



MANUAL LAS ETAPAS DEL APEGO SEGURO



ÍNDICE

1. EL APEGO EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA	
1.1. Apego en el embarazo: El vínculo materno fetal	3
1.1.1. Vínculo materno – fetal, estado emocional materno y desarrollo psicológico	6
1.1.2. Evaluación del vínculo materno – fetal	9
1.1.2.1. Maternal – fetal Attachment Scale (MFAS)	10
1.1.2.2. Prenatal Attachment Inventory (PAI)	10
1.1.2.3. Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)	11
1.1.3. Parto respetado: Una manera de fomentar el apego	11
1.2. Apego en la infancia	13
1.2.1. Fases del desarrollo del vínculo del apego	13
1.3. Apego en la adolescencia y la adultez	14
2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL APEGO	19
3. APEGO Y CUIDADOS ALTERNATIVOS: PADRES I/O CUIDADORES EN EL MUNDO LABORAL	22
BIBLIOGRAFÍA	25

1. EL APEGO EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA

1.1. Apego en el embarazo: el vínculo materno fetal

El vínculo de apego que establece una madre con su hijo, reconocido por su relevancia en el desarrollo psicológico infantil (Bowlby, 1976), ha constituido un terreno fértil donde diversos estudios e intervenciones se han centrado en establecer los factores relevantes en el origen y desarrollo del mismo, así como en las estrategias para su promoción en la primera infancia (Tizón, 2010). Sin embargo, investigaciones provenientes de diferentes ramas de la salud señalan desde hace más de 20 años, que este vínculo no surge en el período posterior al nacimiento sino que tiene su origen en la etapa prenatal.

Los primeros datos acerca de la existencia del llamado vínculo materno-fetal -de carácter unidireccional desde la madre hacia el feto, frente al carácter bidireccional del vínculo de apego- provienen de investigaciones clásicas acerca de la pérdida perinatal y el dolor asociado a la misma. Proviene también del estudio de la relación existente entre la madre y el bebé en el post-parto temprano (Brandon, Pitts, Denton, Stringer y Evans, 2009; Klaus et al., 1972) y del trabajo de Rubin (1967) en el cual, buscando definir la importancia y los factores que intervienen en el inicio del rol materno, postula que la relación existente entre una madre y su hijo recién nacido es consecuencia de un proceso de vinculación prenatal. Sobre esta base, Condon y Dunn (1988) rescatan la hipótesis de Caplan (1961), que afirma que si se conoce la calidad de vinculación de la madre con el feto, es posible predecir la calidad de la vinculación en el post-parto temprano, ya que en la mayoría de los casos ambas vinculaciones son idénticas, constituyendo el parto un episodio de transición entre ellas. (Condon y Dunn, 1988).

Otra fuente de resultados significativos relativos a la construcción teórica del concepto de vínculo materno-fetal, proviene del ámbito empírico de la enfermería. Mecca Cranley (1981) es considerada pionera en establecer tanto una definición operativa “el grado en el que las mujeres se dedican a comportamientos que representan una filiación y la interacción con su hijo por nacer” (Cranley, 1981, p.282), como en la creación del primer instrumento de medición del vínculo materno-fetal *Maternal fetal attachment scale* (Cranley, 1981). Siguiendo esta línea investigadora, Muller (1992) redefine el concepto introduciendo una nueva visión, según la cual el vínculo materno-fetal es una relación única de la madre hacia el feto y es independiente de los sentimientos que ésta tiene acerca de sí misma como madre o como mujer embarazada.

Definición de vínculo materno-fetal.

Autor (año)	Definición
Cranley (1981)	El grado en el que las mujeres se dedican a comportamientos que representan una filiación y la interacción con su hijo por nacer.
Muller (1992)	Relación única de la madre hacia el feto y es independiente de los sentimientos que ésta tiene acerca de sí misma como madre o como mujer embarazada.
Condon y Corkindale (1997)	El lazo emocional que normalmente se desarrolla entre una mujer embarazada y su hijo no nacido.

La primera definición procedente del campo de la salud mental, se origina en la investigación acerca del vínculo en el post-parto temprano del psiquiatra australiano John Condon (1988) que plantea que este vínculo es predecible con un alto grado de certeza si se presta atención a la calidad del vínculo de la madre hacia su hijo no nacido. Su teoría de la "primera impresión" abarca tanto aspectos cognitivos, como aspectos afectivos. Dentro de los primeros se encuentran el examen físico minucioso al recién nacido, valorando su comportamiento y apariencia; los segundos se basan en representaciones, que pueden incluir desde un profundo cariño y ternura hasta shock o ambivalencia. La hipótesis central es que el parto no cambia ni instaura el vínculo que las madres sienten hacia su bebé, ya que éste abarca todo el periodo perinatal incluyendo embarazo y post-parto (Condon y Dunn, 1988). Posteriormente Condon y su equipo, definen el vínculo materno-fetal como "el lazo emocional que normalmente se desarrolla entre una mujer embarazada y su hijo no nacido" (Condon y Corkindale, 1997, p.359).

Los avances tecnológicos en el campo del diagnóstico prenatal han aumentado el interés de la comunidad científica acerca del vínculo materno-fetal. La posibilidad de acceder a técnicas de ultrasonido que permiten ver más claramente al feto en etapas tempranas de su desarrollo y en tiempo real, han facilitado que los futuros padres imaginen y representen al feto como un ser independiente (Alhusen, 2008; DiPrieto, 2010). Según Brandon et al. (2009) los primeros estudios acerca de cómo la visión temprana del feto en imágenes ecográficas contribuye a la creación de un lazo afectivo con él, datan de la década de los 80. Lumley (1982) sugiere que esta visión permite a las madres pensarlo como una persona real y diferente de sí misma estableciendo una primera relación afectiva.

Si bien existe un consenso entre los investigadores de diferentes disciplinas, acerca de la existencia e importancia del lazo emocional que una mujer establece con su bebé no nacido (Shieh, Kravitz y Wang, 2001), no lo hay en cuanto a la terminología utilizada. Esta controversia en la literatura científica sobre el tema se centra en la utilización del término "apego" para designar esta relación (Condon y Corkindale, 1997; Cranley, 1982; Muller, 1992). Siguiendo las definiciones clásicas acerca del apego (Bowlby, 1976), este se activa en la interacción recíproca madre-bebé, promoviendo la proximidad y contacto necesarios para proporcionar al niño la base segura que le permite la exploración del mundo a la vez que consuelo y protección. El apego es un sistema que se dirige tanto en su componente cognitivo como afectivo hacia el cuidador principal que es esencialmente la madre (Walsh, 2010). Partiendo de esta premisa, algunos autores exponen que las representaciones que activan el lazo emocional de la madre hacia el feto tienen más que ver con un sistema de cuidado, que con uno de apego; debido a que la función de los sistemas de cuidado es la disponibilidad y cercanía afectiva de la madre para proveer la atención y protección necesarias para el óptimo desarrollo (Van den Bergh y Simons, 2008).

Otros autores sugieren que el sistema de cuidados concebido como la necesidad y deseo de protección al feto, es parte de una relación más amplia que incluye cognición, emoción y

comportamientos y donde se experimentan y expresan afectos de modo estable (Doan y Zimerman, 2003). Siguiendo la línea de estos trabajos (DiPietro, 2010; Doan y Zimerman, 2008), definir el vínculo materno-fetal es una tarea compleja; el mismo, podría ser definido como la filiación de la madre hacia el feto asociada con los aspectos emocionales y cognitivos necesarios para recrearlo como otro ser humano. Como síntesis de los argumentos expuestos hasta ahora, parece oportuno distinguir entre apego como un conjunto de sistemas e interacciones bi-direccionales y el vínculo materno-fetal como un sistema unidireccional con diversas manifestaciones cognitivas, afectivas y comportamentales. Dichas manifestaciones permiten el desarrollo habilidades propias de la función materna, como la protección y la búsqueda de contacto, las cuales se expresan también, en el periodo posterior al nacimiento (Doan y Zimerman, 2003).

