyo de la familia y el riesgo relacional”, y la hipótesis N° 4, se aplicó el test de la probabilidad exacta de Fisher reportando un valor de 0,009

**Tabla 23**

**Tabla de contingencia: Riesgo Relacional \* Apoyo de la Familia**

		Apoyo de la Familia		Total
		Presencia	Ausencia	
Riesgo Relacional	Bajo	17	1	18
	Alto	6	6	12
Total		23	7	30

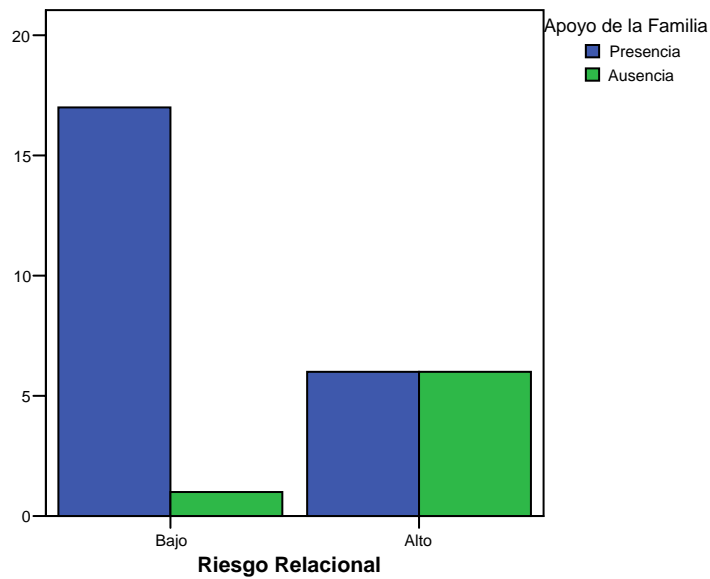
**Tabla 24**

**Prueba Exacta de Fisher**

<b>SIGNIFICANCIA</b>
0,009

Dado que el Test de Fisher arroja resultados significativos, es decir, que informa acerca de la dependencia de las variables, se concluye que existe relación entre las variables. El grupo de madres con bajo riesgo relacional presenta mayormente apoyo de la familia; 17 de las 18 madres adolescentes perciben apoyo. A diferencia del grupo de madres adolescentes con alto riesgo relacional en el que solo el 50% de ellas perciben apoyo de parte de sus familias.

**Gráfico 20**  
**Riesgo Relacional \* Apoyo de la Familia**



Conclusión: Los resultados arrojados, permiten afirmar que existe una relación entre apoyo familiar y riesgo relacional. Las madres adolescentes que presenta alto apoyo familiar tienden a mostrar bajo riesgo relacional.

### 8) Presencia y ausencia de Apoyo familiar: Riesgo Relacional \* Patrones de Apego con la Figura Primaria

Para responder al objetivo N° 6 “Determinar si en el grupo de adolescentes con apoyo familiar existe una relación entre patrones de apego con la figura primaria y riesgo relacional. Determinar si en el grupo de adolescentes sin apoyo familiar existe una relación entre patrones de apego con la figura primaria y riesgo relacional”. Se aplica el Test de Fisher, agrupando a las madres en aquellas que perciben apoyo familiar y las que no lo perciben, se obtienen los datos que se presentan a continuación:

En el caso del grupo de madres adolescentes que no presentan apoyo familiar, se observó:

**Tabla 25**  
**Grupo con Ausencia de Apoyo familiar**  
**Patrones de Apego con la Figura Primaria \* Riesgo Relacional \***

a.famili = 2 (FILTER)			Riesgo Relacional		Total
			Bajo	Alto	
Seleccionado	Patrones de Apego con la Figura Primaria	Seguro	0	2	2
		Inseguro	1	4	5
	Total		1	6	7

**Tabla 26**  
**Grupo con Ausencia de Apoyo familiar**  
**Patrones de Apego con la Figura Primaria \* Riesgo Relacional**  
**Prueba Exacta de Fisher**

<b>SIGNIFICANCIA</b>
1,000



En el caso de las madres adolescentes con apoyo familiar, se observan los siguientes resultados:

**Tabla 27**  
**Grupo con Presencia de Apoyo familiar**  
**Patrones de Apego con la Figura Primaria \* Riesgo Relacional**

a.famili = 1 (FILTER)			Riesgo Relacional		Total
			Bajo	Alto	
Seleccionado	Patrones de Apego con la Figura Primaria	Seguro	11	2	13
		Inseguro	6	4	10
	Total		17	6	23

**Tabla 28**  
**Grupo con Presencia de Apoyo familiar**  
**Patrones de Apego con la Figura Primaria \* Riesgo Relacional**  
**Prueba Exacta de Fisher**

<b>SIGNIFICANCIA</b>
0,341

Tanto en el grupo de las madres que tienen apoyo de la familia como en las adolescentes que no lo tienen, no se pudo observar relaciones significativas entre Patrones Apego con la figura primaria y Riesgo Relacional.

## DISCUSIÓN

A continuación se analizan los resultados precedentes con el objetivo de rescatar y comprender la articulación de las diferentes dimensiones psicológicas y sociales que comprende la maternidad adolescente.

### **Patrones de apego de las madres adolescentes con sus figuras primarias**

Al comparar con la población general (Kimelman & González, 2003), el porcentaje significativamente mayor de apego inseguro en las madres adolescentes con sus figuras primarias (Tabla N° 18) se confirma la hipótesis N° 1 en cuanto que la proporción de madres adolescentes que presentan patrones de apego inseguro con las figuras primarias, será mayor que los casos que presentan apego inseguro en la población general de referencia ( $p=0,35$ ). Este resultado podría explicar en parte que las historias previas de carencia afectiva o una mala calidad de vínculo con su figura primaria constituye una variable relevante en el aumento de la incidencia de embarazos no deseados. Como lo postulan González (2007) y Baeza, et al (2007) es posible postular que los embarazos en la adolescencia constituyan una respuesta a la necesidad de llenar un vacío emocional o una carencia afectiva. Esta relación es importante ya que existiría la posibilidad de que se repita este patrón relacional, tal como postula Fonagy (1999).

Respecto a el embarazo en la adolescencia se observó en algunas madres plasmada la necesidad de llenar un vacío emocional. Principalmente lo expresaron en términos de significar positivamente el nacimiento de su hijo como posibilidad de no sentirse nuevamente solas o que le da un sentido a su vida. Las siguientes viñetas ilustran estas realidades:

*C13)...”recién al final pude ver el lado positivo...que aunque crea que estoy sola, nunca desde ahora voy a estar sola. Está él que además yo creo que me va amar ¿no es cierto? (le pregunta al bebé), no creo que me odie. Desde ahora siempre voy a estar acompañada”...*

Y si bien el caso 19 es bastante extremo ilustra bien el lugar en el que está puesto el hijo para esta madre adolescente:

C19)...*"me siento ahora mas alegre que antes, porque a mi me dio depresión, yo me cortaba los brazos, estuve internada en el hospital porque yo me queria morir, porque se había muerto mi abuelita, yo me cortaba los brazos, me empezaba a pegar yo sola, me internaron estuve 2 meses, después con pastillas y ahora estoy mejor, ya no me hago eso, ahora soy una mujer, una señora, tengo una hija, tengo por quien vivir"*.

Estos hallazgos encontrados en este estudio se pueden vincular con los datos encontrados por Broussard (1995) y Lounds, et al. (2005) quienes reportan en sus estudios mayor apego inseguro en hijos de madres adolescentes comparado con la población general, se puede explicar desde la teoría de la transmisión transgeneracional de patrones de apego.

Al tomar en consideración los resultados que arrojó el Parental Bonding, previo a realizar la recategorización, en las categorías que abarcaba el patrón de apego inseguro, predominaron aquellos que presentaban una alta sobreprotección (13 de 15 se encuentran en el margen de la alta sobreprotección) (ver Anexo N° 10). Esto puede ser interpretado desde la definición de sobreprotección, como control o intrusión, contacto excesivo, infantilización y evitación de la conducta autónoma. El exceso de control permite pensar en historias de vida con madres intrusivas, que no apoyaron la independencia de la joven. Antecedentes que permiten pensar que las dinámicas familiares de las madres adolescentes se caracterizan por la presencia de límites demasiado rígidos. Esta hipótesis coincide con lo señalados por otros autores (Poo, et al., 2005; Baeza, et al., 2005), quienes afirman que entre los factores que favorecen el embarazo precoz se encuentran las dificultades en la puesta de límites, ya sea por ser éstos demasiado negligentes o muy estrechos. Los datos de esta investigación apuntan a que la dificultad estaría relacionada precisamente con límites demasiado estrechos.

Al comparar los resultados de este estudio con lo que se reportó en el estudio colombiano (Pereira, et al., 2005) que señala que las madres adolescentes percibían menos sobreprotección de sus madres, en comparación con adolescentes sin historia de embarazo, se encuentran diferencias en cuanto a la percepción que reportaron las madres adolescentes. Los resultados obtenidos por el Parental Bonding (ver Anexo N° 10) indican el predominio de una mirada de la madre más sobreprotectora en el grupo de jóvenes con historia de Apego Inseguro. Esta diferencia puede deberse posiblemente a temas culturales en cuanto a modelos de vinculación madre-hija.

