

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

CRIANZA EN LA PRIMERA INFANCIA: EL PAPEL DEL APEGO, LA
MENTALIZACIÓN Y LA PSICOPATOLOGÍA EN LA RELACIÓN
MATERNOFILIAL

Doctoranda: Blanca Angulo López de Armentia

Directoras: Dra. Ana Estévez Gutiérrez

Leire Iriarte Elejalde



Doctoranda



Directoras

Bilbao, 23 de Marzo de 2022

Agradecimientos

Y llegó el momento de los agradecimientos, ese momento en el que echas la vista atrás y agradeces...

Hacer una tesis doctoral inserta en una vida laboral ajena a lo académico tiene su complejidad, y para las personas que venimos del plan anterior a Bolonia, aún más. Pertenezco a esa especie en extinción dentro del universo del Doctorado, y mi primer recuerdo va hacia esas personas con las que alguna vez compartí inseguridades, locura, reto, audacia, inconsciencia y pasión, porque sólo con todo ello podíamos estar ahí.

Quiero agradecer de forma muy especial a dos personas que no me permitieron renunciar en los momentos difíciles, momentos de auténtica incompatibilidad vital para continuar, con frases que recuerdo literales y que han sido el motor para llegar hasta el final. Gracias Mikel Gorostizaga por apostar por los doctorados en Agintzari, por tener tan clara la visión de invertir en el conocimiento para mover el mundo, por insistirme hasta en tres ocasiones en todos estos años para que no me bajara del tren, por creer que era posible. Gracias Ana Estévez, mi co-directora de tesis, por creer en mí desde el principio, por aguantarme, por llevarme en volandas, por tu firme tesón, no hubo opción, gracias por tu imponente profesionalidad.

Gracias a Leire Iriarte, mi otra co-directora de tesis, por comprenderme siempre, por dignificar mis momentos de ignorancia, por hacer fácil lo difícil.

Gracias a las personas que en este tiempo me han apoyado y han compartido este camino de investigación conmigo, Itxaso Troyas, Alaitz Garmendia, Jaione Onaindia.

Gracias Agintzari, Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social, por empujarnos fuera de la zona de confort, por creer en una sociedad mas justa y cohesionada, por buscar incansablemente la mejora técnica en el ejercicio de nuestra profesional, por creer que todo es posible.

Gracias Inés y Jose Luis, no se puede recibir un mejor legado; valores de vida.
Gracias Alvaro, Ana, Elena, qué bonito lo que hemos contruido.

Gracias a Luis, Lola y Mariana, de donde nace todo, a donde regresa todo.

Índice

Agradecimientos	2
1. Introducción	10
2. Apego	10
2. 1. Conceptualización del Apego	10
2. 2. Origen del Apego	12
2. 3. Estilos de Apego	13
2. 3. 1. <i>Apego Seguro</i>	13
2. 3. 2. <i>Apego Inseguro-Evitativo</i>	15
2. 3. 3. <i>Apego Inseguro-Ambivalente</i>	17
2. 3. 4. <i>Apego Desorganizado</i>	18
3. Mentalización	19
3. 1. Conceptualización	19
3. 2. Desarrollo	22
3. 3. Polaridades	23
3. 4. Factores Mentalizadores	24
3. 4. 1. <i>Mindfulness</i>	25
3. 4. 2. <i>Empatía</i>	27
4. Crianza	29
4. 1. Definición	29
4. 2. Factores influyentes en la crianza	29
4. 2. 1. <i>Apego</i>	29
4. 2. 2. <i>Mentalización</i>	30
4. 2. 3. <i>Sintomatología Psicológica Materna</i>	31
4. 2. 4. <i>Sensibilidad Interpersonal</i>	34
4. 2. 5. <i>Estrés Materno</i>	35
4. 2. 6. <i>Conclusión</i>	36
5. Objetivos e Hipótesis	36
5. 1. Objetivos Específicos	37
5. 1. 1. <i>Estudio 1</i>	37
5. 1. 2. <i>Estudio 2</i>	37

5. 1. 3. Estudio 3.....	38
6. Metodología.....	38
6. 1. Participantes.....	39
6. 2. Instrumentos.....	39
6. 2. 1. <i>Cartes, Modèles Individuels de Relation (CaMir) versión reducida, CaMir-R</i>	39
6. 2. 2. <i>Empathy Quotient, EQ</i>	41
6. 2. 3. <i>Mindful Attention Awareness Scale, MAAS</i>	41
6. 2. 4. <i>Early Childhood Screening Assessment, ECSA</i>	42
6. 2. 5. <i>Escala de Sensibilidad Interpersonal del Symptom Assessment Questionnaire-45, SA-45</i>	43
6. 3. Procedimiento	44
7. Estudio 1: Empatía y Mindfulness como Factores Mentalizadores Intervinientes en las Relaciones entre el Apego y la Sensibilidad Interpersonal en Mujeres	44
7. 1. Introducción teórica	46
7. 2. Método	51
7. 2. 1. <i>Participantes</i>	51
7. 2. 2. <i>Instrumentos</i>	51
7. 2. 3. <i>Procedimiento</i>	52
7. 2. 4. <i>Estrategias de análisis</i>	52
7. 3. Resultados.....	53
7. 4. Discusión	56
8. Estudio 2: El Papel del Mindfulness y la Empatía de las Madres en la Percepción de los Problemas de Conducta de su Hijos/as	59
8. 1. Introducción teórica	60
8. 2. Método	64
8. 2. 1. <i>Participantes</i>	64
8. 2. 2. <i>Instrumentos</i>	64
8. 2. 3. <i>Procedimiento</i>	64
8. 2. 4. <i>Análisis estadísticos</i>	65
8. 3. Resultados.....	65
8. 4. Discusión	68

9. Estudio 3: Apego, Factores Mentalizadores, Sintomatología Depresiva y Ansiosa y el Estrés en la Crianza en Mujeres Adultas, Madres de Niños y Niñas en la Primera Infancia.....	70
9.1. Introducción teórica	70
9. 2. Método	74
9. 2. 1. <i>Participantes</i>	74
9. 2. 2. <i>Instrumentos</i>	74
9. 2. 3. <i>Procedimiento</i>	75
9. 2. 4. <i>Análisis estadísticos</i>	75
9. 3. Resultados	77
9. 4. Discusión	81
10. Discusión General e Implicaciones para la Intervención Psicológica.....	84
11. Limitaciones y Líneas Futuras	89
12. Consideraciones finales	90
13. Referencias	92
14. Anexo	119

Índice de tablas

Tabla 1. Instrumentos empleados y variables estudiadas en el estudio 1	52
Tabla 2. Análisis de normalidad de las variables de estudio	54
Tabla 3. Correlaciones entre las variables de estudio.....	55
Tabla 4 Análisis de regresión jerárquica para la sensibilidad interpersonal.....	56
Tabla 5. Instrumentos empleados y variables estudiadas en el estudio 2.....	64
Tabla 6. Información descriptiva de las variables analizadas en el estudio (n = 364) ..	66
Tabla 7. Correlaciones entre las variables analizadas el estudio	66
Tabla 8. Comparación de medias en función de la presencia/ausencia de problemas de conducta.....	67
Tabla 9. Análisis de regresión de las variables mentalizadoras sobre los problemas de conducta los hijos/as	68
Tabla 10. Instrumentos empleados y variables estudiadas en el estudio 3	76
Tabla 11. Análisis descriptivos de las variables del estudio.....	78
Tabla 12. Análisis de regresión por pasos	80

Índice de figuras

Figura 1. Correlaciones entre las variables de estudio	79
Figura 2. Modelo de mediación entre las variables de estudio.....	82

El presente trabajo pretende analizar la influencia que ejercen algunas variables maternas en la relación materno-filial durante los primeros años de crianza. Para ello, se han tenido en cuenta algunas variables clave en el ejercicio de la interacción madre-hijo/hija, como el apego materno, la mentalización y variables psicopatológicas.

La tesis se ha estructurado en dos partes, una parte inicial que recoge los elementos teóricos que están a la base de la conceptualización de los estudios y una segunda parte en la que se exponen los tres estudios llevados a cabo.

Tras la introducción, los capítulos dos y tres se centran en la conceptualización del apego y la mentalización, como variables complejas y dinámicas influyentes, y el capítulo cuatro se centra en la etapa de la crianza y el impacto de las diferentes variables (entre ellas el apego y la mentalización), añadiendo el impacto de las variables que después formarán parte de los estudios, en relación a la sintomatología materna (psicopatología y sensibilidad interpersonal).

En la segunda parte de la tesis, el capítulo cinco presenta los objetos e hipótesis generales, así como los objetivos específicos, organizados en 3 fases, que representan los 3 estudios realizados. Posteriormente, se presenta en el capítulo 6 la metodología utilizada y posteriormente pasa en el capítulo 7, 8 y 9 a exponer los tres estudios de forma pormenorizada. El capítulo 10 recoge una discusión general de todos los estudios dando paso a los capítulos 11 y 12 que muestran las limitaciones y líneas futuras, así como las consideraciones finales. El capítulo 13 recoge las referencias y el capítulo 14 los anexos.

1. Introducción

Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de capacidades que permitirán lograr una adultez sana. Por tanto, las figuras cuidadoras cobran un valor esencial, pues es a través de sus cuidados que se establecerán los primeros vínculos de apego que influirán en el desarrollo de la capacidad mentalizadora e incluso en el apego adulto. De esta manera, la necesidad de cuidar de estas figuras es innegable, pues se protege tanto a ellas como a sus niños y niñas en desarrollo (y en consecuencia, su futura adultez). Con ello en mente, el presente estudio pretende profundizar en la relación entre diversas variables psicológicas maternas (apego, sintomatología psicológica -incluyendo ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal y estrés materno-, mentalización -entendida aquí como la capacidad de empatía y mindfulness-, y la percepción de alteraciones emocionales y conductuales en la primera infancia). Se espera que un análisis de las relaciones entre las diversas variables pueda establecer focos de prevención e intervención que puedan revertir en una mejora de los programas de atención familiar e infantil.

2. Apego

2. 1. Conceptualización del Apego

La teoría de apego, formulada por Bowlby (1951) y consolidada por los procedimientos de observación en laboratorio del equipo de Ainsworth (1978), es una de las explicaciones teóricas más sólidas y aceptadas en el ámbito de la psicología evolutiva. Así, el apego se describe como el lazo afectivo universal, estable y duradero, que se establece entre un bebé y su figura cuidadora primaria y cuyo objetivo principal es la búsqueda de seguridad y la supervivencia (Bowlby, 1988). Se define

concretamente como un sistema comportamental innato, que tiene por objeto mantener la proximidad de las figuras cuidadoras para su protección, es por ello que se activa en situaciones de estrés o amenazada de manera que pone en marcha diversas conductas que buscan recibir apoyo, cuidado y protección de la figura cuidadora para poder restaurar el bienestar (Hoffer, 2006). Se trata por tanto de una necesidad primaria de vinculación que garantice la supervivencia, entendida en el sentido más amplio, pues será crucial en el desarrollo tanto emocional como de la personalidad (Bowlby, 1951). Por tanto, la conducta de apego hace referencia a un sistema de regulación que implica tanto al bebé como a la figura cuidadora. Por un lado, el bebé depende de las figuras de cuidado y, por otro, estas figuras deben mostrar disponibilidad y capacidad de contención y/o protección (Bowlby, 1980).

En cuanto a su configuración, pueden diferenciarse tres componentes principales interrelacionados entre sí: cognitivo, conductual y afectivo. En lo que al componente cognitivo se refiere, engloba los “modelos operativos internos”, es decir, a través de las repetidas experiencias de la interacción (o experiencias tempranas de apego), cada persona interioriza un modelo compuesto por representaciones mentales del self y de la otra persona, de la relación con el mundo. En otras palabras, las creencias o expectativas sobre quiénes son las figuras cuidadoras y qué esperar de ellas, con el tiempo constituyen la base de su identidad y de su disposición para interpretar las acciones e intenciones de las demás personas en el futuro (Bowlby, 1973; Raque-Bogdan et al., 2011). A nivel conductual, aúna las conductas activadas ante situaciones que ponen en riesgo su bienestar/estabilidad (de forma real o imaginada), y que buscan la proximidad de la figura cuidadora para restaurar la calma. Por último, en el plano emocional, cabe destacar la intensidad emocional implícita en las relaciones de apego, aunque su cualidad dependerá del estilo de apego concreto establecido.

2. 2. Origen del Apego

Si nos centramos en este caso en el apego de una madre con su bebé, es posible afirmar que no surge con el nacimiento del bebé, sino que es previo al encuentro con el bebé pues se desarrollan en la mente de la madre imágenes, esperanzas, expectativas, temores y deseos respecto al futuro bebé, así como de las ideas recibidas sobre el embarazo, maternidad y crianza a lo largo de su vida, de su propio rol materno y de su historia de apego personal, que impactarán en la forma en la que interactuará con su bebé al nacer (Ammaniti, 1992; Gómez et al., 2011; Stern, 1997). De hecho, algunas investigaciones apuntan a que el bebé percibe y registra los cambios físicos y emocionales de su madre ya en el útero, por lo que es un periodo fundamental por su capacidad de influencia de la madre sobre el futuro bebé (Oberman y Mercado, 2009). En este sentido, las primeras menciones a este vínculo prenatal provienen del psicoanálisis, tal y como se describe a continuación.

Desde esta perspectiva, se destaca la inversión de energía psíquica y afectiva materna que supone el embarazo, una inversión que posibilita humanizar al feto, reconociéndolo como parte de sí misma y como otro independiente al mismo tiempo (Bibring et al., 1961). Así, los estudios de Lumley (1990) confirmaron que las mujeres que percibían al feto como un bebé real, mostraban una mayor implicación afectiva y establecían una relación con el bebé imaginado. Es por ello que Condon y Corkindale (1997) describían el vínculo prenatal como la forma más básica de intimidad humana, conjugando fantasía y realidad. En esta misma línea, Condon y Dunn (1988) plantean que la clave está en si la madre traslada este afecto del bebé imaginado al bebé real. Lo cierto es que el apego prenatal y postnatal están asociados, de manera que su impacto en el desarrollo del bebé (a nivel cognitivo, emocional y social) es innegable debido a que el apego determinará la calidad de la relación y la sensibilidad materna ante las manifestaciones de apego del bebé (Dayton et al., 2010).

En última instancia, la relación establecida, los primeros cuidados y la presencia de una figura sensible que responde y satisface las necesidades del bebé, promoverá la sensación de calma, alivio y seguridad. Mientras que la no permanencia o la falta de sensibilidad a las necesidades del bebé, supondría estrés e inseguridad. De esta manera, el bebé interioriza si la presencia de esa figura cuidadora lo alivia o, al contrario, le genera mayor estrés e inseguridad. Estos encuentros o experiencias tempranas en la relación con el bebé irán configurando los diferentes estilos de apego.

2. 3. Estilos de Apego

Tal y como se ha mencionado anteriormente, fue el equipo de Ainsworth (1978) el que corroboró la teoría de apego a través del procedimiento observacional de “la situación extraña”. Este procedimiento implicaba introducir la presencia de una persona extraña en la escena delante de la figura cuidadora y del niño/a, posteriormente la figura cuidadora se separaba para salir del espacio y finalmente volvía al reencuentro con el niño/a. La observación de la respuesta de los niños y niñas ante dichas situaciones de estrés relacionadas con la separación y reencuentro con la figura cuidadora dio soporte empírico a los estilos de apego que se describen a continuación

2. 3. 1. Apego Seguro

En la situación extraña, infantes con apego seguro tienden a la libre exploración del entorno mientras está presente la figura cuidadora. Cuando se introduce la figura del extraño, se muestran con ansiedad y lo evitan, dando paso a claros signos de malestar cuando la figura cuidadora se ausenta del espacio. A su vuelta, recurren rápidamente al contacto con la figura cuidadora, sintiendo alivio con facilidad, lo que les permite retomar la actividad exploratoria. Por tanto, las claves observacionales son la angustia ante la separación de la figura cuidadora y la calma en su reencuentro, mostrando una interacción cálida, que denota confianza y seguridad (Ainsworth et al., 1978).

Esto es posible gracias a que las figuras de cuidado muestran disponibilidad, sensibilidad y calidez, es decir, destacan por su capacidad de interacción con el niño/a, detectando sus señales emocionales y respondiendo de forma sensible a las mismas, pudiendo aliviarlos y contenerlos cuando es necesario, de manera que refuerzan el comportamiento de búsqueda de apoyo (Crittenden, 1995; Perris, 2000). Para ello, las figuras de cuidado se caracterizan por presentar representaciones mentales del niño/a equilibradas, coherentes y flexibles, además de sentirse capaces de proveer cuidados y seguridad (Fonagy, 1999). En el caso de los niños y niñas, muestran un buen recuerdo de las experiencias compartidas e interiorizan una representación mental de sus figuras cuidadoras como disponibles y amables en momentos de estrés, de manera que recurren a ellas en dichos momentos (Kobak y Sceery, 1988).

Con todo ello, los niños y niñas aprenden el valor predictivo y comunicacional de las señales interpersonales, lo que les permite dar sentido a cogniciones y afectos, como puede ser reconocer sus propios estados de necesidad (Crittenden, 1995). Destacan por su autoconfianza, su capacidad empática, autoestima, y regulación emocional (y, por consiguiente, conductual) tanto en la infancia como en la vida adulta.

En el plano emocional, las personas con un apego seguro destacan por su expresión emocional, mostrando más emociones como la confianza, alegría, placer y calma; así como comodidad con la cercanía y la interdependencia, baja ansiedad y evitación, y confianza en la búsqueda de proximidad (o apoyo social) y exploración de medios para el afrontamiento del estrés (Garrido-Rojas, 2006; Mikulincer et al., 2003). Son incluso capaces permanecer organizados en situaciones de intensidad afectiva, mostrando flexibilidad para adecuar la expresión emocional al contexto y modulando la excitación (Sroufe, 2000).

Su influencia permanece en la edad adulta, pues las personas con un apego seguro en la infancia son personas que expresan abiertamente sus sentimientos, tienen la capacidad de empatizar y consideran el mundo externo un lugar seguro (Main et al., 1985). En la vejez, se traduce en un repertorio emocional equilibrado, apertura a la experiencia emocional, mayor contacto e intimidad en las relaciones y por tanto mayor red social y experiencia emocional (Consedine y Magai, 2003).

2.3.2. Apego Inseguro-Evitativo

En el caso del apego evitativo, la situación extraña revela ausencia de angustia y enfado al enfrentarse a la separación de la figura cuidadora, junto con indiferencia en su reencuentro, pues no busca proximidad. Es decir, en estos casos, se observa una desvinculación de la figura cuidadora, la interacción es distante, pudiendo llegar a evitarse activamente e incluso no mostrando preferencia por la figura cuidadora frente a la persona extraña (Ainsworth et al., 1978).

Si se repara en las figuras cuidadoras, las figuras de cuidado destacan por evitar construir representaciones mentales tanto del feto como de su futuro rol de cuidado (Laxton-Kane y Slade, 2002). En la interacción, podría decirse que se caracterizan por el rechazo de las señales afectivas del niño/a, de manera que aprende a inhibir sus respuestas (Crittenden, 1995). Esto significa que, cuando el niño/a ha intentado satisfacer alguna necesidad afectiva, la figura de cuidado ha respondido con rechazo, distancia o inatención. De hecho, si el niño/a protesta por este rechazo, la figura cuidadora responde con rabia, por lo que termina por interiorizar que debe evitar la expresión afectiva para reducir el rechazo y enfado de la figura de cuidado, de manera que tiende a evitarla pues aprende que la expresión afectiva es contraproducente (Lafuente y Cantero, 2010). En otras palabras, las figuras cuidadoras no validan las

señales emocionales de sus niños y niñas, ni se muestran disponibles para atenderlas, llegando incluso a rechazar su expresión e incluso el contacto corporal (Perris, 2000).

En consecuencia, estos niños y niñas muestran una inseguridad en el apego que se refleja en una representación mental negativa de los otros/as en lo que a receptividad y disponibilidad se refiere, así como de sí mismo/a como de alguien que no merece ser cuidado (Marrone, 2001). Esto se traduce en una autosuficiencia impulsiva y distancia emocional (Mikulincer et al., 2003). Sin embargo, esta autosuficiencia e indiferencia frente a las separaciones, es aparente, pues sí se observan signos fisiológicos de ansiedad y activación de forma más prolongada que en los casos de apego seguro, pero fallan en su reconocimiento, por lo que no buscan consuelo (Byng-Hall, 1995; Marrone, 2001). Así, a pesar de que a nivel emocional predominen emociones de ansiedad, rabia, miedo, hostilidad y desconfianza, se caracterizan por emplear estrategias de regulación emocional basadas en la inhibición y el distanciamiento (Garrido-Rojas, 2006). Esto explica las incongruencias entre el bajo nivel de estrés y afectos negativos autoreportados, y la percepción de las personas cercanas que los consideran ansiosos y con tendencia a la hostilidad (Kobak y Sceery, 1988). Además, debido a dicha inhibición emocional, tienden a confiar más en sus explicaciones que en lo que sienten, tendiendo a la intelectualización como forma de enmascarar o reconstruir sus vivencias infantiles fallida (Rozenel, 2006).

El correlato de un apego inseguro en la edad adulta, muestra personas que generalmente consideran el mundo externo como más hostil o amenazante y, por lo tanto, desconfían en mayor proporción de los demás (Main et al., 1985). Concretamente, las personas con apego desentendido o despreocupado (léase evitativo) han aprendido a no confiar en los demás, a mostrarse externamente como personas autosuficientes o distantes y evitar establecer relaciones profundas por el miedo a sentirse rechazadas.

Incluso en la vejez, muestran una asociación con una menor alegría, vergüenza y miedo, entendida como el reflejo de la tendencia a minimizar los afectos (Consedine y Magai, 2003).

2. 3. 3. Apego Inseguro-Ambivalente

El apego ambivalente, por su parte, destaca por una conducta exploratoria y de juego pobre, frustrándose fácilmente y mostrando ansiedad incluso mientras la figura cuidadora permanece en la escena de la situación extraña (Ainsworth et al., 1978). Una vez tiene lugar la separación, manifiestan excesiva angustia, llorando y protestando de forma violenta. De hecho, ni siquiera con el reencuentro son capaces de restaurar la calma, reaccionando con rigidez, llanto continuo o quejas pasivas. La presencia de la figura cuidadora y sus intentos de consuelo no surten efecto, observándose una interacción ambivalente, teñida de enfado y preocupación.

En este sentido, la figura cuidadora construye una representación mental ambigua del infante, viéndose incapaz de contenerlo. Las fantasías de muerte, daño e incapacidad invaden la relación, amplificando los estados internos negativos, es decir, transforman un pequeño malestar en un posible peligro de vida (Guidano, 2001). Así, la figura cuidadora se define por su insensibilidad, intrusividad, inaccesibilidad emocional e inconsistencia, con una conducta errática y cambiante que normalmente no responde a las necesidades del niño/a adecuadamente, tanto por exceso como por defecto. Es por ello que el infante no puede predecir la respuesta que recibirá, lo cual le produce rabia y ansiedad (Crittenden, 1995).