En lo referente al estudio de las variables influyentes en el origen y desarrollo del vínculo materno-fetal, autores como Doan y Zimerman (2008) han señalado los cambios en el bienestar psicológico de la madre, diferentes aspectos de la historia personal y múltiples variables psicosociales. De igual manera estos autores indican, que la presencia de habilidades cognitivas y emocionales para recrear al feto como un individuo diferenciado, así como el propio estilo de apego seguro en la infancia o una relación positiva actual con los padres, establecen las bases para un desarrollo positivo del vínculo materno-fetal; dicho vínculo experimenta un incremento exponencial a partir de la percepción de los movimientos fetales y en las últimas semanas de gestación de cara al parto (Damato, 2000; DiPietro, 2010). Dentro de las variables psicosociales se encuentran las características de personalidad de la madre como la empatía, las características específicas del embarazo como la planificación del mismo, el control de la ansiedad y el estrés en los procesos de fertilización asistida, el manejo del impacto emocional de las pérdidas perinatales anteriores, un buen perfil socio-demográfico y un buen apoyo social percibido (Damato, 2000; Doan y Zimerman, 2008).

De la misma forma que las habilidades cognitivas y emocionales son necesarias en el inicio y fortalecimiento del vínculo, su expresión tiene que ver con componentes cognitivos y afectivos. Dentro de los elementos cognitivos se encuentran los pensamientos o representaciones mentales acerca del feto, que permiten a las madres realizar incluso, atribuciones de personalidad y comportamiento; por otra parte, los elementos afectivos hacen referencia a la empatía y el placer en la interacción. Finalmente un último elemento de la expresión del vínculo materno-fetal, se relaciona con comportamientos asociados a las prácticas de salud en función del bienestar del feto, por ejemplo el seguimiento obstétrico, la intención de no hacerle daño y la reducción o finalización del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Doan y Zimerman, 2008; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks y Cannella, 2009).

Estas prácticas dirigidas a la búsqueda de bienestar en el embarazo y a la protección del óptimo desarrollo fetal constituyen además un fértil campo de estudio; así lo demuestran diversas investigaciones actuales enfocadas en el campo de la salud primal, el cual reúne la vida fetal, parto, post-parto y primer año de vida (Magee et al., 2014; Pisoni, 2014; Shieh, y Kravitz, 2006). Estas investigaciones permiten aumentar el entendimiento y la importancia de la relación

materno-fetal, como variable indiscutible en la prevención y en el fortalecimiento y promoción de las prácticas de parentalidad positiva.

1.1.1. Vínculo materno-fetal, estado emocional materno y desarrollo psicológico

El estudio acerca de la importancia de factores emocionales, ambientales y sociales en el periodo gestacional, ha permitido detallar la influencia del estado psíquico materno tanto en variaciones en tiempo real del comportamiento fetal; como en algunas alteraciones fetales del desarrollo, las cuales presentan un correlato en el periodo post-natal. Así mismo se ha descrito su repercusión en el vínculo materno-fetal y posteriormente en el comportamiento, desarrollo y vinculación neonatal.

Una considerable cantidad de literatura científica ha permitido detallar y conocer entre otras, cómo el grado de ansiedad materna (Allison, Stafford y Anumba, 2011; Talge, Neal y Glover, 2007), el estrés percibido (DiPietro, 2012; Hernández-Martínez, Arijá, Balaguer, Cavallé y Canals, 2008), la presencia de depresión (Alhusen, Hayat y Gross, 2013; Lindgren, 2001) y los factores socio-económicos poco favorables (Alhusen, Gross, Hayat Rose y Sharps, 2012), se relacionan con el grado de vinculación materno-fetal y con las prácticas de salud o comportamientos que pueden afectar el desarrollo del embarazo y el bienestar fetal. Dentro de estos comportamientos y prácticas de salud se encuentran la abstinencia o reducción del consumo de alcohol (Sedgmen, McMahon, Cairns, Benzie y Woodfield, 2006), del tabaco (Magee, et al., 2014; Massey et al., 2015) y de otras drogas (Shieh y Kravitz, 2006), así como los efectos positivos del descanso, la alimentación adecuada y la atención prenatal (Lindgren, 2001).

Estudios realizados tradicionalmente desde la medicina materno-fetal y la psicobiología han descrito dos tipos de cambios relacionados con la influencia del estado psicológico de la madre durante el embarazo. Los primeros inducidos por medio de la manipulación experimental de dicho estado, indican variaciones en tiempo real de la dinámica del comportamiento fetal, principalmente aspectos medibles que se expresan así mismo en el recién nacido tales como los patrones de frecuencia cardíaca, su variabilidad o estabilidad y la actividad motora (DiPrieto, 2010, 2012); este comportamiento refleja además, los procesos de desarrollo y maduración del sistema nervioso central (Kurjak, Stanojević, Predojević, Laušin y Salihagić-Kadić, 2012). Dentro de las investigaciones en este campo, se encuentran las de exposición materna a la tarea *Stroop Color-Word* la cual se relaciona con una importante respuesta del sistema nervioso simpático en la madre. Realizadas entre las 24 y 36 semanas de embarazo, han permitido observar un aumento de la frecuencia cardíaca fetal y supresión de la actividad motora con retorno a los niveles basales al finalizar la prueba. Otro ejemplo se encuentra en la visualización controlada por parte de las madres de un documental sobre el parto, donde la respuesta fetal incluía disminución de la actividad motora y del ritmo cardíaco, encontrando una significativa diferencia en los fetos de mujeres primíparas, los cuales mostraron un aumento transitorio de la actividad motora durante la escena de parto propiamente dicha. También la relajación materna ha sido estudiada por medio de audio-visualizaciones guiadas, generando una disminución de la tensión fisiológica de la madre a la vez que disminución de la frecuencia cardíaca fetal (DiPrieto, 2012).

El segundo tipo de cambios muestra que la ansiedad materna y el estrés percibido originan alteraciones en el desarrollo fetal que tienen un correlato en el período post-natal (Shieh y Kravitz, 2006); cambios que para Hernández-Martínez et al. (2008) tienen tres posibles explicaciones. La primera, hace referencia a la hipótesis biológica y forma parte de un campo teórico conocido como “programación fetal”, el cual describe la adaptación fisiológica del feto al entorno en el cual se desarrolla (Talge et al., 2007). Esta hipótesis expone que el aumento en los niveles de cortisol materno afectaría al óptimo desarrollo del eje hipotálamo-pituitario-adrenal fetal (Christian, 2012), con manifestaciones post-natales como una escasa autorregulación, déficit en la maduración motora y un menor cociente intelectual infantil (Allison et al., 2011, DiPrieto, 2012; Hernández-Martínez et al., 2008). Grados altos y sostenidos de ansiedad y estrés pueden además, conducir a un aumento en la liberación de catecolaminas aumentando la resistencia de la arteria uterina y la presión arterial, causando disminución en el flujo sanguíneo uterino y un déficit de oxigenación al feto, los cuales se relacionan con menor perímetro craneal y menor circunferencia abdominal fetal (Allison et al., 2011).

En segundo lugar, la hipótesis psicosocial expone que las puntuaciones de ansiedad rasgo se caracterizan por la estabilidad pre y post-parto lo que conduciría a dificultades en la interacción de la madre con el neonato (Allison et al., 2011; Hernández-Martínez et al., 2008). Datos al respecto apuntan a que mujeres con altas puntuaciones de ansiedad en la gestación, también presentan altas puntuaciones después del parto y muestran tendencia a sentirse más desbordadas ante las tareas propias de la primera crianza haciendo, a su vez, valoraciones más negativas de la conducta o temperamento de sus bebés (DiPrieto, 2012). En último lugar, la hipótesis biopsicosocial plantea que la expresión en el neurodesarrollo fetal de los efectos de la exposición prolongada a la ansiedad y el estrés, se ve reforzada por experiencias ambientales post-natales. Bebés más irritables y con menor capacidad de autorregulación son percibidos de forma más negativa por las madres, quienes pueden presentar alteraciones emocionales pre y post-natales, influyendo de esta forma significativamente en las interacciones y pautas de cuidados y crianza (DiPrieto, 2012; Hernández-Martínez et al., 2008).