Respecto a los postulados que plantea la Teoría del Apego en relación a la transmisión de los patrones de apego es interesante citar una viñeta respecto a uno de los casos más impactantes observados en la muestra seleccionada; (C9). Esta madre tal como se ha señalado en la descripción de la muestra, realizó el cuestionario de autoreporte con su tía, la que asumió el rol de cuidadora central en los primeros años luego de fallecer su mamá biológica:

C9) *"...pase de casa en casa. Estuve en lo de una tía, como tres años, la prima de mi papá...ella cuando se enteró que estaba embarazada, se puso a llorar y me decía que cómo podía haber hecho eso...eran lágrimas de cocodrilo, digo lágrimas de cocodrilo porque ella me pegaba a mi cuando vivía con ella, me pegaba con el cable de la tele, por eso no viví más con ella. Otro tiempo viví con mi hermana, pero mi sobrino me pegaba, así que después me fui con mi papá y mi madrastra también me pegaba y después volví otro tiempo con mi hermana y mi cuñado me pegaba, y mi sobrino me sacaba la ch..., así que volví a lo de mi madrastra"...*

Respecto a su experiencia inicial de vinculación con el bebé la siguiente viñeta ilustra sentimientos de rechazo que tienen un efecto impactante:

C9) *"...Es pesado, me pega combos en el pecho... ¿ve? Así, para que me duela...mire me pega combos, que es pesado...en la guata era mas inquieto, se movía mucho...no se, es como que todavía no caigo que soy mamá....es puntudo, llora para que todos lo vayan a ver, y cuando todos van...se calla, me dan unas ganas de pegarle...le juro, me dan unas ganas de pegarle..."*

Si bien se trata de un caso muy grave que debió ser derivado a la unidad de psiquiatría dado el riesgo al cual estaba expuesto el bebé, es muy ilustrativo de cómo las experiencias pasadas pueden ser internalizadas como modelos para la interacción con el otro. En este caso desde el abandono, el maltrato y el rechazo.

## **Maternidad adolescente y riesgo relacional**

La relación entre historias de apego inseguro en las madres adolescentes con riesgo relacional no fue estadísticamente significativa, lo que no permitió aceptar la hipótesis N° 2 que postulaba una relación directa y significativa entre ambas variables. Aunque se aprecia una tendencia a la asociación (ver gráfico N° 18), la falta de relación significativa puede atribuirse a al tamaño muestral.

Sin embargo, considerando el riesgo relacional que aparece en un alto porcentaje de díadas (40%), cabe señalar ciertas características que presentó la muestra que sugieren la presencia de factores de riesgo, definido como: *“la presencia de situaciones contextuales o personales que incrementen la probabilidad de que las personas desarrollen problemas emocionales, conductuales o de salud”* (Hein, 2004)

Al respecto la literatura señala como factor de riesgo, la incidencia de hijos aceptados, esto es que no hubo intento de aborto, pero que en definitiva no fueron deseados (Molina, 2003; Hamel, 2000). Estos embarazos serían producto del alto porcentaje de madres adolescentes que no usan anticonceptivos y que no querían quedar embarazadas 56,7% (ver gráfico N° 12), lo que puede comprenderse desde la perspectiva del amor romántico que tal como se ha descrito consiste en un amor idealizado, que justifica la actividad sexual y la eventualidad de un embarazo (Baeza, et al., 2007). Desde esta lógica, el uso de anticonceptivos podría ser interpretado por la pareja como falta de confianza (Baeza, et al. 2005) aumentando así la posibilidad de embarazo. Estos datos sugieren una relación con el alto porcentaje encontrado de riesgo relacional, que fue del 40% de las díadas observadas (ver Tabla N° 14).

Las siguientes viñetas muestran dos ejemplos ilustrativos de las expresiones de las madres adolescentes en relación a embarazos no deseados:

C9) *“Pensaban que podía tener un desorden hormonal, por lo que no me venía la regla, pero me llevo mi hermana al ginecólogo y el ginecólogo me toco y me dijo a usted le va a salir una joroba y me puso gel y me lo mostró...estaba enterito, se veía todo...yo lo odiaba a él, sentía rabia, yo no quería por nada estar embarazada”...*

C13) *“Se me vino el mundo encima cuando supe, porque nos enteramos como en el 3º mes, porque a mi me venía la regla, no tenía como saberlo ...estaba en lo de mi tía...me hice el test y salio positivo, se me vino el mundo encima, y pensé que hago, así que salí con una sonrisa, porque yo nunca me gusto que me vieran mal y me preguntaron que paso y yo les dije nada que obvio que había salido negativo y salí, camine unas cuadras y me senté en una plaza y ahí me desarme y llore mucho...tenía que pensar que hacer, mi pensamiento era ver si había posibilidades de hacer algo, quizás todavía era muy chico, porque en eso era lo que pensaba, para que le voy a mentir, pero el problema era que*

*como me había estado viniendo la regla no me cerraban las fechas, mi pensamiento nunca fue, "bueno, me voy a hacer cargo", no".*

En ambos casos los embarazos parecen sorprenderlas, tomarlas completamente desprevenidas, aún en los casos de ser sexualmente activas y no haber tomado medidas para prevenir el embarazo.

## **Factores Psicosociales de la maternidad adolescente**

Para comprender mejor estos factores cuya incidencia en las madres puede ser favorable o no, se los interpretará en base a las dos variables psicosociales centrales en la investigación. Se comprenden en este apartado a la familia de la adolescente y su pareja, ambas significativas en términos de su impacto psicológico en la futura madre.

### **Interacción madre adolescente y su familia**

En este estudio se encontró que el alto porcentaje de apoyo percibido por las jóvenes de parte de las familias constituye un buen indicador de la calidad de vínculo en desarrollo. En efecto, el porcentaje de madres adolescentes que percibieron apoyo de sus familias, es del 76,6% (ver Gráfico N° 15). Esto es relevante porque este apoyo es considerado como un factor de protección de la díada madre adolescente-bebé (Moltenil, et al, 2005; Espinoza Venegas & Vásquez Muñoz, 2006). Este dato se ve reflejado en lo encontrado en la muestra al estudiar la relación entre riesgo relacional y percepción de apoyo familiar, que permite aceptar la hipótesis N° 4 en cuanto a que el riesgo relacional en la díada madre adolescente-bebé se relaciona directa y significativamente con apoyo de la familia, corroborando los hallazgos de diferentes autores.

Las cifras encontradas en la muestra respecto al apoyo percibido por las adolescentes de sus familias son más alentadoras que las obtenidas en el estudio de CEMERA antes citado, el que reportó que el 44% de las familias mostraron falta de apoyo y rechazo hasta el momento previo al nacimiento (Luengo & González, 2003). Las diferencias encontradas en el estudio actual y el que presentan dichas autoras, puede deberse a cambios en cuanto a prejuicio versus tolerancia social respecto a determinados temas; dado que dicho estudio data de 1989. Es posible postular que los marcados cambio de los últimos 20 años hacen que la aceptación y acogida desde

lo social a la maternidad adolescente sea diferente. Sin embargo, es llamativo que a pesar del tiempo transcurrido entre ambos estudios se mantiene un porcentaje considerable del 23,3% de familias que no apoyaron a estas madres. Debe tomar en consideración que el estudio de CEMERA abarcó un total de 500 madres adolescentes, por lo que resulta un parametro de alta relevancia para hacer comparaciones, ya que el mismo refleja con mucha claridad los cambios que se produjeron en los últimos años a nivel de tolerancia social y aceptación en cuanto a la realidad respecto a la forma en que es vivida la sexualidad desde edades mucho más tempranas.

De las 7 madres adolescentes que no percibieron apoyo familiar durante el embarazo, cinco de ellas presentaban una historia de apego inseguro (ver Anexo N° 7); probablemente relacionado con la ausencia de apoyo materno, en el contexto de una historia de vida que no da cuenta de la presencia de figuras a quien recurrir en situaciones de dificultad. Al respecto es importante tomar en consideración que tal como postula Hernández et al. (2000), en cuanto al riesgo que implica la ausencia o perturbación de los lazos familiares, la formación del vínculo seguro se encontraría en riesgo, dado que la madre podría replicar esa marginalización con su hijo.

La siguiente es una viñeta que ilustra uno de los casos de las madres con historias de apego inseguro, con una falta constante de bases seguro:

*C28) "Fue terrible, no quería...más que nada por lo que iba a decir mi mamá...Estuve calladita un mes y medio. Cuando le conté a mi mamá lloraba, me hecho de la casa, me pego"...*

La importancia que tiene la familia se explica desde la concepción de la adolescencia como una etapa del desarrollo donde la joven se encuentra en transición, en pleno intento de individuación, de tomar distancia, pero siendo todavía dependiente de sus familias y de sus padres. Al respecto una de las características que presentaron las madres adolescentes de la muestra que coincide con lo que describe la literatura (González, 2003; Hamel, 2000; Pereira, et al. 2005) está constituido por un alto porcentaje de madres con antecedentes de maternidad adolescente en la familia (ver Tabla N° 10), lo que indica el sostenimiento repetido de dicho patrón.

La siguiente viñeta ilustra la percepción sobre la experiencia de apoyo sentido por una de las madres y se relaciona con la presencia de factores protectores.

C6) *“Me sentí acompañada por toda mi familia. Con mis papás tenemos una buena relación, con mi hermana mayor no nos llevábamos bien, nos llevábamos mal, teníamos peleas, discusiones. Después con el embarazo y todo eso cambio, se acercó más. Ella lo tuvo a los 17 años, y yo creo que ella se acercó a mi por eso...para que no me sienta sola como se sintió ella, porque el papá de su primer hijo no se hizo cargo ni nada, no lo reconoció”.*

Es posible postular que en el caso de las diez madres adolescentes que presentaban antecedentes familiares de embarazo adolescente en la familia, exista relación con un modelo aprendido, sin embargo sólo tres de los 10 casos no percibieron apoyo de su familia (ver Anexo N° 8), lo que puede entenderse desde el hecho de que estos antecedentes hicieron de precursores que abrieron espacio a la comprensión y acogida de la situación de la joven.

