

Validación de Instrumento Para Evaluación de Apego en Lactantes Chilenos

Claudia López A.

Médico Familiar Mención Niño
Universidad Católica de Chile

Maritza Ramírez G.

Médico Familiar Mención Niño
Universidad Católica de Chile

Correspondencia a:
Claudia López A.
E-mail: claudialopez1971@yahoo.es

Maritza Ramírez G.
E-mail: maramirez_1976@yahoo.es

Recibido: 13 de abril de 2007
Aceptado: 5 de julio de 2007

RESUMEN

Objetivos: adaptar y validar un instrumento que evalúe apego para su aplicación en la díada madre-hijo a los 6 meses en comunas del sector Sur-Oriente de Santiago. **Método:** el proceso de validación consistió en: 1) La selección del instrumento a través de una extensa revisión bibliográfica, seleccionándose la "Escala de Apego de Massie-Campbell"; 2) La adaptación del instrumento al idioma y cultura locales; 3) Su validación en cuanto a Apariencia Constructo y Contenido a través de un comité revisor de expertos; 4) Prueba de campo del instrumento; 5) Evaluación de confiabilidad a través del análisis de concordancia Inter-observador por el método de Wilcoxon Signed-

VALIDATION OF INSTRUMENT FOR EVALUATION OF ATTACHMENT IN CHILEAN'S INFANTS

Aims: to adapt and validate an instrument that mother - son evaluates attachment for his application in the diada to 6 months in communes of the sector South - orientates of Santiago.

Method: the process of validation consisted in: 1) The selection of the instrument across an extensive bibliographical review, there being selected the "Scale of Massie-Campbell's Attachment"; 2) The adjustment of the instrument to the language and culture places; 3) His validation as for Appearance Constructo and Content across a committee reviser of experts; 4) It field tries the instrument; 5) Evaluation of reliability across the Inter-observant analysis of conformity for Wilcoxon Signed-Rank's method Test for Difference in Medians. **Results:** there was achieved the final version of the Scale of adapted, modified Massie-Campbell and validada in appearance, constructo and content. Reliability evaluated across the Inter-observant analysis of conformity for Wilcoxon Signed-Rank's method Test for Difference in Medians. Conformity was confirmed in five of seven observed conducts. Concomitantemente developed a Manual and Mini manual for his use.

Conclusion: the adjustment and validation of appearance was realized, constructo and content of an instrument for the measurement of attachment in Chilean's infants, fulfilling with all the necessary stages described in the literature for the validation of an instrument of typical these. In view of the important of the topic, this scale will allow the detection and precocious intervention of upset bosses of attachment, which according to the evidence has demonstrated to be the most effective method among the interventions in attachment.

Key words: Attachment, Validation, Scale Massie-Campbell.

Rank Test for Difference in Medians. **Resultados:** se logró la versión final de la Escala de Massie-Campbell adaptada, modificada y validada en apariencia, constructo y contenido. Se evaluó confiabilidad a través del análisis de concordancia Inter-observador por el método de Wilcoxon Signed-Rank Test for Difference in Medians. Se confirmó concordancia en cinco de las siete conductas observadas. Concomitantemente se desarrolló un Manual y Mini manual para su uso. **Conclusión:** se realizó la adaptación y validación de apariencia, constructo y contenido de un instrumento para la medición de apego en lactantes chilenos, cumpliendo con todos las etapas necesarias descritas en la literatura para la validación de un instrumento de éstas características. Dado lo

importante del tema, esta escala permitirá la detección e intervención precoz de patrones de apego alterados, lo cual según la evidencia ha demostrado ser el método más efectivo entre las intervenciones en apego.

Palabras claves: Apego, Validación, Escala Massie-Campbell.

MARCO TEÓRICO

La teoría de apego fue formulada por el siquiatra John Bowlby durante la década de los sesenta, a partir de sus observaciones sobre el desarrollo de las relaciones tempranas en los niños. Esta teoría conceptualiza el deseo de una relación emocional estrecha como un elemento específicamente humano, y

define el apego como "el proceso por medio del cual los niños establecen y mantienen una relación especial con otro individuo al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo"¹. Este proceso, en el cual los niños establecen y mantienen una relación especial con su figura de apego primaria (madre) es el puente entre el desarrollo temprano y las relaciones sociales posteriores de la vida².