En cuanto a la depresión prenatal, la literatura indica que al igual que la ansiedad, se caracteriza por su estabilidad en el período post-natal e influye de forma negativa en el crecimiento intrauterino del niño, nacimientos prematuros, la regulación neurocomportamental del neonato y problemas de conducta en la infancia (Goecke et al., 2012). Los síntomas asociados a la depresión durante el embarazo son irritabilidad, tristeza, baja autoestima, sensación de inutilidad y hostilidad hacia el feto (Pollock y Percy, 1999) y según los datos de la investigación realizada por Goecke et al. (2012), la presencia de dichos síntomas durante el tercer trimestre de embarazo se mantiene estable a las tres semanas y seis meses post-parto, afectando significativamente la relación madre-bebé y las prácticas de crianza (Allison et al., 2011; DiPrieto, 2012; Goecke et al., 2012; Lindgren, 2001).

Es preciso anotar que tanto la ansiedad, el estrés percibido y la sintomatología depresiva en una etapa compleja y dinámica como el embarazo, están en gran medida influidos por factores sociodemográficos como la presencia de pareja estable, el nivel de estudios, el nivel

socioeconómico y la aceptación social del embarazo, originando una hipótesis multifactorial acerca de cómo el estado emocional de la madre influye en el desarrollo del feto y el vínculo materno-fetal (Alhusen et al., 2012). Mujeres expuestas a niveles crónicos de estrés psicosocial tienen una probabilidad más alta de desarrollar angustia o depresión durante el embarazo, comprometiendo de esta forma la vinculación afectiva con el feto y las prácticas de salud asociadas al bienestar del mismo, como la abstinencia en el consumo de alcohol (Sedgmen et al., 2006), tabaco (Magee et al., 2014; Massey et al., 2015), drogas (Shieh y Kravitz, 2006) y el acceso y utilización de recursos de educación y atención prenatal (Lindgren, 2001).

Por otra parte, se ha encontrado una fuerte correspondencia entre los datos obtenidos de las mediciones de ansiedad rasgo, el estrés percibido y la depresión, con la dificultad para generar empatía hacia el feto y reconocerlo como otro diferenciado de sí mismo (Goecke et al., 2012; Pisoni et al., 2014), ambos factores fundamentales para el desarrollo del vínculo materno-fetal (Condon y Corkindale, 1997; Doan y Zimmerman, 2008); por lo tanto altos índices de ansiedad, estrés y depresión se asocian con niveles más bajos de vínculo materno-fetal.

La investigación realizada por Massey et al. (2015) respecto al consumo de tabaco, señala como dato relevante que un obstáculo de importancia en la búsqueda de mejores resultados en la abstinencia de tabaco en mujeres embarazadas, radica en una comprensión errónea del porqué las mismas efectúan cambios relacionados con pautas de salud en el embarazo. La posible respuesta es el grado de vinculación afectiva con el feto. En su estudio plantean cómo los procesos conductuales y psíquicos que se ponen de manifiesto al dejar de fumar, difieren esencialmente en mujeres no embarazadas y embarazadas, ya que para estas últimas el deseo de cuidar y proteger al feto actúa como motivación principal para reducir el consumo y en la posterior abstinencia; menor vínculo materno-fetal se asocia con un mayor número de cigarrillos por día durante todo el embarazo. Por otra parte, las mujeres que lograron una reducción considerable del consumo argumentaban el bienestar del bebé como motivación principal, afirmación que denota un comportamiento altruista, empatía y filiación afectiva hacia el feto (Massey et al., 2015). Resultados similares fueron hallados por Sedgmen et al. (2006), quienes observaron una reducción significativa en el número de copas ingeridas en mujeres con problemas de abuso de alcohol, asociadas al incremento del vínculo materno-fetal.

También se constata amplia relación entre los datos proporcionados por investigaciones acerca del consumo de tabaco en mujeres embarazadas y aquellos provenientes de investigaciones acerca del consumo de drogas ilícitas realizados por Shieh y Kravitz (2006). Estos autores sugieren que la posibilidad de iniciar un tratamiento de desintoxicación o acudir a un control gineco-obstétrico o de enfermería en etapas iniciales del embarazo, se asocia con el tipo de droga consumida y con las dimensiones cognitiva y afectiva del vínculo materno-fetal que, como se ha descrito anteriormente, explican la capacidad para representar al feto como otro ser humano, imaginarlo y establecer una filiación afectiva con él (Doan y Zimmerman, 2008).

La evidencia empírica plantea que el vínculo materno-fetal se relaciona igualmente con la sensibilidad materna, la sincronización de la diada madre-bebé en el post-parto y el establecimiento positivo de la función materna, a la vez que es un precursor del vínculo madre-

bebé (Huth-Bocks, Levendosky, Bogat y Von Eye, 2004). Aquellas madres que expresaron sentir una fuerte filiación afectiva hacia sus bebés en el post-parto la describían como un continuo con los sentimientos surgidos hacia el mismo en el periodo prenatal. De la misma forma, mujeres que han desarrollado la empatía y la sensibilidad propias del rol materno en el embarazo, tendían a mayor capacidad para ofrecer una respuesta adecuada y contingente a las necesidades del recién nacido (Siddiqui y Hägglöf, 2000) favoreciendo la interacción positiva entre ambos (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Esta interacción ha sido descrita como la base del vínculo madre-bebé que representa un papel fundamental en el desarrollo social, emocional y cognitivo en la infancia temprana (Alhusen et al., 2013; Dubber, Reck, Müller y Gawlik, 2014).

Una vez analizado su origen y desarrollo parece adecuado proponer que la calidad del vínculo materno-fetal constituye un factor protector del vínculo madre-bebé y por tanto, del desarrollo psicológico posterior.

1.1.2. Evaluación del vínculo materno-fetal

En la medida en que el conocimiento de la vida intrauterina y de los procesos psíquicos que se desarrollan en la mujer durante el embarazo progresa, un número creciente de investigaciones han centrado su interés en la relación materno-fetal como una variable relevante e interesante dentro de la psicología del desarrollo, la psicología de la salud y la psicopatología (Van den Bergh y Simons, 2009), más allá de la obstetricia y la psicobiología. Generalmente, estos estudios han tratado de describir la influencia de la relación materno-fetal en las prácticas saludables durante el embarazo y en la relación posterior madre-bebe (Huth-Bocks et al., 2004).

Las investigaciones de los últimos 20 años en este contexto se han realizado fundamentalmente con tres herramientas de medición: 1) *Maternal-fetal Attachment Scale*, MFAS (Cranley, 1981); 2) *Maternal-antenatal Attachment Scale*, MAAS (Condon, 1993) y, 3) *Prenatal Attachment Inventory*, PAI (Muller, 1993). Estas escalas han sido de gran ayuda para conocer y describir el vínculo materno-fetal, si bien es cierto, no han estado exentas de críticas, especialmente al momento de definir el constructo teórico del vínculo materno-fetal.

Van den Bergh y Simons (2009) realizaron una revisión de estos tres instrumentos. Estos autores plantean que las medidas son fiables, pero advierten del riesgo de utilizar el término "apego" en el contexto prenatal, ya que no existen evidencias empíricas que avalen una supuesta reciprocidad en esta relación. Es por ello, que subrayan la importancia de atender a las actitudes, sentimientos y comportamientos de la madre durante el periodo prenatal y su inclusión en las correspondientes escalas de medidas, toda vez que evidencian el vínculo de la mujer embarazada hacia su hijo no nato. Se trata en definitiva, de observar cómo la madre expresa su atención y compromiso para con el no nato en el marco de la filiación afectiva desarrollada.

1.1.2.1. Maternal-fetal Attachment Scale (MFAS)

Esta escala fue desarrollada por Cranley (1981) en el área de enfermería y es el primer instrumento de medición que se diseñó para el estudio del vínculo materno-fetal. En el mismo se describen cinco aspectos relevantes y frecuentes en la manifestación del vínculo materno-fetal: 1) la diferenciación del yo del feto; 2) la entrega de sí mismo; 3) la interacción con el feto; 4) la atribución de características al feto y, 5) la asunción del rol materno.

