

ESTUDIO DE EFICACIA SOBRE DOS INTERVENCIONES BASADAS EN EL FOMENTO DEL APEGO TEMPRANO EN DÍADAS MADRE-BEBÉ PROVENIENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA EN SANTIAGO DE CHILE

Felipe Lecannelier*, Verónica Undurraga*, Ana María Olivares*,
Jorge Rodríguez**, Juan Carlos Nuñez***, Marianela Hoffmann*,
Nancy Goldstein* y Catalina Larraín*

Resumen

Las estrategias de intervención temprana para el fomento de la calidad del apego madre-bebé se han constituido en una de las principales instancias preventivas que permiten evitar que futuros trastornos psico-sociales se conviertan en rasgos estables en los niños. Sin embargo, la validación de la efectividad de estas intervenciones en Chile es extremadamente escasa, siendo los países desarrollados del hemisferio norte los que las han implementado. El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad de dos intervenciones tempranas basadas en el fomento del apego madre-bebé. 55 díadas madre-bebé provenientes de dos consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana fueron asignadas a dos grupos de tratamientos para el fomento del apego: Taller de Apego (n=16) y Taller de Masaje (n=22) y un grupo de control (n=17). Las díadas de todas las intervenciones fueron evaluadas en sus domicilios en tres momentos diferentes (pre-post y seguimiento 3 meses después). Las medidas utilizadas fueron una Escala de observación del apego (Escala de Apego durante Stress) y la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo (EPDS). Se analizaron las comparaciones de los tres grupos en las medidas de calidad del apego y depresión. Mientras que en el grupo control la tasa de apegos seguros se mantiene invariable, en el grupo experimental que considera el Taller de Apego y de Masaje esta tasa aumenta significativamente desde la fase pre hasta la post, e incluso en la fase de seguimiento ($Q=7,412$; $p=0,025$). Más aún, el tratamiento de Taller de Apego evidencia diferencias significativas en la disminución de la depresión entre las fases pre-post y seguimiento ($\text{Chi cuadrado} = 6,079$; $p=0,04931$) a diferencia de los otros dos grupos en los cuales las diferencias no son significativas. El estudio confirma, con una muestra Chilena que la implementación de estrategias de intervención breves, manualizadas y destinadas al fomento de habilidades específicas pueden ser efectivas en el mejoramiento de determinados aspectos de la salud y calidad de vida de los niños, durante los primeros años de vida.

Palabras claves: apego, intervención temprana, salud mental infantil, eficacia.

Key words: attachment, intervention, infant mental health.

Introducción

Los reportes nacionales e internacionales sobre el estado actual de la salud mental han sido claros en

explicitar que la prevención e intervención durante los primeros años de vida es una estrategia efectiva y altamente beneficiosa (WHO, 2004; Tolan & Dodge, 2005). Estas estrategias de intervención suelen focalizarse en diversos aspectos del desarrollo del niño y su entorno (salud física, higiene, alimentación, desarrollo cognitivo y afectivo, entre otros) (Ialongo, Rogosch, Cicchetti, Toth, Buckley, Petras, & Neiderhiser, 2006; Shonkoff & Meisels, 2000). Durante las últimas dos décadas se ha puesto un especial énfasis en aquellas que tienen como su objetivo principal, el fomento de relaciones afectivas positivas, sensibles y comprometidas, entre padres e hijos. Este tipo

* Felipe Lecannelier, Verónica Undurraga, Ana María Olivares, Marianela Hoffmann, Nancy Goldstein y Catalina Larraín.
Unidad de Intervención Temprana, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo.

** Jorge Rodríguez

Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

***Juan Carlos Nuñez

Departamento de Psiquiatría Sur, Universidad de Chile

Felipe Lecannelier. Coronel Pereira 140, dpto 116-Las Condes

E-Mail: flecannelier@udd.cl

Estudio financiado por la Fundación Ford

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XVIII p.p. 143-155

© 2009 Fundación AIGLÉ.

de intervenciones ha demostrado ser efectiva en disminuir índices de riesgo en la salud mental de los niños y sus padres, junto con promover diversos factores protectores en el contexto de cuidado familiar (Fonagy, 1998; MINSAL, 2007). Más aún, aquellas intervenciones que incluyen a la familia dentro de su foco de intervención, suelen presentar tasas más altas de efectividad, en relación a las que no lo hacen (Brooks-Gun, Berlin, & Sidle, 2000).

Dentro de la categoría de los programas que buscan promover una parentalidad positiva, lo que se conoce como “intervención temprana basada en el fomento del apego” ha demostrado generar un gran impacto, tanto en mejorar la calidad del cuidado de los padres hacia sus hijos, como en el desarrollo integral en este último (Berlin, Ziv, Amaya-Jackson, & Greenberg, 2005; Borberg, 2000; Lecannelier, 2006, 2007). En un meta-análisis, se demostró que aquellas intervenciones que eran breves, realizadas durante el primer año del niño, y focalizadas hacia un aumento de la capacidad de sensibilidad maternal, eran las más efectivas en aumentar un apego sano y seguro (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, & Juffer, 2003). En Chile y Sudamérica son escasos los estudios de eficacia controlados y sistemáticos para evaluar el impacto de este tipo de intervenciones tempranas (MINSAL, 2007).

El objetivo del presente estudio consiste en evaluar el impacto que tienen sobre la calidad del apego temprano madre-bebé y la sintomatología depresiva de la madre, dos intervenciones tempranas basadas en el fomento del apego. Ambas intervenciones consisten en la implementación de un taller grupal para fomentar en las madres su capacidad de estar sensibles y adecuadas a los cuidados del bebé (llamado “Taller de Apego”) y un taller grupal para capacitar a las madres a dar una técnica específica de masaje a sus hijos (llamado “Taller de Masaje”) (Lecannelier, et al., 2006). La hipótesis general es que ambas intervenciones serán más efectivas en mejorar la calidad del vínculo madre-bebé, y disminuir la sintomatología depresiva materna, en relación a un grupo control, incluso 3 meses después de finalizadas las intervenciones.

