



TRABAJO FINAL DE GRADO

UN RECORRIDO ACERCA DE LA TEORÍA DE APEGO Y LAS TÉCNICAS PARA EVALUARLA EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICAS CON NIÑOS.

Estudiante: Valentina Rodríguez

Tutora: Prof. Adj. Mag. Margarita Fraga

Revisora: Prof. Adj. Mag. Lourdes Salvo

30/10/2016- Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA TEORIA DE APEGO	
1.1. Breve reseña sobre los pioneros: John Bowlby y Mary Ainsworth.....	5
1.2. La importancia del vínculo temprano y la construcción de subjetividad.....	7
1.3. Definición de la teoría del apego.....	8
1.4. La conducta de apego.....	10
1.5. Transmisión generacional del apego.....	11
1.6. Tipos de apego.....	12
1.6.1. Apego seguro.....	12
1.6.2. Apego inseguro.....	13
1.6.3. Trastornos en el apego.....	16
CAPITULO 2: EVALUACIÓN DEL APEGO EN LA CLINICA PSICOANALITICA CON NIÑOS.	
2.1. Conceptualizando la clínica psicoanalítica con niños.....	18
2.2. Técnicas psicoanalíticas para evaluar el tipo y la calidad de apego.....	21
2.2.1. Entrevista de juego.....	21
2.2.2. Técnica gráfica: “Dibujo de la familia”.....	23
2.2.3. Escalas de parentalidades positivas.....	25
2.2.4. Entrevistas diádicas madre-hijo/a.....	28
REFLEXIONES FINALES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXOS.....	34

RESUMEN

En el presente trabajo final de grado se pretende conceptualizar sobre la teoría de apego la cual ofrece enriquecedoras visiones sobre las relaciones entre los seres humanos. De esta manera se expondrá el tema articulando conceptos teóricos con prácticos-clínicos, intentando responder a la pregunta sobre qué técnicas se pueden utilizar para evaluar el apego en la consulta psicoanalítica. Siempre teniendo en cuenta la singularidad de cada caso, las particularidades de la consulta y el tipo de trabajo del psicólogo.

El conocimiento de la teoría por parte de los psicólogos aporta un mayor entendimiento en las complejidades que el niño manifiesta en la consulta psicológica. Observándose así que los factores ambientales y familiares son la base de muchas de las problemáticas y síntomas que manifiestan los niños. Si bien varios psicoanalistas han trabajado sobre la teoría, aún hoy en día son pocos los que utilizan este concepto como postura clínica.

PALABRAS CLAVE: Teoría de apego- Vínculo temprano- Tipos de apego- Caja de juego- Técnicas gráficas.

INTRODUCCIÓN

La presente monografía está enmarcada en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología. El interés en esta temática surgió a partir de algunas materias optativas que han ayudado a profundizar diferentes aspectos tanto clínicos como del desarrollo evolutivo de los niños. Así como también la pasantía realizada en una escuela de contexto con niños de etapa preescolar hasta sexto año. El tema elegido fue el apego y las técnicas para evaluarlo en la clínica psicoanalítica con niños. Teniendo en cuenta que no hay material bibliográfico que articula ambas temáticas este trabajo requirió una profunda búsqueda y sistematización de la lectura.

El objetivo de ésta es brindar información sobre la teoría de apego, y crear una “batería” de instrumentos que sirvan para evaluarla en la clínica con niños. Pudiendo utilizar estas técnicas como base para la elaboración de un proceso psicodiagnóstico.

Asimismo al comenzar la monografía surgieron preguntas tales como ¿es importante saber el estilo de apego en un niño?, ¿existen instrumentos para detectarlo?, ¿Cuáles?, entre otras.

En el capítulo 1 se pretende contestar estas preguntas planteando algunas nociones como qué es la teoría, la conducta, y los tipos y trastornos de apego, desde una lectura más teórica. Se intentará hacer un recorrido desde los orígenes y la contextualización de cómo nació el concepto, los autores principales que la desarrollaron, así como también aportes de conceptos básicos para un mejor entendimiento de la temática como es el ejemplo de vínculo temprano.

De la misma forma en el capítulo 2 se incluirán algunos instrumentos que sirven para evaluar el apego en la clínica con niños. Tales como la entrevista de juego, la técnica gráfica del “dibujo de la familia”, el test de las “escalas de parentalidades positivas” y las entrevistas diádicas. Teniendo en cuenta que estas técnicas han sido seleccionadas para este trabajo sabiendo que muchas otras han quedado afuera debido a la extensión permitida de la monografía.

Se postularán dos visiones: vínculos saludables y no saludables; estableciendo lo que implica cada una de estas y sus consecuencias. El vínculo saludable del cuidador principal con el bebé se verá que comienza desde la gestación y es lo que le permitirá al niño sentirse seguro y confiado pudiendo construir relaciones favorables en un futuro. En cambio en los vínculos no saludables se observará cómo se muestran los niños en estos casos y lo perjudicial que puede ser para la “construcción de subjetividad” que irá formando ese pequeño a lo largo de la vida.

Finalmente se realizará una reflexión final acerca del desarrollo del contenido de la monografía, intentando abarcar aspectos tanto favorables como desfavorables que permitan establecer una visión crítica de la misma.

CAPITULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA TEORIA DE APEGO

1.1- BREVE RESEÑA SOBRE LOS PIONEROS: JOHN BOWLBY Y MARY AINSWORTH.

Al comenzar a pensar en los orígenes de la teoría de apego se hace inevitable destacar para una mejor comprensión, algunos aspectos biográficos de los principales investigadores, John Bowlby y Mary Ainsworth. Estos autores fueron quienes se interesaron en esta temática, ya que creían que el vínculo que establece el niño con su principal cuidador los primeros meses de vida, es fundamental para explicar algunos fenómenos que le ocurren al niño. La identificación, la representación de los modelos parentales, la elección de los vínculos futuros, son algunos de ellos. Se comenzaron a estudiar los comportamientos en niños y pensar si la figura del cuidador tiene influencia en esto

John Bowlby fue un psicoanalista británico nacido en 1907, obtuvo su título de médico en 1933, y trabajó dos años en el Maudsley Hospital como psiquiatra infantil. Más tarde el mismo trabajó en el Departamento Infantil de la Clínica Tavistock en Londres. En 1948 la Organización Mundial de la Salud le encomendó la tarea de investigar las necesidades de los niños sin hogar, huérfanos y separados de sus familias, producto de la Segunda Guerra Mundial. A partir de sus estudios e investigaciones comenzó a cuestionar el psicoanálisis e interesarse cada vez más por el vínculo interpersonal.

Un acontecimiento importante fue que la psicoanalista Melanie Klein fue su supervisora por un tiempo, sin embargo no compartía muchas opiniones con ella. En 1969 publica el libro "Apego y pérdida" y menciona que hasta el momento no había estudios exhaustivos sobre vínculo temprano. Propone al comportamiento de apego como una estrategia de supervivencia para la protección del infante, y fallece en el año 1990.

Mary Ainsworth fue una psicóloga estadounidense nacida en 1913. Se graduó en la universidad de Toronto en 1935 y posteriormente obtuvo su doctorado en psicología del desarrollo en 1939. Formó parte del equipo "Canadian Women's Corp" durante la Segunda Guerra Mundial. Luego se traslada a Londres para formar parte del equipo de investigación en la clínica Tavistock donde conoce a John Bowlby.

Muchos psicoanalistas rechazaron a Bowlby y su teoría del apego porque lejos estaba de la corriente psicoanalítica, y los principios de la misma. A pesar de haber recibido críticas debido a que la relación madre-hijo aún no se consideraba un aspecto de relevancia, Bowlby y Ainsworth siguieron adelante con sus investigaciones.

Tal es así que más tarde Ainsworth viaja a Uganda con su esposo donde realiza su propia investigación llamada "Situación extraña". Algunas autoras tales como Mesa, Estrada y Bahamón (2009) definen esta investigación "como un método que se aplica durante el primer año de vida para determinar el estilo de apego del infante, es de carácter universal y se activa principalmente en momentos de peligro y amenaza para el pequeño". (p.130)

Ésta investigación se desarrolló entre 1954 y 1955 y el propósito era constatar el tipo de apego relacionándolo a las diferentes conductas que mostraba el bebé. Dos autoras argentinas Rodríguez y Oiberman (s.f) realizaron esta prueba con bebés y añadieron que se sometía a los bebés a tres situaciones estresantes: 1- un lugar desconocido, 2- la interacción con una persona extraña, y 3- dos breves separaciones con el cuidador principal.

La misma se desarrollo en dos etapas estratégicamente. En la primera etapa se presentaba la madre con su bebé en una sala donde jugaban juntos, luego la madre se iba dejándolo solo. Más tarde entraba a la sala una persona desconocida. Y finalmente esa persona se iba y volvía la madre.

En la segunda etapa la madre jugaba con el bebé en la sala y entraba una persona extraña permaneciendo unos minutos, seguidamente la madre se iba y el bebé permanecía con el extraño. Hasta que finalmente la madre regresaba.

Tanto en la primera etapa como en la segunda se observó cual fue la reacción del bebé al quedarse solo unos minutos, luego si la persona desconocida lo tranquilizaba o no y cómo recibía a la madre cuando regresaba.

Se demostró que los bebés con "apego seguro" eran aquellos que junto a su madre exploraban la habitación y los juguetes, lloraban ante su partida y se alegraban y aferraban a ella ante el reencuentro. Sin embargo los bebés con "apego inseguro" interactuaban con su madre cuando estaba presente, lloraban ante su partida pero se resistían al contacto físico y no lograban calmarse cuando esta regresaba.

Finalmente en la década de los ochenta comienza a haber un mayor acercamiento entre la teoría del apego y la corriente psicoanalítica luego de pruebas empíricas demostradas; se reconoce la importancia del ambiente donde el niño se desarrolla y por consiguiente los vínculos en la temprana infancia.

1.2- LA IMPORTANCIA DEL VÍNCULO TEMPRANO Y LA CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD

Cuando se habla del desarrollo del ser humano se puede pensar como un continuo proceso bio-psico-social. El término “continuo” refiere a que cada etapa por la que transita el ser humano a lo largo de la vida conlleva cambios los cuales son inevitables atravesar.

El bebé cuando nace es un ser indefenso el cual necesita de otra persona que le brinde el alimento, afecto y pueda decodificar sus necesidades. Es aquí donde se comienza a pensar en el concepto de vínculo temprano, el cual se trata del encuentro de dos personas como condición necesaria para vivir.

Si bien existen factores que influyen en el desarrollo del infante como el ambiente, el status económico, la cultura o la genética, las relaciones que se establecen con otras personas son fundamentales, dado que la personalidad del infante se forma principalmente en base a las relaciones y a lo que otras personas reflejan acerca de esta. Lo que trae aparejado que el bebé cuando nace comienza un proceso de “construcción de subjetividad” el cual culmina con el fin del ciclo vital y se forma en base a las vivencias cotidianas y los vínculos con otras personas.

Es pertinente destacar que es en la niñez donde se echan las bases para un buen desarrollo de la personalidad del individuo. En ese sentido, el psiquiatra Daniel Stern (1983) destaca que la conducta materna es lo que le permite al bebé construir su conocimiento y experiencia. Asimismo menciona que una relación está determinada por una historia de todas las interacciones.

El vínculo con el bebé comienza desde antes de nacer este. Es sabido que la madre cuando está embarazada comienza a hacerse representaciones mentales sobre cómo será ese hijo/a. En alusión a esto, Denise Defey (1994) habla sobre un “proceso de gestación psíquica” que se va creando en la mente de la madre como forma de preparación para el hijo que está por llegar. El bebé durante los primeros tiempos de embarazo es vivido por la madre como parte propia de su cuerpo según la autora. En la misma línea, Winnicot (1995) postula que la vida prenatal y la experiencia del parto son significativas para el desarrollo emocional del bebé.

Hasta aquí hemos visto la importancia del vínculo temprano desde la vida prenatal ahora bien desde el nacimiento los padres se comunican con el bebé trasmitiéndole mensajes a través de sus actitudes, miradas, gestos, etc. Altmann (2015) señala que “la interacción regulatoria en la temprana infancia se convierte en los bloques con los que se construye la representación mental y las experiencias afectivas internas del niño” (citado por Hofer, 1984,1990, p.39).

También se puede mencionar que desde la clínica psicoanalítica, se observa que muchas de las patologías de las personas ya adultas tienen como base algunos acontecimientos traumáticos en la infancia, adquiriendo relevancia la noción de “vínculo temprano”. Por lo tanto se empieza a trabajar con los niños para prevenir esto y fortalecer un desarrollo lo más sano posible.

El vínculo madre-bebé ha sido uno de los ejes del pensamiento psicoanalítico, y su capital importancia ha sido destacada también por diversos marcos referenciales. Distintas concepciones han ido integrándose en la comprensión de los factores determinantes del desarrollo del psiquismo infantil, desde concepciones de Freud hasta los avances de las investigaciones más recientes sobre el desarrollo. (Altmann, 2015, p. 23)

1.3- DEFINICIÓN DE LA TEORÍA DEL APEGO.