La versión final de esta escala consta de 24 ítems repartidos en las cinco subescalas citadas anteriormente. El formato de respuesta se presenta en una escala Likert con puntuaciones de 1 (definitivamente no), 2 (no), 3 (duda), 4 (sí) y 5 (definitivamente sí). Este instrumento se utilizó por primera vez en una pequeña muestra de 71 mujeres abarcando el periodo de gestación entre las semanas 35 y 40.

La fiabilidad de esta escala no fue determinada con precisión en los estudios iniciales de Cranley debido al tamaño reducido de la muestra, pero sí en investigaciones posteriores como la de Muller (1993) donde presentaba una muy buena consistencia interna ($\alpha = .92$). Es de importancia resaltar que desde su creación en los años 80 hasta la actualidad, la MFAS es la escala más utilizada en la medición del vínculo materno-fetal. Estudios posteriores (Bloom, 1995; Lindgren, 2001; Shieh y Kravitz, 2006) han revelado igualmente unos buenos indicadores de fiabilidad para la escala total en el rango de .82 a .91, e igualmente para las cinco subescalas, comprendidas en el rango de .52 a .73.

1.1.2.2. Prenatal Attachment Inventory (PAI)

Este instrumento fue creado a comienzos de los años 90. Desarrollado al igual que la MFAS en el contexto de un postgrado en enfermería, el *Prenatal Attachment Inventory* (PAI), se basa en las críticas realizadas a este primer instrumento de medida. Es por ello que incluye una serie de componentes cognitivos del vínculo materno-fetal que reflejarían los pensamientos y fantasías que tiene la madre acerca del feto, los cuales se encuentran reseñados en la literatura precedente y que revelan la creciente filiación afectiva (Brandon et al., 2009).

Muller (1992) propone además, que estos sentimientos deben diferenciarse de aquellos que tiene la mujer de sí misma como mujer embarazada o de los que provienen de su percepción de sí misma como madre. Este instrumento consta de 21 ítems que se plantean en una escala de frecuencia en formato Likert: “casi nunca” (0)... “casi siempre” (5) y fue aplicado en una muestra de 336 mujeres embarazadas a partir de la semana 20 de gestación. Presenta un coeficiente de fiabilidad alfa que oscila entre 0,81 y 0,93 para el total de la escala. El estudio de Müller (1993) revela que el cuestionario PAI presenta una buena validez convergente con la escala MFAS ($r = .72, p < .01$). Por otro lado, Damato (2004) encontró un índice de correlación similar ($r = .74, p < .01$) con la escala MFAS sosteniendo la convergencia propuesta por Muller (1993).



1.1.2.3. Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)

La *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS) es el primer instrumento que no proviene del contexto de la enfermería y que se ubica en el ámbito de la salud mental. Fue diseñado por Condon (1993) con el objetivo de solventar la inadecuación de los instrumentos anteriores al momento de diferenciar la actitud de la madre hacia el feto, de la actitud hacia el embarazo o la maternidad en términos generales. Por lo tanto elaboró la escala teniendo como punto de referencia exclusivamente los sentimientos de la mujer hacia el feto (Alhusen, 2008), en términos del amor sentido de manera subjetiva. Desarrollado en una muestra de 112 mujeres tanto primíparas como múltiparas, consta de 19 ítems con respuesta en una escala tipo Likert donde 1 representa ausencia de sentimientos y 5 sentimientos muy fuertes. Estos ítems analizan la calidad del vínculo descrita como la experiencia afectiva de la madre y la intensidad, que hace referencia a la cantidad de tiempo invertido en comportamientos o pensamientos que manifiestan filiación con el feto. Así, de la relación entre ambos componentes surgen las que para este autor son las cinco características principales del vínculo materno-fetal: 1) el deseo de conocer al feto; 2) el deseo de estar e interactuar con él; 3) la necesidad de evitar la pérdida o la separación; 4) la necesidad de protegerlo y, 5) identificarse con él y satisfacer sus necesidades (Condon, 1993; Pollock y Percy, 1999). Este instrumento presenta una muy buena fiabilidad ($\alpha = .82$) para el total de la escala (Condon, 1993; Van den Bergh y Simons, 2009).

Es importante señalar que aunque las tres escalas más comúnmente utilizadas poseen buenas propiedades psicométricas, las mismas han sido diseñadas y probadas en muestras de poblaciones claramente sesgadas, ya que las participantes han sido en términos generales mujeres blancas y de clase media. Por tanto, se desconocen los resultados de estos índices al extrapolar dichas escalas a otro tipo de poblaciones; actualmente existen muy pocos estudios sobre vínculo materno-fetal en mujeres en situación de vulnerabilidad económica, psicosocial o de diferentes etnias (Alhusen, 2008; Alhusen et al., 2012; Lindgren, 2001; Shieh y Kravitz, 2002).

1.1.3. Parto respetado: una manera de fomentar el apego

Actualmente en Chile, se encuentra en trámite la Ley de Parto Humanizado o Parto Respetado, el cual busca terminar con la violencia obstétrica y garantizar los derechos del recién nacido (neonato) y de las mujeres durante la gestación, parto y postparto (salud reproductiva de la mujer). Se pretende agregar un nuevo capítulo a la ley 20.584 (deberes y derechos del paciente), por lo que en el proyecto se incluye un listado de derechos para las madres gestantes, los recién nacidos y para el padre o acompañante. Adicionalmente, se mencionan los actos que constituyen maltrato o faltas de respeto, además de enumerarse intervenciones de rutina sin justificación y contraindicadas en mujeres de bajo riesgo obstétrico. En otras palabras, se busca promover un parto respetado, de manera de resguardar ciertas garantías que hoy dependen del equipo médico que atiende el parto.



¿Qué es un parto respetado? Aquel en que la madre es acompañada por personal idóneo y actualizado en las necesidades de ella y de su bebé (matrona y /o ginecólogo), y por quien ella ha elegido (padre, doula, una abuela, su madre, etc.), y que a través de esa compañía pueda confiar y sentirse segura en que respetarán sus ritmos y fisiología del proceso, sin necesidad de intervenir innecesariamente o forzar una cesárea.

Actualmente en el sistema de salud público se puede solicitar una atención personalizada del proceso de nacimiento, garantizando con ello lo siguiente:

- Atención integral y personalizada a la mujer gestante y a su acompañante en los diferentes momentos del proceso del nacimiento: parto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas, con el manejo oportuno del dolor y respetando la pertinencia cultural.
- El trabajo de parto se maneja siguiendo los procesos fisiológicos naturales, no invasivos, previniendo complicaciones para la madre y su hijo / hija y considerando los procesos emocionales de la mujer y su pareja o persona significativa de acuerdo a las normas contenidas en el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo.
- El equipo de salud debe estar capacitado para dar una atención centrada en las necesidades de la mujer, en el establecimiento de un vínculo con su recién nacido(a) y promover la participación activa de la pareja o persona significativa durante todo el proceso del nacimiento.

De esta definición se derivan las siguientes acciones del equipo médico que son un derecho para la madre que ingresa a su trabajo de parto:

- Atención Personalizada y continua por el mismo profesional, durante el trabajo de parto y parto.
- Generar un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad.
- Informar a la mujer sobre alternativas para el manejo del dolor del trabajo de parto, ya sean farmacológicas o no.
- Favorecer el primer contacto piel a piel y afectivo entre la madre, padre e hijo (a), hasta 60 minutos después del parto.
- Favorecer la continuidad de la atención a la familia desde el proceso de parto hasta el parto, realizada por matrn o matrona.

1.2. Apego en la infancia

El apego en la infancia tiene una función adaptativa tanto para el niño como para los padres. Cumple dos funciones básicas: favorecer la supervivencia del niño (función muy biológica) manteniendo unidos al niño y los padres y proporcionar seguridad emocional.