Material y método

Diseño

El estudio es de tipo descriptivo y correlacional, y su diseño de tipo longitudinal experimental, pre-post 1-post 2 de intervención. La fase post 1 se evaluó a las dos semanas de haber finalizado las tres intervenciones y la fase post 2 a los 3 meses de haber concluido los tratamientos.

Participantes

La población a estudiar son todas las díadas madre-bebé consultantes de la ciudad de Santiago, con hijos entre 2 y 4 meses, de nivel socio-económico bajo y medio-bajo. Las madres y los bebés fueron seleccionados de fichas médicas de los consultorios Lo Hermida y Carol Úrzua de la comuna de Peñalolén, en Santiago de Chile. Estos consultorios constituyen lo que en Chile se llama “Consultorios de Atención Primaria”, dependientes de cada comuna del país. En estos consultorios, las poblaciones de escasos recursos reciben todo tipo de atención para el niño, lo que se constituye como su “control sano”. Las díadas seleccionadas fueron extraídas de las fichas médicas de los dos consultorios anteriormente mencionados de la comuna de Peñalolén, en Santiago de Chile. Se excluyó a aquellas madres que presentaban patología psiquiátrica grave (diagnosticadas por el o los psiquiatras dependientes de la red de salud mental de la comuna de Peñalolén), y a bebés con alteraciones orgánicas limitantes para realizar las evaluaciones e intervenciones (diagnosticados por el equipo de pediatras, neurólogos y/o genetistas de la red de salud del niño de la comuna). Los criterios de exclusión fueron evaluados a través de una exhaustiva revisión de las fichas médicas de las madres y sus hijos. Las madres fueron invitadas a una charla explicativa del estudio, y aquellas que no asistieron fueron contactadas por teléfono. El total de díadas reclutadas en la fase de pre-tratamiento fue de 120, y el total de díadas que completaron las tres fases del estudio fue de 55. Las díadas fueron asignadas aleatoriamente a los grupos, quedando al finalizar el estudio, 16 en el grupo experimental 1 (Taller de Apego), 22 en el grupo experimental 2 (Taller de Masaje), y 17 díadas asignadas a un grupo de control.

Se obtuvo una muestra inicial de 120 madres (madre-hijo), se asignaron aleatoriamente 40 díadas a los grupos control, apego y masaje. En la primera evaluación después de haberse hecho la intervención, hubo una pérdida de 40%, 45% y 45% respectivamente y en la segunda evaluación la pérdida fue de 8,3%, 27,3% y 22,7% respectivamente (tabla 1). La muestra que completó todo el estudio fue de 55 díadas.

La deserción de las 65 madres ocurrió en diversas etapas del estudio. Es decir, que hubo madres que desertaron luego de la primera evaluación (pre-tratamiento), durante el tratamiento, posterior al tratamiento, o en la fase de seguimiento. Las diversas razones de estas deserciones fueron investigadas a través de una interconsulta telefónica a las madres. De acuerdo a esto, una revisión de los motivos de las madres que desertaron luego de la primera evaluación y de las que desertaron durante la intervención

Tabla 1. Distribución de los tamaños de la muestra y pérdida de ésta en cada fase, según grupo

Tamaño de la Muestra por Fase del Estudio	1º Fase (pre-tto)	2º Fase (post-1)	% de pérdida (post-1)	3º Fase (post-2)	% de pérdida (post-2)
Grupo Masaje	40	24	40%	22	8.3%
Grupo Apego	40	22	45%	16	27,3%
Grupo Control	40	22	45%	17	22,7%
Total	120	68	43.3%	55	19,1%

reportaron: baja motivación por participar en la intervención y/o falta de tiempo para participar. En las madres que finalizaron la intervención, pero que no participaron en la tercera evaluación se encontraron los siguientes motivos: alta inestabilidad laboral y familiar, movilidad geográfica, y pasividad en torno a utilizar recursos para la crianza del bebé.

Instrumentos

- **Sintomatología depresiva.** Se utilizó la Escala de Edimburgo (EPDS) para la detección de cuadros depresivos en el período del post-parto. La escala consiste en un cuestionario auto-administrado de 10 ítems que se contestan en una escala 0 a 3 puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas depresivos. Este instrumento ha sido adaptado a Chile por Jadresic, Araya & Jara (1995), con un punto de corte 9/10, lo que indica que puntaje igual o mayor son indicativos de depresión post-parto, con una alta especificidad, sensibilidad, y valor predictivo.

- **Calidad del apego:** Se usó la Escala de Apego durante Estrés (Escala ADS): La escala ADS es una pauta de observación de diversos indicadores de la calidad del apego, observados tanto en la madre como en el bebé (Massie & Campbell, 1983). La pauta fue originalmente creada para ser utilizada en la consulta pediátrica, o en situaciones leves de estrés del bebé (tales como la muda, breve separaciones, alimentación, y otras). La importancia de la evaluación de la calidad del vínculo en episodios de estrés radica en que toda evaluación del sistema apego debe considerar la necesidad de búsqueda, protección y proximidad del bebé, la cual sólo puede ser activada en situaciones de estrés (Solomon & George, 1999). La pauta de observación consta de 6 indicadores comportamentales de apego (mirada, vocalización, contacto A, contacto B, sosteniendo, afecto y proximidad) que se organizan en una escala de puntaje de 1 a 5, en donde cada puntaje corresponde a una descripción específica de la conducta (por ejemplo,

1 punto en el indicador de “mirada” de la madre corresponde a “siempre evita mirar la cara del niño”). Aquellos puntajes cercanos al 1-2 o al 5, son indicadores de apego inseguro, y los puntajes cercanos al 3-4 indican tendencia hacia el apego seguro. Aunque la escala permite identificar indicadores de estilos de apego, en el presente estudio sólo se utilizó la dicotomía seguro/inseguro. En la actualidad, este instrumento se utiliza como prueba de screening rápido en consultorios de atención primaria, a nivel nacional (Lecannelier & Hoffmann, 2007). La codificación de la escala fue realizada por 5 profesionales con más de 5 años de experiencia en observación de interacciones madre-bebé. Los desacuerdos fueron discutidos en grupo, y el acuerdo entre los jueces fue del orden del 70-80%.