Se entiende por “apego” a aquel lazo afectivo que desarrolla el bebé con su cuidador principal. Este es un proceso innato que se puede observar tanto en humanos como en animales y está estrechamente ligado a la supervivencia. Comienza desde el nacimiento donde el bebé es un ser completamente indefenso y dependiente tanto física como emocionalmente, por lo que busca apoyo y contención en un adulto que está más capacitado para enfrentar el mundo. Cuando las necesidades del niño son satisfechas por su principal cuidador, el niño lo asocia y elige como figura de apego y referente a esta persona.

Por lo cual, la “teoría del apego” propone que los niños se apegan instintivamente a quien cuida de ellos, con el fin de sobrevivir y para poder desarrollarse física, social y emocionalmente. Altmann (2015) plantea que “(...) el apego es el proceso mediante el cual el niño establece y mantiene un sentido de seguridad, que se convertirá en la base para las separaciones futuras de su madre y la exploración cognitiva de su entorno” (p. 38). Siguiendo esta cita se entiende que los vínculos de apego le sirven al niño como guía y modelo para el establecimiento de futuras relaciones.

Es importante aclarar que en muchas ocasiones el infante no cuenta con su madre biológica por diversos motivos, sin embargo el apego se genera con aquel adulto que cumpla esta función. En psicoanálisis es lo que se denomina como “función materna” y fue un concepto introducido por Winnicott. Esto significa que no importa ni el género ni la relación biológica de quien ocupe esta “función materna” si no más bien que ocupe el lugar de madre brindándole el alimento, los cuidados necesarios y el cariño al pequeño. Por tal motivo es que a lo largo del trabajo se denomina “cuidador principal” a quien ocupe ese rol.

Con respecto a esto existen tres términos en psicoanálisis ligados a las funciones maternas primordiales, Winnicott (1990) las describe como: *holding* (o *sostén*), *handling* (o *manipulación*) y *object-presenting* (o *presentación objetal*).

La función de *sostén* corresponde al hecho de sostener al bebé emocionalmente, esto quiere decir que no alcanza con sostenerlo en brazos sino decodificarlas sus necesidades y atenderlas a tiempo. Aludiendo al término menciona Winnicott que el sostenimiento facilita la integración psíquica del infante.

Con respecto a la *manipulación* se puede decir que es el proceso que le va a permitir al bebé diferenciar lo real de lo irreal así como también va a facilitar la coordinación y la experiencia del funcionamiento corporal.

Y la tercer función *presentación objetal* refiere a la habilitación por parte de la madre (o cuidador principal) a que el bebé se relacione con objetos. Los cuales a través de crear, imaginar, vincularse y lidiar con objetos cotidianos, le permiten al infante sentirse real.

A partir de los estudios que realizó Bowlby con bebés y niños que fueron huérfanos luego de la guerra, critica las teorías que describen que el bebé construye el vínculo con la madre biológica (vínculo de apego) únicamente porque depende fisiológicamente de ella. En su investigación comprobó que aquellos bebés y niños cuyas madres no pudieron brindarle los cuidados y por variados motivos permanecieron institucionalizados, lograron igualmente construir el vínculo de apego con las cuidadoras de allí. Y concluyó que el apego se puede generar con cualquier adulto que le brinde los cuidados necesarios. Esto sucede incluso en aquellos casos donde la madre está presente pero permanece muchas horas fuera de su casa y el bebé o el infante queda a cargo de otra persona, en estos casos es probable que el vínculo de apego se genere con este otro adulto.

Cabe destacar que el apego puede establecerse con más de una persona. El autor menciona que el niño puede llegar a construir vínculos de afecto con distintas personas, existiendo figuras “subsidiarias” de apego como lo son las personas de confianza tales como familiares o maestras; siempre y cuando el niño haya conocido a estas en presencia de su cuidador principal. Sin embargo la figura de apego a la cual el niño va a recurrir en situaciones de miedo o amenaza es una sola y este vínculo es cualitativamente distinto que los demás.

1.4- LA CONDUCTA DE APEGO

Se entiende por “conducta de apego” como:

(...) cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados. (Bowlby, 1989, p.40)

Bowlby menciona seis diferentes formas de conductas de apego: el llanto, la sonrisa, el seguimiento, el aferramiento, la succión y la llamada. Las mismas son expresadas durante los tres primeros años de vida como forma de buscar satisfacer sus necesidades, teniendo en cuenta que el bebé no sabe expresarse con palabras. “La conducta de apego del niño es activada especialmente por el dolor, la fatiga y cualquier cosa atemorizante, y también por el hecho de que la madre sea o parezca inaccesible.” (Bowlby, 1989, p.15). Cuando la necesidad del bebé es satisfecha, la conducta cesa. Es de destacar que ante manifestaciones más intensas, cesa luego de un tiempo de aferramiento con la madre.

Según Ainsworth (citado por Bowlby, 1993) la “conducta de apego” se puede notar claramente recién a los seis meses cuando el bebé llora ante la partida de su madre y la recibe con una gran sonrisa a su regreso o con los brazos abiertos. En este caso la conducta es el llanto del bebé y el cese es el regreso de la madre. Otro ejemplo es cuando el bebé llora porque tiene hambre y la madre le da el pecho y finalmente este se calma. En ese sentido es fundamental que la madre o quien ocupa este lugar sepa decodificar las necesidades del bebé cuando este “la llama” o expresa alguna de estas conductas.

También destaca el autor que la intensidad de la emoción con la que se trasmite la “conducta de apego” está estrechamente vinculada con la relación madre-hijo. “Si la relación funciona bien, produce alegría y una sensación de seguridad. Si resulta amenazadora, surgen los celos, la ansiedad y la ira. Si se rompe, habrá dolor y depresión.” (Bowlby, 1989, p.16).

Bowlby (1993) menciona que existen variables orgánicas y ambientales por las que se expresa la intensidad de la conducta que manifiesta del bebé, las cuales pueden cambiar a lo largo de un día o incluso en horas.

Siguiendo esta línea Ainsworth menciona con respecto a las variables orgánicas y ambientales que las primeras están relacionadas con el hambre, la enfermedad y la fatiga. Las cuales conducen al llanto y a la conducta del seguimiento. Asimismo las variables ambientales se refieren esencialmente cuando hay una amenaza o el pequeño se siente alarmado razón por la cual la conducta afectiva es más intensa.

Es probable que el bebé experimente casi todas estas conductas a lo largo de su desarrollo. Como ya se ha mencionado, el bebé llora cuando su madre se aleja de él porque busca la proximidad, no obstante a medida que va creciendo se enfrenta a nuevos desafíos. La guardería es uno de ellos, donde poco a poco va aceptando la ausencia temporaria de la madre.

Sin embargo, las conductas de apego no terminan en la primera infancia, sino que persisten en la adolescencia y adultez manifestándose de otra manera. El adolescente y el adulto ya no necesitan llorar para expresar sus necesidades. Es probable que los vínculos afectivos se dirijan hacia otras personas sin dejar de ser el cuidador principal un vínculo de referencia. “Por último, con la vejez, cuando la conducta de apego ya no puede orientarse hacia miembros de una generación anterior, o incluso la propia, esa conducta puede, por el contrario, dirigirse hacia miembros de una generación más joven.” (Bowlby, 1993)

1.5- TRANSMISIÓN GENERACIONAL DEL APEGO

En este apartado se plantea la pregunta ¿Se transmite el estilo de apego de una generación a otra? La respuesta es sí. Diversos autores postulan que el modelo de relacionamiento se trasmite, existiendo procesos inconscientes por los cuales las personas se vinculen con otras en base a sus primeras experiencias en la infancia.

Este proceso es denominado “modelo operativo interno” –en adelante MOI- refiriéndose a aquellas

(...)representaciones mentales sobre uno mismo, sobre los demás y sobre las relaciones interpersonales, construidas en base a las experiencias de vinculación y de las emociones asociadas a esas experiencias, que se interiorizan a nivel cognitivo generando una serie de expectativas y creencias. Los modelos internos de apego asientan la construcción de una imagen de las relaciones interpersonales, más allá de una figura de apego concreta. (Román, 2011, recuperdo en: file:///C:/Users/VIP/Downloads/188-584-1-SM.pdf)

Según Bolwby (1988) el MOI se basa en la relación y el vínculo que establecen los niños con los principales cuidadores, teniendo en cuenta las interacciones repetidas y con continuidad en el tiempo y en distintos contextos con los cuidadores. Representan una realidad constituida por las personas permitiéndoles a los niños construir representaciones internas de sí mismo, de las figuras parentales y de los demás. Debemos saber también que las mismas son dinámicas y cambiantes y les sirven a las personas para interpretar y organizar diferentes situaciones que se le presentan a lo largo de su vida.

Se trata de un mapa representacional cognitivo-afectivo-dinámico que ayuda al sujeto a ingresar a una realidad compartida, en la que cada uno de sus integrantes tiene una mente

individual, con deseos, planes, necesidades, las que necesitan ser conocidas o inferidas para relacionarse entre las personas. (Morales & Santelices 2007, recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007)

Marrone (2001) citado en (Morales & Santelices 2007, recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007)

menciona que los MOI les permiten a los individuos hacerse representaciones sobre los acontecimientos y pronosticar el futuro. De tal manera Bowlby (1989) hace referencia a que existen pruebas clínicas de que las conductas que desarrolla el cuidador principal con su bebé están influenciadas por sus experiencias personales anteriores como hija/o con sus progenitores (p.28). Es posible reflexionar que la calidad del vínculo que tiene una madre (o quien ocupe esta función) con su hijo/a es de suma importancia para el posterior vínculo que este tenga luego con su hijo/a.

Existen dos factores importantes que influyen en los vínculos: la calidad de cuidados que recibió de niña/o, y el apoyo emocional con el que cuenta. Es probable que aquellas madres que recibieron afectos y cuidados en su infancia repitan esta situación con sus hijos, así como por el contrario aquellas que vivenciaron violencia desarrollen una interacción pobre o agresiva con su hijo/a.

1.6- TIPOS DE APEGO

En este apartado se desarrollarán los tipos y trastornos en el apego. Cabe destacar que estos son conceptos diferentes, como se verá a continuación los tipos de apego es una clasificación propuesta principalmente por John Bowlby y Mary Ainsworth. En cambio los trastornos en el apego los podemos encontrar en el manual DSM IV realizado por psiquiatras y psicólogos de la Asociación Americana de Psiquiatría; se trata de una clasificación universal en torno a un conjunto de síntomas específicos.

1.6-1. APEGO SEGURO

Bowlby (1969) destacó que el apego seguro es el más favorable y deseado aludiendo a que los seres humanos son más felices y desarrollan mejor sus capacidades cuando cuentan con otras personas dignas de su confianza y que podrán acudir a ellos si les surge alguna dificultad .

El apego seguro es aquel vínculo que desarrolla el niño con un adulto cuando este le brinda cuidados, cubre sus necesidades, le da afecto y sostén.

Cuando se trata de bebés con estilo de apego seguro los cuidadores principales saben interpretar las señales y actúan de manera rápida y en consecuencia. Winnicott desarrolla el término “madre suficientemente buena” refiriéndose a aquellas que logran ajustarse a las necesidades del niño.

Este tipo de apego se presenta cuando el niño confía en sus cuidadores y los percibe como una fuente de protección, cuidado y sustento. Son niños autónomos que confían en sí mismos y en su entorno, estableciendo relaciones saludables con él. (Mesa, Estrada, y Bahamón, 2009, p.4)

Los niños que presentan un apego seguro se muestran en general de manera autónoma, confiados en sí mismos, socialmente adaptados tanto en un grupo de adultos como de pares, empáticos y alegres. Con respecto al nivel académico así como también en lo conductual no presentan mayores dificultades.

Es común que estos niños hayan crecido en un ambiente y un entorno familiar favorable, comprensivo y presente, lo que les permite desarrollarse de manera saludable.

Durante la investigación de “Situación extraña” los niños que presentaban un apego seguro eran aquellos que en un principio lloraban con la partida de su madre pero luego de un tiempo lograban adaptarse al ambiente, así como también se alegraban con su regreso. Estas madres por lo general son habilitantes, permiten que el niño explore el ambiente, que se frustre cuando es necesario, y le brindan confianza, seguridad y estabilidad emocional.

Como mencioné anteriormente las relaciones que establece el niño con los adultos le sirven de guía para vincularse en un futuro, por lo tanto es importante que el niño pueda sentirse confiado en sí mismo y confiar en otras personas para establecer vínculos saludables. Bowlby destaca:

(...) las clases de experiencias que una persona tiene, en especial durante su infancia, afectan en gran medida tanto a sus expectativas de hallar o no más adelante una base personal segura, como al grado de capacidad que posee para iniciar y mantener una relación mutuamente gratificante cuando tenga oportunidad para ello. (Bowlby, 1986, p...)

1.6-2. APEGO INSEGURO

A partir del experimento de “situación extraña” y una investigación realizada con niños maltratados por Main y Salomon (1986) se logró una mejor clasificación en los estilos de

apego. El apego inseguro podríamos decir que es más problemático y en algunos casos patológico.