Para cumplir estas funciones básicas, proteger y proporcionar seguridad, el apego tiene cuatro manifestaciones fundamentales:

- Buscar y mantener la proximidad de la madre o el padre.
- Resistirse a la separación y protestar si se produce.
- Usar la figura de apego como base de seguridad desde la que se explora el mundo físico y social, (el niño se atreve a explorar el mundo con la referencia de la figura de apego cerca)
- Sentirse seguro buscando en la figura de apego el bienestar y el apoyo emocional.

El apego tiene un papel muy importante a lo largo de todo el ciclo vital por lo que establecer adecuados vínculos de apego con personas adultas que nos cuiden y eduquen, así como vínculos de amistad con iguales con los que compartamos experiencias y juegos, es fundamental para el desarrollo emocional.

1.2.1. Fases del desarrollo del vínculo del apego

La conducta de apego en el desarrollo del bebé humano se desarrolla en varias fases, aunque no existen límites estrictos entre unas y otras:

Fase 1: Orientación y señales con una discriminación limitada de la figura

Esta fase dura desde el nacimiento hasta las doce semanas de edad, aproximadamente. La habilidad del bebé para distinguir a las personas en esta fase se limita a los estímulos olfativos y auditivos. La conducta del bebé hacia cualquier persona cercana se basa en: orientación hacia esa persona, movimientos oculares de seguimiento, intentar agarrar, sonrisas y balbuceo.

Fase 2: Orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas

En esta etapa la conducta del bebé amistosa es más clara en relación con la figura materna que en relación con los demás.

Fase 3: Mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada, por medio de la locomoción y de señales.

El bebé empieza a elegir a determinadas personas como figuras de apego y descarta a otras. En este momento el apego hacia la figura materna ya es evidente para todo el mundo.

Fase 4: Formación de una pareja con corrección de objetivos

Alrededor de la mitad del tercer año, el bebé comienza a mantener la proximidad con la figura de apego por medio de sistemas con corrección de objetivos de organización sencillo y después empieza a concebir a la figura materna como un objeto independiente, que persiste en el tiempo y en el espacio.

El momento en que el niño experimenta un vínculo de apego más fuerte es alrededor de los dos años de edad, produciéndose un alto nivel de protestas ante la separación de la figura de apego y la aparición de personas nuevas o extrañas. Esta etapa suele coincidir con la incorporación de muchos niños al jardín infantil.

El jardín infantil supone la primera salida del niño de su entorno más próximo. Supone también el momento de empezar a asimilar los diferentes aprendizajes y, lo que es más importante, el inicio de la relación con sus pares (sus compañeros). El niño pasa de ser el protagonista a ser uno más dentro de un colectivo y esto puede crearle cierto desasosiego. Lo ideal es que los primeros contactos se produzcan en compañía de la madre u otras figuras de apego secundarios (abuelos, tíos...) por tiempos breves para posteriormente irlo dejando sólo en intervalos más espaciados. Hay que tener en cuenta que a edades de 1 o 2 años, el niño no dispone de estructuras cognitivas suficientemente maduras como para interpretar que, la separación de su madre en un entorno nuevo, es un hecho temporal. La marcha de la madre es vivida, en un primer momento, como una pérdida real e irreparable (no entiende que más tarde vendrá a recogerle) y los mecanismos innatos de supervivencia se ponen en marcha (llanto, pataletas...). La angustia o ansiedad de separación puede dispararse en algunos casos.

1.3. Apego en la adolescencia y adultez

Los estilos de apego en la adolescencia parecen ser bastante distintos de aquellos exhibidos por las personas durante su infancia. A primera vista los adolescentes parecen estar comprometidos en una huida activa de las relaciones de apego con sus padres. Dichas relaciones son consideradas por muchos de ellos como lazos que los restringen, más que como fuente de seguridad (Allen y Land, 1999).

En los inicios de esta etapa, los adolescentes realizan bastantes esfuerzos para ser menos dependientes de sus cuidadores, atravesando un período de profundas transformaciones cognitivas, emocionales y conductuales, a medida que evolucionan desde ser una persona que recibe cuidado, hasta ser alguien capaz de cuidar a otros (Allen y Land, 1999).

Un cambio fundamental en este período vital es la emergencia de una organización del apego que predice la conducta futura en el ámbito de las relaciones amorosas y con la progenie. Sucede en base a los patrones de apego desarrollados a través de las relaciones establecidas con múltiples cuidadores. De este modo, emerge una estrategia integrada para el acercamiento a las relaciones de apego, que es altamente predictiva de la futura conducta de apego (Allen y Land, 1999).

La diferenciación del sí mismo permite a los adolescentes distinguirse de sus cuidadores e internalizar las relaciones de apego en un mayor grado. Asimismo, el advenimiento del pensamiento operacional formal, permite a los adolescentes comparar sus relaciones con distintas figuras de apego y con ideales hipotéticos (Allen y Land, 1999).

Durante esta etapa, los adolescentes comienzan a disminuir cada vez más la confianza en sus padres como figuras de apego. Hacia la mitad de la adolescencia, muchos jóvenes aún recurrirán a sus padres bajo condiciones de extremo estrés y los padres seguirán siendo considerados como figuras de apego hasta la edad adulta. El adolescente busca vivir con un menor grado de dependencia emocional hacia sus padres. Sin embargo, es importante destacar que los adolescentes pueden explorar la posibilidad de independizarse de sus padres ya que tienen la certeza que pueden recurrir a ellos en caso de necesidad. A medida que este proceso de autonomía se desarrolla, los adolescentes aumentan su capacidad para reevaluar la naturaleza de la relación de apego establecida con sus padres (Allen y Land, 1999).

Durante la mitad de la adolescencia, las interacciones con los pares constituyen una fuente de intimidad, de feedback sobre la conducta social y sobre las relaciones de apego. Recién al final de la adolescencia los pares pasan a constituirse como figuras de apego en todos los sentidos de esta palabra. De hecho, la creciente necesidad de autonomía puede presionar a los jóvenes para que utilicen a sus pares como figuras de apego.

Desde este punto de vista, las necesidades y conductas de apego son gradualmente transferidas hacia los pares. Esta transferencia involucra una transformación desde las relaciones jerárquicas de apego hacia relaciones con iguales.

Además, se considera que las relaciones románticas establecidas durante esta etapa de la vida no sólo resultan del desarrollo de intereses en la creación de vínculos de apego con los pares, sino que también reflejan el operar del sistema de la sexualidad. Los sistemas de apego y sexualidad empujan a las personas hacia el establecimiento de relaciones de pares, caracterizadas por una suficiente intensidad, por intereses compartidos y fuertes afectos (Allen y Land, 1999).

Desde esta perspectiva, la seguridad del apego durante la adolescencia hace referencia a una estrategia característica para manejar los pensamientos, sentimientos y recuerdos relacionados con el apego, recuerdos específicos y representaciones de interacciones con las figuras de apego y las continuas relaciones con dichas figuras.

Las familias de los adolescentes que presentan estrategias seguras, difieren de aquellos con estrategias inseguras, en el balance de los procesos de autonomía y la satisfacción de las necesidades de apego, lo que se traduce en la mayor confianza que estos adolescentes exhiben en sus relaciones interpersonales (Allen y Land, 1999).

Los patrones de interacción familiar exhibidos por las familias de adolescentes con apego inseguro pueden ser problemáticos, especialmente en la adolescencia, cuando se requiere sensibilidad para negociar las demandas de autonomía de los adolescentes.



Las estrategias de apego inseguro se relacionan con un funcionamiento psicosocial desadaptativo (Allen y Land, 1999). Los adolescentes que emplean estrategias preocupadas, manifiestan problemas en la externalización de sus conductas, por ejemplo, exhiben agresión y conductas antisociales.