Por ello, las respuestas en caso de apego ambivalente tienden a ser hipersensibles y de angustia intensa que por un lado les conduce a buscar cuidado y, al mismo tiempo, temen ser ignorados o abandonados (Marrone, 2001). Esta falta de confianza en la respuesta de la figura cuidadora que tanto necesitan, no hace más que

incrementar su ansiedad por lograr su atención, de manera que se muestran hipervigilantes e inseguros en la relación con otras personas (Fonagy, 1999). Tanto es así, que incluso a los 9 meses de edad, se muestran temerosos no sólo ante estímulos que producen temor, sino también ante estímulos que deberían ser elicitadores de alegría (Kochanska, 2001). Efectivamente, a nivel emocional, el miedo es la emoción más fuerte (junto con emociones como preocupación, rabia, estrés y ansiedad), observándose altos niveles de ansiedad, pero en este caso, con baja evitación dado que necesitan de la proximidad y les asusta ser rechazados/as (Mikulincer et al., 2003). Así, sus estrategias de regulación emocional se caracterizan por la búsqueda de cercanía hacia las figuras cuidadoras, hipervigilancia, rumiación, inhibición emocional, continuo acceso a recuerdos afectivos negativos y activación crónica y disfuncional del sistema de apego (Garrido-Rojas, 2006).

Consistentemente, en la adultez, las personas con un estilo de apego preocupado o ambivalente, son personas que pueden mostrarse ansiosas o invasivas con los demás, mostrando escasa autonomía (Main et al., 1985). De hecho, en periodo de vejez, estas personas siguen mostrando una alta afectividad negativa, con prevalencia del miedo, la ansiedad y la vergüenza (Consedine y Magai, 2003).

2. 3. 4. Apego Desorganizado

Por último, Main y Solomon (1986), describieron posteriormente un estilo de apego que, a pesar de compartir elementos con el resto de apegos inseguros, no alcanza a configurar una estrategia o patrón relacional organizado, caracterizándose por haber tenido experiencias tempranas de apego con figuras cuidadoras que eran fuente de temor por su impredecibilidad y brusca labilidad, impidiendo la construcción de una organización mental coherente. Así, ante la separación, carecen de estrategias para afrontar el estrés, mostrándose ambivalentes (con una intensa búsqueda de proximidad

seguida de una fuerte evitación), al igual que comportamientos incomprensibles y bizarros, mostrándose aturridos ante el reencuentro, experimentando temor, confusión y conductas controladoras, hipervigilantes, hacia la figura cuidadora (Gómez-Jiménez et al., 2005).

Esta desorganización suele deberse usualmente a figuras cuidadoras abusivas o incapaces de resolver sus propias experiencias traumáticas, o que sufren una enfermedad psiquiátrica, o bien consumen sustancias. En este sentido, las experiencias traumáticas no resueltas, las experiencias de pérdida previas, el maltrato infantil y sus recuerdos, pueden abrumar a la figura cuidadora llevándola a mostrar un comportamiento aterrador o asustadizo con su propio hijo/a (Rholes et al., 2016). En cualquier caso, la clave está en la desconexión relacional respecto a sus hijos e hijas, caracterizada por la comunicación emocional distorsionada, la falta de sensibilidad y disponibilidad, así como el comportamiento desorganizado ante las manifestaciones del hijo/a (Di Bártolo, 2018).

Todo ello causa el derrumbe de las estrategias de afrontamiento del niño/a ante el miedo que genera la figura cuidadora, lo cual le lleva a activar los sistemas de apego y de defensa simultáneamente (Gayá et al., 2014). Con el tiempo, estas dificultades vinculares, conllevan dificultades en la regulación emocional, siendo un importante predictor de problemas emocionales, sociales y de psicopatología (Di Bártolo, 2018).

3. Mentalización

3.1. Conceptualización

El esfuerzo por entenderse a sí mismo/a y a las demás personas, es un rasgo constante, natural y esencial del ser humano (Fonagy et al., 2002). Así, la mentalización es una forma de cognición social (Bateman y Fonagy, 2012) pues se trata de una actividad mental imaginativa que posibilita la percepción e interpretación de la conducta

propia y ajena en términos de estados mentales (Allen et al., 2008): intenciones, necesidades, deseos, sentimientos o creencias, entre otros. De esta forma, se logra dar un sentido a los procesos emocionales internos y a la interacción con otras personas (Slade, 2005). Por tanto, la capacidad de mentalización debe considerarse un proceso muy relevante, pues implica una variedad de beneficios tanto a nivel intrapersonal como a nivel interpersonal: permite predecir los comportamientos, diferenciar entre la realidad y la apariencia, así como los procesos mentales y emocionales intrapersonales y los procesos afectivos interpersonales, realidad interna y externa, facilitar la comunicación y regular la propia conducta en función del estado mental de otra persona, entre otros (Lanza, 2011a). En otras palabras, estaría relacionada con verse a uno mismo desde fuera y ver a los otros desde dentro, lo que supondría una actitud de curiosidad y apertura (Allen et al., 2008).

Ciertamente, la mentalización describe una capacidad compleja, por lo que se compone de diferentes habilidades psicológicas que dan sentido a la conducta, a la experiencia, para así permitir elaborarla y ponerse en el lugar de otra persona, así como entender el contexto que les rodea (Lanza, 2011b). Para ello, incluye un componente autorreflexivo y otro interpersonal, pues la mentalización influye y se ve influida por la interacción con otras personas (Zucchi et al., 2007). Por ejemplo, para que una figura de cuidado proteja a un bebé, debe interpretar que se encuentra en una situación que le genera ansiedad, en caso contrario, lo mantendrá en ese mismo contexto (Golanó, 2015). En cualquier caso, cabe destacar que esta implicación emocional para dar sentido a las conductas, pensamientos y emociones, tiene lugar sin abrumarse por ellas ni adoptar posiciones defensivas al respecto (Slade, 2005). Además, podría decirse que es la capacidad que mediatiza la experiencia del mundo y de los vínculos afectivos. De

hecho, la capacidad de mentalización se relaciona con el estilo de apego (Leigh y Anderson, 2013).

En este sentido, cabe mencionar que la mentalización se ve facilitada cuando la persona se siente segura, es decir, cuando la activación emocional no es ni demasiado alta ni demasiado baja (Allen et al., 2008). Es comprensible si consideramos que ante una alta activación (por sensación de amenaza, miedo o enfado), las respuestas lejos de ser reflexivas y sensibles, tienden a la autoprotección (lo que desde una perspectiva de supervivencia entenderíamos como respuestas de “lucha o huida”).

Por último, respecto al recorrido histórico de la conceptualización de la mentalización, ligado principalmente a la literatura psicoanalítica, cabe mencionar brevemente algunas aportaciones de autores destacables como Bion y Winnicott. De acuerdo con Bateman y Fonagy (2012), en el caso de Bion, el proceso de transformación denominado *revêrie* (la labor de la figura de cuidado hacia el bebé de transformar lo emotivo y sensorial en algo tolerable que se puede pensar, nombrar y contener) sería comparable al proceso de mentalización en psicoterapia (es decir, transformar lo no-mentalizado en algo mental, a lo que igualmente se pueda poner palabras, pensar y elaborar). Por otro lado, Winnicott consideraba que el self se desarrolla a partir de la percepción de sí mismo/a en la mente ajena, para lo que describió el sostén psíquico (*holding*) y físico (*handling*) que ofrece la figura cuidadora. Es decir, el bebé asume la representación de los afectos que le devuelve su figura de cuidado lo que le permite regularlos y contenerlos. Es más, de acuerdo con Winnicott, el sostén físico y psíquico están estrechamente ligados, pues todo cuidado físico temprano implica cuestiones psicológicas para el bebé en desarrollo. En este sentido, desde la perspectiva de la mentalización, también se subraya la importancia de la interacción para el desarrollo personal. Esto es, el bebé experimenta una emoción, pero es cuando la

figura cuidadora la nombra con resonancia emocional, que el bebé organiza su experiencia (Fonagy y Target, 1997).

3. 2. Desarrollo

Si reparamos en el desarrollo de la capacidad mentalizadora en la persona, se evidencia tanto clínica como empíricamente, que el bebé no se vive como un ser dotado de mente de forma innata pero sí cuenta con capacidades de comunicación emocional que le permiten tener un papel activo en la interacción. En este sentido, si bien es cierto que, salvo irregularidades genéticas o condiciones de deprivación extremas, la mentalización se desarrollará en mayor o menor medida, este desarrollo no se dará de forma madurativa o automática, sino que se posibilita gracias a dicha interacción del bebé con otras mentes reflexivas y benévolas (Fonagy y Target, 1997). Es decir, las interacciones frecuentes permiten que el bebé aprenda a predecir las reacciones de sus figuras cuidadoras (Bateman y Fonagy, 2012), de manera que el desarrollo de la mentalización dependerá del apego construido en los primeros años de vida (Lanza y Graell, 2014).

Así, tal y como se mencionaba anteriormente, será la capacidad de esa persona de reflejar y contener la experiencia del bebé (lo que se facilita en un contexto de apego seguro) que el bebé construirá también un estilo de apego seguro. En otras palabras, la capacidad de las figuras cuidadoras de conversar sobre las emociones, deseos y necesidades que motivan la conducta, promueven el apego seguro y, al mismo tiempo, el desarrollo temprano de la mentalización, haciendo que el bebé empiece a ser consciente de su experiencia. De hecho, la capacidad mentalizadora de las figuras de cuidado, será la que facilite respuestas sensibles y coherentes en base al estado afectivo del bebé, pudiendo considerar que tiene una mente propia. Ciertamente, la clave reside en tratar al bebé como un sujeto con su propia mente, atribuirle estados mentales y

reflejárselos, de manera que el bebé descubre su propia experiencia interna a través de la experiencia que su figura cuidadora tiene de él, posibilitando el desarrollo del self como un ente conectado pero separado de la figura de cuidado (Slade, 2005).

En esta línea, la estrecha relación entre apego y la capacidad mentalizadora ha sido ampliamente documentada (Fonagy y Luyten, 2018), señalando que las personas con apego seguro muestran mayor capacidad mentalizadora (Fonagy et al., 2002) y que dicho apego adulto correlaciona con la capacidad mentalizadora parental (Slade et al., 2005) por lo que apego adulto y mentalización parental, parecen estar asimismo relacionadas. Es así que la relación entre los distintos estilos de apego y la capacidad de mentalización se interpreta de forma bidireccional, dado que un contexto seguro y sensible podría favorecer la capacidad mentalizadora y, a su vez, esta mayor capacidad podría promover un contexto de mayor sensibilidad y seguridad (Lanza y Graell, 2014). Por tanto, la transmisión transgeneracional es destacable (Dangerfield, 2017).

Finalmente, considerando lo descrito, Mesa y Gómez (2010) discurren que intervenir sobre la promoción de la mentalización adulta, puede ser una forma eficaz de promover relaciones de apego seguro con sus hijos e hijas, para que así desarrollen su capacidad mentalizadora.

3. 3. Polaridades

En 2009, Fonagy y Luyten describen la mentalización como un constructo multidimensional y señalan 4 polaridades distintas dentro del concepto de mentalización. Dichas polaridades deben estar equilibradas adecuadamente en cada situación para que la capacidad de mentalizar funcione eficazmente. A continuación, se describen las cuatro polaridades:

- Explícita vs. Implícita: referida a la mentalización activada de forma controlada o automática, respectivamente. Es decir, la mentalización explícita refleja

una serie de procesos lentos y en serie, requiere reflexión, atención, intención, conciencia y esfuerzo, es simbólica (p. ej., escribir una canción para expresar un estado de ánimo) y el lenguaje es el medio electivo para ella pues es predominantemente verbal. Por el contrario, la mentalización implícita, si bien conlleva reflexión, no requiere necesariamente que se verbalice y exige escasa conciencia, esfuerzo y atención.

- Interna vs. Externa: en este caso, la polaridad interna hace referencia a procesos mentales que centran la atención en las características experienciales internas (pensamientos, sentimientos, experiencias) de uno mismo y de los demás (Fonagy et al., 2012). Por su parte, la polaridad externa, se centra en los aspectos externos de la conducta (o expresión facial) para atribuirle significado.

- Centrada en el Self vs. en el Otro: distingue entre los procesos que tienen que ver con la percepción del funcionamiento mental propio (tales como la monitorización y el registro de los estados mentales propios) y ajeno (Allen et al., 2008). En este caso, cabe destacar que el desarrollo de ambas polaridades está estrechamente ligado (tal y como refleja en desarrollo de la mentalización anteriormente explicado en el apartado 3.2)

- Cognitiva vs. Afectiva: en este último caso, la distinción se basa en si la mentalización se centra en los aspectos cognitivos y emocionales, respectivamente (Jurist, 2005). Así, la polaridad cognitiva hace referencia a mentalizar sobre aquello que se piensa, es decir, a la capacidad de nombrar, reconocer y pensar sobre los estados mentales propios y ajenos. En cambio, la polaridad afectiva se refiere a mentalizar lo que se siente, a comprender el sentimiento, a empatizar (Bateman y Fonagy, 2006).

3. 4. Factores Mentalizadores

Dada la amplitud y complejidad de la mentalización, a menudo se recurre a variables implicadas en ella para su estudio, como pueden ser el mindfulness y la

empatía, pues se ha sugerido su posible solapamiento como factores de mentalización, un solapamiento comprensible desde la perspectiva de las polaridades descrita (Bateman y Fonagy, 2012; Keng et al., 2011; Weir, 2016; Woynowskie, 2016).

3. 4. 1. Mindfulness

La capacidad de mindfulness hace referencia a estar consciente, con atención plena, de manera intencional en el momento presente con actitud de aceptación, de no juzgar y de compasión (Kabat-Zinn, 2003). Contrasta así con los estados mentales en los que la persona se comporta de forma automática (sin conciencia sobre sus acciones) y la atención se centra en otras cuestiones como pueden ser problemas, recuerdos, planes o fantasías (Brown y Ryan, 2003). De este modo, las habilidades que subyacen al mindfulness son la observación, la descripción, el actuar conscientemente y la aceptación de la realidad de manera no juzgadora, implicando una actitud de apertura hacia las relaciones interpersonales (Baer et al., 2004). De hecho, desde la perspectiva del mindfulness, su aplicación se asocia a una reducción del sufrimiento y al desarrollo de cualidades positivas como la conciencia, la compasión, la ecuanimidad, el insight o el juicio, lo cual se traduce en una mejoría en salud, bienestar general y síntomas clínicos (Kabat-Zinn, 2000).

En cuanto a su nivel dimensional, existen diferentes perspectivas: desde las más complejas (Dimidjian y Linehan, 2003), que proponen 6 componentes (relativos a lo que implica: observar, describir, participar, sin juzgar, centrado en una cosa y eficazmente); las bifactoriales (Cardaciotto et al., 2008), centradas en la autorregulación de la “atención o conciencia” para focalizarse en el presente y en la “aceptación” de ese momento; hasta las perspectivas más reduccionistas que proponen un factor único de “atención o conciencia” en el presente (Brown y Ryan, 2003). Desde esta última perspectiva, se considera que la atención o conciencia en el presente, ya conlleva una

actitud de apertura o aceptación a la misma, y viceversa, de manera que resulta innecesario dividir el concepto de forma dimensional.

Respecto a su relación con otras variables, si se considera su relación con la mentalización, cabe destacar el apego con el que se asocia en el mismo sentido. Es decir, con un estilo de apego seguro se obtienen mayores puntuaciones en la capacidad de mindfulness al tiempo que estilos inseguros se asocian a puntuaciones menores (Snyder et al., 2012).

Por otra parte, si consideramos que en función de la capacidad mentalizadora o habilidad para «pensar en el otro», se inferirá de distinta manera el mundo externo y, en consecuencia, se tenderá a anticipar estados mentales de otras personas de diferente modo, esto se traduce en una mayor o menor sensibilidad interpersonal. En este sentido, Shaver et al. (2007) hallaron que la sensibilidad y la ansiedad se relacionaban negativamente con la medida de mindfulness.

Por último, una vez descrito el concepto de mindfulness y su relación con otras variables, cabe detallar su solapamiento con la mentalización para una mayor comprensión. Así, el mindfulness se solapa con la mentalización en las habilidades de observación y descripción. Tanto el mindfulness como la mentalización implican dirigir la atención intencionalmente hacia la experiencia propia, como una manera de evitar la tendencia a la impulsividad y la reactividad. En este sentido, podría decirse que solamente se solapa con la polaridad de «centrado en el self». Así mismo, ambas implican la integración de aspectos cognitivos y afectivos de los estados mentales (polaridad afectiva y cognitiva), facilitando así simultáneamente el reconocimiento y la participación en la experiencia interna (Choi-Kain y Gunderson, 2008). El mindfulness y especialmente algunas de sus facetas implican tener sensibilidad, una actitud de

apertura que está también presente en el constructo de mentalización (Bateman y Fonagy, 2006).

No obstante, también difieren en varios aspectos (Choi-Kain y Gunderson, 2008). Por un lado, el mindfulness supone centrar la atención, pero a diferencia de la mentalización, se centra no sólo en el mundo mental, sino también en el físico. Por otro, el mindfulness se focaliza únicamente en la experiencia presente, mientras la mentalización no se restringe a este nivel y puede referirse tanto al presente como al pasado y futuro. Finalmente, el mindfulness enfatiza la labor de aceptación de la experiencia y la mentalización por su parte, implica crear representaciones y significados que den sentido a esa experiencia.

3. 4. 2. Empatía

La empatía hace referencia a la habilidad que permite conocer cómo se está sintiendo otra persona o qué puede estar pensando en un momento concreto, facilitando la interacción social (Fernández-Pinto et al., 2008). Gracias a esta capacidad, es posible entender las intenciones de los demás, predecir su comportamiento o experimentar una emoción a raíz de la emoción de la otra persona, encontrando diferentes estudios que las mujeres presentan mayores niveles de empatía frente a los hombres (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Mestre et al., 2004).

A nivel dimensional, clásicamente han primado dos perspectivas de la empatía: la visión cognitiva y la visión afectiva (Chakrabarti y Baron-Cohen, 2006). La primera hace referencia a la capacidad de comprender los sentimientos de la otra persona (Kohler, 1929), mientras que la segunda hace hincapié en la respuesta emocional que se da como consecuencia de la emoción o sentimientos observados en la otra persona, destacando que dicha respuesta debe ser apropiada (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

Sin embargo, podría decirse que es una división conceptual pues se considera que la empatía incluye ambas de forma indivisible. En este sentido, Garaigordobil (2003) plantea una tercera visión integradora que combina tanto los aspectos cognitivos como afectivos, explicando que es gracias a la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona, de comprender su estado emocional (empatía cognitiva), que podrá activar la necesidad de ayudarla y responder a ello (empatía afectiva). En resumen, la empatía implica tres aspectos: imaginar el estado mental de la otra persona, lo cual producirá una reacción afectiva, al tiempo que puede seguir manteniendo la diferencia entre lo propio y ajeno (Choi-Kain y Gunderson, 2008). Considerando sus características y beneficios a nivel de la interacción social, no es de extrañar que se hayan asociado mayores puntuaciones de empatía al estilo de apego seguro que al estilo inseguro (Leigh y Anderson, 2013).

Por último, en relación al solapamiento entre los conceptos de empatía y mentalización, se describen a continuación algunos aspectos a considerar. Considerando las polaridades de la mentalización, podría decirse que la empatía está centrada únicamente en el otro, aunque se considera que la comprensión del otro está estrechamente ligada a la comprensión propia, de manera que ambos conceptos serían próximos (Allen et al., 2008). Por otro lado, se tiende a valorar que la empatía se sitúa principalmente (aunque no sólo) en el polo afectivo, pues, aunque implique comprensión cognitiva de los estados mentales de otra persona, requiere de una reacción afectiva apropiada, lo cual, además, a diferencia de la mentalización, supone dar un paso más allá de la mera comprensión. Finalmente, aunque la empatía pueda activarse tanto de forma implícita como explícita, cabe destacar que, en la interacción y funcionamiento diario, predomina la implícita.

4. Crianza

4. 1. Definición

La llegada de un bebé, supone la llegada de un ser en desarrollo, lo cual le convierte en objeto de cuidados, formación, educación y asistencia (Jenks, 1996). Así, criar abarca un conjunto de prácticas socialmente establecidas a través de las cuales las personas adultas tratan de guiar, vigilar, modelar y cuidar el crecimiento y desarrollo infantil (Colangelo, 2020). Se trata por tanto de un proceso sociocultural, pues está impregnado de las representaciones de la persona adulta sobre la infancia, la vida, la familia o los vínculos sociales, de manera que la crianza va más allá del cuidado y forma parte de la construcción de la persona.

Cabe destacar que, si bien la crianza puede ser ejercida por diferentes figuras de cuidado, el presente trabajo centra su atención en la figura materna dado que, las madres suelen ser las principales figuras de referencia en la infancia, pues en la actualidad, su presencia en las tareas de cuidado y el tiempo invertido en ellas sigue siendo mayoritaria (Comas-D'Argemir et al., 2016; Farré y González, 2020; Moreno-Roldán et al., 2018).

4. 2. Factores influyentes en la crianza

Considerando que la crianza es un proceso sociocultural donde destaca el papel de la figura adulta de cuidado, conviene describir algunos factores que pueden influir en la misma, entre los que se destacan a continuación la mentalización, el apego, la sintomatología psicológica, el estrés materno o la sensibilidad interpersonal, entre otros.

4. 2. 1. Apego

Como bien se ha visto, apego y mentalización están estrechamente ligadas por lo que el apego es un factor muy relevante a considerar dado su impacto en las relaciones tempranas y el desarrollo infantil. De hecho, dichos estilos de apego en la edad adulta se

han relacionado con diversos factores psicológicos, siendo especialmente relevante la asociación entre el estilo de apego adulto y la manera de establecer relaciones interpersonales ya que, las primeras interacciones en la infancia con el mundo externo determinarán el grado de sensibilidad al entorno (Raque-Bogdan et al., 2011).

En este sentido, son varios los estudios que confirman su impacto también a nivel de la sintomatología psicológica externalizante e internalizante en la primera y segunda infancia (Fearon y Belsky, 2011). Concretamente, los datos indican que, a mayor inseguridad en el apego, mayor es la presencia de problemas de internalización y externalización (Muris et al., 2003). Esta relación con la sintomatología, implica además un claro impacto en el estrés en la crianza, descrito más adelante como “estrés materno”. Asimismo, el apego también se asocia a la sintomatología de la propia madre, como se describe a continuación, de manera que su impacto es tan amplio como diverso convirtiéndolo en un reconocido factor clave en el desarrollo infantil para garantizar el bienestar familiar.

Sin embargo, dadas las dificultades o resistencias posibles a trabajar a este nivel con las familias, es igual de importante conocer el resto de factores asociados en los que podremos intervenir con mayor facilidad y reducir dicho impacto. Por tanto, los siguientes factores tratan de describir tanto su relevancia como la interrelación entre sí.

4. 2. 2. Mentalización

Si se considera que la mentalización se desarrolla en primer lugar en la relación con la figura de cuidado (como bien se ha detallado en el capítulo 3), la influencia de la capacidad mentalizadora de la madre en la crianza es innegable. Así pues, la mentalización en el contexto de la crianza hace referencia a la capacidad materna de leer los estados mentales de su hijo/a, suponiendo que ante una adecuada capacidad se fomenta igualmente la capacidad de mentalizar del niño/a así como un apego seguro,

mientras que una pobre capacidad mentalizadora se ha visto asociada a dificultades en la calidad del apego (Fonagy y Target, 1997; Fonagy et al., 1998; Fonagy et al., 2007).

De forma más concreta, variables mentalizadoras como el mindfulness y la empatía materna, se han visto relacionadas con aspectos del desarrollo infantil pues la mentalización es una capacidad esencial en la relación filio-parental. De hecho, la capacidad mentalizadora parental se relaciona con la autorregulación emocional en la primera infancia y, por consiguiente, con la sintomatología infantil (Camoirano, 2017; Smaling et al., 2016).