En alusión a esto Bowlby (1989) a partir de su experiencia clínica, menciona algunas situaciones por las que han transitado algunos niños con apego inseguro y como el ambiente en el que se desarrolla el infante es de gran relevancia para su constitución psíquica:

Algunos ejemplos se observan en niños que han sido maltratados físicamente y/o totalmente descuidados por sus padres. Otros se producen en parejas en las que la madre padece una forma grave de enfermedad afectiva bipolar y trata al niño de un modo desigual e imprevisible. Incluso otros son manifestados por niños cuyas madres aún están ocupadas en el duelo de una figura paterna perdida durante su infancia, y por aquellos cuyas madres sufrieron de niñas malos tratos físicos o sexuales. (p.147)

Esta cita lleva a pensar que dependiendo del estado del cuidador principal en el momento que llega el bebé al mundo, es como éste va a establecer su apego. Si el ambiente es hostil, la madre (o cuidador principal) está transitando algún duelo o desarrollando alguna patología es probable que ese bebé no logre comunicarse satisfactoriamente con su principal cuidador, por lo tanto va a establecer un estilo de apego inseguro ya que este probablemente no logre brindarle los cuidados adecuados al niño.

Mary Ainsworth (1978) clasificó dos tipos de apego inseguro que se enumeraron para una mejor comprensión: 1) evitativo y 2) resistente o ansioso-ambivalente. Y más tarde Main Y Salomon (1986) agregan otra clasificación de apego inseguro, 3) desorganizado.

1- El estilo de apego evitativo se caracteriza por: “ser un mecanismo de autoprotección que consiste en evitar o inhibir los elementos conductuales que buscan la proximidad con sus figuras de apego.” (Badury, y Dantagnan, 2005, p. 168). Según los datos estadísticos que brindaron las investigaciones reflejan que entre el 15% y 23% de las poblaciones de víctimas de malos tratos en niños poseen un estilo de apego inseguro evitativo.

En este estilo de apego el infante manifiesta rechazo, hostilidad y repulsión, no muestra ansiedad ante la separación con su madre o figura de apego, ni entusiasmo en el reencuentro. El cuidador no sabe qué hacer ante las necesidades de su bebé y esto genera incomodidad, por lo tanto el cuidador niega el llamado del bebé distanciándose de él. Estas figuras de apego por lo general se muestran frías o indiferentes, impidiéndole así al niño construir relaciones sanas y confiables, lo que hace que estos niños se sienten desconfiados de sí mismos y de los demás mostrándose independientes y autosuficientes.

Es frecuente que estos niños no logren recordar emociones en los hechos de su propia historia, este es un mecanismo de protección para adaptarse a la vida con la menor angustia posible. En general les cuesta implicarse en un tratamiento psicológico y acudir a él.

Jorge Badury y Maryorie Dantagnan (2005) han hecho investigaciones sobre el sufrimiento infantil por malos tratos logrando plasmar aspectos de la clínica con niños que poseen un apego inseguro, destacando lo siguiente:

(...) a estos niños y adolescentes no se les hace nada fácil trabajar en la terapia, ya que esta, por si misma, exige focalizar la mirada en los acontecimientos dolorosos que el niño/a quiere evitar, sobre todo cuando es un niño herido. A menudo, explicamos a los chicos y chicas con estos estilos de apego cómo y por qué hay que ser valientes para trabajar en la terapia. (Badury, y Dantagnan, 2005, p.176).

2- El estilo de apego inseguro ansioso-ambivalente:

Se caracteriza por la vivencia de una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valioso o valiosa, así como por una preocupación en el interés o desinterés y en la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia él o ella. (Badury y Dantagnan, 2005, p.179)

La relación que tiene el niño con su madre es muy inconsistente debido a que esta se muestra algunas veces cariñosa y otras veces indiferente. Ante esta situación el niño/a se siente inseguro al no saber que va a pasar y se frustra. Aumentando las conductas de apego como llorar, gritar, hacer demandas constantes o pegarle a su madre.

Podemos observar, entonces, como a través de las conductas de apego activadas un niño organiza una manera o un estilo de interactuar y de estar con su figura de apego para conseguir una proximidad poco consistente pero de algún modo presente. (Badury y Dantagnan, 2005, p.180)

El infante llora ante la separación con su madre pero no se tranquiliza cuando esta regresa, al no poder predecir el comportamiento de la madre el niño se muestra enojado y con rabia aunque quiera estar con ella. Muestra sentimientos de ambivalencia hacia la figura de apego debido a sus necesidades afectivas insatisfechas ya que por lo general estas personas han fallado en mostrarse disponibles emocionalmente, así como también en satisfacer las necesidades del niño. Algunas de las características que presentan estos niños son: inseguros, posesivos, baja tolerancia al dolor, demandantes de atención y afecto, retraídos, entre otros. Aproximadamente el 20% de niños maltratados presenta este estilo de apego.

En este estilo de apego donde el niño no puede hacer predicciones su cognición falla por lo tanto se dice que tendrán fallas a nivel cognitivo, así como también a nivel social y afectivo. Generalmente sienten que nadie tiene interés en ellos y no se sienten queridos por el otro, lo que provoca baja autoestima generando una visión negativa de las relaciones que luego repercutirá en el desarrollo social y construcción de futuras relaciones.

3- Y por último el estilo de apego inseguro desorganizado. Fue una clasificación propuesta por Main y Solomon (1990) para describir a aquellos niños que no correspondían con ninguna de las clasificaciones anteriores en la prueba de “situación extraña”. Estos niños como principales características podemos decir que transitaban por situaciones dolorosas tempranas y caóticas que no les permitieron organizarse y responder en forma regular con sus cuidadores.

Es común que los niños con este tipo de apego hayan tenido que pasar por varias casas, o residencias generándoles muy poco optimismo para creer en sí mismos y en la capacidad para relacionarse con otros. “(...) lo que prima en los comportamientos de un niño con apego desorganizado es el intento desesperado de tener cierto control sobre el ambiente, particularmente sobre la relación con sus cuidadores.” (Badury, y Dantagnan, 2005, p 193).

Durante la prueba no presentaban un patrón fijo de conducta. Cuando el bebé busca acercarse a la figura de apego este responde con ansiedad generando miedo y rechazo en él. En general los padres de estos niños presentan relaciones incompetentes y patológicas hacia ellos y durante su propia infancia no recibieron protección ni ayuda.

En el espacio terapéutico con estos niños es muy importante a fin de poder organizarlos y ayudarlos, respetar los tiempos de comienzo y finalización así como también el espacio y el material disponible se mantenga siempre igual.

1.6-3. TRASTORNOS EN EL APEGO

Trastorno de apego es un término ambiguo, que puede ser usado para referirse a un trastorno de apego reactivo o a los estilos de apego inseguro más problemáticos. “Una de las consecuencias más graves de los malos tratos son los trastornos del apego. Estos constituyen “el trastorno de los trastornos”, puesto que existe un daño en una de las capacidades que definen al ser humano: la de relacionarse consigo mismo y con los demás de una forma sana y constructiva.” (Badury y Dantagnan, 2005, p.163).

El manual DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría clasifica y describe dentro de los trastornos de la infancia, niñez o adolescencia dos trastornos relacionados con los vínculos en la primera infancia. “Trastorno de ansiedad por separación” y “trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez”. Brevemente se mencionarán los criterios para el diagnóstico.

En los dos casos se debe tener en cuenta la cultura, ya que en algunas de estas se considera deseable la independencia entre los miembros de una familia.

En el caso del trastorno de ansiedad por separación el inicio debe producirse antes de los 18 años de edad y los síntomas deben durar 4 semanas por lo menos. Así como también debe presentar un deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes en la actividad del individuo y diferenciarse de otros trastornos que pudiesen presentar algunos de estos síntomas. Si el sujeto presenta todos los síntomas del trastorno de ansiedad por separación durante el diagnóstico de otro trastorno como esquizofrenia, trastorno generalizado del desarrollo, u otro, no se le diagnostica el mismo. Los síntomas que debe presentar el sujeto son: ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto respecto a la separación de su hogar o las personas con quien está vinculado, poniendo de manifiesto tres o más de las siguientes circunstancias:

A) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.

B) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que estas sufran un posible daño. También teme la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado).

C) Negativa o resistencia persistente a:

- Ir a la escuela o cualquier otro sitio por miedo a la separación
- Estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas
- Ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o dormir fuera de casa.

D) Pesadillas repetidas con temática de separación.

E) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación.

En el caso del “trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez” se asocia a una crianza sumamente patológica que inicia antes de los 5 años de edad. Y podemos encontrar dos tipos de presentaciones: tipo inhibido o tipo desinhibido. En cuanto al subtipo inhibido” el niño está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo. El niño responde de un modo demasiado inhibido, hipervigilante o ampliamente ambivalente.” Mientras en el subtipo desinhibido “se observa un patrón de vinculaciones difusas. El niño exhibe una socialidad indiscriminada o una falta de selectividad en la elección de las figuras de vinculación.” López, J; Valdés, M (2001).

Una crianza con vínculos patológicos no siempre determina el desarrollo de este trastorno, algunos niños logran establecer vínculos sanos a pesar de haber sufrido situaciones de

abuso o maltrato. También al igual que en el trastorno de ansiedad por separación debe hacerse un diagnóstico diferencial.

Algunos de los criterios para el diagnóstico de este trastorno son:

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad y puestas de manifiesto por (1) o (2):

(1) Incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes o sumamente ambivalentes y contradictorias(...)

(2) Vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (ej. Excesiva familiaridad con extraños(...)). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2003, p.149-150)

CAPÍTULO 2: ASPECTOS DEL APEGO EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS.

2.1- CONCEPTUALIZANDO LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS.

Dentro de este capítulo se pretende plasmar algunas de las posibles técnicas que se pueden utilizar en un diagnóstico terapéutico para evaluar el apego. En este apartado en particular se describirán nociones generales acerca de la labor del psicólogo que trabaja en la clínica con niños. No obstante, ninguna técnica debe tomarse como una verdad absoluta, siendo fundamental una actitud crítica y comparativa del psicólogo. Asimismo es importante contemplar la singularidad del paciente, cada niño es único y debe de analizarse teniendo en cuenta sus particularidades.

Primeramente es necesario preguntarse ¿cómo llega el niño a la consulta? Como bien es sabido los niños o adolescentes generalmente concurren junto con un adulto a cargo. Son múltiples los motivos de consulta, como por ejemplo: problemas de conducta, presentación de algún síntoma o porque simplemente hay algo en el orden familiar que genera cierta preocupación o inquietud y por eso el niño es llevado al psicólogo, entre otros.

Otras veces la demanda se genera a partir de una derivación de algún especialista como pueden ser los médicos pediatras, o por la escuela que solicitan un diagnóstico, y otras veces son los adultos a cargo quienes consultan.

Es importante preguntarse también ¿Cómo se trabaja en la clínica psicoanalítica con niños? ¿Cuáles son las principales herramientas que suelen utilizarse? Cabe destacar que la técnica por excelencia para el trabajo con niños en la corriente psicoanalítica es la

“entrevista de juego”. Es esperado que al infante le cueste más que a un adulto o adolescente transmitir sus pensamientos de manera oral, por esto a cambio, se le ofrece jugar como medio de expresión.

Muchos autores tales como Melanie Klein, Donald Winnicott, Anna Freud, Ricardo Rudolfo, entre otros, han aportado diferentes miradas desde su experiencia acerca de la misma.

La “entrevista de juego” consiste en ofrecerle al infante una caja de juguetes y materiales (previamente seleccionados con fines analíticos) los cuales puede utilizar como quiera en pos de transmitir con estos lo que le sucede. El niño a medida que desarrolla su juego va mostrando sus vivencias, sus miedos, angustias, fantasías y sentimientos de manera inconsciente. Bleichmar (2005) plantea que Melanie Klein

(...) había creado la técnica de juego, herramienta valiosísima a través de la cual se podía tener acceso a la subjetividad de los infantes y de los niños. Las fantasías que aparecían en las narrativas lúdicas cobraban enorme importancia y permitían entender trastornos de la infancia –depresiones, rechazos a la alimentación, terrores nocturnos- que hasta ese momento la psiquiatría había ignorado. (p 112)

La reconocida psicóloga de niños Melanie Klein comienza su práctica yendo a la casa de niños y observando el juego de éstos en su cuarto con los juguetes que estos tenían. Más tarde, se dio cuenta que a los niños les provocaba cierta fantasía persecutoria estar en su casa y en su cuarto analizándose mostrando cierta suspicacia hacia ella. Es así que Klein opto por cambiar la estrategia de trabajo llevándoles una caja con diferentes juguetes a través de los cuales el niño podía desplegar todo el juego a su manera (Klein, Heimann y Money-Kyrle, 1965).