Esta relación especial le aporta al niño un sentimiento de seguridad que permite ser el fundamento para poder separarse de sus cuidadores y explorar el entorno que los rodea.

Es un vínculo psicológico que crece a través de las relaciones mutuas que se dan entre la madre y el bebé, siendo de tal magnitud que lo constituye en el vínculo más sólido del ser humano².

Estudios observacionales multiculturales identificaron tres estilos o patrones de apego, los cuales están basados en la forma de interacción entre el niño y su figura de apego cuando éste se encuentra angustiado, a partir de una situación de laboratorio de separación y reencuentro llamada "Situación Extraña"^{3,4}.

Su distribución y características de acuerdo a los estudios corresponden a:

1.- **Apego Seguro** (patrón B): su frecuencia alcanza aproximadamente al 66% de la población. Estos son niños con experiencias confiables de apego. Tienen figuras de apego sensibles que responden asertiva y rápidamente ante sus necesidades. Poseen la certeza de que cuando se sienten angustiados, o temerosos, su figura de apego será accesible a ellos y podrá reconfortarlos. Frente a la separación pueden demostrar su sufrimiento en forma abierta, pero al reencontrarse con su figura de apego ésta es capaz de consolarlos fácilmente y posteriormente pueden volver a jugar y explorar.

2.- **Inseguro-Evitativo** (patrón A): corresponde al 20% de la población. Niños con experiencias predecibles, pero predominantemente de rechazo en relación con su figura de apego. Exhiben un aparente desinterés ante la separación y reencuentro con su cuidador durante episodios de angustia, ya que tienen poca confianza en que serán ayudados, debido a que sienten un constante rechazo a partir de su figura de apego. Evitan este rechazo concentrándose en el juego, en una forma aparentemente despreocupada desde los afectos. Cuando la figura se aleja o vuelve no muestran sufrimiento o necesidad de proximidad.

3.- **Inseguro-Ambivalente** (patrón C): 12% de la población. Niños con experiencias que no han podido prever en relación con sus figuras de apego, la cual muchas veces es extremadamente sensible a sus necesidades, mientras que en otros momentos es totalmente insensible. Responden a la separación con angustia intensa, y frente al reencuentro muestran expresiones de protesta, enojo y resistencia. No tienen expectativa de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

4.- **Desorganizado- Desorientado** (patrón D): este patrón fue descrito posteriormente en 1995 por Mary Main⁵. Corresponde a un 15-35% de los niños, según el tipo de población. Alcanza un 80% en niños que han sufrido abuso o maltrato, niños cuyos padres han tenido conductas de negligencia o cuyos padres no han elaborado sus propios procesos de duelo. Después de la separación estos niños no son capaces de desarrollar una estrategia de afrontamiento organizada. En el reencuentro, muestran comportamientos desintegrados tales como movimientos estereotipados, rigidez, congelamiento y expresiones de miedo hacia la figura parental.

El patrón organizado de apego se esta-

blece a partir de la segunda mitad del primer año de vida.

La función biológica que se le atribuye es la de protección.

Estos patrones de apego una vez desarrollados pueden observarse a lo largo de toda la vida.

Cada patrón una vez desarrollado tiende a persistir.

El patrón de apego valorado a los 12 meses puede predecir el comportamiento del niño en el futuro con sus pares y con su madre.

Si las condiciones de los cuidados cambian, los patrones pueden ser revertidos.

IMPLICANCIAS CLÍNICAS Y SOCIALES

Factor protector de patología psiquiátrica

A través de numerosos estudios se ha observado una asociación entre estilos de apego alterados y la presencia de psicopatología, dentro de la cual se encuentran los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno límite de personalidad (Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape, & Egan, 2001; Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002; Gerlsma, & Luteijn, 2000 citados en Valdés N, 2002)⁶.

El estilo de apego ansioso se ha asociado a experiencias traumáticas sin resolver, trastornos afectivos o trastornos de personalidad obsesivo-compulsiva, histriónica, límite o esquizoide⁶.