Los adolescentes que utilizan estrategias despreocupadas se caracterizan por la tendencia a evitar la discusión o la consideración de un rango de afectos fuertes, tales como el miedo, la rabia, la desilusión, el dolor y la soledad. Tienden a idealizar las relaciones pasadas, a minimizar la importancia de las dificultades previas y a presentarse a sí mismos como relativamente invulnerables. Los adolescentes que emplean estrategias preocupadas pueden aprender que estar profundamente involucrados en sentimientos de rabia en las relaciones cercanas es un modo menos doloroso y más auto-protector para relacionarse con sus cuidadores (Allen y Land, 1999).

Por otra parte, en relación a las manifestaciones de los patrones de apego en la adultez, Feeney y Noller (1996) han señalado que las personas muestran diferentes estilos de apego que reflejan sus experiencias interpersonales. De este modo, existirían diferentes patrones de respuestas conductuales que se derivarían de los distintos modelos operativos internos del sí mismo y los otros (representaciones mentales).

Las personas con estilo de apego seguro parecen tener modelos positivos de sí mismas y de los otros; reportan niveles más elevados de autoestima y confianza en sí mismas, tienen alta estima por los otros. Desean la intimidad con otros, buscan un balance entre la cercanía y la autonomía. Han tenido una historia de apego caracterizada por la mantención de relaciones cálidas con ambos progenitores y entre ellos, sus relaciones amorosas se caracterizan por la felicidad, la amistad y la confianza. Consideran que son fáciles de conocer, tienen pocas dudas sobre sí mismos y creen que los demás tienen buenas intenciones y que el amor de pareja es duradero. Suelen gustar a los demás y consideran que éstos son dignos de confianza, desinteresados y que es posible depender de ellos. Son capaces de reconocer el estrés y de modular los afectos negativos de manera constructiva (Feeney y Noller, 1996).

Las personas con estilo de apego preocupado, parecen tener modelos mezclados, sus modelos de sí mismo parecen ser negativos, tienen relativamente baja autoestima, mientras que su modelo de los otros parece ser positivo en el sentido que ven la cercanía como algo altamente deseable (Klohn y John, 1998). Generalmente perciben a sus padres como injustos, tienen dudas sobre sí mismos, perciben incomprensión por parte de los demás y consideran que éstos son complicados y difíciles de entender. Les es fácil enamorarse, pero creen que el amor verdadero es difícil de encontrar y que los demás no quieren comprometerse. Sus experiencias amorosas se caracterizan por la obsesión y los celos, el deseo de unión y reciprocidad, una fuerte atracción sexual y el tránsito entre extremos emocionales (Feeney y Noller, 1996). Los adultos ansiosos también desean las relaciones cercanas, pero su necesidad de aprobación y temor al rechazo puede llevarlos a buscar una intimidad extrema y a tener bajos niveles de autoestima. Generalmente realizan demostraciones intensificadas de estrés e ira para provocar



respuestas en los demás y actúan de manera solícita y cooperadora para obtener aceptación (Feeney y Noller, 1996).

Los adultos con apego evitante, dirigen su conducta en base a la necesidad de mantener la distancia. En cuanto a su historia de apego, perciben a sus madres como frías con tendencia al rechazo. Sus modelos operativos internos se caracterizan por la creencia que el amor de pareja raramente dura y que pierde intensidad, sospechan de los motivos de los demás, creen que no son dignos de confianza y no se puede depender de ellos, dudan de la honestidad e integridad de sus padres y de las personas en general y demuestran falta de confianza en las situaciones sociales. Necesitan mantener la distancia y limitan la intimidad a la satisfacción de las necesidades de autonomía e independencia, concediendo mayor importancia a objetivos como el logro. Realizan pocas revelaciones íntimas y controlan el estrés cortando la rabia y minimizando las demostraciones relacionadas con éste. Sus relaciones amorosas se caracterizan por el miedo a la intimidad y la dificultad para aceptar a la pareja (Feeney y Noller, 1996).

Desde la perspectiva de Bartholomew, los adultos despreocupados intentan limitar la intimidad para satisfacer su necesidad de autonomía e independencia, pero los temerosos hacen lo mismo para manejar su enorme necesidad de cercanía y temor al rechazo (Collins y Read, 1994).

Las personas con distintos estilos de apego, pueden diferir en el grado hasta el cual ciertas metas relacionadas con las relaciones interpersonales y amorosas, tendrán mayor importancia o serán accesibles. También puede haber diferencias en las condiciones necesarias para satisfacer las propias metas en este ámbito, por ejemplo, los adultos seguros y los ansiosos buscan la intimidad, pero los ansiosos requieren mayores niveles de intimidad antes de satisfacer esta necesidad. Aunque los adultos con apego seguro y evitante valoran la autonomía, difieren en los niveles deseados (Collins y Read, 1994).

Hazan y Shaver (1987, en Pietromonaco y Feldman Barrett, 2000a) investigaron los patrones de apego en adultos, y establecieron que corresponderían conceptualmente a las descripciones de los patrones conductuales de apego de los niños. Descubrieron que los adultos seguros parecían estar cómodos con la cercanía en sus relaciones, y no estarían especialmente preocupados ante la posibilidad de ser rechazados; los adultos ansioso/ambivalentes parecían buscar la cercanía excesiva y estarían preocupados ante la posibilidad de ser rechazados; y los evitativos parecían estar incómodos con la cercanía y encontrarían difícil depender de otros.

Desde otra perspectiva, la mayoría de los investigadores que estudia el apego adulto confía en un refinado esquema que explícitamente identifica estilos según modelos del sí mismo y los otros. Este esquema, propuesto por Bartholomew (1991), considera cuatro estilos de apego que resultarían de la combinación de un modelo positivo o negativo del sí mismo con un modelo positivo o negativo de los otros (Pietromonaco y Feldman Barrett, 2000a). Desde este punto de vista, la investigación sugiere que las siguientes generalizaciones sobre las personas conformarían cada uno de los cuatro prototipos de apego:



- La gente que tiene modelos positivos de sí mismo y los otros se ajustaría al prototipo de apego seguro y reportaría sentimientos de comodidad con la cercanía y la intimidad.
- La gente que tiene modelos negativos de sí mismo y los otros se ajustaría a la categoría del apego temeroso/evitativo y reportaría sentimientos de miedo y deseo de cercanía.
- La gente que tiene un modelo negativo de sí misma y uno positivo de los otros, calza en la categoría de apego preocupado caracterizada por un deseo de gran cercanía y temor al abandono.
- Finalmente, la gente que reporta un modelo positivo de sí mismo, pero negativo de los otros se ajusta a la categoría de apego despreocupado y reportaría incomodidad con la cercanía y auto-confianza compulsiva.

Los cuatro estilos de apego serían prototipos en los cuales podrían ser clasificadas las personas en mayor o menor grado, dependiendo de cada dimensión de modelos operativos a la que se ajusten (Pietromonaco y Feldman Barrett, 2000a).

En conjunto los hallazgos científicos sugieren que las personas despliegan distintos estilos de apego durante la adolescencia y la adultez. La evidencia señala que la visión que una persona con un determinado estilo de apego, tenga sobre quienes le rodean, dependerá de los aspectos en los cuáles enfoque su evaluación de la situación. Algunas personas parecen tener visiones de los otros mezcladas e inconsistentes (positivas y negativas a la vez), y los teóricos sostienen que la positividad o negatividad de las visiones de sí mismo y los demás, dependería de los contextos situacionales específicos en los cuales se vea involucrada cada persona.

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL APEGO

1. Personalidad

La “personalidad” o temperamento del niño influencia la vinculación. Si un niño es difícil de calmar o irritable, se le hará más difícil desarrollar un apego seguro. La habilidad del niño de participar en la interacción madre-hijo puede verse en riesgo debido a alguna condición médica, como ser prematuro, defectos de nacimiento o enfermedad.

Se admite que el perfil del bebé influye en su crianza sobre todo si presenta un rasgo particular o infrecuente: los bebés apáticos suelen ser ignorados, y los excitables suelen recibir respuestas exasperadas de sus cuidadores.

Bowlby decía que si madre e hijo aportan a la relación variables biológicas y temperamentales, sólo la primera incorpora elementos de su historia previa, sus valores culturales y sus expectativas sobre la crianza, atributos que hacen que su comportamiento resulte más variado e impredecible.