- **Pauta de identificación socio-demográfica:** Se elaboró una pauta de información socio-demográfica para obtener datos de la edad de la madre y el padre, edad del bebé en las diversas etapas, género del bebé, estado civil de la madre, número de hijos, condición de primípara o múltipara, integrantes de la familia, tipo de parto, y consulta de la madre a algún profesional de la salud mental.

Todas las evaluaciones se realizaron a los dos grupos de tratamiento y al grupo de control.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos éticos de la Universidad del Desarrollo y la Fundación Ford. Una vez seleccionadas todas las díadas del estudio, se procedió a realizar la evaluación pre-tratamiento. Ésta consistió en una visita domiciliaria a las madres y sus bebés, donde firmaron el consentimiento informado y completaron la Escala de Edimburgo y la pauta de identificación (junto con otras medidas a la madre, pero que no se considerarán en este estudio debido a que no se utilizaron como medidas de eficacia de las intervenciones).

En esta misma sesión, se les pidió a las madres que realizaran diversas actividades propias de la crianza tales como mudar, alimentar, bañar, separarse y jugar con el bebé. Estas instancias fueron grabadas con una cámara de video, las que se utilizaron posteriormente para la codificación del apego a través de la Escala ADS. Una vez finalizada esta etapa, las madres fueron asignadas aleatoriamente a los dos grupos experimentales y al grupo de control. La duración de las intervenciones fue de 6 sesiones, luego de lo cual se procedió a repetir la evaluación pre-tratamiento a los 15 días de finalizada la intervención. Posteriormente, se realizó una evaluación de seguimiento a los 3 meses de finalizada la intervención, repitiendo las medidas.

La muestra finalmente, fue de 55 díadas. Las madres tuvieron al inicio del estudio, un promedio de edad de 27,3 años y desviación estándar de 6,2 años y los bebés, alcanzaron una edad promedio de 48 meses con desviación estándar de 14 meses. Los bebés en la primera medición post tratamiento tenían en promedio 69 meses y desviación estándar de 22 meses, en la última medición fue de 181 meses de promedio y desviación estándar de 29 meses. El 100% de las madres no tuvo sintomatología de obsesión y

el 96,7% sin somatización. El porcentaje de casada alcanzó a un 40% y el 71% tuvieron parto normal (ver tabla 2). Estos indicadores por tipo de tratamiento se observan en la tabla 3.

Intervenciones

Las intervenciones realizadas fueron:

- Taller de Apego

Intervención grupal de seis sesiones de una hora y media con las madres y sus bebés, que consiste en proveer herramientas y conocimientos para fomentar un apego sano con sus hijos, a través de un aumento de su capacidad de sensibilidad materna (Ainsworth et al., 1978) y mentalización (Fonagy & Target, 1997) (aprender a captar, comprender y regular las señales del infante), estimado de los aspectos más válidos a considerar en una intervención basada en el fomento del apego (Bakerman-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Juffer, 2003). Cada sesión se estructura sobre la base de un tema, que contiene objetivos, estructura, rol del coordinador del taller, metodología y actividades. Cada sesión se encuentra protocolizada en un manual

Tabla 2. Media, desviación estándar y valores extremos de la edad de las madres y los bebés en los tres períodos estudiados

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad madres	27,3	6,2	16	38
Edad bebés etapa pre-tto (en días)	48	14	11	91
Edad bebés post 1 (en días)	69	22	22	140
Edad bebés post-2 (en días)	181	29	117	269

Tabla 3. Indicadores socio-demográficos: promedio, desviación estándar y porcentaje en los grupos control y experimentales (apego y masaje), seguidos en los tres períodos de observación

Característica	Control N=17 Pre; Post1; Post2	Apego N=16 Pre; Post1; Post2	Masaje N=22 Pre; Post1; Post2
Edad de la Madre	27; 27.2	29; 6.6	26; 6.7
Edad del Bebé	44, 10; 86 25; 173 28	47 16; 98 17; 182 35	53 16; 104 24; 189 24
Escolaridad Básica; Media; Superior	11.8; 76.5; 11.8	12.6; 62.5; 25	45.4; 45.4; 9
Casadas	47.1	25	45.5
Parto Normal	64.7	75	72.7
Sin Ansiedad	52.9	75	40.9
Número de Hijos	1.9; 1	2; 1	2; 1
Consulta Profesional	41.2	25	36.4
Tamaño Familiar	3.6 ; 2	3.7; 1	3.6; 1

(Goldstein, Larraín, Lecannelier, & Pollak, 2005). Más específicamente, los temas que se trabajan de un modo experiencial y práctico en cada sesión son: 1) el primer encuentro; 2) enriqueciendo la relación madre-bebé; 3) adaptándose a las necesidades del bebé; 4) descubriendo la individualidad del bebé; 5) enriqueciendo la relación madre-bebé por medio del juego; 6) despedida y cierre.

- Taller de Masaje

La Terapia de Masaje es una técnica táctil que estimula la función de sensibilidad de la piel, y es un medio de comunicación no verbal que surge de la milenaria India y otras culturas occidentales desde tiempos remotos (Field, 1999).

El Taller de Masaje implementado, consiste en una intervención grupal donde se realiza una primera sesión de una hora y media de entrenamiento sobre el masaje infantil a las madres, en la que se entrena una secuencia que comienza por las piernas y pies, el abdomen, el pecho, los brazos, la cara, y termina con la espalda. Posteriormente se aplican 7 sesiones de 20 minutos de masaje en un lapso de 2 semanas, en una dinámica grupal. Es importante remarcar que en el presente estudio se considera este tipo de intervención como promotora del apego, ya que las técnicas de masaje se combinan con el entrenamiento en habilidades de sensibilidad materna. El taller se encuentra protocolizado en todas sus etapas (Undurraga & Olivares, 2005).