4. 2. 3. Sintomatología Psicológica Materna

Tal y como se mencionaba anteriormente, la sintomatología materna también es un factor a considerar, pues afecta a una porción considerable de la población española. Una revisión reciente (Henares et al., 2020) apunta que el 15.4% de la población adulta presenta algún diagnóstico de salud mental (concretamente, el 9.7% de hombres y 20.2% de mujeres). En este sentido, la depresión y la ansiedad han sido reconocidas dentro de los cuadros más frecuentes en mujeres, con un 9.2% y 9.1% de prevalencia respectivamente en España (Abuín y de Rivera, 2015; ENSE, 2017; Merlino, 2018). Además, la mala salud autopercebida es incluso mayor (Henares et al., 2020), alcanzando el 33.6% de la población (en este caso, a un 28.5% de hombres y 37.9% de mujeres). Sin embargo, cabe destacar que estos datos se han visto alterados durante el último año debido a la pandemia causada por la COVID-19. Concretamente, ya en 2020 se observaba un aumento de la sintomatología ansiosa en la población española, alcanzando el 19.6%, 26.8% en el caso de las mujeres, mientras que la sintomatología depresiva llega al 22.1%, 27.8% para las mujeres (Valiente et al., 2020). En cualquier caso, los datos destacan la peor salud mental de las mujeres, en todas las edades y grupos sociales, tal y como demuestran diversas encuestas de salud y estudios clínicos,

junto con un efecto multiplicativo por la acumulación de experiencias de desigualdad (Bacigalupe et al., 2020).

De hecho, si bien la salud mental empeora cuanto peores sean las condiciones de vida, las desigualdades de género inciden directamente a este nivel, pues las diferencias descritas aumentan en todo el mundo al tiempo que incrementa la desigualdad de género de las sociedades (Shoukai, 2018). Estas diferencias por sexo requieren de estudios, análisis y medidas específicas, de ahí el foco en la salud materna del presente estudio. En este sentido, en España destaca el impacto del trabajo doméstico en la salud mental de las mujeres (Arias-de la Torre et al., 2019). Además, se han asociado varios factores psicológicos de las madres con los problemas de conducta de sus hijos (Riahi et al., 2012; Vallotton et al., 2016). La depresión materna, por ejemplo, ha sido consistentemente asociada con un aumento en los problemas de conducta de los hijos (Cildir et al., 2019; Pires, et al., 2019).

Así, la salud mental materna es primordial y puede verse influida por diversos factores tales como las características sociodemográficas, situación laboral, salud física, circunstancias familiares o infertilidad (Cortès-Franch et al., 2018; Noorbala et al., 2009). Pero como se anticipaba, es el estilo de apego en la edad adulta el factor identificado repetidamente en diferentes estudios (González et al., 2011). De hecho, en función de las primeras experiencias con la figura de apego, cada persona tendrá una representación mental de sí misma y de la relación con el mundo distinta, lo que supondrá la base de su propia identidad y de su forma de relación con los otros (Raquel-Bogdan et al., 2011).

De esta manera, el apego seguro es considerado un factor protector y se relaciona con mayor salud mental en las mujeres (Frey et al., 2006; Gezen y Oral, 2013; Ward et al., 2006), mientras que los estilos inseguros constituyen un factor de

vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología en la edad adulta asociándose a mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y estrés (Armour et al., 2011; Beudin y Delvenne, 2016; Cummings-Robeu et al., 2009; González et al., 2011; Strand et al., 2015).

Sin embargo, el apego no es determinante, pues su relación con la sintomatología puede verse modulada por otros factores, entre los que cabe explorar la capacidad mentalizadora. En esta línea, respecto a la relación entre la salud mental y las variables mentalizadoras, se considera que la capacidad de mindfulness puede reducir la ansiedad y la depresión (Paul et al., 2013), mientras que la empatía, por su parte, parece estar asociada a la regulación del estrés (Ho et al., 2014). Concretamente, Walker y Cheng (2007) afirmaron que la respuesta empática de las madres puede ayudar a regular su propio estrés.

No obstante, a pesar de estas correlaciones, existe poca literatura en torno a la posible relación entre el estilo de apego, las variables mentalizadoras y la salud mental de las mujeres (Malik et al., 2015). Se ha obtenido cierta asociación entre aspectos metacognitivos, el estilo de apego y cuadros como la depresión, confirmando el papel mediador de los aspectos metacognitivos entre el apego y los síntomas depresivos (Linares et al., 2016). También se ha investigado el posible efecto mediador de las estrategias de regulación emocional entre el apego y la sintomatología disfuncional (Malik et al., 2015; Pascuzzo et al., 2015). En cuanto a las capacidades mentalizadoras, se ha afirmado que el mindfulness actúa como posible mediador en la relación entre apego y la sintomatología adulta (Marganska et al., 2013; Martin et al., 2017), así como que el mindfulness media entre la depresión y el estrés (Anastasiades, 2017). En otras palabras, la prevención y promoción de salud mental materna se hace indispensable, siendo necesario conocer en profundidad los factores asociados.

4. 2. 4. Sensibilidad Interpersonal

La sensibilidad interpersonal se ha descrito como un factor de vulnerabilidad ante las relaciones sociales y es entendida como una tendencia a sentirse inferior, acompañada de sentimientos de timidez, vergüenza, hipersensibilidad a opiniones y actitudes ajenas, así como a incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales (Davison et al., 1997). Es decir, esta dimensión se constituye con un matiz negativo, como un exceso de sensibilidad en situaciones interpersonales. En este sentido, la relación entre la sensibilidad interpersonal de las figuras parentales y los problemas de conducta en los hijos e hijas también ha sido estudiada, obteniéndose una correlación positiva entre ambos factores (Cerniglia et al., 2017; Cimino et al., 2015). Asimismo, y aunque algunos autores afirman que la sensibilidad interpersonal es un factor importante en el desarrollo de psicopatología adulta (Nickerson et al., 2014), es uno de los aspectos menos estudiados en cuanto a su relación con los estilos de apego adulto.

Esto podría deberse a que el término sensibilidad interpersonal ha contado con acepciones contradictorias en la comunidad científica, recogiendo en muchos casos como una capacidad positiva para identificar las necesidades y emociones de los demás (Cardozo et al., 2016). Y, por otro, que los estudios se han centrado más en la relación del apego con variables psicopatológicas centradas en el self como la autoestima, una variable más extendida, que vendría a aportar una explicación más amplia y centrada en los sentimientos hacia uno mismo/a. El estilo de apego y los modelos internos derivados de dicho estilo cuentan, no obstante, con ambos componentes: el concepto de uno mismo y el concepto de los otros o del mundo externo. De esta manera, se entendería la sensibilidad interpersonal como una variable de alto interés, tanto para el diagnóstico como para el diseño de líneas de intervención psicológica, por los matices descriptivos que aporta en su vertiente relacional.

Sin embargo, a pesar de la citada falta de investigación en la relación con la sensibilidad interpersonal, González y colaboradores (2011) afirmaron que existe una mayor sensibilidad interpersonal general en las mujeres y en las personas adultas con apego ansioso o evitativo, siendo las personas con apego seguro las que menores puntuaciones obtenían en la escala de sensibilidad interpersonal lo cual confirma que el apego establece el grado de sensibilidad al entorno tal y como se ha descrito previamente (Raque-Bogdan et al., 2011). Así, los estilos inseguros estarían asociados a una excesiva sensibilidad en la relación con las demás personas, a una mayor búsqueda o necesidad de aprobación y a dificultades interpersonales debido a que perciben su entorno de forma hostil, con temor, por lo que presentan mayor tendencia a la vigilancia y dependencia (Abela et al., 2009; Cummings-Robeu et al., 2009; Strand et al., 2015). Por otro lado, el apego seguro se relaciona con menor estrés y ansiedad social pues perciben su entorno de forma segura (Frey et al., 2006).

Por último, en relación a la mentalización, si se tiene en cuenta que esta implica la lectura de los estados mentales propios y ajenos, cabe considerar que la sensibilidad interpersonal conlleve una tendencia a interpretaciones más negativas. Sin embargo, todas estas relaciones requieren de un estudio en mayor profundidad para su comprensión.

4. 2. 5. Estrés Materno

A este respecto, en el caso de las mujeres que son madres, un factor a tener en cuenta respecto al malestar emocional sería el estrés en la crianza o estrés materno, entendido como el estado afectivo de estrés en relación a su función como madre. En ello pueden influir infinidad de variables como las características sociodemográficas y las circunstancias familiares, sin embargo, son las características de los hijos/as las que generalmente se perciben como más determinantes en el nivel de estrés de las madres

(Bessa et al., 2015). No obstante, el impacto es bidireccional, pues también se ha considerado que la sintomatología disfuncional de las madres está asociada al mayor riesgo de dificultades psicosociales o de desarrollo de sus hijos e hijas (Hser et al., 2015). En este sentido, cabe destacar que no sólo cabe considerar un mayor riesgo de dificultades en los hijos/as sino que la percepción materna de estas dificultades varía en función de su nivel de estrés o estado psicológico, obteniéndose asociaciones entre el estrés parental y un aumento de la percepción de problemas de conducta en sus hijos e hijas (Chen et al., 2017; Cooley et al., 2014; Vallotton et al., 2016).

En relación al apego, ciertos estudios han hallado que el nivel de estrés materno difiere en función de los distintos estilos (Dubois-Comtois et al., 2013; Mills-Koonce et al., 2011), siendo el estilo inseguro el más asociado con el estrés en la crianza, pues las representaciones de apego tienen un papel importante a la hora de manejar situaciones estresantes (Fonseca et al., 2013).

4. 2. 6. Conclusión

Si bien los factores anteriormente descritos juegan un papel esencial en la crianza, los factores que impactan en ella son innumerables, recogiendo aquí aquellos que se consideran de mayor impacto o de mayor necesidad de estudio, pues la importancia de estudiar dichas variables reside en las oportunidades de intervención sobre las mismas para mejorar la salud mental materna y con ello el bienestar maternofilial.

5. Objetivos e Hipótesis

El objetivo general de este trabajo es analizar el papel de las variables mentalizadoras maternas (empatía y mindfulness), su estilo de apego y distrés emocional (ansiedad, depresión y estrés materno) en la relación maternofilial.

Para poder alcanzar este objetivo se han establecido objetivos específicos que se han ido abordando en fases distintas.

5. 1. Objetivos Específicos

A continuación, se presentan los objetivos y sus consiguientes hipótesis ordenados de acuerdo a las fases realizadas para facilitar su lectura.

5. 1. 1. Estudio 1

1. *Analizar la relación entre las variables mentalizadoras (empatía y mindfulness) y el apego adulto, con la sensibilidad interpersonal.*

Se hipotetiza que las dimensiones del apego adulto, las variables mentalizadoras (empatía y mindfulness) y la sensibilidad interpersonal se relacionarán significativamente, siendo esta relación positiva entre la dimensión Seguridad del Cartes, Modèles Individuels de Relation (CaMir-R), y las variables mentalizadoras (mindfulness y empatía), así como entre la sensibilidad interpersonal y la dimensión Preocupación del apego, mientras que se espera que sea negativa en el caso de la sensibilidad interpersonal, las variables mentalizadoras, y el factor Seguridad del apego. Además, las dimensiones del apego explicarán parte de la varianza en sensibilidad interpersonal cuando se controle el efecto de las variables mentalizadoras.

5. 1. 2. Estudio 2

2. 1. *Analizar la relación existente entre la percepción de las alteraciones emocionales y conductuales en la primera infancia y ciertos factores psicológicos maternos (empatía, mindfulness, sensibilidad interpersonal, estrés y depresión).*

Se espera que las alteraciones emocionales y conductuales en la primera infancia muestren relación con los mencionados factores psicológicos maternos de manera significativa y negativa respecto a las variables mentalizadoras (empatía y mindfulness),

mientras que la sensibilidad interpersonal, el estrés y la depresión se relacionarían de forma positiva.

2. 2. *Evaluar el posible papel de las variables mentalizadoras maternas (empatía y mindfulness) en la percepción de la manifestación conductual de sus hijos/as.*

Las variables mentalizadoras (empatía y mindfulness) de las mujeres madres se hipotetiza que muestren capacidad predictiva respecto a la percepción de la manifestación conductual de sus hijos e hijas.

5. 1. 3. Estudio 3

3. 1. *Estudiar la relación entre las variables mentalizadoras (empatía y mindfulness), el apego y el distrés emocional (ansiedad, depresión y estrés materno) materno.*

En hipótesis, las variables mentalizadoras y el apego materno correlacionarán de forma significativa y positiva, mientras que su relación con el distrés emocional será negativa.

3. 2. *Estudiar el posible papel mediador de las variables mentalizadoras (empatía y mindfulness) en la relación entre el estilo de apego y el distrés emocional (ansiedad, depresión y estrés materno) en mujeres madres.*

Cabe esperar que la asociación entre el apego materno y el distrés emocional en madres esté mediada por las variables mentalizadoras (la empatía y el mindfulness).

6. Metodología

El trabajo que se presenta a continuación se estructura en tres fases diferenciadas con una fundamentación teórica y una metodología común, por lo que se recoge a continuación la metodología empleada para presentar después los resultados y

conclusiones de cada una de ellas en base a los objetivos específicos descritos en el apartado anterior.

6. 1. Participantes

Este estudio contó con la participación de una muestra de conveniencia a través de diversos centros escolares y escuelas infantiles de la CAV y Navarra. De esta manera, la muestra se compuso de 364 madres, cuyas edades oscilaban entre los 21 y 47 años ($M = 36.54$; $DT = 3.69$), con hijos e hijas de edades comprendidas entre 6 meses y 4 años de edad ($M = 1.88$ años) de los cuales un 50.4% eran chicos y 49.6% chicas. En cuanto a las características de la muestra, destaca el nivel de estudios, con una gran mayoría con estudios universitarios (76.4%, frente a un 17.6% con formación profesional, un 4.9% de estudios secundarios, un 0.8% de estudios primarios y un 0.3% sin estudios). Asimismo, prácticamente la totalidad de la muestra trabajaba (90.4%), mientras que en algunos casos seguían con los estudios en curso (0.8%). En lo que al ámbito familiar se refiere, en casi un 50% de los casos tenían dos hijos/as y conformaban principalmente familias biparentales (93.3%) seguido de un 3.9% de familias monoparentales, un 1.7% de familias homoparentales y un 0.3% de familias reconstituidas (además de un 0.8% de casos en los que se identificaban con otro tipo de formas familiares).

6. 2. Instrumentos

6. 2. 1. *Cartes, Modèles Individuels de Relation (CaMir) versión reducida, CaMir-R (Pierrehumbert et al., 1996; versión española de Balluerka et al., 2011).*

Se trata de un instrumento de evaluación del apego que contiene 32 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos ($1 = totalmente en desacuerdo$, $5 = totalmente de acuerdo$) y se agrupan en 7 factores: Seguridad, Preocupación familiar, Interferencia de los padres, valor de la Autoridad de los padres, Permisividad parental,

Autosuficiencia y rencor contra los padres, y Traumatismo infantil. El primer factor, “Seguridad”, hace referencia a la disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, esto es, la percepción de haberse sentido y sentirse querido/a por las mismas, poder confiar en ellas y saber que están disponibles cuando se las necesita. En el caso del segundo factor, “Preocupación familiar”, recoge la percepción de una intensa ansiedad de separación respecto a los seres queridos, así como un exceso de preocupación por las figuras de apego en la actualidad. La “Interferencia de los padres” por su parte, se enfoca en el recuerdo de haber sido sobreprotegido/a en la infancia, haber sido un niño/a miedoso/a y haber sentido preocupación por ser abandonado/a también. En relación al “Valor de la autoridad de los padres”, el factor se centra en la evaluación positiva de los valores familiares de autoridad y jerarquía. Respecto a la “Permisividad parental”, reúne los recuerdos de haber padecido falta de límites y de guía parental en la infancia. En cuanto a la “Autosuficiencia y rencor contra los padres”, hace referencia al rechazo por los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva al igual que al rencor hacia los seres queridos. Por último, el factor denominado “Traumatismo infantil” se dirige a los recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas de las figuras de apego durante la infancia.

Todos estos factores aportan información relacionada con los distintos estilos de apego, permitiendo así categorizar a las participantes entre apego seguro, evitativo y preocupado, en función del punto de corte propuesto por Pierrehumbert y cols. (1996). Así, se consideró que una persona era segura, evitativa o preocupada si tenía un puntaje T mayor a 60 en una de estas variables; y desorganizada si tenía un puntaje T mayor a 60 en dos o más de ellas. El CaMir es un instrumento frecuentemente utilizado en investigaciones sobre apego y se han obtenido niveles adecuados tanto de validez como de fiabilidad en la versión española del CaMir, con valores del alpha de Cronbach en

cada factor entre .60 y .85. (Lacasa, 2008; Muela, 2010). Una de sus ventajas es que el CaMir proporciona medidas continuas de las dimensiones de apego y que es un instrumento frecuentemente utilizado en investigaciones sobre apego (Benony et al., 2001; Lacasa, 2008; Miljkovitch et al., 2005; Muela, 2010). En esta muestra, los valores alfa son los siguientes: Seguridad, .88; Preocupación familiar, .79; Interferencia de los padres, .65; Autoridad de los padres, .66; Permisividad parental, .11; Autosuficiencia y rencor contra los padres, .49, y Traumatismo infantil, .78.

6. 2. 2. *Empathy Quotient, EQ* (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

Esta prueba fue creada específicamente para ser aplicada en la práctica clínica con el objetivo de discriminar entre personas del grupo control y aquellas personas consideradas dentro del grupo clínico (relacionado con el trastorno de espectro autista), por obtener un índice muy bajo de empatía. Se trata de una medida de autoinforme de 60 ítems tipo Likert de 5 puntos (*1 = De acuerdo, 5 = En desacuerdo*) mediante la que se obtiene una puntuación total de empatía general (que corresponde a la empleada en este estudio), una puntuación específica para cada una de las 5 dimensiones, y una puntuación específica para cada una de las 15 subescalas secundarias que la constituyen. Además, recoge 4 indicadores de validez que miden el grado en el que los participantes responden al azar o distorsionando sus respuestas, y cuyo objetivo es minimizar el efecto de la deseabilidad social sobre la puntuación total. En términos generales, puntuaciones altas significarán mayor empatía, mientras que puntuaciones bajas indicarán un posible déficit de dicha capacidad. Ha sido validada en diferentes países, obteniendo una adecuada fiabilidad y validez (Lawrence et al., 2004). En esta muestra concretamente, el valor del alfa de Cronbach alcanza el .84.

6. 2. 3. *Mindful Attention Awareness Scale, MAAS* (Brown y Ryan, 2003; versión española de Soler et al., 2012)

Esta escala unifactorial autoaplicada de 15 ítems de tipo Likert de 6 puntos ($1 = \text{casi siempre}$; $6 = \text{casi nunca}$) mide la capacidad de la persona evaluada para estar atenta y consciente a la experiencia del momento presente. Además, el MAAS parece enfatizar el elemento del mindfulness relacionado con la ausencia de esta capacidad (denominada "mindlessness"), mediante ítems redactados de manera inversa. De esta manera, la obtención de puntuaciones elevadas indica mayor capacidad de mindfulness, mientras que puntuaciones bajas indicarán poca capacidad de atención plena y consciente en el momento presente. A nivel psicométrico, la medida en su versión española muestra buenos índices de fiabilidad ($\alpha = .89$), estabilidad temporal y confirmación del modelo unifactorial originalmente propuesto. Asimismo, muestra una buena validez convergente con el "Cuestionario de cinco facetas de atención plena" (*Five Facets Mindfulness Questionnaire*, FFMQ) y discriminante respecto a la clínica depresiva (Soler et al., 2012). Todo ello la convierte en la principal herramienta de elección para los estudios de investigación que tienen como objetivo evaluar la capacidad de mindfulness en población adulta. En el caso de la presente muestra el valor del alfa de Cronbach se sitúa en .89.

6. 2. 4. *Early Childhood Screening Assessment, ECSA* (Gleason et al., 2010; versión española de Cano et al., 2018)

El objetivo de este instrumento heteroaplicado es identificar manifestaciones emocionales y conductuales en niños y niñas en su primera infancia (1-5 años) a través de sus padres, madres o personas cuidadoras. El instrumento completo consta de 40 ítems y se debe responder a través de una escala Likert de 3 puntos ($0 = \text{nunca/raramente}$, $1 = \text{algunas veces}$ y $2 = \text{casi siempre}$). El ECSA ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, con valores alfa en torno a .88 (en muestra colombiana de acuerdo con Cano et al., 2018). A nivel de su composición, 36 ítems

están focalizados en el desarrollo emocional y conductual de los/as niños/as, de manera que la puntuación máxima es de 72 y el punto de corte se sitúa en 18 (en cuyo caso debe valorar si el caso requiere de atención especializada, pues en torno a $\frac{3}{4}$ de los casos que superan dicha puntuación cumplen criterios diagnósticos). Por otro lado, los 4 ítems restantes están centrados en las madres y los padres, dos referidos al estrés materno (reflejando experiencias negativas con sus hijos/as) y dos de screening de depresión adulta. En el presente estudio, el instrumento se ha empleado tanto para valorar la percepción de los problemas emocionales y de conducta de sus hijos/as así como para el estrés materno (en cuyo caso se evalúa a través de los ítems 37 y 38). En este estudio, el alpha de Cronbach para la escala total ha sido de .83.

6. 2. 5. Escala de Sensibilidad Interpersonal del Symptom Assessment Questionnaire-45, SA-45 (Davison et al., 1997; versión española de Sandín et al., 2008)

El cuestionario SA-45 es una versión breve del cuestionario de síntomas psicopatológicos SCL- 90 (*Symptom Checklist-90*, Davison et al., 1997). De esta manera, está compuesta por 45 ítems que se responden mediante una escala Likert de 5 puntos (*0 = nada en absoluto; 4 = mucho o extremadamente*) y que se categorizan en 9 escalas de 5 ítems cada una: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. En este caso, se han valorado tres escalas: ansiedad, depresión y sensibilidad interpersonal. La dimensión «Sensibilidad interpersonal», es entendida como la tendencia de la persona evaluada a ser sensible con respecto a lo que opinan otras personas. Dicha escala se compone por las siguientes afirmaciones: sentirse incomprendido/a, impresión de rechazo de otras personas, sentirse inferior, sentirse incómodo/a con la gente y sentirse cohibido/a. La validación de la versión española (Sandín et al., 2008) confirma la estructura inicial de 9 factores que corresponden a las 9

escalas propuestas. Asimismo, se obtienen niveles adecuados de validez y fiabilidad (alfa de Cronbach de la mayoría de las escalas igual o superior a .80, siendo el coeficiente total del instrumento de .95). Para esta muestra, el valor del alfa de Cronbach de la sensibilidad interpersonal es de .84.

6. 3. Procedimiento

Para la recogida de datos, se contactó con las personas responsables de centros escolares y escuelas infantiles a los que se les explicó el objeto del estudio y el procedimiento a seguir. Una vez obtenido el permiso por parte de los centros colaboradores, se informó a las madres sobre la posibilidad de participar en este estudio y previo a la aplicación de las pruebas, se solicitó el consentimiento informado para las mismas (Anexo). En dicho documento, disponible en euskera y castellano, contemplaba una explicación de la investigación y sus objetivos, así como las condiciones de la participación en términos de anonimato, confidencialidad de los datos y voluntariedad, explicitando la posibilidad de abandonar en cualquier momento. Tras ello, se procedía finalmente a la cumplimentación de los cuestionarios bien en formato de papel o bien a través de un formulario online. Cabe señalar que esta investigación garantiza los procedimientos médicos éticos concordantes con la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

A continuación, se presentarán los tres estudios/fases de análisis de los datos que se emplearon para poder alcanzar los objetivos descritos anteriormente.