Con referencia al contenido de la “caja de juego”, Freire de Garbarino (comp) (1986) considera que es necesario incluir diversos juegos tales como algunos autos, tres o cuatro muñecos de diferente tamaño y que no tengan sexo definido, diez o doce soldados e indios, juguetes de cocina como tazas, platos y cubiertos y varios cubos y ladrillos de madera. También se considera importante que la caja contenga materiales escolares con los que el niño se sienta familiarizado como tijeras de punta redonda, lápices de colores, lápiz de escribir, goma, tizas y plasticina. Es importante destacar que este es el contenido de la caja de juego básico, lo cual no quita la posibilidad de incluir otros materiales en el caso que se considere necesario para la terapia.

De tal manera Garbarino (1986) menciona que un aspecto importante es que los materiales sean de buena calidad, para evitar la frustración que le generaría al niño si se le rompe o quiebra un juguete.

Es de destacar que a lo largo de los años tras los cambios culturales y sociales, los juegos van variando y modificándose, lo cual hay que tenerlo en cuenta. Actualmente existen los celulares, computadores, juegos electrónicos, etc., que no había en los tiempos de Klein. Asimismo ella incluía trenes en su caja de juego ya que eran un medio más de transporte que se utilizaba en ese momento. Sin embargo hoy en día en nuestro país, esto no tiene el mismo significado que antes ya que los trenes no se usan más como medio de transporte. Por lo tanto es probable que los psicólogos uruguayos no incluyan trenes en su caja de juego.

Con respecto a los indicadores que debe tener en cuenta el psicólogo para observar durante “la hora de juego diagnostica”, Siquier de Ocampo (1974) menciona: la elección de juguetes y juegos, la modalidad de juego, personificación, motricidad, creatividad, capacidad simbólica, tolerancia a la frustración y adecuación a la realidad. También a través del juego se pueden ver los mecanismos de defensa, las representaciones de sí mismo y de los demás, el tipo de pensamiento, las estructuras simbólicas, entre otros.

¿Qué actitud debe tomar el psicólogo frente al juego del niño? Si bien existen diferentes teorías al respecto, desde el psicoanálisis se considera que es importante que el terapeuta ponga en palabras el juego del niño, introduciéndose en el escenario que el niño despliega para poder a su vez interpretarlo de la mejor manera posible. Para ello se requiere ser cuidadoso y paciente, adoptando una actitud activa a través de preguntas al niño. Por ejemplo en el caso de que el paciente pida interpretar un rol, tendrá que pedirle que defina con exactitud que quiere representar y de qué manera. Siguiendo esta línea, Klein, Heimann y Money-Kyrle (1953) expresan “(...) una precondition para el psicoanálisis de un niño es comprender e interpretar las fantasías, sentimientos, ansiedades y experiencias expresadas por el juego o, si las actividades del juego están inhibidas, las causas de la inhibición.” (p.23)

Se torna inevitable destacar que la “entrevista de juego” es una de las tantas herramientas que se utilizan en la clínica con niños. Otra de las técnicas más utilizadas son las técnicas gráficas y proyectivas. Se entiende que el gráfico funciona como una pantalla donde el niño proyecta lo que está sintiendo en ese momento y en general, suelen ser bien aceptadas por éstos. Por su parte, el psicólogo cuenta con las herramientas para poder entender y observar lo expresado acerca de los contenidos inconscientes de su personalidad y sus conflictos.

Surge la pregunta ¿para qué sirven estas técnicas? Las mismas forman parte del trabajo clínico y sirven como un instrumento más para poder conocer al paciente. Burns y Kaufman (1978) mencionan con respecto a esto:

El dibujo proporciona un método excelente para explorar el mundo infantil. Los test de dibujo son simples de administrar, no atemorizan y se pueden usar cuando otras técnicas están

limitadas por factores tales como barreras de lenguaje, carencia cultural e incapacidad para comunicarse. (p.11)

Es posible además comparar lo aquí observado con otras técnicas y ver cuáles son los aspectos de la personalidad que predominan y confirmar si las interpretaciones e hipótesis que el profesional se va planteando en ese momento son correctas o no.

Estas cuestiones desarrolladas, remiten a ciertos aspectos generales de la entrevista de juego y de las técnicas gráficas y proyectivas para lograr una contextualización del trabajo del psicólogo con niños a nivel general. A continuación, se expondrá la relación de estas con la teoría de apego.

2.2- TÉCNICAS PSICOANALÍTICAS PARA EVALUAR EL TIPO Y LA CALIDAD DE APEGO

¿Cómo es posible analizar el apego de un niño en la consulta psicológica? Si bien no hay una estrategia de trabajo que sirva únicamente para el apego, existen una serie de herramientas que permiten a los psicólogos interpretar como es el vínculo del niño con el cuidador principal. Esas herramientas son las que desarrollaré a lo largo de este capítulo:

- La entrevista de juego.
- Entrevistas diádicas con los cuidadores principales y el niño.
- El test del “dibujo de la familia”, catalogado dentro de las técnicas gráficas.
- Test “escalas de parentalidades positivas”, que consiste en un cuestionario aplicado a los cuidadores principales.

2.2-1- ENTREVISTA DE JUEGO

¿Qué se puede observar en la entrevista de juego relacionada con el apego del niño? Para ello es importante observar desde cómo entra un niño a consulta, cómo se vincula con el terapeuta y qué juegos elige. El niño usualmente hace referencia a la relación con sus cuidadores a través de: muñecos autos, casas, maderitas o animales. Despliega su juego creando diferentes situaciones en las cuales muestra justamente la relación que tiene con estos.

Un primer indicador sobre el apego de un niño se puede observar cuando éste entra a la consulta, ya que para ellos el psicólogo es un completo desconocido. En los niños más pequeños (primera infancia) es más probable que no quieran entrar solos a la consulta. Lo más usual es que éstos se angustien ante la separación con su cuidador principal. Tal es así

que en los casos donde no se angustian si la madre o el cuidador principal se alejan, puede estar indicando algo que podemos pensar como un apego inseguro, lo cual debe ser corroborado con la observación clínica y otros instrumentos a lo largo de todo el proceso diagnóstico.

Surge la interrogante ¿cómo es el juego de los niños con apego inseguro? Si bien cada sujeto es único y no hay patrones rígidos al respecto, podemos mencionar algunos aspectos que repiten aquellos niños con este estilo de apego.

En el caso de “apego inseguro evitativo” cuando el infante elige jugar con muñecos que están en la caja, es probable que no sepa como “cuidar” al que escoge como más pequeño. En el entendido de que los niños despliegan su juego mostrando con acciones como es cada uno, el hecho no saber como “cuidar” al más pequeño puede llevar a pensar en este estilo de apego. Como se mencionó en el capítulo anterior quienes estuvieron a cargo de estos niños no supieron cómo atender sus necesidades y por lo tanto éste tampoco va a saber cómo hacerlo en el juego, ya que ese es el modelo que tiene.

En esta misma línea, Rosenberg (1984) citado en (Badury y Dantagnan, 2005) consideran que los niños con este estilo de apego “parecen actuar de una forma más bien literal, con poca imaginación. Un juego corto, empobrecido, sin mucha elaboración.” (p.177). Incluso plantean que les cuesta reconocer emociones en su historia de vida y en sus relatos por lo tanto en el juego también se van a ver dificultades a la hora ser empáticos o comunicativos.

Por otro lado, en cuanto al “apego inseguro ambivalente”, diversos autores destacan que estos niños van a mostrar una gran ambivalencia tanto en el juego como en las técnicas gráficas. Por ejemplo el malo pasa a ser el bueno, el superhéroe se transforma en monstruo, etc. La ambivalencia también puede observarse en relación a la figura del psicólogo. Estos niños han encontrado una manera particular de poder estar con su figura de apego: llorando, gritando, haciendo demandas constantes o pegándole a su cuidador principal. Es probable que con el psicólogo también realicen permanentes demandas de atención y afecto sobre todo al principio. Luego que el psicólogo logre transmitirles que existen otras maneras de comunicación, esto puede ceder.

En cambio, el niño con estilo de “apego inseguro desorganizado” transmite a través de su juego las diferentes situaciones dolorosas por las que ha pasado. Por lo general, estos niños han tenido que transitar por varias instituciones, casas, centros y no han logrado establecer un lugar de pertenencia en ningún sitio, por lo tanto en la consulta probablemente se muestren muy inquietos, desconfiados, angustiados y con un juego cambiante. Asimismo presentan gran dificultad en organizarse, lo cual también se ve cuando narran historias las cuales suelen ser desordenadas en su pasado y presente, costándoles proyectar el futuro. Como se mencionó antes, generalmente los cuidadores de estos niños presentan relaciones

patológicas y no han recibido protección ni ayuda por lo que se mostrarán más bien hostiles y agresivos en el juego.

En relación al “apego seguro” se pueden mencionar como indicadores la manera en como los niños protegen y cuidan a los juguetes. Por ejemplo con una familia de muñecos se puede ver desde su juego simbólico la manera en como los sujeta (holding-handling), si los cuida, los hace dormir o les da alimentación es probable que esté imitando los cuidados que recibe en su casa, relacionándolo como apego seguro.

Otro de los juegos a través de los cuales se puede pensar el apego, es en el juego de roles. Es posible pensar la manera en como propone y actúa los roles como una forma de ver la representación que el niño tiene sobre sus vínculos;

A veces, en el juego, asigna roles al analista y a sí mismo, tales como en el juego de la tienda, del doctor y el paciente, de la escuela, de la madre y el hijo. En esos pasatiempos con frecuencia el niño toma la parte del adulto expresando con eso no solo su deseo de revertir los roles, sino también demostrando cómo siente que sus padres u otras personas con autoridad se comportan con respecto a él – o deberían comportarse-. Algunas veces descarga su agresividad y resentimiento siendo, en el rol del padre, sádico hacia el niño, que es representado por el analista. (Klein, Heimann, Money-Kyrle, 1965, p.26)

Si el niño no propone el juego de roles, el psicólogo puede introducirlo para observar estas cuestiones. Por ejemplo escogiendo dos muñecos de la caja, se le propone al niño que elija el que cree más parecido a él y otro que sea más parecido a la figura materna o a la figura paterna. Luego de escogidos los personajes, cada uno toma uno y se le pregunta al niño cómo es ese personaje o cómo se representa. De esta manera se podrá relatar e ir representando las diferentes situaciones que menciona el niño, mientras se le hace preguntas.

Cabe destacar que no hay un solo indicador sobre el tipo de apego, sino más bien es la suma del análisis de los instrumentos y la observación clínica, lo que permite arrojar un resultado con respecto al apego y el vínculo que puede tener el niño en relación al cuidador principal.

2.2-2- TÉCNICA GRÁFICA: “DIBUJO DE LA FAMILIA”

Dentro del proceso diagnóstico es probable que aquellos estilos de apego que se observan en el juego sean reflejados también en las técnicas gráficas. Lo más favorable es que ambas coincidan pudiendo el psicólogo llegar a una misma conclusión luego de haber evaluado diferentes técnicas.

En este apartado se desarrollará la técnica gráfica “El dibujo de la familia”. La misma evalúa las representaciones familiares que el niño tiene sobre los miembros de su familia.

Ésta técnica fue propuesta por Louis Corman en 1961 con la consigna “Te voy a pedir que dibujes una familia que tú imagines”, sin embargo la técnica ya había sido introducida en la clínica con niños en 1931 por Appel. El objetivo es indagar las representaciones relacionales del apego familiar:

Esta prueba permite apreciar cómo se siente el niño dentro de su ambiente familiar, la relación que mantiene con sus padres y hermanos, vinculado muchas veces con una conducta patológica constituida en el síntoma y formular una hipótesis sobre la personalidad del sujeto estudiado, que debe corroborarse posteriormente a través de un interrogatorio más amplio y con referencia continua a la entrevista e historia personal. (Educrea (s/f) http://educrea.cl/wp-content/uploads/2016/03/DOC-Dibujo_familia.pdf)

Con relación al interrogatorio que se plantea en la cita es una de las últimas partes que trae aparejada esta técnica. La cual se desarrollará más adelante.

“El dibujo de la familia” es una técnica de fácil aplicación y evaluación, en general es bien aceptada por los niños y adolescentes. Se realiza a partir de los 5 o 6 años y no tiene límite de tiempo. También se puede decir que se precisa poco material, tal como lápiz, hoja y goma de borrar. Según Corman (1967) es conveniente sacar apuntes sobre el tiempo y orden que le dedica el niño a cada miembro de la familia, ya que se evaluará de lo macro a lo micro. Comenzando por la ubicación de la hoja, a quién dibuja primero, si borra ¿qué borra?, si la familia está completa o no, entre otros.

Cabe destacar que la familia que dibuje el niño puede ser producto de su fantasía. “Corman plantea que en la mayoría de los dibujos que los niños hacen acerca de su familia, no representan a la familia real y objetiva, sino que se producen alteraciones más o menos importantes, a través de las cuales se manifiestan los sentimientos del sujeto.” (Educrea: http://educrea.cl/wp-content/uploads/2016/03/DOC-Dibujo_familia.pdf)

Es muy común que los niños dibujen una familia de animales en vez de personas, en este caso hay que ver que proyecta el niño con eso. Si son animales domésticos podrían representar las tendencias orales pasivas. En cambio si son animales salvajes podrían remitir a las tendencias agresivas que el niño enmascara a través de los animales.