- Grupo de control

De acuerdo a las normas éticas actuales, se consideró el grupo control de acuerdo a lo que se conoce como “dummy treatment” entendido como un tipo de intervención que conserva generales con una cierta similitud al grupo de tratamiento, pero que puede

ser más simple y breve, permitiendo salvaguardar aspectos éticos basado en la ayuda a personas que se pueden beneficiar de algún tipo de intervención temprana (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2005). En este caso, la “intervención control” consistió en la realización de dos charlas informativas dadas a las madres sobre temas de la crianza y el desarrollo del bebé.

Los datos fueron ingresados al programa SPSS v.14. En la descripción se obtuvieron promedio, porcentajes y desviación estándar. En la evaluación del comportamiento del apego, considerando apego seguro e inseguro por tipo de tratamiento se utilizó la prueba No paramétrica Cochran. Finalmente, la comparación de los promedios de depresión para cada tratamiento en las tres mediciones se realizó con la prueba de Friedman y la comparación entre dos mediciones con la prueba de Wilcoxon para muestras dependientes. Para todas las pruebas se consideró un error máximo de un 5%.

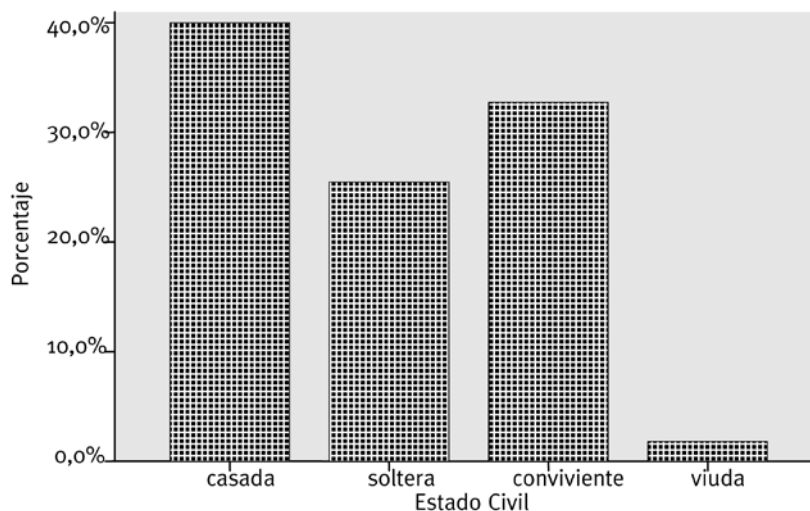
Resultados

Las edades promedio de las madres fueron: grupo control 27 años, grupo apego 29 años y masajes 26 años, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$); y en los bebés los promedios fueron 44 meses, 47 meses y 53 meses al inicio del estudio, no detectándose diferencias significativas ($p > 0,05$).

De acuerdo al estado civil de las madres, el 40% de las madres son casadas, el 25,5% son solteras, el 32,7% conviven con su pareja, y sólo el 1,8% son viudas (ver gráfico 1).

El número promedio de hijos es de 2,1 y una variabilidad de 1,1 hijos, las madres declararon tener entre 1 y 5 hijos. Estos indicadores no difieren por

Gráfico 1. Distribución del estado civil de las madres



grupo. Por otra parte, se observó que el número de integrantes (tamaño del grupo familiar aparte de la madre) fue en promedio 3,6 hijos por madre, mayor a lo observado en la población general y el número de integrantes varían entre 1 y 8 personas, no habiendo diferencias entre grupo. El promedio de integrantes de la familia alcanzó a 3,6 personas y desviación estándar de 1,6 hijos (ver tabla 4).

Se observó que una de cuatro madres tiene, como máximo estudios de enseñanza básica y que alrededor del 15% tiene estudios superiores (ver gráfico 2).

Sólo hubo un 5,4% de partos complicados (Forceps o prematuros), por lo que se mantiene el alto porcentaje de partos normales observados en la población (71%) (ver gráfico 3).

Tabla 4. Media, desviación estándar y valores extremos del número de hijos e integrantes en la familia

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Número de hijos	2,11	1,1	1	5
Número de integrantes en la familia	3,64	1,6	1	8

Gráfico 2. Distribución de la escolaridad de las madres

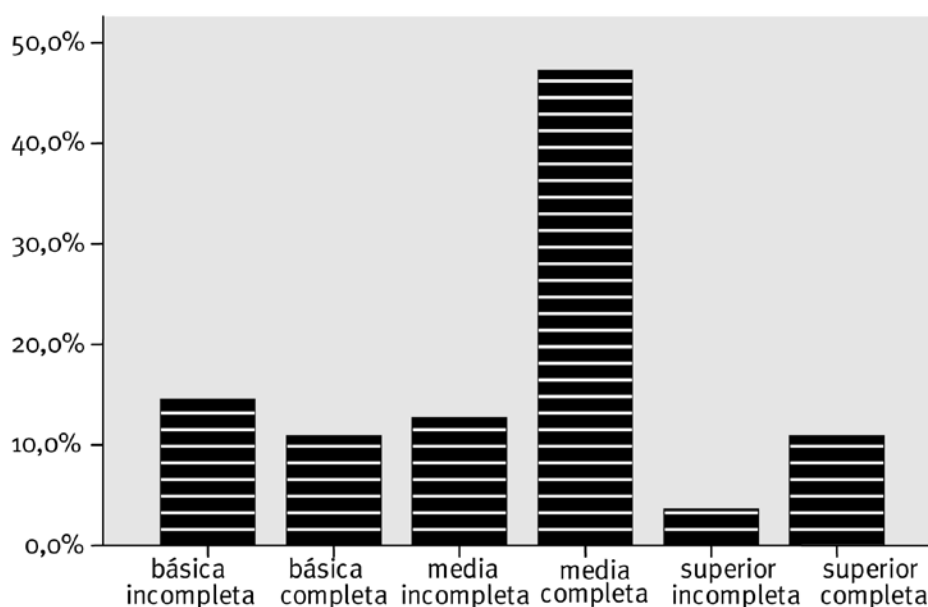
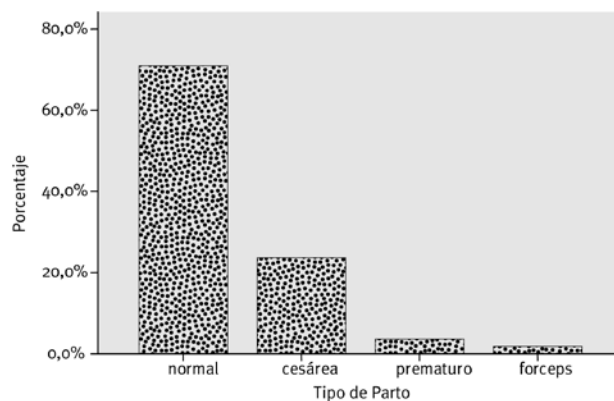
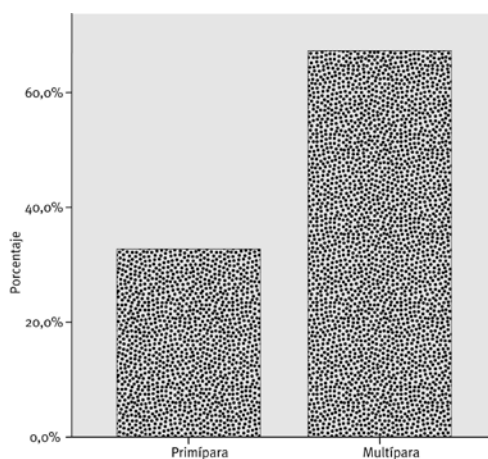