El estilo de apego evitativo tiene mayor riesgo de desarrollo de problemas de conducta, abuso de sustancias, trastorno de personalidad narcisista o antisocial, y rasgos paranoicos de la personalidad⁶.

Factor protector de Maltrato Infantil¹

Desde la teoría del apego, el maltrato infantil es conceptualizado como un fenómeno que afecta, fundamentalmente, a las relaciones que mantiene un menor maltratado con sus cuidadores y que se caracteriza por una experiencia de cuidados poco adecuados para el desarrollo normal de las personas⁷.

Desde esta teoría se supone pues, que la relación afectiva que en la infancia se establece con los cuidadores, proporciona el prototipo de las relaciones afectivas en etapas posteriores a través de las representaciones mentales que los niños van formando y que incluyen tanto los recuerdos de la relación, el concepto de la figura de apego y de sí mismo y las expectativas sobre la propia relación (modelo de trabajo interno). De este modo puede influir en la transmisión transgeneracional del maltrato infantil.

Una historia infantil caracterizada por el rechazo, la desatención y la falta de apoyo afectivo puede influir en la transmisión transgeneracional del maltrato infantil

Favorece el desarrollo de capacidades cognitivas, relaciones interpersonales y variables de la personalidad⁸⁻¹¹

Los estudios acerca de los estilos de apego han evidenciado la existencia de una relación entre éstos y características psicológicas y sociales de los individuos. Las que se detallan a continuación:

Estilos de apego y procesos cognitivos

Investigaciones que han dirigido su atención a la relación entre los distintos estilos de apego y diferentes formas de buscar y procesar información, han evidenciado que los individuos con estilo de apego seguro son capaces de realizar una búsqueda activa de información, se muestran abiertos a la nueva información, poseen estructuras cognitivas flexi-

bles que le permiten adaptarse adecuadamente a los cambios del ambiente, a plantearse objetivos realistas, a evitar los pensamientos irracionales, a tener expectativas positivas acerca de las relaciones con los otros y a confiar más en ellos^{6,12}. A su vez, los individuos con estilos de apego evitativo y ansioso tienen estructuras cognitivas más rígidas, los primeros rechazan la información que pudiese crearles confusión y los segundos aunque desean acceder a la nueva información presentan intensos conflictos que los llevan a alejarse de ella^{10,12}.

Estilos de apego y ámbito social

Las diferencias entre los estilos de apego tienen implicancias en la calidad de las relaciones sociales en la edad adulta^{6,13,14}. Las personas con estilos de apego seguro, poseen una alta accesibilidad a recuerdos positivos lo que los lleva a tener mayor confianza en las relaciones interpersonales, confiando más en los otros. Esto se derivaría de los modelos de trabajo interno desarrollados en la infancia temprana, en los cuales la figura de apego fue sensible y accesible ante sus necesidades, desarrollando en ellos un sentimiento de seguridad y autoconfianza, así como una imagen positiva de sí mismo y de los otros. Los estilos de apego inseguros desarrollan modelos de trabajo interno en los cuales su figura de apego o no es constante en sus cuidados o está totalmente ausente, desarrollando los primeros una imagen de sí mismos como poco inteligentes, inseguros y de los otros como no confiables; y los segundos modelos de sí mismo como suspicaces, escépticos y retraídos, y por lo tanto, no tienen expectativas frente a los otros, lo que marcará sus relaciones sociales.

En cuanto a las relaciones románticas las personas con distintos estilos de apego tienden a involucrarse en relaciones que difieren en sus características. Los individuos con apego seguro desarrollan relaciones estables, no tienen di-

ficultades en intimar con otros, se sienten cómodos ante la dependencia mutua con su pareja y no tienen temor a ser abandonados. Las personas con estilos ansiosos debido a su inseguridad, tanto hacia sí mismos como hacia los otros, temen intensamente el no ser queridos y constantemente piensan en que serán abandonados. Los estilos evitativos no confían en los otros, evitan comprometerse en relaciones íntimas, se sienten incómodos intimando con otros y encuentran difícil confiar y depender de ellos¹².