Otro tema importante de destacar es que el 93% de las madres no presentaban independencia económica y de ellas el 73% vivían con sus padres (ver Tabla N° 6). Este dato está directamente relacionado con la falta de autonomía económica, que se ve agravada si se toman en cuenta las variables de la baja educación y la deserción escolar que se observa en la muestra, aspecto que debe ser tomado en cuenta dado que se trata de variables que determinan dependencia económica, perpetuando de este modo el círculo vicioso de la pobreza, estableciendo patrones de crianza con riesgo de estabilidad emocional, lo que coincide con lo señalado en la literatura que destaca los riesgos de la maternidad adolescente (Hamel, 2000; González, 2003; Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega & Díaz, 2004; Ortiz, Borré, Carrillo & Gutiérrez, 2006).

Frente a una realidad tan compleja y variables tan desfavorables como la deserción escolar en las madres adolescentes (ver Anexo N° 8), cabe destacar el tema de “proyectos futuros de las madres adolescentes” como un dato que debe ser considerado por las políticas públicas en relación a la maternidad adolescente. Entre los proyectos a futuro de las adolescentes aparece la idea de terminar sus estudios (ver Anexo N° 11) en 23 de las 30 madres adolescentes. Si bien no se profundizó más al respecto se considera que el apoyo a las jóvenes desde las familias para continuar sus estudios puede ser un factor protector para la díada. En el caso del estudio colombiano ya señalado (Carrillo, et al., 2004) se indica como factores favorecedores



para la díada el apoyo a las jóvenes para terminar sus estudios y la presencia de límites claros en cuanto a roles.

Al respecto cabe señalar la importancia que tienen los límites en la dinámica familiar, para que la familia actúe como protectora de la madre adolescente, ya que en oposición a lo señalado en el estudio colombiano, Louis, et al. (2005), donde encontraron un bajo porcentaje de apego seguro. Estos autores fundamentan estos resultados en el hecho de que la mayoría de las madres adolescentes vivían con sus padres, afectando así el desempeño de habilidades parentales y continuando en su rol de adolescentes. Ello sugiere que el apoyo familiar será un factor protector de la díada siempre que en la dinámica familiar se establezcan límites y roles claros, respecto de la crianza del niño.

Respecto a la percepción de las adolescentes respecto a su embarazo, fue evaluado negativamente por 19 de las 30 madres (ver Tabla N° 11). Esta percepción negativa del embarazo en las madres adolescentes se vincula a las dificultades iniciales de la aceptación del embarazo, así como los conflictos familiares y de pareja, que son los que principalmente inciden en el estado de ánimo de la joven madre. Esta condición emocional es negativa para la constitución de un buen vínculo madre-hijo, recordando que la conducta de apego constituye un proceso gradual que sienta las bases en la relación previa al nacimiento entre la madre y su bebé. En consecuencia dicha dificultad de aceptación constituye un dato relevante pensando en el modelo de intervención clínica aplicable a este tipo de experiencias maternas.

La siguiente viñeta ilustra el grado y naturaleza del impacto de la condición analizada, lo que es concordante con los hallazgos de diferentes autores (Hamel, 2000; González, 2003; Carrillo, et al, 2004; Ortiz, et al., 2006)

*C21) “Sentí pena por mis papás, pero igual me ponía contenta... por tener un hijo con él...Le conté dos días después que supe...la reacción de mi mamá fue mala...y mi papá más mala, en todo el embarazo no me habló, recién ahora, para año nuevo empezó a hablarme...me afectó, porque era incomodo, no se, me daba pena, estar comiendo con alguien que no te habla, que no te quiere ahí”...*

Finalmente se estudió el grado de significación entre Riesgo relacional con Patrones de Apego con las figuras primarias en dos grupos; tomando como criterio agrupar a

aquellas madres adolescentes con apoyo de la familia y un segundo grupo las madres sin apoyo familiar. Esta distinción se realizó, por haberse encontrado significativa la relación Apoyo familiar y riesgo. Sin embargo estas agrupaciones no arrojaron resultados significativos (Ver Tabla N° 25 y 27), lo que puede explicarse en función del tamaño muestral insuficiente.

### **Vínculo de pareja en madres adolescentes**

Tal como se postuló, la etapa de la adolescencia constituye un período de transición donde se ha observado una transferencia significativa de los modelos biográficos de apego a los vínculos de apego a pares y a la pareja. Si bien, esa es la realidad encontrada en la muestra, la importancia de la relación de la pareja esta impregnada de las características de las relaciones románticas, teñida de poco compromiso y estabilidad respecto a la relación de pareja y al apoyo que perciben desde ella.

Al respecto, en este estudio se encontró que poco menos de la mitad, el 46,7% de las madres adolescentes no se sintieron apoyadas por su pareja durante el embarazo. Es interesante ver que los resultados encontrados en el estudio realizado por CEMERA (ob.cit) sobre las actitudes respecto al embarazo de las madres embarazadas, su pareja y familias, señalan que en lo que respecta a la pareja solo el 47% tuvo una actitud positiva al inicio del embarazo, aumentando al 52% al final del embarazo, manteniéndose una actitud de rechazo casi en la mitad de los casos (Luengo & González, 2003). Estos datos no difieren de los encontrados en el presente estudio, aun cuando el estudio de CEMERA se realizó en 1989. Ello sugiere que el modo de vinculación y nivel de compromiso inicial de las madres, no estaría relacionado con los cambios sociales, como en el caso de la aceptación familiar al embarazo adolescente. Esto apoyaría la idea que los modos particulares de relación de pareja y la falta de compromiso que las caracteriza constituyen un modelo sostenido a través del tiempo. Esta hipótesis puede vincularse a las características del amor idealizado, propio de esta edad, que se caracteriza por el bajo compromiso (Penagos, et al., 2006; Baeza, et al., 2007; Baeza, et al., 2005; Póo, et al., 2005). La búsqueda de satisfacción y goce en ese corto tiempo (Penagos, et al., 2006) y la presencia de relaciones inestables sin proyección a futuro.

Estas consideraciones se reflejan en parte en la siguiente viñeta donde se puede ver tanto la falta de proyección en el futuro como el temor a repetir la historia de pareja de su madre.

C15) *“mmmm, el me dice que ve el futuro conmigo, pero yo vivo el presente con él...me preocupa que pase lo mismo con mi papá verdadero. Ellos se casaron porque estaba embarazada, pero después la dejo y no lo vimos más, cuando yo tenía 7 años recién empezó a pololear con mi padrastro igual me costó, porque tenía que compartir a mi mamá, pero después le tome cariño”.*

Cabe destacar así mismo que sólo tres de las madres adolescentes incluyen el tema de pareja en sus proyectos futuros que consideran poder tener una casa para su nueva familia. Sólo una adolescente menciona su interés en formalizar su relación con el matrimonio en un futuro próximo (ver Anexo N° 11). Las adolescentes que incluyeron en sus proyectos la continuación de sus estudios o la inserción laboral, lo connotaron como una herramienta para enfrentar un posible término de su relación de pareja, como se desprende de la siguiente viñeta.

C5) *“Cuando tenga un añito lo voy a poner en una sala cuna, así puedo terminar mis estudios...para ponerme a trabajar...porque el día menos pensado me peleo con Gustavo y yo le dije que si yo termino con el no le voy a pedir nada para la guagua, que si el quiere darme algo bien....Así que si ahora tengo que trabajar y preocuparme del niño”.*

Respecto a las variables “apoyo de pareja” y “riesgo relacional, no se encontró una relación significativa entre ambas, lo que no permite sostener la hipótesis N° 3, que postulaba dicha relación, aun cuando se observa cierta tendencia, que no alcanza a ser estadísticamente significativa, lo que puede deberse al tamaño muestral insuficiente.

Si bien el 66,7% de las madres adolescentes se encontraban en pareja y el 33,3% estaban solas, el 93% de ellas no presentaban independencia económica y el 73% vivían con sus padres (ver Tabla N° 6).

Respecto a las relaciones de pareja se encontró un porcentaje muy alto de padres cronológicamente mayores a las madres. Sólo 5 padres del total de la muestra (N30) tenían edades que se encontraban en el rango de edades de las jóvenes, entre 16 y 18 años. El rango de edad de los padres del bebé es muy amplio, abarcando desde los 16 años a los 39 años (ver tabla N° 7), con una media de 22 años y una desviación estándar de 5 puntos (ver tabla N° 8). Predominan, como lo postula la literatura, las parejas mayores a las adolescentes, lo que en determinados casos constituye un factor que favorece el inicio prematuro de las relaciones sexuales. Este dato tiene

relevancia ya que si bien las parejas de las adolescentes fueron en su mayoría mayores esto no incidió en algún grado en la autonomía y consolidación de la relación. Es posible postular que el bajo nivel de compromiso en la relación puede explicar el no haber encontrado una relación significativa entre apoyo de la pareja y el riesgo relacional, lo que puede estar relacionado con la alta dependencia de la adolescente respecto a sus familias que cumplen un rol central en el establecimiento del vínculo con su hijo; dada su función de contención emocional y económica.

Tal como se postuló anteriormente la adolescencia como etapa del desarrollo debe enfrentar una serie de tareas en las que no se incluye la maternidad dado el insuficiente acceso a la estabilidad emocional, laboral y económica (Carrillo et al., 2004). Esta insuficiente estabilidad global se observa en las adolescentes estudiadas ya que un alto porcentaje de las parejas no presentaban la posibilidad de apoyar económicamente a estas madres. Sólo 5 madres vivían con sus parejas y el 46,7% del total manifestó la falta de apoyo por parte de sus parejas (ver Tabla N° 15). El porcentaje de madres adolescentes económicamente dependientes de sus padres fue del 73,3%, mientras que el 10% vivía con los padres de la pareja (ver gráfico 6). Respecto a lo laboral; solo 2 madres de las 30 trabajaban (ver Tabla N° 3).