Gráfico 3. Distribución del tipo de parto

El porcentaje de madres primíparas es de 32,7%, y el 67,3% son multíparas (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de primíparas y multíparas**Gráfico 5. Distribución de consulta a un profesional de salud mental**

Por último, el gráfico 5 muestra que el 34,5% de las madres ha consultado alguna vez a un profesional de la salud mental (psiquiatra, psicólogo, o neurólogo).



Eficacia de los tratamientos

En términos descriptivos, se observa que la proporción de apegos seguros e inseguros se mantiene invariable en las fases de pre-post-tratamiento y seguimiento en el grupo control. Además, en los dos grupos con taller, se observa un aumento de los porcentajes de apego seguro, siendo estos más pronunciados en el grupo con taller de apego (ver gráficos 6,7 y 8).

Gráfico 6. Distribución del tipo de apego en el grupo control

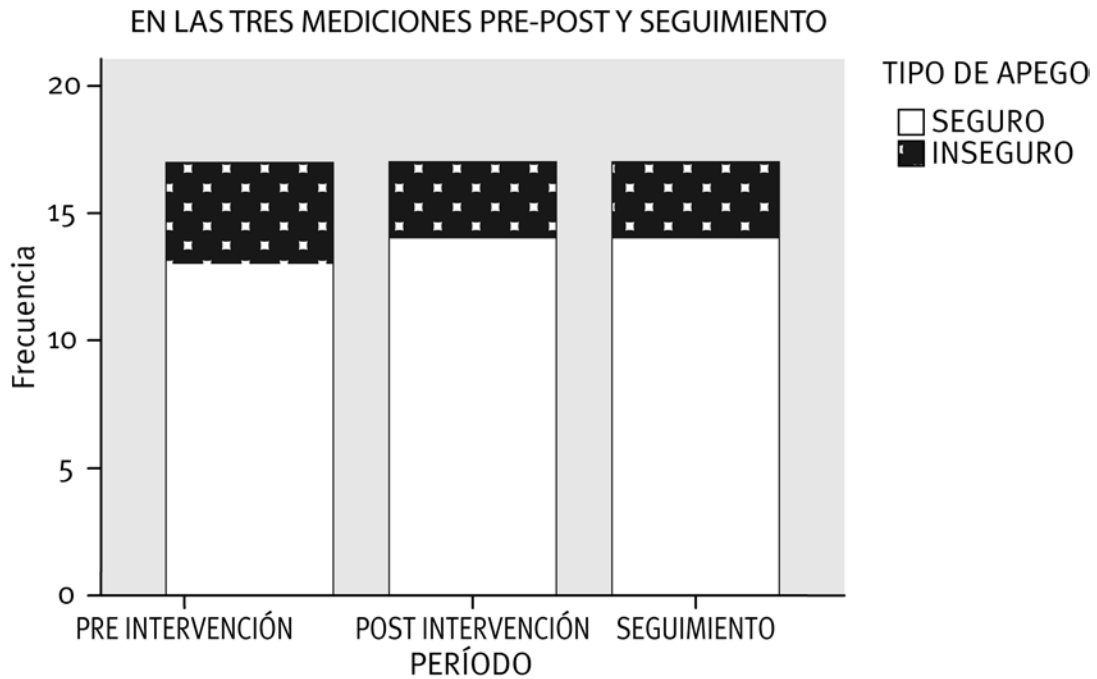


Gráfico 7. Distribución del tipo de apego en el grupo con taller de apego

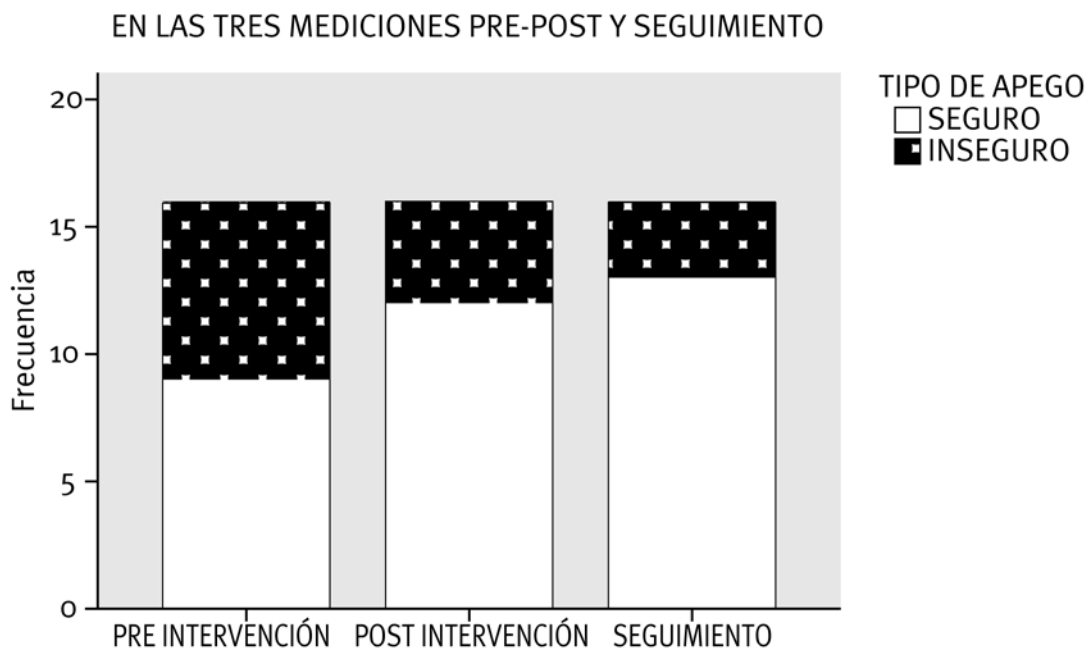
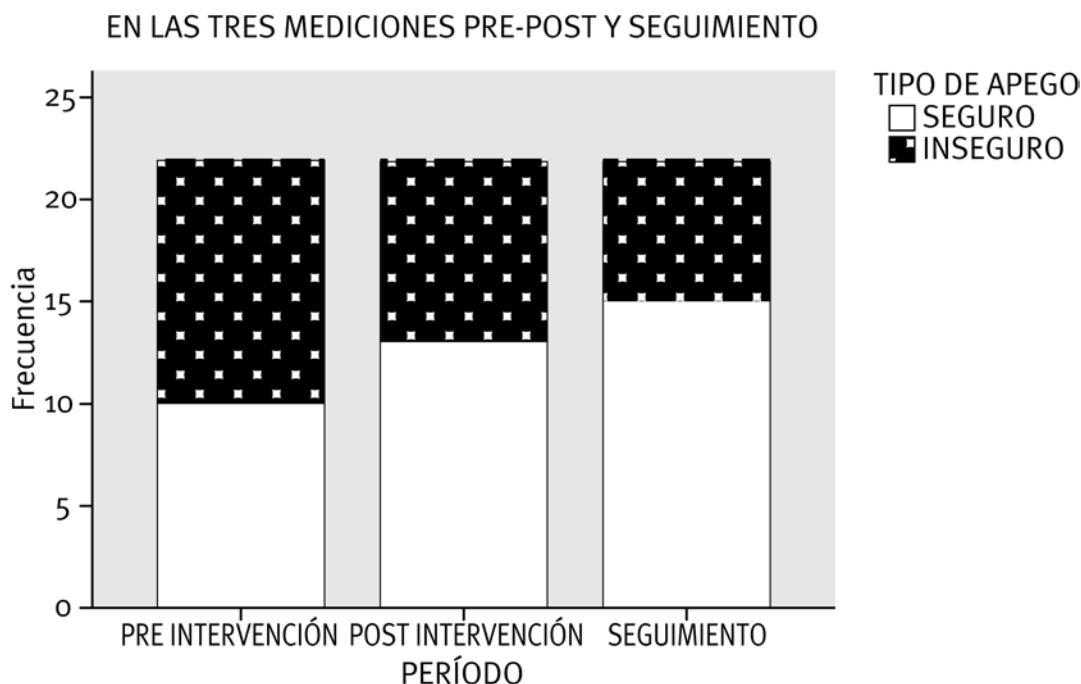


Gráfico 8. Distribución del tipo de apego en el grupo con taller de masaje



Más específicamente, la tabla 5 muestra que en el caso del grupo control los porcentajes de apego seguro se mantienen relativamente estables (76,5% en la fase pre-tratamiento, 82,4% en la fase post-tratamiento, y 82,4% en la fase de seguimiento), siendo el tamaño del efecto en este grupo de 5,9%, mientras que en el tratamiento de “taller de apego” el porcentaje de apego seguro aumenta desde la fase de pre-tratamiento (56,3%) hasta la de post-tratamiento (75%), e incluso llegando hasta la fase de seguimiento (81,3%), donde el tamaño del efecto va aumentando entre fases, de 18,7% y