INTERVENCIONES EN APEGO

Existen múltiples intervenciones en apego, las que pueden dividirse en: Intervenciones Preventivas e Intervenciones Terapéuticas. Las primeras están destinadas a aumentar la sensibilidad materna, cambiando de este modo la conducta de los padres. Las segundas están usualmente reservadas para tratar disturbios serios en la relación entre padres e hijos.

Un reciente meta-análisis¹⁵ que analizó 70 estudios publicados, presentando 88 intervenciones sobre sensibilidad y/o apego, evalúa la efectividad de éstas, demostrando lo siguiente:

- Intervenciones que sólo se focalizan en aumentar la sensibilidad materna a las señales del niño son más efectivas en mejorar apego, que aquellas con múltiples focos (sensibilidad, representaciones mentales, apoyo y combinaciones de ellas).
- Así mismo, intervenciones con mayor efecto en sensibilidad materna son también los más efectivos en aumentar la seguridad del apego de los niños. Confirmando que la sensibilidad de los padres tiene un importante rol en la configuración del apego.
- Intervenciones con menor número de sesiones (≤ 5) son más efectivas

en aumentar la sensibilidad materna como el apego del niño, que aquellas con 5-16 sesiones. Intervenciones con más de 16 sesiones son menos efectivas que intervenciones con menor número de sesiones.

- Las modalidades más efectivas, de intervención I, mantienen su efectividad independiente de problemas familiares tales como: bajo nivel socioeconómico, madre adolescente o prematuridad.
- Intervenciones que aumentan la sensibilidad materna son más efectivas si comienzan después de los 6 meses de edad del niño, que en etapa prenatal o antes de los 6 meses del niño. Sin embargo, esta diferencia no es significativa cuando sólo se quiere intervenir en apego.

PROBLEMA

Actualmente, no es posible evaluar apego en niños chilenos, por la ausencia de un instrumento validado que permita detectar el patrón de apego desarrollado. Por lo tanto, se hace necesaria la validación de un instrumento confiable para este objetivo. En este sentido, nuestro proyecto tiene como fin validar un instrumento que permita medir apego en lactantes chilenos.

ELECCIÓN DE UN TEST DE APEGO

En la literatura, existen distintos tipos de instrumentos para medir apego, destacando:

- La Situación Extraña (Ainsworth, 1971).
- Escala de Massie-Campbell (Campbell, 1979).
- Attachment Behavior Q-Sort (Waters, 1985).
- Care-Index (Crittenden, 1988).

Después de analizar los distintos instru-

mentos existentes hemos decidido utilizar la Escala de Massie-Campbell (Anexo 1) la que posee las siguientes características:

- Fue diseñada para ser usada de forma rápida por pediatras y profesionales de salud mental, por ser una escala que requiere una breve observación y que no requiere equipos o procedimientos especializados.
- De uso práctico, sencillo y operativo.
- La escala ADS puede ser utilizada en cualquier lugar donde la madre y el niño se encuentren juntos y se genere en ellos un mínimo grado de estrés. Es por esto que un examen pediátrico de rutina es un lugar ideal para aplicar la escala, lo que hace de mayor utilidad en atención primaria.

Este instrumento evalúa seis modalidades básicas que se relacionan con la conducta de apego: Mirada, Vocalización, Tacto, Sostén, Afecto y Proximidad entre la madre y el hijo. Estos componentes se distribuyen a través de la escala en puntajes de uno a cinco, según la frecuencia e intensidad en que se manifiestan durante el período de observación. Los puntajes más bajos se relacionan con aislamiento o evitación de la interacción entre madre e hijo (apego evitativo) y los puntajes más altos indican una vigorosa intensidad y demanda de interacción (apego ansioso).

OBJETIVOS

Objetivo General: adaptar y validar un instrumento que mida apego para su aplicación en la díada madre-hijo a los 6 meses en comunas del sector Sur-Oriente de Santiago.

Objetivos Específicos:

- Identificar el instrumento a utilizar.
- Traducir y retrotraducir la escala de apego de Massie-Campbell.