La parte de evaluación consistirá en dos aspectos principalmente, denominados “personaje valorizado” y “personaje desvalorizado”. De tal manera Corman (1967) afirma con respecto a esto: “El yo se defiende de la angustia creada por una situación exterior o interior, demasiado penosa, valiéndose de diversos mecanismos (...) por medio de la valorización y desvalorización.” (p 53). Se entiende por personaje valorizado a aquel que puede ser el más amado, odiado, temido o admirado. A este personaje es que le dedica más tiempo y

contiene más detalles así como también probablemente el de mayor tamaño. En cambio el personaje o miembro desvalorizado puede ser suprimido porque le causa angustia, es más pequeño que los demás personajes, pudiéndose ubicar muy lejos de los otros, sin detalles o colocado en un rincón aparte.

Otros dos aspectos que se pueden analizar en este test son “los conflictos de la rivalidad fraterna” y “los conflictos edípicos”. Estos dos aspectos suelen aparecer en el gráfico pero siempre dependiendo de la situación que presente cada niño.

“El dibujo de la familia” también está relacionado con las diferentes etapas por las que transita el niño, a las que se refirió Freud como: etapa oral, etapa anal, etapa fálica, entre otras. En tal sentido se debe interpretar la técnica también teniendo en cuenta la relación que guarda el niño con sus cuidadores principales según la etapa por la que esta transitando en ese momento. (Educrea: http://educra.cl/wp-content/uploads/2016/03/DOC-Dibujo_familia.pdf)

Como se mencionó anteriormente para finalizar esta técnica se debe aplicar un interrogatorio. Esto consiste en una serie de preguntas pautadas que se le planean al niño para profundizar sobre su gráfico. Tiene como objetivo conocer más sobre lo que proyectó y no hacer interpretaciones erróneas.

Las preguntas que se le hacen al niño son: “esta familia que tu dibujaste, ¿me la puedes explicar?, ¿Dónde están?, ¿qué hacen allí?”. Luego se le pide que nombre a cada uno, averiguando también sexo, edad y cuatro preguntas que propone Corman: ¿quién es el más bueno de todos en esta familia?, ¿quién es el menos bueno?, ¿quién es el más feliz? y ¿Quién es el menos feliz? seguido de ¿porqué? en caso de que la respuesta no resulte completa para el psicólogo.

También ¿a quién prefiere? Y ¿con quién se identifica de esa familia? Finalmente se indaga si el niño está conforme con su dibujo, y qué haría en caso de que lo tuviera que empezar de nuevo. Si le cambiaría, agregaría o quitaría algo o si lo haría parecido.

2.2-3- ESCALAS DE PARENTALIDAD POSITIVA

A continuación se describirá otra técnica que se puede utilizar para evaluar el estilo de apego denominada “escalas de parentalidad positiva”-en adelante e2p-. La misma fue creada en Chile. Consiste en un cuestionario con 54 frases simples que deben responder los cuidadores principales acerca de las prácticas cotidianas y el vínculo que mantienen con su hijo. Un ejemplo de estas frases son: “Cuando mi hijo/a pide mi atención, respondo pronto, en poco tiempo” o “cuando mi hijo/a no entiende una idea, encuentro otra manera de explicárselo y que me entienda”. De tal manera existen tres escalas diferenciadas en rangos

de edades. Una de ellas es de 0-3 años, otra es de 4-7 años y por último de 8-12 años. Esto se debe a que las prácticas parentales tanto con preescolares como con niños latentes son muy diferentes y deben evaluarse adecuadamente.

El concepto de Parentalidad Positiva remite a una metodología de evaluación e intervención familiar, que busca identificar aquellas competencias parentales que madres, padres o cuidadores utilizan al relacionarse con el niño o niña a cargo. Tiene como objetivo dar a conocer la importancia de las conductas parentales positivas en el desarrollo infantil.

Los autores Gómez y Muñoz (2014) destacan que esta técnica es auto-administrada por los adultos a cargo del paciente en alguna entrevista de padres. Las frases son de carácter múltiple opción que remiten a situaciones habituales de crianza -ver anexos-. Las mismas deben evaluarse siendo lo más sincero posible escogiendo entre 4 opciones: Casi Nunca, A veces, Casi Siempre y Siempre. Si la afirmación es muy poco cierta o casi nunca ocurre, entonces debe marcar la letra "C/N" (Casi Nunca). Si describe algo parcialmente cierto o que ocurre solo a veces, debe marcar la letra "A/V" (A veces). Si es una situación bastante más cierta o habitual, entonces debe marcar la letra "C/S" (Casi Siempre). Y si la afirmación describe algo totalmente cierto o que ocurre todo el tiempo, entonces debe marcar la letra "S" (Siempre). Luego para la evaluación que realiza el psicólogo a cada una de estas opciones se le asigna un puntaje C/N=1 punto, A/V= 2 puntos, C/S=3 puntos y S= 4 puntos

El cuestionario tiene una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente y se evalúan cuatro competencias diferentes. Las competencias parentales según Badury & Dantagnan (2005;2010) se definen como "las capacidades prácticas que tienen que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo suficientemente sano(...)" citado en Gómez y Muñoz, 2014, p.6). Las mismas se denominan: vinculares, formativas, protectoras y reflexivas, y cada una de ellas evalúa otras subcompetencias como se podrá ver a continuación:

- 1) La competencia vincular se define como el conjunto de conocimientos, habilidades y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza dirigidas a promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los niños y niñas. Y las subcompetencias son: mentalización, sensibilidad parental, calidez emocional e involucramiento parental.
- 2) La competencia formativa se refiere a los conocimientos, habilidades y prácticas cotidianas que favorecen el desarrollo, los aprendizajes y la socialización. Las subcompetencias de ésta son: estimulación del aprendizaje, guía, orientación y consejo, disciplina positiva y socialización.

Las competencias formativas se manifiestan mayoritariamente a través de prácticas de crianza didácticas. Las prácticas de crianza didácticas o cognitivas consisten en la variedad de estrategias que los padres usan para estimular a los infantes a involucrarse y comprender el mundo que los rodea, mediante conductas como focalizarla atención del niño/a en objetos o eventos del entorno, introducir, mediar e interpretar el mundo externo, describir y demostrar, así como generar oportunidades para observar, imitar y aprender (Gómez y Muñoz, 2014, p.8)

- 3) Las competencias protectoras consisten en cuidar, proteger, resguardar y garantizar los derechos y la integridad del niño. Y las subcompetencias son: los cuidados cotidianos, garantías de seguridad física, organización de la vida cotidiana y búsqueda de apoyo social.
- 4) Por último las competencias reflexivas refieren a la repensar sobre la propia práctica, evaluando las acciones. Las subcompetencias son: anticipar escenarios adversos, monitorear influencias bio-psico-sociales en el desarrollo, la meta-parentalidad (reflexión sobre: la historias, la práctica parental actual y la calidad de la relación padre-hijo) y el autocuidado parental.

Luego para obtener los resultados afirman Gómez y Muñoz (2014) que se deben sumar los puntajes obtenidos entre el ítem 1 y el 14 para la sub escala “Competencias Vinculares”, entre el 15 y el 26 para la sub escala “Competencias Formativas”, entre el 27 y el 43 para la sub escala “Competencias Protectoras” y entre el 44 y el 54 para la sub escala “Competencias Reflexivas”. Existe una tabla –ver anexos- que muestra primeramente las 4 competencias y la cantidad de ítems (en el cuestionario) a sumar, luego se podrán ver los percentiles y las tres zonas que se van a indicar según el puntaje obtenido. Los percentiles son rangos que definen según el puntaje lo que es favorable en la crianza y lo que no. Estos están divididos en tres zonas llamadas: zona óptima, zona de monitoreo y zona de riesgo.

Gomez y Muñoz (2014) mencionan que la manera de obtener el resultado luego de sumados los puntajes es ubicando los mismos en estas zonas. Se evaluará la competencia que tenga menor puntaje para luego poder trabajar con el adulto sobre ese aspecto intentando establecer cambios más favorables.

Finalmente, se suman los puntajes de las 4 sub escalas y se obtiene el puntaje de la escala de Competencia Parental Total. En el caso de que ésta se ubique en la zona de riesgo significa que todas las competencias están distorsionadas y por lo tanto son desfavorables para la crianza del niño. Es probable que si las prácticas cotidianas no son favorables, al infante le va a costar establecer un vínculo saludable con sus cuidadores por lo que se podría decir que aquellos adultos que se encuentran en la zona de riesgo, probablemente

mantengan un apego inseguro con sus hijos. Por lo tanto el psicólogo deberá trabajar más intensamente con estas familias.

2.2-4 ENTREVISTAS DIÁDICAS MADRE-HIJO

En este apartado se verá otra variedad de entrevista, que es la entrevista diádica. La misma se realiza en el contexto clínico con el paciente, su cuidador principal y el psicólogo. En estas entrevistas los adultos a cargo serán una fuente más de información la cual ayudará a reforzar las hipótesis del psicólogo en cuanto al apego del paciente.

Asimismo es importante mantener una buena relación con los adultos a cargo, principalmente si se quiere investigar el apego ya que estos van a formar parte del proceso de trabajo. Esto requiere tanto la colaboración de ellos como la del psicólogo para generar una “transferencia positiva”. Según Stern (1995) es importante que el psicólogo no quede en el lugar de “quien tiene el saber acerca de cómo ser padres” sino que debe reforzar la buena relación del adulto con el niño, favoreciendo las buenas prácticas diarias por ejemplo.

Por su parte este les hará los señalamientos y sugerencias necesarias así como también les contará cómo va el proceso de su hijo en el análisis. De tal manera los cuidadores principales podrán colaborar por ejemplo cuando se les aplica el “e2p” contestando las preguntas u otro instrumento que el psicólogo crea conveniente. Estos van a ayudar a recabar datos sobre el niño y son quienes podrán modificar sus prácticas en caso que sea necesario para generar un apego más saludable.

Dentro de las entrevistas diádicas existen una “variedad de estrategias” que puede tomar el psicólogo para su trabajo con ambos. La entrevista misma es una de las formas de recabar datos acerca del vínculo y representaciones madre-hijo.

También existe una variedad de entrevista llamada “anamnesis” la cual se trata de una entrevista semidirigida con preguntas ya pautadas que averiguan el desarrollo evolutivo del niño. Principalmente su nacimiento, alimentación, primeros pasos, ciclos de sueño, antecedentes familiares, escolarización, entre otros.

Asimismo existen otras estrategias como la de proponer y observar el juego entre ambos. A través del juego se podrá ver la interrelación que mantienen, la confianza, la habilitación y estimulación por parte del cuidador principal, entre otros.

Con respecto a esto menciona Stern (1995) “Los intercambios verbales y no verbales entre el terapeuta y la madre constituyen la conducta manifiesta que existe entre ellos” (p.139). También refiere a que en el desarrollo de las entrevistas diádicas la madre (o quien cumpla esta función) tiene una representación de sí como madre y del bebé la cual se torna

diferente dentro del espacio terapéutico. Las interacciones que estos desarrollan en espacio terapéutico son diferentes a las de su rutina; este proceso de representaciones de sí como madre y del bebé en la consulta dice Stern (1995) “que es clave para introducir cambios” (p.140).

Donald Winnicot (1990) sostiene que para trabajar la problemática del niño hay que ver el contexto familiar y social ya que muchas veces esto es lo que sostiene el conflicto del niño. Por este motivo es que todos los datos que nos puedan brindar los adultos referentes serán de gran ayuda para conocer mejor el ambiente en el que se desarrolla el niño.

REFLEXIONES FINALES

Como se pudo observar el apego es un concepto fundamental en el desarrollo del niño, que implica aspectos biológicos, emocionales y físicos. Desempeñando un rol fundamental en la regulación del estrés en momentos de ansiedad o angustia. Así como también el estilo de apego del niño es un puntapié inicial para la construcción de subjetividad que va a ir desarrollando a lo largo de la vida. Por parte de los psicólogos estar en conocimiento de ésta y tenerla presente en el trabajo con niños es a mi entender esencial.

Como vimos la relación madre-hijo es un pilar fundamental en la vida del niño. Asimismo es importante tener en cuenta que muchas de las problemáticas que lleva el paciente a la consulta están relacionadas con el vínculo y las prácticas que se ejercen en su casa, por eso se dice que este aspecto que está ligado ineludiblemente a la consulta con niños.

Por otro lado se puede observar que una parte de la tarea del psicólogo está condicionada por la disposición y voluntad que tengan los adultos para modificar algunas prácticas cotidianas, cuando el profesional hace señalamientos o interpretaciones. En el entendido de que para lograr cambios psíquicos en un niño se debe trabajar “con las manos que moldean ese psiquismo” y esos son los cuidadores principales. Esto quiere decir que requiere se requiere de ambas partes para lograr cambios positivos.