7. Estudio 1: Empatía y Mindfulness como Factores Mentalizadores Intervinientes en las Relaciones entre el Apego y la Sensibilidad Interpersonal en Mujeres

Referencia: Angulo, B., Estévez, A., Iriarte, L., y Troyas, I. (2019). Empatía y mindfulness como factores mentalizadores intervinientes en las relaciones entre el

apego y la sensibilidad interpersonal en mujeres. *Ansiedad y Estrés*, 25, 42-48.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.004>

Ansiedad y Estrés 25 (2019) 42–48




Ansiedad y Estrés

www.elsevier.es/aeas

Revisión

Empatía y mindfulness como factores mentalizadores intervinientes en las relaciones entre el apego y la sensibilidad interpersonal en mujeres

Blanca Angulo^{a,*}, Ana Estévez^b, Leire Iriarte^b e Itxaso Troyas^a

^aAgintzeri Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social, Bilbo, España
^bUniversidad de Deusto, Bilbo, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:
Apego
Mindfulness
Empatía
Sensibilidad interpersonal
Mujeres

RESUMEN

Introducción y objetivos: El objetivo de esta investigación es evaluar el papel de las variables mentalizadoras (empatía y mindfulness) en la relación entre el estilo de apego adulto y la sensibilidad interpersonal en mujeres.

Material y métodos: La muestra consta de 364 mujeres, con una media de edad de 36,54 años (DT = 3,69). Las variables de estilo de apego, empatía, mindfulness y sensibilidad interpersonal se han evaluado utilizando instrumentos autoadministrados de adecuada validez y fiabilidad.

Resultados: Los resultados indican una mayor sensibilidad interpersonal en las mujeres con estilos de apego inseguros, en comparación con las mujeres que refieren estilos de apego más seguros. Por otro lado, existe mayor empatía y mindfulness en las mujeres con estilos de apego seguros. Además, la empatía y el mindfulness explican de forma significativa un porcentaje de la varianza en la sensibilidad interpersonal.

Conclusión: Se comentan las implicaciones de estas diferencias significativas en el desarrollo de programas tanto de prevención como de intervención en mujeres.

© 2019 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Keywords:
Attachment
Mindfulness
Empathy
Interpersonal sensitivity
Women

Empathy and mindfulness as mentalizing factors intervening in the relationships between attachment and interpersonal sensitivity in women

A B S T R A C T

Introduction and objectives: The goal of this study is to evaluate the role of mentalizing variables (empathy and mindfulness) in the relationship between adult attachment style and interpersonal sensitivity in women.

Material and methods: The sample consists of 364 women, with an average age of 36.54 years (SD = 3.69). Attachment style, empathy, mindfulness and interpersonal sensitivity variables have been evaluated using self-report instruments with adequate validity and reliability.

Results: The results show greater interpersonal sensitivity in women with insecure attachment styles, compared to women who report more secure attachment styles. On the other hand, there is greater empathy and mindfulness in women with secure attachment styles. In addition, empathy and mindfulness significantly explain a percentage of the variance in interpersonal sensitivity.

Conclusion: The implications of these differences in the development of both prevention and intervention programs for women are discussed.

© 2019 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: blancaangulo@agintzari.com (B. Angulo).

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.004>
1134-7027/© 2019 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

7. 1. Introducción teórica

El apego se describe como el lazo afectivo universal, estable y duradero, que se establece entre un bebé y su figura cuidadora primaria y cuyo objetivo principal es la búsqueda de seguridad y la supervivencia (Bowlby, 1988). Con base en las experiencias tempranas de apego, cada persona interioriza un modelo operativo interno: una representación mental de sí mismo y de la relación con el mundo, que constituirá la base de su identidad y de su disposición para interpretar las acciones e intenciones de los demás en el futuro (Raque-Bogdan, Ericson, Jackson, Martin y Bryan, 2011). Con base en estos estilos de apego desarrollados durante la primera infancia, se han descrito diferentes tipos de apego presentes en la edad adulta (Main, Kaplan y Cassidy, 1985). Las personas con un apego seguro en la infancia son personas que expresan abiertamente sus sentimientos, tienen la capacidad de empatizar y consideran el mundo externo un lugar seguro. Por otro lado, las personas con apego inseguro serían personas que generalmente consideran el mundo externo como más hostil o amenazante y, por lo tanto, desconfían en mayor proporción de los demás. Este apego adulto inseguro también se ha descrito en varias categorías. Las personas con apego desentendido o despreocupado han aprendido a no confiar en los demás, a mostrarse externamente como personas autosuficientes o distantes y evitar establecer relaciones profundas por el miedo a sentirse rechazadas. Las de estilo de apego preocupado son personas que pueden mostrarse ansiosas o invasivas con los demás, mostrando escasa autonomía. La última categoría sería el apego no resuelto o no clasificable. En estas personas no existe un patrón claro y predecible de comportamiento, sino que se presenta una mezcla de los estilos anteriores (Fonagy, Gergely y Target, 2007).

Dichos estilos de apego en la edad adulta se han relacionado con diversos factores psicológicos, siendo especialmente relevante la asociación entre el estilo de apego adulto y la manera de establecer relaciones interpersonales ya que, como se ha comentado previamente, las primeras interacciones en la infancia con el mundo externo determinarán el grado de sensibilidad al entorno (Raque-Bogdan et al., 2011). Así, mientras que los estilos inseguros estarían asociados a una excesiva sensibilidad en la relación con las demás personas, a una mayor búsqueda o necesidad de aprobación y a dificultades interpersonales (Abela et al., 2009; Cummings-Robeu, López y Rice, 2009; Strand, Goulding y Tidefors, 2015), el apego seguro se relaciona con menor estrés y ansiedad social (Frey, Beesley y Miller, 2006). La sensibilidad interpersonal se ha descrito como un factor de vulnerabilidad ante las relaciones sociales. En concreto, hace referencia a sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior, hipersensibilidad a opiniones y actitudes ajenas, e incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales (Davison et al., 1997). En este sentido, y aunque algunos autores afirman que la sensibilidad interpersonal es un factor importante en el desarrollo de psicopatología adulta (Nickerson, Priebe, Bryant y Morina, 2014), es uno de los aspectos menos estudiados en cuanto a su relación con los estilos de apego adulto. Esto podría deberse a que el término sensibilidad interpersonal ha contado con acepciones contradictorias en la comunidad científica, recogándose en muchos casos como una capacidad positiva para identificar las necesidades y emociones de los demás (Cardozo, Castillo y Sánchez, 2016). Y, por otro, que los estudios se han centrado más en la relación del apego con variables psicopatológicas centradas en el self como la autoestima, una variable más extendida, que vendría a aportar una explicación más amplia y centrada en los sentimientos hacia uno mismo/a. El estilo de apego y los modelos internos derivados de dicho estilo cuentan, no obstante, con ambos

componentes: el concepto de uno mismo y el concepto de los otros o del mundo externo. De esta manera, se entendería la sensibilidad interpersonal como una variable de alto interés, tanto para el diagnóstico como para el diseño de líneas de intervención psicológica, por los matices descriptivos que aporta en su vertiente relacional. Uno de los factores que podría influir en esta relación entre el estilo de apego y la sensibilidad interpersonal es la capacidad mentalizadora. La mentalización es considerada la actividad mental que permite percibir e interpretar el comportamiento de uno mismo y de los demás en términos de estados mentales: intenciones, necesidades, deseos, sentimientos, creencias, etc. Es decir, la mentalización estaría relacionada con verse a uno mismo desde fuera y ver a los otros desde dentro, lo que supondría una actitud de curiosidad y apertura (Allen, Fonagy y Bateman, 2008). En 2009, Peter Fonagy y Luyten describen la mentalización como un constructo multidimensional y señalan 4 polaridades distintas dentro del concepto de mentalización. Dichas polaridades deben estar equilibradas adecuadamente en cada situación para que la capacidad de mentalizar funcione eficazmente. En primer lugar, la polaridad explícita vs. implícita refleja una serie de procesos lentos y en serie, es predominantemente verbal y requiere reflexión, atención, intención, conciencia y esfuerzo (Fonagy y Luyten, 2009). La mentalización explícita es simbólica (p. ej., escribir una canción para expresar un estado de ánimo) y el lenguaje es el medio electivo para ella. En segundo lugar, la polaridad interna vs. externa se refiere a procesos mentales que centran la atención en las características experienciales internas (pensamientos, sentimientos, experiencias) de uno mismo y de los demás (Fonagy, Bateman y Luyten, 2012). En tercer lugar, está la polaridad centrada en el self vs. centrada en el otro, que hace referencia a procesos que tienen que ver con la percepción del propio funcionamiento mental, tales como la monitorización y el registro de los estados mentales propios (Allen et al., 2008). En último lugar, estaría la

polaridad cognitiva vs. afectiva, que se centra en los aspectos cognitivos y emocionales, respectivamente (Jurist, 2005). Así, las 4 polaridades citadas ayudan a entender la relación entre la mentalización y otros constructos que, en ocasiones, se solapan con este concepto, tales como el mindfulness o la empatía (Fonagy y Luyten, 2010). En este estudio se profundiza en estas 2 variables mentalizadoras fundamentales: el mindfulness disposicional y la empatía, constructos que han sido descritos como factores mentalizadores que se relacionan entre ellos (Bateman y Fonagy, 2012; Keng, Smoski y Robins, 2011; Weir, 2016; Woynowski, 2016) y que actúan como conceptos superpuestos con la mentalización, junto con la lectura de la mente, la metacognición y la teoría de la mente (Allen et al., 2008; Swenson y Choi-Kain, 2015). La capacidad de mindfulness hace referencia a estar consciente, con atención plena, de manera intencional en el momento presente con actitud de aceptación, de no juzgar y de compasión (Kabat-Zinn, 2003). Las habilidades que subyacen a este constructo son la observación, el actuar conscientemente y la aceptación de la realidad de manera no valorativa o juzgadora, implicando una actitud de apertura hacia las relaciones interpersonales. Por otra parte, la empatía hace referencia a la habilidad que permite conocer cómo se está sintiendo otra persona o qué puede estar pensando en un momento concreto (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). El mindfulness se solapa con la mentalización en las habilidades de observación y descripción. Tanto el mindfulness como la mentalización implican dirigir la atención hacia la experiencia propia, como una manera de evitar la tendencia a la impulsividad y la reactividad. En este sentido, podría decirse que solamente se solapa con la polaridad de «centrado en el self». Así mismo, ambas implican la integración de aspectos cognitivos y afectivos de los estados mentales (polaridad afectiva y cognitiva), facilitando así simultáneamente el reconocimiento y la participación en la experiencia interna (Choi-Kain y Gunderson,

2008). El mindfulness y especialmente algunas de sus facetas implican tener sensibilidad, una actitud de apertura que está también presente en el constructo de mentalización (Bateman y Fonagy, 2006). Gracias a esta capacidad, es posible entender las intenciones de los demás, predecir su comportamiento o experimentar una emoción a raíz de la emoción de la otra persona. En función de la capacidad mentalizadora o habilidad para «pensar en el otro», se inferirá de distinta manera el mundo externo y, en consecuencia, se tenderá a anticipar estados mentales de otras personas de diferente modo, traduciéndose en una mayor o menor sensibilidad interpersonal. Shaver, Lavy, Saron y Mikulincer (2007) hallaron que la sensibilidad y la ansiedad se relacionaban negativamente con la medida de mindfulness. Otras investigaciones también han corroborado la relación entre ciertas variables mentalizadoras y las habilidades de relación interpersonales (Raski, 2015). Sin embargo, la posible influencia de la capacidad mentalizadora en dicha relación entre apego y sensibilidad interpersonal ha sido poco estudiada hasta ahora. En la misma línea, la capacidad para «pensar en el otro» se encontraría estrechamente relacionada con el estilo de apego. Se han asociado mayores puntuaciones de mindfulness y de empatía al estilo de apego seguro que al estilo inseguro (Leigh y Anderson, 2013). En los últimos años ha aumentado de forma exponencial la investigación sobre la capacidad mentalizadora de «pensar en el otro», así como sobre su relación con el estilo de apego adulto. Sin embargo, tal como se ha señalado previamente, existe falta de investigación en la relación con la sensibilidad interpersonal. González, Ysern, Martorell, Matéu y Barreto (2011) afirmaron que existe una mayor sensibilidad interpersonal general en las mujeres y en las personas adultas con apego ansioso o evitativo, siendo las personas con apego seguro las que menores puntuaciones obtenían en la escala de sensibilidad interpersonal, es por ello que en este estudio la muestra está compuesta por mujeres. Así mismo, referido a las variables

mentalizadoras, diferentes estudios sostienen que las mujeres presentan mayores niveles de empatía (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Mestre, Frias y Samper, 2004). Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre las variables mentalizadoras y el apego adulto con la sensibilidad interpersonal. Este objetivo se operativiza en las siguientes hipótesis:

- Las dimensiones del apego adulto, las variables mentalizadoras y la sensibilidad interpersonal se relacionarán significativamente, siendo esta relación positiva entre la dimensión Seguridad del Cartes, Modèles Individuels de Relation (CaMir-R), y las variables mentalizadoras, así como entre la sensibilidad interpersonal y la dimensión Preocupación del apego y siendo negativa en el caso de la sensibilidad interpersonal, las variables mentalizadoras, y el factor Seguridad del apego.

- Las dimensiones del apego explicarán parte de la varianza en sensibilidad interpersonal cuando se controle el efecto de las variables mentalizadoras.

7. 2. Método

7. 2. 1. Participantes

En este estudio participaron una muestra de conveniencia de 364 mujeres obtenidas a través de diferentes centros escolares y escuelas infantiles de la CAV y Navarra, cuyas edades oscilaban entre los 21 y 47 años (media [M] = 36.54; desviación típica [DT] = 3.69), previamente descritos en el apartado 6.1.

7. 2. 2. Instrumentos

A continuación, se señalan los cuestionarios utilizados para este estudio, previamente descritos en el apartado 6.2.

Tabla 1*Instrumentos empleados y variables estudiadas en el estudio 1*

Instrumento	Original	Versión empleada	Variables estudiadas
CaMir-R	Pierrehumbert et al. (1996)	Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011)	Seguridad Preocupación familiar Interferencia de los padres Valor de la autoridad de los padres Permisividad parental Autosuficiencia y rencor hacia los padres Traumatismo infantil
Empathy Quotient (EQ)	Baron-Cohen y Wheelwright (2004)	Baron-Cohen y Wheelwright (2004)	Empatía
Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)	Brown y Ryan (2003)	Soler et al. (2012)	Mindfulness
Escala de Sensibilidad Interpersonal del Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)	Davison et al. (1997)	Sandín et al. (2008)	Sensibilidad Interpersonal

7. 2. 3. Procedimiento

Previamente descrito en el apartado 6.3.

7. 2. 4. Estrategias de análisis

Para la descripción de los índices de los instrumentos utilizados se han utilizado los estadísticos de tendencia central (media -M-, desviación típica -DT-). Se comprobó

el ajuste de la distribución de los datos a la distribución normal a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra (K-S).

Dado que los datos no se ajustaron a la distribución normal, se optó por el uso de la prueba no paramétrica Rho de Spearman (r_s) para el análisis de las relaciones entre las variables del estudio.

Finalmente, se emplearon modelos lineales jerárquicos para la sensibilidad interpersonal, como variable dependiente, y un conjunto de predictores, las dimensiones del apego por un lado, y las variables mentalizadoras por otro. De esta manera, se analizó de forma multivariada el grado en que la sensibilidad interpersonal era predicha por distintas dimensiones del apego en un primer paso, y las variables mentalizadoras (mindfulness y empatía) en un segundo paso.

7. 3. Resultados

A continuación, se presentan los análisis descriptivos de las pruebas estudiadas, así como el resultado de la prueba de normalidad.

Como se puede observar en la Tabla 2, no se cumple el supuesto de normalidad en todas las variables, excepto en el caso de la empatía, por ello, se ha utilizado la r_s para el análisis de las relaciones entre variables.

Tabla 2

Análisis de normalidad de las variables de estudio

Variables	Total ($n = 364$)	K-S
Apego		
Seguridad	4.46 (.67)	.22***
Preocupación familiar	2.71 (.79)	.07***
Interferencia de los padres	2.04 (.76)	.15***
Valor de la autoridad de los padres	4.41 (.63)	.20***
Permisividad parental	2.23 (.61)	.11***
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	2.41 (.67)	.11***
Traumatismo infantil	1.69 (.70)	.19***
Mindfulness	4.54 (.78)	.08***

Empatía	10.80 (2.84)	.05*
Sensibilidad Interpersonal	.96 (.77)	.14****

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Se han realizado las correlaciones entre distintas variables como el apego y la sensibilidad interpersonal con las variables mentalizadoras (el mindfulness y la empatía). Están reflejadas en la Tabla 3.

Tabla 3

Correlaciones entre las variables de estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Seguridad	–									
2. Preocupación	.05	–								
3. Interferencia	-.31***	.36***	–							
4. Autoridad	.20***	.13**	.01	–						
5. Permisividad	-.04	.09	-.01	-.10	–					
6. Autosuficiencia	-.40***	.22***	.39***	-.07	.18***	–				
7. Traumatismo	-.58***	.04	.32***	-.13**	.14**	.46***	–			
8. Mindfulness	.26***	-.23***	-.30***	.07	-.03	-.27***	-.26***	–		
9. Empatía	.16***	-.15**	-.19***	.12*	.00	-.14*	-.09	.22***	–	
10. Sensibilidad Interpersonal	-.32***	.31***	.41***	-.05	-.05	.31***	.28***	-.47***	-.30***	–

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Los resultados indican que las variables mentalizadoras mindfulness y empatía correlacionan positivamente entre sí ($r_s = .22$, $p < .001$). Ambas variables mentalizadoras correlacionan negativamente con algunas de las dimensiones de apego adulto, específicamente con los factores de apego: Preocupación, Interferencia y Autosuficiencia (mindfulness $r_s = -.23$, $p < .001$; $r_s = -.30$, $p < .001$; $r_s = -.27$, $p < .001$

y empatía $r_s = -.15, p < .01$; $r_s = -.19, p < .001$; $r_s = -.14, p < .05$). Sin embargo, el factor Traumatismo obtiene una correlación negativa únicamente con el mindfulness ($r_s = -.26, p < .001$). La dimensión Seguridad, a su vez, correlaciona positivamente con mindfulness ($r_s = .26, p < .001$) y con empatía ($r_s = .16, p < .001$).

Por último, y en contra de lo esperado, se encuentra que la empatía correlaciona positivamente con el factor Autoridad ($r_s = .12, p < .05$). En cuanto a la relación de estas variables con la variable de resultado, se observa que todos los factores de apego, exceptuando Autoridad y Permisividad, se relacionan significativamente con la sensibilidad interpersonal, siendo dicha correlación negativa en el caso de la Seguridad ($r_s = -.32, p < .001$), y positiva con las dimensiones Preocupación ($r_s = .31, p < .001$), Interferencia ($r_s = .41, p < .001$), Autosuficiencia ($r_s = .31, p < .001$) y Traumatismo ($r_s = .28, p < .001$). Por otro lado, las variables mentalizadoras correlacionan negativamente con la sensibilidad interpersonal (mindfulness $r_s = -.47, p < .001$; empatía $r_s = -.30, p < .001$).

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica, a fin de analizar de forma multivariada el grado en que la sensibilidad interpersonal era predicha por distintas dimensiones del apego en un primer paso y las variables mentalizadoras (mindfulness y empatía) en un segundo paso. Los resultados se incluyen en la Tabla 4. En el primer paso, únicamente las dimensiones Seguridad, Preocupación e Interferencia de la escala de apego tienen un efecto estadísticamente significativo sobre la sensibilidad interpersonal ($R^2 = .28, p < .001$). Al incluir las variables mentalizadoras, ambas muestran un efecto estadísticamente significativo, pudiéndose observar que el mayor porcentaje de varianza de la sensibilidad interpersonal es explicado por el mindfulness, aunque las dimensiones del apego mencionadas anteriormente mantienen su poder explicativo ($\Delta R^2 = .11, p < .001$).

Tabla 4*Análisis de regresión jerárquica para la sensibilidad interpersonal*

Medida	B	ETB	β
<i>Paso 1. Dimensiones apego</i>			
Seguridad	-1.564	.39	-.28***
Preocupación	1.219	.27	.24***
Interferencia	1.207	.30	.24***
Autosuficiencia	0.478	.37	.08
Traumatismo	-0.432	.38	-.08
<i>Paso 2. Variables mentalizadoras</i>			
Seguridad	-1.153	.36	-.21**
Preocupación	.838	.26	.17***
Interferencia	.940	.28	.19***
Autosuficiencia	.321	.34	.06
Traumatismo	-0.486	.35	-.09
Mindfulness	-0.107	.02	-.33***
Empatía	-0.049	.02	-.11*

Sensibilidad interpersonal: $R = .53$ y $R^2 = .28$ ($p < .001$) en paso 1; $R = .62$, $R^2 = .39$ y $\Delta R^2 = .11$ ($p < .001$) en paso 2.

B: coeficiente no estandarizado; ETB: error estándar de la estimación; β : coeficiente estandarizado beta.

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

7. 4. Discusión

La primera hipótesis del estudio establece que las dimensiones del apego adulto, las variables mentalizadoras y la sensibilidad interpersonal se relacionarán significativamente, siendo esta relación positiva entre la dimensión Seguridad del CaMir-R, y las variables mentalizadoras, así como entre la sensibilidad interpersonal y la dimensión Preocupación del apego y siendo negativa en el caso de la sensibilidad

interpersonal, las variables mentalizadoras, y el factor Seguridad del apego. Esta hipótesis ha sido confirmada por los datos. Los resultados muestran que las mujeres que presentan mayor inseguridad en el estilo de apego obtienen mayores niveles de sensibilidad en las relaciones interpersonales. Este hallazgo coincidiría con estudios previos (Strand et al., 2015) y aquellos que han estudiado que el apego se relaciona con una mayor presencia de psicopatología en general (González et al., 2011). Las personas con estilos de apego seguros, por su parte, presentan menor sensibilidad a las relaciones interpersonales, resultados que corroborarían lo obtenido en investigaciones anteriores (González et al., 2011; Raque-Bogdan et al., 2011) y que vienen a apoyar lo que otros estudios sugieren: que el desarrollo de un apego seguro será un factor de protección ante la sensibilidad a la opinión de los demás y las atribuciones hostiles de los demás (Strand et al., 2015). Además de menor seguridad, las mujeres con mayor sensibilidad interpersonal presentan un alto nivel de preocupación, factor que se relacionaría con el estilo inseguro de tipo ansioso-ambivalente (Balluerka et al., 2011). Esta relación ha sido corroborada en varios estudios (Otani et al., 2014). Así mismo, se ha encontrado asociación entre la sensibilidad interpersonal y la autosuficiencia, la cual se ha relacionado con el estilo de apego inseguro de tipo evitativo (Raque-Bogdan et al., 2011). Este resultado iría en la misma línea de investigaciones anteriores (Ponizovsky et al., 2013). Por otro lado, la sensibilidad interpersonal se reduce cuando se presentan mayores niveles de mindfulness, así como de empatía, coincidiendo con estudios previos (Raski, 2015). Los resultados también confirman la relación positiva entre empatía y mindfulness, sugiriendo que las mujeres con mayor capacidad empática presentan mayor capacidad de centrarse en el presente con apertura y sensibilidad. Este dato es consistente con los numerosos estudios que hablan de la relación entre dichos constructos y del posible solapamiento como variables de mentalización (Woynowskie,

2016). La relación positiva hallada entre la seguridad en el apego y mindfulness y empatía también coincide con estudios previos que afirman que las personas con un apego seguro tendrán mejores niveles mentalizadores, al ser capaces de centrarse tanto en su propio self como en el de otras personas (Leigh y Anderson, 2013). De esta manera, autores como Lanza y Graell (2014) señalan que podría existir una relación bidireccional entre las experiencias de apego y la capacidad de mentalización, en la que un contexto de seguridad y de respuestas sensibles podría favorecer la capacidad mentalizadora de las personas y, a su vez, esta podría fomentar la seguridad en las relaciones interpersonales.

