



TRABAJO DE FIN DE GRADO

VÍNCULO DE APEGO, BENEFICIOS Y  
CONSECUENCIAS EN EL INFANTE. EL PAPEL DE  
LA ENFERMERÍA  
ATTACHMENT BOND, BENEFITS AND  
CONSEQUENCES IN THE INFANT. NURSING  
ROLE

**AUTORA: LAURA VECILLA ARA**  
**DIRECTORA: MAITE SANTURTÚN ZARRABEITIA**

*UNIVERSIDAD DE CANTABRIA*  
*GRADO EN ENFERMERÍA*  
*CURSO 2021/2022*

## AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ABSTRACT AND KEYWORDS.....</b>	<b>3</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
3.1. Justificación.....	4-5
3.2. Objetivo general y específicos.....	5
3.3. Metodología y estrategia de búsqueda.....	5
3.4. Descripción de los capítulos.....	5-6
<b>4. CAPÍTULOS.....</b>	<b>6-26</b>
<b>4.1. CAPÍTULO 1: Apego seguro. Creación del vínculo y beneficios</b>	
4.1.1. Concepto.....	6-7
4.1.2. Justificación del vínculo de apego. Beneficios y utilidad.....	8
4.1.3. Figuras de apego.....	8-9
4.1.4. Formas para establecer el vínculo de apego y fases que lo conforman.....	9-10
<b>4.2. CAPÍTULO 2: Apego inseguro. Clasificación y consecuencias en la salud mental del infante</b>	
4.2.1. Clasificación del vínculo de apego en el infante.....	11-13
4.2.2. Clasificación del vínculo de apego en el adulto.....	13-14
4.2.3. Características de los vínculos de apego inseguro según la clasificación del Procedimiento de la Situación Extraña	
4.2.3.1. Apego inseguro evitativo.....	14-15
4.2.3.2. Apego inseguro ambivalente.....	15-16
4.2.3.3. Apego inseguro desorganizado.....	16-17
4.2.4. Grupos de riesgo.....	17-19
4.2.5. Consecuencias en la salud mental de infantes que han desarrollado un apego inseguro.....	19-22
<b>4.3. CAPÍTULO 3: La Enfermería como promotora del vínculo seguro de apego</b>	
a) Intervención en mujeres embarazadas.....	22-23
b) Apoyo durante el parto y el puerperio.....	23-24
c) Seguimiento en Atención Primaria.....	24-25
d) Soporte en Unidades de Hospitalización Pediátrica.....	25-26
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>27</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>28-33</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>34-37</b>

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El vínculo de apego que se cree entre un bebé y su cuidador principal, figura que generalmente ocupará su madre, será clave en el futuro desarrollo tanto físico como psicológico del niño o niña. Cuando el apego es seguro y la figura cuidadora atiende las necesidades emocionales y físicas del bebé, este irá adquiriendo paulatinamente la capacidad de comprensión del mundo y de los demás de una forma sana y constructiva. No obstante, cuando el vínculo resultante es inseguro, fruto de una relación en la díada que no supe estas necesidades, la salud mental del infante se verá afectada.

El objetivo de este trabajo es analizar los diferentes tipos de apego y las consecuencias del mismo en el infante, así como describir la intervención enfermera en la prevención del vínculo inseguro y la promoción del apego seguro. Para ello, se han revisado diferentes bases de datos científicas en Internet que han permitido responder a los objetivos general y específicos planteados.

En base a ello, se pone de manifiesto la importancia de la creación de un vínculo de apego seguro desde el nacimiento, que proteja la salud mental de todos y cada uno de los individuos de una sociedad.

**Palabras clave:** apego a objetos, cuidadores, psicopatología, experiencias adversas en la infancia, atención en enfermería.

## 2. ABSTRACT AND KEYWORDS

The attachment style that a baby establishes with their main caregiver, who is usually their mother, will be key in the future physical and psychological development of the child. When the attachment is secure and the caregiver attends to all the baby's emotional and physical needs, they will gradually acquire the ability to understand the world and others in a healthy and constructive way. However, when the resulting bonding is insecure, due to a relationship between the dyad that does not supply the baby's needs, their mental health will be harmfully damaged.

The aim of this paper is to analyze all different types of attachment and its consequences in the infant, as well as to describe the nurses' role in the prevention of an insecure attachment style and the promotion of the secure one.

This proves the importance of the establishment of a secure attachment style from birth; one that protects the mental health of each and every individual in a society.

**Keywords:** object attachment, caregivers, psychopathology, adverse childhood experiences, nursing care.

### **3. INTRODUCCIÓN**

Las experiencias vividas en las primeras etapas de la vida, la calidad de cuidados recibidos y los lazos afectivos creados son clave en el desarrollo de recursos para la vida adulta. El desarrollo de un vínculo de apego seguro en la infancia constituye un factor protector, ya que aumenta la adaptabilidad del niño o niña ante situaciones adversas. (1)

El ser humano necesita desde el momento en que nace personas responsables que le garanticen que todas sus necesidades vitales como son el afecto, el cuidado, el alimento, la higiene o el movimiento van a estar cubiertas. Esta necesidad de cuidados mutuos propicia la creación del apego. (2)

El apego es un vínculo afectivo entre el infante y el cuidador que perdura en el tiempo. Se manifiesta como un conjunto organizado de conductas cuya finalidad es mantener la proximidad entre ambos individuos, creando un sistema de regulación diádica del estrés. Es un lazo irremplazable, específico y discriminativo que se va construyendo mediante las interacciones de la figura cuidadora con el infante. (3)

El Procedimiento de la Situación Extraña (PSE) considerado el Gold Estándar en la evaluación del apego temprano, fue introducido por Mary Ainsworth y se realiza mediante la observación detallada de la interacción madre-hijo/a en distintas situaciones de separación-reunión junto con la presencia de una persona extraña. En este contexto se evalúa la búsqueda de proximidad, el mantenimiento del contacto, la resistencia y frustración y la evitación del vínculo. La codificación exhaustiva y entrenada de estos patrones clasifica el apego en cuatro grupos: apego seguro, apego inseguro evitativo, apego inseguro ambivalente y apego inseguro desorganizado. Los estilos de apego en muestras normativas en cuanto al contexto familiar corresponden con cifras de 70% de niños y niñas con un vínculo de apego seguro, un 10% con un estilo evitativo, un 10,8% con estilo ambivalente y un 9,2% con estilo desorganizado. En muestras de alto riesgo como son niños y niñas institucionalizados de forma temprana, el porcentaje de apego seguro e inseguro se ve invertido obteniendo datos de 2/3 de vínculos de apego inseguro frente a 1/3 de relaciones seguras. (4)

A lo largo de las últimas décadas, la evidencia científica ha demostrado que el desarrollo de un vínculo de apego temprano es un proceso vital para comprender, prevenir e intervenir en la salud mental y física de las personas. (4)

#### **3.1. Justificación**

La gran importancia del tema en cuestión radica en que la relación que se cree entre la figura de apego y el niño o niña influirá en el desarrollo de este y le afectará de un modo u otro para toda su vida. Problemas de apego durante los primeros años pueden causar problemas biológicos como el menor desarrollo de algunas áreas del cerebro, (5) ya que durante los tres primeros años de vida se generan el mayor número de sinapsis neuronales. (1) Por otro lado, la ausencia de un vínculo de apego seguro predispone al desarrollo de problemas de salud mental como la depresión, la alteración de la personalidad, trastornos de atención, del estado de ánimo y de conducta y problemas con adicciones entre otros. (6)

Por ello, la creación de un vínculo de apego seguro es crucial en la integración de habilidades cognitivas, afectivas y conductuales, favorecerá la seguridad, la independencia y el desarrollo psicofisiológico de los niños y niñas y condicionará las relaciones posteriores que formen con otras personas. (5)

### **3.2. Objetivo general y específicos**

El **objetivo general** de este Trabajo de Fin de Grado es analizar los diferentes tipos de apego y las consecuencias del mismo en el infante.

Los **objetivos específicos** planteados son los siguientes:

- Identificar los procesos de creación del vínculo de apego y los beneficios del apego seguro.
- Analizar los factores predisponentes y los grupos de riesgo para el desarrollo de un vínculo inseguro, así como las consecuencias en la salud mental del infante.
- Describir la intervención enfermera en la prevención y detección de vínculos de apego inseguros entre cuidadores e infantes, así como figura promotora del vínculo seguro.

### **3.3. Metodología y estrategia de búsqueda**

Este trabajo es una monografía que ha sido elaborada a partir de la revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas en Internet, que me han permitido obtener toda la información necesaria para poder alcanzar tanto el objetivo general como los objetivos específicos.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica he utilizado los siguientes términos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC), así como los Medical Subject Headings (MeSH): apego a objetos (object attachment), psicopatología (psychopathology), cuidadores (caregivers), clasificación (classification), responsabilidad parental (parenting), experiencias adversas en la infancia (adverse childhood experiences) y atención en enfermería (nursing care). Además, los operadores booleanos que he utilizado han sido AND y OR.

Las bases de datos consultadas para la realización de este trabajo han sido PubMed, Google Scholar, SciELO y ScienceDirect. Además, he consultado el Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC), para adaptar la actuación enfermera que expongo en el tercer capítulo a los servicios que presta esta Comunidad. A la hora de realizar la búsqueda bibliográfica he aplicado los siguientes filtros: intervalo específico de tiempo (2011-2022) e idioma inglés y español. Por ello, todos los artículos utilizados datan del año 2011 en adelante salvo uno de ellos *“El apego. Más allá de un concepto inspirador”* publicado en 2010 e incluido en este trabajo por su cuestionamiento y reflexión sobre la Teoría del Apego. En cuanto a los estudios y metaanálisis incluidos en la monografía, el criterio de inclusión ha sido de igual modo que estuvieran en español o inglés, que fueran posteriores a 2011 y que fueran artículos completos cuyo acceso era gratuito. Finalmente, para organizar todo el cuerpo de la bibliografía he utilizado el gestor bibliográfico *Mendeley*. Los artículos fueron citados de manera automática y posteriormente revisados para corregir posibles fallos y adaptarlos al estilo de citación *Vancouver*.

### **3.4. Descripción de los capítulos**

La siguiente monografía está compuesta por tres capítulos:

- **Capítulo 1:** en este capítulo se describe el vínculo de apego seguro, los mecanismos de formación de este, las figuras de apego y los beneficios e importancia de crear un vínculo sano.
- **Capítulo 2:** continuamos con la clasificación, tipos y características del apego inseguro. Se exponen los diferentes grupos de riesgo y los factores predisponentes. Finalmente se tratan los problemas de salud mental que puede conllevar un vínculo inseguro.
- **Capítulo 3:** el trabajo concluye planteando el papel de la Enfermería en la promoción del vínculo de apego seguro, la prevención de trastornos del patrón de apego y la detección de situaciones de riesgo para actuar en consecuencia.

## **4. CAPÍTULOS**

### **4.1. CAPÍTULO 1: Apego seguro. Creación del vínculo y beneficios**

#### **4.1.1. Concepto**

Desde el momento del nacimiento, el ser humano posee necesidades continuas de apoyo y protección. Estas necesidades se ven suplidas a través del sistema conductual de apego. Este sistema se conforma mediante conductas y emociones expresadas por el niño o niña que van dirigidas a conseguir la proximidad de la figura de apego. (1,4)

La Teoría del Apego, postulada en 1969 por el psicoanalista británico John Bowlby, expone que la tendencia del infante a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura principal es innata, tiene como función la supervivencia de la especie, es independiente de otras necesidades como la alimentación y requiere de una satisfacción primaria. (7,8) Si la figura de apego está disponible, esta generará confianza en el infante y disminuirá su miedo a las situaciones desconocidas. Esta seguridad se va adquiriendo paulatinamente desde el nacimiento, a lo largo de la infancia, la niñez y la adolescencia. (1)

El sistema de conductas de vinculación incluye acciones como el cuidado, la exploración y la sociabilidad, todas ellas necesarias para la supervivencia. Esto pone de manifiesto que la característica principal del apego no es la dependencia con el cuidador principal sino un equilibrio entre la exploración y la búsqueda de cercanía. (1) La creación de una relación de base segura entre el infante y la figura de apego permite que el niño o niña use la figura del adulto como un recurso para explorar y pueda enfocar toda su atención y energía en el aprendizaje. Además, el apego seguro está relacionado con las actitudes del infante hacia sí mismo, la percepción sobre su propia competencia, las habilidades cognitivas y de atención, así como con la sociabilidad. (3)

Para hablar sobre el apego seguro vamos a introducir el concepto de sensibilidad materna. Este término fue propuesto por Mary Ainsworth en 1973 y hace referencia a la habilidad de la madre para estar atenta a las señales del infante, interpretarlas correctamente y responder de manera adecuada y a tiempo. (3) Un cuidador sensible pone su atención en las necesidades tanto

físicas como emocionales del niño o niña. Además, es capaz de sincronizar las actividades de este con las propias y ajustarse a sus estados emocionales dependiendo de las particularidades de cada momento evolutivo. (3) Por lo tanto, la capacidad que muestre la madre en leer las señales del infante en tiempo real, interpretarlas de manera adecuada y responder a ellas, marcará la sensibilidad de la respuesta a las necesidades de este. (9)

La sensibilidad materna está intrínsecamente relacionada con un tipo de apego seguro y podría predecir si las futuras relaciones del individuo pueden resultar armoniosas. (1)

Por otro lado, los criterios que definen una vinculación de apego son: (1)

- Una relación emocionalmente significativa en la díada
- La persistencia con una persona diferenciada de las demás
- El estrés por separación en el infante
- El deseo de mantener la proximidad con la persona preferida
- La búsqueda de seguridad y el confort en ella

Además, existen una serie de conductas, representaciones mentales y sentimientos que caracterizan el vínculo del apego.