De este modo se mantiene una problemática social mayor en la que las madres adolescentes no cuentan de manera independiente con los recursos para afrontar la maternidad y entregar un contexto apropiado para el desarrollo de sus hijos, manteniéndose de esta manera en los sectores de nivel socioeconómico mas bajo los círculos de pobreza.

## CONCLUSIONES

Los datos expuestos evidencian que en la muestra estudiada aparece un mayor porcentaje de historias de apego inseguro que en la población general de referencia. Si bien este dato no tuvo una relación estadísticamente significativa con el riesgo relacional observado en las díadas, es importante considerar el alto porcentaje observado en términos de riesgo relacional en las díadas (40%) y la relación estadísticamente significativa entre esta variable y la percepción de apoyo familiar. Ello permite considerar el apoyo familiar como un factor protector muy importante para la díada madre adolescente-hijo, función que en la percepción de las mismas, no cumpliría su pareja asociada a bajo nivel de compromiso y proyección futura.

Los resultados precedentes permiten señalar la presencia significativamente mayor de apego inseguro en las madres adolescentes en comparación con la población general de referencia. Desde la perspectiva de la teoría de apego, esto constituye un dato preocupante dado que los patrones de apego de la primera infancia tienden a permanecer estables proyectándose a los nuevos vínculos. La alta incidencia de apego inseguro en las madres adolescentes, podría estar vinculada con las dificultades en los límites, lo que se desprende de los resultados del PBI. Donde predomina la sobreprotección en las historias de apego inseguro de las madres adolescentes; así mismo las carencias afectivas vivenciadas en las historias de estas madres sitúan en algunos casos a sus hijos en la difícil tarea de llenar esta carencia, lugar que generará posiblemente mayores dificultades vinculares.

Este dato, del alto porcentaje de historias de apego inseguro es relevante en cuanto a la necesidad de ser considerado en los diseños de intervención con las madres adolescentes que faciliten y desarrollen la sensibilidad materna y la capacidad de mentalización para favorecer la respuesta sensible hacia sus hijos con el objeto de atenuar el efecto de la internalización de las experiencias tempranas no favorecedoras del vínculo temprano.

En relación a lo expuesto, cabe señalar que los estudios de Broussard (1995) y Lounds, et al. (2005) mostraron un mayor apego inseguro en hijos madres adolescentes, datos que a partir de los resultados del presente estudio podrían ser interpretarlos a la luz de la teoría de la persistencia transgeneracional de los modelos de apego (Fonagy). Estos hallazgos confirman la urgencia de implementar políticas

públicas que permiten el trabajo con madres adolescentes desde la perspectiva del apego, ya que tal como lo señalan Marrone (2001) y Rozenvel (2006) ello posibilitaría la internalización de nuevas experiencias positivas que aporten a la constitución del nuevo vínculo que se está gestando con su hijo.

Si bien no aparece una relación significativa entre apego inseguro con las figuras primarias de las madres adolescentes y el riesgo relacional con sus bebés, se encontró cierta tendencia de asociación lo que sugiere la necesidad de realizar nuevos estudios que consideren una población mayor. En efecto, el alto porcentaje de alto riesgo observado en las díadas (40%) requiere un estudio más específico a fin de poder establecer comparaciones con una muestra control tomada al azar para poder ver su significancia.

En relación a éste último dato, la percepción que tuvo un alto porcentaje de las adolescentes sobre su embarazo fue claramente negativo, lo que sin duda puede afectar directamente el proceso de establecimiento del vínculo. Esta percepción negativa del embarazo tuvo que ver con las situaciones que se generan alrededor de éste; en primer lugar el que sean embarazos no buscados que vienen a irrumpir en una etapa de la vida de las adolescentes en la que sus intereses están centrados en otros temas y en segundo lugar los conflictos que se generan con las personas que las rodean, así las madres reportan haber sentido miedo de comunicárselo a sus padres y a su pareja. Ello indica con claridad la necesidad de diseñar intervenciones que apunten a crear espacios accesibles de contención y apoyo durante el embarazo, favoreciendo de esta manera el inicio de la relación vincular entre la madre y el hijo, entre los lugares apropiados para que se desarrollen estos espacios se encuentran: la escuela y el consultorio. Es importante señalar que sólo una madre del total de entrevistadas tuvo una experiencia de este tipo que calificó como de gran ayuda.

Desde la variable de riesgo relacional se reflexiona respecto al diseño de la investigación, ya que se considera que la misma presentó fortalezas y debilidades que se deben destacar. Una de las ventajas que se encontró en el diseño de la investigación fue que al de recoger las muestras en la maternidad, se tuvo acceso a una población amplia, ya que es un lugar al que llegan todas las madres. De esta manera, se eliminó el posible sesgo que plantearon en su trabajo Espinoza & Vásquez (2006), quienes consideran que en su estudio al evaluar a madres en los controles de niño sano, existiría un sesgo en su muestra, ya que el hecho de llevar a sus hijos a control implicaría una preocupación positiva, explicando así la contradicción de sus

resultados, que mostraron una mayor presencia de vínculo seguro en estas díadas, con lo que se postulaba en la literatura.

En el caso de esta investigación, aun cuando la relación de las díadas que presentaron riesgo relacional y antecedente biográfico de apego inseguro, no se expresan en cifras estadísticamente significativas, la tendencia observada justifica continuar la indagación respecto a la continuidad de estos patrones, ya sea estudiando grupos cuantitativamente más amplios o diseñando el seguimiento de los casos estudiados.

Hay que señalar también que el diseño de esta investigación que aborda a las madres a pocas horas del parto, puede haber sido afectado por el contexto psicológico propio de la maternidad reciente, que sin duda induce en la madre una intensa movilización emocional. Ello sugiere la conveniencia de realizar estudios longitudinales que permitan estudiar la persistencia del modelo de constitución del vínculo observado

Retomando la idea de que para el desarrollo de la teoría de la mente el papel del cuidador es central y la capacidad de respuesta sensible del mismo se verá afectada por la forma en que internalizó las experiencias tempranas con sus cuidadores, se hace necesario considerar variables psicosociales cuya incidencia ha sido señalada en diversos estudios ya sea favoreciendo u obstaculizando el establecimiento del vínculo madre-bebé.

En lo que respecta a la pareja, se presentaron en muchos casos embarazos que no fueron buscados, pero tampoco tomaron medidas para prevenirlos. Este dato es relevante para la prevención de embarazos adolescentes, ya que estos datos revelan que existen todavía carencias en las políticas de educación sexual; si bien las adolescentes afirmaban tener conocimientos del uso de métodos anticonceptivos, un porcentaje importante no tenían una vida sexual responsable. Esta afirmación nos habla de que no se debe a falta de información, sino a la falta de conocimiento respecto de las consecuencias y a la responsabilidad que asumen al tomar estas conductas de riesgo. Así, la educación sexual debe estar planteada no sólo en entregar información respecto a prevención de embarazos, sino a adoptar una conducta responsable en la sexualidad y en conocer respecto a las situaciones a las que se exponen.

Otro dato que se puede asociar con estos hechos es que en la muestra algunas madres adolescentes habían abandonado la escuela antes de quedar embarazadas, por lo que siendo la deserción escolar un problema social que afecta a los sectores socioeconómicos bajos, se genera la necesidad de pensar en educación sexual que sea brindada en un momento oportuno; ya que la realidad social muestra que al quedar fuera del contexto educativo las posibilidades de llegar a estas jóvenes se pierde. La escuela debe ser tomada como un espacio para educar y debe ser aprovechada, respondiendo así a las demandas de las adolescentes.

En el grupo estudiado predominaron las parejas masculinas mayores que las adolescentes, como lo apoya la literatura, a excepción de cuatro de ellas. Aun cuando se trata de un número reducido, las parejas de adolescentes, sugiere la necesidad de indagar respecto a las necesidades específicas que puedan presentarse.

Un dato importante respecto a estas relaciones de pareja es que, si bien predominaron parejas mayores, éstas no contaban con la posibilidad de hacerse cargo de la madre adolescente y su hijo. Al respecto es sugerente que los datos obtenidos indican que los padres siguen siendo figuras de gran importancia, ligado al hecho de que su dependencia económica y emocional sigue siendo central. De esto da cuenta el hallazgo de una relación estadísticamente significativa entre riesgo relacional y apoyo familiar, asociándose de una manera inversa con el riesgo relacional, vale decir a mayor apoyo de la familia, menor riesgo relacional.

Este hallazgo puede constituir un aporte a las políticas públicas en lo que respecta al apoyo de las madres adolescentes, fenómeno que va en incremento y que debe ser abordado incluyendo a las familias, las que deben constituirse en un lugar de contención y educación para las adolescentes

Considerando la relación significativa entre la presencia de apoyo familiar y el bajo riesgo relacional, se considera de gran importancia para futuras investigaciones el realizar intervenciones que apunten a apoyar a las jóvenes y a sus padres en el proceso de la maternidad y definición de roles. Esta tarea que debe asumir la familia de la madre adolescente constituye desde luego un desafío difícil lo que confirma la relevancia de estimular y facilitar desde las políticas públicas el apoyo y acompañamiento en la función parento-familiar.

Por último debe destacarse que en el grupo estudiado, 23 de las madres mencionaron



como proyectos futuros terminar sus estudios. Esta motivación y la acogida que requiere es refrendada por los hallazgos del estudio realizado en Colombia (Carrillo, et al., 2004) que demostró la presencia de un vínculo adecuado en las adolescentes cuyas familias favorecieron el término de de sus estudios.