- Adaptar y modificar la escala al idioma y cultura locales.
- Validación con relación a: Apariencia, Constructo y Contenido.

MÉTODO

Proceso de Validación

1.- *Adaptación del Instrumento y Validación de Apariencia, Constructo y Contenido:* se realizó la traducción y retrotraducción de la escala por dos traductores y dos retrotraductores bilingües independientes. Se sometió la escala resultante (Versión I) a la evaluación de apariencia y constructo por un comité revisor integrado por: un Médico Familiar, un Psiquiatra Infantil y dos Psicólogas expertas en Apego. El nuevo producto (Versión II) se somete a evaluación de contenido por las autoras más dos asesores expertos en el tema, tras lo cual se genera la Versión III de la escala adaptada y modificada. Esta versión es sometida a una nueva evaluación de Apariencia, Constructo y Contenido por dos grupos de evaluadores: a) Cuatro Médicos Familiares del Niño y b) Cuatro Psicólogos expertos, generándose la versión IV. Concomitantemente con este proceso, se realiza la traducción del Manual de la Escala de Massie-Campbell y su adaptación al idioma y cultura locales, creándose luego, además, una versión acortada de éste, (*Mini Manual*), que tiene por objeto ser un instructivo de consulta rápida durante la aplicación de la escala.

2.- *Prueba de Campo:* se realizó una capacitación a Enfermeras de los Centros de Salud El Roble de la comuna de La Pintana, y Villa O'Higgins de la comuna de La Florida, en el concepto de Apego y en el uso del Instrumento. Posteriormente, se efectuó la prueba de campo, aplicando el instrumento a diez díadas madre-hijo del Centro de Salud El Roble durante el control sano del niño a los seis meses de edad, previo consentimiento informado de las madres. Por

ARTÍCULO ORIGINAL

motivos administrativos y de tiempo no se logró aplicar la escala a las díadas de Centro de Salud Villa O'Higgins antes de la redacción del presente informe de proyecto. A partir de este proceso se generó la versión final del instrumento.

RESULTADOS

Se logró la versión final de la Escala de Massie-Campbell adaptada y modificada y validada en apariencia, constructo y contenido.

Concomitantemente se desarrolló un Manual y *Mini manual* para su uso.

Se realizó la prueba de campo sin problemas, posteriormente se realizó un «feedback» de parte de las enfermeras que aplicaron el instrumento, no surgiendo modificaciones en cuanto a la escala propiamente tal, pero sí sugiriendo la necesidad de mayor entrenamiento en su uso.

Se evaluó la concordancia inter-observador a través de la aplicación de la Escala por dos observadores de manera simultánea, lo cual se realizó durante la prueba de campo a 10 díadas madre-hijo. Las observaciones fueron analizadas a través del método estadístico Wilcoxon Signed-Rank Test que calcula la distribución y la mediana de las respuestas de cada observador comparándolas entre sí. Los resultados obtenidos mostraron que no existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los dos observadores para las siguientes conductas: Mirada, Tacto (a), Sostén, Afecto y Proximidad. Las conductas de: vocalización y tacto (b) presentaron diferencias significativas.

DISCUSIÓN

El trabajo minucioso de adaptación y modificación de la escala, junto con las

múltiples evaluaciones por asesores expertos, tanto en el área pediátrica como psicológica, se debe a la dificultad de plasmar los conceptos relacionados con el Apego en una escala que es predominantemente cualitativa y que debe ser necesariamente sencilla y operativa, de modo que su aplicación, previa capacitación posterior a la lectura del manual, sea factible por cualquier profesional de la salud relacionado con el área pediátrica.

Creemos que se ha logrado la validación de la Escala en cuanto a Apariencia, Constructo y Contenido.

El método ideal para evaluar confiabilidad es el Índice de Kappa, pero dado el tamaño pequeño de la muestra (de la prueba de campo) fue necesario utilizar el método estadístico descrito que se correlaciona con la concordancia inter-observador. A pesar de este «N» tan pequeño se obtuvo concordancia en cinco de las siete conductas observadas. Creemos que la diferencia obtenida en estas dos conductas (vocalización y tacto (b)) podría ser atribuida al corto tiempo destinado para la capacitación (2 horas), lo cual podría corregirse extendiendo el tiempo destinado a ella. Se desprende que esta escala no puede ser aplicada sólo con la lectura del Manual, sino que necesariamente se requiere una capacitación teórico-práctica.