Las conductas están enfocadas a conseguir o mantener la proximidad con las personas con las que existe apego y son llamadas en forma de llanto, vocalizaciones o gestos, búsqueda de contacto físico (abrazos, mimos) y vigilancia y seguimiento de las personas de referencia. Este repertorio de conductas es muy amplio, varía con cada individuo y va aumentando con su desarrollo.

Dentro de las representaciones mentales, el apego supone la construcción de un modelo mental de la relación. Esta representación mental se va conformando en base a los recuerdos, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo y las expectativas generadas sobre la propia relación. En un principio son procesos mentales basados en experiencias y sensaciones, pero con el tiempo se convierten en representaciones mentales.

Finalmente, los sentimientos asociados a la figura de apego introducen expectativas sobre cómo el otro se relacionará con nosotros. Serán de bienestar, placer, proximidad y contacto cuando el bebé y el adulto tengan un vínculo adecuado, lo cual transmitirá afirmación y seguridad a este. Por el contrario, aparecerán sentimientos de ansiedad y frustración cuando tengan lugar separaciones o dificultades para establecer contacto. (2,7)

Siguiendo con lo mencionado anteriormente, existen tres aspectos básicos que definen la generación del apego y el establecimiento de un vínculo seguro. Estos son la sintonía, el equilibrio y la coherencia. Existe sintonía cuando el estado interno de los progenitores o cuidadores principales concuerda con el del infante. En cuanto al equilibrio, el niño o niña equilibra y regula su cuerpo, las emociones y los estados mentales a través de la sintonía con los progenitores. Por último, la coherencia es el sentido de integración y conexión que adquiere el infante mediante la relación con las personas de referencia con las que ha establecido el apego. (2)

#### **4.1.2. Justificación del vínculo de apego. Beneficios y utilidad**

Por un lado, es vital para nuestra supervivencia disponer de otra persona que nos alimente, lave, alivie nuestro dolor o supla otras necesidades primarias a nuestro nacimiento. Además, nuestro cerebro necesita de la estimulación de otro ser humano adulto para poder desarrollar todas las estructuras que le permitan adquirir las capacidades adultas al completar su desarrollo. (8)

Por otro lado, esta relación de apego ayuda al ser humano en tres grandes cuestiones como son el sistema de regulación emocional, la función cognitiva y las capacidades emocionales básicas para el comportamiento social. (2)

La figura de apego adulta regula los estados fisiológicos y emocionales del bebé al reconocer adecuadamente su estado emocional y actuar acorde a ello. Es decir, adopta una actitud que permite al infante transformar el estado de displacer en uno más adecuado al responder con cuidados fisiológicos o psicológicos. Al regularlo, le permite aceptar las frustraciones y los cambios de la vida cotidiana, además de ayudarlo en la capacidad de adaptación a la realidad.

En cuanto a la función cognitiva, a través de la relación de apego se inicia la capacidad de mentalización y el desarrollo de la capacidad simbólica del ser humano. En torno a los ocho meses se da la etapa de “permanencia del objeto”, momento en el que el bebé comienza a entender que las cosas no dejan de existir, aunque no las vea. Es necesario que experimente ausencias, ya que gracias a estas va creando representaciones internas de la realidad y desarrollando la capacidad simbólica: utilización del lenguaje, imitación diferida, creatividad o juego imitativo. A partir de ello desarrollará procesos cognitivos básicos como la atención, memoria, percepción y capacidad de análisis. (2)

Hablando de las capacidades emocionales básicas, cuando el infante experimenta el afecto y entonamiento por parte del adulto, está recibiendo la definición que este hace de su estado. Gracias a esto, el bebé reconoce subjetivamente su estado interno y las formas que utiliza el adulto para atenderlo. Poco a poco experimenta que una acción va seguida de un estado afectivo, lo cual le lleva a presuponer la existencia de un agente como sujeto de la acción. Esto sienta la base de la identidad, el autoconcepto y de la empatía social. Del mismo modo, el conectar con el otro hace que la valoración que haga de sí mismo dependa de la valoración que los demás hagan de él, configurándose así la autoestima. (2)

#### **4.1.3. Figuras de apego**

El vínculo de apego se establece con una persona que desee vincularse afectiva y vitalmente a ese niño o niña. La parentalidad siempre será psíquica, antes que fisiológica o biológica. Solo podrá ofrecer unas competencias adecuadas de cuidados, protección y educación que aseguren un desarrollo sano aquella persona que desee hacerlo. (2)

Un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal que será quien cuide de este desde el momento que nace. Generalmente, esta figura la llevará a cabo la madre ya que habitualmente es quien adquiere el rol de cuidadora principal tras el nacimiento

del bebé. En contextos de institucionalizaciones tempranas donde las figuras maternas/paternas no están disponibles, los infantes establecerán vínculos de apego con los educadores con los que convivan. (9,10)

Por otro lado, es importante que el infante tenga varias figuras de apego, aunque exista una jerarquía entre ellas y se prefiera a unas frente a las otras ya que esto facilitará la elaboración de los celos, el aprendizaje por observación e identificación y la estimulación rica y variada. Además, es fundamental que las personas adultas a las cuales está apegado el niño o niña tengan relaciones positivas entre ellas. (2)

#### **4.1.4. Formas para establecer el vínculo de apego y fases que lo conforman**

Desde la vida intrauterina, el niño y la niña establecen un entramado de relaciones socioemocionales que conllevarán el desarrollo de diferentes vínculos afectivos con sus cuidadores. (11) Tras el parto, el contacto piel con piel precoz, el contacto visual y la lactancia materna son las primeras formas de comunicación con el neonato. Durante las dos primeras horas de vida, el recién nacido experimenta un periodo de alerta tranquila, momento adecuado para comenzar con la creación de lazos afectivos ya que la madre se encuentra en un estado de máxima sensibilidad debido a la descarga de noradrenalina y oxitocina durante el parto. (12) Tan pronto como sea posible deberá comenzarse el contacto piel con piel, colocando al recién nacido sobre la región torácica de su madre. Esta experiencia favorece la termorregulación del bebé, permite que alcance antes valores adecuados de glucemia, mejore su equilibrio ácido-base y se establezca cardiorrespiratoriamente. El contacto precoz estimulará a su vez el inicio de la lactancia materna. La leche materna posee un valor nutricional e inmunológico con grandes beneficios para el recién nacido. Por otro lado, el amamantamiento aporta beneficios psicológicos tanto para la madre como para el bebé, contribuyendo en gran medida al desarrollo del vínculo afectivo. Por tanto, el contacto precoz y la succión de los pezones por parte del neonato estimulará la secreción de oxitocina que disminuirá el estrés materno e inducirá un estado de máxima afectividad en la madre. (12,13)

En la construcción del sistema de apego se pueden identificar una serie de fases.

a) Los dos primeros meses constituyen la **fase de pre-apego**. En esta etapa no existe discriminación de figura por lo que los comportamientos del bebé irán dirigidos a cualquier persona que esté cerca. Estos forman parte de su bagaje genético y son en su mayoría de carácter reflejo. No obstante, posee ciertas capacidades sensoriales y perceptivas que le permiten comunicarse y conocer a las personas que le rodean. Durante esta fase aparecen conductas como orientar la mirada hacia una persona, sonreír, dejar de llorar etc.

b) Entre los 2 y los 6 meses tiene lugar la **fase de formación del apego**. El bebé empieza a diferenciar a las personas familiares de las desconocidas, mostrando una mayor tendencia a interactuar con el cuidador o cuidadores principales. Los comportamientos mencionados en la fase anterior se orientan ahora hacia estas personas.

c) La **fase de experimentación y regulación del apego** se da entre los 6 meses y 3 años de edad. Al final del primer año, los comportamientos estarán destinados a mantener la proximidad con la figura de apego. Se producen gran cantidad de cambios que dan lugar a la vinculación afectiva. Algunas de las conductas a destacar en esta fase son la búsqueda de la figura de apego ante la amenaza, la exploración en momentos tranquilos y la internalización de la relación de apego dentro de la familia. Además, en esta fase se consolidan otros tres sistemas conductuales relacionados con el sistema de apego; el sistema de miedo, el afiliativo y el exploratorio.

El sistema de miedo lo conforman las conductas de cautela, temor e inhibición que aparecen cuando el infante se enfrenta a una situación novedosa, sobre todo cuando intervienen personas no familiares.

El sistema afiliativo contiene el conjunto de conductas cuya finalidad es la búsqueda de proximidad e interacción con personas conocidas.

Por último, el sistema exploratorio se ve favorecido por las nuevas posibilidades de desplazamiento autónomo y contribuye a que el infante conozca y explore el entorno físico, manteniendo la proximidad con la figura discriminada.

d) De los 3 años en adelante se produce **la activación del apego** y se forma una relación recíproca entre los miembros que conforman el vínculo. La figura de apego es percibida como separada, generando comportamientos cada vez más sutiles y complejos que activan el apego para evitar la separación.

e) Durante la adolescencia se produce el **desapego de las figuras parentales, el duelo por la pérdida y el reapego tanto a adultos como a iguales**. (14,15)

f) Finalmente, en la edad adulta se produce la manifestación de **apego entre iguales** que, generalmente, tendrá las características del estilo de crianza/relación afectiva con la que fue cuidado. (8)

Como conclusión de todo lo mencionado anteriormente, el desarrollo del vínculo afectivo estará intrínsecamente relacionado con la calidad de las relaciones que se establezcan entre la diada madre/figura cuidadora y el infante. Esta vinculación afectiva le proporcionará un modelo relacional básico y las herramientas necesarias para desenvolverse en otros contextos de socialización a lo largo de su vida. (11) A su vez, la calidad del cuidado que reciba el infante determinará la calidad de seguridad del apego. Un vínculo seguro permitirá una adecuada regulación de las emociones, facilidad para expresar los sentimientos, tolerar la frustración y resolver favorablemente los conflictos. Además, está considerado un importante factor de resiliencia durante el resto de la vida del niño o niña y se relaciona con un autoconcepto positivo de uno mismo. (1,16)

## 4.2. CAPÍTULO 2: Apego inseguro. Clasificación y consecuencias en la salud mental del infante

Cuando las figuras de apego no pueden sintonizar con el niño o niña y estos no satisfacen las necesidades de afecto y protección, o cuando estas figuras no están disponibles, abandonan, maltratan, abusan o violentan al infante, estamos hablando de incompetencia parental lo cual conlleva a la creación de un vínculo no adecuado. Esto generará en el infante un patrón específico de respuestas emocionales y conductuales desajustadas. (17)(2)

### 4.2.1. Clasificación del vínculo de apego en el infante

Está siendo en los últimos años motivo de debate la cuestión de si la aproximación a la organización del apego debe hacerse desde un modelo categorial o desde un modelo dimensional. En algunos procedimientos se proponen taxonomías que clasifican el apego de los niños y niñas en distintas categorías en función de las diferencias individuales observadas en su evaluación (por ejemplo, estilo seguro, ambivalente, evitativo o desorganizado). Nuevas propuestas sugieren escalas unidimensionales (como una puntuación continua en seguridad) o multidimensionales (con puntuaciones en indicadores de seguridad, inseguridad, evitación y desorganización). (4) Dentro de la Teoría del Apego, existen estudios que demuestran que un modelo dimensional permite obtener más correlaciones con otras medidas ya que proporciona un continuo de puntajes. Por otro lado, un modelo categorial sería un indicador de la estrategia predominante de apego, frente a los datos dimensionales, que expresarían la fuerza con la que las diversas estrategias (segura, evitativa, ambivalente) operan en cada individuo. (18)