luego de 25%, muy superior a lo observado en los otros dos grupos. En el caso del “taller de masaje” se observa una tendencia similar, desde la fase pre (45,5%) hasta la fase post (59,1%), y aumentando en la fase de seguimiento (68,2%), donde el tamaño del efecto va de 13,6% a 22,7%, inferior a lo observado en el grupo de apego y mayor a lo observado en el grupo control. Esto significa que el aumento total de la categoría de apego seguro alcanzado por los grupos fue de un 5,9% para el grupo control, un 25% para el taller de apego y de 22,7% para el taller de masaje. Sin embargo, las diferencias no alcanzan significación en ningún grupo. El grupo control, $Q=0,333$; $p>0,846$, grupo Apego $Q=4,333$, $p>0,115$ y grupo Masaje $Q=3,455$, $p>0,178$.

Al evaluar los cambios por tipo de grupo, se observó que el grupo control no presenta cambios estadísticamente significativos en la tasa de éxito (cambio de apego inseguro a seguro) ($Q=0,33$; $p=0,846$). Al

evaluar los cambios en el grupo experimental (considerando un solo grupo a los sometidos a masaje o apego, debido en especial al tamaño muestral y que en ambos grupos había aumentado la tasa de éxito), aumentó significativamente la tasa de apego seguro ($Q=7,412$; $p=0,025$) (ver tabla 6).

En relación al desarrollo de la sintomatología depresiva durante el estudio, los resultados promedios muestran que el tratamiento de taller de apego, obtuvo un promedio 9,9 al inicio, 8,3 en el post1 y 8,5 al finalizar el estudio, donde estas diferencias son significativas para la disminución de la depresión entre las fases pre-post y seguimiento (Chi cuadrado = 6,079; $p=0,04931$) a diferencia de los otros dos grupos en los cuales las diferencias no alcanzaron a ser significativas (ver tabla 7).