Moss encontró que el modo en que las madres responden al llanto del hijo en los tres primeros meses de vida correlaciona con el tipo de ideas y sentimientos sobre la crianza expresados tres años antes.

Por su parte David y Appell detectaron que los niños siempre responden a las iniciativas de sus madres, mientras éstas les correspondan en función de su propia idiosincrasia.

Mario Marrone señalaba de esta forma las relaciones entre el vínculo afectivo y el comportamiento de la díada madre-hijo:

- Cada patrón de conducta tiene patrones definidos en la interacción diaria madre-hijo.
- La respuesta sensible de la madre durante el primer año de vida es el mejor predictor de la seguridad del apego del niño:
 - La actitud distante y de rechazo por parte del cuidador (sobre todo contacto corporal con el niño), predicen un patrón de conducta evitativo.
 - Los niños ambivalentes tienen madres inconstantes que tienden a desalentar la autonomía y la independencia.

2. Las conductas del cuidador o padres pueden afectar negativamente la vinculación

Padres que critican, rechazan e interfieren, tienden a tener hijos que evitan la intimidad emocional. Padres abusivos tienden a tener hijos que, al sentirse incómodos con la intimidad, se retraen. Es posible que la madre del niño no sea sensible a su hijo debido a depresión, abuso de sustancias, o porque se siente abrumada por problemas personales u otros factores que puedan interferir con su habilidad de “estar ahí” para el niño.

3. Un factor de riesgo en la formación de un apego saludable, es el miedo

Si un niño se siente angustiado por un dolor, amenaza o un ambiente caótico, se le hará difícil participar, aunque sea en el marco de una relación de cuidado amorosa. Niños que viven en ambientes de violencia doméstica son vulnerables a desarrollar problemas de apego.

4. El “acoplamiento” entre los temperamentos y capacidades del niño y la madre es crucial como factor protector del apego

Algunos cuidadores pueden sentirse muy bien con un niño tranquilo, pero sentirse abrumados por uno irritable. El proceso de prestar atención, leer las señales no verbales, y responder a las mismas en forma apropiada, es esencial para mantener experiencias de vinculación que resulten en apegos seguros. A veces el estilo de comunicación y respuestas con que la madre está familiarizada, por sus otros hijos, puede que no se ajuste a su nuevo bebé. La frustración mutua de estar fuera de sincronización puede afectar negativamente la vinculación.

Un desarrollo anormal en el apego lleva una serie de trastornos en el niño a futuro.

Entre ellos encontramos:

- Retraso en el desarrollo: El vínculo entre un niño pequeño y sus cuidadores provee el mayor vehículo para su desarrollo físico, emocional y cognoscitivo. Es en este contexto primario que el niño aprende el lenguaje, las conductas sociales, y otras conductas claves necesarias para un desarrollo saludable. La falta de experiencias consistentes y enriquecedoras en la niñez temprana puede tener como consecuencia retrasos en el desarrollo motor, del lenguaje, social y cognoscitivo del niño.
- Hábitos alimenticios anormales: Los hábitos alimenticios extraños son comunes, especialmente en niños con problemas severos de negligencia y apego. Estos podrían acaparar comida, esconderla en sus cuartos o comer como si no fuese a haber más comida, incluso cuando nunca les hay faltado el alimento. Es posible que lleguen a rumiar los alimentos (vomitar), tener problemas al tragar o manifestar hábitos alimenticios patológicos que a menudo son mal diagnosticados como anorexia.
- Conductas calmantes primitivas: Para calmarse, estos niños emplean conductas inmaduras y bizarras, como morderse, golpearse la cabeza, mecerse, cantarse, arañarse o cortarse. Estos síntomas aumentan en momentos en que se sienten angustiados o amenazados.
- Funcionamiento emocional anormal: Estos niños presentan una gama de problemas emocionales, incluyendo síntomas de depresión y ansiedad. Una de estas conductas comunes es el apego “indiscriminado”. Todos los niños buscan sentirse seguros. Si tenemos en mente que el apego es importante para la sobrevivencia, los niños pueden



buscar apego (cualquier apego) para su seguridad. Personas no capacitadas, pueden pensar que estos niños abusados y maltratados son “amorosos” y que abrazan a personas que les son prácticamente extrañas. Los niños no desarrollan un vínculo emocional profundo con personas que apenas conocen; más bien estas conductas “afectuosas” son realmente comportamientos que buscan seguridad.

- Modelaje inapropiado: Los niños copian la conducta de los adultos, aunque ésta sea abusiva. Aprenden que ésta es la forma “correcta” de interactuar con otros. Esto les causa problemas en sus interacciones sociales con adultos y otros niños. Por ejemplo, niños que han sido abusados sexualmente, pueden estar en mayor riesgo de ser nuevamente abusados. Varones que han sido abusados sexualmente, pueden convertirse en ofensores sexuales.
- Agresión: Uno de los mayores problemas con estos niños es la agresión y la crueldad. Esto se relaciona con dos de los problemas principales en los niños que sufren negligencia: falta de empatía y pobre control de impulsos. Ellos realmente no entienden ni perciben lo que otros sienten cuando ellos hacen o dicen cosas hirientes. De hecho, a menudo estos niños sienten la urgencia de azotar y herir a otros, típicamente menos poderosos que ellos. Lastimarán a animalitos, niños más pequeños, pares o a sus hermanitos. Al ser confrontados con su conducta cruel y agresiva, estos niños podrían mostrar arrepentimiento (una respuesta intelectual), pero no remordimiento (una respuesta emocional).

3. APEGO Y CUIDADOS ALTERNATIVOS: PADRES Y/O CUIDADORES EN EL MUNDO LABORAL

Los cambios sociales acontecidos durante las últimas décadas que han supuesto una importante incorporación de la mujer al mundo del trabajo, han aumentado el interés social por la influencia que puede tener para el desarrollo emocional del niño el ser cuidado por otras personas. Se trata de un problema que ha generado muchas investigaciones y un intenso y acalorado debate durante los últimos años, sobre todo por sus implicaciones prácticas y por su trasfondo ideológico.

Belsky y Rovine (1988) realizaron un meta-análisis sobre cuatro investigaciones que habían estudiado la relación entre los cuidados alternativos y el tipo de apego que los niños establecían con sus madres. Los estudios revisados por estos autores encuentran relación entre apego y day-care, ya que aquellos niños que no eran cuidados exclusivamente por sus madres tenían más posibilidades de mostrar apegos inseguros, por lo que podrían ser considerados como población de riesgo. En concreto, eran aquellos niños que durante el primer año de vida recibían más de 20 horas semanales de cuidados alternativos quienes tenían más posibilidades de ver alterado su desarrollo (el 35% de estos niños, y el 47% cuando los cuidados alternativos superaban las 35 horas, desarrollaban apegos inseguros con sus madres). Los cuidados alternativos que más parecían perjudicar la formación del vínculo con la madre, además de los que suponían más tiempo, eran los que tenían lugar fuera de casa.

Otra revisión realizada un año después (Hoffman, 1989) encontró una relación débil entre los cuidados alternativos durante el primer año y el tipo de apego establecido por el bebé, apuntando la posibilidad de que no sea el hecho de ser cuidado por otras personas, sino algunas de las tensiones familiares que estas situaciones pueden generar las responsables de la inseguridad en el vínculo creado.