Existe también el debate de si las personas desarrollan uno o múltiples estrategias/modelos mentales de apego. Aunque los dos principales instrumentos de medición del apego (*Procedimiento de Situación Extraña* y *Adult Attachment Interview*) arrojan un solo modelo de apego, hay estudios que demuestran que ese modelo específico sería el que actúa con los cuidadores significativos, pero que es altamente probable que una persona desarrolle múltiples estrategias con cada figura de apego. (18)

El procedimiento más destacado para evaluar las conductas de apego temprano es la "Situación Extraña", metodología diseñada por Mary Ainsworth en 1978 apoyándose en la Teoría del Apego de Bowlby. Este instrumento examina las estrategias conductuales de apego de los niños y niñas con su figura de cuidado principal a través de la activación del sistema de apego y está especialmente dirigida a aquellos con edades comprendidas entre los 12 y los 20 meses. (4) El "Procedimiento de la Situación Extraña" consiste en la sucesión de ocho episodios en los que participan la madre, el infante y una persona extraña, que nos permiten observar distintos aspectos del comportamiento infantil y emitir un juicio clínico sobre el tipo de apego que ha desarrollado el infante con su madre. Se tienen en cuenta tres aspectos de la conducta infantil; el **comportamiento del niño/a hacia su madre**, la **conducta exploratoria** y sus **niveles de juego** y las **manifestaciones emocionales**. (9) Se realizan dos separaciones y dos reuniones con la figura de apego, cuya función es activar y desactivar el sistema de apego, y se observa cómo organiza el menor su conducta en relación con el adulto. (4) El orden de acontecimientos de la Situación Extraña es el siguiente; en primer lugar, se encuentran la madre y el niño/a en una habitación con

juguets. A continuación, entra una persona extraña, la madre deja al niño/a con la extraña a solas, la madre vuelve y la extraña se va, la madre deja al menor solo, la extraña vuelve y finalmente la madre vuelve. (8) La regulación del estrés y el papel que adquiere la figura de referencia en ese proceso son los focos clave de observación, por lo que la reunión, más que la separación en sí misma, adquiere una importancia crucial a la hora de valorar el sistema de apego desarrollado. (4) A partir de estas observaciones, inicialmente se clasificaba el estilo de apego en apego seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente. Posteriormente, Mary Main y Judith Solomon describieron otro tipo de reacciones y plantearon una nueva categoría; el apego desorientado-desorganizado. (2)

Estas observaciones fueron realizadas por primera vez por Mary Ainsworth y comenzaron en Uganda en 1954, donde pasó cerca de dos años. Allí observó a una muestra de 28 niños y sus madres a lo largo de nueve meses en ambientes naturales de interacción. Años después comenzó su segundo estudio longitudinal, con una muestra de 26 niños y sus madres en Estados Unidos. Se realizaron observaciones sistemáticas en el hogar durante el primer año del infante. Al encontrar ciertas diferencias en el comportamiento de los infantes de Uganda y los de Estados Unidos, Ainsworth diseñó la metodología de la Situación Extraña que le permitía observar el comportamiento de apego de los niños y niñas de manera más sistemática en un contexto de laboratorio. (19)

Sus hallazgos fueron corroborados posteriormente en poblaciones de distintos países con diversas poblaciones clínicas y no clínicas. De igual modo, su clasificación del apego ha sido cuidadosamente examinada en un contexto transcultural y se han encontrado importantes diferencias y similitudes en diversas culturas, poniendo de referencia la universalidad, pero también la heterogeneidad de este sistema conductual. (11,19,20)

Según la clasificación propuesta por Ainsworth, los infantes que busquen interactuar con el cuidador y le usen como base exploratoria en la Situación Extraña serán incluidos dentro del grupo de apego seguro. Aquellos que no busquen interacción con el cuidador ni parezcan preocupados o protesten ante las separaciones serán considerados dentro del vínculo de apego inseguro evitativo. Finalmente, los niños o niñas que interactúen poco con su cuidador, mezclen conductas de contacto y rechazo y protesten intensamente ante la separación, pero rechacen al cuidador en el reencuentro, habrán desarrollado un tipo de apego inseguro ambivalente. (12)

No obstante, en la utilización del Procedimiento de Situación Extraña (PSE) como instrumento de clasificación del apego debemos tener en cuenta una serie de consideraciones importantes para evitar llegar a conclusiones erróneas.

Antonio Galán Rodríguez, Doctor en Psicología y Psicólogo Clínico expone algunas de estas cuestiones que se tratan a continuación.

1. En primer lugar, un profesional evaluando la conducta de un infante mediante el PSE no debe esperar una reproducción literal de las respuestas mencionadas anteriormente, ya que no se tiene en cuenta el contexto inicial en el cual se elaboró esta tipología. Esto pone sobre la mesa el

peligro de evaluar el apego exclusivamente en contextos artificiales y la importancia de la **observación naturalista en el hogar**.

2. Por otro lado, al tomar con excesiva literalidad las descripciones del PSE, dejamos de lado el **factor evolutivo**, ya que esta metodología fue diseñada para niños/as de entre 12 y 20 meses de edad. No es aplicable a otras edades ya que la forma de actuar de estos no se correspondería con las esperadas debido a su estado de maduración cognitiva.

3. Finalmente, un tercer error vinculado a la tipología de apego es que con frecuencia tiende a ser considerada como una clasificación de personalidad, que atribuye a sus manifestaciones unos rasgos de permanencia y generalización que no responden a la realidad. Esto pone de manifiesto el **carácter contextual y dinámico del apego**, que debe ser considerado como una serie de estrategias de adaptación más que de características del individuo. (21)

Además, el psicólogo Jerome Kagan destaca la existencia de factores como el temperamento, la clase social y la influencia del medio, que jugarían un papel importante en la conducta de los individuos, su desarrollo emocional y la forma en que interactúan con las personas que los rodean.

#### **4.2.2. Clasificación del vínculo de apego en el adulto**

En el proceso de evaluación del apego en personas adultas, al no ser posible la observación de conductas con su cuidador principal, se han diseñado una serie de instrumentos en formato de entrevistas o cuestionarios que permiten, a través del análisis de niveles más representacionales, clasificar el vínculo de apego en diferentes subgrupos. A continuación, se exponen tres de los instrumentos más utilizados.

- **Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA) (22)**

Utiliza una visión de prototipos para evaluar y conceptualizar el constructo del apego en el adulto. Existe gran dificultad a la hora de que un adulto encaje de manera perfecta en uno de los patrones clásicos del apego debido a las diversas influencias del pasado y de las relaciones actuales. Por ello, este instrumento de evaluación permite por un lado evaluar cómo un individuo se ajusta a cada prototipo en un momento dado y reflejar la variación del estilo de apego a través del tiempo. Para ello, el método de evaluación consta de tres elementos principales:

- **Entrevista de relaciones interpersonales:** consiste en una entrevista semi-estructurada que aborda el pasado de la persona entrevistada, así como eventos y relaciones interpersonales actuales. Se enfoca en representaciones de apego con miembros de la familia nuclear, parejas y amigos íntimos y en experiencias comunes tempranas y actuales. (*Anexo 1*)

- **Clasificación de prototipos:** la entrevista es codificada y se asigna una puntuación determinada a cada prototipo, resultando una clasificación en siete categorías: P1: seguro-autónomo, P2: excesivamente dependiente, P3: inestable en sus relaciones, P4: excesivamente sobreprotector, P5: excesivamente autocontrolado, P6: excesivamente autónomo y P7: emocionalmente indiferente.

- **Autoevaluación:** es un instrumento adicional de autclasificación basado en la misma organización de prototipos. El usuario debe jerarquizar siete descripciones prototípicas desde la que más le representa hasta la que menos lo hace.

- **Adult Attachment Interview (AAI) (23)**

La entrevista del apego adulto (*Anexo 2*) es una entrevista compuesta por una parte estructurada y otra semiclínica más informal, centrada en las experiencias del apego temprano y sus efectos. En primer lugar, se pide a los participantes que expongan cinco adjetivos que describan la relación con cada uno de sus progenitores durante su infancia. A continuación, deben explicar recuerdos que apoyen la elección de dichos adjetivos. Posteriormente, se les pregunta sobre cuestiones relacionadas con la relación que tuvieron con su familia en la infancia y cómo las experiencias que vivieron consideran que les han afectado a la hora de desarrollar su personalidad. También se pregunta sobre pérdidas emocionales difíciles, entre otras cuestiones.

La técnica ha sido descrita como “*sorprendiendo al subconsciente*” ya que permite crear contradicciones en el participante o simplemente delatar la falta de concordancia en las declaraciones del relato. La duración de la entrevista es de una hora, se transcribe al mismo tiempo y los entrevistadores utilizan únicamente el discurso de la entrevista para evaluar el apego.

Las clasificaciones resultantes de la entrevista son las siguientes: apego seguro/autónomo (secure/autonomous), apego evitativo (dismissing), apego preocupado (preoccupied) y apego desorientado/desorganizado (unresolved/disorganized).

- **Cuestionario de Relación de Bartholomew y Horowitz (24)**

Este cuestionario (*Anexo 3*) destaca por su brevedad, su sensibilidad transcultural y por no ser sensible a sesgos de autoengaño. Consiste en una clasificación dimensional y prototípica del apego, que tiene en cuenta la percepción de una persona hacia sí misma y hacia los demás, así como el nivel de ansiedad y evitación que se experimenta en las relaciones interpersonales.

Es un cuestionario autoadministrado que está formado por cuatro afirmaciones en relación con la forma de relacionarnos con los demás. El participante debe evaluar cada una de las afirmaciones en función de su grado de acuerdo o desacuerdo mediante una escala Likert de 7 puntos. A partir de eso, se clasifica el apego en cuatro categorías (*Anexo 4*) y la intensidad de la ansiedad y la evitación referida se expresa como un continuo de puntuajes.

#### **4.2.3. Características de los vínculo de apego inseguro según la clasificación del Procedimiento de la Situación Extraña**

A continuación, se desarrollan las diferentes características y patrones de respuesta que siguen los diferentes tipos de apego inseguro: evitativo, ambivalente y desorganizado.

##### **4.2.3.1. Apego inseguro evitativo**

Los infantes que presentan un estilo de apego inseguro evitativo tendrán presentes a sus figuras de apego para poder distanciarse de ellas. Evitarán todo momento de intimidad con estas personas ya que han aprendido que si expresan ante ellas sus necesidades serán rechazados y no

encontrarán ningún tipo de seguridad en ellas. De igual manera, han aprendido que pueden evitar este rechazo manteniéndose alejados de sus figuras de apoyo, sintiendo la seguridad de este modo. Hacen todo lo posible por no acceder a ellas, por lo que tienden a la autosuficiencia, inhibiendo la expresión de sus necesidades para evitar su rechazo. (7,8) Se muestran independientes a la hora de explorar el ambiente y no utilizan al cuidador como base segura, sino que lo ignoran. Tampoco se muestran afectados ante separaciones del cuidador, ni buscan el contacto en el momento de regreso. (11) Esta situación de evitación por parte del infante puede amplificar la conducta parental que ha generado esta percepción en él. (7)

Por otro lado, las figuras de apego son rígidas e inflexibles. Muestran conductas de rechazo y/u hostilidad ante la expresión del bebé de sus necesidades no cubiertas o simplemente ante sus manifestaciones efectivo-emocionales propias. Habitualmente muestran cierta aversión al contacto o lo limitan y exigen en los momentos que consideran que el bebé debe actuar de esa manera con ellos. Además, muestran un fuerte abandono de las necesidades afectivas de este, considerándolas excesivas, caprichosas y abusivas por su parte.

Los niños y niñas se convertirán en personas adultas que tenderán a restringir o inhibir el deseo de reconocer sus estados emocionales, más aún si estos son negativos. Serán incapaces de reconocer su angustia, miedo o malestar y de buscar apoyo ante estos estados. (8)

#### **4.2.3.2. Apego inseguro ambivalente**

En el caso de los infantes que desarrollan un estilo de apego inseguro ambivalente, las figuras de apego se comportan alternando actuaciones insensibles con otras sensibles. Es decir, cuando la figura de apego se encuentra feliz, animada, tranquila o le apetece relacionarse con el bebé, se mostrará sensible, afectuosa y competente, reconociendo sus necesidades exactas y satisfaciéndolas de manera efectiva. Sin embargo, en otros momentos actuará de manera insensible y no atenderá las necesidades de este. Estos cambios en cuanto a la sensibilidad de sus respuestas no dependen de las conductas del bebé, sino de cuestiones relacionadas con la persona adulta vinculada a este, quien no puede prever ni predecir la forma en la que actuará su figura cuidadora.