La segunda hipótesis establece que las dimensiones del apego explicarán parte de la varianza en sensibilidad interpersonal cuando se controle el efecto de las variables mentalizadoras. Esta hipótesis también ha obtenido respaldo empírico. Específicamente, el mayor porcentaje de la varianza en sensibilidad interpersonal, se explica por el mindfulness ($\beta = -.33, p < .001$). La empatía, a su vez, explica de forma significativa un porcentaje de la varianza en sensibilidad interpersonal ($\beta = -.11, p < .05$). No obstante, las dimensiones Seguridad, Preocupación e Interferencia mantienen su poder explicativo aun cuando se incluyen las variables mentalizadoras. Es decir, la calidad de los vínculos de apego constituye un factor importante en la comprensión de las relaciones en la edad adulta, así como la capacidad de mentalizar. Podríamos entender que una adecuada capacidad de mentalizar contribuye al intercambio abierto de la experiencia humana, siendo menor el nivel de sensibilidad hacia las relaciones interpersonales. Por el contrario, algunos autores han encontrado que, ante la baja seguridad en el estilo de apego, la capacidad para mentalizar se desarrollaría en menor proporción y esta baja capacidad mentalizadora llevaría a cierta sintomatología concreta (Fossati et al., 2011). A pesar de la escasa investigación al respecto, los estudios revisados sugieren

conclusiones en la misma línea, afirmando que los aspectos cognitivos median en la relación entre el estilo de apego y los problemas interpersonales (Koelen et al., 2016) y que una baja capacidad mentalizadora media la relación entre el estilo de apego y la sintomatología ansiosa y depresiva (Martin et al., 2017). Así, aunque las primeras interacciones en la infancia con el mundo externo influyen en el grado de sensibilidad al entorno (Strand et al., 2015), la inferencia sobre los estados mentales de otras personas se realizará de diferente modo en función de la habilidad para pensar sobre los estados emocionales de uno mismo y para «pensar en el otro», traduciéndose en una mayor o menor sensibilidad interpersonal. Con base en ello, se considera que las intervenciones dirigidas a mejorar el nivel de mindfulness y de empatía, revertiría en una reducción de la sensibilidad interpersonal, así como otro tipo de sintomatología (Fossati et al., 2011).

Aunque el estudio no esté exento de limitaciones, profundiza en el impacto de las relaciones tempranas de apego y de la capacidad de mentalización, en la percepción de las mujeres sobre la seguridad y la hostilidad de sus relaciones interpersonales. Asimismo, analiza los efectos de las variables mentalizadoras de primer orden (el mindfulness y la empatía) en la sensibilidad interpersonal. En esa línea, autores como Brown y cols. (2007) han afirmado que el fomento de habilidades mentalizadoras podría reducir la excesiva sensibilidad en las relaciones interpersonales, favoreciendo unas capacidades interpersonales y unas interpretaciones más adecuadas de las relaciones.

8. Estudio 2: El Papel del Mindfulness y la Empatía de las Madres en la Percepción de los Problemas de Conducta de su Hijos/as

Referencia: Angulo, B., Estévez, A., Iriarte, L., Garmendia, A. e Itxaso, I. (2021). El Papel del Mindfulness y la Empatía de las Madres en la Percepción de los Problemas de Conducta de su Hijos/as. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 70, 37-56.

EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PLENA Y LA EMPATÍA DE LAS MADRES EN LA PERCEPCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA DE SUS HIJOS E HIJAS

THE ROLE OF MINDFULNESS AND EMPATHY OF MOTHERS IN THE PERCEPTION OF BEHAVIORAL PROBLEMS OF THEIR CHILDREN

Blanca Angulo López de Armentia(1) ; Ana Estévez Gutiérrez(2) ;
Leire Iriarte Elejalde(3) ; Alaitz Garmendia Jauregui(4); Itxaso
Troyas Fernandez de Garayalde(5)

RESUMEN

Los problemas de conducta en edad infantil suponen una problemática creciente que supone riesgos para el desarrollo futuro. Dadas las numerosas asociaciones encontradas respecto a factores familiares, este estudio tiene por objeto evaluar la relación entre los problemas de conducta en la primera infancia y ciertos factores psicológicos de sus madres (sobre sensibilidad interpersonal, estrés y depresión), así como analizar el posible papel de las variables mentalizadoras maternas (correspondientes a empatía y atención plena). Para ello, se contó con una muestra procedente de la Comunidad Autónoma Vasca y Navarra de 364 madres, de 21 a 47 años ($M=36,54$; $DT=3,69$) cuyos hijos/as tenían 1,88 años de media. Las medidas empleadas fueron Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Empathy Quotient (EQ), Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) y Early Childhood Screening Assessment (ECSA). Con todo, los resultados confirman la relación esperada entre las variables, así como el papel predictor de las variables mentalizadoras.

Palabras clave: atención plena, empatía, sensibilidad interpersonal, problemas de conducta, infancia temprana.

ABSTRACT

Behavioral problems pose a growing problem in early childhood, with the associated risks in relation to their future development. Given the numerous associations found regarding family factors, this study aims to assess the relationship

(1)psicología, Agintari, blancaangulo@agintari.com Arta Mallatza 1, 4º izda, 48014 Bilbao, Bizkaia

(2)psicología, Universidad de Deusto, ane@deusto.es

(3)psicología, Universidad de Deusto, liriarte@deusto.es

(4)psicología, Agintari, alaitzgarmendia@agintari.com

(5)psicología, Agintari, itxaso@aleptia.org

8. 1. Introducción teórica

Los problemas de conducta en la infancia resultan difíciles de clasificar debido a que las definiciones de algunos problemas son imprecisas o diversas (Dalgleish, Black, Johnston, y Bevan, 2020; Dos Santos, Queirós, Barreto y Dos Santos, 2016). Principalmente, la manifestación de las alteraciones emocionales se ha dividido en dos dimensiones generales: internalizante y externalizante (Bao et al., 2016; Carpio, Cerezo, Casanova, y García, 2019). Dentro de la dimensión internalizante –la cual hace referencia a vivir el malestar psicológico en la propia persona, de manera interiorizada e inhibida (Benavides et al., 2017; López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-

Pina, 2010) – se encontrarían las manifestaciones de depresión, conductas fóbico-ansiosas, aislamiento, somatización, etc. La dimensión externalizante es la manifestación observable y desinhibida del malestar psicológico que incluiría los trastornos de conducta y la agresividad (Bao et al., 2016). Aunque esta clasificación no está exenta de limitaciones es una de las más ampliamente utilizadas por su utilidad y sencillez. Uno de los aspectos más positivos es que va más allá de la especificidad de una patología concreta para poder ofrecer una visión más amplia de las alteraciones emocionales sin responder a una clasificación diagnóstica.

Las investigaciones sobre la prevalencia de problemas de salud mental en la infancia temprana y edad preescolar estiman una prevalencia entre el 14% y 26% (Lecannelier et al., 2014). De hecho, los problemas de conducta en edad infantil han aumentado en los últimos años (Benavides et al., 2017; Carballal et al., 2018; Matijasevich et al., 2014). En concreto, el rango de prevalencia hallada en la edad preescolar es entre 9% a 15%, aproximadamente (Dos Santos et al., 2016). A pesar de no existir estudios suficientes para tener clara la incidencia, los trastornos de conducta son los que mayor prevalencia tienen en la población clínica infantil (Pichardo, Justicia-Arráez, Alba, y Fernández, 2016). Por lo tanto, este trabajo pretende aportar datos que puedan ampliar la información al respecto ya que, sin una adecuada intervención, los problemas de conducta en años preescolares están asociados a mayor riesgo de futuras dificultades en el ámbito emocional, académico y relacional (Hart et al., 2016).

Numerosos estudios han hallado asociaciones entre los problemas de conducta en la infancia y ciertos factores familiares. Así, se han obtenido asociaciones entre el estrés parental y un aumento de la percepción de problemas de conducta en sus hijos e hijas (Chen et al., 2017; Cooley, Veldorale-Griffin, Petren y Mullis, 2014; Vallotton et al., 2016). Otro factor a considerar es la sensibilidad interpersonal, entendida como una

tendencia a sentirse inferior, acompañada de sentimientos de timidez, vergüenza, hipersensibilidad a opiniones y actitudes ajenas, así como a incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales (Davison et al., 1997). En este sentido, la relación entre la sensibilidad interpersonal de las figuras parentales y los problemas de conducta en los hijos e hijas también ha sido estudiada, obteniéndose una correlación positiva entre ambos factores (Cerniglia et al., 2017; Cimino, Cerniglia y Paciello, 2015). En concreto, se han asociado varios factores psicológicos de las madres con los problemas de conducta de sus hijos, pues suelen ser las principales figuras de referencia en la infancia (Riahi, Amini y Salehi Veisi, 2012; Vallotton, et al., 2016). La depresión materna, por ejemplo, ha sido consistentemente asociada con un aumento en los problemas de conducta de los hijos (Cildir, Ozbek, Topuzoglu, Orcin, y Janbakhishow, 2019; Pires et al. 2019).

Uno de los factores que podría influir en la presencia de alteraciones emocionales o conductuales en la primera infancia es la capacidad mentalizadora de las principales figuras de cuidado, considerando que tal y como se mencionaba anteriormente las tareas de cuidado y el tiempo invertido en ellas resalta la figura de las madres (Comas-D'Argemir, Marre, y San Román, 2016; Farré, y González, 2020; Moreno-Roldán, Agudelo-Bedoya, y Alzate-Pulgarín, 2018). Dicha capacidad permite percibir e interpretar el comportamiento de los demás en términos de estados mentales: intenciones, necesidades, deseos, sentimientos, creencias, etc. (Allen, Fonagy y Bateman, 2008; Fonagy y Luyten, 2009). La capacidad de mentalización debe considerarse un proceso muy relevante, pues implica una variedad de beneficios tanto a nivel intrapersonal como a nivel interpersonal: permite predecir los comportamientos, diferenciar entre la realidad y la apariencia, facilitar la comunicación y regular la propia conducta en función del estado mental de otra persona, entre otros (Lanza, 2011b).

Los constructos de atención plena (o mindfulness) y empatía son considerados por varios autores como factores mentalizadores (Bateman y Fonagy, 2012; Weir, 2016; Woynowskie, 2016) que se relacionan entre ellos (Keng, Smoski y Robins, 2011). La capacidad de mindfulness hace referencia a estar consciente, con atención plena, de manera intencional al momento presente con actitud de aceptación, de no juzgar y de compasión (Kabat-Zinn, 2003). Las habilidades que subyacen a este constructo son la observación, el actuar conscientemente y la aceptación de la realidad de manera no valorativa o juzgadora, implicando una actitud de apertura hacia las relaciones interpersonales.

Por otra parte, la empatía hace referencia a la habilidad que permite conocer cómo se está sintiendo otra persona o qué puede estar pensando en un momento concreto (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). Gracias a esta capacidad, es posible entender las intenciones de los demás, predecir su comportamiento o experimentar una emoción a raíz de la emoción de la otra persona. Como puede verse, la capacidad mentalizadora es considerada esencial en las relaciones de los padres y de las madres con sus hijos/as. Esta habilidad mentalizadora parental se ha visto que tiene relación con la capacidad de autorregulación emocional en la primera infancia y, por lo tanto, en la sintomatología infantil (Camoirano, 2017; Smaling et al., 2016).

Como consecuencia, el objetivo de este estudio es, en primer lugar, evaluar la relación existente entre los problemas de conducta en la primera infancia y ciertos factores psicológicos de sus madres (sensibilidad interpersonal, estrés y depresión). En segundo lugar, el objetivo será evaluar el posible papel de las variables mentalizadoras maternas en la manifestación conductual de sus hijos/as.

8. 2. Método

8. 2. 1. Participantes

En este estudio participaron una muestra de conveniencia de 364 mujeres obtenidas a través de diferentes centros escolares y escuelas infantiles de la CAV y Navarra, cuyas edades oscilaban entre los 21 y 47 años (media [M] = 36.54; desviación típica [DT] = 3.69), previamente descritos en el apartado 6.1.

8. 2. 2. Instrumentos

A continuación, se señalan los cuestionarios utilizados para este estudio, previamente descritos en el apartado 6.2.

Tabla 5

Instrumentos empleados y variables estudiadas en el estudio 2

Instrumento	Original	Versión empleada	Variables estudiadas
Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)	Brown y Ryan (2003)	Soler et al. (2012)	Mindfulness
Empathy Quotient (EQ)	Baron-Cohen y Wheelwright (2004)	Baron-Cohen y Wheelwright (2004)	Empatía
Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)	Davison et al. (1997)	Sandín et al. (2008)	Depresión Sensibilidad Interpersonal
Early Childhood Screening Assessment, (ECSA)	Gleason, Zeanah, y Dickstein (2010)	Cano et al., 2018	Estrés materno Problemas de conducta hijos/as

8. 2. 3. Procedimiento

Previamente descrito con detalle en el apartado 6.3.

8. 2. 4. Análisis estadísticos

Los datos serán analizados a través del programa SPSS 20.0, asignando a cada participante un código aleatorio. En primer lugar, se realizarán análisis descriptivos, así como prueba de normalidad y análisis correlacionales y de comparación no paramétricos (Correlación de Spearman y *U* de Mann Whitney) para explorar las relaciones entre las variables de estudio. Por último, se realizarán análisis de regresión lineal respecto a la capacidad predictiva de las variables mentalizadoras sobre los problemas de conducta de los hijos/as.

8. 3. Resultados

En primer lugar, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes para la selección adecuada de los posteriores análisis estadísticos. Para ello, se realizaron los pertinentes análisis de normalidad de las variables como se muestra a continuación.

Tabla 6

Información descriptiva de las variables analizadas en el estudio (n = 364)

VARIABLES	Total <i>M(DT)</i>	K-S
Mindfulness	4.54 (0.78)	.08***
Empatía	10.80 (2.84)	.06**
Depresión	0.82 (0.71)	.16***
Estrés	0.32 (0.42)	.35***
Sensibilidad Interpersonal	0.96 (0.77)	.14***
Problemas de conducta	0.33 (0.17)	.08***

Nota. Se presentan la media y desviación típica, *M(DT)* y la significación de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (K-S): * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Como se puede observar en la Tabla 6, no se cumple el supuesto de normalidad en todas las variables, por ello, se han utilizado análisis estadísticos no paramétricos. Se han realizado análisis correlacionales para estudiar las relaciones de las variables mentalizadoras (mindfulness y empatía) con la depresión, el estrés, la sensibilidad

interpersonal y los problemas de conducta de los hijos/as. Los resultados están reflejados en la Tabla 7.

Tabla 7

Correlaciones entre las variables analizadas el estudio

	1	2	3	4	5	6
1. Mindfulness	-					
2. Empatía	.22***	-				
3. Depresión	-.44***	-.21***	-			
4. Estrés	-.24***	-.21***	.20***	-		
5. Sensibilidad interpersonal	-.47***	-.30***	.65***	.24***	-	
6. Problemas de conducta	-.19***	-.22***	.15**	.34***	.19***	-

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Los resultados indican que todas las variables de estudio están relacionadas entre sí. El mindfulness correlaciona con la empatía ($r_s = .22$, $p < .001$). Es decir, cuando las madres puntúan más alto en mindfulness presentan puntuaciones más elevadas en empatía. Por otro lado, se observan correlaciones negativas del mindfulness y la empatía con el resto de variables. A mayor puntuación en mindfulness y empatía, las madres presentarán puntuaciones más bajas en depresión, estrés, sensibilidad interpersonal y percepción de los problemas de conducta de los hijos/as.

Posteriormente, se realizaron análisis de comparación de medias para analizar las diferencias en las variables de estudio en función de los problemas de conducta de los hijos/as.

Como se puede observar en la Tabla 8, se observan diferencias significativas en función de los problemas de conducta de los hijos/as en todas las variables de estudio, excepto en empatía (U de Mann-Whitney = 4158, $p = .79$). Las madres que perciben en sus hijos/as problemas de conducta significativos, presentan puntuaciones más bajas de

mindfulness y puntuaciones más altas de depresión, estrés y sensibilidad en comparación con aquellas madres cuyos hijos/as no presentan problemas de conducta significativos.

Tabla 8

Comparación de medias en función de la presencia/ausencia de problemas de conducta

	Problemas de conducta				U de Mann- Whitney	p
	Sí		No			
	n	M(DT)	n	M(DT)		
Mindfulness	37	4.25(0.75)	236	4.55(0.80)	3396	.03
Empatía	37	10.68(2.62)	231	10.88(2.81)	4158	>.05
Depresión	37	1.07 (0.75)	237	0.80(0.72)	3284	.01
Estrés	37	0.61(0.51)	236	0.27(0.38)	2716	.00
Sensibilidad interpersonal	37	1.28(0.87)	237	0.94(0.77)	3325	.02

Nota. Se presentan el tamaño de la muestra (*n*), la media y desviación típica, *M(DT)*, y la significación (*p*) de la prueba U de Mann-Whitney.

Por último, con el objetivo de analizar la capacidad predictiva del mindfulness y la empatía en los problemas de conducta de los hijos/as se realizaron análisis de regresión lineal. Los resultados se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9

Análisis de regresión de las variables mentalizadoras sobre los problemas de conducta los hijos/as

	B	Error	β	T	Sig
Mindfulness	-.04	.01	-.17	-2.84	.00
Empatía	-.01	.00	-.17	-2.85	.00

El modelo resultó significativo, ($F [2.267] = 10.38, p < .001$), tanto el mindfulness como la empatía predicen los problemas de conducta de los hijos/as, explicando entre ambas el 7% de su varianza ($R^2 = 0.072$).

8. 4. Discusión

El primer objetivo de este estudio ha sido evaluar la relación existente entre los problemas de conducta en la primera infancia y ciertos factores psicológicos de sus madres (sensibilidad interpersonal, estrés y depresión). Por un lado, se corrobora la correlación positiva entre la atención plena y la empatía, ya hallada en numerosas investigaciones al respecto demostrando que se trata de factores estrechamente ligados (Kaviani y Hatami, 2016; MacDonald y Price, 2017). Por otro lado, los problemas de conducta son más frecuentemente percibidos por las madres con mayor sensibilidad interpersonal, estrés o depresión. Esta asociación de ciertos factores maternos tales como el estrés, la sensibilidad personal o la depresión con la percepción de problemas de conducta en sus hijos apoyaría las conclusiones de estudios previos en esta misma línea (Cerniglia et al., 2017; Chen et al., 2017). De esta manera, se desprende que la sintomatología de las principales figuras de referencia podría jugar un papel fundamental en la manifestación conductual durante la primera infancia, o al menos en la percepción sobre estas conductas en sus hijos/as (Dos Santos et al., 2016; Robinson y Neece, 2015). En ese sentido, los resultados obtenidos subrayan la importancia del contexto familiar y la posibilidad de que una intervención sobre dichos aspectos parentales pueda influir en el desarrollo de comportamientos en la primera infancia, a modo preventivo, reduciendo los problemas de conducta (Cimino, Cerniglia y Paciello, 2015; Lewallen y Neece, 2015).

En relación a ello, el segundo objetivo ha sido analizar cómo contribuyen la atención plena y la empatía de las madres a explicar la varianza en los problemas de

conducta de sus hijos e hijas. Los resultados hallados sugieren que tanto la atención plena como la empatía en las madres predicen los problemas de conducta en los hijos e hijas. La asociación entre la atención plena materno y los problemas de conducta en la infancia ha sido obtenida en estudios previos, encontrándose una reducción de los problemas comportamentales a medida que la capacidad de atención plena en las madres era mayor (Chan y Lam, 2017; Hwang et al., 2015). En consecuencia, varios autores han propuesto la intervención basada en atención plena para padres y madres, con el fin de lograr una disminución en los problemas de conducta de los hijos e hijas (Conner y White, 2014; Corthorn y Milicic, 2016; Robinson y Neece, 2015). Asimismo, la empatía en padres y madres también ha sido asociada a los problemas conductuales en la infancia. Investigaciones como las de Meins, Centifanti, Fernyhough y Fishburn (2013) o Psychogiou, Daley, Thompson y Sonuga-Barke (2008) afirman que existe menor sintomatología en menores con padres o madres más empáticos/as y con mayor capacidad para sintonizar con los estados internos de sus hijos/as. Con todo ello, se confirma la relevancia de las variables mentalizadoras evaluadas y la salud mental materna respecto a los problemas de conducta en la primera infancia.

No obstante, este estudio no está exento de limitaciones. Las características de la muestra representan una limitación, dado que se compone únicamente de mujeres y sería interesante en futuras investigaciones poder contar con un estudio que relacione estas mismas variables en hombres. Por otro lado, el nivel de estudios de las mujeres es en general elevado, así como su situación laboral y familiar reflejan en su mayoría un nivel importante de estabilidad, por lo que no resulta muy representativo de la población general. Otra limitación es la utilización del autoinforme como instrumento de medida de reporte, así como la metodología online como opción para participar. No obstante, estudios como el de Herrero-Fernández (2015) demuestran que no hay diferencias en la

calidad de respuesta respecto a su formato online o en papel. Además, la información sobre los problemas conductuales en los/as hijos/as se recoge únicamente a través de las madres. En este sentido, sería interesante añadir otras fuentes de información u obtener los datos mediante la observación sistematizada, dado que la percepción materna puede estar mediatizada por sesgos no identificados. Por último, el diseño transversal no permite una evaluación de la causalidad entre las variables.

A pesar de ello, las implicaciones de este estudio son significativas, pues se aportan más datos sobre la asociación de ciertos aspectos psicológicos de las madres con el desarrollo comportamental de sus hijos/as y sobre el papel que desempeñan las variables mentalizadoras maternas en esta relación entre sus propios factores psicológicos y la manifestación conductual de sus hijos/as. Así mismo, se subraya la necesidad de incluir a las madres y a los padres en las intervenciones dirigidas a la primera infancia, así como la importancia de las intervenciones basadas en atención plena y empatía.

9. Estudio 3: Apego, Factores Mentalizadores, Sintomatología Depresiva y Ansiosa y el Estrés en la Crianza en Mujeres Adultas, Madres de Niños y Niñas en la Primera Infancia

Referencia: Angulo, B., Estévez, A., Iriarte, L., Troyas, I., Garmendia, A. e Iraurgi, I. (enviado a publicar). Apego, factores mentalizadores, sintomatología depresiva y ansiosa y el estrés en la crianza en mujeres adultas, madres de niños y niñas en la primera infancia

9.1. Introducción teórica

La salud mental afecta a una porción considerable de la población española. Una revisión reciente (Henares et al., 2020) apunta que el 15.4% presenta algún diagnóstico de salud mental (concretamente, el 9.7% de hombres y 20.2% de mujeres). En este

sentido, la depresión y la ansiedad han sido reconocidas dentro de los cuadros más frecuentes en mujeres, con un 9.2% y 9.1% de prevalencia respectivamente en España (Abuín y de Rivera, 2015; ENSE, 2017; Merlino, 2018). Además, la fragilidad de salud emocional autopercebida es incluso mayor (Henares et al., 2020), alcanzando el 33.6% de la población (en este caso, a un 28.5% de hombres y 37.9% de mujeres). En cualquier caso, los datos destacan una mayor dificultad de salud mental en las mujeres, en todas las edades y grupos sociales, tal y como demuestran diversas encuestas de salud y estudios clínicos, junto con un efecto multiplicativo por la acumulación de experiencias de desigualdad (Bacigalupe et al., 2020).