Las proyecciones de este trabajo se traducen en que esta es la primera escala de Apego en Chile adaptada, modificada y validada, para ser usada como método de tamizaje en nuestra población.

Dadas las implicancias clínicas y psicológicas que significan el desarrollo de un Apego Seguro, la evaluación precoz nos permite detectar e intervenir a tiempo apegos que se han desarrollado en forma inadecuada, convirtiéndose en una excelente herramienta de prevención primaria biopsicosocial.

En una segunda línea de investigación será posible desarrollar intervenciones destinadas a mejorar los patrones de apego inadecuados, por lo que esta escala es de fundamental utilidad.

AGRADECIMIENTOS

Asesores expertos: María Pía Santelices, Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile y Chamarrita Farkas, Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile. Dra. Gladys Moreno, Médico Familiar mención en Niño Pontificia Universidad Católica de Chile.

REFERENCIAS

- 1.- BOWLBY J. A secure base. Clinical applications of Attachment Theory, 1989.
- 2.- KACHELE H. Desarrollo, Apego y Vínculo: Nuevos conceptos psicoanalíticos. *Psychiatr Pol* 2001; 35 (4): 549-71.
- 3.- AINSWORTH M. *Infancy in Uganda: infant care and growth of attachment*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1967.
- 4.- AINSWORTH M. Patterns of attachment. *A Psychological Study of Strange Situation*, 1978.
- 5.- MAIN M. Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (eds). *Attachment Theory. Social, developmental and clinical perspectives*. Erlbaum, New Jersey, 1995; pp 407-74.
- 6.- VALDÉS N. Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. V Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia Empírica y III Encuentro Psicoterapéutico, organizado por la Society for Psychotherapy Research, el Comité de Psicoterapia de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y la Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Realizado del 8 al 11 de agosto de 2002; Reñaca, Viña del Mar.
- 7.- CICHETTI D, et al. Maternal depressive

- ssive disorders and contextual risk: contributions to development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology* 1998; 10: 283-300.
- 8.- MIKULINCER M. Attachment style and THE structure of romantic love. *Br J Soc Psychol* 1991; 30 (Pt 4): 273-91.
- 9.- MIKULINCER M. Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *J Psychol* 1995; 129 (6): 665-76.
- 10.- MIKULINCER M. Adult attachment style and information processing: individual differences in curiosity and cognitive closure. *J Pers Soc Psychol* May 1997; 72 (5): 1217-30.
- 11.- MIKULINCER M. Attachment theory and reactions to others' needs: evidence that activation of the sense of attachment security promotes emphatic responses. *J Pers Soc Psychol* 2001; 81 (6): 1205-24.
- 12.- GAYÓ R. Apego. Monografía, 1999.
- 13.- BARTHOLOMEW K. Adult attachment interview, thematic analysis, and communicative style in families with substance use disorders. *British Journal of Medical psychology* 1997; 70: 249-63.
- 14.- FEENEY J A. Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care. Health and development* 2000; 26: 277-88.
- 15.- MARIAN J. Less Is More: meta-Analysis of Sensitivity and attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin* 2003; 129 (2): 195-215.

Anexo 1. Escala de Massie Campbell para ser usada durante el examen pediátrico

Fecha: _____

Edad: _____

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Nunca o casi nunca: el comportamiento no ocurre o bien ocurre muy pocas veces durante el período de observación (< 10%)

Rara vez: el comportamiento ocurre sólo en algunas ocasiones durante el período de observación (25%)

Ocasionalmente: el comportamiento ocurre la mitad del tiempo del período de observación (50%)

Frecuentemente: el comportamiento ocurre la mayor parte del tiempo durante el período de observación (75%)

Siempre o casi siempre: el comportamiento ocurre todo o casi todo el tiempo durante el período de observación (> 90%)