El bebé por lo tanto tiene un cuidador inconsistente e inconstante que a veces actúa en consonancia con él y otras le ignora. Esta ambivalencia genera en el infante una fuerte angustia que deriva en una profunda hipersensibilidad, acompañada de una exacerbación de las conductas de apego, que están activadas casi de manera constante, y un sentimiento de rabia, miedo y malestar. Estos niños tienen mermada su capacidad y deseo de exploración debido a la angustia que sufren por obtener la cercanía del cuidador y la activación constante del sistema de apego. (8) Muestran gran preocupación y estrés en el ambiente no familiar y se da una oscilación entre la búsqueda y el rechazo de la madre. (7,11)

Estas figuras de apego en ocasiones pueden resultar intrusivas ya que pretenderán satisfacer las necesidades del niño o niña cuando estos no las presenten, pero a ellas les apetezca hacerlo. De este modo se entrometen en el psiquismo del infante, mermando sus voliciones.

La falta de disponibilidad psicológica destaca en este estilo de apego. Con el paso del tiempo, los adultos que hayan crecido dentro de estas dinámicas de cuidados experimentarán con sus personas queridas sentimientos de rabia desmedida producida por una percepción de abandono ante conductas de separación normal. Además, serán más sensibles a las emociones negativas y tenderán a sentir angustia de forma intensa. (8)

#### **4.2.3.3. Apego inseguro desorganizado**

Finalmente, los infantes cuyo estilo de apego se incluye dentro del inseguro desorganizado presentan como comportamientos esenciales la contradicción y el temor. Muestran conductas de acercamiento y alejamiento simultáneas, como dirigirse a la figura de apego mirando hacia otro lado. Además, sienten confusión o aprensión ante el acercamiento del cuidador y un afecto cambiante o deprimido. Estos niños y niñas colapsan ante situaciones estresantes ya que todo lo que viven es tan caótico, traumático y doloroso que no pueden organizarse para responder de una manera regular. Presentan conductas inseguras e incoherentes que carecen de objetivo, quedando así indefensos frente al estrés y completamente desregulados. La conducta del infante resulta marcadamente contradictoria ya que expresa dos tendencias inconciliables: la búsqueda del cuidador y la huida de él por temor. (25)

Este estilo aparece en ambientes familiares con figuras cuidadoras que ejercen relaciones parentales incompetentes, altamente patológicas y caracterizadas por una marcada desconexión con el infante. Esto suele ser consecuencia de haber sufrido experiencias traumáticas o pérdidas múltiples no elaboradas de forma adecuada en la propia infancia. Los bebés sufren experiencias desconcertantes, temibles e impredecibles, vivencias de terror, de impotencia y descontrol sobre lo que pasa a su alrededor. Es frecuente un estilo parental violento y de rechazo hacia el infante. Algunos de los mecanismos generadores de este patrón son los siguientes: expresiones o gestos amenazantes, comportamiento sumiso o sexual ante el niño o niña y comportamiento temeroso, disociativo o desorganizado del cuidador. Nos encontramos con figuras parentales que padecen patologías psiquiátricas severas y crónicas, alcoholismo o toxicomanías y entornos sociales y económicos poco favorecedores.

El resultado de todo esto es la activación conjunta de los sistemas de apego y de defensa y una vivencia de angustia, miedo y desesperanza continua. El infante acabará respondiendo con rechazo, hostilidad o intrusión y nada podrá disminuir su ansiedad ni hacerle sentir protegido y seguro. Estos niños y niñas se representan como indignos y malos y perciben al resto como inaccesibles y abusadores. (7,8,26) Además, pueden presentar una variedad de comportamientos que denotan la relación de apego desorganizado que han desarrollado. Algunos de ellos son: gritar al cuidador y evitarlo cuando aparece, actuar sin planificación ni organización, realizar estereotipias y movimientos torpes, episodios de congelación, conductas de temor hacia el cuidador y comportamientos desorientados.(25) A medida que van creciendo, entre los tres y seis años, el infante desarrolla una conducta organizada, mientras que la desorganización se aloja a nivel de las representaciones mentales. La función de esta forma de comportamiento es mantener la atención del cuidador mediante una serie de conductas y estrategias coercitivas, ya sean de violencia, oposición o cuidado al cuidador para externalizar aquellos aspectos de sí mismo que no

es capaz de aceptar. Hacia los cinco años desarrollarán un comportamiento agresivo y es probable que aparezcan problemas psiquiátricos, estrés psicológico, respuestas hormonales frente al estrés y una reducción en los factores inmunológicos, lo cual será irreversible durante el proceso de crecimiento madurativo del infante. (26,27)

Tras lo expuesto anteriormente, cabe concluir que la cualidad organización/desorganización del apego es más importante en su asociación con futura psicopatología que la cualidad seguridad/inseguridad del mismo. La diferencia entre los patrones organizados y el patrón desorganizado radica en que en los primeros el infante posee una estrategia ante el estrés, segura o no, pero discriminable, mientras que el patrón desorganizado carece totalmente de estrategia que regule el estrés situacional. (26)

#### **4.2.4. Grupos de riesgo**

Las situaciones de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de un vínculo inseguro en la diada son aquellas en las que los cuidadores no están presentes, o no asumen completamente sus responsabilidades que garanticen el desarrollo sano del infante. A continuación, se exponen algunos de estos contextos de riesgo. (28)

##### **a) Menores con antecedentes de haber padecido maltrato**

En la evaluación del apego de niños y adolescentes víctimas de maltrato en la infancia, llevada a cabo por Muela, Torres y Balluerka en 2014 en el País Vasco, se obtuvieron puntuaciones altas en ítems de evitación y preocupación, poniendo de manifiesto que el maltrato infantil constituye un factor de riesgo para el desarrollo del vínculo inseguro. Además, el maltrato también ha sido relacionado con el futuro desarrollo de trastornos psiquiátricos. (29)

Los principales tipos de maltrato son el maltrato físico, la negligencia, el abuso sexual y el maltrato emocional. (28)

- El maltrato físico implica el daño físico a un infante por parte de un adulto de forma no accidental y puede tener diversas formas.
- La negligencia infantil hace referencia a la incapacidad de los cuidadores para cubrir las necesidades físicas básicas (alimentación, vestimenta, higiene, salud, vivienda...) o a la incapacidad de proporcionar una adecuada supervisión de la conducta del niño o niña.
- El abuso sexual incluye “cualquier contacto o intento de contacto sexual entre un cuidador y un/a niño/a o adolescente con un objetivo de gratificación sexual o beneficios económicos por parte del adulto”.
- El maltrato emocional es la respuesta inadecuada por parte de un adulto a las necesidades emocionales básicas de los niños y niñas, como son las necesidades de protección y seguridad psicológica, de aceptación y autoestima y de autonomía personal adecuada para la edad.

Hablando de nuevo del apego desorganizado, los orígenes de este vínculo y su consecuente dificultad comportamental plantean el interrogante de si la causa inicial tendría que ver con el temperamento del infante o más bien es fruto de los aspectos relacionales con las

figuras primarias. (26) Estudios sostienen que no existen asociaciones entre el apego desorganizado y variables constitucionales o temperamentales. No todas las relaciones que establezca el infante con sus cuidadores principales serán desorganizadas; esto sugiere que la desorganización surge en el contexto de una relación. El comportamiento amenazante y violento parental es considerado un factor de riesgo clave para el desarrollo de este tipo de vínculo. Además, los traumas no resueltos por parte de los cuidadores principales respecto a pérdidas pasadas, enfermedades psiquiátricas como trastornos bipolares, depresión o el consumo de sustancias se asocian a un mayor riesgo de desarrollar este tipo de vínculo.

#### **b) Infantes institucionalizados**

Otro grupo de personas proclives a la creación de vínculos de apego inseguros son los infantes institucionalizados. Cuando la madre, el padre o una figura de cuidados de referencia no está disponible, los niños y niñas en contexto de institucionalización temprana establecen vínculos de apego con los educadores con los que conviven. Habitualmente suelen adoptarse varias figuras de apego, hecho muy deseable, que predispone al infante a una buena adaptación para una futura adopción. Este vínculo de apego entre el infante y el educador es importante que sea un “apego de transición”, que no fomente la dependencia con él, para de este modo facilitar el proceso de cambio de vínculos afectivos durante la adopción. (26,30,31)

Datos obtenidos del hogar de niños Bernardino Rivadavia, en la ciudad de La Plata, reflejan que, pese a las vivencias traumáticas de abandono, no existen en su institución niños con apego inseguro desorganizado. Los casos en su mayoría son de apego inseguro evitativo, siendo este el más organizado dentro de los apegos inseguros, lo cual inspira esperanza en una futura estructuración del vínculo. Tampoco aparecen niños con apego de base segura, ya que se ha sufrido la separación de las personas con las que podría haber creado este vínculo en un inicio. No obstante, no se muestran bloqueados ante la posibilidad de que este pueda existir, factor esencial para que un sujeto se sienta estable y pueda forjar una identidad sana. (30,32,33) La identidad de un menor creada en una institución posee vacíos existenciales y a menudo muestran profundos sentimientos de soledad, abandono, dolor por la desprotección y la necesidad de una persona adulta que les trate con exclusividad. Es crucial la individualización de los cuidados que necesitan, ya que el hecho de que los niños y niñas sean cuidados por múltiples personas provoca una sobre exigencia adaptativa a las variadas conductas y formas de crianza. (34)

Otra investigación llevada a cabo por Milagros Echevarría evaluó los estilos de apego de una muestra de 30 niños institucionalizados de 8 a 12 años de edad y la comparó con un grupo control de niños no institucionalizados. Las diferencias obtenidas fueron estadísticamente significativas, obteniendo mayores porcentajes de apego inseguro ambivalente y evitativo en infantes institucionalizados frente al apego seguro que predomina en la población pediátrica no institucionalizada. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Lionetti et al. en 2015, que revisaba diez investigaciones acerca de los efectos de la institucionalización en el vínculo de apego. También coinciden con los resultados de Cano, Rendón y Zapata en 2019 en su estudio sobre las representaciones del apego de niños institucionalizados y no institucionalizados. (35,36) En este sentido, diversos estudios destacan que los infantes y jóvenes que ingresan en

instituciones residenciales poseen carencias entre las que se encuentran dificultades de adaptación escolar, de atención y concentración, de relación social con otros compañeros y una baja capacidad para resolver conflictos. (28)

Las diferencias encontradas entre ambas poblaciones tienden a asociarse con experiencias traumáticas sufridas con las figuras de apego, ya que, en su mayoría, los infantes institucionalizados presentan historiales de maltrato, condiciones de vulnerabilidad y/o desplazamientos forzados, dificultades económicas que interferirían con la satisfacción de sus necesidades básicas etc. (36)

### **c) Infantes adoptados**

Los niños y niñas que han sido adoptados por una familia que no es la biológica también constituyen un grupo de riesgo para la formación de vínculos de apego no seguros. El proceso de adopción es complejo y se ve afectado por pérdidas, duelos y renuncias tanto por parte de los menores como de las familias adoptivas. Antes de ser adoptados, estos infantes han sido separados de sus familias de origen, lo cual implica el duelo por la pérdida de las primeras figuras de apego. Este hecho acarrea consecuencias, de algún modo traumáticas, que se verán presentes en el proceso de adopción y adaptación a la nueva familia. (2,37)

Las condiciones emocionales de las personas que van a llevar a cabo una adopción deben ser conocidas, ya que estas serán clave para el futuro desarrollo del vínculo con el niño o niña.