Por esta razón es que algunas veces se corta el proceso diagnóstico, debido a que los adultos no creen conveniente o no tienen la disposición para cambiar aquellos aspectos que les señala el psicólogo. En esta misma línea se sabe que en muchos casos los adultos ponen todo el trabajo sobre el psicólogo pensando que éste podrá resolver todas las conflictivas, sin saber que se debe trabajar en equipo para lograr objetivos comunes.

Asimismo la “batería de técnicas” que se desarrollaron a lo largo de la monografía fueron pensadas para la articulación de esta, sin embargo existen muchas otras herramientas que también podrían aportar aspectos sobre el apego del paciente las cuales no fueron mencionadas. Si bien existen técnicas específicas para evaluar el apego en niños, muchas no son conocidas en nuestro país. Por lo que se utilizó para la sistematización de esta monografía algunas que son aplicadas a los adultos responsables y no a los pacientes en sí como por ejemplo las “e2p”. Sabiendo también que las técnicas por sí solas no deben utilizarse sino que deben pensarse en base a una estrategia de trabajo en base al sujeto-paciente.

Es imprescindible tener en cuenta que cada paciente es único por lo cual no hay reglas ni guías en la práctica, más bien se debe pensar en la singularidad de cada paciente y de cada familia para poder hacer el mejor proceso posible teniendo en cuenta las posibilidades de cada caso y actuar en función de esto.

Finalmente se quiere concluir que la mayoría de pacientes (niños o adolescentes) no se consulta por problemáticas de apego en específico en muy pocos casos la demanda puede ser por algún problema vincular, en general se puede decir que el motivo de consulta está puesto únicamente en el niño y sus síntomas. Desligándose los cuidadores principales de esto. Sin embargo Bowlby (1989) se refiere a que los estilos de apego de un niño si bien tienden a persistir debido a que se da un ciclo vicioso donde el niño con apego inseguro es propenso a las quejas y el aferramiento o a mantener distancia, se pueden modificar si hay colaboración y un cambio por parte de los adultos responsables “si los padres tratan al niño de un modo distinto, la pauta {estilo de apego} cambiará de acuerdo con ello”. (p.148)

BIBLOGRAFÍA

- Altmann de Litvan, M (2015). Encuentros clínicos madre-infante: estructuras relacionales subyacentes en procesos psicoterapéuticos breves. Buenos Aires: Ediciones Biebel.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR). Barcelona: Masson.
- Badury, J & Dantagnan, M (2005). Los buenos tratos en la infancia: parentalidad, apego y resiliencia". Barcelona: Editorial Gedisa.
- Berry Brazelton, T & Cramer, B (1993) La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial. Paidós psicología profunda.
- Bowlby, J (1986). Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Madrid: Ediciones Morata.
- Bowlby, J (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós Psicología Profunda.
- Bowlby, J (1993). El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós Psicología profunda.
- Burns, R & Kaufman, H (1978). Los dibujos kinéticos de la familia como técnica psicodiagnóstica. Volumen 47 serie mayor. Buenos Aires: Paidós.
- Corman, L. (1967). El dibujo de la familia en la práctica medicopedagógica, Buenos Aires: Ed. Kapelusz,
- Defey, D (1994). Mujer y maternidad tomo I. Montevideo: Roca Viva editorial.
- Dio Bleichmar, E (2005). Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Buenos Aires: Paidós
- Educrea (s.f.): Test del dibujo de la familia. Reuerado de: http://educrea.cl/wp-content/uploads/2016/03/DOC-Dibujo_familia.pdf
- Freire de Garbarino, M, Weigle, A, Casas de Pereda, M, Cutinella de Aguiar, O y col (1986). El juego en psicoanálisis de niños (compilación)- Volumen 1. Montevideo: Asociación psicoanalítica del Uruguay hormé.
- Gómez, E & Muñoz, M, (2014). Manual de escala de parentalidades positivas, ep2. Recuperado en: https://www.academia.edu/7907304/Manual_de_la_Escala_de_Parentalidad_Positiva_2014_1_

Klein, M, Heimann, P & Money-Kyrle, E (1965). Nuevas direcciones en psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós

Machado, A,I (2011). Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM). Uruguay: Universidad Católica del Uruguay. Original en inglés 2006.

Mesa, A, M, Estrada, L, F & Bahamón, A, L(2009). Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre-infante. Pensamiento psicológico, volumen 6 número 13. Colombia. Recuperado en:
<http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/122/362>

Mizes, M,R & Constantino, G (1999). Técnicas gráficas en la evaluación de la personalidad (un enfoque clínico). CEUP (departamento de publicaciones circulación interna).

Rodríguez, G & Oiberman, A (s.f). Escala de apego para infantes. Recuperado en:
<http://apra.org.ar/pdf/mayo/elapegoinfantesapra.pdf>

Román, M (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. Volumen 8, nº2. Recuperado en: <file:///C:/Users/VIP/Downloads/188-584-1-SM.pdf>

Siquier de Ocampo, M. L & García Arzeno, M.E.,(1974). Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Buenos Aires: Nueva visión.

Stern, D (1983). La primera relación madre-hijo. Madrid: Ediciones Morata.

Stern, D (1997). La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D (1990). Los bebés y sus madres. Buenos Aires: Editorial Paidós

Winnicott, D (1995). La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Lumen

Morales, S & Santelices, M (2007). Los modelos operantes internos y sus abordajes en psicoterapia. Vol. 25, N° 2. Chile. Recuperado en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007

ANEXOS

A continuación se anexará la técnica de “escalas de parentalidad positiva”. Dividida en tres rangos de edades: de 0-3 años, de 4-7 años y de 8-12 años. Así como también la tabla con los puntajes para la evaluación.

V. La Escala de Parentalidad Positiva e2p

A continuación, se presenta la versión actual de la escala, con 54 ítems. Del ítem 1 al 14 corresponde al área de *Competencias Parentales Vinculares*, del ítem 15 al 26 corresponde al área de *Competencias Parentales Formativas*, del ítem 27 al 43 al área de *Competencias Parentales Protectoras*, y del ítem 44 al 54, al área de *Competencias Parentales Reflexivas*. El detalle de cada reactivo se observa en la siguiente tabla (se presenta sólo la versión de 0-3 años de edad; **las tres versiones completas se adjuntan en los Anexos al final de este Manual**):

1.	Me hago el tiempo para jugar, dibujar y hacer otras cosas con mi hijo/a
2.	Con mi hijo/a, cantamos o bailamos juntos/as
3.	Con mi hijo/a, vemos juntos programas de TV o películas apropiadas a su edad
4.	Cuando mi hijo/a está irritable, puedo identificar las causas (<i>ej.: me doy cuenta si está mal genio porque está cansado o tiene hambre o está enfermo</i>)
5.	Ayudo a mi hijo/a, a que reconozca sus emociones y les ponga nombre (<i>ej., le digo "¿tiene hambrecita mi niño?", "¿te sientes solita?"</i>)
6.	Reservo un momento exclusivo del día para compartir con mi hijo/a (<i>ej., jugar con mi niño/a a la hora del baño</i>)
7.	Mi hijo/a y yo conversamos de los temas que a él o ella le interesan (<i>ej., le comento qué le estoy preparando de comida, le pregunto cómo estuvo su día en el Jardín</i>)
8.	Logro ponerme en el lugar de mi hijo/a (<i>ej., entiendo su desesperación cuando tiene hambre</i>)
9.	Cuando mi hijo/a está estresado, me busca para que lo ayude a calmarse (<i>ej., cuando está asustada o enferma</i>)
10.	Cuando mi hijo/a pide mi atención, respondo pronto, en poco tiempo
11.	Con mi hijo/a, nos reímos juntos de cosas divertidas
12.	Cuando mi hijo/a llora o se enoja, logro calmarlo/a en poco tiempo
13.	Mi hijo/a y yo jugamos juntos (<i>ej., a las cosquillas, "está, no está", rompecabezas</i>)
14.	Le demuestro explícitamente mi cariño a mi hijo/a (<i>ej., le digo "hijo/a, te quiero mucho" o le doy besos y abrazos</i>)
15.	Cuando mi hijo/a no entiende una idea, encuentro otra manera de explicársela y que me comprenda (<i>ej., le doy ejemplos de cosas que conoce, se lo explico usando sus juguetes</i>)
16.	Hablo con mi hijo/a sobre las cosas que no se deben hacer (<i>ej., pegarle a los demás, romper las cosas de la casa</i>)
17.	Converso con mi hijo/a algún tema o acontecimiento del día, para que aprenda (<i>ej., sobre la lluvia que cayó, o la visita de los familiares o la salida que hicimos</i>)
18.	Le explico cuáles son las normas y límites que deben respetarse (<i>ej., horario de acostarse</i>)

19.	Le explico que las personas pueden equivocarse	
20.	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco (ej., si le he gritado o me he demorado mucho en responderle)	
21.	Lo acompaño a encontrar una solución a sus problemas por sí mismo/a (ej., le acerco las cosas que quiere tomar, le muestro cómo hacerlo y luego le pido que lo repita: "ahora hazlo tú")	
22.	Lo motivo a tomar sus propias decisiones, ofreciéndole alternativas de acuerdo a su edad (ej., elegir los juguetes con los que va a jugar, o en qué lugar de la casa quiere estar)	
23.	En casa, logro que mi hijo/a respete y cumpla la rutina diaria (ej., horario de televisión, horario de acostarse, horario de comida)	
24.	Cuando se porta mal, mi hijo/a y yo buscamos juntos formas positivas de reparar el error (ej., pedir disculpas o ayudar a ordenar)	
25.	Le enseño a mi hijo/a cómo debe comportarse en la calle, reuniones, cumpleaños...	
26.	Le explico cómo espero que se comporte antes de salir de casa (ej., ir a comprar a la feria, "esta vez no me pidas juguetes", "no te alejes de mi en la calle")	
27.	Me relaciono con los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a (ej., converso con ellos/ellas en un cumpleaños, o cuando vienen de visita)	
28.	Me relaciono con las familias de los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a	
29.	Me mantengo informado/a de lo que mi hijo/a realiza en la sala cuna o jardín infantil (ej., pregunto a la tía o a otro apoderado)	NO APLICA
30.	Asisto a las reuniones de apoderados en la sala cuna o jardín infantil	NO APLICA
31.	Cuando no estoy con mi hijo/a, estoy seguro/a que el adulto o los adultos que lo cuidan lo tratan bien	
32.	Le enseño a mi hijo/a a reconocer en qué personas se puede confiar (ej., a quién abrirle la puerta y a quién no, que nadie puede tocarle sus partes íntimas)	
33.	Cuando la crianza se me hace difícil, busco ayuda de mis amigos o familiares (ej., cuando está enfermo/a y tengo que ir al colegio, cuando me siento sobrepasada)	
34.	Averiguo y utilizo los recursos o servicios que hay en mi comuna para apoyarme en la crianza (ej., el Consultorio, la Municipalidad, los beneficios del Chile Crece Contigo)	
35.	Si tengo dudas sobre un tema de crianza, pido consejos, orientación y ayuda	
36.	En casa, mi hijo/a utiliza juguetes u objetos que estimulan su aprendizaje de acuerdo a su edad (ej., cascabeles, pinturas, rompecabezas, etc.)	
37.	En casa, mi hijo/a juega con libros y cuentos apropiados para su edad (ej., le leo cuentos antes de dormir, o él/ella da vuelta las páginas del libro para divertirse)	
38.	Me ocupo de la higiene y cuidado que necesita (ej., lavarse los dientes, bañarse, vestirse)	
39.	Mi hijo/a puede usar un espacio especial de la casa, para jugar y distraerse (ej., ver sus cuentos, armar sus rompecabezas, etc.)	
40.	En casa, logro armar una rutina para organizar el día de mi hijo/a	

41.	Logro que mi hijo/a se alimente de forma balanceada para su edad <i>(ej., que coma verduras, frutas, leche, etc.)</i>
42.	Mi hijo/a anda limpio y bien aseado
43.	Llevo a mi hijo/a a controles preventivos de salud <i>(ej., sus vacunas, control sano, etc.)</i>
44.	La crianza me ha dejado tiempo para disfrutar de otras cosas que me gustan <i>(ej., juntarme con mis amigos, ver películas)</i>
45.	Dedico tiempo a pensar cómo apoyarlo/a en los desafíos propios de su edad <i>(ej., decidir llevarlo al parque para que desarrolle su destreza física, o juntarla con otros niños para que aprenda a hacer amigos)</i>
46.	Antes de relacionarme con mi hijo/a, me limpio de rabias, penas o frustraciones <i>(ej., respiro hondo antes de entrar a casa)</i>
47.	Reflexiono sobre cómo superar las dificultades de relación que pueda tener con mi hijo/a
48.	He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi hijo/a <i>(ej., las discusiones no son frente al niño/a; hay tiempo como familia para disfrutar y reírnos)</i>
49.	Me doy espacios para mí mismo/a, distintos de la crianza <i>(ej., participar de una liga de fútbol, grupos de baile, batucada, etc.)</i>
50.	Siento que tengo tiempo para descansar
51.	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando mi hijo/a <i>(ej., si habla de acuerdo a su edad, si su estatura y peso está normal, etc.)</i>
52.	Siento que he logrado mantener una buena salud mental <i>(ej., me siento contenta/o, me gusta cómo me veo)</i>
53.	Me he asegurado de que mi vida personal no dañe a mi hijo/a <i>(ej., las peleas con mi pareja son en privado, no delante de mi hijo)</i>
54.	Logro anticipar los momentos difíciles que vendrán en la crianza, y me preparo con tiempo <i>(ej., me informo de cómo ayudarlo a dejar los pañales; o cómo hacer un destete respetuoso)</i>