De esta manera se sostiene que emprendimientos como los que tiene actualmente el gobierno de Chile, junto con la JUNJI en la creación de más salas cunas como espacios para promover la relación madre adolescente-bebé, pueden incorporar al mismo tiempo la motivación y facilitación de la continuidad de estudios.

Lo hallazgos de esta investigación confirman la importancia de generar programas de intervención temprana para promover la capacidad de mentalización y la sensibilidad materna en las madres adolescentes, como una estrategia de promover el apego seguro y disminuir el riesgo relacional. Un espacio privilegiado en el que se podrían realizar estas intervenciones lo constituyen los consultorios al que acceden la mayoría de las madres en el control del niño sano. La misma función pueden cumplir las escuelas y salas JUNJI, espacios más habilitados para favorecer el logro de los proyectos de las adolescentes respecto a su futuro.

Siendo de este modo necesario plantear la vigencia del tema de la maternidad adolescente que si bien es un tema muy explorado, en la realidad social sigue repercutiendo y generando polémicos debates. Este trabajo pretendió así arrojar algunas luces sobre la realidad de las madres adolescentes, sus experiencias biográficas y la relación con sus hijos, así como destacar la importancia de realizar intervenciones oportunas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aiello, R. & Lancaster, S. (2007). Influence of adolescent maternal characteristic on infant development. *Infant Mental Health Journal*. Vol.28, Nº 5 (496-516).
2. Ainsworth, M.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, (709-716).
3. Albala, J. & Sepúlveda, P. (1997). *Adaptación del cuestionario Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker, Tupling y Brown, para la población consultante mayor de dieciséis años del gran Santiago*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad Central, Santiago de Chile.
4. Ammaniti, M., Van Ijzendoorn, M., Speranza, A. & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: an exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*. Vol. 2, Nº 3 (328-346).
5. Baeza, B., Poo, A., Vásquez, O. & Muñoz, S. (2005). Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. *Revista SOGIA*. Vol.12, Nº 2 (41-48).
6. Baeza, B., Póo, A., Vásquez, O., Muñoz, S. & Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. Vol.72, Nº 2 (76-81).
7. Bernardi, R., Schwatzman, L., Canetti, A., Cerutti, A., Trenchi, N. & Rosenberg, S. (1992). Adolescent maternity: a risk factor in povertysituations?. *Infant Mental Health Journal*. 13 (3); 211-218.
8. Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Argentina; Editorial Paidós.
9. Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Argentina; Editorial Paidós.
10. Broussard, E. (1995). Infant Attachment in a Sample of Adolescent Mothers. *Child Psychiatry and Human Development*. Vol. 25, Nº 4 (211-219).

11. Carrillo Ávila, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L., Vega, L. & Díaz, S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol.36, Nº 3 (409-430).
12. Casulla, M. & Fernández, M. (2005). *Los estilos de apego: teoría y medición*. Argentina; Ediciones JVE.
13. Dávila, M., Ormeño, V. & Vera, V. (1998). *Estandarización del P.B.I (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población de entre 16 y 64 años de edad del Gran Santiago*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
14. Espinoza, M. & Vásquez, M. (2006). *Observación del vínculo madre-hijo y sus asociación con las representaciones de los vínculos tempranos en madres adolescentes primerizas*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
15. Fernández, C. (2002). *Evaluación de un modelo psicosocial de una intervención grupal con adolescentes embarazadas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
16. Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Debelopment*. Vol. 8, Nº2 (123-138).
17. Fonagy, P. (1999). Persistencia transgeneracional del apego: una nueva teoría. *Revista de Psicoanálisis*. Nº 3 (89-111).
18. González, E. (2003) Aspectos sociales en la adolescente embarazada. En: Molina, R. (Ed.). *Salud sexual y reproductiva de la adolescencia* (500-514). Santiago Chile: Editorial Mediterraneo Ltda.
19. Grisolia, E. (2005) Ser madre adolescente. En: Oiberman, A. (Ed.). *Nacer y después... Aportes a la Psicología Perinatal* (191-193). Argentina; JCE Ediciones.

20. Hamel, P. (2000). Embarazo en adolescencia y salud mental. En: H. Montenegro y S. Guajardo, (Ed.). *Psiquiatría del niño y del adolescente* (397-405). Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.
21. Hein, A. (2004) Factores de Riesgo y delincuencia juvenil: Revisión literatura Nacional e Internacional. *Fundación Paz Ciudadana*.
22. Hernández, G., Kimelman, M. & Montino O. (2000) Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria. *Revista Médica de Chile* Vol.128, Nº11; 1283-1289.
23. Instituto Nacional de Estadísticas. (2000). Enfoques estadísticos. *Boletín informativo del Instituto de Estadística de Chile*. Nº9: Fecundidad. Santiago, Chile.
24. Issier, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la Cátedra de VI Medicina*. Nº 107 (11-23).
25. Kimelman, M. & González, L. (2003). Psicopatología del bebé. En: Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. (Ed.). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. (106-125). Santiago Chile:Editorial Mediterráneo Ltda.
26. Kimelman, M. (1999) *Manual para la complementación de la pauta de evaluación de riesgo relacional madres-recien nacidos*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Unidad de perinatalidad, Facultad de Medicina, Campus Sur. Universidad de Chile. Documento no publicado.
27. Kimelman, M. (2007) *Salud mental perinatal, Urgencia actual prevención futura*. Documento no publicado.
28. Kimelman, M., Nuñez, C., Hernández, G., Castillo, N., Paez, J., Bustos, S. & Montino, O. (1995). Construcción y evaluación de pauta de medición de riesgo relacional madre-recién nacido. *Revista Médica de Chile*. Vol.123, Nº6 (707-712).
29. Lounds, J., Borkowski, J., Whitman, T., Maxwell, S. & Weed, K. (2005). Adolescent Parenting and Attachment during infancy and early childhood. *Parenting: Science and Practice*. Vol.5, Nº 1 (91-118).

30. Luengo, X. & González, E. (2003). Hijos de madres adolescentes. En: Molina, R. (Ed.). *Salud sexual y reproductiva de la adolescencia* (525-534). Santiago Chile: Editorial Mediterraneo Ltda.
31. Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid; Prismática.
32. Martínez, C. & Santelices, P. (2005). Evaluación de Apego en Adultos: una revisión. *Revista Psykhe*. Vol.14, Nº1 (181-191).
33. Melis, F., Dávila, M., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. & Glober, S. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol.39, Nº 2 (132-139).
34. Molina, R. (2003) Adolescente y embarazo: Un problema emergente en salud pública. En: Molina, R. (Ed.). *Salud sexual y reproductiva de la adolescencia* (442-449). Santiago Chile: Editorial Mediterraneo Ltda.
35. Moltenil, R., Correal, S., Avondet, S., Antuña, E. & Defey, D. (2005) Evaluación del apego madre-hijo en las primeras setenta horas del postparto. *OB Stare: El mundo de la maternidad*. Nº. 16. (31-34).
36. Muñoz Cherevau, B., Berger Silva, C. & Aracena Alvarez, M. (2001). Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol.X, Nº 1 (21-34).
37. Oiberman, A. (2000). *Observando a bebés...Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo*. Argentina; Lugar Editorial.
38. Ortiz, J., Borré, A., Carrillo, S. & Gutiérrez, G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 38, Nº 1 (71-86).
39. Parker, G., Tupling, H. & Brown, B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. Vol.52 (1-10).

40. Penagos, A., Rodríguez, M., Carrillo, S. & Castro, J. (2006). Apego, relaciones románticas y autoconcepto en adolescentes bogotanos. *Universitas Psychologica*. Vol.5, Nº 1 (21-37).
41. Pereira, A., Canavarro, M., Cardoso, M. & Mendoca, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*. Vol. 40, Nº 159 (654-571).
42. Pinedo Palacios, J. & Satelices Álvarez, P. (2006). Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*. Vol.24, Nº 2 (201-210).
43. Poo, A., Baeza, B., Capel, P., Llano, M., Tuma, D. & Zúñiga, D. (2005). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Revista SOGIA*. Vol.12, Nº 1 (17-24).
44. Rozenel, V. (2006). Los modelos operativos internos (IWM) dentro de la teoría del apego. *Revista de Psicoanálisis*. Nº 23.
45. Sagi, A., Van Ijzendoorn, M., Scharf, M., Joels, T., Koren-Karie, N., Mayseless, O. & Aviezer, O. (1997). Ecological constraints for intergenerational transmission of Attachment. *International Journal of Behavioral Development*. Vol. 20, Nº 2 (287-299).
46. Thompson R. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development*. Vol.71, Nº 1 (145-152).
47. Valdivia, M. & Molina, M. (2003). Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XII, Nº 2 (85-109).
48. Van Ijzendoorn, M. & Zwart-Woudstra, H. (1995). Adolescents' attachment representations and moral reasoning. *The journal of Genetic Psychology*. Tomo 159, Nº 3 (359-).

49. Van Ijzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, Vol. 117, N° 3 (387-403).

## **ANEXO N° 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_participo de este estudio voluntariamente y se me ha informado acerca del Trabajo de Tesis para el que serán empleadas mis entrevistas, manteniendo la confidencialidad de mis datos personales y de la información que otorgue a la investigadora.

**Santiago, \_\_\_\_\_2007**



## ANEXO N° 2

### PAUTA DE EVALUACION RELACIONAL MADRES-RECIÉN NACIDOS (KIMELMAN, 1999)

UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

CAMPUS SUR

PROGRAMA DE SALUD MENTAL PERINATAL

#### Identificación familiar:

Nombre de la madre..... Edad.....