La discontinuidad, ruptura y desencuentro entre el infante y su familia biológica puede darse a edades tempranas o tardías. La historia previa a la adopción tendrá un papel fundamental en el desarrollo y la forma de establecimiento de los vínculos con sus nuevos cuidadores. Una vez dada la adopción, es posible que entre los padres/madres adoptivos se genere un vínculo de apego seguro. (38) Esto dependerá de la manera en que la familia adoptiva procese su historia, los acontecimientos que les llevaron a la adopción, la superación de los duelos y la aceptación y el respeto hacia el infante. De igual modo influirá la trascendencia que tengan los duelos y conflictos elaborados por los infantes adoptados. Estos niños y niñas podrán confiar en la nueva familia si esta es constante en su forma de actuar y brinda los cuidados necesarios de manera sincera. Esto es debido a que, **los modelos internos de apego tienen capacidad de actualización cuando el contexto cambia.** (25) Esta reestructuración no ocurre de manera repentina, sino que implica un proceso complejo de adaptación. El nuevo vínculo, a pesar de poder configurarse de manera segura, estará marcado por la ruptura y la discontinuidad que vivió el infante, que se verá aliviada si se dan las condiciones mencionadas anteriormente. (34,37)

#### **4.2.5. Consecuencias en la salud mental de infantes que han desarrollado un apego inseguro**

A pesar de que los niños y niñas se apegan a sus cuidadores sin importar la calidad del cuidado que reciban, un cuidado deficiente se asocia con un apego inseguro que a su vez implica déficits psicosociales que perdurarán en el tiempo, incluyendo el incremento de la vulnerabilidad al desarrollo de ciertos problemas de salud mental. (39)

Es sabido que el apoyo familiar durante episodios de estrés agudo en un infante puede facilitar la resiliencia. Sin embargo, cuando este apoyo o cuidado no existe se produce el estrés

tóxico temprano. Esta situación, además de afectar a las dimensiones socioemocionales del bebé, es predictora de una serie de trastornos físicos como son el cáncer, la diabetes, úlceras, obesidad o problemas cardíacos. (18) Además, este estrés puede llegar a producir cambios en el funcionamiento, tamaño e incluso el deterioro de estructuras como la amígdala o el hipocampo. (39)

#### - Apego desorganizado y patología postraumática

Desde que se creó la clasificación del apego desorganizado por Main y Salomon en 1990, los infantes que se encuentran dentro de este grupo han demostrado ser más vulnerables al desarrollo de problemas de salud mental y de comportamiento en la juventud. (25) Además, este tipo de vínculo está relacionado de forma directa con problemas de adicción, psicosis, trastorno del estado de ánimo y la carencia de resiliencia. (6) Las dinámicas relacionales que conducen a la desorganización del apego pueden ser consideradas como un trauma relacional precoz. Las motivaciones de defensa y apego en el bebé se conjugan de forma conflictiva haciendo que las respuestas de disociación y desintegración que típicamente acompañan las respuestas patológicas de los traumas también estén presentes en este modelo relacional. Observaciones teórico-clínicas y una importante investigación longitudinal sostienen esta hipótesis, lo cual lleva a considerar la desorganización del apego en los dos primeros años de vida un factor de riesgo, que actúa durante todo el arco vital, para el desarrollo de patología relacionada con el trauma y la disociación. (27)

#### - Apego inseguro y sintomatología psicopatológica clínicamente significativa

El estudio llevado a cabo por el equipo de Sara Camps-Pons, evaluó la relación entre el apego y la psicopatología en una muestra de 40 adolescentes y jóvenes víctimas de maltrato intrafamiliar. La clasificación del tipo de apego se hizo mediante el Cuestionario RQ de Bartholomew y Horowitz (*Anexo 3*). Los resultados esclarecieron que uno de cada tres jóvenes presentaba apego seguro, algo más de dos de cada tres (67.5%) presentaron apego inseguro, ya fuera de tipo evitativo (37.5%), preocupado (20%) o temeroso (10%). Los resultados determinaron que el 52,5% de los jóvenes sufrían síntomas psicopatológicos clínicamente significativos, siendo las dimensiones de mayor prevalencia las de **hostilidad** (50%), **obsesión-compulsión** (45%), **ideación paranoide** (45%), **psicoticismo** (45%) y **sensibilidad interpersonal** (42,5%). Los síntomas predominantes en estas dimensiones incluyen sentimientos de ira, irritabilidad y resentimiento, conductas, pensamientos e impulsos que generan ansiedad intensa, desconfianza, soledad, aislamiento, estilo de vida esquizoide e inhibición en las relaciones interpersonales. (24)

Otro estudio llevado a cabo por la Universidad de Tarapacá en Chile estudió la sintomatología psicopatológica de una muestra no clínica de jóvenes de entre 13 y 17 años. Los resultados evidenciaron una mayor proporción de estilo de apego evitativo frente a otras muestras poblacionales estudiadas. Los adolescentes clasificados con apego inseguro temeroso reflejaron una mayor presencia de indicadores de sintomatología como **somatización**, **obsesión**, **ansiedad fóbica**, **hostilidad**, **paranoia**, **sensibilidad interpersonal** y **psicoticismo**. Además, se concluyó de acuerdo con el modelo de Bartholomew y Horowitz que la visión negativa de uno mismo sería el factor predictivo más fiable de la aparición de la sintomatología. (40)

### - Apego inseguro y sintomatología depresiva

En cuanto a la asociación entre el apego inseguro y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, el metaanálisis multinivel llevado a cabo por Anouk Spruit et al. en 2019, encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre estas variables tanto en los estudios longitudinales como transversales. Este metaanálisis incluyó 124 estudios con 123 muestras independientes y un total de 54.598 participantes. Además, se encontró una relación negativa entre el apego seguro y la depresión, por lo que este se consideraría un factor protector para su desarrollo. Cabe destacar que, en las muestras de únicamente niñas, la correlación fue mayor que en las muestras de niños, por lo que existe una asociación más fuerte entre el apego inseguro y la depresión en niñas que en niños. El estudio concluyó que la asociación existente entre las dos variables no tiene por qué implicar causalidad. El citado metaanálisis no se centra en si el apego inseguro es un factor causal para el desarrollo de depresión, sino que concluye que **es un factor de riesgo**. (41) Por otro lado, el Instituto de Psicología de la Universidad de Münster llevó a cabo una investigación que pretendía establecer la relación entre el maltrato infantil y la depresión, teniendo en cuenta mediadores como la desregulación emocional, el modelo de apego y los estilos cognitivos. La hipótesis clave que fue posteriormente constatada declaraba que las dificultades en la regulación emocional, el estilo de apego evitativo y el estilo cognitivo depresogénico son mediadores en la relación entre el maltrato infantil y la severidad y curso de la depresión. Los resultados obtenidos apoyaban la hipótesis de que el conjunto de los mediadores tenía efectos indirectos significativos en la relación entre el maltrato infantil y la depresión. (42)

### - Apego inseguro y clínica psicótica

La Universidad de Colonia publicó en diciembre de 2021 un metaanálisis en el cual se estudió el vínculo de apego inseguro como un factor de riesgo para el desarrollo de patología psiquiátrica como la bipolaridad, la depresión mayor o **trastornos del espectro de la esquizofrenia**. En él analizaron 40 muestras, con un total de 2927 individuos. En los tres subgrupos de trastornos psiquiátricos el apego ambivalente y evitativo fue predominante frente a las muestras de sujetos sanos. Estos resultados apuntan la gran relevancia del apego inseguro como un posible factor de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología, especialmente cuando coocurre con otros factores contextuales. Esto podría explicarse, en parte, debido a que el apego inseguro conduce a la creación de estrategias de afrontamiento inefectivas, búsqueda de apoyo social insuficiente y autocríticas encubiertas. (43) Asimismo, existe una **evidencia creciente entre el papel del apego y la clínica psicótica**. Se han encontrado tasas más altas de apego de estilo evitativo en poblaciones con eventos psicóticos (80%) que en los grupos no clínicos (40%). No obstante, los estilos de apego tienden a ser menos estables en los individuos con riesgo de desarrollar psicosis y suelen oscilar entre estilos evitativos y ambivalentes. (44) Por otro lado, el trauma interpersonal en la infancia (abuso, negligencia, agresiones sexuales...) ha demostrado ser un factor de riesgo específico para el desarrollo de trastornos delirantes (paranoia). A su vez, esto influye en la creación de un esquema de pensamientos negativos sobre los otros, lo cual se ha demostrado que tiene peso en la aparición de episodios psicóticos. (45,46) Finalmente, las alucinaciones auditivas que sufren un 70% de los pacientes con esquizofrenia han sido asociadas con la angustia y el sufrimiento. Más concretamente, el estilo de apego ansioso/ambivalente ha

sido asociado de manera significativa con la gravedad y la angustia de las voces escuchadas, así como con características como la omnipotencia, dominancia, intrusión y dependencia de la persona respecto a las voces. (47)

En base a todos los estudios mencionados anteriormente, cabe concluir que existe una asociación entre un vínculo de apego inseguro y el desarrollo de problemas de salud mental posteriores. Situaciones de maltrato infantil, experiencias traumáticas o de privación emocional estarían a su vez relacionadas con el tipo de trastorno, su gravedad y cronicidad. (48)

### **4.3. Capítulo 3: La Enfermería como promotora del vínculo seguro de apego**

Conocida la gran importancia del vínculo de apego entre la díada madre-bebé, es papel de la Enfermería en su práctica cotidiana fomentar medidas que estimulen de manera precoz la relación madre-hijo/a. Ayudando a las madres y padres a mejorar los estilos de apego con sus hijos e hijas, se contribuye a la prevención de problemas de salud mental en un futuro. (12) Por ello, la Enfermería debe dirigir parte de sus intervenciones al fomento y conservación de este vínculo, promoviendo tanto su construcción y mantenimiento, así como la reparación cuando sea necesario. (49)

#### **a) Intervención en mujeres embarazadas**

La creación de este lazo afectivo comienza durante el embarazo y no es hasta después del nacimiento cuando se desarrolla completamente. (12) El embarazo es una etapa compleja y dinámica en la cual la ansiedad, el estrés percibido o la sintomatología depresiva pueden estar presentes y en gran medida están influidos por factores sociodemográficos como la presencia de pareja estable, el nivel de estudios, el nivel socioeconómico o la aceptación social del embarazo. Esto origina una hipótesis multifactorial acerca de cómo el estado emocional de la madre influye en el desarrollo del feto y el vínculo materno-fetal. (50)

Un factor conocido por influenciar positivamente los resultados neonatales son las prácticas saludables que una mujer lleva a cabo durante el embarazo. La abstinencia al tabaco, al alcohol y otras drogas, la obtención de atención prenatal regular, llevar una dieta y un horario de sueño saludable, así como realizar ejercicio regularmente y aprender sobre el proceso del embarazo y parto favorecen resultados positivos en cuanto a la relación madre-feto. Todas estas actividades preventivas pueden ser llevadas a cabo por el equipo de enfermería, quien tiene una posición privilegiada para su fomento y enseñanza. (51) Estas acciones dirigidas a mejorar la empatía de las mujeres hacia el feto y el vínculo materno-fetal, son clave en la optimización de la salud de las madres y sus bebés tanto a corto como a largo plazo, el óptimo desarrollo del vínculo de apego tras el nacimiento y las prácticas de crianza y parentalidad positiva. (50)

Durante el seguimiento de la mujer embarazada por su matrona, podrían emplearse las siguientes intervenciones orientadas a potenciar el vínculo materno-fetal: (52)

- **Valoración de la actitud de la embarazada hacia el feto en cada consulta.** La finalidad de esta intervención es detectar signos de riesgo en la vinculación que podrían afectar al futuro vínculo de apego con el bebé. También se deberán detectar signos de alarma de

depresión, ansiedad o estrés ya que se asocian con niveles más bajos de vínculo materno-fetal.

- **Educación para la salud tanto individual como colectiva.** Se debe ofrecer información y entrenamiento en habilidades eficaces en la reducción de estrés y el fomento de la resiliencia, aumentando su sensación de apoyo social y mejorando su estado emocional.
- **Detección de poblaciones de riesgo.** Se debe tener en cuenta desde Atención Primaria el contexto de las familias que van a tener un hijo/a para poder prevenir problemas emocionales y de salud mental tanto en el futuro recién nacido como en sus progenitores. Para ello deben ponerse en marcha los protocolos pertinentes en función de las necesidades detectadas.