Al comparar las mediciones tomadas del grupo de apego, que fue el grupo que tuvo diferencias significativas entre las mediciones de los promedios de las depresiones, se observó que al comparar la medición inicial con el post1, se obtuvo una disminución significativa de la depresión ($Z=1,84$ $P=0,0329$) y al comparar el promedio de la depresión inicial con el promedio de la medición post2 también fue significativa ($Z=1,85$, $p=0,03245$), sin embargo no hubo significación en los promedios post1 vs post2 ($Z=-1,085$, $p=1389$), lo que significa que la depresión disminuyó en las mediciones posteriores al tratamiento del apego.

Tabla 5. Variación del porcentaje de apego seguro e inseguro en el grupo control, y talleres de masaje y apego, en los tres períodos estudiados

Tratamiento	Fase	Apego Seguro		Apego Inseguro	
		Nº	%	Nº	%
Grupo Control	Pre-t	13	76,5	4	23,5
	Post-t	14	82,4	3	17,6
	Seguimiento	14	82,4	3	17,6
Grupo Taller de Apego	Pre-t	9	56,3	7	43,8
	Post-t	12	75	4	25
	Seguimiento	13	81,3	3	18,8
Grupo Taller de Masaje	Pre-t	10	45,5	12	54,5
	Post-t	13	59,1	9	40,9
	Seguimiento	15	68,2	7	31,8

Tabla 6. Tasa de éxito en el cambio de apego inseguro a seguro en el grupo control y en ambos grupos de tratamientos (juntos)

Grupo Control	N	17
	Q de Cochran	,333 (a)
	gl	2
	Valor p	,846
Grupos de Tratamiento	N	38
	Q de Cochran	7,412 (b)
	gl	2
	Valor p	*,025

* Diferencias significativas

Tabla 7. Descripción del comportamiento de la depresión por tipo de tratamiento

Grupo Control Depresión	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Error	D. Estándar
Inicial	17	1,00	28,00	7,8824	1,7318	7,14040
Pre Seguimiento	17	,00	21,00	6,4118	1,4604	6,02141
	17	1,00	27,00	7,2353	1,5471	6,37896

Chi-Cuadrado 4,29 P=0,117

Grupo Apego Depresión	N	Mínimo	Máximo	Media*	Std. Error	D. Estándar
Inicial	16	3,00	23,00	10,0000	1,3070	5,22813
Pre Seguimiento	16	1,00	18,00	8,3125	1,2238	4,89515
	15	3,00	22,00	8,5333	1,2757	4,94060

Chi Cuadrado= 6,079 P= 0,04931 * Diferencias Significativas

Grupo Masaje Depresión	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Error	D. Estándar
Inicial	22	1,00	18,00	7,6364	,9859	4,62442
Pre Seguimiento	22	1,00	22,00	7,5000	1,1142	5,22585
	22	1,00	13,00	7,5000	,7778	3,64822

Chi Cuadrado= 0,395 P= 0,821

Discusión

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis planteada inicialmente. Ambos grupos de tratamiento suelen mostrar una mejora en el porcentaje de cambio desde apego inseguro a apego seguro, incluso tres meses después de finalizado el tratamiento. Del mismo modo, el Taller de Apego (pero no el Taller de Masaje y el Grupo Control) disminuye significativamente la tasa de depresión en las madres.

Con respecto al Taller de Apego, por un lado, los estudios internacionales no suelen incluir el tipo de intervención grupal para el fomento del apego. Es decir, que la manualización de una intervención grupal con objetivos específicos relacionados al fomento de la sensibilidad materna y la mentalización parece ser una estrategia innovadora para ayudar a las madres y sus bebés. Por otra parte, un número limitado de programas actuales ha encontrado resultados positivos con menos de diez sesiones (Marvin, Cooper, Hoffman, & Powell, 2002), lo que aumenta aún más el valor agregado del tipo de intervención propuesta en este estudio. Comparando las características del Taller de Apego con otro tipo de intervenciones que han demostrado ser efectivas, se puede extraer una serie de rasgos imprescindibles para un buen tratamiento: intervenciones sistemáticas, manualizadas, focales y orientadas al entrenamiento y ejercicio de habilidades prácticas.

En el caso del Taller de Masaje, la evidencia es sólida en mostrar que el masaje infantil posee una serie de beneficios en la recuperación del peso y desarrollo psico-motor, la regulación de la temperatura, el sueño, el llanto, la reactividad e irritabilidad temperamental, los patrones neuroendócrinos y cerebrales tónicos, tanto niños normales, pero especialmente en bebés prematuros, bebés con síndrome de alcoholismo y drogadicción fetal, bebés con VIH, entre otros (Moyer, Rounds, & Hannum, 2004). Sin embargo, son escasas las evidencias que demuestran su efecto específico en la relación de apego (Cullen, Field, Escalona, & Hartshorn, 2000; Goldstein et al., 2005). El Taller de Masaje elaborado en el presente estudio incluyó el entrenamiento específico en sensibilidad materna, lo que conlleva a la pregunta si el efecto positivo se debió al masaje en sí mismo, o al desarrollo de esta habilidad. Futuras investigaciones deberían resolver esta pregunta.

Por último, cabe mencionar que la intervención tipo charla informativa de crianza (grupo control) no presentó mejoras significativas en el apego ni en la sintomatología depresiva, generando la inevitable pregunta sobre su efectiva inclusión en programas

de salud temprana. Por lo tanto, este estudio sugiere la implementación del taller de apego en programas de prevención y promoción del vínculo temprano, tales como el reciente programa nacional Chile Crece Contigo.

Es importante considerar limitaciones del estudio tales como: 1) el tamaño reducido de la muestra en cada grupo hace difícil la generalización adecuada de los resultados; 2) la fase de post-evaluación se debió haber implementado de forma inmediata a la intervención de modo de capturar mejor los efectos de la intervención, y distinguirlos del seguimiento; 3) la confiabilidad y validez de la escala de evaluación del apego (ADS) resta por ser determinada (un estudio nacional en proceso pretende dilucidar este punto); 4) la limitación intrínseca que tienen los estudios de la Teoría del Apego al considerar casi exclusivamente la diada como unidad de análisis e intervención, desmereciendo el contexto y la presencia de cuidadores múltiples. Tendencias actuales en el estudio del apego están dirigidas a superar estas limitaciones, tanto a nivel metodológico como teórico (Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth, & Ziv, 2006).