De hecho, si bien la salud mental empeora cuanto peores sean las condiciones de vida en la población genera, las desigualdades de género inciden directamente a este nivel, pues las diferencias descritas aumentan en todo el mundo al tiempo que incrementa la desigualdad de género de las sociedades (Shoukai, 2018). Estas diferencias por sexo requieren de estudios, análisis y medidas específicas, de ahí el foco en la salud materna del presente estudio. En este sentido, en España destaca el impacto del trabajo doméstico en la salud mental de las mujeres (Arias-de la Torre et al., 2019).

A este respecto, en el caso de las mujeres que son madres, un factor a tener en cuenta respecto al malestar emocional sería el estrés en la crianza o estrés materno, entendido como el estado afectivo de estrés en relación a su función como madre. En este sentido, son las características de los hijos/as las que generalmente se perciben como más determinantes en el nivel de estrés de las madres (Bessa et al., 2015). No obstante, el impacto es bidireccional, pues también se ha considerado que la sintomatología disfuncional de las madres está asociada al mayor riesgo de dificultades psicosociales o de desarrollo de sus hijos e hijas (Hser et al., 2015). Por tanto, la

prevención y promoción de salud mental materna se hace aún más indispensable, siendo necesario conocer en profundidad los factores asociados.

Así, la salud mental materna puede verse influida por diversos factores tales como las características sociodemográficas, situación laboral, salud física, circunstancias familiares o infertilidad (Cortès-Franch et al., 2018; Noorbala et al., 2009). Pero es el estilo de apego en la edad adulta el factor identificado repetidamente en diferentes estudios (González et al., 2011). De hecho, en función de las primeras experiencias con la figura de apego, cada persona tendrá una representación mental de sí misma y de la relación con el mundo distinta, lo que supondrá la base de su propia identidad y de su forma de relación con los otros (Raque-Bogdan et al., 2011).

De esta manera, el apego seguro es considerado un factor protector y se relaciona con mayor salud mental en las mujeres (Frey et al., 2006; Gezen y Oral, 2013; Ward et al., 2006), mientras que los estilos inseguros constituyen un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología en la edad adulta asociándose a mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y estrés (Armour et al., 2011; Beudin y Delvenne, 2016; Cummings-Robeu et al., 2009; González et al., 2011; Strand et al., 2015). Además, otros estudios han hallado que el nivel de estrés materno difiere en función de los distintos estilos de apego (Dubois-Comtois et al., 2013; Mills-Koonce et al., 2011), siendo el estilo inseguro el más asociado con el estrés en la crianza, pues las representaciones de apego tienen un papel importante a la hora de manejar situaciones estresantes (Fonseca et al., 2013).

Sin embargo, el apego no es determinante, pues su relación con la sintomatología puede verse modulada por otros factores, entre los que cabe explorar la capacidad mentalizadora. Se trata de la capacidad para identificar e interpretar el comportamiento propio y ajeno en términos de estados mentales, tales como deseos,

creencias o necesidades (Allen et al., 2008; Fonagy y Luyten, 2009). La amplitud y complejidad de la mentalización es tal, que a menudo se recurre a variables implicadas en ella para su estudio, como pueden ser el mindfulness y la empatía, pues se ha sugerido su posible solapamiento como factores de mentalización (Bateman y Fonagy, 2012; Keng et al., 2011; Weir, 2016; Woynowskie, 2016).

En esta línea, la relación entre apego y la capacidad mentalizadora ha sido ampliamente documentada (Fonagy y Luyten, 2018), lo que atendiendo a las variables medidas en el presente estudio, se traduce en mayores puntuaciones de mindfulness y de empatía asociados al estilo de apego seguro, mientras que el estilo inseguro se ha asociado a menores puntuaciones en ambas dimensiones (Camoirano, 2017; Leigh y Anderson, 2013). Además, esta relación entre los distintos estilos de apego y la capacidad de mentalización se interpreta de forma bidireccional, dado que un contexto seguro y sensible podría favorecer la capacidad mentalizadora y, a su vez, esta mayor capacidad podría promover un contexto de mayor sensibilidad y seguridad (Lanza y Graell, 2014).

Por otro lado, respecto a la relación entre la salud mental y las variables mentalizadoras, se considera que la capacidad de mindfulness puede reducir la ansiedad y la depresión (Paul et al., 2013), mientras que la empatía, por su parte, parece estar asociada a la regulación del estrés (Ho et al., 2014). Concretamente, Walker y colaboradores (2007) afirmaron que la respuesta empática de las madres puede ayudar a regular su propio estrés.

No obstante, a pesar de estas correlaciones, existe poca literatura en torno a la posible relación entre el estilo de apego, las variables mentalizadoras y la salud mental de las mujeres (Malik et al., 2015). Se ha obtenido cierta asociación entre aspectos metacognitivos, el estilo de apego y cuadros como la depresión, confirmando el papel

mediador de los aspectos metacognitivos entre el apego y los síntomas depresivos (Linares et al., 2016). También se ha investigado el posible efecto mediador de las estrategias de regulación emocional entre el apego y la sintomatología disfuncional (Malik et al., 2015; Pascuzzo et al., 2015). En cuanto a las capacidades mentalizadoras, se ha afirmado que el mindfulness actúa como posible mediador en la relación entre apego y la sintomatología adulta (Marganska et al., 2013; Martin et al., 2017), así como que el mindfulness media entre la depresión y el estrés (Anastasiades, 2017).

Con todo ello, la importancia de estudiar dichas variables reside en las oportunidades de intervención sobre las mismas para mejorar la salud mental materna. Como consecuencia, el objetivo de esta investigación, en primer lugar, ha sido estudiar la relación entre empatía, mindfulness, apego y sintomatología psicológica disfuncional (ansiedad, depresión y estrés materno) en mujeres madres. En segundo lugar, estudiar el posible papel mediador de la empatía y mindfulness en la relación entre el estilo de apego y la ansiedad, depresión y estrés materno en mujeres madres.

9. 2. Método

9. 2. 1. Participantes

En este estudio participaron una muestra de conveniencia de 364 mujeres obtenidas a través de diferentes centros escolares y escuelas infantiles de la CAV y Navarra, cuyas edades oscilaban entre los 21 y 47 años (media [M] = 36.54; desviación típica [DT] = 3.69), previamente descritos en el apartado 6.1.

9. 2. 2. Instrumentos

A continuación, se señalan los cuestionarios utilizados para este estudio, previamente descritos en el apartado 6.2.

Tabla 10

Instrumentos empleados y variables estudiadas en el estudio 3

Instrumento	Original	Versión empleada	Variables estudiadas
CaMir-R	Pierrehumbert et al. (1996)	Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011)	Preocupación familiar
Empathy Quotient (EQ)	Baron-Cohen y Wheelwright (2004)	Baron-Cohen y Wheelwright (2004)	Empatía
Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)	Brown y Ryan (2003)	Soler et al. (2012)	Mindfulness
Early Childhood Screening Assessment, (ECSA)	Gleason, Zeanah, y Dickstein (2010)	Cano et al., 2018	Estrés materno Problemas de conducta hijos/as
Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)	Davison et al. (1997)	Sandín et al. (2008)	Ansiedad Depresión

9. 2. 3. Procedimiento

Previamente mencionado en el apartado 6.3.

9. 2. 4. Análisis estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos de las variables evaluadas, a través de estadísticos de tendencia central (Media -M- y Desviación Típica -DT-) y/o frecuencia y porcentaje, y comprobando si la distribución de las mismas cumplía el criterio de normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov).

Con el fin de que los modelos estructurales resultaran más parsimoniosos, se agruparon las variables ansiedad, depresión y estrés en un factor al que denominamos Distrés Emocional, que representa el malestar psicológico percibido por las participantes. Para tener una verdadera contribución del peso de cada una de ellas, se

optó por la aplicación de técnicas de factorización. Se solicitaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y esfericidad de Bartlett para decidir si la matriz de correlaciones era factorizable; se aplicó el método de Velicer (MAP – Minimum Average Partial) para la comprobación de la unicidad factorial, dando información del valor propio alcanzado (eigenvalue), la proporción de varianza explicada por el factor y el valor de los pesos factoriales obtenidos. Finalmente, se solicitó salvar las puntuaciones factoriales en un indicador único que se expresa mediante valores Z estandarizados y que son expresión de la verdadera contribución de cada una de las variables factorizadas, al estar basados en el peso relativo de cada una de ellas.

El análisis de asociación entre variables se llevo a cabo mediante el cálculo de coeficientes de correlación de Pearson (r) y sus correspondientes errores estándar de medida (SE). El objetivo del estudio consiste en valorar el efecto mediador y/o moderador del Mindfulness (Modelo 1), de la Empatía (Modelo 2) o de ambos simultáneamente (Modelo 3) sobre la relación principal entre la preocupación y el distrés emocional. Para la verificación de tales supuestos se ha aplicado el procedimiento propuesto por Baron y Kenny (1986) de intrucción de las variables implícitas en los modelos en una regresión por pasos, si bien el modelo final seleccionado se confirmó mediante la utilización de la macro PROCESS para SPSS propuesta por Hayes (2020; 2018). El Paso 1 consiste en la estimación del efecto total de la preocupación sobre el distrés emocional. El Paso 2 analiza el efecto conjunto de la variable principal con la variable secundaria (Mindfulness, Empatía o ambas) con objeto de valorar el posible efecto mediador. En el Paso 3 se introducen los efectos de interacción entre las variables independientes en aras a valorar el posible efecto moderador.

En el caso de apreciarse un efecto mediador, se verificó la significación estadística de la mediación observada a través de la aplicación de las pruebas de Sobel y Aroian, utilizando la herramienta de cálculo facilitada por Preacher (2020, Preacher y Hayes, 2004).

9. 3. Resultados

En la Tabla 11 se presentan los resultados descriptivos de las variables analizadas.

Tabla 11

Análisis descriptivos de las variables del estudio

	Mín	Máx	M	DT	> 5	As	K-S
Preocupación	0.00	8.00	3.41	1.59	14.20	0.36	Rechazar Ho
Mindfulness	1.56	8.33	5.89	1.29	75.10	-0.51	Rechazar Ho
Empatía	0.73	9.55	5.70	1.51	69.30	-0.04	Aceptar Ho
Depresión	0.00	8.00	2.04	1.78	7.00	1.46	Rechazar Ho
Ansiedad	0.00	9.50	2.48	1.79	8.20	0.95	Rechazar Ho
Estrés	0.00	10.00	1.58	2.09	1.80	1.07	Rechazar Ho
Factor distrés							Rechazar Ho

KMO= 0,554 Ji (3)= 239.01; $p < .001$

Eigenvalue un factor = 1.88; explicando el 62.92% varianza

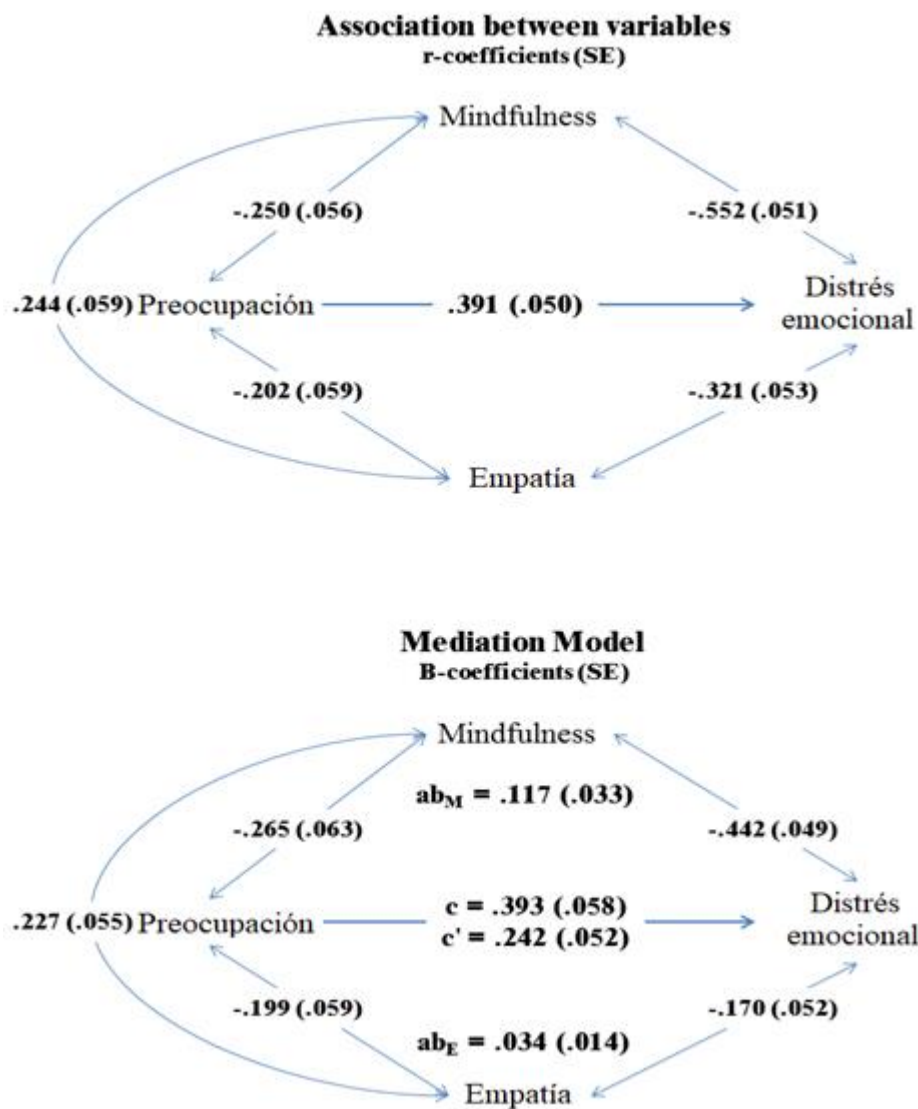
Pesos factoriales: Estrés = .523, Depresión = .891 y Ansiedad= .906

En respuesta al primer objetivo del estudio, la Figura 1 representa las correlaciones entre las variables evaluadas, donde se observa la correlación positiva significativa entre la Preocupación y el Distrés emocional ($r = .39$), mostrando resultados tendencialmente significativos de forma positiva entre ambas variables mentalizadoras (empatía y mindfulness, $r = .24$) y de forma negativa entre dichas

variables mentalizadoras y la preocupación ($r = -.20$ y $r = -.25$) así como el distrés emocional ($r = -.32$ y $r = -.55$), correspondiendo las correlaciones más altas al mindfulness.

Figura 1

Correlaciones entre las variables de estudio



En la Tabla 12 se presentan los resultados del análisis de regresión por pasos para cada uno de los modelos donde se prueban los efectos del Mindfulness (Modelo 1), de la Empatía (Modelo 2) o de ambos simultáneamente (Modelo 3) sobre la relación

principal entre la preocupación y el distrés emocional. El Paso 1 es el mismo para cada uno de los modelos y consiste en la estimación del efecto total de la preocupación sobre el distrés emocional ($B = .39$; $IC95\% = .27$ a $.52$; $\beta = .38$) que ha resultado estadísticamente significativo ($F = .45.30$, $p < .001$) y consigue explicar el 14.5% de la varianza ($R^2 = .145$). El Paso 2 analiza el efecto conjunto de la variable principal con la variable secundaria (mindfulness, empatía o ambas) con objeto de valorar el posible efecto mediador. En el Paso 3 se introducen los efectos de interacción entre las variables independientes en aras a valorar el posible efecto moderador. Apréciense cómo los valores de los coeficientes no estandarizados (B) y de los estandarizados (β) tienden a ser equivalentes dado que el conjunto de variables ha sido centrado, razón por la que en la descripción de los resultados aludiremos a los coeficientes B .

Tabla 12*Análisis de regresión por pasos*

	Paso 1				Paso 2				Paso 3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
Modelo 1												
Preocupación (P)	.39	.38	6.74	<.001	.27	.26	5.15	<.001	.27	.26	5.21	<.001
Mindfulness (M)					-.47	-.49	-9.68	<.001	-.48	-.49	-9.76	<.001
Interacción PxM									-.08	-.08	-1.59	.113
R ² (ΔR)		.145 (-----)				.368 (.223)				.374 (.006)		
F (p)		45.30 (<.001)				93.79 (<.001)				2.53 (.113)		
Modelo 2												
Preocupación (P)	.39	.38	6.74	<.001	.34	.33	5.92	<.001	.34	.33	6.00	<.001
Empatía (E)					-.26	-.25	-4.56	<.001	-.28	-.27	-4.76	<.001
Interacción PxE									-.10	-.10	-1.83	.068
R ² (ΔR)		.145 (-----)				.207 (.062)				.217 (.010)		
F (p)		45.30 (<.001)				20.79 (<.001)				3.35 (.068)		

Modelo 3	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
Preocupación (P)	.39	.38	6.74	<.001	.24	.23	4.69	<.001	.25	.24	4.86	<.001
Mindfulness (M)					-.44	-.45	-8.98	<.001	-.45	-.46	-9.22	<.001
Empatía (E)					-.17	-.16	-3.25	<.001	-.19	-.18	-3.65	<.001
Interacción PxM									-.05	-.05	-1.12	.262
Interacción PxE									-.09	-.09	-1.79	.075
Interacción MxE									.06	.06	1.13	.258
R ² (Δ R)		.145 (-----)				.392 (.247)				.414 (.021)		
F (p)		45.30 (<.001)				53.89 (<.001)				3.17 (.025)		

Atendiendo al papel de la variable mindfulness (Modelo 1) se observa un efecto mediador significativo que atenúa parcialmente el efecto principal (Paso 2), pero no se observa un efecto de moderación (Paso 3) en tanto que el efecto de interacción ha resultado no significativo ($B = -.08$; $t = -1.59$; $p = .113$) y no altera los efectos de las variables predictoras ($B_{\text{Preocupación}} = .27$; $B_{\text{Mindfulness}} = -.48$). Así, el efecto total ($c = .39$, $IC95 = .27$ a $.52$) se descompone en un efecto directo (c') de $.27$ ($IC95 = .15$ a $.38$) y un efecto indirecto de $ab = .12$ ($IC95\% = .07$ a $.20$), resultando el efecto de mediación parcial estadísticamente significativo (Aroian-Test $t_A = 3.90$; $SE = 0.04$; $p < .001$).

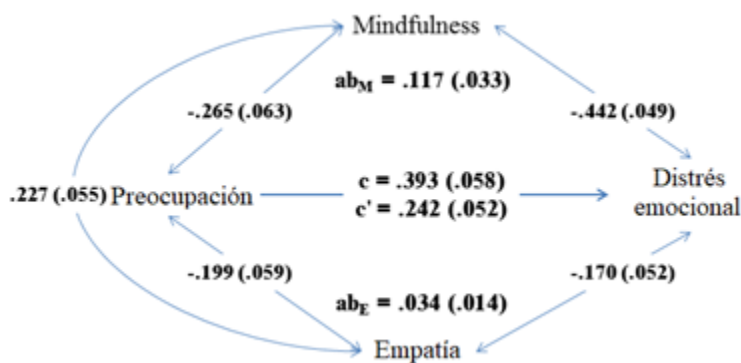
Atendiendo a la variable empatía (Modelo 2), también se observa un efecto de mediación parcial (Paso 2), pero no de moderación (Paso 3), si bien el efecto de interacción ha mostrado un valor de significación próximo al de rechazo de la hipótesis nula ($t = -1.83$; $p = .068$). El efecto de mediación parcial ha resultado estadísticamente significativo ($t_A = 2.84$; $SE = 0.02$; $p = .004$), atenuando ligeramente el efecto de la preocupación ($c' = .34$; $IC95 = .22$ a $.46$) y observándose un efecto indirecto de la empatía de $.05$ ($IC95 = .02$ a $.10$).

Por último, tanto el Modelo 3 de la Tabla 12 como el modelo gráfico representado en la Figura 2, presentan los resultados del modelo combinado del

Mindfulness y la Empatía sobre el efecto de la preocupación sobre el distrés emocional de las participantes. Al igual que en los modelos anteriores se desestima un efecto de moderación (Paso 3 del Modelo 3) y se acepta la existencia de un efecto de mediación parcial conjunto que resulta estadísticamente significativo ($F= 53.89$; $p <.001$) y consigue explicar un 39.2% de la varianza. El efecto directo resultante de este modelo de mediación es $c' = .242$ (IC95= .141 a .344) y el efecto indirecto conjunto de .151 (IC95= .087 a .227). A este respecto, el efecto indirecto atribuible al Mindfulness ($ab_M = .117$; IC95= .060 a .191) es superior al observado para la empatía ($ab_E = .034$; IC95= .012 a .070), siendo la diferencia entre ambos efectos estadísticamente significativa ($ab_M - ab_E = .083$; IC95= .018 a .162; $t = 2.30$; $p <.001$). Asimismo, la prueba de Aroian muestra un efecto de mediación significativo tanto para la variable mindfulness ($t_A = 3.79$; $SE = 0.03$; $p <.001$) como para la empatía ($t_A = 2.29$; $SE = 0.01$; $p = .014$).

Figura 2

Modelo de mediación entre las variables de estudio



9. 4. Discusión

El objetivo de esta investigación ha sido estudiar la relación entre las variables evaluadas, así como el posible papel mediador de los factores mentalizadores (empatía y mindfulness) en la relación entre el estilo de apego y la aparición de sintomatología

psicológica disfuncional en mujeres adultas (ansiedad y depresión), así como de estrés en la crianza de sus hijos e hijas.

Cabe reparar en primer lugar en los análisis de correlación realizados en respuesta al primer objetivo del estudio, los cuales asocian el estilo de apego preocupado con el distrés emocional confirmando la evidencia ampliamente documentada que vincula los estilos de apego inseguros con sintomatología ansioso-depresiva (Álvarez et al., 2011; Kang et al., 2014; Surcinelli et al., 2010). De hecho, según los estudios revisados, se ha encontrado que los cambios en la seguridad de apego predicen cambios en depresión y ansiedad, en contextos tanto clínicos como no-clínicos (Martin et al., 2017). Dichos autores afirman que, cuando las personas se sienten más inseguras o preocupadas en las relaciones interpersonales, experimentan un aumento en sus niveles de ansiedad y depresión. En relación a ello, diversos estudios sugieren que el desarrollo de un apego seguro será un factor de protección ante la sintomatología disfuncional (Cooley et al., 2010; Raque-Bogdan et al., 2011).

Asimismo, el estilo de apego también muestra su relación con las variables mentalizadoras en línea con la literatura revisada (Camoirano, 2017; Khodabakhsh, 2012), al tiempo que estas variables (empatía y mindfulness) correlacionan negativamente con el distrés emocional. Este hallazgo corrobora lo obtenido en estudios anteriores, sugiriendo que un aumento en la capacidad mentalizadora se relacionaría con una disminución de la sintomatología (Conner y White, 2014; Corthorn y Milicic, 2016; Ho et al., 2014; Myers y Wells, 2015).

Por otro lado, en respuesta al segundo objetivo del estudio respecto al posible papel mediador de estas variables mentalizadoras en la relación entre el estilo de apego y la aparición del distrés emocional en las mujeres de la muestra, se obtienen resultados significativos para ambas variables, aunque destaca notablemente el papel mediador del

mindfulness sobre la empatía. Esto puede deberse a que la capacidad para estar consciente y con atención plena (mindfulness) estaría más enfocada a los síntomas percibidos de una misma. De hecho, algunos autores han sugerido que el mindfulness podría ser la representación intrapersonal del apego (Ryan et al., 2007). Investigaciones previas también concluyen que la capacidad de mindfulness en las madres puede reducir la depresión (Myers y Wells, 2015), así como la capacidad para reconocer y entender los estados mentales de otros puede aumentar la tolerancia al estrés (Rutherford et al., 2015).