Escala de Parentalidad Positiva (E2P) 4-7 años

I. Datos de quien contesta:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ años
 SEXO: (M) (F) ESCOLARIDAD: (a) Sin escolaridad (b) Básica (c) Media (d) Técnico (e) Universitaria
 Ingreso Familiar Total (al mes): \$ _____ OCUPACIÓN (en qué trabaja): _____
 ESTADO CIVIL: () soltero/a () casado () divorciado () viudo/a NACIONALIDAD: _____
 ¿Cuántas personas viven en su casa? Total: _____ Personas menores de 18 años: _____ ¿Cuántos hijos tiene?: _____

Sobre el niño/a respecto al cual contestará el cuestionario, por favor señale:

¿Cuál es su relación con el niño/a?: (a) padre (b) madre (c) abuelo/a (d) otro familiar (e) cuidador no familiar
 Nombre del Niño/a: _____ EDAD del Niño/a: _____ años _____ meses
 Sexo del Niño/a: (M) (F) Escolaridad actual: (a) Sala Cuna (b) Jardín Infantil (c) No asiste
 El niño/a, ¿tiene alguna discapacidad diagnosticada?: (NO) (SÍ) ¿Cuál?: _____
 El niño/a, ¿tiene algún problema emocional que le preocupe?: (NO) (SÍ) ¿Cuál?: _____

II. Instrucciones:

La *Escala de Parentalidad Positiva (E2P)* es un cuestionario muy sencillo que puede contestarlo cualquier adulto responsable de la crianza de un niño o niña. Su objetivo es identificar aquellas prácticas que usted usa al relacionarse con su hijo, hija, niño o niña a su cargo. Por favor asegúrese de entender muy bien estas instrucciones antes de continuar.

En el cuestionario se presentan una serie de frases que describen situaciones habituales de crianza. Frente a cada afirmación se le pide escoger entre 4 opciones: **Casi Nunca, A veces, Casi Siempre y Siempre**. Si la afirmación es muy poco cierta o casi nunca ocurre, entonces marque la letra **"C/N"** (*Casi Nunca*). Si describe algo parcialmente cierto o que ocurre solo a veces, marque la letra **"A/V"** (*A veces*). Si es una situación bastante más cierta o habitual, entonces marque la letra **"C/S"** (*Casi Siempre*). Y si la afirmación describe algo totalmente cierto o que ocurre todo el tiempo, entonces marque la letra **"S"** (*Siempre*). Existe una opción adicional en algunas frases, de **"No Aplica"**, que se marca si su hijo/a no asiste a Sala Cuna o Jardín Infantil.

✓ Por ejemplo: si durante los últimos seis meses la afirmación: *"Con mi hijo/a jugamos en las tardes"* es algo que casi nunca realizan, entonces marque la opción "C/N"; y si durante los últimos seis meses la afirmación: *"Converso con mi hijo/a sobre sus preocupaciones"* describe algo que ocurre sólo a veces, entonces marque la opción "A/V".

Si usted no es el padre o madre del niño/a, asuma que donde dice "hijo" o "hija" se refiere al niño, niña o adolescente que usted está criando o cuidando. **Recuerde marcar una sola opción en cada afirmación. Conteste todas las preguntas del cuestionario. Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible.** No hay respuestas correctas o incorrectas; por ello, escoja la respuesta que mejor refleje su realidad.

<i>Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...</i>		Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1.	Me hago el tiempo para jugar, dibujar y hacer otras cosas con mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S
2.	Con mi hijo/a, cantamos o bailamos juntos/as	C/N	A/V	C/S	S
3.	Con mi hijo/a, vemos juntos programas de TV o películas apropiadas a su edad	C/N	A/V	C/S	S
4.	Cuando mi hijo/a está irritable, puedo identificar las causas (ej.: <i>me doy cuenta si está mal genio porque está enfermo, extraña a su abuelo o tuvo un día "difícil" en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
5.	Ayudo a mi hijo/a, a que reconozca sus emociones y les ponga nombre (ej., <i>le digo "eso que sientes es miedo", "tienes rabia", "te ves con pena"</i>)	C/N	A/V	C/S	S
6.	Reservo un momento exclusivo del día para compartir con mi hijo/a (ej., <i>le leo un cuento antes de dormir</i>)	C/N	A/V	C/S	S
7.	Mi hijo/a y yo conversamos de los temas que a él o ella le interesan (ej., <i>le pregunto por sus amigos del colegio o sus series de televisión</i>)	C/N	A/V	C/S	S
8.	Logro ponerme en el lugar de mi hijo/a (ej., <i>entiendo su pena cuando pierde un juguete muy querido; ej.: en una discusión entiendo su punto de vista</i>)	C/N	A/V	C/S	S
9.	Cuando mi hijo/a está estresado, me busca para que lo ayude a calmarse (ej., <i>cuando está enfermo o ha tenido un problema en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
10.	Cuando mi hijo/a pide mi atención, respondo pronto, en poco tiempo	C/N	A/V	C/S	S
11.	Con mi hijo/a, nos reímos juntos de cosas divertidas	C/N	A/V	C/S	S
12.	Cuando mi hijo/a llora o se enoja, logro calmarlo/a en poco tiempo	C/N	A/V	C/S	S
13.	Mi hijo/a y yo jugamos juntos (ej., <i>a las escondidas, deportes, legos, videojuegos...</i>)	C/N	A/V	C/S	S
14.	Le demuestro explícitamente mi cariño a mi hijo/a (ej., <i>le digo "hijo/a, te quiero mucho" o le doy besos y abrazos</i>)	C/N	A/V	C/S	S
15.	Cuando mi hijo/a no entiende una idea, encuentro otra manera de explicársela y que me comprenda (ej., <i>le doy ejemplos de cosas que conoce, se lo explico usando sus juguetes</i>)	C/N	A/V	C/S	S
16.	Hablo con mi hijo/a sobre sus errores o faltas (ej., <i>cuando miente, trata mal a otro, o toma algo prestado sin permiso</i>)	C/N	A/V	C/S	S
17.	Converso con mi hijo/a algún tema o acontecimiento del día, para que aprenda (ej., <i>la visita de los familiares o una salida que hicimos o lo que está aprendiendo en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
18.	Le explico cuáles son las normas y límites que deben respetarse (ej., <i>horario de acostarse, horario de hacer tareas escolares</i>)	C/N	A/V	C/S	S
19.	Le explico que las personas pueden equivocarse	C/N	A/V	C/S	S
20.	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco (ej., <i>si le he gritado o me he demorado mucho en responderle</i>)	C/N	A/V	C/S	S

21.	Lo acompaño a encontrar una solución a sus problemas por sí mismo/a (ej., le doy "pistas" para que tenga éxito en una tarea, sin darle la solución)	C/N	A/V	C/S	S	
22.	Lo motivo a tomar sus propias decisiones, ofreciéndole alternativas de acuerdo a su edad (ej., elegir su ropa o qué película quiere ver)	C/N	A/V	C/S	S	
23.	En casa, logro que mi hijo/a respete y cumpla la rutina diaria (ej., horario de televisión, horario de acostarse, horario de comida)	C/N	A/V	C/S	S	
24.	Cuando se porta mal, mi hijo/a y yo buscamos juntos formas positivas de reparar el error (ej., pedir disculpas o ayudar a ordenar)	C/N	A/V	C/S	S	
25.	Le enseño a mi hijo/a cómo debe comportarse en la calle, reuniones, cumpleaños...	C/N	A/V	C/S	S	
26.	Le explico cómo espero que se comporte antes de salir de casa (ej., ir a comprar a la feria, "esta vez no me pidas juguetes", "no te alejes de mi en la calle")	C/N	A/V	C/S	S	
27.	Me relaciono con los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a (ej., converso con ellos/ellas en un cumpleaños, o cuando vienen de visita)	C/N	A/V	C/S	S	
28.	Me relaciono con las familias de los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S	
29.	Me mantengo informado/a de lo que mi hijo/a realiza en la escuela o jardín infantil (ej., pregunto a la profesora o a otro apoderado)	NO APLICA	C/N	A/V	C/S	S
30.	Asisto a las reuniones de apoderados en la escuela o jardín infantil	NO APLICA	C/N	A/V	C/S	S
31.	Cuando no estoy con mi hijo/a, estoy seguro/a que el adulto o los adultos que lo cuidan lo tratan bien	C/N	A/V	C/S	S	
32.	Le enseño a mi hijo/a a reconocer en qué personas se puede confiar (ej., a quién abrirle la puerta y a quién no, que nadie puede tocarle sus partes íntimas)	C/N	A/V	C/S	S	
33.	Cuando la crianza se me hace difícil, busco ayuda de mis amigos o familiares (ej., cuando está enfermo/a y tengo que ir al colegio, cuando me siento sobrepasada)	C/N	A/V	C/S	S	
34.	Averiguo y utilizo los recursos o servicios que hay en mi comuna para apoyarme en la crianza (ej., el Consultorio, la Municipalidad, los beneficios del Chile Crece Contigo)	C/N	A/V	C/S	S	
35.	Si tengo dudas sobre un tema de crianza, pido consejos, orientación y ayuda	C/N	A/V	C/S	S	
36.	En casa, mi hijo/a utiliza juguetes u objetos que estimulan su aprendizaje de acuerdo a su edad (ej., pinturas, rompecabezas, juegos de ingenio, etc.)	C/N	A/V	C/S	S	
37.	En casa, mi hijo/a lee (o intenta leer) libros y cuentos apropiados para su edad	C/N	A/V	C/S	S	
38.	Superviso la higiene y cuidado que necesita (ej., lavarse los dientes, bañarse, vestirse)	C/N	A/V	C/S	S	
39.	Mi hijo/a puede usar un espacio especial de la casa, para jugar y distraerse (ej., ver sus cuentos, armar sus rompecabezas, pintar, etc.)	C/N	A/V	C/S	S	
40.	En casa, logro armar una rutina para organizar el día de mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S	

41.	Logro que mi hijo/a se alimente de forma balanceada para su edad (<i>ej., que coma verduras, frutas, leche, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
42.	Mi hijo/a anda limpio y bien aseado	C/N	A/V	C/S	S
43.	Llevo a mi hijo/a a controles preventivos de salud (<i>ej., sus vacunas, control sano, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
44.	La crianza me ha dejado tiempo para disfrutar de otras cosas que me gustan (<i>ej., juntarme con mis amigos, ver películas</i>)	C/N	A/V	C/S	S
45.	Dedico tiempo a pensar cómo apoyarlo/a en los desafíos propios de su edad (<i>ej., decidir llevarlo al parque para que desarrolle su destreza física, o a cumpleaños para que tenga amigos</i>)	C/N	A/V	C/S	S
46.	Antes de relacionarme con mi hijo/a, me limpio de rabias, penas o frustraciones (<i>ej., respiro hondo antes de entrar a casa</i>)	C/N	A/V	C/S	S
47.	Reflexiono sobre cómo superar las dificultades de relación que pueda tener con mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S
48.	He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi hijo/a (<i>ej., las discusiones no son frente al niño/a; hay tiempo como familia para disfrutar y reírnos</i>)	C/N	A/V	C/S	S
49.	Me doy espacios para mí mismo/a, distintos de la crianza (<i>ej., participar de una liga de fútbol, grupos de baile, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
50.	Siento que tengo tiempo para descansar	C/N	A/V	C/S	S
51.	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando mi hijo/a (<i>ej., si habla de acuerdo a su edad, si su estatura y peso está normal, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
52.	Siento que he logrado mantener una buena salud mental (<i>ej., me siento contenta/o, me gusta cómo me veo</i>)	C/N	A/V	C/S	S
53.	Me he asegurado de que mi vida personal no dañe a mi hijo/a (<i>ej., si tengo peleas con mi pareja son en privado, no delante de mi hijo</i>)	C/N	A/V	C/S	S
54.	Logro anticipar los momentos difíciles que vendrán en la crianza, y me preparo con tiempo (<i>ej., me informo de cómo apoyarlo en su ingreso al colegio, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S

OBSERVACIONES:

Autoría de la Escala E2P: Esteban Gómez Muzzio & Magdalena Muñoz Quinteros, Fundación Ideas para la Infancia, 2013.