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Berlin, L.J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, M.T., & Greenberg, M.T. (2005). *Enhancing early attachments. Theory, research, and policy*, Guilford Press.
- Broberg, A.G. (2000). A review of interventions in the parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Paediatr Suppl*, 434, 37-42.
- Brooks-Gun, J., Berlin, L.J., & Sidle, A. (2000). Early childhood intervention programs: What about the family. En J.P. Shonkoff & S. Meisels (Eds), *Handbook of early intervention. Second Edition* (pp.549-588). Cambridge University Press.

- Cullen, C., Field, T., Escalona, A., & Hartshorn, K. (2000). Father-infant interactions are enhanced by massage therapy. *Early Child Developmental Care*, 164, 41-47.
- Field, T. (1999). Infant Massage Therapy. En Ch. Zeanah (Ed), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 494-500). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 124-150.
- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Goldstein, N., Larraín, C., Lecannelier, F., & Pollak, D. (2005) *Manual "Taller Facilitando la Relación de Apego Seguro Madre-Bebé"*. Publicación, Centro de Estudios Evolutivos e Intervención en el Niño (CEEIN), Universidad del Desarrollo (marca registrada, n° 168325).
- Goldstein, S., Feldman, R., Kohelet, D., Kuint, J., Dollberg, S., Arbel, E., & Weller, A. (2005). Massage therapy facilitates mother-infant interaction in premature infants. *Infant Behavior and Development*, 28, 74-81.
- Ialongo, N.S., Rogosch, F.A., Cicchetti, D., Toth, Sh.L., Buckley, J., Petras, H., & Neiderhiser, J. (2006). A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders. En D. Cicchetti & D.J. Cohen (eds), *Handbook of developmental psychopathology. Theory and method* (pp. 968-1018). 2nd edition. Wiley & Sons.
- Jadresic, E., Araya, R., & Jara, C. (1995) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecological*; 16, 187-91
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van Ijzendoorn, M.H. (2005). Enhancing children's socio-emotional development: A review of intervention studies. En M.D. Teti (Ed), *Handbook of research methods in developmental science* (213-232). Oxford: Blackwell.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. En D. Cicchetti & D.J. Cohen (eds), *Handbook of developmental psychopathology. Theory and method* (pp. 333-369). 2nd edition. Wiley & Sons.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo y la salud mental*. Parte I. Editorial LOM.
- Lecannelier, F. (2007). Intervención temprana basada en el apego: Teoría y evidencia. En M. Bauer, E. González, E. Sassón, A. Weigensberg, A. Corti, & M. Altmann (eds), *Resiliencia y vida cotidiana* (pp.211-230). Psicolibros-UNICEF.
- Lecannelier, F., Undurraga, V., Olivares, A.M., Hoffmann, M., & Goldstein, N. (2006). Study of the therapeutic effects of two attachment based intervention modalities with infants in Chile. Poster presentado en el X World Congress of Infant Mental Health, Paris.
- Lecannelier, F., & Hoffmann, M. (2007). *Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress. Manual de administración, codificación, y guía de conductas problemáticas en el apego*. Manual Ministerio de Salud/UIT.
- Lopez, C.M, & Ramirez, M.A. (2006) Validación de un instrumento para la evaluación del apego en lactantes Chilenos. Tesis para la obtención de la especialidad de Medicina Familiar, PUC.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107-124.
- Massie, H., & Campbell, B.K. (1983). The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress. En J. Call, E. Galeson, & R. Tyson (Eds), *Frontiers of infant psychiatry* (394-412). New York: Basic Books.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2007). Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años: Revisión sistemática de la literatura. Reporte Minsal.
- Moyer, C., Rounds, J., & Hannum, J. (2004). A meta-analysis of massage therapy research. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 3-18.
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (2000). *Handbook of early intervention. Second Edition*, Cambridge University Press.
- Solomon, J., & George, C. (1999a). The measurement of attachment security in infancy and childhood. En S. Cassidy y Ph. Shaver (eds), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford Press.
- Tolan, P.H., & Dodge, K.A. (2005). Children's mental health as a primary care and concern. *American Psychologist*, 60(6), 601-614.
- Undurraga, V., & Olivares, A.M. (2005) Manual de Taller de Masaje Infantil: Una intervención a través del tacto. Manual no publicado.
- WHO (2004). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. Geneva, World Health Organization.

Abstract: Early interventions to foster secure attachment between mothers and babies had become one of the main preventive strategies to avoid future health problems to become stable features of the person. However, outcomes studies of this kind of interventions are rare in Chile. The aim of this study is to assess efficacy of two early attachments based interventions to promote secure attachment in mothers and infants. 55 dyads mother-baby from two primary care outpatient centers in Región Metropolitana were assigned to two interventions groups to foster secure attachment: Attachment Workshop (n=16) and Massage Workshop (n=22) and a control group (n=17). Dyads were assessed in their homes at three different moments (pre-treatment; post-treatment and follow up at 3 months later). Measures were an observational scale of attachment (Attachment during Stress) and Edinburg Postnatal Depression Scale. All three groups were compared in the three phases using these two measures. While the rate of secure attachment remains stable in the control group, the experimental group that considers the Attachment Workshop and the Massage Workshop shows a significant increase in the rate of secure attachments from pre to post-treatment even at the follow-up ($Q=7,412$; $p=0,025$). Furthermore, attachment workshop showed a significant decrease of post-partum depression between the three phases ($\text{Chi cuadrado} = 6,079$; $p=0,04931$) unlike the two other groups who shows no decrease. This study prove in a Chilean sample, that the use interventions that are brief, manualized and aim to foster specific skills can be effective in improving the health and quality of life of children during the early years of life.