Roggman, Langlois, Hubbs-Tait y Rieser-Danner (1994) han criticado el metaanálisis de Belsky y Rovine aludiendo al problema del file drawer. Según estos autores los meta-análisis como el de Belsky suelen realizarse sobre resultados de investigaciones que han sido publicados en revistas, olvidando que la mayoría de los estudios que se publican son aquellos que han encontrado relación entre las variables estudiadas, ya que hay una tendencia entre autores y editores a no publicar los resultados de investigaciones que no detectan esta relación. Así, Roggman et al. (1994) hacen referencia a un importante número de estudios que no encontraron relación entre day-care y tipo de apego, y que por no haber sido publicados no fueron incluidos en el estudio de Belsky y Rovine. En un estudio que estos mismos autores llevan a cabo sobre 105 niños para replicar los analizados por Belsky, utilizando las mismas categorías de day-care a tiempo completo y a tiempo parcial (Roggman et al., 1994), encontraron unos resultados bien diferentes. En concreto, el apego inseguro era más frecuente en los niños que recibían cuidados alternativos a tiempo parcial (10-20 horas/semana) que entre los niños cuidados a tiempo total o que los que no recibían ningún tipo de cuidados alternativos. Estos datos parecen indicar que el day-care parcial está relacionado con una mayor ansiedad en las madres, probablemente por las tensiones suscitadas por el conflicto de roles profesional-maternal. Igualmente saca a relucir la



importancia de no considerar todos los cuidados alternativos como una única categoría, sino que resulta muy conveniente diferenciar entre distintos tipos de provisión de cuidados.

En este sentido hay que destacar los resultados de estudios realizados en países como Suecia en los que hay una gran calidad en los cuidados alternativos que se ofrecen a los niños. En este país, Andersson (1992) encontró que aquellos niños que durante el primer año experimentaron estos cuidados fueron considerados por sus maestros como más competentes social, emocional y cognitivamente que los niños que fueron criados por sus madres.

También se han realizado estudios en Israel que han revelado la existencia de un elevado porcentaje de niños de apego inseguro, principalmente ambivalente, entre aquellos niños que acuden a kibbutz (Sagi, 1990). Sin embargo, en un estudio reciente (Sagi, Van Ijzendoorn, Aviezer, Donnell y Mayseless, 1994) se diferenció entre niños que acudían a kibbutz tradicionales en los que, salvo unas horas que pasaban en el domicilio familiar, los niños estaban día y noche, y otros kibbutz en los que los niños iban a dormir a sus casas. En este segundo caso, era mucho más frecuente que los niños desarrollasen apegos seguros con sus madres (80% frente a un 48% de los niños que dormían en el kibbutz). Como señalan los autores, parece que, a pesar de la indudable calidad de los cuidados ofrecidos en estos centros, las condiciones de cuidados nocturnos pueden favorecer la formación de apegos inseguros-ambivalentes: muchos cambios en los turnos de las cuidadoras nocturnas que impiden que los niños lleguen a formar vínculos con ellas, por lo que es muy probable que la intervención de las cuidadoras ante el llanto del niño llegase incluso a provocar ansiedad ante el extraño. También parece probable que existan algunos momentos privilegiados de cara a la formación del vínculo afectivo entre el niño y sus padres. El momento en el que el niño va a dormir parece que puede suscitar una serie de interacciones desformalizadas y cargadas de afecto muy adecuadas para la formación del apego.

Uno de los hallazgos más recientes de la investigación sobre este tema tiene que ver con el efecto mediador que ejercen los cuidados alternativos entre el tipo de apego que establece el niño y su adaptación emocional posterior. Vaughan, Deane y Waters (1985) no encontraron relación entre el apego en la infancia y el ajuste a los dos años de aquellos niños que habían experimentado day-care durante los doce primeros meses de vida. Sin embargo, cuando se trataba de niños cuidados por sus padres sí hubo relación. Como ha indicado Howes (1990), para los niños que experimentan daycare desde muy temprano, es la calidad de éste, más que los factores familiares, lo que predice su adaptación posterior. Egeland y Hiester (1995) encuentran que el tipo de apego manifestado por los niños a los doce meses estuvo relacionado con la adaptación emocional del niño a los 42 meses y en los años preescolares, ya que los niños de apego seguro se adaptaron mejor. No obstante, esta relación sólo se dio entre aquellos niños que habían sido cuidados por su familia. En el caso de los niños que habían sido cuidados por otras personas no se halló esta relación entre el apego inseguro y la desadaptación posterior. El hecho de que los niños de apego inseguro que experimentaban day-care no presentasen problemas emocionales durante los años preescolares puede deberse a que el day-care había liberado a sus madres de algunas de sus responsabilidades de cuidado. Ello podría haber supuesto un cierto alivio que influiría positivamente en su bienestar emocional y en su relación



con el niño, mostrándose más responsivas y atentas, con lo que mejoraría la calidad de la vinculación entre madre e hijo. Otra posibilidad apuntada por los autores es que estos niños podían haber establecido con sus cuidadores una relación positiva que compensase la pobre relación que sostenían con sus madres. Los datos obtenidos por Sagi (1990) revelan que el mejor predictor del desarrollo socio-emocional de niños que asisten a un kibbutz es el tipo de apego establecido con su cuidadora. Otros autores (Clark-Stewart, 1989; Thompson, 1988) han apuntado la posibilidad de que la Situación del Extraño no sea un buen procedimiento para evaluar el tipo de apego de aquellos niños que han experimentado day-care, ya que la conducta evitativa de estos niños reflejaría una historia de separaciones y de contactos con personas extrañas, antes que una historia de cuidados maternos inadecuados. Por ello, podrían ser clasificados como niños de apego inseguro en base a su conducta en la Situación del Extraño, cuando en realidad podrían haber establecido un apego seguro.

Los datos que hemos expuesto ponen de relieve la complejidad de este problema, que hacen difícil generalizar acerca de las influencias de los cuidados alternativos sobre el vínculo que el niño establece con sus padres. No obstante, no parece que pueda decirse que estos cuidados necesariamente supongan una mayor probabilidad de inseguridad en este vínculo. Es la calidad de los cuidados que se ofrecen al niño como alternativa de los cuidados de los padres lo que parece que determinará la seguridad del apego. Cuando los cuidados son adecuados, y cuando permiten que el niño disponga de tiempo para interactuar con unos padres que viven esta situación sin ansiedad, es muy probable que no surjan problemas emocionales.



BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez L., Becerril E. (2012). La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida. Los vínculos que establece el ser humano para la supervivencia. Universidad de Cantabria. Extraído desde
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguezE.pdf>
- Barg G. (2011). Bases neurobiológicas del Apego. Revisión temática. Universidad Católica del Uruguay. Extraído desde
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a07.pdf>
- Giménez J. (2009). neurobiología del “vínculo de apego” y embarazo. Departamento de Anatomía, Histología y Neurociencia Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Extraído desde
<http://www.unav.edu/documents/6709261/2428b6c4-3d70-449a-afa8-32d27067f1ea>
- Oliva A. (2004). Estado actual de la Teoría del Apego. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología. Universidad de Sevilla. Extraído desde
<http://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- Roncallo C., Sánchez M., Arranz E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. Escritos de Psicología vol.8 no.2. *versión On-line* ISSN 1989-3809 *versión impresa* ISSN 1138-2635. Extraído desde
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200004

Sitios web

- **Apego, acontecimientos vitales y depresión**
https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9262/Primera_parte_MARCO_TEORICO.pdf?sequence=6
- **Apego en la adolescencia y adultez**
<https://prisciharcha.wordpress.com/2012/12/09/cuales-son-las-caracteristicas-de-los-estilos-de-apego-durante-la-adolescencia-y-la-aduldez/>
- **Cómo generar apego seguro desde el embarazo**
<https://www.comienzosano.nestle.cl/como-generar-apego-seguro-desde-el-embarazo#>
- **El apego en la infancia**
<https://www.guiainfantil.com/articulos/familia/el-apego-en-la-infancia/>



- **El apego infantil: la importancia de las primeras vinculaciones desde el nacimiento**

<http://www.psicologos-granvia.com/articulos/el-apego-infantil-la-importancia-de-las-primeras-vinculaciones-desde-el-nacimiento>

- **Factores que influyen en el apego**

<http://www.latejuela.cl/blog/escuela-para-padres-los-factores-que-influyen-en-el-apego-parte-ii/>

- **La importancia del apego en el embarazo**

<https://omicrono.lespanol.com/2013/08/la-importancia-del-apego-en-el-embarazo/>

- **Parto respetado**

<http://www.crececontigo.gob.cl/faqs/puedo-tener-un-parto-respetado-en-el-sistema-publico/>