Nombre del padre.....Edad.....

Nombre del bebé.....Edad Gestacional.....

Fecha de nacimiento..... Peso      Talla

Paridad.....Edad hermanos

Género del bebé.....

Domicilio.....Teléfono.....

Consultorio.....Profesional a cargo.....

Fecha de la evaluación.....

#### A) Observación de la interacción madre-bebé

##### a) Contacto físico:

1. Ocurrencia: Sí (\_\_\_)      2.Tipo: Cariñoso (\_\_\_) No cariñoso (\_\_\_)      No (\_\_\_)

##### b) Verbalizaciones:

1. Ocurrencia:    Sí (\_\_\_) 2.Tipo: Cariñoso (\_\_\_) No cariñoso (\_\_\_)      No  
(\_\_\_)

##### c) Contacto visual:

1. Ocurrencia: Sí (\_\_\_) 2. Tipo: Cariñoso (\_\_\_) No cariñoso (\_\_\_) No  
(\_\_\_)

**B) Observación de como la madre se ocupa de su bebé al:**

	Competencia
a) Alimentarlo:	Sí (___) No (___)
b) Mudarlo:	Sí (___) No (___)
c) Calmarlo:	Sí (___) No (___)

**C) Observación de la tolerancia de la madre frente al llanto del bebé:**

Lo intenta calmar	Sí (___) No (___)
Se aleja	Sí (___) No (___)
Se irrita	Sí (___) No (___)

**D) Entrevista a la madre sobre el grado de aceptación de las siguientes características del bebé:**

a) Género:	Sí (___) No (___)
b) Aspecto físico:	Sí (___) No (___)
c) Conducta:	Sí (___) No (___)

**E) De la observación realizada:**

a) La Interacción le parece:

Armónica (___)	Disármónica (___)
----------------	-------------------

b) La Tonalidad afectiva de la madre le parece:

Placentera (___)	Displacentera (___)
------------------	---------------------

**F) Conclusión: De los resultados obtenidos la relación madre-recién nacido le parece:**

Una díada de bajo riesgo	(___)
Una díada de alto riesgo	(___)

**Comentarios adicionales:**

## ANEXO N° 3

### PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo recuerda usted a su madre en su infancia.

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

**Muy en desacuerdo: 1**

**Moderadamente en desacuerdo: 2**

**Moderadamente de acuerdo: 3**

**Muy de acuerdo: 4**

Evalúe el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada.

Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su MADRE.

-----  
-----

Muy en desacuerdo    Muy de acuerdo

1    2    3    4

1. Me hablaba con una voz cálida y amistosa				
2. No me ayudaba tanto como yo la necesitaba				
3. Evitaba que yo saliera solo				
4. Parecía emocionalmente fría hacia mi				
5. Parecía entender mis problemas y mis preocupaciones				
6. Era afectuosa conmigo				
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones				
8. No quería que creciera				
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía				
10. invadía mi privacidad				
11. Se entretenía conversando cosas conmigo				
12. Me sonreía frecuentemente				
13. Me regaloneaba				
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba				
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo				
16. Me hacía sentir que no era deseado				
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto o				

perturbado				
18. No conversaba mucho conmigo				
19. Trataba de hacerme dependiente de ella				
20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo a menos que ella estuviera cerca				
21. Me daba toda la libertad que yo quería				
22. Me dejaba salir lo que yo quería				
23. Era sobreprotectora conmigo				
24. No me elogiaba				
25. Me permitía vestirme como se me antojara				

## ANEXO N° 4

### PUNTAJES DE CORRECCION CUESTIONARIO PARENTAL BONDING INSTRUMENT (Dávila, Ormeño & Vera, 1998)

	Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	
1. Me hablaba con una voz cálida y amistosa	0	1	2	3	Cuidado
2. No me ayudaba tanto como yo la necesitaba	3	2	1	0	Cuidado
3. Evitaba que yo saliera solo	0	1	2	3	Sobreprotección
4. Parecía emocionalmente fría hacia mi	3	2	1	0	Cuidado
5. Parecía entender mis problemas y mis preocupaciones	0	1	2	3	Cuidado
6. Era afectuosa conmigo	0	1	2	3	Cuidado
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones	3	2	1	0	Sobreprotección
8. No quería que creciera	0	1	2	3	Sobreprotección
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía	0	1	2	3	Sobreprotección
10. invadía mi privacidad	0	1	2	3	Sobreprotección
11. Se entretenía conversando cosas conmigo	0	1	2	3	Cuidado
12. Me sonreía frecuentemente	0	1	2	3	Cuidado
13. Me regaloneaba	0	1	2	3	Cuidado
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba	3	2	1	0	Cuidado
15. Me permitía decir las cosas por mi mismo	3	2	1	0	Sobreprotección
16. Me hacía sentir que no era deseado	3	2	1	0	Cuidado
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado	0	1	2	3	Cuidado
18. No conversaba mucho conmigo	3	2	1	0	Cuidado
19. Trataba de hacerme dependiente de ella	0	1	2	3	Sobreprotección
20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo a menos que ella estuviera cerca	0	1	2	3	Sobreprotección
21. Me daba toda la libertad que yo quería	3	2	1	0	Sobreprotección
22. Me dejaba salir lo que yo quería	3	2	1	0	Sobreprotección
23. Era sobreprotectora conmigo	0	1	2	3	Sobreprotección
24. No me elogiaba	3	2	1	0	Cuidado
25. Me permitía vestirme como se me antojara	3	2	1	0	Sobreprotección

Para conocer si un puntaje bruto es alto a bajo en una escala, este debe ser transformado, según las normas en puntajes percentiles y/o puntajes T normalizados:

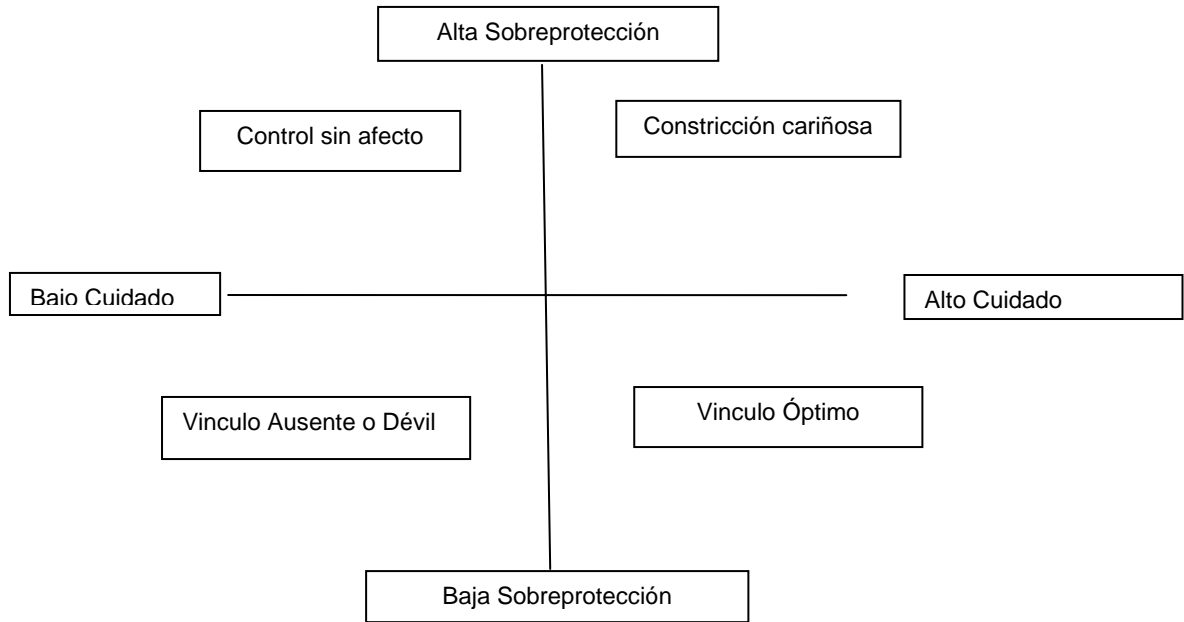
Percentil, se considera Bajo: inferior al puntaje percentil 25 y Alto: si es superior a puntaje percentil 75.

En el caso de Puntaje T: Alto superior a puntaje T de 60 y Bajo inferior a puntaje T 40.