De los resultados obtenidos, por tanto, se concluye que las variables mentalizadoras mediarían parcialmente la relación entre el estilo preocupado y el distrés emocional en las madres. A pesar de la escasa investigación al respecto, de acuerdo con la literatura revisada, otros estudios sugieren conclusiones en la misma línea, afirmando que la capacidad mentalizadora mediaría la relación entre el estilo de apego y la sintomatología ansioso-depresiva (Marganska et al., 2013; Martin et al., 2017). Fossati y colaboradores (2011), por su parte, investigaron el papel mediador del mindfulness en la relación entre el estilo de apego y los síntomas característicos del Trastorno Límite de Personalidad, encontrando que dicha relación está mediada por una baja capacidad de mindfulness. También se ha investigado el posible efecto mediador de otras estrategias metacognitivas, como la regulación emocional, entre el apego y la sintomatología adulta (Linares et al., 2016; Malik et al., 2015; Pascuzzo et al., 2015).

En base a estas conclusiones, a pesar de las limitaciones del estudio, se considera que las intervenciones dirigidas a aumentar el nivel de mindfulness en las madres revertirían en una reducción de su distrés emocional, obteniendo así una mejoría en su salud mental. De hecho, permite ofrecer recursos de atención suficientemente amplios, pues el abordaje desde el mindfulness (sea a través de programas de prevención como

intervención) puede realizarse de forma grupal y breve, proporcionando herramientas de autocuidado que favorecen el autoconocimiento y la tolerancia a las emociones negativas que contribuyen a la mejora del bienestar.

10. Discusión General e Implicaciones para la Intervención Psicológica

La mentalización es un concepto relativamente nuevo, pero en cambio, no supone en absoluto una aportación teórica novedosa, tal y como afirma el propio Fonagy (2012), sino que su mayor contribución es la aportación de una visión integradora de diferentes enfoques teóricos de manera que se facilita la comunicación interprofesional (Bevington, 2018). A pesar de que ello haga parecer que su contribución no es importante, en un contexto profesional con tal variedad de escuelas teóricas, la integración pasa a ser esencial. Facilitar un lenguaje común entre profesionales, que además es un lenguaje más sencillo de introducir en contextos profesionales ajenos a la psicología, marca una gran diferencia en la atención y comprensión de las personas, porque proporciona un lugar de encuentro para la red profesional.

En el caso que nos ocupa, la mentalización al servicio de la parentalidad o función reflexiva parental, hace referencia a la capacidad parental de entender la conducta del hijo/a en términos de estados mentales, es decir, reflexionando sobre la experiencia interna del hijo/a, sobre su papel como figura parental y su relación paternofilial, lo cual permite que las figuras parentales respondan de manera más sensible y ajustada a las necesidades y deseos de sus hijos/as (Luyten et al. 2017; Slade, 2005).

Cabe resaltar que, dada la amplitud y complejidad de la mentalización, a menudo se recurre a variables implicadas en ella para su estudio. Así, a la hora de tratar de comprender mejor la mentalización y de establecer constructos que sean importantes

para su adquisición, el mindfulness y la empatía emergen como dos constructos o elementos fundamentales. Los datos de los estudios han apoyado el uso de esta vía de aproximación a la mentalización, pues se ha visto que empatía y mentalización están estrechamente ligadas y se relacionan con el resto de variables de estudio en el sentido esperado de acuerdo con la perspectiva de la mentalización.

Sin embargo, entre ambas variables destaca especialmente el potencial del mindfulness. Si bien es cierto que a menudo el mindfulness es relegado a un lugar de mera técnica de meditación dados sus orígenes, esto no hace más que subestimar su potencial terapéutico. Más allá de ser una técnica al servicio de la relajación, implica tomar conciencia del presente, lo cual influye en diferentes niveles, pues ser conscientes de lo que sentimos o lo que ocurre a nuestro alrededor es indispensable para poder ajustarse y actuar en consecuencia.

En este sentido, cabe destacar el valor que otorga al cuerpo, a escuchar y escucharse en el sentido más amplio. En una época donde las imágenes y las palabras ocupan nuestra vida, el cuerpo ha ido quedando atrás. No hablamos aquí del valor de la imagen corporal, sino del sentir corporal, del contacto, de la escucha y la atención al cuerpo. La necesidad de contacto físico, ha sido ampliamente demostrada y fundamentada, algo de lo que somos más conscientes en tiempos de pandemia donde el contacto se ha visto restringido. Tanto es así, que la sensibilidad táctil es el primer sentido en activarse, empezando en la séptima semana de gestación (Moya et al., 2019), de manera que el contacto, el cuerpo, es la vía comunicacional más primitiva.

Son numerosos los estudios que relatan también los beneficios del contacto físico desde el nacimiento. Es más, incluso se valora el contacto desde el propio vientre materno considerándose que estimula el desarrollo pues los estímulos psicosensores (como luz, sonido, caricias o diálogo) son tan necesarios como beneficiosos para el

desarrollo y crecimiento intrauterino (Leal, 2015). Este acto, además, facilita la vinculación, permitiendo relacionarse, establecer un diálogo que será afectivo y que aportará calma y seguridad, aspectos clave para el bienestar mutuo (Moya et al., 2019).

Posteriormente, cuando nace, el bebé se muestra como un ser indefenso que necesita del contacto para que contenga su existencia, necesita ser protegido para poder desarrollarse. Ulriksen (2017) señala que depende de los cuidados básicos de su figura cuidadora para poder sobrevivir, por lo que hablar del bebé requiere hablar de su figura de cuidado. Tal es la importancia de estos cuidados, que Winnicott señalaba que sin ello no puede el bebé convertirse en un adulto sano, planteando incluso como bien se mencionaba anteriormente, que la historia del bebé comienza antes de nacer, dado que requiere de cuidados físicos, psicológicos y emocionales de la madre. Cabe rescatar aquí los conceptos de *holding* y *handling* (Winnicott, 1991). *Holding* hace referencia a sostener, contener al bebé, lo cual debe realizarse con suavidad y calidez para permitir la construcción de un psiquismo sano. *Handling* por su parte, se refiere al manejo y asistencia corporal, que realizado de forma adecuada permitirá un desarrollo natural. De esta manera, se espera que el bebé pase de la dependencia absoluta a lograr una autonomía progresiva al poder construir una continuidad corporal y espaciotemporal, así como una unidad psicosomática, un Yo.

En esta misma línea, la pedagogía Pikler (2011) también destaca la importancia del cuidado personal en la primera infancia, valorando la estrecha relación entre lo físico y lo psíquico, pues los cuidados no son meras atenciones físicas, sino que suponen un encuentro con la figura cuidadora y permiten por tanto profundizar en las relaciones mutuas. De esta manera, la adecuada satisfacción de los cuidados facilitará que el bebé muestre interés hacia sí mismo y hacia el mundo.

Pero el valor del cuerpo traspasa incluso la etapa infantil. Aunque imperen otras técnicas terapéuticas, perspectivas como la teoría polivagal del trauma (Porges, 2010) ponen de manifiesto el lugar que ocupa el cuerpo, dado que lleva la cuenta de toda memoria emocional implícita o traumática desde nuestra infancia. Por tanto, el cuerpo pasa a ser protagonista y puerta de acceso al mundo interno de la persona. La dualidad mente-cuerpo no es real y, por consiguiente, el trabajo terapéutico no debe obviar el cuerpo en aras de atender la mente. De hecho, la conciencia corporal es el primer paso en la adquisición de la conciencia emocional (Lane y Schwartz, 1987), por lo que es una pieza fundamental para el desarrollo emocional y un anclaje al que recurrir en caso de dificultad, como se realiza desde la terapia de mentalización (Dangerfield, 2017).

En este contexto, el mindfulness se presenta como la herramienta idónea para traer el cuerpo a escena y posiblemente su potencial responda a la necesidad de dar presencia al cuerpo en las intervenciones terapéuticas y en la conceptualización de la salud mental. Por otro lado, los ritmos acelerados actuales y las dificultades de conciliación a menudo amenazan la calidad del tiempo de crianza, lo cual ha puesto en relieve los beneficios de una parentalidad consciente o mindful parenting. Claramente, el mindfulness es clave para estar presente y consciente, por lo que al servicio de la crianza se define como la capacidad de prestar atención a la crianza de forma única, intencional, sin juicio y en el momento presente (Kabat-Zinn y Kabat Zinn, 1997). Ello explica que se relacione positivamente con prácticas parentales positivas como la calidez o el reforzamiento positivo, mientras que la relación con prácticas negativas de hostilidad o coerción es igualmente negativa y se asocia con sintomatología en los hijos/as (Parent et al., 2016). En otras palabras, esta crianza consciente basada en la aceptación, promueve un clima familiar más satisfactorio (Duncan et al., 2009).

Por último, las características de la técnica de mindfulness la convierten en una técnica de amplio alcance. En este sentido, se trata de una técnica que genera pocas resistencias, facilitando el alcance poblacional, pues no es necesario tratar cuestiones íntimas o personales para poder incorporarla, de manera que invita a participar al reducir el riesgo de sentirse expuesto/a. Se trata de una técnica que puede trabajarse en grupo y que no requiere de mucha dedicación para beneficiarse de ella, facilitando su incorporación a la vida diaria, y que además repercute en el bienestar personal, lo cual se traduce en un impacto en la vida familiar con un clima más consciente. En resumen, más que una técnica individual de meditación, relajación, o de pautas para la crianza, se trata de una adquisición que transforma la experiencia interna, abriendo una vía de desarrollo con efectos interpersonales positivos (Singh et al., 2006). Con todo, se convierte en una herramienta idónea no sólo para trabajar con las figuras parentales, sino también con otras figuras cuidadoras como puede ser el personal de educación infantil.

Cabe señalar también que, a pesar de la orientación del estudio hacia la figura materna, no debemos obviar a la figura paterna. Aunque los datos sigan inclinándose hacia una mayor carga familiar hacia las madres, es importante y necesario incluir también a los padres para contribuir también a la normalización de esa asunción de roles. Aunque los beneficios de los citados resultados puedan ser extrapolables a las figuras de cuidado en general (incluyendo educadores/as como ya se ha comentado), las experiencias subjetivas pueden ilustrar diferencias en la vivencia interna que podrían resultar de interés para la mejora de la atención integral de la familia.

En resumen, los obstáculos y retos de las figuras cuidadoras son múltiples y su trascendencia en el desarrollo de sus hijos e hijas en la primera infancia es innegable, es por ello que atender la salud de las figuras cuidadoras es esencial para proteger también

la salud infantil. Contar con espacios de intervención focal desde el mindfulness, facilitaría la atención a las necesidades de estas figuras, promoviendo en una crianza más consciente y sensible a las necesidades infantiles, lo cual revertiría en última instancia en un sistema sociosanitario más eficiente y menos saturado.

11. Limitaciones y Líneas Futuras

En primer lugar, la muestra está compuesta únicamente por mujeres y se obtiene de un contexto no-clínico, limitando el alcance de las conclusiones del estudio, teniendo además, un nivel elevado de estudios. Unido a esto, su situación laboral y familiar refleja en su mayoría un nivel importante de estabilidad, por lo que podría no ser muy representativo de la población general, siendo esta una limitación para la extrapolación de los resultados a la población general. Por otro lado, la falta de una distribución normal y la baja heterogeneidad de los datos, indican nuevamente que la representatividad de la población general podría ser limitada. Igualmente, la transversalidad del estudio, no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables, mientras que la utilización exclusiva de medidas de autoinforme (y en el caso del apego a través de medidas retrospectivas) incluye el riesgo de un posible sesgo de deseabilidad social. En este sentido, en el caso de los problemas conductuales de los hijos/as es, además, evaluado a través de las madres. Cabe mencionar también que la metodología online como opción para participar podría considerarse una limitación igualmente. No obstante, estudios como el de Herrero-Fernández (2015) demuestran que no hay diferencias en la calidad de respuesta respecto a su formato online o en papel.

Por ello, sería interesante que futuras líneas de investigación trataran de ampliar la muestra pues las puntuaciones obtenidas indican baja heterogeneidad de los datos, hecho que podría repercutir en la baja significación estadística. Por tanto, ampliar la

muestra permitiría lograr una mayor variabilidad y representatividad de la misma, así como la inclusión de la figura paterna, de una muestra clínica y de personas en situación de vulnerabilidad social, de manera que un mayor contraste de los resultados a nivel de la sintomatología a analizar fuera posible. Por otro lado, se considera relevante realizar estudios longitudinales sobre estos aspectos, que puedan dar más información sobre el papel de cada variable, más allá de las asociaciones en un momento concreto. Además, considerar otras variables que pudieran influir, tales como el comportamiento y la salud general de los hijos e hijas en el caso del estrés en la crianza ampliaría la visión y comprensión de la temática a estudiar. Por último, en relación a los instrumentos de medida empleados, sería interesante añadir otras fuentes de información u obtener los datos mediante la observación sistematizada, dado que la percepción materna puede estar mediatizada por sesgos no identificados.

12. Consideraciones finales

Basándose en la importancia de las figuras cuidadoras en el desarrollo infantil temprano, el presente estudio tenía por objeto profundizar en las relaciones entre diversas variables psicológicas maternas para poder establecer focos terapéuticos que revirtiesen en una mejora en la atención que reciben tanto las familias como los niños y niñas. Así, con la colaboración de 364 madres de la CAV y Navarra, se analizaron las relaciones entre apego, sintomatología psicológica (ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal y estrés materno), mentalización (considerando las variables de empatía y mindfulness) y percepción de problemas emocionales y de conducta en sus hijos/as.

Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que, efectivamente, empatía y mindfulness son variables que pueden ser consideradas mentalizadoras, mostrándose estrechamente ligadas entre sí y relacionándose con el resto de variables en el sentido esperado. Por otro lado, el estudio destaca especialmente el potencial del mindfulness

para comprender e intervenir sobre estas relaciones. Es decir, a pesar del valor reconocido del apego, el mindfulness ofrece una herramienta terapéutica de gran alcance que debe ser considerada, pues se muestra como una herramienta eficaz y fácil de incorporar tanto en los sistemas atencionales como en la vida cotidiana de las personas atendidas. En resumen, a pesar de las limitaciones del estudio, los resultados obtenidos abren líneas de investigación y atención que conviene considerar para tratar de impactar en una mejora del sistema atencional actual que revierta en un mayor bienestar materno, que favorezca a su vez al clima familiar y al desarrollo de sus hijos e hijas.

13. Referencias

- Abela, J. R., Zinck, S., Kryger, S., Zilber, I., y Hankin, B. L. (2009). Contagiousdepression: Negative attachment cognitions as a moderator of the temporalassociation between parental depression and child depression *Journal of Cli-nical Child & Adolescent Psychology*, 38(1), 16–26.
<http://dx.doi.org/10.1080/15374410802575305>
- Abuín, M. R., y de Rivera, L. (2015). Dependency, detachment and psychopathology in a nonclinical sample: General relations and gender differences. Is there a new line of inquiry on paranoid pathology? *Clínica y Salud*, 26(2), 65–72. <https://doi-org.proxy-oceano.deusto.es/10.1016/j.clysa.2015.06.003>
- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment* . Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P., y Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Álvarez, M. P. S., González, M. G., y Rojas, L. G. (2011). Apego y psicopatología: estudio comparativo o de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 49-55.
- Ammaniti, M. (1992). Representations and Narratives during Pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13, 167-182.
- Anastasiades, M. H., Kapoor, S., Wootten, J., y Lamis, D. A. (2017). Perceived stress, depressive symptoms, and suicidal ideation in undergraduate women with varying levels of mindfulness. *Archives of women's mental health*, 20(1), 129-138. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-016-0686-5>

- Arias-de la Torre, J., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., Artazcoz, L., y Martín, V. (2019). Salud mental, rol familiar y situación laboral dentro y fuera del hogar en España. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 235–241.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005>
- Armour, C., Elklit, A., y Shevlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: a latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 1-9.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.6018>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Baer, R. A., Smith, G. T., y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486–494.
- Bao, P., Jing, J., Jin, Y., Hu, X., Liu, B., y Hu, M. (2016). Trajectories and the influencing factors of behavior problems in preschool children: a longitudinal study in Guangzhou, China. *BMC Psychiatry*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0864-z>
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
<http://doi.org/10.1037//0022.3514.51.6.1173>

- Baron-Cohen, S., y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163–175.
<http://dx.doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing.
- Benavides, A., Romero, M., Fernández, M., y Pichardo, M. C. (2017). Deporte en familia como prevención de problemas de conducta desde edades tempranas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 449-456.
- Benony, H., Peny, L., Gianoli, M., Hernández, S., y Larome, A. (2001). Étude descriptive des modèles individuels de relations chez des patients psychotiques débutants. *Annales Médico-Psychologiques*, 159, 589-594.
[https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00097-X](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00097-X)
- Bessa, Y., Eldemire, F., y Pleth-Suka, K. (2015). Impacts of children's delinquency on maternal distress among low-income families: postmodern theoretical perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3552-3560.
<https://doi.org/10.1007/s10826-015-0156-0>
- Beudin, C., y Delvenne, V. (2016). Le concept de trouble de l'attachement de l'enfance à l'âge adulte: un certain regard sur la psychopathologie. *Acta Psychiatrica Belgica*, 116(3).
- Bevington, D. (29 de noviembre de 2018). *Building resilience and repairing neglect – working with “forgotten children” aged 10-15*. Congreso Internacional

Conflicto y crisis en las familias: avances en la intervención clínica y comunitaria. Bilbao.

Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., y Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship: I. Some propositions and comments. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16(1), 9-24.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. world health organization monograph series (Serial No.2.). World Health Organization.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger* (vol. 2). Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (vol. 3). Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.

Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822. <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598298>

Brown, K. W. Ryan, R. M., y Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>

Byng-Hall, J. (1995). Creating a secure family base: Some implications of attachment theory for family therapy. *Family process*, 34(1), 45-58. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00045.x>

- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: a review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in psychology*, 8(14), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>
- Cano, L. H., Acosta, M. N., y Pulido, A. (2018). Adaptación al español y validación de criterio de una escala para la tamización de problemas emocionales y del comportamiento en la primera infancia. *Biomédica*, 38, 121-133. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3795>
- Carballal, M., Gago, A., Ares, J., del Rio, M., García, C., Goicoechea, A., y Pena, J. (2018). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in paediatric primary care. *Anales de Pediatría*, 89(3), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2017.10.005>
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., y Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204-223. <https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Cardozo, A., Castillo, R., y Sánchez, D. (2016). Sensibilidad emocional en estudiantes del segundo año de medicina 2014-2015. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 12(36), 60-73.
- Carpio, M. V., Cerezo, M. T., Casanova, P. F., y García, M. C. (2019). Perfiles de inteligencia emocional y síntomas externalizantes e internalizantes en la adultez emergente. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17(2), 317-334. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v17i48.2298>
- Cerniglia, L., Muratori, P., Milone, A., Paciello, M., Ruglioni, L., Cimino, S., Levantini, V., y Tambelli, R. (2017). Paternal psychopathological risk and psychological

- functioning in children with eating disorders and disruptive behavior disorder. *Psychiatry Research*, 254, 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.046>
- Chakrabarti, B., y Baron-Cohen, S. (2006). Empathizing: Neurocognitive developmental mechanisms and individual differences. *Progress in Brain Research*, 156(22), 403-417. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(06\)56022-4](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(06)56022-4)
- Chan, K. K. S., y Lam, C. C. (2017). Trait Mindfulness Attenuates the Adverse Psychological Impact of Stigma on Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Mindfulness*, 8(4), 984-994. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0675-9>
- Chen, Y., Hwang-Gu, S., Ni, H., Liang, S. H., Lin, H., Lin, C., Tseng, Y., y Gau, S. S. (2017). Relationship between parenting stress and informant discrepancies on symptoms of ADHD/ODD and internalizing behaviors in preschool children. *Plos ONE*, 12(10), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183467>
- Choi-Kain, L., y Gunderson, J. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127–1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Cildir, D. A., Ozbek, A., Topuzoglu, A., Orcin, E., y Janbakhishow, C. E. (2019). Association of prenatal attachment and early childhood emotional, behavioral, and developmental characteristics: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 1-11. <https://doi.org/10.1002/imhj.21822>
- Cimino, S., Cerniglia, L., y Paciello, M. (2015). Mothers with depression, anxiety or eating disorders: Outcomes on their children and the role of paternal psychological profiles. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 228-236. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0462-6>

- Colangelo, M. A. (2020). *La crianza en disputa. Medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930*. Universidad Nacional de La Plata.
- Comas-D'Argemir, D., Marre, D., y San Román, B. (2016). La regulación política de la familia. Ideología, desigualdad y género en el Plan Integral de Apoyo a la Familia. *Política y Sociedad*, 53(3), 853-877.
http://dx.doi.org/10.5209/rev_POSO.2016.v53.n3.48880
- Condon, J. T., y Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x>
- Condon, J. T., y Dunn, D. J. (1988). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3), 293-299.
<https://doi.org/10.1097/00004583-198805000-00005>
- Conner, C. M., y White, S. W. (2014). Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(6), 617-624. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.02.001>
- Consedine, N., y Magai, C. (2003). Attachment and emotion experience in later life: the view from emotions theory. *Attachment & Human Development*, 5, 165-187.
<https://doi.org/10.1080/1461673031000108496>
- Cooley, E. L., Van Buren, A., y Cole, S. P. (2010). Attachment styles, social skills, and depression in college women. *Journal of College Counseling*, 13(1), 50-62.
<https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2010.tb00047.x>
- Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E., y Mullis, A. K. (2014). Parent–Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and

Parent Stress. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 191-208.

<https://doi.org/10.1080/10522158.2014.888696>

Cortès-Franch, I., Escribà-Agüir, V., Benach, J., y Artazcoz, L. (2018). Employment stability and mental health in Spain: towards understanding the influence of gender and partner/marital status. *BMC public health*, 18(1), 425-435.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5282-3>

Corthorn, C., y Milicic, N. (2016). Mindfulness and Parenting: a correlational study of non-meditating mothers of preschool children. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1672-1683. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0319-z>

Crittenden, P. (1995). Attachment and psychopathology [Apego y psicopatología]. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance*. The Analytic Press.

Cummings-Robeau, T. L., Lopez, F. G., y Rice, K. G. (2009). Attachment-related predictors of college students' problems with interpersonal sensitivity and aggression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(3), 364-391.

<http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2009.28.3.364>

Dagleish, T., Black, M., Johnston, D., y Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000482>

Dangerfield, M. (2017). Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 63(1), 29-47.

- Davison, M. K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259–276. <http://dx.doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Dayton, C., Levendosky, A., Davidson, W., y Bogat, G. (2010). The child as held in the mind of the mothers: the influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 220-241. <https://doi.org/10.1002/imhj.20253>
- Di Bártolo, I. (2018). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos: clínica, investigación y teoría* (2ª ed.). Lugar Editorial.
- Dimidjian, S., y Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 166-171. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg019>
- Dos Santos, L. M., Queirós, F. C., Barreto, M. L., y Dos Santos, D. N. (2016). Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the city of Salvador, state of Bahia, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(1), 46-52. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1596>
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., y Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of abnormal child psychology*, 41(8), 1311-1324. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9764-6>
- Duncan, L., Coatsworth, D., y Greenberg, M. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 255-270. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>

- Encuesta Nacional de Salud de España, ENSE (2017). *Informe Salud Mental*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Farré, L., y González, L. (2020). *Las tareas domésticas y el cuidado de los hijos durante el confinamiento, una labor asumida principalmente por las mujeres*. Observatorio Social de “la Caixa”.
- Fearon, R. M. P. and Belsky, J. (2011) Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 782-791. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02350.x>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24, 284–298.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias Transgeneracionales del Apego: una Nueva Teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3, 1-17.
- Fonagy, P., y Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., y Luyten, P. (2010). Mentalization: Understanding borderline personality disorder. En T. H. C. Fuchs y P. Henningsen (Eds.), *The embodied self. Dimensions, coherence and disorders* (pp. 260–278). SchattauerVerlag.
- Fonagy, P., y Luyten, P. (2018). Attachment, mentalization, and the self [Apego, mentalización y el yo]. En W. J. Livesley y R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders*. Guilford Press.