Nota: la Escala de Parentalidad Positiva E2P puede ser usada **gratuitamente** por todo profesional o institución que lo requiera, reconociendo debidamente los derechos de autor. Cualquier consulta, escribir al mail fundacion@ideasparalainfancia.com o mediante la página web www.ideasparalainfancia.com

Escala de Parentalidad Positiva (E2P)

8-12 años

I. Datos de quien contesta:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ años

SEXO: (M) (F) ESCOLARIDAD: (a) Sin escolaridad (b) Básica (c) Media (d) Técnico (e) Universitaria

Ingreso Familiar Total (al mes): \$ _____ OCUPACIÓN (en qué trabaja): _____

ESTADO CIVIL: () soltero/a () casado () divorciado () viudo/a NACIONALIDAD: _____

¿Cuántas personas viven en su casa? Total: _____ Personas menores de 18 años: _____ ¿Cuántos hijos tiene?: _____

Sobre el niño/a respecto al cual contestará el cuestionario, por favor señale:

¿Cuál es su relación con el niño/a?: (a) padre (b) madre (c) abuelo/a (d) otro familiar (e) cuidador no familiar

Nombre del Niño/a: _____ EDAD del Niño/a: _____ años _____ meses

Sexo del Niño/a: (M) (F) Escolaridad actual: (a) Sala Cuna (b) Jardín Infantil (c) No asiste

El niño/a, ¿tiene alguna discapacidad diagnosticada?: (NO) (SÍ) ¿Cuál?: _____

El niño/a, ¿tiene algún problema emocional que le preocupe?: (NO) (SÍ) ¿Cuál?: _____

II. Instrucciones:

La *Escala de Parentalidad Positiva (E2P)* es un cuestionario muy sencillo que puede contestarlo cualquier adulto responsable de la crianza de un niño o niña. Su objetivo es identificar aquellas prácticas que usted usa al relacionarse con su hijo, hija, niño o niña a su cargo. Por favor asegúrese de entender muy bien estas instrucciones antes de continuar.

En el cuestionario se presentan una serie de frases que describen situaciones habituales de crianza. Frente a cada afirmación se le pide escoger entre 4 opciones: **Casi Nunca**, **A veces**, **Casi Siempre** y **Siempre**. Si la afirmación es muy poco cierta o casi nunca ocurre, entonces marque la letra **"C/N"** (*Casi Nunca*). Si describe algo parcialmente cierto o que ocurre solo a veces, marque la letra **"A/V"** (*A veces*). Si es una situación bastante más cierta o habitual, entonces marque la letra **"C/S"** (*Casi Siempre*). Y si la afirmación describe algo totalmente cierto o que ocurre todo el tiempo, entonces marque la letra **"S"** (*Siempre*).

✓ Por ejemplo: si durante los últimos seis meses la afirmación: *"Con mi hijo/a jugamos en las tardes"* es algo que casi nunca realizan, entonces marque la opción "C/N"; y si durante los últimos seis meses la afirmación: *"Converso con mi hijo/a sobre sus preocupaciones"* describe algo que ocurre sólo a veces, entonces marque la opción "A/V".

Si usted no es el padre o madre del niño/a, asuma que donde dice "hijo" o "hija" se refiere al niño, niña o adolescente que usted está criando o cuidando. **Recuerde marcar una sola opción en cada afirmación. Conteste todas las preguntas del cuestionario. Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible.** No hay respuestas correctas o incorrectas; por ello, escoja la respuesta que mejor refleje su realidad.

<i>Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...</i>		Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1.	Mi hijo/a y yo nos hacemos el tiempo para salir y hacer cosas juntos	C/N	A/V	C/S	S
2.	Con mi hijo/a, cantamos o bailamos juntos/as	C/N	A/V	C/S	S
3.	Con mi hijo/a, vemos juntos programas de TV o películas apropiadas a su edad	C/N	A/V	C/S	S
4.	Cuando mi hijo/a está irritable, puedo identificar las causas (<i>ej.: me doy cuenta si está mal genio porque tuvo un día "difícil" en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
5.	Ayudo a mi hijo/a, a que reconozca sus emociones y les ponga nombre (<i>ej., le digo "eso que sientes es miedo", "tienes rabia", "te ves con pena"</i>)	C/N	A/V	C/S	S
6.	Reservo un momento exclusivo del día para compartir con mi hijo/a (<i>ej., le leo un cuento antes de dormir</i>)	C/N	A/V	C/S	S
7.	Mi hijo/a y yo conversamos de los temas que a él o ella le interesan (<i>ej., conversamos sobre sus amigos del colegio, sus series de televisión o sus cantantes favoritos</i>)	C/N	A/V	C/S	S
8.	Logro ponerme en el lugar de mi hijo/a (<i>ej.: en una discusión entiendo su punto de vista</i>)	C/N	A/V	C/S	S
9.	Cuando mi hijo/a está estresado, me busca para que lo ayude a calmarse (<i>ej., cuando está enfermo o ha tenido un problema en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
10.	Cuando mi hijo/a pide mi atención, respondo pronto, en poco tiempo	C/N	A/V	C/S	S
11.	Con mi hijo/a, nos reímos juntos de cosas divertidas	C/N	A/V	C/S	S
12.	Cuando mi hijo/a llora o se enoja, lo ayudo a calmarse en poco tiempo	C/N	A/V	C/S	S
13.	Mi hijo/a y yo jugamos juntos (<i>ej., a deportes, videojuegos, juegos de mesa...</i>)	C/N	A/V	C/S	S
14.	Le demuestro explícitamente mi cariño a mi hijo/a (<i>ej., le digo "hijo/a, te quiero mucho" o le doy besos y abrazos</i>)	C/N	A/V	C/S	S
15.	Cuando mi hijo/a no entiende una idea, encuentro otra manera de explicársela y que me comprenda (<i>ej., le doy ejemplos de cosas que conoce</i>)	C/N	A/V	C/S	S
16.	Hablo con mi hijo/a sobre sus errores o faltas (<i>ej., cuando miente, trata mal a otro, o toma algo prestado sin permiso</i>)	C/N	A/V	C/S	S
17.	Converso con mi hijo/a algún tema o acontecimiento del día, para que aprenda (<i>ej., sobre alguna noticia importante, lo que está aprendiendo en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
18.	Le explico cuáles son las normas y límites que deben respetarse (<i>ej., horario de acostarse, horario de hacer tareas escolares, responsabilidades en la casa, uso de internet</i>)	C/N	A/V	C/S	S
19.	Le explico que las personas pueden equivocarse	C/N	A/V	C/S	S
20.	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco (<i>ej., si le he gritado o no he cumplido una promesa</i>)	C/N	A/V	C/S	S

21.	Lo acompaño a encontrar una solución a sus problemas por sí mismo/a (ej., le doy "pistas" o le hago preguntas para que tenga éxito en una tarea, sin darle la solución)	C/N	A/V	C/S	S
22.	Lo motivo a tomar sus propias decisiones, ofreciéndole alternativas de acuerdo a su edad (ej., elegir su ropa o qué película quiere ver)	C/N	A/V	C/S	S
23.	En casa, logro que mi hijo/a respete y cumpla la rutina diaria (ej., horario de televisión, horario de acostarse, horario de comida)	C/N	A/V	C/S	S
24.	Cuando se porta mal, mi hijo/a y yo buscamos juntos formas positivas de reparar el error (ej., pedir disculpas, ordenar su pieza, ayudar a un hermano chico en las tareas)	C/N	A/V	C/S	S
25.	Le enseño a mi hijo/a cómo debe comportarse en la calle, reuniones, cumpleaños...	C/N	A/V	C/S	S
26.	Le explico cómo espero que se comporte antes de salir de casa (ej., ir a comprar a la feria, "esta vez no me pidas que te compre cosas", "no te alejes de mi en la calle")	C/N	A/V	C/S	S
27.	Me relaciono con los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a (ej., converso con ellos/ellas en un cumpleaños, o cuando vienen de visita)	C/N	A/V	C/S	S
28.	Me relaciono con las familias de los amigos, primos o vecinos actuales de mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S
29.	Me mantengo informado/a de lo que mi hijo/a realiza en la escuela (ej., pregunto a la profesora o a otro apoderado)	C/N	A/V	C/S	S
30.	Asisto a las reuniones de apoderados en la escuela	C/N	A/V	C/S	S
31.	Cuando no estoy con mi hijo/a, estoy seguro/a que el adulto o los adultos que lo cuidan lo tratan bien	C/N	A/V	C/S	S
32.	Le enseño a mi hijo/a a reconocer en qué personas se puede confiar (ej., a quién abrirle la puerta y a quién no, que nadie puede tocarle sus partes íntimas)	C/N	A/V	C/S	S
33.	Cuando la crianza se me hace difícil, busco ayuda de mis amigos o familiares (ej., cuando está enfermo/a y tengo que ir al colegio, cuando me siento sobrepasada)	C/N	A/V	C/S	S
34.	Averiguo y utilizo los recursos o servicios que hay en mi comuna para apoyarme en la crianza (ej., el Consultorio, la Municipalidad, los beneficios del Chile Crece Contigo)	C/N	A/V	C/S	S
35.	Si tengo dudas sobre un tema de crianza, pido consejos, orientación y ayuda	C/N	A/V	C/S	S
36.	En casa, mi hijo/a cuenta con materiales para estimular su aprendizaje acordes a su edad (ej., pinturas, instrumentos musicales, juegos de ingenio, etc.)	C/N	A/V	C/S	S
37.	En casa, mi hijo/a lee libros y cuentos apropiados para su edad	C/N	A/V	C/S	S
38.	Superviso la higiene y cuidado que necesita (ej., lavarse los dientes, bañarse, vestirse)	C/N	A/V	C/S	S
39.	Mi hijo/a puede usar un espacio especial de la casa, para jugar y distraerse	C/N	A/V	C/S	S
40.	En casa, logro armar una rutina para organizar el día de mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S

41.	Logro que mi hijo/a se alimente de forma balanceada para su edad <i>(ej., que coma verduras, frutas, leche, etc.)</i>	C/N	A/V	C/S	S
42.	Mi hijo/a anda limpio y bien aseado	C/N	A/V	C/S	S
43.	Llevo a mi hijo/a a controles preventivos de salud	C/N	A/V	C/S	S
44.	La crianza me ha dejado tiempo para disfrutar de otras cosas que me gustan <i>(ej., juntarme con mis amigos, ver películas)</i>	C/N	A/V	C/S	S
45.	Dedico tiempo a pensar cómo apoyarlo/a en los desafíos propios de su edad <i>(ej., cómo apoyarlo si tiene problemas de aprendizaje en la escuela, o si le cuesta hacer amigos)</i>	C/N	A/V	C/S	S
46.	Antes de relacionarme con mi hijo/a, me limpio de rabias, penas o frustraciones <i>(ej., respiro hondo antes de entrar a casa)</i>	C/N	A/V	C/S	S
47.	Reflexiono sobre cómo superar las dificultades de relación que pueda tener con mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S
48.	He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi hijo/a <i>(ej., las discusiones no son frente al niño/a; hay tiempo como familia para disfrutar y reírnos)</i>	C/N	A/V	C/S	S
49.	Me doy espacios para mí mismo/a, distintos de la crianza <i>(ej., participar de una liga de fútbol, grupos de baile, etc.)</i>	C/N	A/V	C/S	S
50.	Siento que tengo tiempo para descansar	C/N	A/V	C/S	S
51.	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando mi hijo/a <i>(ej., si está aprendiendo en el colegio lo que se espera para su edad, si su estatura y peso está normal, etc.)</i>	C/N	A/V	C/S	S
52.	Siento que he logrado mantener una buena salud mental <i>(ej., me siento contenta/o, me gusta cómo me veo)</i>	C/N	A/V	C/S	S
53.	Me he asegurado de que mi vida personal no dañe a mi hijo/a <i>(ej., si tengo peleas con mi pareja son en privado, no delante de mi hijo)</i>	C/N	A/V	C/S	S
54.	Logro anticipar los momentos difíciles que vendrán en la crianza, y me preparo con tiempo <i>(ej., me informo de cómo ayudarlo en su desarrollo sexual, etc.)</i>	C/N	A/V	C/S	S

OBSERVACIONES:

Autoría de la Escala E2P: Esteban Gómez Muzzio & Magdalena Muñoz Quinteros, Fundación Ideas para la Infancia, 2013.

Nota: la Escala de Parentalidad Positiva E2P puede ser usada **gratuitamente** por todo profesional o institución que lo requiera, reconociendo debidamente los derechos de autor. Cualquier consulta, escribir al mail fundacion@ideasparalainfancia.com o mediante la página web www.ideasparalainfancia.com

Interpretación de los puntajes

La interpretación de las puntuaciones todavía requiere más investigación. A la fecha, se puede utilizar la siguiente tabla, basada en la muestra de 333 padres y madres, que da cuenta de los puntos de corte para 10 percentiles:

Tabla 14

COMPETENCIAS PARENTALES						
		Vinculares (14 ítems)	Formativas (12 ítems)	Protectoras (17 ítems)	Reflexivas (11 ítems)	Total (54 ítems)
Percentiles						
Zona Óptima	90	54	46	64	39	198
	80	52	45	62	36	192
	70	51	43	60	35	186
	60	50	41	59	34	180
	50	48	40	57	33	176
Zona Monitoreo	40	46	39	55	31	171
	30	44	37	52	29	163
Zona Riesgo	20	41	35	49	28	154
	10	36	31	45	25	142