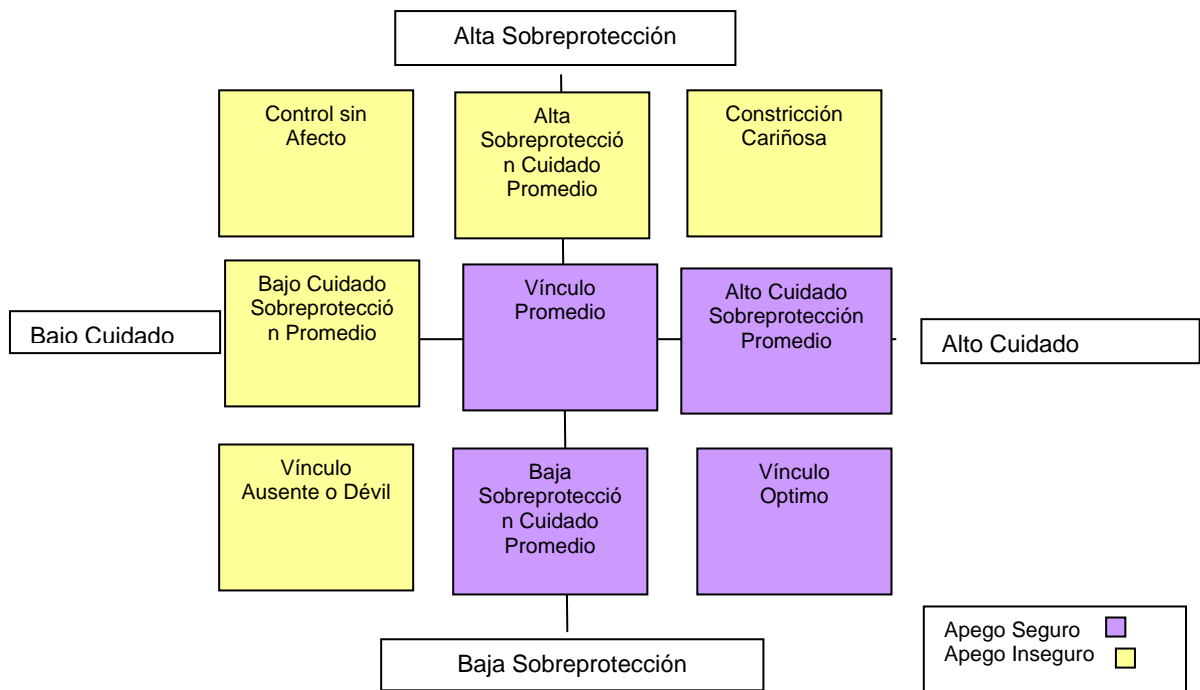
# ANEXO Nº 5

## Recategorización de Variable Apego con figura primaria

### Categoría PBI



### Recategorización



## **ANEXO N° 6**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES DE LA MADRE ADOLESCENTE**

#### **Áreas a abordar:**

##### **1) Situación de pareja:**

Indagar puntos sobre la estabilidad de la misma, tiempo de pololeo, si convive o no con él, sostén de la pareja (en que la siente o en que no), aceptación de la familia de la pareja o no.

##### **2) Historia del Embarazo**

Indagar puntos como: inicio de la sexualidad, edad, experiencia única o previas, uso de métodos anticonceptivos, si fue un embarazo buscado o no, si fue aceptado o hubo rechazo, explorar ideas abortivas, cómo se sintió durante el embarazo.

Indagar temas que involucren cómo fue la espera del bebé, interacciones materno-fetal, la presencia de sueños con el bebé, diálogo con el bebé, sensaciones sobre los movimientos fetales, pensó nombres, lo imagino.

Situaciones de estrés que vivió durante el embarazo. Parto (acompañada o sola), quien la llevó, que sintió cuando lo vio.

##### **3) Situación familiar**

Personas con las que convive.

Profundizar la relación con ellas y si siente que puede contar con algunos de ellos y en qué.

Antecedentes de maternidad adolescente en la familia.

##### **4) Maternidad precoz y proyecto de vida**

Se indagará sobre como se visualizan a ellas mismas a partir de este cambio en su vida (temas como estudio, familia, pareja, entre otros).

## ANEXO N° 7

### Resultados de las variables medidas por casos

N	Edad	Riesgo relacional	Apoyo de la Pareja	Apoyo familiar	PBI
C1	16	Alto	no	no	Inseguro
C2	16	Bajo	si	si	Seguro
C3	18	Bajo	si	si	Seguro
C4	18	Bajo	no	si	Seguro
C5	17	Bajo	no	no	Inseguro
C6	16	Bajo	no	si	Inseguro
C7	17	Bajo	si	si	Seguro
C8	17	Bajo	si	si	Inseguro
C9	16	Alto	si	no	Inseguro
C10	16	Bajo	no	si	Seguro
C11	16	Bajo	no	si	Inseguro
C12	16	Alto	si	si	Inseguro
C13	17	Alto	no	no	Inseguro
C14	16	Bajo	no	si	Inseguro
C15	17	Alto	si	si	Inseguro
C16	18	Bajo	si	si	Seguro
C17	17	Alto	si	no	Seguro
C18	18	Bajo	no	si	Inseguro
C19	16	Alto	no	si	Seguro
C20	17	Bajo	si	si	Seguro
C21	16	Bajo	si	si	Inseguro
C22	17	Alto	no	no	Seguro
C23	18	Alto	si	no	Inseguro
C24	17	Bajo	si	si	Seguro
C25	17	Bajo	no	si	Seguro
C26	18	Alto	no	si	Inseguro
C27	16	Bajo	si	si	Seguro
C28	18	Alto	no	si	Inseguro
C29	16	Bajo	si	si	Seguro
C30	17	Bajo	si	si	Seguro



## ANEXO Nº 8

### Datos obtenidos por casos en la entrevista semiestructurada sobre las madres adolescentes

N	Edad	Nivel de Estudio	Ocupación	Antecedente familiar de embarazo	Inserción familiar
C1	16	Básico incompleto	Dueña de casa	NO	Familia nuclear
C2	16	3º medio	Estudiante	NO	Familia de la pareja
C3	18	4º medio (incompleto)	Estudiante	SI	Familia de la pareja
C4	18	Dejo 2º medio (antes del embarazo)	Dueña de casa	NO	Familia nuclear
C5	17	Dejo 1º medio (antes del embarazo)	Dueña de casa	NO	Pareja
C6	16	Dejo 1º medio (antes del embarazo)	Dueña de casa	SI	Familia nuclear
C7	17	3º básico	Trabaja en una empresa	SI	Pareja
C8	17	Dejo 2º medio (antes del embarazo)	Dueña de casa	NO	Familia nuclear, vivió con su pareja hasta los 7 meses
C9	16	Dejo 1º medio (durante embarazo)	Dueña de casa	NO	Familia de la pareja
C10	16	Termino 3º medio	Estudiante	NO	Familia nuclear
C11	16	Básico completo	Trabaja en la feria	NO	Familia nuclear
C12	16	Dejo 1º medio (durante embarazo)	Dueña de casa	SI	Familia nuclear
C13	17	Termino 4º ingreso a la Universidad	Estudiante	SI	Familia nuclear
C14	16	Termino 3º medio	Estudiante	SI	Familia nuclear
C15	17	Termino 4º medio	Estudiante	SI	Familia nuclear
C16	18	Termino 4º medio	Estudiante	NO	Familia nuclear
C17	17	Dejo, 2º medio (durante embarazo)	Dueña de casa	SI	Pareja
C18	18	Termino 4º medio (falta práctica)	Dueña de casa	SI	Familia nuclear
C19	16	Dejo 7º básico (durante embarazo)	Dueña de casa	NO	Familia nuclear
C20	17	Termino 4º medio (falta práctica)	Estudiante	NO	Familia nuclear
C21	16	Termino 2º medio	Estudiante	NO	Familia nuclear
C22	17	Dejo 2º medio (durante embarazo)	Dueña de casa	SI	Familia nuclear
C23	18	4º medio (exámenes libres)	Estudiante	NO	Pareja
C24	17	Termino 4º medio	Estudiante	NO	Pareja
C25	17	Dejo 3º medio, para cuidar a su papá enfermo	Dueña de casa	NO	Familia nuclear
C26	18	Termine 4º medio (falta práctica)	Estudiante	NO	Familia nuclear
C27	16	Dejo 2º medio (antes del embarazo)	Dueña de casa	NO	Familia nuclear
C28	18	Rindiendo libre 3º y 4º medio	Estudiante	NO	Familia nuclear
C29	16	Dejo 1º medio (antes del embarazo)	Dueña de casa	NO	Familia nuclear
C30	17	Termine 2º medio	Estudiante	NO	Familia nuclear