- Fonagy, P., Bateman, A., y Luyten, P. (2012). Introduction and overview. En A. Bateman y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., y Target, M. (2002). *Affect regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., y Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288–328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>
- Fonagy, P., y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., y Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning manual: Version 5 for application to Adult Attachment Interviews*. University College.
- Fonseca, A., Nazaré, B., y Canavarro, M. C. (2013). Parental psychological distress and confidence after an infant's birth: The role of attachment representations in parents of infants with congenital anomalies and parents of healthy infants. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20(2), 143-155. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9329-9>
- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., y Borroni, S. (2011). Does mindfulness mediate the association between attachment dimensions and Borderline Personality Disorder features? A study of Italian non-clinical adolescents. *Attachment & Human Development*, 13(6), 563–578. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2011.608993>
- Frey, L. L., Beesley, D., y Miller, M. R. (2006). Relational health, attachment, and psychological distress in college women and men. *Psychology of Women Quarterly*, 30(3), 303–311. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00298.x>

- Garaigordobil, M. (2003). *Diseño y evaluación de un programa de intervención socioemocional para promover la conducta prosocial y prevenir la violencia*. Centro de Investigación y Documentación Educativa (C.I.D.E).
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Gayá, C., Molero, R. J., y Gil, M. D. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 375-384.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.515>
- Gezen, M., y Oral, E. T. (2013). Attachment styles and degree of the psychological symptoms in women staying in a shelter for battered women or in their home where they were exposed to violence. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26, 65-71.
<https://doi.org/10.5350/DAJPN2013260107>
- Gleason, M. M., Zeanah, C. H., y Dickstein, S. (2010). Recognizing young children in need of mental health assessment: Development and preliminary validity of the early childhood screening assessment. *Infant Mental Health Journal*, 31(3), 335-357. <https://doi.org/10.1002/imhj.20259>
- Golanó, M. (2015). *La mentalización parental durante la primera infancia. Adaptación y validación de la Parent Development Interview (PDI)* [Tesis doctoral]. Universitat Ramon Llull. Barcelona.
- Gómez, R., Alonso, P., y Rivera, I. (2011). Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 425-434.

- Gómez-Jiménez, M., Loredó, A., Cerezo, V., Jones, H., y Perea, A. (2005). Apego: estrategia para la prevención primaria del maltrato infantil. *Acta Pediátrica de México*, 26(6), 325-330.
- González, R., Ysern, L., Martorell, C., Matéu, C., y Barreto, P. (2011). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(29), 9-26.
- Guidano, V.F., y Quiñones, A.T. (2001). *El Modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica*. Desclée de Brouwer
- Hart, K. C., Graziano, P. A., Kent, K. M., Kuriyan, A., Garcia, A., Rodriguez, M., y Pelham, W. J. (2016). Early Intervention for Children with Behavior Problems in Summer Settings: Results from a Pilot Evaluation in Head Start Preschools. *Journal of Early Intervention*, 38(2), 92-117.
<https://doi.org/10.1177/1053815116645923>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach, Second Edition*. Guilford Press.
- Hayes, A. F. (2020). *The PROCESS macro for SPSS, SAS, and R [La macro PROCESS para SPSS, SAS y R]*. Accesible en: <https://www.processmacro.org/index.html>. Consultado en Mayo de 2020.
- Henares, J., Ruiz-Pérez, I., y Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114-119.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
- Herrero-Fernández, D. (2015). A comparison of Internet-based and paper-and-pencil questionnaires in assessing driving anger in a Spanish sample. *REMA: Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 20(1), 1-15.

- Ho, S. S., Konrath, S., Brown, S., y Swain, J. E. (2014). Empathy and stress related neural responses in maternal decision making. *Frontiers in neuroscience*, 8, 152. <https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00152>
- Hoffer, M. (2006). Psychobiological Roots of Early Attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 84-88. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00412.x>
- Hser, Y. I., Lanza, H. I., Li, L., Kahn, E., Evans, E., y Schulte, M. (2015). Maternal mental health and children's internalizing and externalizing behaviors: beyond maternal substance use disorders. *Journal of child and family studies*, 24(3), 638-648. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9874-3>
- Hwang, Y., Kearney, P., Klieve, H., Lang, W., y Roberts, J. (2015). Cultivating Mind: Mindfulness Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder and Problem Behaviours, and Their Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24(10), 3093-3106. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0114-x>
- Jenks, C. (1996). *Childhood [Infancia]*. Routledge.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity [Afectividad mentalizada]. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426-444. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426>
- Kabat-Zinn, J. (2000). Participatory medicine. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14(4), 239-240. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2000.00062.x>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10(2), 144-156. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, M., y Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. Hyperion.

- Kang, Y., Lee, J., y Kang, M. (2014). Adult attachment styles, self-esteem, and depressive symptoms: A comparison between postpartum and nonpostpartum women in Korea. *Personal Relationships*, 21(4), 546–556. <https://doi-org.proxy-oceano.deusto.es/10.1111/pere.12047>
- Kaviani, H., y Hatami, N. (2016). Link between mindfulness and personality-related factors including empathy, theory of mind, openness, prosocial behaviour and suggestibility. *Clinical Depression*, 2(4), 1-4. <https://doi.org/10.4172/2572-0791.1000119>
- Keng, S. L., Smoski, M. J., y Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Khodabakhsh, M. (2012). Attachment styles as predictors of empathy in nursing students. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 5(8).
- Kobak, R., y Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146. <https://doi.org/10.2307/1130395>
- Kochanska, G. (2001). Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child Development*, 72, 474-490. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00291>
- Koelen, J. A., Eurelings-Bontekoe, L. H., y Kempke, S. (2016). Cognitive alexithymia mediates the association between avoidant attachment and interpersonal problems in patients with somatoform disorder. *The Journal of Psychology*, 150(6), 725–742. <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2016.1175997>
- Kohler, W. (1929). *Gestalt psychology*. Liveright.

- Lacasa, F. (2008). *Relación entre vínculo afectivo, psicopatología y cambio en una muestra de adolescentes: estudio comparativo entre una muestra clínica que han realizado psicoterapia de grupo y una muestra comunitaria* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lafuente, M. J., y Cantero, M. J. (2010). *Vinculaciones afectivas: apego, amistad y amor*. Madrid: Pirámide.
- Lane, R. D., y Schwartz, G. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 133-143.
- Lanza, G. (2011a). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, *39*, 1-21.
- Lanza, G. (2011b). Mentalización: Aspectos teóricos y clínicos. *Revista Psicología.com*, *15*, 1-27.
- Lanza, G., y Graell, A. (2014). *Mentalización, apego y regulación emocional*. Recuperado el 7 de diciembre de 2016 de <http://mentalizacion.com>
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., y David, A. S. (2004). Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological medicine*, *34*(5), 911-920.
<https://doi.org/10.1017/S0033291703001624>
- Laxton-Kane, M., y Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *20*(4), 253-266.
<https://doi.org/10.1080/0264683021000033174>

- Leal, F. J. (2015). *Plata Rueda. Preguntas de Madres y Padres*. Editorial Médica Panamericana.
- Lecannelier, F., Pérez, C., Groissman, S., Gallardo, D., Bardet, A. M., Bascuñan, A. y Rodríguez, J. (2014). Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile. *Universitas Psychologica*, 13(2), 491-500.
- Leigh, J., y Anderson, V. N. (2013). Secure attachment and autonomy orientation may foster mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 14, 265-283.
<http://dx.doi.org/10.1080/14639947.2013.832082>
- Lewallen, A., y Neece, C. (2015). Improved Social Skills in Children with Developmental Delays After Parent Participation in MBSR: The Role of Parent-Child Relational Factors. *Journal of Child & Family Studies*, 24(10), 3117-3129.
<https://doi.org/10.1007/s10826-015-0116-8>
- Linares, L., Jauregui, P., Herrero-Fernández, D., y Estévez, A. (2016). Mediation Role of Mindfulness as a Trait Between Attachment Styles and Depressive Symptoms. *The Journal of psychology*, 150(7), 881-896.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1207591>
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. V., Fernández, V., y López-Pina, J.A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL. *Anales de Psicología*, 26(2), 325-354.
- Lumley, J. (1990). Through a glass darkly: Ultrasound and prenatal bonding. *Birth*, 17(4), 214-217. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1990.tb00025.x>
- Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., y Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic*

Study of the Child, 70(1), 174- 199.

<https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>

MacDonald, H. Z., y Price, J. L. (2017). Emotional understanding: examining alexithymia as a mediator of the relationship between mindfulness and empathy.

Mindfulness, 8(6), 1644-1652. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0739-5>

Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of anew, insecure-disorganized/ disoriented attachment pattern. En T.B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Ablex.

Main, M., Kaplan, N., y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66–104.

<http://dx.doi.org/10.2307/3333827>

Malik, S., Wells, A., y Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 172, 428-444.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.007>

Marganska, A., Gallagher, M., y Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131-141.

<https://doi.org/10.1111/ajop.12001>

Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego: un enfoque actual*. Psimática.

Martin, D., Gillath, O., Deboeck, P., Lang, K., y Kerr, B. (2017). Changes in attachment security and mindfulness as predictors of changes in depression and general anxiety. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 36(9), 769–797.

<http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2017.36.9.769>

- Matijasevich, A., Murray, E., Stein, A., Anselmi, L., Menezes, A. M., Santos, I. S., Barros, A., y Victora, C. G. (2014). Increase in child behavior problems among urban Brazilian 4-year olds: 1993 and 2004 Pelotas birth cohorts. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1125-1134.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12236>
- Meins, E., Centifanti, L., Fernyhough, C., y Fishburn, S. (2013). Maternal Mind-Mindedness and Children's Behavioral Difficulties: Mitigating the Impact of Low Socioeconomic Status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 543-553. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9699-3>
- Merlino, R. J. (2018). Women's Mental Health Questionnaire (W-MHQ), Construction, Reliability, Validity: Father Parenting Associations. *College Student Journal*, 52(1), 150-166.
- Mesa, A. M., & Gómez, A. C. (2010). La mentalización como estrategia para promover la salud mental en bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), 835-848.
- Mestre, V., Frias, D., y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16, 255–260.
- Mikulincer, M., Shaver, P., y Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.
<https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Bader, M., y Halfon, O. (2005). Assessing attachment cognitions and their associations with depression in youth with eating or drug misuse disorders. *Substance Use and Misuse*, 40, 605-623.
<https://doi.org/10.1081/JA-200055349>

- Mills-Koonce, W. R., Appleyard, K., Barnett, M., Deng, M., Putallaz, M., y Cox, M. (2011). Adult attachment style and stress as risk factors for early maternal sensitivity and negativity. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 277-285.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20296>
- Moreno-Roldán, M. R., Agudelo-Bedoya, M. E., y Alzate-Pulgarín, V. (2018). Voces a escuchar en el cuidado: ¿qué dicen los niños y las niñas? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 227-237.
<https://doi.org/10.11600/1692715x.16113>
- Moya, O., Santos, D., Franco, M. E., Ruíz, A., y Pérez, G. (2019). Una mirada a la comunicación intrauterina desde el currículo propio de la carrera de licenciatura en educación logopedia de la universidad de Cienfuegos. *Revista Conrado*, 15(71), 122-130.
- Muela, A. (2010). *Desprotección infantil, estilos de apego e indicadores de psicopatología en la adolescencia* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad del País Vasco. España.
- Muris, P., Meesters, C., y Van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems and correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 171-183. <https://doi.org/10.1023/A:1022858715598>
- Myers, S. G., y Wells, A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety, Stress and Coping*, 28(6), 634-649.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1009832>
- Nickerson, A., Priebe, S., Bryant, R. A., y Morina, N. (2014). Mechanisms of psychological distress following war in the former Yugoslavia: The role of

interpersonal sensitivity. *PLOS ONE*, 9(3), 1–8.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0090503>

Noorbala, A. A., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., y Naghizadeh, M. M. (2009).

Psychiatric disorders among infertile and fertile women. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(7), 587-591. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0467-1>

Oiberman, A., y Mercado, A. (2009). *Nacer, jugar y pensar. Guía para acompañar a los bebés*. Lugar Editorial.

Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Shibuya, N., Sadahiro, R., y Enokido, M. (2014).

Correlations of interpersonal sensitivity with negative working models of the self and other: Evidence for link with attachment insecurity. *Annals of General Psychiatry*, 13(1), 5. <http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-13-5>

Parent, J., McKee, L. G., y Foreh, R. (2016). The Association of Parent Mindfulness with Parenting and Youth Psychopathology across Three Developmental Stages. *Journal of abnormal child psychology*, 44(1), 191-202.

<https://doi.org/10.1007/s10802-015-9978-x>

Pascuzzo, K., Moss, E., y Cyr, C. (2015). Attachment and emotion regulation strategies in predicting adult psychopathology. *SAGE Open*, 5(3), 1- 15.

<https://doi.org/10.1177/2158244015604695>

Paul, N. A., Stanton, S. J., Greeson, J. M., Smoski, M. J., y Wang, L. (2013).

Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(1), 56-64. <https://doi.org/10.1093/scan/nss070>

Perris, C. (2000). Personality-related disorders of interpersonal behaviour: a

developmental-constructivist cognitive psychotherapy approach to treatment

based on attachment theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 97-117.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(200005\)7:2<97::AID-CPP230>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(200005)7:2<97::AID-CPP230>3.0.CO;2-K)

Pichardo, M. C., Justicia-Arráez, A., Alba, G., y Fernández, M. (2016). Desarrollo de la competencia social y prevención de problemas de conducta en el aula infantil. *Pensamiento Psicológico*, 14(1), 21-31.

<https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-1.dcsp>

Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes, Camir. *Psyquiatrie de L'enfant*, 39(1), 161-206.

Pikler, E. (2011). *Moverse en libertad*. Editorial Narcea.

Pires, A. J., de Matos, M. B., Scholl, C. C., Trettim, J. P., Coelho, F. T., da Cunha Coelho, F. M., Pinheiro, K. A. T., Pinheiro, R. T., y de Avila Quevedo, L. (2019). Prevalence of mental health problems in preschoolers and the impact of maternal depression. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(5), 605–616.

<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01381-x>

Ponizovsky, A. M., Vitenberg, E., Baumgarten-Katz, I., y Grinshpoon, A. (2013).

Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 86(2), 164–182.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02054.x>

Porges, S. (2010). The Polyvagal Theory: phylogenetic contributions to social behaviour. *Physiology & Behavior*, 79, 503 – 513.

[https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00156-2)

- Preacher, K. J. (2020). *Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests*. Accesible en: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>. Consultado en mayo de 2020.
- Preacher, K. J., y Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 36, 717-731. <http://doi.org/10.3758/BF03206553>
- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M. J., y Sonuga-Barke, E. S. (2008). Parenting Empathy: Associations with Dimensions of Parent and Child Psychopathology. *British Journal of Developmental Psychology*, 26(2), 221-232. <https://doi.org/10.1348/02615100X238582>
- Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., y Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counselling Psychology*, 58(2), 272–278. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023041>
- Raski, M. P. (2015). Mindfulness: What it is and how it is impacting healthcare. *UBC Medical Journal*, 7(1), 56–59.
- Riahi, F., Amini, F. y Salehi Veisi, M. (2012). Children's behavioural problems and their relationship with maternal mental health. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 10(1), 41-46. <https://doi.org/10.29252/jmj.10.1.46>
- Robinson, M., y Neece, C. L. (2015). Marital Satisfaction, Parental Stress, and Child Behavior Problems among Parents of Young Children with Developmental Delays. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8(1), 23-46. <https://doi.org/10.1080/19315864.2014.994247>
- Rholes, W. S., Paetzold, R. L., y Kohn, J. L. (2016). Disorganized attachment mediates the link from early trauma to externalizing behavior in adult relationships.

Personality and Individual Differences, 90, 61-65.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.043>

Rozenel, V. (2006). Los Modelos Operativos Internos (IWM) dentro de la teoría del apego. *Revista de Psicoanálisis*, 23.

Rutherford, H. J., Booth, C. R., Luyten, P., Bridgett, D. J., y Mayes, L. C. (2015).

Investigating the association between parental reflective functioning and distress tolerance in motherhood. *Infant Behavior and Development*, 40, 54-63.

<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.04.005>

Ryan, R. M., Brown, K. W., y Creswell, J. D. (2007). How integrative is attachment

theory? Unpacking the meaning and significance of felt security. *Psychological Inquiry*, 18, 177–182. <https://doi.org/10.1080/10478400701512778>

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45:

forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296.

Shaver, P. R., Lavy, S., Saron, C. D., y Mikulincer, M. (2007). Social foundations of the

capacity for mindfulness: An attachment perspective. *Psychological Inquiry*, 18(4), 264–271. <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598389>

Shoukai, Y. (2018). Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health:

aglobal study. *Translational Psychiatry*, 8, 98-107.

<https://doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0>

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Fisher, B. C., Wahler, R. G., y

McAleavey, K. (2006). Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism. *Journal of Emotional and Behavioral*

Disorders, 14, 169–177. <https://doi.org/10.1177/10634266060140030401>

- Slade, A. (2005) Parental reflective functioning: An introduction [Funcionamiento reflexivo de los padres: Una introducción]. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269- 281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., y Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7(3), 283-298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Smaling, H. J. A., Huijbregts, S. C. J., van der Heijden, K. B., Hay, D. F., van Goozen, S. H. M., y Swaab, H. (2016). Prenatal Reflective functioning and development of aggression in infancy: the roles of maternal intrusiveness and sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 237-248. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0177-1>
- Snyder, R., Shapiro, S., y Treleaven, D. (2012). Attachment Theory and Mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 709-717. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9522-8>
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E., y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 18–25.
- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo Emocional*. Oxford.
- Stern, D. (1997). *La Constelación Maternal*. Editorial Paidós.
- Strand, J., Goulding, A., y Tidefors, I. (2015). Attachment styles and symptoms in individuals with psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 67–72. <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2014.929740>

- Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O., y Baldaro, B. (2010). Adult Attachment Styles and Psychological Disease: Examining the Mediating Role of Personality Traits. *Journal of Psychology*, 144(6), 523–534.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2010.508082>
- Swenson, C. R., y Choi-Kain, L. W. (2015). Mentalization and dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 199–217.
- Ulriksen, M. (2017). De algunas condiciones necesarias para la construcción de la vida psíquica del niño. *Psicopatología y salud mental del niño y adolescente*, 29, 9-15.
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R., y Martínez, A. (2020). *Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores*. Universidad Complutense de Madrid.
- Vallotton, C., Harewood, T., Froyen, L., Brophy-Herb, H., y Ayoub, C. (2016). Child behaviour problems: Mothers' and fathers' mental health matters today and tomorrow. *Early Childhood Research Quarterly*, 37, 81-93.
<https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2016.02.006>
- Walker, L. O., y Cheng, C. Y. (2007). Maternal empathy, self-confidence, and stress as antecedents of preschool children's behavior problems. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(2), 93-104. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2005.00098.x>
- Ward, M. J., Lee, S. S., y Polan, H. J. (2006). Attachment and psychopathology in a community sample. *Attachment & Human Development*, 8(4), 327-340.
<https://doi.org/10.1080/14616730601048241>

- Weir, S. D. (2016). *Mentalization and Mindfulness: Two Related Constructs in Theory and Practice* [Tesis doctoral no publicada]. Biola University, EEUU.
- Winnicott, D. (1991). *Los bebés y sus madres*. Editorial Paidós.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194.
- Woynowski, K. (2016). *Mentalization and overlapping constructs: Mindfulness, empathy, emotional intelligence, psychological mindedness using exploratory factor analysis* [Tesis doctoral no publicada]. The Chicago School of Professional Psychology, EE. UU.
- Zucchi, A., Huerin, V., Duhalde, C., y Raznoszczyk de Schejtman, C. (2007). Aproximación al estudio del funcionamiento reflexivo materno. *Anuario de Investigaciones*, 14, 215-221.

14. Anexo

Nº ENCUESTA			
-------------	--	--	--



INFORMACIÓN DEL ESTUDIO.

Queremos pedir tu colaboración para realizar un estudio que se está desarrollando desde la Universidad de Deusto y Agintzari SCIS sobre apego, familia y alimentación.

Nos gustaría poder contar con tu participación para la obtención de muestra y para ello necesitaríamos que rellenes el cuestionario que se presenta a continuación. El **único criterio para participar es que seas mujer y tengas hijos/as entre 6 meses a 3 años de edad.**

La cumplimentación de la prueba es de carácter **voluntario, anónimo y confidencial**. Los datos serán incluidos en un fichero que estará sometido a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El tiempo estimado para su cumplimentación es de aproximadamente una hora.

Puedes consultar cualquier duda o cuestión que pueda suscitar tu participación en el estudio, así como abandonarlo en cualquier momento si así lo decidieras, sin necesidad de justificar las razones que te han conducido a tomar dicha decisión.

Somos conscientes de que puede resultar costoso rellenar estos cuestionarios, sin embargo, son una herramienta que nos ayuda a poder mejorar y diseñar programas de prevención y de intervención adecuados. Es muy importante que contestes con sinceridad, no hay respuestas buenas o malas, ni correctas o incorrectas. Si hay alguna pregunta que prefieras dejar en blanco, puedes hacerlo, pero no olvides que tus respuestas son muy valiosas para conocernos.

No dudes en consultar cualquier pregunta que te surja. Puedes ponerte en contacto con la investigadora Blanca Angulo en la siguiente dirección: blancaangulo@agintzari.com

Muchas gracias por tu esfuerzo, tu colaboración es muy valiosa.



IKERKETAREN INGURUKO INFORMAZIOA.

Zure kolaborazioa eskatu nahi dizugu Deustoko Unibertsitatetik eta Agintzari GEK-etik martxan dagoen Atxikimendu-Familia-Elikadura ikerketa aurrera eramateko.

Zure partehartzearekin kontaktu nahiko genuke lagina lortzeko eta horretarako ondoren aurkezten den galdeketa betetzea beharrezkoa da. **Parte hartzeko irizpide bakarria emakume izatea eta 6 hilabete eta 3 urte arteko seme-alabak izatea da.**

Zure kolaborazioa borondatezkoa, anonimoa eta konfidentziala da. Datuak fitxero batean gordeko dira Izaera Pertsonaleko Datuen Protekziorako Lege Organikoaren arabera. Galdeketa ordubeteetan beteko direla estimatzen da.

Ikerketa partehartzean sortutako edozein duda kontsultatu dezakezu, nahiago izanez gero ikerketan partehartzeari ere utzi diezaiokezu, erabaki hori hartzera eraman zaituzten arrazoiak justifikatzea beharrezkoa ez izanik.

Galdeketa hauek betetzea neketsua izan daitekeela konturatzen gara, hala ere, prebentzio eta eskuhartze programen hobekuntza eta diseiñurako lagungarri suertatzen zaigun tresna da. Oso garrantzitsua da galdeketa zintzotasunez erantzutea, ez dago erantzun on edo txarrik, ezta egoki edo desegokirik ere. Erantzun gabe utzi nahi duzun galderarik badago, erantzun gabe utzi dezakezu, baina ez ahaztu zure erantzunak oso baliagarri direla.

Edozein galdera izanez gero, ez dudarik egin, jar zaituz Blanca Angulo ikertzailearekin kontaktuan ondorengo email honetan: blancaangulo@agintzari.com

Eskerrik asko zure esfortzuagatik, zure partehartzea oso baliagarria da.