Por lo tanto, desde el campo de la prevención deben implementarse acciones destinadas a mejorar la empatía de las mujeres hacia el feto y el vínculo materno-fetal, ya que son capaces de optimizar a corto y largo plazo la salud de las madres y sus bebés. (16,50)

#### **b) Apoyo durante el parto y el puerperio**

El primer contacto del recién nacido, tras el periodo expulsivo del parto, ha de ser con su madre. Siguiendo las guías de actuación para un cuidado integral y humanizado del recién nacido, este deberá establecer contacto piel con piel inmediatamente con su madre, de manera continuada, cubriéndole con una manta para evitar la pérdida de calor. Además, es importante respetar el comportamiento instintivo del bebé en el periodo sensible postparto. (12,53)

El colocar al recién nacido en el vientre de la madre favorecerá el inicio de la lactancia materna, que destaca por su valor nutricional e inmunológico, además de psicológico tanto para el neonato como la madre. El contacto precoz y la succión del recién nacido producirán un aumento en la secreción de oxitocina, que disminuirá el estrés materno e inducirá un nivel de máxima afectividad en la díada. (12,54) Además, es importante que el personal de enfermería evalúe el correcto posicionamiento del bebé con la madre y el buen agarre al pezón materno, ya que favorecerá la instauración satisfactoria de la lactancia materna. De igual modo, las enfermeras deben valorar el interés de la madre y su capacidad de identificación y respuesta de los mensajes visuales, táctiles, auditivos y verbales que emite el recién nacido. (55)

En el caso de que haya que trasladar al recién nacido a la **unidad de cuidados intensivos neonatales**, se deberá priorizar el contacto con la madre. En este contexto el neonato experimentará situaciones adversas de dolor, ruido, luminosidad, administración de medicación etc, que le producirán estrés y sufrirá la privación de comportamientos con la madre que favorecen la creación del vínculo, como el escuchar su voz, el tacto, el olor o el amamantamiento. Estudios corroboran que los recién nacidos pretérmino que tuvieron contacto con sus madres en las 2-3 horas postparto desarrollaron un vínculo de apego más sano en comparación con aquellos que no pudieron verla. (56,57) Por ello, desde el punto de vista de la Enfermería, es necesario comprender la importancia del apego en el recién nacido y fomentar la interacción entre ambos, incluyendo a la madre en los cuidados del neonato, implementando el método canguro (58), favoreciendo la lactancia materna o mediante la realización de masajes. (59) En este contexto de dificultad en el contacto madre/padre-recién nacido, el rol de la enfermera es crucial ya que su

papel y sus intervenciones son claves para que la familia pueda establecer un contacto más íntimo con el bebé. Acciones como crear un ambiente de privacidad durante las visitas, reducir el ruido ambiental, resolver dudas sobre el estado y los comportamientos del bebé o reducir el miedo a interactuar con él, han resultado en una disminución del tiempo de hospitalización y mejores resultados durante y tras el ingreso. (57)

En las plantas de obstetricia y ginecología, dado que la familia del recién nacido no siempre tiene las habilidades necesarias para comprender y resolver las necesidades del nuevo miembro de la familia, recibir apoyo por parte del equipo sanitario es imprescindible. El apoyo emocional y psicológico brindado a las madres y padres de los recién nacidos por parte de las enfermeras, es considerado un factor clave en el incremento de la confianza y seguridad en sí mismos para interactuar de manera adecuada con el recién nacido. (57,60)

### **c) Seguimiento en Atención Primaria**

En la actualidad, la consulta de pediatría de Atención Primaria es el primer contacto del recién nacido con el Sistema Sanitario después del alta hospitalaria tras el parto. Estas consultas en las cuales trabajan los pediatras en conjunto con las enfermeras de pediatría son altamente resolutorias, llegando a solucionar más del 90% de las demandas de salud de la población infantil. Supervisan su crecimiento y desarrollo y son clave en las actividades de promoción, prevención y educación para la salud. (61)

El primer contacto de la familia del recién nacido y de este con un profesional sanitario será con la enfermera pediátrica de su Centro de Salud de referencia. Esta visita deberá realizarse antes de las 48-72 horas tras el alta. Debemos ser especialmente amables y afectuosos en esta primera consulta ya que el primer contacto es clave para crear un buen vínculo terapéutico con la familia del recién nacido. Se deberán valorar los siguientes puntos: (62)

- Anamnesis materna: deseos y expectativas respecto a la lactancia, grado de satisfacción, apoyo familiar, experiencias previas...
- Historia de lactancia: número y duración de las tomas, comportamiento del lactante, ganancia ponderal del recién nacido, dolor al realizar las tomas...
- En caso de lactancia artificial, dar la información necesaria para alimentar de forma segura y favorecer el vínculo.
- Se registrará el peso, longitud y el perímetro cefálico, así como los percentiles.
- Valoración del riesgo social: de manera sistemática se valorará la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud, que podrían hacer necesaria una intervención social.
- Se derivará a la trabajadora social del Centro ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del bebé.
- Se valorarán las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y se notificarán siempre ante su sospecha.
- En los casos de riesgo elevado se realizará un seguimiento exhaustivo por parte del personal sanitario y de protección social para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En cuanto a la interrelación madre/padre-hijo/a:

- Se deberá insistir en la necesidad de contacto físico para el adecuado desarrollo emocional del lactante con sus figuras de cuidado.
- Se explicará que el llanto del recién nacido debe ser calmado y que la forma más adecuada de hacerlo es abrazarlo, dejando atrás el mito de dejar llorar a los bebés por miedo a que se malacostumbren, y fomentando el consuelo en todo momento.
- Se deben aconsejar hábitos sanos e insistir en la importancia del estímulo neurosensorial mediante el habla, las canciones, las caricias, miradas...
- Recomendaremos acudir a la consulta en caso de que el llanto del recién nacido sea intenso, persistente o inconsolable.

Tras la primera visita, las siguientes se sucederán en función de las necesidades individuales del bebé o según el calendario previsto de visitas del niño sano. En todas ellas se evaluará tanto el riesgo biológico como el social, se realizará un seguimiento del lactante en los aspectos biopsicosociales y se darán las recomendaciones pertinentes de salud en función de cada momento evolutivo del bebé o niño/a. (62)

Dentro del marco institucional y comunitario, se debería proveer a la población de un espacio de intercambio y observación como medida de prevención de la infancia de los niños y niñas. Estos espacios pueden materializarse en grupos de madres, grupos de madres con bebés o grupos de madres/padres/cuidadores con bebés. Un grupo de crianza es un espacio de encuentro, facilitado por agentes de salud, en el cual se llevan a cabo reuniones periódicas en las que se comparten experiencias, se plantean dudas y se reflexiona en torno a la crianza. Los grupos pueden ser estructurados en cuanto a las temáticas a tratar, o bien ser abiertos y compartir las vivencias que cada participante desee. Los temas pueden ir desde los primeros encuentros y desencuentros con el bebé, las estrategias para mejorar el acercamiento y la comunicación, herramientas básicas para la crianza, el establecimiento de límites, el control de esfínteres, y la lactancia, hasta los celos, la estimulación sensorial, la comunicación con el bebé y la organización de rutinas. Esta herramienta permite absorber las demandas de primer orden en la crianza, acompañando a madres y padres en su ejercicio de cuidadores y creando espacios de reflexión y apoyo para una crianza saludable y positiva. (63)

#### **d) Soporte en Unidades de Hospitalización Pediátrica**

El hecho de que un menor tenga que ser ingresado en el Hospital puede suponer una crisis en las familias con repercusiones negativas en la vinculación. Con la finalidad de evitar consecuencias dañinas en las relaciones entre el infante y sus cuidadores, es importante que el personal de enfermería tome medidas encaminadas a reducir el estrés tanto en los menores como en sus cuidadores principales. (52) Algunas de las medidas son las siguientes:

- **Brindar información clara a niños y adolescentes** sobre su proceso de enfermedad, los motivos del ingreso y las técnicas que se van a realizar, especialmente las dolorosas. Se debe adecuar la información a la edad y capacidad de comprensión de cada paciente,

incluyendo siempre a la familia en el proceso. De esta manera, se reducirá la incertidumbre que genera la hospitalización y se protegerá el vínculo. (52)

- **Apoyar emocionalmente a pacientes y familias** beneficia la conservación de vínculos, ya que se reducen los sentimientos negativos como la culpabilidad que podrían provocar un deterioro en el vínculo de apego establecido. (60,64)
- **Permitir la entrada de familiares en las unidades**, tanto madres y padres como hermanos y hermanas ya que la proximidad con la familia actúa de manera muy positiva reduciendo el estrés ante el ingreso y favoreciendo el mantenimiento del vínculo. (65)
- **Crear un entorno adaptado a los menores**, mediante la modificación de luces y ruidos, la incorporación de elementos de entretenimiento en las salas de espera, los juegos interactivos, la decoración de techos y paredes, la adaptación de los uniformes del personal sanitario, la musicoterapia o las visitas de grupos de payasos voluntarios. Estos aspectos fomentan la sensación de ambiente conocido y reducen el estrés de los niños y niñas, lo cual reduce de igual modo el de sus cuidadores. (66)
- **Utilizar estrategias no medicamentosas de control del dolor durante procedimientos dolorosos** en bebés e infantes de escasa edad. Estas medidas como son la lactancia materna, el contacto piel con piel, o la administración de glucosa durante la realización de técnicas dolorosas, tienen evidencia de reducir tanto el dolor como el estrés de los bebés y de sus familias. (67)

Finalmente, será de relevante importancia que el personal sanitario se presente ante los menores hospitalizados para crearles una sensación de seguridad, ya que a lo largo del día son muchos los profesionales que les atienden, generando en ellos una falta de control e inseguridad. Además, se deberá prestar especial atención a las relaciones que establezcan los infantes con sus cuidadores para prevenir alteraciones en la vinculación y detectar situaciones de malos tratos o negligencia. (52)

## 5. CONCLUSIONES

Existe una amplia investigación científica que avala la importancia del vínculo de apego en el desarrollo neurobiológico y psicosocial de los seres humanos.

La relación de base segura que se crea cuando todas las necesidades del infante son atendidas de manera adecuada por la figura cuidadora, es vital para su crecimiento holístico y saludable. Esta vinculación permite satisfacer las necesidades físicas del infante, así como servir de base segura para el aprendizaje, la exploración del entorno y la socialización con los demás. La sintonía, el equilibrio y la coherencia en la diada marcarán la diferencia entre la creación de un apego seguro, o la instauración de una relación de base insegura.

Se han descrito diferentes modelos de apego inseguro en función de las dinámicas relacionales que tienen lugar entre el bebé y su figura cuidadora. La forma de actuar de las figuras de apego con los infantes a los que están vinculados determinará en gran medida el comportamiento de estos y su forma de comprender el mundo y a los demás. Por ello, ante la rigidez e inflexibilidad de una figura cuidadora, el niño o niña desarrollará conductas de evitación y tenderá a la autosuficiencia para evitar el rechazo. Por otro lado, cuando las figuras de apego actúan alternando conductas sensibles y adecuadas con otras que no atienden las necesidades del bebé, este desarrollará un apego ambivalente acompañado de sentimientos de angustia, al no poder predecir la forma en la que su figura cuidadora va a actuar. Finalmente, ante relaciones incompetentes por parte de los cuidadores y conductas violentas o de rechazo, el infante desarrollará un apego desorganizado que le dejará indefenso ante situaciones de estrés y completamente desregulado a nivel emocional. El maltrato físico y emocional en la infancia, así como la negligencia y el abuso sexual son factores directamente relacionados con la desorganización del vínculo. Estas situaciones llevarán a que los sistemas de apego y defensa se activen de manera conjunta, y generarán vivencias de angustia, miedo y desesperanza continua en el infante, afectando negativamente a su salud mental. Sin embargo, pese a que el vínculo de apego primario sea inseguro, el carácter contextual y dinámico de esta relación permitirá que, si el contexto cambia, los modelos internos de apego se actualicen hacia un vínculo más organizado, seguro y sano.

La Enfermería, como ciencia que actúa de manera directa en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, debe trabajar junto con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios, en la prevención del desarrollo de un vínculo inseguro de apego. Para ello, es crucial una educación sanitaria a las familias que fomente el vínculo seguro y los cuidados de calidad desde el nacimiento. Además, debemos comprometernos en la erradicación del maltrato infantil, denunciando toda situación de abuso o negligencia que presenciemos o sospechemos.

Finalmente, debido a la etiología multifactorial de los problemas de salud mental, es importante actuar en aquellos factores de riesgo modificables, como son el ambiente y las relaciones familiares y sociales que establecemos con los demás, poniendo especial relevancia en el cuidado mutuo, el respeto y la empatía; **para que niñas y niños puedan crecer en un ambiente sano que proteja su actual y futura salud mental.**

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Corral Proaño VJ. La relación entre experiencias de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida [tesis doctoral en Internet]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017 [citado 27 de diciembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3yeDviK>
2. Ara Comín, M. El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano. Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi [Internet] 2012 [citado 8 de enero de 2022]; (29):7–17. Recuperado a partir de: <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/353994>
3. Salinas et al. Aproximación Psicométrica al Uso de los Q-Sorts en Contextos de Educación Inicial. ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA [Internet] 2014. [citado 8 de enero de 2022]; 4(2): 1595 – 1611. DOI: 10.1016/S2007-4719(14)70396-5
4. Lecannelier F, Monje G, Guajardo H. Patrones de apego en la infancia temprana en muestras normativas, contextos de cuidado alternativo, e infancia de alto riesgo. Revista chilena de pediatría [Internet]. 2019 [citado 18 de enero de 2022]; 90(5):515–21. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062019000500515&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000500515&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Benítez Juárez AA, García de León Aburto S, Reyes Téllez F, Ruiz López EI. La separación y su relación con los tipos de apego. PsicoEducativa [Internet]. 22 de mayo de 2019 [citado 18 de enero de 2022];5(9):13-21. Recuperado a partir de: <https://psicoeducativa.iztacala.unam.mx/revista/index.php/rpsicoedu/article/view/103>
6. Solis Matute, NJ. Rol del apego en la predisposición al trastorno depresivo [tesis en internet]. [Machala]: Universidad Técnica de Machala; 2016 [citado 22 de enero de 2022]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/8487>
7. Gago J. TEORIA DEL APEGO. EL VÍNCULO. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar [Internet] 2014 [citado 2 de febrero de 2022].
8. Barroso Brajos Olga. EL APEGO ADULTO: LA RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO DESARROLLADOS EN LA INFANCIA EN LA ELECCIÓN Y LAS DINÁMICAS DE PAREJA. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. [Internet]. 2014 [citado 24 de febrero de 2022];4(1):2253–749. Recuperado a partir de: [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Apego\\_Adulto.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf)
9. Pons-Salvador G, Trenado R, Cerezo MA. LA CUALIDAD DEL APEGO INFANTIL Y SENSIBILIDAD MATERNA DESDE LA PERSPECTIVA MICROSOCIAL. Acción Psicológica [Internet]. 2011 [citado 7 de enero de 2022];8(2):9-25. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030766002>
10. Arguello J, Gonzalez MA, Joubert Macarena. Niños institucionalizados: como desarrollan la identidad y el apego. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología [Internet]. 2015 [citado 10 de febrero de 2022]; Recuperado a partir de: <https://www.academica.org/000-015/339>
11. García Ramírez N, Rodríguez Cruz E, Duarte Rico L, Bermúdez-Jaimes ME. Las prácticas de crianza y su relación con el vínculo afectivo. Revista Iberoamericana de Psicología [Internet]. 31 de mayo de 2017 [citado 10 de febrero de 2022];9(2):113-24. Recuperado a partir de: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/970>
12. Sardón García MC, González Hernando C (dir). VÍNCULO AFECTIVO AL NACIMIENTO. APEGO SEGURO [trabajo fin de grado en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2014 [citado 10 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5634>