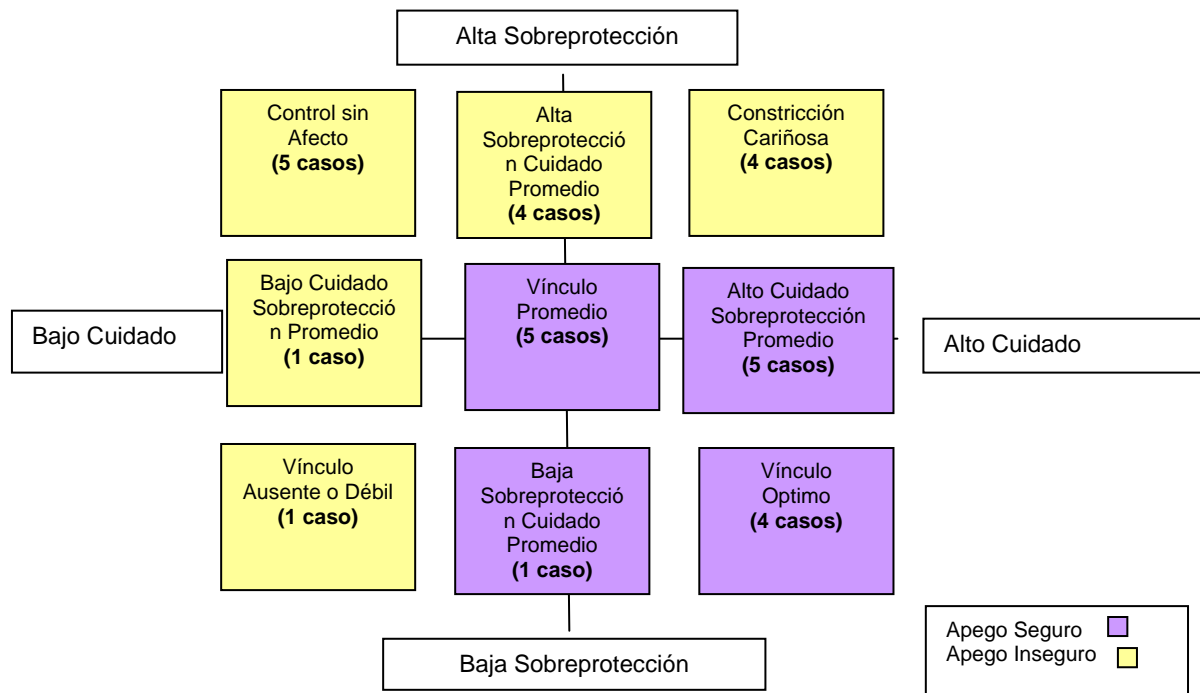
## ANEXO N° 9

### Datos obtenidos por casos en la entrevista semiestructurada sobre los padres del bebé

N	Edad de la madre	Apoyo de la Pareja	Edad del padre	Ocupación
C1	16	no	26	Bar man
C2	16	si	19	Reponedor
C3	18	si	24	Trabaja de guardia
C4	18	no	-	No sabe
C5	17	no	23	Chofer
C6	16	no	27	Trabaja en el norte (jornalero)
C7	17	si	26	Trabaja en una empresa de zapatillas
C8	17	si	29	Cesante
C9	16	si	19	Repartidor
C10	16	no	20	Panadero
C11	16	no	39	Feriante
C12	16	si	20	No sabe
C13	17	no	20	Estudiante - repitió 4º medio
C14	16	no	20	No sabe
C15	17	si	19	Decorador
C16	18	si	21	Trabaja en una empresa
C17	17	si	19	Trabaja en una empresa
C18	18	no	31	No sabe
C19	16	no	19	Trabaja en los Ángeles (jornalero)
C20	17	si	17	Estudiante, paso a 4º medio
C21	16	si	18	Jornalero
C22	17	no	27	Cesante
C23	18	si	25	Operario de fábrica de plásticos
C24	17	si	20	Ayudante de internación
C25	17	si	16	Empaquetador
C26	18	no	26	No sabe
C27	16	si	17	Construcción
C28	18	no	19	Estudiante
C29	16	si	19	Obrero de cosecha
C30	17	si	16	Estudiante

## ANEXO N° 10

### Resultados obtenidos en el gráfico de la recategorización de Variable Apego con figura primaria



## ANEXO N° 11

### Datos obtenidos por casos en la entrevista semiestructurada sobre proyectos futuros

N	EDAD DE LA MADRE	PROYECTO
C1	16	Seguir estudiando.
C2	16	Seguir estudiando-universidad.
C3	18	Seguir estudiando-universidad.
C4	18	Seguir estudiando-terminar 4º y trabajar.
C5	17	Seguir estudiando cuando su hijo tenga 1 año, terminar 4º y trabajar. Por si termina con su pareja.
C6	16	Seguir estudiando-terminar 4º y luchar por su hijo.
C7	17	Bautizar a mi hijo y casarnos en abril.
C8	17	Terminar de estudiar, cuando la guagua sea más grande arrendar algo con su pareja, cerca de lo de su mamá.
C9	16	No se, todavía no caigo que soy mamá.
C10	16	Seguir estudiando-terminar 4º, que es lo que le puedo dar.
C11	16	Cuidar a su hijo.
C12	16	Estudiar.
C13	17	De acá a 6 años independizarse arrendar algo para ella y su hijo. Haber terminado sus estudios en 5 años y poder trabajar.
C14	16	Seguir estudiando.
C15	17	Trabajar, cuando deje el pecho y más adelante, si puede, estudiar.
C16	18	Cuidarlo, trabajar, en diciembre sale la casa para irse a vivir los tres.
C17	17	Cuidar a su hijo.
C18	18	Cuidar a su hijo, trabajar cuando ya no tome pecho.
C19	16	Terminar estudios y después trabajar.
C20	17	Terminar estudios, trabajar, darle algo a su hijo, quiere su casa y esas cosas.
C21	16	Terminar estudios, por si más adelante no está más con su pareja.
C22	17	Esperar que cumpla 1 año para trabajar.
C23	18	Terminar estudios y después trabajar
C24	17	Esperar que sea más grande y terminar estudios, hacer el preuniversitario.
C25	17	Estudiar mas que nada y trabajar.
C26	18	Terminar de estudiar, después trabajar.
C27	16	Estudiar y sacarla adelante a su hijo.
C28	18	Estar con su hijo, trabajar y estudiar.
C29	16	Sacar cuarto medio, estudiar, tener su casa, trabajar seguir adelante.
C30	17	Estudiar, trabajar tener un futuro para su hijo, su casa, sus cositas

## ANEXO Nº 12

### PUNTAJES OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO PARENTAL BONDING INSTRUMENT (Dávila, Ormeño & Vera, 1998)

<b>N</b>	<b>Edad de la madre</b>	<b>CATEGORÍA</b>
C1	16	Cuidado promedio sobreprotección alta
C2	16	Cuidado promedio sobreprotección baja
C3	18	Vínculo promedio
C4	18	Vínculo óptimo
C5	17	Control sin afecto
C6	16	Constricción cariñosa
C7	17	Vínculo promedio
C8	17	Constricción cariñosa
C9	16	Vínculo ausente
C10	16	Alto cuidado sobreprotección promedio
C11	16	Constricción cariñosa
C12	16	Constricción cariñosa
C13	17	Control sin afecto
C14	16	Control sin afecto
C15	17	Cuidado promedio sobreprotección alta
C16	18	Vínculo óptimo
C17	17	Vínculo promedio
C18	18	Control sin afecto
C19	16	Alto cuidado sobreprotección promedio
C20	17	Alto cuidado sobreprotección promedio
C21	16	Cuidado promedio sobreprotección alta
C22	17	Vínculo promedio
C23	18	Control sin afecto
C24	17	Vínculo óptimo
C25	17	Alto cuidado sobreprotección promedio
C26	18	Bajo cuidado sobreprotección promedio
C27	16	Vínculo promedio
C28	18	Cuidado promedio sobreprotección alta
C29	16	Vínculo óptimo
C30	17	Alto cuidado sobreprotección promedio

## ANEXO Nº 13

### RELATOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE NO SE REFIRIERON A SUS MADRES BIOLÓGICAS EN EL CUESTIONARIO PARENTAL BONDING INSTRUMENT.

La mamá del C9 prefirió referirse a su tía, la prima de su papá que se hizo cargo de ella en los primeros momentos, apenas falleció su mamá. La tía parece ser en su relato una figura central, aunque negativa, en su biografía:

*C9) “Mi mamá falleció cuando tenía 42 años, creo, yo estaba en sus brazos, yo tenía 4 años. Es lo único que me acuerdo de ella, sino me acuerdo si veo fotos, creo que murió de un infarto al corazón... pase de casa en casa. Estuve en lo de una tía, como tres años, la prima e mi papá...ella cuando se enteró que estaba embarazada, se puso a llorar y me decía que cómo podía haber hecho eso...eran lágrimas de cocodrilo, digo lágrimas de cocodrilo porque ella me pegaba a mi cuando vivía con ella, me pegaba con el cable de la tele, por eso no viví más con ella. Otro tiempo viví con mi hermana, pero mi sobrino me pegaba, así que después me fui con mi papá y mi madrastra también me pegaba y después volví otro tiempo con mi hermana y mi cuñado me pegaba, y mi sobrino me sacaba la chucha, así que volví a lo de mi madrastra”.*

En el caso 10, la madre adolescente se refiere a su “mamá”, haciendo referencia a su mamá sustituta. Ella se hizo cargo de ella cuando murió su mamá:

*D10) “Mi mamá murió el 25 de enero de este año...Tenía 75 años cuando se murió, ella me adoptó cuando tenía 3 años y ella 61; mi mamá era una sobrina de mi mamá que se murió cuando yo tenía 2 años”.*

Por último, el caso 11. En este caso la madre adolescente prefiere referirse en el PBI a la señora que la crió. Su mamá biológica la dejó a su cuidado cuando tenía un año. Actualmente hacen 4 años, desde que murió la señora que la crió, que retomó la relación con su madre biológica:

*D11) ”Antes yo no vivía ahí...yo vivía en otro lado...con otra señora que me crió a mi, ella me enseñó hartos valores, hartas cosas, después ella murió y yo me vine a vivir*

*con mi mamá verdadera. Yo he hecho hartas cosas, igual he trabajado, he aperedo en hartas cosas, igual he sido independiente de siempre, por ejemplo yo nunca le he pedido nada a mi mamá, yo todo me lo he ganado sola....Ella se llamaba Carmen, mi mamá anterior. Andrea se llama mi mamá verdadera, ella me entrego cuando yo tenia 1 año y tanto. Porque ella viajaba pa Europa y yo...pasaron 13 años y viví con mi mamá Carmen, ahí viví con tres hermanos, con tres hombres, son los que me han venido a ver ahora, o sea nunca perdí el contacto con ellos, ayer me vinieron a ver los tres, con las señoras, vino mi papá que me crió igual, o sea yo no he perdido el contacto con ellos, yo siempre voy a ser la regalona igual. Mi papá me dice que aunque yo no sea de la sangre de el, siempre voy a ser su hija, nunca me hicieron a un lado, igual esa es la otra fuerza que yo tengo. Porque cuando a uno sabe que mas gente lo apoya, es como que mas fuerza tiene, entonces, es más bonito.*

*Era diabética, íbamos un día en el auto, a comprar un juego de living y se le reventó el pulmón, murió al instante, no sintió nada. Yo sufrí caleta, me dio depresión, adelgace caleta, quería puro morirme, fue todo un año...y menos mal que llego mi mamá que esta ahora, sino no se que hubiera hecho...es que en un estado de depresión cualquier persona puede ayudar y ahí empezamos a compartir juntas, lo que habíamos perdido, ahora nos llevamos súper bien, la raja”.*