Conducta a observar		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Mirada	Niño	Nunca o casi nunca mira a la madre a la cara	Rara vez mira a la madre a la cara. Miradas pasajeras a la cara de la madre	Ocasionalmente mira a la madre a la cara. Miradas largas y cortas a la cara de la madre según la situación	Frecuentemente mira a la cara de la madre. Miradas largas a la cara de la madre	Siempre o casi siempre mira a la cara de la madre o la mira por períodos excesivamente largos
	Madre	Nunca o casi nunca mira al niño a la cara	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas pasajeras a la cara del niño	Ocasionalmente mira al niño a la cara. Miradas largas y cortas a la cara del niño	Frecuentemente mira al niño a la cara. Miradas largas a la cara del niño	Siempre o casi siempre mira al niño a la cara o lo mira por períodos excesivamente largos
Vocalización	Niño	Nunca o casi nunca vocaliza. Callado	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza o llora suavemente	Vocalizaciones frecuentes o llora intensamente	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo
	Madre	Nunca o casi nunca le habla al niño. Callada	Rara vez le habla al niño. Palabras escasas o murmura	Ocasionalmente le habla al niño, arrulla y hace sonidos	Frecuentemente le está hablando al niño	Siempre o casi siempre le está hablando al niño en forma excesiva

ARTÍCULO ORIGINAL

Apoyo físico o sostén	Niño	Nunca o casi nunca se relaja en brazos de la madre. Se resiste a ser sostenido	Rara vez se relaja en los brazos de la madre, alejándose de ella	Ocasionalmente se relaja en brazos de la madre. Descansa en sus brazos y se apoya en su hombro	Frecuentemente se relaja en brazos de la madre. Apega su cuerpo al de ella, le cuesta alejarse	Siempre o casi siempre y en forma activa se gira y arquea el cuerpo hacia la madre, se aferra a ella, sin alejarse
	Madre	Nunca o casi nunca se relaja con el niño en brazos, lo empuja o lo toma alejado de su cuerpo.	Rara vez se relaja con el niño en brazos, lo sostiene en forma tiesa, no relajada	Ocasionalmente amolda su cuerpo al del niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza	Frecuentemente inclina el cuerpo hacia el niño, lo sostiene apegándolo a su cuerpo, le cuesta alejarlo.	Siempre que puede sostiene al niño contra su cuerpo, se aferra a él excesivamente
Afecto	Niño	Nunca o casi nunca llora. No se muestra temeroso	Rara vez se muestra temeroso	Ocasionalmente se muestra angustiado y/o temeroso	Frecuentemente se muestra irritable, y/o temeroso	Siempre o casi siempre se muestra intensamente angustiado y/o temeroso
	Madre	Nunca o casi nunca angustiada frente al estrés del niño	Rara vez tensa	Ocasionalmente se muestra ansiosa	Frecuentemente se muestra irritable y/o temerosa	Siempre o casi siempre se muestra intensamente angustiada y/o temerosa
Proximidad o cercanía	Niño	Nunca o casi nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja a un rincón sin mirarla*	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. En general se aleja de ella sin mirarla*	Ocasionalmente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Es capaz de explorar mirando o tocando en ocasiones a la madre*	Frecuentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Le cuesta explorar, en general en contacto físico y/o visual con la madre*	Siempre o casi siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. No explora, mantiene contacto físico y/o visual permanente con la madre
	Madre	Se va de la pieza	Rara vez se encuentra al alcance del niño	Ocasionalmente lejos del niño. Se para o se sienta dentro de su alcance	Frecuentemente en contacto físico con el niño	Siempre en contacto físico con el niño

Observaciones:

DATOS DEL NIÑO

Nombre: _____

Fecha de observación: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo del niño: M F

Orden de nacimiento: el niño es el _____ de _____ hijos

Crecimiento y desarrollo: Normal Anormal

Explicar _____

Circunstancias inusuales hoy: No Sí

Describir _____

Situación Económica: Necesidades insatisfechas Medios suficientes Holgado**DATOS DE LA MADRE**

Nombre: _____

Edad: _____

Vive con: El padre del niño Sola Otros

Explicar _____

Observador: _____