13. Lantarón Izaguirre C, Agudo Tirado MJ (dir). La importancia del apego en la etapa infantil [trabajo fin de grado en internet]. [Santander]: Universidad de Cantabria, Facultad de Enfermería; 2014 [citado 8 de enero de 2022]; Recuperado a partir de: <https://acortar.link/KW7ZvW>
14. Gago J. TEORIA DEL APEGO. EL VÍNCULO. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. [Internet] 2014. [citado 2 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <https://adultosmayores.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/Teor%C3%ADa-del-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf>
15. Barg Beltrame G. BASES NEUROBIOLÓGICAS DEL APEGO. REVISIÓN TEMÁTICA. Ciencias Psicológicas. [Internet] 2011;5(1):69–81. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212011000100007](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100007)
16. Cyrulnik B, Rousseau P, Romano H, Demogeot N, Villalba C, León E et al. ¿Por qué la resiliencia? 1ª edición. Barcelona: Gedisa; 2016. ISBN: 978-84-9784-955-5
17. Rodríguez Ruiz MM, Carrasco MA, Holgado-Tello FP. Contribución de la aceptación-rechazo materno y paterno al ajuste psicológico de los hijos: Diferencias entre población clínica y general. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Internet]. 2016 [citado 8 de febrero de 2022];21(2):137–46. Recuperado a partir de: <http://revistas.uned.es/index.php/rppc>
18. Lecannelier F. La Teoría del Apego: una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. Aperturas Psicoanalíticas. [Internet] 2018 [citado 21 de febrero de 2022]; Recuperado a partir de: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/cc2018n058a16.pdf>
19. Carrillo S. Mary Salter Ainsworth (1913-1999). Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 1999;31(2):383-386. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80531211>
20. Galán Rodríguez A. La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2016 [citado 22 de febrero de 2022 Feb 21]; 36(129). Recuperado a partir de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352016000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000100004)
21. Galán Rodríguez A. El apego: Más allá de un concepto inspirador. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2010 [citado 7 de febrero de 2022]; 30(4). Recuperado a partir de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352010000400003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003)
22. Guzmán CM, Medina CN. Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): Propiedades Psicométricas de su Versión en Chile. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. [Internet]. 2007 [citado 22 de febrero de 2022];41(2):261–274. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28441301.pdf>
23. George C, Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview [Internet]. [Berkeley]: Universidad de California; 1996 [citado el 28 de abril de 2022]. Recuperado a partir de: [http://www.cmap.polytechnique.fr/~jingrebecali/research/nlp\\_files/AAI\\_Scoring.pdf](http://www.cmap.polytechnique.fr/~jingrebecali/research/nlp_files/AAI_Scoring.pdf)
24. Camps-Pons S, Castillo-Garayoa JA, Cifre I. Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. Clínica y Salud. [Internet]. 2014 [citado 1 de marzo de 2022];25(1):67–74. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6>
25. Duschinsky R, Solomon J. Infant disorganized attachment: Clarifying levels of analysis. Clinical Child Psychology and Psychiatry [Internet]. 2017. [citado 22 de marzo de 2022];22(4):524–538. DOI: 10.1177/1359104516685602
26. Guido y Spano C, Marmo J (dir). Apego desorganizado y Trastorno Límite de la Personalidad. [tesis de grado en Internet]. [Buenos Aires]: Universidad Católica de

- Argentina; 2019 [citado 3 de marzo de 2022] Recuperado a partir de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10177>
27. Gayá Ballester C, Molero Mañes RJ, Gil Llarío MD. Desorganización del apego y el Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD). *INFAD Revista de Psicología*. [Internet]. 2014 [citado 3 de marzo de 2022];3(1):375-384. Recuperado a partir de: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/515>
  28. Muela Aparicio A, Balluerka Lasa N, Torres B. Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. *Anales de Psicología*. [Internet]. 2013. [citado 4 de marzo de 2022];29(1):197–206. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124941>
  29. Rizos Bonet A, Ribes Fortanet D (dir). *La familia como factor de riesgo en psicopatología infantojuvenil: Apego y depresión*. [Trabajo fin de grado en Internet]. [Barcelona]: Universitat Oberta de Catalunya; 2017. [citado 14 de marzo de 2022]. Recuperado a partir de: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/65912/6/larizosTFG0617memoria.pdf>
  30. Arguello J, Gonzalez MA, Joubert M. Niños institucionalizados: como desarrollan la identidad y el apego. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR [Internet]. 2015. [citado 14 de marzo de 2022]; Recuperado a partir de: <https://www.aacademica.org/000-015/339>
  31. Moneta C ME. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2014 [citado 14 de marzo de 2022];85(3):265-268. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000300001>.
  32. Villamizar Rojas S. Desarrollo cognitivo y apego seguro en niños institucionalizados: sugerencias y propuestas. *Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc.* [Internet]. 2015 [citado 14 de marzo de 2022];25: 27-36. Recuperado a partir de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-137398>
  33. Mansilla Yuguero M, Olaya Meza C, Picazo Ortega A. ¿Qué papel tiene el apego en la aparición de dificultades y fortalezas en menores en acogimiento residencial? *Psychology Society and Education*. [Internet]. 2018 [citado 14 de marzo de 2022];10(2):163–71. DOI: 10.25115/psy.e.v10i1.712
  34. Galeano D, Souza L (dir). *El apego en niños y niñas adoptados*. [Trabajo de fin de grado en internet] [Montevideo]; Universidad de la República; 2015. [citado 14 de marzo de 2022]. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5714>
  35. Echeverría M, Ortiz P (dir). *Estilo de apego en niños institucionalizados*. [Trabajo fin de grado en Internet]. [Buenos Aires]: Pontificia Universidad Católica Argentina; 2021 [citado 14 de marzo de 2022]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/13170>
  36. Cano Rodas S, Rendón Velásquez MC, Zapata Restrepo NJ. Representaciones de apego en niños institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Medellín. *Estudio comparativo. Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. [Internet]. 2019 [citado 14 de marzo de 2022];28;11(1):35–60.
  37. Montano G. ACERCA DEL ESTABLECIMIENTO DE UN APEGO SEGURO EN LAS FAMILIAS ADOPTIVAS. En: Leus I, Avondet S, Potrie J, Alonso B, editores. *DESVÍNCULO ADOPCIÓN, Una mirada integradora* [Internet]. 1ª. Montevideo: Iniciativas Sanitarias; 2012 [citado 30 de marzo de 2022]. p. 287–308. Recuperado a partir de:

- <https://tienesopciones.cl/archivos/abril/Area-Desvinculo-Adopcion-Iniciativas-Sanitarias.pdf#page=287>
38. Scabino Miranda E. Proceso de adopción: construcción del vínculo entre padres adoptantes e hijos adoptivos. [Trabajo fin de grado en Internet]. [Montevideo]; Universidad de la República; 2017. [citado 30 de marzo de 2022]. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/10954>
  39. Packard K, Opendak M, Soper CD, Sardar H, Sullivan RM. Infant Attachment and Social Modification of Stress Neurobiology. *Frontiers in Systems Neuroscience* [Internet]. 2021 [citado 22 de marzo de 2022];15. Recuperado a partir de: [/pmc/articles/PMC8415781/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3415781/)
  40. Pinto-Cortez C, Beyzaga M, Cantero F, Oviedo X, Vergara V. Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile. *Rev. Psic. Clin. Niños y Adol.* [Internet]. 2018 [citado 1 de marzo de 2022];5(3):23–9. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6543771>
  41. Spruit A et al. The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* [Internet]. 2019. [citado 1 de marzo de 2022];23:54–69. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00299-9>
  42. Schierholz A, Krü Ger A, Barenbrü Gge J, Ehring T. What mediates the link between childhood maltreatment and depression? The role of emotion dysregulation, attachment, and attributional style. *European Journal of Psychotraumatology.* [Internet]. 2016. [citado 3 de abril de 2022]; 7(1). DOI: 10.3402/ejpt.v7.32652
  43. Herstell S, Betz LT, Penzel N, Chechelnizki R, Filihagh L, Antonucci L, et al. Insecure attachment as a transdiagnostic risk factor for major psychiatric conditions: A meta-analysis in bipolar disorder, depression and schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Psychiatric Research.* [Internet] 2021; 144:190–201.
  44. Carr SC, Hardy A, Fornells-Ambrojo M. Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review.* [Internet]. 2018; 59:145–58.
  45. Humphrey C, Berry K, Degnan A, Bucci S. Childhood interpersonal trauma and paranoia in psychosis: The role of disorganised attachment and negative schema. *Schizophrenia Research.* [Internet]. 2022; 241:142–8.
  46. Loewy RL, Corey S, Amirfathi F, Dabit S, Fulford D, Pearson R, et al. Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research.* [Internet]. 2019 [citado 15 de diciembre de 2021]; 205:10–4. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779964/>
  47. Pilton M, Bucci S, McManus J, Hayward M, Emsley R, Berry K. Does insecure attachment mediate the relationship between trauma and voice-hearing in psychosis? *Psychiatry Research* [Internet]. 2016 [citado 27 de marzo de 2022]; 246:776–82. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.050>
  48. del Alcor M, Capitán B, Isabel A, Díaz H, Antonio J, Garrote B. Estudio de la relación entre eventos traumáticos precoces, problemas de apego y psicopatología en pacientes en tratamiento en equipo de salud mental. [Trabajo de fin de grado en Internet]. [Valladolid]; Universidad de Valladolid; 2019. Recuperado a partir de: [Http://uvadoc.uva.es/handle/10324/36516](http://uvadoc.uva.es/handle/10324/36516)
  49. Chamorro Noceda LA. El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2012; 39(3): 199-206.

50. Patricia C, Andrade R, Roncallo CP, Sánchez De Miguel M, Freijo EA. Maternal-foetal bonding: implications for psychological development and proposal for early intervention. *Escritos de Psicología*. [Internet]. 2015;8(2):14–23. DOI: 10.5231/psy.writ.2015.0706
51. Alhusen JL, Gross D, Hayat MJ, Sharps PW. The Influence of Maternal-Fetal Attachment and Health Practices on Neonatal Outcomes in Low-Income, Urban Women. *Res Nurs Health*. [Internet]. 2012; 35(2): 112-120 DOI: doi:10.1002/nur.21464
52. Cobo García M, Ruiz Azcona L (dir). *TEORÍA DEL APEGO: CÓMO SE FORMA EL ADULTO EMOCIONAL*. [Trabajo fin de grado en Internet]. [Santander]; Universidad de Cantabria; 2020. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/19899/COBO%20GARCIA%2C%20MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Souza LH, Sperli ZA, Soler G, De M, Sperli L, Santos G, et al. Vínculo de las puérperas con sus hijos y experiencias del parto. *Invest Educ Enferm*. [Internet]. 2017;35(3). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a13>
54. Narvaez D, Wang L, Cheng A, Gleason TR, Woodbury R, Kurth A, et al. The importance of early life touch for psychosocial and moral development. *Psicología: Reflexao e Critica* [Internet]. 2019. [citado 5 de abril de 2022];32(1):1–17. Recuperado a partir de: <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-019-0129-0>
55. Amado Herrera L, Munares-García O. Práctica de lactancia materna en el puerperio inmediato e influencia de la paridad. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol*. [Internet]. 2018. [citado 4 de abril de 2022]. Recuperado a partir de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000400003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000400003)
56. Kurt F, Kucukoglu S, Ozdemir A, Ozcan Z. The effect of kangaroo care on maternal attachment in preterm infants. *Nigerian Journal of Clinical Practice* [Internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2022]; 23(1):26. Recuperado a partir de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000400003&lng=es).
57. Feeley N, Genest C, Niela-Vilén H, Charbonneau L, Axelin A. Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions. *BMC Pediatrics*. [Internet]. 2016; 16(134). DOI 10.1186/s12887-016-0663-1
58. Valizadeh L, Ajoodaniyan N, Namnabati M, Zamanzadeh V, Layegh. Nurses' viewpoint about the impact of Kangaroo Mother Care on the mother–infant attachment. *Journal of neonatal nursing*. [Internet]. 2013 [citado 30 de marzo de 2022]; 19: 38-43. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184112001160>
59. Alonso Allende L, González Fuente LJ, Pérez Rivera FJ, Fernández García D et al. Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [citado 5 de abril de 2022];16(45):295–308. Recuperado a partir de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000100295&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100295&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
60. Ghadery-Sefat A, Abdeyazdan Z, Badiie Z, Zargham-Borujeni A. Relationship between parent–infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. [Internet]. 2016 [citado 30 de marzo de 2022]; 21(1): 71-76. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776563/>
61. Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]. 2012; 26(1):82–7. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.004>

62. Grupo de Trabajo del PSIAC. PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE CANTABRIA (PSIAC) [Internet]. [citado 5 de abril de 2022]. ISBN: 978-84-697-1986-2
63. Armus M, Duhalde C, Oliver M, Woscoboinik N. Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. [Internet]. 1ª. Rodríguez G, editor. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos; 2012 [citado 8 de abril de 2022 Apr 8]. 59–61. Recuperado a partir de: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Desarrollo%20emocional%20-%203%20a%C3%B1os%20Clave%20para%20la%20primera%20infancia.pdf>
64. Rim Kim A, Kim SY, Yun JE. Attachment and relationship-based interventions for families during neonatal intensive care hospitalization: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *Sist Rev.* [Internet] 2020. [citado 8 de abril de 2022];9(61). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01331-8>
65. Cristóbal Ayuso MI, Viaña Caballero JL (dir). Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería: El niño hospitalizado. [Trabajo fin de grado]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2016. Recuperado a partir de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17675/TFG-H415.pdf?sequence=1>
66. Pérez-Fuentes et al. Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. *European Journal of Health Research.* [Internet] 2019;5(1):63–77. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7114142>
67. Modanloo S, Hu J, Reszel J, Larocque C, Harrison D. Be sweet to babies during painful procedures: Evaluation of a parent-targeted and mediated video in Farsi. *Journal of Neonatal Nursing* [Internet]. 2021; 27:419–25. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.06.002>

## 7. ANEXOS

### Anexo 1: Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPA)

#### ANEXO I

##### Pauta de Entrevista de Apego AAPR

1. Para comenzar me gustaría que me contara brevemente acerca de su hogar cuando ud. era pequeño.
  - ¿Cómo era su familia cuando ud. nació? ¿Quiénes la constituían?
  - ¿Quién vivía con ud.? (hermanos, edades en relación al paciente. ¿Habían algunos miembros de la familia extendida viviendo de allegados? ¿Por cuánto tiempo? ¿Qué edad tenía el paciente?).
2. ¿Qué palabras usaría para describir a su madre? ¿Puede describirme cómo era su relación con su madre cuando ud. era chico?
  - ¿Se sentía cercano a ella?
  - ¿Cuándo ella se enojaba, cómo lo demostraba?
  - ¿Qué pasaba si ud. hacía algo que a ella le molestaba?
  - ¿Cómo ejercía disciplina?
  - ¿Cómo lo premiaba o alababa?
  - ¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de su madre que podría haber afectado el cómo ella lo trataba?
3. Ahora quisiera que me contara sobre la relación con su padre. ¿Qué palabras usaría para describirlo?
  - ¿Cómo fue su relación con él cuando ud. era pequeño?
  - ¿Se sentía cercano a él?
  - ¿Cómo era él cuando se enojaba?
  - ¿Qué pasaba si ud. hacía algo que a él le molestara?
  - ¿Cómo ejercía disciplina?
  - ¿Cómo lo premiaba o alababa?
  - ¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de su padre que podría haber afectado el cómo él lo trataba?
4. ¿Sentía ud. más cercanía con su padre o con su madre? ¿Por qué piensa que era así?
  - ¿Ud. a quién se parece más físicamente?
  - ¿A quién se parece más en la manera de ser (personalidad)?
  - ¿Con cuál de ellos se identifica más?
  - ¿Qué hacía su madre si ud. estaba enfermo o herido? (preguntar por ejemplos).
  - ¿Qué hacía su padre si ud. se enfermaba o estaba herido?
  - ¿Qué hacían ellos si ud. estaba enojado o molesto por algo? (pedir ejemplos)
  - ¿Sintió alguna vez que sus padres no lo entendían?
  - ¿Cómo reaccionaban sus padres frente a sus logros?
  - ¿Qué pasaba cuando ud. estaba entusiasmado por algo? En algunas familias a los niños les asignan algunos roles, como el malo de la familia, el inteligente, el gracioso, el bonito. ¿Ud. tenía algún rol en su familia?
5. ¿Cómo era la relación con sus hermanos?
  - ¿De quién se sentía más cercano? (preguntar las razones)
  - ¿Con quién tenía más problemas?
6. ¿Cómo era con los amigos cuando era chico?
  - ¿Jugaba con niños fuera de su familia?
  - ¿Tenía amigos durante la educación básica?
  - ¿Tuvo un mejor amigo?
  - ¿Cómo fueron sus relaciones durante la educación media?
  - ¿Cómo fue la escuela en general? ¿Qué clase de experiencia fue para ud?
7. ¿Hubo otros adultos, aparte de sus padres, que fueran significativos para ud.? ¿Podría contarme brevemente acerca de esas personas?
8. ¿Estuvo alguna vez separado de sus padres cuando era pequeño? (separación, divorcio, servicio militar, enfermedad, etc.)
  - ¿Qué sentimientos tuvo?
9. ¿Experimentó alguna pérdida significativa o alguna separación cuando era un niño?
  - ¿Alguien cercano a ud. murió cuando ud. era un niño?
  - ¿Qué edad tenía cuando ocurrió?
  - ¿Cómo se sintió acerca de eso?
10. ¿Qué palabras usaría para describir su propia personalidad?
  - ¿Cómo otros lo describirían?
  - ¿Cuán importante fue conseguir cosas durante su vida?
11. ¿Cómo piensa que sus experiencias de infancia han afectado su personalidad de adulto?
12. Ahora me gustaría que me contara algo de sus relaciones actuales. ¿Cómo es su relación con su padre ahora?
  - ¿Cómo es la relación con su madre ahora?
  - ¿Cómo se lleva con sus hermanos?
13. ¿Hay personas en su vida actual, aparte de miembros de su familia, a quienes ud. considere cercanas y significativas?
14. (si está casado o tiene una relación de pareja) ¿Cómo describiría la personalidad de su pareja?
  - ¿Cómo caracterizaría la relación con su pareja?
  - ¿Cómo se ve a sí mismo en términos de relaciones de pareja?
- ¿Nota ud. algún patrón o conflicto típico que se le repita en sus relaciones?
  - ¿Cómo reaccionaría ante situaciones conflictivas?
  - ¿Qué haría en caso de problemas con su pareja?
  - ¿Cuál es su concepto de una relación ideal?
15. Si ud. tiene niños, ¿cómo es su relación con ellos?
16. Como un adulto, ¿ha tenido la experiencia de perder a alguien cercano?
  - ¿Qué edad tenía cuando ocurrió?
  - ¿Puede decirme cómo se siente al respecto?
17. ¿Habitualmente ud. debe separarse temporalmente de su pareja o familia, por ejemplo por viajes de trabajo?
  - ¿Cuán frecuente ocurre esto? ¿Qué le sucede con eso?
  - ¿Qué siente? Imagine una separación, ¿qué sentiría?
18. Dígame algo acerca de su trabajo y cómo organiza diariamente su vida.

**Anexo 2: Clasificación del apego según la *Adult Attachment Interview* relacionada con la clasificación del *Procedimiento de la Situación Extraña***

ADULT STATE OF MIND WITH RESPECT TO ATTACHMENT	INFANT STRANGE SITUATION BEHAVIOR
<p><u>Secure/Autonomous (F)</u></p> <p>Coherent, collaborative discourse throughout the interview. Valuing of attachment, but seems objective regarding any particular event or relationship. Description and evaluation of attachment-related experiences is consistent, whether experiences themselves are favorable or unfavorable. Discourse does not notably violate any of Grice's maxims.</p>	<p><u>Secure (B)</u></p> <p>Explores room and toys with interest in pre-separation episodes. Shows signs of missing parent on separation, often crying by the second separation. Obvious preference for parent over stranger. Greets parent actively, usually initiating physical contact. Usually some contact-maintaining by second reunion, but then settles and returns to play.</p>
<p><u>Dismissing (Ds)</u></p> <p>Not coherent. Dismissing of attachment-related experiences and relationships. Normalizing ('<i>excellent, very normal mother</i>'), with generalized representations of history unsupported or actively contradicted by autobiographical episodes recounted. Thus, violating of Grice's maxim of quality. Transcripts also tend to be excessively brief, violating the maxim of quantity.</p>	<p><u>Avoidant (A)</u></p> <p>Fails to cry on separation from parent, often continues to play even when left entirely alone. Actively avoids and ignores parent on reunion, i.e., by moving away, turning away, or leaning out of arms when picked up. Little or no proximity or contact seeking, no distress, and no display of anger. Response to parent appears unemotional. Focuses on toys or environment throughout procedure.</p>
<p><u>Preoccupied (E)</u></p> <p>Not coherent. Preoccupied with or by past attachment relationships/ experiences, speaker appears angry, passive or fearful. Sentences often long, grammatically entangled or filled with vague usages ('<i>dadadada</i>', '<i>and that</i>'). Thus, violating of Grice's maxims of manner and relevance. Transcripts excessively long, violating quantity.</p>	<p><u>Resistant (C)</u></p> <p>May be wary or distressed even prior to separation, with little exploration. Preoccupied with parent throughout procedure, may seem angry or passive during reunion. Following reunion, fails to settle and take comfort in parent, usually continuing to focus on parent and cry. Fails to return to exploration.</p>
<p><u>Unresolved/disorganized (U/d)</u></p> <p>During discussions of loss or abuse, individual shows striking lapse in the monitoring of reasoning or discourse. For example, individual may briefly indicate a dead person is believed still alive in the physical sense, may briefly indicate a belief that a person was killed by a childhood thought, may lapse into prolonged silence, or may lapse into eulogistic speech. Individual may otherwise fit to Ds, E or F categories.</p>	<p><u>Disorganized/disoriented (D)</u></p> <p>The infant displays disorganized and/or disoriented behaviors in the parent's presence, suggesting a lapse of behavioral strategy. For example, the infant may freeze with a trancelike expression, hands in air; may rise at parent's entrance, then fall prone and huddled on the floor; or may cling while crying hard and leaning away with gaze averted. Infant may otherwise fit to A, B or C categories.</p>

**Anexo 3: Cuestionario de Relación de Bartholomew y Horowitz**

**CUESTIONARIO DE RELACIÓN**

**Bartholomew y Horowitz, 1991**

**Adaptación al castellano de I. Alonso-Arbiol y S. Yáñez-Yaben, 2000.**

Seguidamente aparecen varios párrafos referidos a nuestra forma de relacionarnos con los demás. Por favor, rodee con un círculo el párrafo que mejor se adecue a su forma de relacionarse afectivamente de entre los cuatro siguientes:

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.
2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.
3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.
4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

Ahora, por favor, deberá rodear con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo con la idea que se expresa en cada párrafo, según la siguiente escala:

<b>Total desacuerdo</b>	<b>Bastante en desacuerdo</b>	<b>Un poco en desacuerdo</b>	<b>Ni desacuerdo ni acuerdo</b>	<b>Un poco de acuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.
2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.
3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.
4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

**Anexo 4: Modelo de clasificación del apego de Bartholomew y Horowitz**

	(+) ----- Percepción del <i>Self</i> ----- (-) (-) ----- Ansiedad ----- (+)	
(-) ---- Percepción de los demás ---- (+) (+) ---- Evitación ---- (-)	Seguro Intimidad y confianza básica	Preocupado Sentimiento de inadecuación personal, búsqueda de aprobación y valoración, confianza ciega.
	Evitativo Escepticismo sobre las relaciones, deseo de invulnerabilidad, falta de empatía y desconfianza distante.	Temeroso Miedo al rechazo, contacto impersonal. Desconfianza temerosa